

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2895100036		
法人名	有限会社 K Y T		
事業所名	グループホーム はたつか		
所在地	神戸市中央区旗塚通6丁目2-6		
自己評価作成日	平成26年8月22日	評価結果市町村受理日	2014年12月4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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2014年9月16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)】

認知症があっても自立した日常生活を営むことが出来る様支援する。主体性を持ち互いに助け合って人として生きる姿を支援する。自治会・地域社会との繋がりを持ち、地域の一員として生活できるよう支援する。このことを理念に、職員は認知症を追求し、考え黒子の支援に徹している。年間の行事もいろいろで秋はバス旅行、春には一泊旅行を実施。また、全員揃って毎月歩いていける距離での外食を試み、地域との交流を計る。毎日、全員揃って近くのスーパーへ買物にでかけている。エレベーターの使用はせず、階段を使い、自立歩行をしていただいている。日中活動して頂き、抗精神薬の服薬や睡眠導入剤は使用せず、その人の本来持っている力を発揮して頂き、人として当たり前の姿を応援している。

【第三者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)】

事業所は街の中心街にあり、利便性の高い場所にある。利用者との話し方、接し方には、高齢者を敬う気持ちを大切にすることを心がけ、どうい話し方をすれば、相手の心にひびくかを常に考えている。「認知症だから」と、管理するケアを行うのではなく、人として生きることを支援しようとしている。毎日、利用者と職員と一緒に近くのスーパーに食材を買いに行き、献立を考え、調理し、食生活を楽しんでいる。また、利用者が気持ちよく過ごせること、今、できている機能を維持することにも努めている。今年度、家族の理解を得て、居宅療養管理指導サービスを取り入れ、医療の充実を図った。開設5年目を迎え、今後は新たな気持ちで認知症についてより深く学び、認知症ケアを深め、支援のレベルアップを図りたいと考えている。

