

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	2872800293		
法人名	有限会社 ほおずき		
事業所名	グループホーム CHIAKIほおずき播磨		
所在地	兵庫県加古郡播磨町東野添2丁目18番6号		
自己評価作成日	平成30年2月16日	評価結果市町村受理日	平成30年6月7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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントを行う時、生活全般の視点を持ち、本人の望む生活や意欲を導き出し入居者・家族と共に考え、お互いの信頼関係を築いていきます。 ・地域の人といつまでも係わりを持って地域の人と共に生活できる支援を行ってまいります。 ・家族、地域住民に認知症に対する正しい知識を伝え、理解してもらえぬ取り組みを行ってまいります。
--

※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.kai gokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2丁目2-14-703号
訪問調査日	平成30年3月15日

【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)】

<p>①入居者が望む暮らしの実現・・「すべての行為に意味がある」との方針の下、入居者が望む暮らしとなるよう、様々なプログラム等を設計し、ご本人に選択してもらっての日々を演出している(◆日常レク:役割分担、算盤、園芸、風船パレー、トランプ、カラオケ他◆ボランティアの協力:大正琴、オカリナ、ハンドベル、フラダンス、演奏会他◆家族参加の季節行事:花見、夏祭り、運動会、ハロウィン他②地域との連携・・近隣商店での買物や「ふれあいサロン」、季節行事(盆踊りや秋祭り等)への積極的参加、園児・児童等との交流等、地域の中での暮らしが常態化している。また、町役場事業計画策定委員会の参加し、「つどいカフェ」や「100歳体操」や「地域ふれあい介護相談」の実施場所として事業所を提供、地域包括支援センターと連携で「認知症講演会」にも講師参加している。トライやるウオーク、支援学校生徒、専門学校生、民生委員の実習受け入れ等、認知症ケアのプロとしての知識還元もしている。</p>
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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

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	会社の理念を理解した上で播磨のテーマを決め職員間で目標設定が行われ、毎日評価するという取り組みが実践されている。	法人理念をベースに、「自分たちの施設は自分たちで考えていく」「全ての仕事に無駄はない全力で取り組みましょう」を事業所テーマとし、入居者の望む生活ができる事業所となるよう全職員一丸となって取り組んでいる。	
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	ふれあいサロンや季節行事への参加、町の行事、介護相談、事業所の解放、園芸、レクリエーション等でボランティアの協力を得て地域に根差した暮らしが続けられている。	日々の散歩や近隣商店での買い物時での会話、「ふれあいサロン」「つどいカフェ」での交流、秋祭りでの神輿の乗入れ、多様なボランティアの協力等、地域に根差した日常が常態化している。	今後も、地域の方々の協力を頂きながら、地域における社会資源の一つとしての定着を目標に、事業所発信の積極的な活動を増やしていけることに大いに期待をします。
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	町役場、地域包括と協力し認知症の理解や支援を地域の人々に対して啓発を行っている。		
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	2か月に1回運営推進会議を行い入居者の日常運営状況等を報告し意見交換を行い、施設の質の向上に繋げている。	会議には入居者・家族も相当数出席し、事業所の実態を参加者と共有している。また、入居者のADL向上施策、外出支援、地域交流、非常災害時対策等、多様なテーマについて意見交換を行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	介護保険事業計画策定委員会にも出席しグループホームに必要な取り組み、地域包括と連携して認知症予防の啓発等協力関係が出来ている。	「地域ふれあい介護相談」「100歳体操」等を協同している。事業所の課題等も常時共有・相談している。また、地域包括支援センターとの連携も強い（「認知症講演会」への講師出向、ボランティア・入居者情報等の共有）。	
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	法人・施設に身体拘束対策委員会を設置し会議を行い拘束をしないケアが行えている。社内研修、マニュアル等は周知徹底で毎月1回の全体会議、施設長会議では拘束がないか、必ず報告する。玄関施錠解放の実施は行えている。	本部基礎研修、事業所内勉強会を通じて、職員は「身体的拘束等の弊害」について十分理解しており、入居者の望む暮らしとなるよう「見守り」「言葉かけ」を行っている。玄関口、フロア出入り口は日中は常時開放している。	
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	法人本部での基礎研修を軸に、事業所内勉強会、日常生活の振り返り等も行い虐待を見逃さない取り組みを行っている。職員間コミュニケーションも良好で信頼関係が出来ている。	本部基礎研修、事業所内勉強会及び日々のケアの振り返りを通じて「不適切なケア」のレベルからの払拭に取組み、ホスピタリティ豊かなパーソンセンタードケアを実践している。職員間コミュニケーションも良好で風通しの良い職場環境となっている。	

