

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	2272300506		
法人名	医療法人社団 道仁会		
事業所名	グループホームひので		
所在地	静岡県富士市日乃出町165-3		
自己評価作成日	平成27年6月20日	評価結果市町村受理日	平成27年10月2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	http://www.kaijokensaku.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=2272300506-00&PrefCd=22&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成27年8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)】

当グループホームは人工透析の方、そうでない方が認知症になっても自分らしく暮らしてきた地域で安心して暮らせるよう立ち上げました。特に人工透析の方々にとっては、同グループの医療機関(富士第一クリニック)の全面的なサポートを受け安心して生活できるよう努めています。慢性腎不全(人工透析)・認知症と向き合いながら生活しておられる入居者の方々への理解を深め、ホームスタッフ第一クリニックの関係者との協力を得て、介護・医療面にサポートしていきます。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

現在、女性利用者9名で職員も全員女性という、明るく華やかで、気兼ねのない雰囲気が印象のホームである。運営推進会議は着実に開催され、町内会長や市職員・地域包括センター職員も出席があり地域や行政からの協力関係が継続されている。毎年市内学生の職場体験の場として受け入れを行い、利用者は孫世代とのふれあいを楽しんでいる。特筆すべき点は事業所の食事である。栄養士の資格を持つ管理者が考案した毎日のメニューは、透析治療や糖尿病治療の利用者と食事制限のない利用者、そして職員全員の誰が食べても美味しく食べられるレシピで、利用者と職員皆で食事の喜びを共有している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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している (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、安心して暮らしている (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結果

[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
I. 理念に基づく運営					
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	地域社会への貢献を運営方針のひとつとし、人工透析を受けている方、そうでない方が安心と尊厳のある生活ができるように努めている。毎月目標を決め職員は意識を持って支援の実践に努めている。	法人理念を柱とし、職員は短期の目標を定めている。短期目標を掲げる事は、長く勤める職員であっても初心と緊張感を忘れずに、よりよい支援を実践しようとする姿勢が見られた。	
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	散歩時等、近所の方々とは触れ合い、地域行事への参加、高校生福祉実習の受け入れをし交流に努めている。	近隣との付き合いは良好である。市内中高生の福祉実習先として学校側からの依頼も継続されていて、職場への信頼が窺える。町内行事にも参加の声が掛かっていて、地域とのつながりは密接である。	
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	運営推進会議等でのホームの役割、相談等町内会長・民生委員・地域包括センター職員等を招き、できる範囲での方法で活かしている。		
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	定期的な開催において都度行っている。また随時出された意見についても、できる範囲で取入れをしサービスの向上へと繋げている。	年間スケジュールを予め作成し、参加者の日程調整がしやすいよう配慮している。運営や状況報告のほか、職員の参加研修を報告している。町内会長や行政・家族の出席も頻繁にあり、報告と意見交換を随時行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議を二ヶ月に一度実施している。地域包括センターとの連携もとっている。グループホーム交流会への参加も連携に繋げている。	市担当者の運営推進会議への参加が多々あり、事業所の実情や取り組みについては一通り把握してもらっている。連携を取りやすい環境である。	
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	基本的にしない方針を掲げているが危険を回避する為の拘束については家族の同意のもと(同意書)行う事もある。その場合でも早期の解除に向けたケアを行っている。またスタッフ会議でも周知徹底を行っている。	玄関などの施錠は行わず、見守りで対応している。拘束については家族からの要望がある場合、利用者の担当医や管理者・職員・家族で慎重に検討を重ねるが、職員の意識は見守りが第一優先であり、それに向けた支援を行っている。	
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	研修への参加を促進し、スタッフ会議等で全職員への周知徹底をしている。基本的に虐待ゼロの方針の下日常業務を行っている。		