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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	全職員が理念を意識出来る様、玄関及び、各ユニットの事務所に掲示している。朝礼でははたつかの理念を全員で唱えている。又日々の生活の中で、職員が連携を取り、同じ支援の方向を向き、日々邁進している。	利用者一人ひとりのできることを日勤者が記録し、できること、できないことを共有して自立を支援している。お互いに助け合うことを利用者に投げかけ、話をするなどして、職員、利用者共に理念の実践に努めている。入職時に管理者が理念について説明している。	
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	毎日の食材の買出し等でも、地域の人々と挨拶を交わすなどして、馴染みの関係になっている。	婦人会に加入している。散歩時や買い物時に声をかけられる。近くの文化センターから地域行事の情報を得たり、事業所の行事の時、会場を借りるなどしている。トライやるウィークや琴の演奏等のボランティアを受け入れるなど、地域とのつながりを大切にしている。	
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	運営推進会議で話をしたり地域の人と交わりを持つ事によって理解をして頂いている。	/	/
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	運営推進会議で話し合った内容を記録にまとめて会議で話し合い、意見・サービスに向上できる様解決している。	家族、民生委員、地域包括、知見者(薬剤師)等の出席のもと開催している。地域包括からの認知症サポーター養成研修の報告や民生委員から地域行事の情報を得るなどしている。薬剤師から居宅療養管理指導サービスの説明を受け、サービスに取り入れた。	
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	地域ネットワークの会議に参加し、又、事業所で変更があったりすれば、その都度、市役所に文章で連絡している。	3ヶ月に1回開催されるグループホーム連絡会に出席し、市と情報交換をしている。また、事務的な連絡、相談をしている。地域包括支援センターからは利用者受け入れの依頼がある。機会をとらえ、協力関係の構築に努めている。	
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	身体拘束を行わない理念を入社した時に話をして、全体ミーティングでも話し合っている。	不適切なケアについて研修を実施した。指示的な声かけや行動の制止など、つい、してしまいがちなケアについて話し合い、注意合っている。玄関の施錠については、課題としながらも安全を優先して、開錠に至っていない。	1日の内、短時間の開錠から始めて、玄関の鍵をかけない努力をしていただきたい。
7	(6)	○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	1年に1度は外部講師に来ていただき、研修をして、虐待をしてはいけない意味を振り返るようにして、研修レポートを提出している。	不適切な対応から虐待に至るまでをグループワーク形式で研修を行った。管理者が職員の困りごとを聞いたり、気持ちを軽くするような声かけをしている。また、職員間で話し合っ、ストレス軽減を図っている。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	ホームの会議で成年後見人の研修を実施し、全職員が理解できるように話し合った。入居者の契約の時には必ず後見制度を活用して頂くよう話をしている。	成年後見制度の外部研修に参加し、伝達研修を実施している。利用している人があり、職員は大体理解できている。資料を設置し、契約時に勧めている。相談があれば、管理者から専門機関につないでいる。日常生活自立支援事業はりんりんネットで理解している。	
9	(8)	○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	入居時に家族・入居者に重要事項・契約書を全文読み2時間程かけ、理解納得をして頂いてから印鑑をいただいている。	契約の前に見学をしてもらっている。延命治療についての意思確認、入院時の家族の対応、施設生活上のリスク等について、ていねいに説明し、理解してもらっている。改定等の際にもていねいに説明している。	
10	(9)	○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	家族懇談会を設け、家族との話し合いを行っている。また要望がある時は職員にはミーティング、外部の人には運営推進会議で意見を出している。	家族懇談会を開いたり、面会時に声をかけたりしているが、運営に関する意見はほとんど聞かれない。個別の利用者に関する事で買い物には「本人も一緒に行って、本人の意見を聞いてほしい」との意見を取り入れた例はある。	事業所の運営にも関心を持ってもらうよう働きかけ、意見を引き出す工夫をしていただきたい。
11	(10)	○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	日勤・夜勤帯にあった内容を申し送りする際に職員の意見を聞き入れる機会を作ったり、仕事の時間帯と違う日に時間を設け話し合う時間を作っている。	ミーティング時に聞いている。管理者が個別に食事に行くなどして聞くこともある。人間関係や仕事上の悩みを聞くことが多い。利用者それぞれの意向を尊重する個別ケアを実践してほしいとの意見を取り入れる努力をしている。	
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	モチベーションが上がる様に外部研修に参加出来るよう掲示板に貼り出したり、福利厚生も充実し、年1度はスタッフが旅行に行ったり夏期休暇をとり、又、休暇をとれるような勤務体制にしている。		
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	外部講師を招き、全体研修を行ったり、外部研修にも参加出来るようにし、本人の意欲によって学習できる様にしている。		
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	グループホーム連絡会に加入している。ネットワークを活用した交流会を行い、研修生の受け入れや他のホームに研修に行き、又、見学会や勉強会を通じて意見交換も行って		

自己	者	第三	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	入居時に家族や御本人にも意向を聞き、入居されてからは、どのようなことに困っているかを見極め、本人が安心して生活できる様な支援にしている。		
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	入居時に時間をかけ話し合いをしている。特変事項や不安な事はホームに来院して頂き話を聞いたり、時間がなくホームにこれない人には電話にて対応してその都度対応している。		
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	認知症の為に困っている事や、何が出来て出来ないかを見極めて、入居者に必要かつその人に合った介護計画をたてている。		
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	介護するのではなく、入居者本位であり、一方的な立場ではなく、共に支え合う関係作りにつとめている。		
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	毎月送るはたつか速報で行事や出来事を報告し、情報を共有して総合関係を築きながら、本人を支えていく関係を築いている。		
20	(11)		○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	家族に承諾を得てから、馴染みの人には来訪を自由にして頂き、馴染みの場所にも一緒に出掛けられる様に支援している。	入居前に利用していたヘルパーや近所の人を訪ねてくる。山陽座(昔風の芝居小屋のような所)に芝居を見に行く人もある。行きつけの美容院へ行くこともある。日々の会話の中から聞き取った情報をもとに、馴染みの関係継続支援に努めている。	
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	主体性をもち、互いに助け合い共同生活が営める支援をしている。孤立しないよう食事は全員でとり、口喧嘩が起こった時でも仲直りが出来る様支援している。		

