

### 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KYT		
事業所名	グループホームはたつか		
所在地	兵庫県神戸市中央区旗塚通6丁目2-6		
自己評価作成日	平成29年7月20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8月6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行う事ができる様支援する。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出来るよう  
支援する。このことを理念に職員は認知症を追及し、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出かけている。  
原則、エレベーターの使用はせず、階段を使い、自立歩行をして頂いている。日中活動をして頂き、  
睡眠導入剤の使用はせず、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)】

開設以来事業所は、利用者主体の自立を維持したその人らしい暮らしを支えている。職員は、一人  
ひとりの生活のペースや個性、こだわりを受け入れ、むしろそれを活かすことで、利用者は自立した生  
活を継続している。毎日の食材の買い出しや散歩、そのための普段の階段の上がり降りなど、利用者  
自身が自ら習慣にして続けている。特に、買って来た食材を使った昼食や夕食の準備、野菜の下ごし  
らえ、調理などに、かいがいく携わっている。又、閉じこもらない生活を通じて、地域の一員としての  
自覚を持ち続けることにもつながっている。高齢化、重度化により、職員の関わりがやむをえずいき  
すぎる場合もみられ、その人の残存能力を結果的にうばいかねないことを危惧し、今、あらためて職員は  
原点に立ち返り、利用者の尊厳ある生活を目指そうとしている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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できる様、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、職員が連携をとり、同じ支援の方向を向き、日々精進している。	職員には、日々の会議でより認知症の理解を深め、理念への周知に努めている。利用者個別のケア方針の共有を図るとともに、利用者の思いに寄り添う日々の関わりを通じて、先輩職員から学んでもらうことも多い。	
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	毎日の良材の買出し等でも、地域の人々と挨拶を交わすなどして、なじみの関係になっている。又、町の行事、盆踊りや地域の防災訓練に積極的に参加している	地域行事への参加は多くはないものの、開設以来継続して交流している。むしろ、毎日の買物を通じて、馴染みの関係ができてきている。時には、見守りの協力もある。小学校での盆踊りへの参加は、子どもと交流できる機会として利用者も楽しみにしている。	
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	施設体験の依頼があれば受け入れたりホームの見学や相談に応じるなどしている。又運営推進会議で、提案を受け、リフレッシュ教室をホームで開催した。		
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。	地域からの参加はかかりつけ薬局、地域包括の参加にとどまっておき、参加可能な民生委員への依頼を検討している。家族には案内しているが、今のところ参加はない。今後、関心のあるテーマ等を収集するなど内容の充実を図り、参加を促していきたいと考えている。	
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	地域ネットワークの会議に参加し、また、事業所で変更があったりすれば、その都度、市役所に文章等で連絡している。	3か月毎に開催されるグループホーム連絡会を通じて、市との情報交換を図っている。他事業所での事例報告を参考にすることもあり、共有の場となっている。	
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。また、「虐待の防止及び・身体拘束の廃止について」という研修を年2回行っている。	法人として毎年、全職員に向け研修を実施している。具体事例をもとに振り返りを行い、職員間で注意喚起している。日々の申し送り時にも、常に統一したケアができるよう意識統一に努めている。昼間の玄関の施錠は、継続して課題として取り上げている。	
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逃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	年に2回研修を行い、その内1回以上は外部講師にきていただいている。研修では、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。	法人として重視しており、年2回の研修を定例化している。職員には、利用者の立場にたつての声かけや関わりができるよう指導している。管理者は、職員へのメンタル面でのサポートに日頃から気をかけ、話を聴くように努めている。	

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。	契約時だけでなく、必要に応じて家族には情報提供を図り、積極的に制度の理解、推進にも努めている。現在、制度の利用はないが、職員には研修で周知を図っている。	
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。	これまで家族からの質問で多くあがる退去に関することや、医療面について丁寧に説明するなど、納得を得たうえで契約してもらっている。入居後の家族の面会や協力の必要性についても、お願いしている。	
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頂いている。	家族懇談会は開催されていないが、来訪時に時間を設け、相談を受けたり日々の様子を伝え、話しをするようにしている。特に、運営に関する要望等はあがっていない。	
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・夜勤帯にあつ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。又、毎月ミーティングを行っている。	毎月の会議や日々の申し送り時に、職員からの意見や提案をあげてもらっている。利用者のケア方針についてや外出に関する話を話し合うことが多い。担当職員が、季節行事や外出等について企画、準備している。	
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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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、馴染みの人にも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。	高齢化に伴い、友人や知人の訪問は少ないが、来訪時には、できるだけゆっくりすごしてもらおうよう声かけや雰囲気づくりに努めている。趣味や食べたい物、行きたい所など、普段の様子から汲み取るように努めている。入居後、自宅に帰省することもあった。	
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。		
<b>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</b>						
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。	利用者とのコミュニケーションを密に図り、信頼関係を築くことで、思いや意向の把握につながっている。主に、好きなことや楽しみにしていることを気軽に出示してもらえよう個別の時間も大事にしている。家族からの情報を参考にすることもあ	
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。毎日の申し送りや、特記があれば情報を記録・伝達を行い共有している		
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、入居者にあつたケアプランを作成している。	3か月毎にモニタリングを行い、利用者の状態変化を確認し、計画作成担当者が職員間の意見の集約を図って、計画に反映している。基本、半年ごとの見直しとしているが、状態変化等に応じて見直ししている。下肢筋力の低下や食事の摂取状況の低下等、利用者の現状を見極めている。	
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、支援を事業所側で取り組んでいる。		