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
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	研修への参加を職員へ推進している。成年後見人制度の利用者も入居している為、各職員は常に機会を得ている。今後も必要とするケースにおいては全面的に協力をし、各関係者と連携を持って支援していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	常に利用者、家族の不安や疑問の無いよう十分な説明をしている。また内容によりホームでは対応しかねる場合は医師・看護師等の協力を得て十分に理解納得が得られるようにしている。		
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	日常生活をお便りにて発信・面会時アンケート等で意見が寄せられた場合はその場その場で解決が得られるように努め、常に情報交換を密にしコミュニケーションを図っている。一連の事は記録に残し職員への周知をすると共に今後の運営にも反映させている。	家族の来訪時にはアンケートのお願いをしたり口頭で気になった点などを聞き、運営の向上への努力を続けている。玄関での靴の脱ぎ履きに椅子を置いてはどうかとの家族の声にて設置、小さな意見から格段に便利になるなど、貴重な声を運営に反映させている。	
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	日常業務のなか、スタッフ会議時等で話し合いを設けている。出された意見・提案については、他職員の意見を聴き協議し運、営者管理者は職員の意見を真摯に受け止め質の向上に繋げている。	月に1度のスタッフ会議は職員全員が参加することもあり忌憚のない意見交換が行われている。事業所独自のヒヤリハット「気づいてくれてありがとう」には、慣れてくると見落としがちな出来事にも着目し、注意喚起を互いに行う作用があった。	
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	運営者が常駐していない為、管理者からの報告を受けその都度適切な助言をしている。各自の能力・実績に伴い昇給、ボーナスの支払いを考慮している。必要とあらば個人面談をし、各職員が向上心を持ち働けるよう努めている。		
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	日常業務において適切な指導・助言を行いその職員が必要とする研修を受講させている。また職員からの要望にも出きる限り応えられるようにしている。		
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	富士市介護保険事業者連絡会(グループホーム部会)においての交流会を通じ、その後もお互いを訪問し合う機会を設け、相互の活動の向上に繋げている。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	入居前にご本人と面接を行い、本人の思いを傾聴し、入居後の生活の不安を軽減できるように努めている。		
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	ご本人同様ご家族の思いも受入れ不安を軽減し少しでも要望に応えられるように努めている。		
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	相談時充分傾聴し思いを受け止める。その上で事業所の出来る範囲での支援をする。他サービスが適応であれば、他事業者と連携をとり、今必要としているサービスへの対応をしている。(本人・家族同意の上行う)		
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	生活の中で、共に出来得ることをお互いに見極め、同じ価値観で過ごすようにしている。		
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	家族との連携はその都度行い、家族会・運営推進会・年中行事等への参加を呼びかけ、本人と一緒に楽しむ機会を設けている。職員も情報提供を常に行いケース記録等の閲覧を家族に促し、情報を共有する事により支える関係を築いている。		
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	入居者との会話の中にそのような話が出た場合は家族より情報を得てケアプランの支援のひとつとして出来る限り添えるように支援している。直ぐに実施できる事であれば早期に対応している。	自宅へ1泊したり、家族旅行に出かける利用者もあり、入居前の環境に触れる機会が持てる支援がある。衣替えの季節には職員とドライブがてら洋服を取りに出掛けたり、道すがら懐かしい場所を通ってみたりと趣向を凝らしている。	
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	日常の業務の中での情報収集をし、職員を介しての入居者同士の関係作りに努めている。問題が発生した場合は、情報を収集し早期に話し合いの機会を設け早期解決を図るようにしている。		

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
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	契約終了後の関係作りは、状況にもよるが継続的な関わりは家族が必要とする限りは続けている。状況により臨機応変に対応している。		
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					
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	個別の思いに傾聴し、実現するするために家族の協力が必要であれば随時調整している。基本的には本人本意であるが、本人に係る関係者の協議の上実現できないこともあり、その場合は本人の同意を得る。	職員は日常の中から利用者の要望を察し、思いが叶う支援を心掛けている。意思や要望の表現が苦手な利用者へは、家族から情報を得たり様々な工夫を試みている。家族の意見は来訪時やお便りなどから意見や思いを汲み、運営に反映させている。	
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	これまでの生活環境を把握する為に入居前に可能な限り家庭訪問・本人家族より情報収集、それを活用したアセスメント・ケアプランへ繋げている。入居前のサービスの状況については関係事業者への情報提供を依頼し把握を得る。		
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	日々の生活は食事時間を基本にしているが、人工透析の方・そうでない方の体調・希望を尊重し状況によりその人に合った時間の過ごし方を尊重している。		
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	スタッフ会議・ケース会議等にて協議し、家族・関係者の意見を反映した介護計画の作成に努めている。本人の意向は可能な限り尊重し、反映できるようにしている。	利用者の現状を多角的に見る事が出来るように期間ごと担当職員を決め、その結果を介護計画に反映させている。思いの訴えが少ない利用者には、家族との話し合いや電話、お便りなどから情報を聞き出してより良い暮らしに繋がるよう計画作成をしている。	
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	個別の記録をとり、職員全員への連絡事項は「申し送りノート」を活用し情報を共有している。状況のより緊急を要する事項であればその日出勤の職員によるカンファレンスを行い早急に対応する。これらは記録に取り介護計画に活かしている。		
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	空室があれば短期利用の活用に勤める。また第一クリニックの協力が必要であれば関係職員との連携をとり、状況に応じた対応を支援している。		