自己	者 第三	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	退所した後も面会やお見舞いに行き交流を持ち関係を断ち切らないようにして、家族との連絡等を行っている。		
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	(12)	○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	何がいちばん入居者にとって良いかを、職員でカンファレンスを行い、家族にも意向を聞いて参考にさせて頂き検討をおこなっている。	お茶を飲みながら会話をし聞き取ったり、夜勤時に個別に部屋で聞いている。入浴時に聞くこともある。表情や声のトーンでも判断する。困難な場合は家族に聞いている。把握した希望や意向は出来る限り実現するよう努めている。	
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	家族・ケアマネジャーに情報提供をして頂き、又御本人からも、ヒヤリングを行い把握に努めている。		
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	入居者の有する能力に合わせ、何が出来て出来ないかを見極め職員とミーティングを行い、総合的に把握するようにしている。		
26	(13)	○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	家族、職員とアセスメントを行い、カンファレンスをして、入居者にあったケアプランを作成している。	3ヶ月に1回見直している。職員全員でカンファレンスで話し合っている。モニタリングは職員全員個別に行い、その書式を継続、変更の理由を記載する欄を作り、工夫した。が、それらは十分に計画に活かされていない。家族の意見も聞いているが計画に反映されていない。	モニタリングの結果や、家族の意見を具体的な現状に即したサービス計画の内容に活かしていただきたい。
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	個別記録・フェイスシート、特記事項は毎日記録して、介護計画の見直しに活用している。		
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	既存のサービスにとらわれず、その時々で柔軟な対応や、支援に事業所側で対応している。		

自己	第三	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	民生委員・ボランティア・インフォーマルの資源を活用させていただき、また消防署の人の消火活動を地域の人と一緒に協力しながら支援している。		
30	(14)	○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	月2回の往診・入院の受け入れ・専門医療の紹介など、医療の相談が出来る様支援している。	利用者、家族納得のうえ、協力医療機関の往診利用、又は受診してもらっている。職員が付き添う場合が多いが、家族による受診時は、日常の健康状態を文書で情報提供している。利用者の日々の状態について、家族、医療関係者共、常に把握に努めている。	
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	入居者の日常の健康管理や医療の相談を、24時間365日看護師と連絡できる。		
32	(15)	○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。	家族の承諾を頂き、医師・家族・管理者とカンファレンスを早期に開き、今後の方向を決め、密に家族・医師と話し合いを持っている。	利用者の普段の健康管理を重視し、些細な変化にも速やかな対応を心がけ、入院回避を図っている。入院時は、職員が病院に訪問し、利用者が安心して治療に専念できるよう気配りに努めるとともに、早期退院のための受け入れも積極的に行っている。利用者、家族の意向を尊重し、医療関係者との協力関係を築いている。	
33	(16)	○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	重度化した場合には、ターミナルの往診の出来る主治医に話し合いをもち方向性を決めていただき、家族とも話し合いを持ち、職員全員で共有している	重度化及び終末期体制に向け、家族を交え、協力医療機関との話し合いを随時設けるようにしている。状態変化に応じた家族の不安等も受け留め、意向にできるだけ添うよう、思いを汲み取ること大事にしている。今後、より充実した体制作りを目指している。	
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	緊急連絡網の作成をしているので、スタッフにマニュアルを活かし、応急手当が出来る様、研修にも行き、ミーティングでも話し合っている。		
35	(17)	○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	年2回の消防訓練、災害訓練の実施、地域の人の参加などは、運営推進会議などで報告を行い参加・協力を働きかけている。	年2回、消防署立ち合いによる、昼間想定による避難誘導訓練、災害訓練を、全員で実施している。運営推進会議では、地域の自主防災に関する情報提供があり、同時に事業所からも地域との協力体制の必要性を働きかけるとともに、参加を呼び掛けている。	夜間想定による訓練も、早急に実施していただきたい。

