

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22年9月28日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月17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/infomationPublic.do?JCD=2272300506&SCD=320>

【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会社 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22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、そうでない方が認知症になっても自分らしく、自分の暮らしていた地域で生活できるようにと立ち上げました。現在、人工透析の方が5名入居されています。特に「慢性腎不全」という病気に対して、医療面においては、協力医療機関(富士第一クリニック)の全面的なサポートを整え、安心して生活していただけるように努めています。慢性腎不全、認知症とむきあひ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、富士第一クリニックの関係職員と協力し合い日々、介護、医療面にてサポートしています。

【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)】

当ホームは、JR富士駅から北東に約3KMの市街地に位置している。ホームは人工透析の認知症の人も利用できる施設として開設され、治療に専念し自分らしく生活することができる。ホーム長や職員のケアに対する真摯な取り組みと利用者に対する暖かい雰囲気を感じられる。道路の真向かいに系列の人工透析専門の医療法人富士第一クリニックがあり、ホーム3階には富士第一クリニックの看護師が常住しており、医療面でも支援されている。また、人工透析者・糖尿病患者の食事のメニューにも長年の蓄積が生かされている。

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、活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。 | 基本理念として「尊厳の保持」を、運営方針として「地域社会への貢献」を掲げ、慢性腎不良で人工透析が必要な利用者でも、安心して尊厳を維持し、地域で暮らせるよう支援している。 | |
| 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 | 散歩等時、近所の方との触れ合い、地域行事への参加、高校生の福祉実習の受け入れを进行交流に努めている。また、ホームにて普通救命講習を行い交流の機会のひとつとしている。 | 日の出地区自治会に加入し、地域行事の夏祭りやどんど焼き等に参加し、ホーム行事に近隣の参加も有り、地域との交流は活発に行われている。 | |
| 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 | 運営推進会議等でのホームの役割、相談、普通救命講習の講習等、できる範囲での方法にて活かしている。 | | |
| 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おこなっている。また、随時出された意見についても、できる範囲での取り入れをし、サービスの向上へと繋げている。 | 2ヶ月に1回民生委員・市の職員や地区関係者等と定期的に開催し、状況報告や行事予定など様々な事について活発に話しあい、運営に活かしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 介護相談員の受け入れを月一回のペースで行い運営推進会議においても取り組んでいる。また、権利擁護の利用者が入居している為、最低月一回は社会福祉協議会との連携もとっている。 | 市主催の研修会やキャラバンメイトに参加したり、各種の相談を受けたりして協力関係を作っている。グループホーム部会で隣り合うホームの相互研修や空き情報交換も活発に行われている。 | |
| 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 | 基本的には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行うこともある。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、スタッフ会議等でも周知徹底を行っている。 | 身体拘束排除は運営理念や契約書に明記され、利用者及び利用者代理人の権利として掲げ、職員に対しても会議・勉強会等の機会に指導している。 | |
| 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、スタッフ会議等での職員への周知徹底をしている。基本的には虐待はゼロの方針の下、日常の業務を行っている。 | | |

