

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	2870600786		
法人名	有限会社 KYT		
事業所名	グループホーム いろり		
所在地	兵庫県神戸市長田区御屋敷通6丁目2-26		
自己評価作成日	平成29年7月27日	評価結果市町村受理日	平成29年10月10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	
----------	--

【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	平成29年9月21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もち、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。年間の行事も盛
りだくさんで、飛行機を使用しての1泊旅行、全員揃ってのバス旅行。開設して14年目になるが全員
揃ってのお買物は13年間続けている。基本的に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、向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支援している。

【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)】

理念に沿った支援が定着し、利用者は生活者として家庭の延長のような当たり前の暮らしが継続で
きている。職員は個々の利用者が暮らしの中で役割が発揮できるよう関わり、一泊旅行や遠足に行き
たいとの利用者の思いは、体力維持や主体性を持つことへの動機付けにもなっている。高齢化や重度
化が進んでいるが、医療や看護との連携により、利用者・家族、職員にも安心な体制が整備されてい
る。昨年は初めて看取りを経験し、事例に応じた柔軟な対応や終末期の支援など、職員にとって学び
の多い体験となった。今後もさらに理念を軸とした新たな取り組みに期待したい。

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	全職員が理念を共有出来る様各ユニットの入り口や事務所に掲示している。日々の生活の中で、職員が連携をとり、同じ支援方向を向き、日々まい進している。	能力に応じて自立した日常生活が営めること、主体性をもち助け合って生きることを法人の理念として掲示し、新規採用やミーティング時に伝えていく。日々のケアの中で理念を生かした取り組みの様子が伺われるが、具体的な目標などは掲げていない。	さらに、理念に基づいた実践と、共有化を推し進めていくために、具体的な目標を設定されてはいかかがか。
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	自治会にも入り、自治会の行事にお互い参加出来る関係作りになっている。毎日の食事の買い出しには、地域の人達と挨拶を交わすなどして、顔なじみになっている。	自治会に加入し、敬老会やクリーン作戦に利用者が参加したり、自治会開催のバーベキューに職員が参加するなど、地域との関係性は良好である。トライやるウィーク受け入れや、ボランティアの活用、婦人会の事業所見学会の受け入れなど積極的な交流を行なっている。	
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・自治会で話をしたり、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、会議で話し合い意見・サービスに向上出来る様解決している。議事録は閲覧できるように玄関先に設置している。	固定メンバーである地域住民代表と地域包括の参加のもと定期開催している。案内はしているが家族の参加はほとんどない。内容は現状や事故などの報告、情報交換が多い。議事録は地域包括のみ渡している。	家族の参加が得られる働きかけと共に、議事録は参加者及び家族全員に配布し、運営推進会議の理解がさらに、得られることを期待推したい。
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	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、市役所に文書で連絡している。	地域包括とは、会議の場や利用者の紹介、情報交換などで日常的に連携をとり、協力関係が築けている。また、生活保護の担当者の定期的な訪問がある。	
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。	研修は虐待と共に実施し、身体拘束体験などを通して学んでいる。身体拘束を行わない事を徹底し、センサーマットなどの使用もない。玄関の施錠の是非については、職員間で話し合いをしているが、離設の可能性の高い利用者が数人おり、家族の要望も強く施錠に至っていない。	施錠による心理的閉塞感などを考慮し、今後も継続して検討する機会を持たれることを期待したい。
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年に一度は、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り考えるようにして、研修レポートを提出している	外部講師による研修を実施している。研修は全職員対象で全員が研修レポートを提出し、振り返りを行なっている。利用者への対応や言葉かけなどを特に意識しケアを行い、相互に注意し合う関係性ができている。管理者は職員の様子を観察し随時声かけなどを行い、ストレス回避に勤めている。	