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
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	現在2名の方が権利擁護に関する制度を活用している。認知症高齢者への支援の方法として有用性の高さを職員は理解しており、入居者の現況に応じて家族等との相談にも応じている。	現在、権利擁護に関する制度を2名の方が活用しておられる。職員は制度活用が、認知症高齢者への支援方策の一つとして有用であることを理解しており、状況に応じて家族等に提案が来ている。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	事業所見学、質疑応答、アセスメント等を十分に行い、疑問・不安感の無い状態にして契約を締結している。契約時には、重度化・終末期への対応方針を含め契約関係書類を丁寧に説明し理解を頂くように努めている。	事業所見学、アセスメント、質疑応答等により入居後に不具合が生じないよう疑問点・不安感が無い状態にして契約を締結している。契約時には契約関連書類を丁寧に説明し、理解を頂いている。	
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	運営推進会議、行事参加時、来訪時、電話、意見箱、ライン等様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。頂いた意見は直ちに検討し必ずフィードバックしている。	運営推進会議、行事参加時、来訪時、電話・WEB、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。頂いた意見等は直ちに全職員で共有・検討し、フィードバックするとともに運営に活かしている。	
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	事業所運営は、職員で構成している。計画を立案し、各リーダーを中心にミーティングで検討したうえで決定・実践・検証している。管理者との個別面談、本社の来訪時(月例)での提案等の機会も設けている。	月例会議の他、毎日のミーティングにより業務改善に繋がる項目を共有し、フロアリーダーを中心に推進している。管理者との個別面談や本社職員との面談の機会に意見・提案等を具申することもある。	
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	職員が仕事に興味をもてるように介護技術や研修を常に行い、やりがいを感じられる職場に整えている。個々の努力や実績は人事考課表で評価を行い給与に反映され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	職員同士はお互いを尊敬し合って仕事をする。この事を前提にチームを作り「小さな気づき」をどの様にチームケアに活かすか?等、予防の段階でケアを組み立てるといったトレーニングを行っている。		
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	地域包括主催の勉強会や二市二町GH勉強会等に参加して意見交換を行っている。持ち帰った事例等を職員で話をして施設のケアの改善に役立たせている。		

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
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	問題点や困っている状況のみに着目し対応するのではなく「出来ている事」を「さらにできるように」する視点で援助を行い、本人の安心感と信頼関係づくりに勤めている。		
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	見学、申し込み時、事前面接では十分な時間を設け、話を聞き、困りごとや悩みをしっかりと掴み、入所後の生活に活かしていけるような関係づくりをしている。		
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	本人・家族の悩みや困りごとをしっかりと聞いたうえで、どの様な支援が必要か見極めて、必要に応じたサービスの利用にも対応をしている。		
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	入居者の望む生活や意欲を導き出し、それらについて共に考えていく事で、入居者との信頼関係を築いている。		
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	入居者の状態が「どうか？」毎月のお便り、電話での状態報告等を密に行い、施設で出来ないことは家族に協力をしてもらい共に支えている。		
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	家族との外出・外泊、知人の来訪、入居前の居住区域での話題をボランティアさんに聞き、今までの暮らし感が出来るだけ、長く継続できるように支援している。	家族との外出(食事、通院、法要等)・外泊(正月等)、知人・友人の訪問、季節のお便り投函、趣味の継続(甲子園球場での野球観戦等)、個々人の今迄の生活感ができるだけ長く継続するように支援している。	
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	気の合う人同士の席、会話をしやすい環境づくりまた、コミュニケーションを取りにくい場面では職員が間に入り、共に楽しめる支援を行います。		