| 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 | 研修への参加を各職員へは推進している。権利擁護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。今後必要とするケースにおいては全面的な協力をし、各関係者との連携をもちつつ支援をしていく。 | | |
| 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な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きれない場合は医師、看護師、管理栄養士等の協力を得、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 | 常に情報交換を密にし、日常生活を発信している。意見が寄せられた場合その場での解決が得られるように努める。得られない場合は関係機関への報告相談をする。これら一連の事は記録に残し、職員への周知をするとともに今後の運営へも反映させている。 | 運営推進会議・家族会・来訪時のご意見や、毎月の利用者への報告時の家族からの意見を、毎月のカンファレンスでその対応を共有し、ホーム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 | 日常業務のなか、スタッフ会議等で話し合いの機会を設けている。だされた意見、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、質の向上へとつなげている。 | 何でも言いやすい雰囲気はできている。職員の意見は連絡ノートに書かれている。意見や提案は、スタッフ会議等の場で協議し、改善策を運営に反映している。 | |
| 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その都度適切な助言をしている。各自の能力、実績にともない昇給、ボーナスの支給を考慮している。必要とあれば個人面談をし、各職員が向上心をもち働けるように努めている。 | | |
| 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できる限り応えられるようにし向上心を育てるようにしている。 | | |
| 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)において交流会、交換研修を実施している。研修会は富士宮G・Hとの合同で実施している。また、他事業所を訪問し交流を通じて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 | 入居前に本人との面接を行い、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。また、ショートステイの利用も打診し、希望があれば短期生活での試行をしてもらう。 | | |
| 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 | 15項目と同様の対応をしている。 | | |
| 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 | 相談時十分に傾聴し思いを受けとめる。その上で事業所のできる範囲での支援をする。また、他サービスが適応であるならば、他事業所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。(本人家族の同意のうえおこなう) | | |
| 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 | 生活のなかで、ともにでき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 | 家族との連絡はその都度おこない家族会、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。各職員も情報提供を常に行い、ケース記録等の閲覧を家族へと促し、情報を共有すること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でそのような話が出た場合は家族よりの情報を得、ケアプランの支援のひとつとしてできる限り添えるように支援している。また、すぐに実施できることであれば早期に対応している。 | 入居時やその後の触れ合い・観察の中から馴染みの人や場所の感触を探り、即実行したりケアプランに組み込んで、途切れない支援をしている。 | |
| 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。また、問題ごとが発生した場合は、情報を収集し早期に話し合いの機会をもうけ、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はあるが、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、その場合は本人の同意を得る。 | センター方式を利用したアセスメントで思いや意向の把握に努め、ケース記録では「本人が言った通りの表現」で記録し、時には家族に協力を得ながらその実現に努力している。 | |
| 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、入居前に可能な限りの家庭訪問、本人家族より情報収集、それを活用しアセスメント、ケアプランへと繋げている。入居前のサービスの状況については関係事業所への情報提供を依頼し把握に努めている。 | | |
| 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 | 日々の生活は食事の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あつた時間の過ごし方も尊重している。 | | |
| 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、その他関係職員の意見を反映した介護計画を作成している。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。 | 入居時のアセスメントに基づきケアプランが作成され、スタッフ会議・ケース検討会議で定期的あるいは変化時の検討・対応が行われている。見直し時は何か一つ本人の楽しみを付加するよう努めている。 | |
| 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 | 個別の記録を取り、職員全体への通達事項は申し送りノートを活用し情報を共有している。状況により緊急を要する事項であれば、その日出勤の職員によりカンファレンスを行い、早急の対応をする。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を勧める。また、富士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っている。とともに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の協力は随時している。 | | |
| 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聞き継続できるように情報提供、連携は随時行っている。人工透析者及び希望により富士第一クリニックの医療機関を利用の入居者については、関係職員との連携の下常に支援をしている。 | 人工透析者には道路の真向かいに透析病院があり、常時適切に支援一されている。日常は「24時間生活変化シート」・「看護師業務連絡記録表」等に基づき、かかりつけ医との連携が図られている。 | |
| 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 | 医療機関との連携は常に行い、ホームでの要望にも応えてもらっている。介護と看護の協同の下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内であるが、その都度家族との連携はとり、情報は把握しでき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はならない為か、はっきりとした答えは出ていない家族もある。終末期の支援を必要とした状態の場合は、本人特に家族とは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、家族本人の意向を可能な範囲で尊重し、関連職員連携の下支援する。 | 法人として「重度化した場合の対応に係る指針」があり、看取りに関する本人・家族の意思確認、提携医師・看護師・ホームが連携して対応する方策が定められている。 | |
| 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 | 人工透析者については、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をしている。普通救命講習を受講するとともに日常的に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 | 定期的な訓練をし、関係職員との連携のもと、常に情報交換は行っている。地域での避難場所の把握、協力要請はしている。 | 年2回の訓練を実施し、報告書も作成されている。また、近隣グループホームとの合同訓練も行われているが、近隣の参加や連携作りはこれからである。 | 自らも地域防災の行事に参加すると共に、運営推進会議等を通じて要請し、万が一の時の連携作りを期待したい。 |