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。	制度の利用者があり、パンフレットを準備している。資料をもとに勉強会を実施し、職員は最低限度の理解はしている。		
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時間かけて、理解納得をして頂いてから押印をいただいている。	ケアマネ、地域包括などの紹介や、飛び込みやインターネット情報からの問い合わせがあるが、必ず見学のうえ、申し込みを受け付けている。特に利用料や重度化、入院の場合、精神状態の混乱や施設などの不安について、理解・納得が得られるよう丁寧な説明を心がけている。		
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い、意見・要望が言える様に意見箱も設置している。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。	定期的に家族と懇談する時間を設け、意見や要望を聴く機会としている。また面会時や電話で近況報告し、広報誌により暮らしぶりやイベントの様子などを伝えている。要望は個別的なことが多く、運営に関することは少ない。		
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つくっている。	日々の申し送り時や、フロア会議の場で意見や提案が出されている。職員間の人間関係は良好で意見を言いやすい関係性にある。利用者のケアやイベントへの意見が多いが、伝達様式の提案が反映されている。		
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	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おこなっている。			
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	入居時に家族やご本人にも意見・意向を聞き、入居してからは、どのような事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を行っている。			

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
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て話し合いをしている。特変事項や不安な事は、ホームに来訪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、なに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、入居者本意であり、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	毎月送るお便り「いろり速報」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。また、他施設に入居されている家族様への面会に同行し、関係継続の支援を行っている。	家族と自宅への外出泊や友人の訪問に加え、要望で同行し、墓参りや友人を訪ねるなど関係性継続の支援をしている。毎日行くスーパーや、行きつけの理美容室、喫茶店など新たな馴染みの場所や人との関係も生まれている。	
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。		
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	入居者にとって何がいちばん良いかを、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。	入所時にできる限り丁寧に情報収集を行い、利用者の意向や嗜好に合わせた支援ができるよう努めている。また、新たに得た情報や要望は職員間で共有し介護計画に生かしている。意思の疎通困難な利用者には、表情や動作から把握したり、筆談を行うなど工夫している。	

自己	第三者	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
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、何が出来て何が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か月おきに職員全員でモニタリングを行い、介護計画の見直しを図っている。家族には個別に面会時や電話にて要望の確認を行っている。介護計画は家族と直接会って説明し、了解を得ることを原則としている。介護記録は個人ノートへ記載し、介護計画は別ファイルに綴じている。	介護計画や介護記録は、職員全員で共有し、さらに効果的に活用されるために、様式やファイルの方法を工夫されることを期待したい。
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。		
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	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。急変時には、主治医の指示にて、訪看を要請し点滴や病状に応じた検査等を行える。	協力病院の医師と看護師による毎月2回の定期的な訪問診療があり、入居後全ての利用者がかかりつけ医としている。訪問診療がない週は、訪問看護師が来訪して健康管理をしている。眼科の往診を隔月に受けている利用者もある。整形や歯科を受診する際には、職員が付き添っている。	
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	入居者の日常の健康管理や医療の相談を、看護師と連絡できる。		

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
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・ユニットリーダー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。	この1年間に、骨折と急性心不全で延べ6件の入院があった。入院が長引くと自立度が落ちるので、早期退院を目指している。職員が見舞い、退院前カンファレンスには家族と一緒に同席し、退院後の生活リハビリや食事制限などについて相談しながら、介護計画に反映させている。	
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と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し、職員全員で情報を共有している。	看取り期が近づいた時点で、主治医、家族と相談のうえ、事業所の「看取りに関する指針」を説明して同意を得ている。事業所内で初めて看取りを経験し、全職員で看取った。入院先で亡くなった利用者も一旦施設に戻っていただき、職員がエンゼルケアをして見送った例もある。これらの経験を運営推進会議で報告している。	
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案内・報告を行い参加・協力を働きかけている。	年2回の訓練の内、1回は夜間を想定しており、消防署員の立ち合いもある。2階と3階の利用者はベランダに出て煙を避け、1階の利用者は玄関から避難することとし、近隣住民にも協力を要請している。避難訓練とは別に、毎年2回の消防機器の点検を実施している。	
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く。	法人の接遇研修に参加して外部講師の講義を受けているが、一朝一夕で浸透させるのは難しいと管理者は感じている。ぞんざいにならないよう、丁寧語を遣うように言葉遣いには特に注意を払っている。入浴時の脱衣や往診の際には、プライバシーに配慮している。	
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	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て人として、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	いろいろの理念であるため実施している。		

