

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	令和元年 8 月 15 日	評価結果市町村受理日	令和元年 11 月 5 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、そうでない方があんしんして、その人らしく暮らして行けるよう「尊厳の保持」を認知症ケアの基本としている。特に人工透析の方々には全面的な医療サポート(第一クリニック)で安心して生活できるよう努めています。特に食事における健康管理に重点を置き、献立(腎臓食)・食事摂取量・食事形態には十分配慮しています。入居者の余暇活動においては、各自が出来る事に挑戦し、作品の完成で達成感を味わい季節ごと施設に展示をしたり、地区文化祭に入居者全員が出演し見学をして喜びを共感している。

※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	令和元年 9 月 12 日

古い建物ですが、入居者が使いやすいような、共有スペースを作り、ゆったりとした時間を過ごせる雰囲気がありました。ほとんどの入居者がお話の出来る方なので、ペースに合わせながらその方の意向や思いに対して職員のさまざまな配慮ある支援が行われていました。徒歩10分程度の場所にある公園は、毎日の散歩コースとして活用されていました。また、年1回の家族遠足や馴染みの場所へのドライブなど外出機会を多く作っています。医療的な面も医療法人が運営されているので、心強いところです。さまざまな疾病を持つ入居者に対して、必要な管理をしながらも、美味しく食べられる工夫や生活の中の楽しみを作る姿勢は、ホームの管理者や職員の方の思いが反映されていると感じました。

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、自分達の出来る範囲での地域への貢献を心がけ、緊張感をもって支援している。	理念が施設内の共有スペースに掲示してあった。3か月に1回以上、職員と理念に対する検討の場が設けられている。職員に対するアンケートなどを行い、管理者と職員が双方で共有出来るよう継続的実施されている。	
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員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時は、近隣の人々・公園職員と触れ合いまた、ゴミ袋を持参して、道中のごみ収集など自分達の出来る貢献を心がけ安心と尊厳ある生活に努めている。学生の福祉体験研修も継続している。	散歩コースの公園では、近所の方に声をかけてもらったり、小さい子供たちとの交流がある。町内会長が広報等を施設に届けており、情報を得ることが出来る。職員は、利用者と共に地区行事の運動会や防災訓練等に参加している。	
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	2ヶ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。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。	運営推進会議は定期的な開催がされており、さまざまな報告が行われている。19:00からの開催にして家族等が参加しやすい工夫もされている。意見交換は行われているが、議事録の記述からは読み取れない。	会議中の様々な方からの質問や意見を議事録に記載し、サービス向上に生かせるよう、努められることを期待します。
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	運営推進会を2ヶ月に1度実地している。地域包括センターの運営推進会参加・ケアマネジャーの研修参加等連携を持っている。他のグループホームとも定期的に交流として連携に繋げている。	市の担当者は、運営推進会議に年間3回の参加がある。市内のグループホームとの交流会に参加したり、さまざまな場での報告活動を実施している。施設側はもう少し協力関係を築きたいと考えている。	
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」を掲げているか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。その場合は早期の解除に向けたケアを行っている。スタッフ会議でも全スタッフの周知徹底をしている。	現在、身体拘束は行われていない。スピーチロックを課題としており、職員に対してのアンケートの実施やその回答を集計分析して、研修の企画・実施、身体拘束適正化検討委員会での話し合いの場も作っている。	
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	研修への参加を推進し、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	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行く。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	日常生活をお便りにて発信・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運営にも反映させる。	家族へのお便りは毎月発信されている。意見として、食事のことや職員の言葉遣いのことなどが寄せられ、関係者と一緒に検討の機会を持っている。家族会や面会時に説明も行っている。利用者からは、外出に対する要望があり、運営に反映している。	
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・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、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。	代表者との面談機会はなく、管理者が主となり運営している。管理者は、スタッフ会議などで聞き役に徹し、職員の意見が出やすい場づくりを考えている。職員にとっても意見や提案しやすい職場となっている。	
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	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	相談時充分傾聴し思いを受け止める。その上で事業所のできる範囲で支援する。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・年中行事等への参加を呼びかけ、一緒に楽しむ会を設けている。情報提供を常に行いケース記録等の観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ひとつとして出来る限り添えるようにしている。直ぐに実地できることであれば早期に対応している。	本人の話をきっかけに、馴染みの人だけでなく、馴染みの場所をくみ取り、ドライブなどの外出先にして、関係継続の積極的な支援に努めている。このような支援は、介護計画に位置づけ、家族の協力を得て実施している。	
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よるが家族が必要と拘わる限りは継続的な関わりは続けている。その時々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	個々の思いを傾聴し、実現する為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、本人に関わる関係者の協議の上実現できないこともあり、その場合は本人が納得できるよう話をして同意を得る。	本人の言葉を大切にしながら自分の意見をきちんと表せる方の希望や意向を傾聴している。しかし、希望や意向の把握に努めているがその記録が少なく、また、アセスメントとして活用するには情報が整理されていない。	認知症の方のケアという観点からも、継続的な情報の蓄積は大切です。情報を言語化することに努められ、今以上の本人の思いや意向の把握に期待します。
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	入居前には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。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・ケース会議などにて協議し、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。	スタッフ会議の中で、それぞれのケースについて検討がされている。事前に利用者、家族の意見を把握し、関係職員とモニタリングを実施している。モニタリング結果の記録を基に、介護計画の作成や見直しがされていた。	
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者の活用に努める。また第一クリニックの協力があれば関係職員と連携をとり状況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
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。町内に協力医療機関を設け定期健診している。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、常に支援している。	母体が医療法人であり、夜間オンコールで連携を図っている。看護師配置があり、健康管理が難しい透析の必要な人も利用されている。近所のクリニックや遠方の専門医を受診している方も多く、家族対応を基本としながらも、管理者が同行するなど柔軟な対応をとっている。	
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	週一回の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。	入院時は基本的には家族の範囲であるが、その都度家族と連携を取り情報を把握し、でき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、事業所で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家族もある。終末期の支援を必要とした場合は、本人・家族・医師及び関係職員と協議を持ち方向性を決めるが、基本的には本人・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。	入居時に重篤化した場合の対応について説明し、家族と相談のうえ自宅や医療機関などに移っている。その際は必要な情報提供を積極的に行っている。事業所には100歳に近い入居者や重篤になりやすい疾病等の方なども居るため個別の検討を行っているが、終末期ケアの必要性を感じている。	
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	人口透析についてはホーム内研修により基本的な知識を得て、マニュアルに基いて対応している。全職員が普通救急救命の受講を活かし職員間にて吸収している。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・風水害を想定した訓練も行っている。	エレベーター内や壁に避難経路が掲示してある。訓練は年に3回以上行っている。近隣の避難所に避難する訓練や連絡網の伝達訓練を行っている。全員の防災カードや防災備蓄などのマニュアル、透析の方用のマニュアルが整備され、防災備品・備蓄食も整備されている。	

