

## 1 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0390700060		
法人名	中央介護センター有限会社		
事業所名	グループホームあさひ東館		
所在地	岩手県久慈市旭町11-22-6		
自己評価作成日	平成27年10月23日	評価結果市町村受理日	平成28年5月13日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	※未掲載
----------	------

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人いきいき岩手支援財団		
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19-1		
訪問調査日	平成27年11月18日		

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>平成27年5月より、グループホームあさひの東館として開所。グループホームあさひ(以後本館と記載)と違い、併設施設がなく単独としてのユニットである。本館とは違い、単独としてのGHのメリットを各職員が協力して模索中である。そういった意味では、今まで社内で普通であったケアにとらわれない取り組みを行っている。</p> <p>開所して間もないユニットである為、ご利用者様や職員もユニットでの生活が日常生活(馴染みの関係)になるまであと一歩である。ご利用者と協力して、共同生活の場を作り上げようという意識が高まっているユニットである。</p>
---

<p>「グループホームあさひ東館」は、開設して約半年の新しいグループホームである。隣りには、同法人の「グループホームあさひ」や小規模多機能ホームなどもあり、協力関係を築きながら運営している。「グループホーム東館」の理念は、職員から意見を出してもらい、決めている。「その人の目線」という言葉には、利用者・職員も含めた個々の尊重という思いが込められており、利用者に対しても「個」を尊重し、関わりを持っている。職員間のチームワークもよく、互いに高め合ってケアに向き合っている様子が職員の話から窺い知れた。今後は、運営推進会議等、地域の方々との関係構築を深めるべく、模索しながらも前進している様子が感じられる事業所である。</p>
---