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	退居後も気安く施設が訪問できる関係づくりを行い、経過を見守りながら家族のフォローや相談を受け、必要に応じて支援に勤めます。		
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	生活の中での言動等から情報収集を行い、本人の望む日常となるよう、話し合った内容は記録やミーティングで共有し、本人本位の支援に活かしている。	入居者お一人おひとりの係わり(会話、言動、仕草・表情等)の中から、ご本人が望む日常となるように、その思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は、ミーティング・連絡会議等で共有している。	
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	入居前の情報提供、家族と面会でのアセスメント、本人との面談等で暮らし方を把握しているが、入居後も入居者、家族との対話から得られる情報の把握に努めている。		
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	一人一人のケアプランを活用し小さな「気づき」を大切に、職員間で共有し「出来ている事」を「さらにできるように」する可能性を広げる援助を行っています。		
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	入居者の思い・意向、家族の要望、職員、医師等の意見を踏まえた介護計画を作成している。日々のモニタリングを行いカンファレンスに繋ぎ見直し・更新に活かしている。	入居者の思い・意向、家族の要望にパートナー(介護職員)・医療専門職の意見を踏まえ、ご本人の「現在状態」に適合した介護計画を作成している。頻度の高いケアカンファレンス・モニタリングが実施されている。	
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	毎日の状態観察、気づきをケース記録、申し送りなどで情報共有し実践や見直し等に繋げている。		
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	家族様の要望や心配事は、施設が出来る事、出来ないことを見極めその都度、相談させて頂き家族の支援として、柔軟に対応出来る取り組みを行っている。		

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
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	町の事業、医療との連携、成年後見制度等も活用しながら本人が地域の人との触れ合い楽しみながら生活できる支援を行っている。		
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	協力医による往診(月2回)急変時の対応(24H体制)により健康管理を行っている。歯科の訪問診療も導入し、衛生士による口腔ケアも行われている。	協力医(内科)による往診(隔週)及び急変時の対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。かかりつけの専門医への受診は家族と協同している。また希望者には歯科衛生士による口腔ケア及び歯科医師の訪問診療も受けている。	
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	介護職と看護師の連携は、申し送りノート、ケース記録、往診記録、電話等で情報を共有し適切な支援が出来る。		
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。	入院中は、入居者の不安、軽減及び状態把握のため職員は面会に赴いている。家族と情報を共有しながら病院とは早期の退院を前提に連携している。退院時には今後に対しての情報を受けている。	この1年間では入院された方はいなかった。入院の際には、入居者の不安軽減・状態の把握のために面会に行き医療関係者や家族と情報を共有している。病院とは早期退院を目標に連携している。	
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、事業所です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、終末期の状況となった場合には、支援内容を職員間で共有し、検討する。入居者にとって望ましいケアとなるよう、本人、家族、医療従事者、事業所でも相談、検討している。	重度化・終末期への対応方針は、入居時に説明し理解を頂いている。入居者がそのような状態になった場合は、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族、医療専門職、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。	
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	本社、事業所での研修もあり、ミーティングでも事例での研修を行っている。又、慌てないように電話の横に緊急マニュアル表を掲げている。		
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回の消防避難訓練・防災訓練(日中、夜間を想定)を実施している。また災害時、近隣住民、役場との協力体制は構築できている。非常食・飲料水等は常時3日分備蓄している。	定期(年2回)の通報・消防・避難訓練((日中帯・夜間帯想定)を実施している(消防署の立会あり)。近隣住民との協力体制は築かれており、非常食・飲料水等も3日分備蓄している。	

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
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	入居者様個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、ご本人が今まで培ってこられた技能・趣味・習慣等が日々の暮らしの中で体現できるよう支援している。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に充分配慮しながら、ご本人が今まで培ってこられた事柄(技能、趣味、習慣等)の中で、ご本人の希望される事柄をご本人の望むタイミングで体現できるよう支援している。		
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	何かを決める時には本人の意向、希望を聞くようにしている。意思表示できにくい入居者には、会話の中からも希望や願いを引き出せるように取り組んでいる。			
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	一人ひとりのペースを尊重し、入居者との会話、表情、から本人の思いを汲み取り、日々の状態を見ながらその人の暮らしを大切に支援できるように努めている。			
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	自身で洋服を選ばれない入居者には職員が季節に合った服を2~3着選びその中からご自分の好きな洋服を選んでもらう。また、2か月に1回は理美容院で散髪をして身だしなみを整えている。			
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	献立、調理、後片づけ等の役割を職員と協同で行っている。施設の菜園で収穫した野菜等で季節を感じ、旬の物を味わいながら手作りおやつ等も楽しんでいる。	メニュー決め、食材購入、調理や後片付け等、「できてやりたい部分」を職員と会話を楽しみながら一緒に取り組んでいる。外食や行事食、年数回のバイキング、手作りおやつも好評である。		
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	食事メニューはバランスよく作成され毎食事量、水分量は記録に残している。食事形態も個々人の摂取状態に合わせて提供している。変化があれば都度、会議を行い検討している。			
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	一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを実施している(うがい、歯磨き、ポリドントでの洗浄)又、週に1回歯科衛生士による口腔ケアも実施されている。			