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
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	地域の活動に参加し、地域の人や消防団員の方に協力して頂いている。		
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。	かかりつけ医の選択は自由であるが、協力医による毎月2回の定期的な訪問診療があり、全ての利用者がかかりつけ医としている。眼科などの他科受診には原則家族が付き添うが、事情によっては職員が対応する。歯科は、至近の距離にある医院で、3か月に1度、定期的を受診している。	
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。	骨折による入院が複数件有り、いずれも協力医療機関に入院した。管理者は利用者を見舞って、医療関係者と情報を交換しながら、早期退院を支援している。退院前のカンファレンスには家族と一緒に同席し、退院後のケアプランを作成している。退院後、半年の歩行訓練を経て、立位がとれるまでに回復した例がある。	
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	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	契約時点で、緊急搬送時のDNAR(心肺蘇生法の諾否)の確認をするとともに、看取りに関する事業所の方針を説明している。未だ看取った事例は無いが、看取り期に至った際には、主治医、家族と相談のうえ、看取り介護計画を作成して家族の同意を得る事としている。	
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ます。応急手当、対応について、マニュアルをもうけ、随時研修に行くようにしています。		
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、災害訓練を実施、地域の人の参加を、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。	消火設備の自主検査を毎週行っており、消火器の位置確認、避難経路の障害物の有無など18項目を確認して記録している。夜間を想定した避難訓練は、数年に1回に留まっているが、利用者役の職員を、毛布で作った簡易担架で搬送する訓練も行っている。消防署員の立ち合いを要請したことは無い。	職員が手薄な夜間を想定した訓練によって、避難時の課題が浮き彫りになると思われる。消防署員の立ち合いを要請し、指導を仰がれたらどうであろうか。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	馴れ馴れしさから生じる相応しくない言葉遣いには、特に注意を払っている。食堂や居間にいる利用者をトイレに案内する際は、さりげない声掛けをしている。全てのトイレのドアは、食堂や居間から見えない様、工夫している。洗濯機が置かれている脱衣所に入る際は、ノックを励行している。	
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	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、地域の理容室・美容室に出向き、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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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。	ユニットごとに利用者の希望を汲んだメニューを決め、車椅子の利用者も職員と一緒に買い物に出掛けることを日課としている。包丁を使った調理の下ごしらえから、盛り付け、配膳、下膳、食器洗いまで、利用者は状態に応じて一連の作業を分担して行っている。職員も同じ献立を同じテーブルで食している。	
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ます		
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、必要に応じ、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。3～6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。	全ての利用者が布パンツを使用し、昼夜を問わずトイレで排泄している。利用者がトイレでの立位を保つために、職員は程良い距離で見守る事に努めている。尿意を感じ難い利用者には、買い物や食事、おやつの前後に、適時声掛けをしている。	
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	バイタルチェック表に記録して把握をし、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。入居者が楽しんで入浴できるよう支援している。	日曜日を除いて毎日入浴できる体制であり、必要があれば日曜日でもシャワーや足湯で対応している。浴槽の湯は毎回入れ替えており、利用者は好みの湯温でゆっくりとした入浴を楽しんでいる。ゆず湯やしょうぶ湯など、季節の湯を楽しむこともある。	
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、楽しみを増やせるよう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。そのほかにも入居者の方の希望があればなるべく外出できるよう支援している。	全ての利用者にとって、買い物と散歩が日課となっている。事業所の近くの公園、カフェ、毎月の外食など外出する機会が多い。毎年、全利用者が日帰り遠足と1泊旅行に出掛ける事が恒例となっており、利用者の大きな楽しみとなっている。	



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
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、購入して頂く等の支援をしている。		
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。	2つのユニットの共同空間の広さに少々の違いがあるが、どちらも食堂とは別に居間のスペースが設けられている。居間には大きなソファとテレビが置かれ、利用者がゆったりとした時間を過ごしている。食堂の肘付きの回転椅子は脚にコマが付いていて、利用者がスムーズに離着席出来る様、配慮されている。	
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	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。	居室のドアには、細長い曇りガラスがはめ込まれており、外から室内の明りが確認できる。室内には整理ダンスとベッドが準備され、明るくて綺麗に整頓されている。利用者は使い慣れた家具を持ち込み、家族からの寄せ書きや趣味の品々、仏壇などを置いて、それぞれが過ごしやすい部屋となっている。	
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。		