自己	者 第三	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	(18)	○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	尊厳を損なうような言葉かけの時には、職員間で注意を行い又会議等でも徹底している。	馴染みの関係が深まるにつれ、利用者への言葉かけが命令口調になりかねないことから、会議でも取り上げ、職員間での注意を促している。管理者は、職員一人ひとりの認知症の理解をより深め、ケアの基本姿勢、意識統一の周知をさらに徹底させていこうとしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援	認知症があっても自立した日常生活を営むことが出来る様支援をして、主体性を持ち互いに助け合っ人として、生きる姿を支援している。		
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	はたつかの理念であるため実施している。		
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	毎月、地域の理容に出向き、または訪問美容院にて入居者の嗜好で、毛染め・カット・パーマをしている。		
40	(19)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材購入にユニットごと全員で近くのスーパーに買物に行き、入居者の主体により献立・調理をおこなっている。	開設依頼、その日のメニューを考え、買物から調理等に至る一連の作業を、利用者全員で担っている。スーパーで旬の食材を見繕い、調理法から盛り付けまで、おいしく食べれる工夫を利用者自らがを行い、食べることを楽しみにしている。利用者同士、協力し合い、それぞれの役割が活かされている。	
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	食事摂取の記録。水分摂取は自由に飲んで頂ける様にお茶とコップを定位置に設置し声かけを行い、1日のうち朝の10時はポカリスエット、夜の7時半には嗜好品のお茶を飲んで頂くのを日課にしている。水分・栄養摂取の困難な人には、栄養補助食品を摂取して頂いている。		
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	朝・昼・夕食の口腔ケア、マウスウォッシュのうがいの実施。毎日、夜間のポリデントの実施。3ヶ月に1度の定期検診。		

自己	者三	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	(20)	○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	オムツ・尿とりパットの使用は極力せず、失禁のある人には、時間誘導をしている。原則オムツをしないのが理念です。	基本、トイレでの排泄を支援している。失禁等、尿意のあいまいな人には、次の行動に移る時やその人のペースをつかみ、早めに声かけ、誘導するようにしている。夜間も、その人の習慣や体調に併せ、声をかけ誘導しているが、無理強いしないようにしている。	
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	バイタルチェックに記入して把握をし、予防として個々に応じた水分摂取や適度な運動、ホットパック・マッサージ等を行い、便秘にならないよう管理している。		
45	(21)	○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	1日の流れの中で入居者の希望に添って入浴支援をしている。午前中は買物に出向く為、午後の入浴になっている。入居者が楽しんで入浴できるよう支援している。	一日おきの入浴を目安としているが、夏場のシャワーなど、その時々利用者の状態や希望に添って、柔軟に対応している。職員が背中を流したり、おしゃべりが弾むこともある。季節風呂も楽しみの一つとなっている。	
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	睡眠導入薬は使用せず、昼夜逆転しないよう日中の活動時間にメリハリをつけ、個々にあった休息を楽しんで頂いている。		
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	服薬によつての身体の変化を見落としがないよう、バイタルチェック表に記入をして、服薬の変更、副作用なども記録して確認できるようにしている。		
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	入居者の出来ることを見極めて、ホームの中での役割を見出し、気晴らしには、外食や散歩に出かけて、楽しみを増やしている支援を実施している。		
49	(22)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	毎日の買物、気候のよい時期には散歩に出かける。又、毎月、近くの店舗に外食に出かける等の外出の機会を設けている。	ユニットごとに、午前中の食材の買物だけでなく、夕方の全員での散歩を目標に掲げ、毎日実施している。朝と夕方の外出が気分転換になり習慣化している。毎年恒例の一泊旅行や日帰り遠足も、利用者の楽しみでもあり目標にもなっている。家族と通院時に外食、外出している人もいる。	

自己	者 第三	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	嗜好品の購入時には、個人の財布を持参して頂き、購入して頂くときは支援はしている。		
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	入居者の意向で、電話がしたい人には、自由にして頂いている。家族の承諾を頂いている人には、年賀状や手紙のやり取りもして頂いている。		
52	(23)	○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	整理整頓をして、四季折々の花・置物などで、季節感を味わって居心地良い空間を工夫している。	リビングは、食卓テーブルとソファのテレビコーナーがあり、一般家庭の落ち着いた雰囲気となっている。キッチン周りは利用者が、それぞれに食事の準備や後片付けがしやすく工夫された配置になっている。	
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	入居者の方の好きな空間で、テレビを觀賞したり、音楽を聞き、入居者同士の交流をしている。		
54	(24)	○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	入居時には、使い慣れた家具等を持ってきて頂き、入居者の人が居心地よい環境作りをしている。	備え付けの整理ダンスの他、各自、これまで使っていた箆笥や机、椅子等を持ち込んでいる。趣味の作品、家族の写真や気に入った飾り物が置かれている。家族と一緒に過ごすために持ち寄った日用品も置かれ、温かい雰囲気がある。	
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	見当識になっても混乱が起らないように、プレートをはり混乱を起さないようにしている。		