

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	富士市日乃出町165-3		
自己評価作成日	令和5年 11月 13日	評価結果市町村受理日	令和5年 12月 27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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和5年 11月 29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「尊厳の保持」を基本理念とし、利用者がその人らしく暮らしていけるよう、潜在する力を大切に自分の力で人生の継続が出来るよう支援しています。また、医療機関との連携により、人工透析の方も安心して生活が送れるよう食事における健康管理に重点を置き、透析を続けながら楽しみを持って生活できるように努めています。天気の良い日は、近くにある中央公園へ行き季節の花や景色を楽しみ散歩します。余暇活動では各自がやりたい事に挑戦し、出来た作品を施設に展示・掲示することで皆、達成感を味わいご家族や来訪者から高い評価をいただいて、喜びを共感しています。

【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)】

課題としていた医療連携が確立し、利用者全員がかりつけ医を主治医に変更されている。訪問診療が可能なかりつけ医と訪問看護師との連携が整い、夜間や急変時の対応、また看取り支援においても安心と安全が担保されるようになった。定期往診は、医師、看護師、薬剤師の3人による受診体制で、的確な指示と迅速な対応が実現している。医療面の不安が払拭されたことで、「職員の心のゆとり」が生まれ、ほんの少しの異常や変化の早期発見に繋がっている。基本理念である「尊厳の保持」の実現において、心のゆとりと安心感が自立支援に好影響を与えている。

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、生き活きと働いている (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、その時々々の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	地域への貢献を運営方針のひとつとし、自分達のできる範囲での地域への貢献を心がけ、スタッフ会議等で話し合いをして職員周知徹底をして支援をしている。	理念「尊厳の保持」については、事業所内の会議や身体拘束委員会等で常に意識共有を図っている。職員が尊重の思いをもって利用者と関わっている事は、調査当日の「問いかけの言葉がけ」により確認されている。	
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人として日常的に交流している	ほぼ日課になっている散歩は、近隣の人々と触れ合い、またゴミ袋を持参して道中のゴミ収集など自分達のできる貢献を心がけ安心と尊厳のある生活に努めている。学生の福祉体験研修も再開し継続している。	地元高校の福祉体験の受入れを恒例としており、利用者は学生と過ごす事を大変喜んでいいる。町内からは、近隣公園の祭りや子どもと交流する場への誘いがあるなど、地域と事業所との良好な関係性が窺える。	
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	二か月に一度の運営推進会議でホームの役割・活動報告・相談等、町内会長・民生委員・地域包括・市役所役員・家族等を招き、出来る範囲での方法を活かしている。		
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。随時出された意見についても、出来る範囲で取り入れ、サービスの向上に繋げている。	行政や町内会長など、地域関係者の出席があり、家族も出席されている。生活の様子や活動報告に留まらず、事例に関する考察や対策なども議事録に記載されている。家族全員に議事録を配布し、情報共有と見える化に努めている。	
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取り組んでいる	運営推進会議を二か月に一度実施している。地域包括センターや、他のグループホームとも現在は情報交換は難しいが、これからは定期的な交流として繋げていきたい。	地域のグループホーム連絡会や地域包括支援センターとの交流が、有益な情報収集の機会となっている。連絡会は未だオンラインが主であるが、定期的な会議に参加して情報交換を行っている。	
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	「身体拘束ゼロ宣言」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)行うこともある。その場合は早期の解除に向けたケアを行っている。スタッフ会議や身体拘束委員会会議でも全スタッフの周知徹底をしている。	身体拘束委員会や勉強会が年に数回実施されている。勉強会レポートにより、体の拘束はしていないことが確認されている。「職員同士で声をかけ合い、意識を継続していきたい」とのコメントから、意識共有が図られていることが窺える。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	施設内研修・スタッフ会議・スタッフ連絡帳にて職員への周知徹底をしている。身体拘束ゼロ宣言をし日々業務を行っている。		

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	成年後見人制度を利用している入居者もいる為、必要とするケースにおいては全面的に協力し各関係者と連携を持って支援していく。職員の研修への参加も推進している。		
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・ご家族の不安や疑問が無いよう十分な説明をしている。内容によりホームでは対応を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を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	日常生活の様子をお便りにして発信し面会時等アンケートで意見が寄せられた場合は、早期に解決が得られるように努め、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周知し運営にも反映させる。	家族の困りごとや要求に対しては、迅速な対応を心がけている。家族は、大半の職員が生き生きとしていると感じている。職員に対する信頼感により、利用者の安心と安全が担保されている。	
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	職員連絡帳での意見・スタッフ会議等で話し合い、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、代表者・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。	ケアマネジャーの入職を機に、管理者が現場に入ることで早期の発見と対応ができていく。スタッフ会議の議事録によれば、「なぜそれを提供するのか」や「タイミングや注意すべき点」など、職員目線の留意点が共有されている。	
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	運営者が常駐していない為、管理者からの報告を受けて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・賞与で考慮している。必要あらば個人面談し、各職員が向上心を持ち働けるよう努める。		
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	日々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来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	富士市グループホーム協会の交流会を通じ、その後もお互いの施設を訪問し合う機会を設け、時には合同でお花見等をして、相互の活動に繋がっていたが現在は延期している。		