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
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	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、個々人に合った方法によりトイレでの排泄が行えるように支援している。夜間帯はADLの状態に考慮しポータブルトイレの方もおられる。	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人に適合した方法での排泄の支援を行っている(2人介助、ポータブルトイレの活用等)。夜間帯は、睡眠との兼ね合いでパット交換の方もおられる。	
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	日々排便の確認を行い、個々人に応じた対応(体調、体重の変化、食事、運動等)を行い必要に応じて医師との連携も行っている。。		
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むように、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	週3回以上の入浴を基本にご本人の状況に合った支援をしている。個浴、大浴場と個々人が望むゆっくり ゆったりとした入浴時間になるように取り組んでいる。	週3回以上の入浴を基本に、個々人にとって、入浴が楽しみな時間となるように支援している(好みの洗髪剤の使用・職員との会話・2人介助等)。また、週1回は、併設事業所の大浴場で合同入浴を実施している(車椅子の方も湯船に浸かる)。	
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	起床、就寝等は一人一人声掛けを行いながら本人に任せている。日中、リビングで休息をとりたいときはソファを活用できる環境づくりをしている。		
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	服薬管理表にて薬の目的、副作用、用法、用量等把握し、理解できにくい所は医師に確認を行い支援の必要性を確認している。また、症状等の気づきを見逃さないように努めている。		
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	個々人出来る事、出来ないことを見極め、出来る事をさらにできる役割を持つことで自信に繋がり、顔馴染みの皆さんと楽しむことで気分転換できる支援を行っている。		
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ADL低下、体調、気候等を考慮しながらの外出支援はなかなか難しく、地域での散歩から季節を感じて頂けるように努めている。ボランティアさんとは共同で季節の花、野菜作り等を行うことの協力を頂いている。	散歩や買い物、ボランティア協力による庭園・菜園への草花・野菜等への水遣り等、日頃から外気に触れる機会を設けている。季節の外出(初詣、花見(梅・桜等))や希望者による少人数での外出も実施している。	入居者のADLの低下や個々人の想いも違い、個別対応にも工夫と労力が求められることと察します。今後もご家族等の協力も含め、「利用者の思いに沿った支援」の継続に期待をしています。

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	全員の預り金は金庫に保管し、必要に応じ職員が本人の希望金額を出し個々人で使用されている。		
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	個人の希望に応じ電話を掛けたり取次ぎを行っている。		
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	庭園の植栽や草花、野菜、玄関口やフロアの季節飾り等広いリビング(ソファ、畳敷きスペース)適度な彩光、家庭的な雰囲気等心地よい共用空間となっている。	季節を感じる庭の植栽・草花や菜園、玄関口やフロアの季節飾り、行事写真や利用者の作品・俳句が貼付された壁面、畳敷きの小上がりやソファスペースのある広いリビングには適度な採光が入り、開放的な心地よい共用空間となっている。	
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	ソファや和室、玄関の椅子等気の合ったものが共有でき、気軽に過ごせる場所の工夫が出来ている。		
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	居室内は本人と家族が相談して使い慣れた馴染みの物を持ち込み、居心地の良い居室になる環境が出来ている。居室には洗面台がありADL低下の予防にもなっている。	職員と撮った写真が飾られた表札のある居室には、使い慣れた馴染みの大切な品物(家具、冷蔵庫、籐の椅子、位牌等)を持ち込み、居心地の良い居室となるように支援している。、ADLの変化による対応も家族と相談しながら行っている。	
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	一人一人の身体機能に合わせて居室内の物品配置等、居心地のよい環境を提供できている。浴室、トイレ等は手摺や福祉用具を活用しながら自立した生活が出来る工夫をしている。		