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価票

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域密着型の考え方などは折に触れ話す様になっている。「関わる全ての人の言葉に耳を傾け、その人の目線で物事を考える。」という理念を掲げている。	事業所の理念はスタッフ全員で意見を出し合い協議し、決定している。「その人の目線」という言葉には、利用者・職員も含めた個々の尊重ということが込められている。理念を共有して実践に繋げるために毎月のユニット会議(19時から1時間以内)の中でも話し合われている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	直接的に地域住民との交流は日常的に行っていないが、近所のスーパー等への買い物や周辺への散歩等を行っている。また、行事毎に地域町内会への案内は行っている。	事業所の訪問者は家族(兄弟、親戚等)が殆どで、地域との交流、関わりには苦慮されている。しかし、町内会の夏祭り見学に出かけたり、事業所の行事の案内を出す等、積極的に関わろうと努力されている。地域のサロンなどで、認知症についての理解を深めようと勉強会を検討している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	家族への認知症への説明会等は検討しているが、実施にはおよんでいない。運営推進会議を通して地域の方へ取り組みを伝える様になっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議の中での話し合いについては、会議内容を職員に向け開示したり、会議の内容を検討するといった取り組みは行っていない。	運営推進会議は、市職員のほか、地域包括支援センター職員、町内会の方、利用者家族の参加により開催している。事業所の状況報告を中心に事故の報告等も行っている。運営推進会議のメンバーの町内会の方の口利きにより消防団との繋がりが出来ている。町内会の体制が変わり、新たな関係構築に取り組んでいる。	運営推進会議で話し合われたことについて、記録(議事録)を残すと共に、スタッフに周知、共有する仕組み作りに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市の担当者とは、運営推進会議に参加して頂いているほか、毎月何らかの形で交流を持っている。	地域ケア会議(3~4ヶ月に1回)に出席している。市の担当者とは諸手続きを含め、連絡を密にしている。運営推進会議には包括支援センター、市の担当者が出席し、制度的なことを説明してもらう機会もある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束を無くそうという意識を持つようしている。ベッド柵はもちろん、車椅子等でベルトの着用は行わず、見守りを行いリスク管理に努めている。夜間帯以外の施錠は行っていない。	2ヶ月に1回の社内研修の中で、身体拘束に関する内容も取り上げている。日常生活の中でもベッド柵の使い方等、身体拘束をしないケアを意識している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	管理職は研修会に出席している。介護職員へは、資料や報告書を配布、内容周知に努めている。虐待防止については2ヶ月に1回の社内研修の中に組み込んでいる。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者が研修会に参加したが、職員に対し学ぶ機会や話し合いの機会は行っていない。今後社内研修で行う予定であるが、活用までには到っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては、ご家族宅へ訪問又は来所して頂き、十分に説明を行ったうえでやっている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日常的に家族からの要望には対応又は回答を行っているが、改めて機会を設けてはいない。	利用者家族が来訪時には、挨拶や声掛けなど、職員は話しやすい環境作りに努めている。日用品等にこだわりがある利用者にも丁寧に対応している。また、直接的に要望が表せない利用者には、表情等から思いを汲み取り、行事参加への支援がなされている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回施設長、管理者、当日の日勤者が集まり会議(社内ケア会議)を行い、話し合いの場を設けている。	ユニット会議(19時から)、ケア会議(17時から)の機会を設けており、職員の意見を聞く機会となっている。ケース記録をとる時間や、行事の取り組みなど業務の見直し等の提案、意見が活発に話し合われている。また、年1回は、1時間程度の面談の時間を確保して、スタッフの意見・要望を引き出す機会を作っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職場環境・条件の整備には取り組んでいる。社内ケア会議の中で、勤務体制や改善したい事を職員から打ち上げてもらい、検討するようになっている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	定期的に社内研修を設けている他、研修内容によっては外部研修への参加も実施している。また、希望者へは資格取得への支援も行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	GH協会主導ではあるが人事交流を行っている。管理者レベルでは都度、他事業所の管理者と意見交換を行うようにしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	最初は介護支援専門員が中心となり、本人や家族の意向や予防を聞き取る。その後担当職員を選任することで本人家族要望把握へ努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用申請時の相談を受け、更に利用前に自宅(病院)へ訪問、本人、家族との面会等を行い再度意向要望を確認。その情報をまとめ情報共有を行った上で利用開始して頂くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人と家族が必要とする支援に関して他のサービス利用を視野に入れる必要がある場合は、最初に併設している事業所の可能性を考慮する。さらに、その他のサービス利用の選択肢も家族へ都度提案している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	常に信頼関係の構築に努め、本人が出来る事は維持出来る様に支援している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時間を設定しない等、面会しやすい環境整備に努めている。通院支援や介護用品の補充等を促し、家族の支援が認知症ケアには大切である事を伝える様にしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人が希望する馴染みの関係(近所付き合いや馴染みの付き合い)は大切にしている。地元のお祭り参加、自宅周辺のドライブ、図書館利用、親戚付き添いで帰宅や姉妹宅への外出、馴染みの美容室利用等を取り入れている。	家族の協力もあり、行きつけの美容院を利用したり、外出や外泊の機会を持っている。事業所としても、自宅周辺のドライブや地元のお祭りの参加等、関係継続の支援を行い、利用者の気持ちの安心・安定に繋げている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係把握は行っているが、利用者の「好き嫌い」を越え、共に暮らし楽しめるような支援に努めている。季節や、各利用者の症状の変化に合わせて、席替え等を行う様にしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院期間が長くなり、利用中止(契約破棄)になったご利用者様に対しても相談に応じ、必要であれば経過をフォローしている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	毎日の過ごし方や言動を観察し、その中から思いや希望の把握に努めている。また、家族の方からも情報を伺うようにしている。	日常の言動・行動の観察や入浴等の1対1の関わりの中で会話を大切にし、意向を汲み取るよう努めている。認知症の為、訴えが困難な利用者も、関わりの中で、表情等から汲み取るとともに、家族からの聞き取りも含みつつ、利用者本位で検討し、意向の把握に努めている。スタッフの気づきを記録に残すと共に、スタッフ間の情報共有に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用開始前に本人の生活歴を調査した内容(アセスメント)を基に各職員が把握する様にしている。