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
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	必要であればそれぞれの関係機関とは協力している。		
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し、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	入居時、希望の医療機関を聞き継続できるように情報提供・連携は随時行っている。町内に協力医療機関を設け定期受診をしている。透析者においては第一クリニックの関係職員との連携の下に常に支援している。	入居前のかかりつけ医を継続して受診している利用者もあり、希望は尊重されている。訪問看護師が週1回訪問し、利用者全員の健康管理が日々行われている。受診の付き添いも希望があれば対応も可能である。	
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	医療機関との連携は常に行い、ホームからの要望にも応えてもらっている。介護と看護の協同のもと適切な支援が受けられるように努めている。		
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。	入院時は基本的に家族の範囲であるが、その都度家族と連携をとり情報は把握し出来る範囲での支援はしている。また、入院先の医療機関より情報提供の要請があれば、その都度対応している。		
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、事業所の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	家族の意向は現実的にはならない為か、はっきりとした答えが出ていない家族もある。終末期の支援を必要とした場合は本人特に家族・医師及び関係職員との協議をもち方向性を決めるが、基本的には本人・家族の意向を可能な範囲で尊重し関係職員連携の下支援する。	契約時に重篤化した場合の説明を行い、方針を共有している。その後は、本人や家族の意向を適宜確認し、医療関係者とも情報を共有し連携を図っている。事業所での看取りも以前にあり、職員の終末期に対する意識は高い。	
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	人工透析については、ホーム内研修により、基本的な知識を得、マニュアルに基づいて対応している。普通救命救急の講習の受講を活かし職員間にて吸収している。		
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	定期的に避難訓練をしている。地域での避難場所の把握、協力要請はしている。また夜間を想定した避難訓練も実施している。	訓練の実績は多く、食料備蓄も賞味期限が大きく明記されており、備えに対して万全であった。近隣商店とも協力体制がある。通報装置の作動確認もされ、職員全体で繰り返し訓練を積み重ねている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	個人の尊厳とプライバシーの確保については各職員への徹底した周知に基づき対応している。	個人情報書類は事務所内のロッカーに保管し、管理している。年長者としての敬意を払い、配慮しながらの支援は職員の意識に根付いている。	長く勤務する職員が多く、人格の尊重は当然の支援と考えている。とはいえ時に皆で初心に帰る為にも認知症ケアやプライバシー保護のマニュアル、研修記録など指針となる書類の整備が望まれる。
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	自己の決定を基本とし、意図的に選んでもらう場面を作っている。選ぶことを待つ『動機付け』をできるだけ行い、機会を作るようにしている。		
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	日常の生活リズムは、一日の流れを基本にしているが一人ひとりのペースを考慮し入居者の希望を尊重した個別のスケジュールへの配慮もしている。		
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	訪問美容を利用して各自が思いの髪型を申し出ている。個別外出により好みの衣服・小物の買い物を支援している。また必要に応じた外出着と普段着の変化を楽しめるようにしている。		
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	人工透析(腎臓食)の方が居る為、食事管理が重要であるが可能な限り個々の好みに合わせ食事を楽しめる工夫をしている。キッチンに立ち得意とする分野を職員と一緒に行う。時には外食をして雰囲気を楽しむ。	透析治療のため食事制限が必要な利用者であっても、皆で美味しい食事をという思いは強く、独自のレシピを考案し、食事制限のない利用者や職員も同じ食事に行っている。調査当日のメニューも美味しい味付けで、家族からの評判も良い。	
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	人工透析を含め管理栄養士による献立作成個々に合わせた栄養摂取については徹底した管理の下行っている。人工透析以外の方には十分な水分の確保ができるように支援している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。訪問歯科医による口腔ケアのアドバイス。それらに応用し個々の身体能力に応じた支援をしている。		