| 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。 | トイレ・入浴時の誘導・言葉掛け等、個人の尊厳やプライバシーを損なわない対応に留意している。書類や記録も全て事務所で管理されている。 | |
| 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、意図的に選んでもらう場面を作っている。選ぶのを待つ等の「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 | 日々の生活のリズムはホーム全体としてのだいたいの一日の流れを基本としているが、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 | 月一回から二回の訪問美容師の来所があり、各自が思いの髪型を申し出ている。個別外出により自分の好みの衣服、小物の買い物も支援している。また、必要に応じ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・糖尿病の方がいるため、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。個々の体調を考慮しながら、得意とする分野を職員と入居者が一緒に行っている。 | 人工透析者や糖尿病患者の食事づくりのプロとしての自覚や研究・蓄積がある。利用者本人の体調や好みに合わせ、メニューの対応もしている。職員と一緒に食事の準備や片付けを行っている利用者もいる。 | |
| 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、糖尿病の方を含め管理栄養士による献立の作成、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。人工透析者以外の方については、十分な水分の確保が出来る様に支援している。 | | |
| 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。週一回の歯科医師による往診。歯科医師による口腔ケアのアドバイス。それらを応用し個々の身体機能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状況を見極め、残存機能を活かした排泄の支援をしている。 | 健康観察記録・検温表等から個々の排泄パターンを把握し、本人の身体状況・残存能力等を見極めながら、排泄の自立支援に努めている。 | |
| 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 | 管理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。また医師の指示の下、内服薬等の調整もしている。 | | |
| 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 | 人工透析の実施日は入浴は禁止との医師の指示があるため、透析日以外の日で入浴をしている。基本的には個々の希望に沿った時間帯での入浴をしている。また、入浴用品は個々の好みのものを使用している。 | 入浴禁止の透析日以外に、本人の希望する時間帯に入浴支援を行っている。風呂は四方から介助可能で、夫々好みの入浴用品を愛用している。 | |
| 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事を基本とし、生活の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様であれば、昼間の休息を支援する。 | | |
| 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 | すぐに確認ができるようにファイルにまとめてある。服用時の見守り援助は行い、医師の処方の変更時には、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。必要時には薬剤師のアドバイスも行う。 | | |
| 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 | 季節にあった行事、個別外出、家族と過ごせる時間作り、個々の特技、趣味を活かせる場面作りをすることにより、「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。季節に合わせたドライブ、行事等は家族への参加を呼びかけ、できる限り同行してもらるようにしている。個人の趣味、希望地は職員の勤務を調整しケアプラン作成時、サービス内容とし実施できるようにしている。 | 日常的には近隣の散歩やドライブに出掛けている。家族同行の季節行事やドライブの計画もある。個人の食事や買い物の希望等については、ケアプランの中に取り入れ、対応している。 | |

| 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 |
| 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、外出時には各自がお財布を持ち出掛ける。支払いは本人ができるように支援する。が能力に応じては職員が支援している。日常所持していたとの要望があれば、家族の了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 | 電話の使用は常に使用できるようにしている。また、職員より声かけし、手紙、電話を勧めたりしている。 | | |
| 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 | 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、花等を置き、居心地のよい場所づくりを工夫している。 | 店舗転用のため1Fに3室・2Fに6室構造になっているが、四方から介助できる風呂や2Fの明るい陽射し一杯の和室リビング・季節感あふれる絵や花等、共用空間は居心地良く過ごせるよう工夫している。 | |
| 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 | 1・2階にはソファを配置し、入居者が語り合える空間を作り、その空間の中で入居者が思い思いの場所で過ごすことに配慮している。 | | |
| 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 | 事故の危険性がない限り、居室内の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、できる限り入居者、家族の希望通りの環境にしている。 | 家族の協力の下に、利用者の好み・馴染み・安らぎのもの(デイサービスに通った時のバッグ等)を整え、時には配置替えを行ったりしながら、居心地良く過ごせるよう工夫している。 | |
| 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。好みに馴染みのあるものが側にある環境を整えることにより、一人ひとりが可能な範囲の自立ができるように支援している。 | | |