また、日常的な会話の中から情報を得る様にする。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一人ひとりの過ごし方や状態の把握には、個々のケアプランを取り入れ、個別支援に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ユニット会議を行う事でチームとしての関係づくりに努め、本人の意向の把握に努めている。また、面会時等に家族からの要望等があった場合は管理者、職員間での情報共有に努めている。	短期目標3ヶ月、長期目標6ヶ月で検討している。本人・家族の要望、主治医の助言を踏まえ、日頃の状況から、全スタッフで本人本位で検討し、担当と介護支援専門員が介護計画を作成している。家族面会時に説明し、同意を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の記録は行っている。職員間の情報交換に関しては朝・夕の申し送り、申し送りノートを作成情報の共有に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の生活状況に合わせてサービス提供を行うように努めている。 既存のサービスに捉われない対応にはまだ努力が必要だと思われる。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	家族だけでなく近所の方、親戚など本人が今まで関わってきた方の把握に努め、可能な限り関係性を継続していただける様な支援に努めている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	利用以前の主治医がいる方に関しては、極力主治医を変更しない様な支援をしている。 また、主治医が変更した場合も職員が同行したり、各病院の相談員と連携を取るようになっている。	多くは家族の協力のもと、利用者のこれまでのかかりつけ医での受診を継続している。家族付き添いの受診の際は、日常の状況を口頭で伝えている。また、精神科や心療内科の受診が必要になった時は、適切に受診できるようにスタッフが同行する場合もある。受診後は、家族から確認したことを受診対応表に記録し、情報共有に努めている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師を配置してはいないため、適切な看護が受けられているわけではないが、併設施設の看護師に相談可能な状況ではある。 さらに、受診対応に関しては異常があった場合極力早い対応を心がけている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は、必要がある場合は情報提供を行う。また、退院に関しては各病院の相談員を窓口 に家族の方とも連絡を取り退院後の受け入れ円滑に行える様に取り組んでいる。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りには取り組んでいないが、利用者の状態が重度であっても、末期症状でも受け入れを行い。頻繁な入退院にも対応している。	地域の状況から看取りの体制が難しい状況であるが、今後取り組まなければならない課題と捉えられている。状態低下が見られる場合は、特養ホームの入所申し込み等も勧めている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応のマニュアルを掲示したり、AEDの講習会を開いている。(全職員が普通救命講習受済み)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練は実施したが、地震や水害、夜間を想定した訓練を実施予定。	避難経路、緊急通報装置の使い方の確認は行っているが、避難訓練はこれから実施する予定としている。AEDの使用方法等緊急時に備えて研修を予定している。法人では、災害に備えて備蓄をしている。	避難訓練の実施と、事業所関係者以外の協力体制作りなど、運営推進会議の委員の方々と消防団の協力を頂く等、災害時に備え具体的な体制や取り組みを期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	言葉使いや人格の尊重は心がけているが、配慮が足りない場面や、適切ではない言動もあるが、都度気付いた時点で言動に注意している。	言葉遣いに関しては、方言も交え、個々の立場で距離感等も考えながら対応している。排泄介助の際は、特に羞恥心に配慮し、対応している。また、プライバシー、個人情報に配慮し、本人・家族の意向を確認し、意向に沿った写真等の掲示を行っている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の希望を尊重し、自己決定できる様に支援しているが、働きかけが十分でない場面も多い。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人がその日どのように過ごしたいかの希望に添っている時間帯もあるが、基本的には、日課を取り入れたり、全体的な流れにそった支援をしている。 参加したくないという人の意は尊重している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	乳液や髪結い、パーマ等多様な希望に添う支援をしている。身だしなみがちぐはぐにならない様、TPOに合った服装の手伝いをしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	本人の好みや能力に応じて提供しているが、好みに合わせた食事提供までには到っていない。しかし、苦手な食材がある場合は可能な限り代用品を用意して対応している。また、出来る利用者様とは職員と一緒に片付け等を行っている。また、おやつや買物や居室での飲食も実施している。	入居前の聞き取りと、食事の状況を観察し、好みの把握に努めている。法人の関連会社で食事を作り、事業所内では盛り付けを行い、提供している。魚は食べやすいように骨を取ったものを使用している。行事の際は手作りのおやつと一緒に作る等、食べることに楽しみを持てるよう支援している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取量の把握は行っている。また、体重測定を行い、体重の変化に応じた対応を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアは行っている。なるべく本人に行ってい頂けるような促しを行っているが、一人でできない方に関しては支援をし、フェイスケアにも注意している。しかし、口腔内の状態の把握までには到っていない。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄やおむつの使用を実際に軽減出来ているかの算出はしていない。しかし、トイレ誘導や声かけ等の工夫をし、なるべくトイレでの排泄を行なっていただくように努めている。	トイレで排泄の方が殆どである。時間毎や、行動観察(落ち着かない様子等)からトイレ誘導を実施している。リハビリパンツの使用枚数等の軽減や衛生面での改善が見られている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘の状態(排便の有無)の把握には努めている。飲食物の工夫や運動の働きかけも行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴に関しては入浴日を設けて案内している。ただし、一人ずつ入浴しており、入浴時間は本人の希望を伺っている。	週2回の入浴を基本に、体調不良により、入浴できない時は、清拭等の対応もしている。希望者には、足浴やシャワー(夏季)対応等もしている。入浴時は、利用者と職員がマンツーマンとなる場面であることから、コミュニケーションを図ることも大切にしている。一般浴槽での入浴が困難になった場合は、機械浴(同法人の隣の事業所)の対応も可能となっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	就寝時間(消灯)は設けておらず、その人の生活習慣に応じて就寝して頂いている。また、昼夜逆転の予防としても、可能な範囲で日中活動的に過ごして頂ける様に支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	担当職員を中心に、本人の服薬状況の把握に努めている。誤薬や服薬もれをしない様に工夫をしているが、全ての薬に対し、目的(作用)や副作用の把握の徹底には到っていない。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	楽しんで生活したり、張り合いを持って生活して頂ける様に努めている。一人ひとりの生活歴や役割、嗜好品にも努めている。掃除、歌、貼り絵、裁縫等を取り入れ、生活歴を生かし、気分転換に繋がられるように支援している。		