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
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	本人の身体能力と排泄能力を見極め、残存機能を活かした排泄の支援をしている。	入所後、下着に改善できた例もあり、職員の誘導のタイミングや排泄パターンの把握による支援を行っている。清拭の際には保温機材で温められた布を使用し、清潔が維持されるよう配慮している。	
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	栄養士の指導の下での食事提供により、食事に関する予防は限られている。水分の提供・軽運動等個々の身体能力に応じた支援をしている。また医師の指示のもと内服薬での調整もしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	人工透析日は入浴禁止の指示が医師からある为非透析日入浴実施となる。基本的には個々の希望に添った時間帯での入浴を実施している。好みの入浴用品を使い希望時は日に2回入浴する場合もある。	利用者ほとんどが入浴を楽しみにしており、職員もそんな利用者を温かい気持ちで入浴支援、見守りをしている。洗髪等の入浴介助は、利用者個々の残存能力を最大限に活用し、適切な介助を実施している。	
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	食事をできるだけ定時に摂ることを基本とし、生活にリズムがつくようにしている。個々に応じた室温の調整をし、消灯時間は特に決めていない。夜間の睡眠が取れないようであれば昼間の休息をしえんしている。		
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	直ぐに確認ができるようにファイルにまとめてある。服薬は一回ごと小分けにし管理し、内服時は援助を行い、医師の処方変更時にはケース記録・申し送りノートに記し、口頭による申し送りもして職員は把握している。必要時は薬剤師にアドバイスを受ける。		
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	季節に合った行事・個別の外出・家族と過ごせる時間を作り、個々の特技・趣味を活かせる場面作りをする事により、『役割の動悸付け』となるように支援している。		
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	近隣への散歩・ドライブは随時対応している。季節に合わせた散策外出・行事等は家族への参加も呼びかけできる限り同行してもらるようにしている。個々の趣味・希望地への外出はケアプラン作成時のサービス内容として実施出来るようにしている。	現在、散歩の好きな利用者が多く、気候が良い日は必ずといっていいほど近隣に出掛けてリフレッシュしている。法人の車両を利用し、定期的に行事として遠出をして楽しんでいる。これまでに、電車に乗ったり、映画館や買い物・花鳥園に行くなど、趣向を凝らした外出支援を行っている。	

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
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	買い物・外出時は各自お財布を持ち出かける。支払いは本人が出来るよう支援するが、能力に応じては職員が支援している。日常所持したいとの要望があれば家族の理解を得たうえで所持し不安を軽減できるようにしている。		
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	電話は常に使用できるようにしている。時には職員より声掛けし、手紙・電話を勧めたりもする。		
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	個別に心身の状態に応じて配慮している。季節感のある絵・花等を飾り居心地の良い場所作りを提供している。自分たちが製作した作品を共同空間・居室に飾り居心地を良くしている。	共用スペースは整理整頓や清掃が行き届いていた。2階デイルームは利用者が自然と集まる場所で、居心地の良さが窺える。利用者の夏を彩る力作の展示や外出時のスナップ写真の掲示は、事業所に色を添えていた。	
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	1・2階の空間にソファを配置し入居者が語り合える場所作りをしている。そのスペースで入居者が思い思いに過ごす事に配慮している。		
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	事故の危険性が無い限り、居室内の物品はその人の好みの品・使い慣れたもの・馴染みのものを使用し、出来る限り入居者・家族の希望通りの環境にしている。記念の写真・製作した小物等を飾り思い出としている。	生活感があり利用者各々の個性が垣間見える居室が多い。雪国出身でこたつを日常的に使用していた利用者には、夏場はテーブルクロスでこたつに模するなど、以前の環境を家族と一緒に作り上げ、居心地の良さを考えている。	
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	個々の身体能力に応じた生活を送る為の居室配置・好みの馴染みの物が側にある環境を整える事により、一人ひとりが可能な範囲の自立が出来るように支援している。		