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き対応している。	排せつ誘導などの声掛けについて、直接的な表現をせず、言葉に配慮するよう指導を行っている。指示的な言葉など不適切と感じる場面があれば、その都度話し合いの場を設けている。本人本位の言葉かけを意識している様子が伺えた。	
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、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・小物の買い物を支援している。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る。	透析食、制限食、嫌いな食べ物の代替の配慮がなされている。利用者の意見を取り入れ、当番表を作る等工夫が見られた。軽作業の準備や片付けを得意な利用者と一緒にやっている。献立は管理栄養士が作成し、利用者のリクエストも柔軟に取り入れている。彩りや盛り付けにも配慮がされていた。	
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	毎食後口腔ケアを実地。訪問歯科医による口腔ケアのアドバイス。それらを活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をしている。	トイレでの排泄を基本として支援している。身体状況に合わせて、夜間はポータブルトイレを使用している人もいる。個々に合わせて、過度な介護にならないように見守っている。排便のコントロールは、状況に合わせて看護師と検討しながら行われている。	
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	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	入浴は毎日実地できるように支援している。透析日は医師より入浴禁止に指示がある為非透析日に入浴実施となる。基本的に個々の希望に添った時間帯での入浴実施し、希望によっては日に2回入浴もある。	透析の方は、週3回(医師の指示)、その他の方は本人の希望に合わせて週4~6回入浴できるよう支援している。身体状況に合わせた入浴支援を行い、体に負担をかけたくない日は、足浴等に変えるなど配慮がなされている。	
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事を基本として、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節し、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1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・口答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・趣味を活かせる場面づくりして『役割の動機付け』となれ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	近隣への散歩はほぼ毎日実施している。季節に合わせた散歩・ドライブ・行事等家族への参加も呼びかけている。個々の希望地への外出は家族と相談し、ケアプラン作成時にサービスの内容として実施できるようにしている。	天気の良い日は、毎日外出の機会を作っている。ボランティアの方も週に3回訪問し、協力を得て行われている。天候や身体機能に合わせて、ドライブや散歩コースを決める等工夫がされている。外に出かける事が、利用者の楽しみとなっている。	

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	電話は常に使用出来るようにしている。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。自分たちが製作した作品を共同空間に展示・居室に飾るなどして居心地を良くしている。	古い建物であるが、生活しやすいしつらえがされている。裏には屋根のついた共有スペースがあり、花を楽しんだり、洗濯物を干したり、食事をする場として活用されている。室内には花が飾られ、ゆったりと座れるソファがあり居心地の良いスペースとなっている。	
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	共用スペースを配置し、入居者は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	事故の危険性がない限り、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・製作した作品等を飾り思い出としている。	個々の部屋には、仏壇の持ち込みや、こたつ様式のテーブル、お茶セットが置いてあり、その方らしい部屋になっている。部屋には、仲の良い他の入居者がお茶を飲みに来たり、その方の生活空間となっている。	
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・馴染みのもの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。		