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出したいという希望があった場合に、個別を行うように努めている。 また、外出したいと訴える利用者を中心に数名単位で外出する取り組みは行っている。	共用スペース(食堂)からデッキへは自由に出ることができ、外気に触れる機会となっている。散歩にもよく出かけている。季節ごとに花見や紅葉狩り、稲刈り見学等に外出し季節を感じる機会も作っている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	希望がある方や金銭管理が出来る方に関しては、家族と協議し所持金を管理してもらっている。額が大きくなる場合は一部を事業所側で管理している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人、家族の希望に添って対応している。手紙を受け取った時は返事を促し、場合によっては一部介助している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	不快感や混乱をまねく可能性があるものへの配慮は行っている。 また、季節感を感じれるような貼り絵や飾り付けを心がけている。	共用スペースは大きな窓からの見晴らしが良く明るい雰囲気となっている。デッキに出て洗濯物を干したり、取り込み等も行っている。居心地の良い共用空間作りでは見やすいように、テレビの位置に配慮したり、利用者同士の関係を見ながらテーブルを配置している。職員と利用者で季節ごとの装飾をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間で気のあった利用者同士で過ごせるような配慮に努めている。 人の気配を感じられつつ、一人になれる空間を特別に設けてはいない。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室へはご自宅で使用していたものを持ち込んでもらったり、家族や本人が希望するものを持ち込んでもらい、少しでも安心できるような配慮をしている。	エアコン、床頭台、介護用電動ベットと寝具(布団・マットレス)は事業所で準備している。家具などの収納品等は持ち込みとしており、プラスチックケースや衣装ケースを持ち込み使用している。ラジオや電灯、時計、ぬいぐるみ、使い慣れた物を持ち込んでおり、自身で作った折り紙等の作品で装飾している。居室の氏名表示は、利用者の希望や状況に応じて替えている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	特別な工夫は行っていないが、出来ることは危険がない様に見守りをしながら、本人に行っていただけのような支援を心がけている。		