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
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5日までには、地域の理容・美容に向き、入居者の嗜好で、毛染め・カット・パーマをしている。季節に応じた帽子や靴を職員と共に買いに行き、本人に選んでいただく。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の主体により献立を決め、ユニットごとに全員で近くのスーパーに買物に行き、おやつ等も入居者の好みのものを選び購入している。スタッフが見守り、入居者が調理・配膳・片付けを行っている。	各ユニットごとに、利用者の希望を聴きながら献立を決め、車椅子の利用者も一緒に全員が買物に出掛ける。週に3日は業者に副食を注文し、その余暇を散歩などの時間に充てている。利用者は、調理、盛り付け、お茶淹れ、食器洗いなど、出来る範囲で分担して手伝っている。職員は利用者と同じ食事を摂ったり弁当を持参したり、ユニットごとに自由としている。	
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時と夕16時はポカリスエット、夜の19時には嗜好品のお茶を飲んで頂くのを日課にしている。また、本人の嗜好品を個別に購入し、摂取して頂く。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・おやつ・夕食の口腔ケア、マウスウォッシュのうがいの実施。毎晩ポリデントの実施。3ヶ月に1度の定期検診。舌ブラシ・歯間ブラシの使用。		
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。	昼夜とも、全利用者のトイレでの排泄を目標としている。全員布パンツを使用しており、日中は極力パットを使用しない方針で排泄支援をしている。殆どの利用者は定時的にトイレへ誘導しており、その日の排泄回数のみを記録しているが、特別な利用者には排泄チェックシートを記録している。	
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、毎食後ホットパック・マッサージ等を日課として行い、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てしまわずに、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。午前中は買物に向く為、買物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。	週3回の入浴を目安としているが、日曜日でも必要に応じて、下半身浴やシャワー浴で対応している。重度の利用者の場合は、2人介助をし、職員も一緒に湯船に入ることも有る。湯温は冬季と夏季ごとに一定の温度にし、胸までの湯量としている。菖蒲や柚子を浮かべた季節湯も楽しんでいる。	

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
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	服薬によっ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	入居者の希望に添って外出したり、年1回の外泊旅行・全員でのバス旅行は、毎年の行事になっている。希望により、入居者の個人的な買物にも同行し、継続的に金銭管理も出来るように支援している。家族とのつながりを重視し、他施設に入居されている家族様の面会にも同行している。	買い物、散歩、喫茶店、外食などで毎日外出することが、利用者のADLを高め、近隣の住民との触れ合いの機会となっている。法人合同で実施する全利用者と職員参加による春の1泊旅行と秋の遠足が、毎年の恒例となっており、利用者の大きな楽しみとなっている。職員が旅行先の下見をすることで、安全と安心と快適を支援している。	
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	毎日の買物時に、入居者自身に職員見守りのもと、支払いをして頂いている。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をしている。		
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、電話をかけたい人には、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。	1階、2階、3階とも同じレイアウトである。各フロアとも9室に対して4か所のトイレが有り、トイレでの排泄に配慮している。食卓とは別にリビングのスペースが有り、利用者はテレビの前の大きな2つのソファでくつろぐことが出来る。全体的に掃除が行き届いていて、来訪する家族の評価も高い。	

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
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。	原則として、全ての家具調度品は利用者が持ち込むこととなっているが、退去者が残していった物を使っている利用者もある。全室ともフローリングで明るく、すっきりと整頓されている。整理ダンスの上に、配偶者の遺影や誕生祝いの寄せ書きなどを置き、利用者それぞれにとって過ごしやすい空間となっている。	
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	見当識になっても混乱が起こらないように、プレートをはり混乱を起こさないようにしている。		