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
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、入居後の不安を軽減できるように努める。		
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け入れ、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	相談時には、しっかり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支援する。他サービスが適応であれば、他事業所と連携をとり本人・家族の同意の上対応している。		
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	生活の中で共に出来る事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・運営推進会議・年中行事等への参加を呼びかけ、一緒に楽しむ機会を設けている。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とし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一つとしてできる限り添えるようにしている。直ぐに実施できることであれば早期に対応している。	面会、また、家族との外出や外食、帰宅等は再開されている。面会者の検温と消毒は必須として、居室で15分程度話されている。家族から頻りに電話で話す利用者がいる。突然の来訪であっても受け入れる体制があり、関係継続に努めている。	
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	日常生活の中で個々の情報収集し、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よるが家族が必要と拘わる限りは継続的な関りは続けている。その時々状況により対応している。		
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	日常の会話の中から本人の思いを傾聴し、望まれる生活が送れるように努めています。ご本人からの聞き取りが難しい時はご家族から情報を頂いています。毎日の生活をみて笑顔で暮らせているか確認しています。	アセスメントシートの情報をもとに、利用者日々寄り添って発言を促し、思いの把握に努めている。一人ひとりの様子を担当者として共有し、スタッフ会議で話し合いモニタリングに反映させている。	
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	入居前にご自宅での生活の様子確認させて頂き、ご家族様とご本人に今までの生活歴の聞き取りをさせていただいています。入居前のサービス利用状況については関係事業所への情報提供の依頼をして把握に努めています。		
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	起床時のバイタルチェック、食事の様子、入浴時の身体確認、余暇活動の取り組み状況や会話時の表情など一日の生活を観察し変化の発見に努め、今できる事、難しくなっている事を把握し必要な支援を提供しています。また体調に合わせた生活ができるように支援しています。		
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	職員会議にて個々の生活状況、健康状況を確認しご本人のつづきやご家族からの新たな思いを職員間で共有して、サービスの在り方を検討しています。定期的に担当職員とケアマネがモニタリングを実施して、目標達成の評価をし今後の支援について検討しケアプラン作成をしています。	モニタリングは担当者としてケアマネジャーで実施されている。利用者の発言や思い、また、家族の意向や担当医の意見などが介護計画に集約されている。定期的見直し時は面会や電話で、更新時はサービス担当者会議で家族に同意を得ている。	
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	個別の記録をとり、職員全体の連絡事項は「連絡帳」を活用して情報を共有している。緊急を要する事項があれば、その日の出勤の職員によりカンファレンスを行い早急に対応する。これらは記録にと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	医療機関と連携し健康の維持に努めている。ご家族の協力を頂き、本人のニーズに合わせた生活を送れるよう支援しています。		

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
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、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、希望の医療機関を継続できるように情報提供・連携は常に行っている。訪問診療の導入を令和4年11月より開始しているが入居時に希望の医療機関があれば継続できるように情報の提供、連携は常に行っている。	訪問診療が可能なかかりつけ医との連携が整い、利用者全員が定期往診を受診されている。医師、看護師、薬剤師の3人体制の往診により、的確な指示と迅速な対応が実現している。訪問看護とかかりつけ医との連携もあり、職員は安心して支援ができています。	
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	令和4年11月より訪問看護の導入により週に一度、看護師の訪問時、相談している。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。看護と介護の共同のもと、適切な支援を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。	入院時は基本的には家族の範囲であるが、その都度ご家族と連携を取り、情報を把握し、出来る範囲での支援はしている。入院先の医療機関より情報提供があれば、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ならない為かはっきりと答えが出ないご家族もある。終末期の支援を必要とした場合は、ご本人、ご家族、医師及び関係職員と協議を持ち方向性を決めるが、基本的にはご本人、ご家族の意向を可能な範囲で尊重し医師・関係職員連携の下、支援する。	医療連携が確立され、特に夜間対応や急変時における職員の不安が解消されている。同時に、安心の医療体制により、職員のモチベーションも保たれている。家族を含め、チーム全体が納得できる看取り支援の体制が整いつつある。	
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	訪問看護が24時間体制で常に連絡できる状態になっている。人口透析については、ホーム内研修により基本的な知識は得ている。応急手当のマニュアルも提示し常に意識している。		
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	定期的に訓練を実施している。地域でも避難場所の把握、協力要請はしている。夜間を想定した訓練(地震、火災、風水害)も行っている。	避難訓練の様子は、運営推進会議議事録で外部にも伝えている。計画と実行から考察を行い、原因や気づきが明確にされている。改善に向けたPDCAサイクルを実践している。訓練では実施者と見学者を分けて、違う目線による検証を行っている。	使用が想定される機器や道具類のメンテナンス、また、使用方法のレクチャーも訓練に含めることが望ましい。断水時の生活用水の備蓄量の分析と見合った容器等の検討が期待される。

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。	スピーチロックは「尊厳」に反する行為であり、勉強会等で繰り返し意識共有がされている。つい口調が強くなったり、利用者への確認を忘れてしまったりすることもあるが、レポートにより自身の振り返りと改善のコメントが確認されている。	
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	自己決定を基本とし『動機付け』をできるだけ行い選ぶことへの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し、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	日常生活のリズムは、一日の流れを基本にしているが、その人その人のペースを考慮し、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、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洋服・小物の買い物も支援している。また、必要に応じた外出着・普段着の変化を楽しんでいる。		
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	腎臓食の食事制限が必要な入居者もあるが、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。食事の準備・後片付けも得意とする分野を職員と一緒にやっている。	管理栄養士による年間の献立を一部調整して、希望食や行事食が提供されている。透析食の高たんぱく高カロリーメニューを特徴とするが、一人ひとりの状況や好みに合わせて調理されている。自分の役割として、自ら片付けを手伝う人がいる。	
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	人工透析を含め管理栄養士による献立に添い、栄養摂取については、徹底した管理の下、行っている。個々の摂取状況により食事形態を変えている。		
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	昼食前に毎日、口腔体操を行っている。毎食後の口腔ケアを実施。訪問歯科医による口腔ケアのアドバイス、それらを応用した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	職員は個々の排泄の状況を見極め誘導のタイミング・排泄のパターンを把握して残存機能を活かした排泄の支援している。	高齢化による筋力低下や環境変化により、自立度が低下する傾向にある。しかし、それを当たり前とはしていない。食事での水分摂取量をチェックして補給を促したり、可能性を捨てずにできることを勧めたりして、自立への支援が継続されている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因やおよび影響を理解し、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	管理栄養士の食事指導の下での食事提供により、水分制限もあり、予防は限られているが水分の提供(非透析者)・軽運動等、個々の身体能力に応じた支援をしている。また医師の指導のもと内服薬下剤の調整もしている。		
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	基本は週2～3回の入浴介助を行っている。透析者は非透析日に入浴し個々の生活状況により毎日実施出来るように支援している。	利用者全員が週2～3回ペースで、体調に合わせて入浴されている。在宅時には流す程度であった人が、今では「ゆっくり湯に浸かりたい」と話されている。楽しい入浴であるためには、まず安全で安心される支援となることを心がけている。	
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て、生活のリズムを作るようにしている。個々に応じた室温を調整し、消灯時間は特に決めていない。夜間の睡眠状況により昼間の休息の支援をしている。		
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て管理し、内服薬は援助を行う。医師の処方変更時はケース記録・申し送りノート・口頭による申し送りで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等を計画実行している。個々の特技・趣味を活かせる場の提供をして、貼り絵・裁縫・そろばん・色塗り等、出来る事を見つけ楽しめるよう支援している。		
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	近隣への散歩は季節に応じ実施している。季節に合わせた散歩・ドライブ・行事等、全員の参加が出来るよう日程を分けて支援している。個々の希望の外出は家族と相談し実施出来るようにしている。	近隣まで車で出向いて公園内を散歩する人、日課として事業所敷地内を散歩する人もいる。安全を最優先に公園内を散歩しながら、季節の移り変わりを体感されている。夏祭りで花火を觀賞しながら、職員、家族、関係者との交流機会もある。	

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・外出時は本人又は職員がお財布を持って出かける。支払いは本人が出来るよう支援するが、出来ない場合は職員が支援している。日常、お金を所持したいと要望があれば家族の了承を得たうえで所持し不安を軽減出来るようにしている。		
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。携帯電話を使用している入居者もいる。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	個々の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よい場所作りを提供している。自分たちが制作した作品を共用空間に展示・居室に飾るなどして居心地を良くしている。	1階の居間は事務所とキッチンの中にあり、利用者の様子を両方から見渡せる位置にある。利用者と職員は、大きな声を出さなくても話せる距離感が保たれている。現在、来年の干支の貼り絵を共同で製作中である。清掃と消毒はこまめに行い、感染対策は継続されている。	
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	共有スペースを配置し、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に過ごせる配慮をしている。		
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	居室内の物品はその人の好みの品・使い慣れた物・馴染みの物を使用し、できる限り入居者・ご家族の希望通りの環境にしている。記念の写真・制作した作品等を飾り思い出としている。	アセスメントシートにより、居室の環境や生活上の注意点が共有されている。定期的なリネン交換や布団干し、また、衣替えも適切なタイミングで実施されている。置き型の携帯電話を持ち込み、家族と頻繁に交流する人をサポートしている。	
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・馴染みの物が側にある環境を整える事により一人一人が可能な範囲の自立が出来るように支援している。		