

### 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	2893300117		
法人名	(株)フィールド		
事業所名	グループホーム ころあい伊丹		
所在地	兵庫県伊丹市御願塚8丁目7-10		
自己評価作成日	令和元年9月1日	評価結果市町村受理日	2019年11月29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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般財団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2丁目2-14-703号
訪問調査日	令和元年10月4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)】

事業所の造りが、和を基調に伊丹市のイメージである酒蔵風の造りをしており、内部に至っても和の空間で日本の高齢者が馴染みとする畳を全面に使用しており、これまでの生活と変わらない日常を送れるようになっているため、安心感のもてる落ち着いた暮らしへとつながっていると考える。

#### 【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)】

①和の温もりを感じる空間づくり・フロアー・廊下・居室の床は畳使用となっている。和風の家具や電灯によって、家庭的な温もりと懐かしさが感じられる。また、リビングの窓が大きく、適度な採光によって、明るく穏やかな空間となっている。外のウッドデッキでは利用者はいつでも自由に外気に触れ、外気浴を楽しめる。一緒に家族や来訪者もデッキを利用して歓談を楽しむことができる。②医療連携体制・入居前からのかかりつけ医の受診を支援しつつ、事業所の協力医療機関の訪問診療、夜間・救急時の体制、看取り支援が実施できるよう整備されている。③地域とのつきあい(交流)・自治会や社協と連携し、地域の行事等を通しての交流が活発になっている。認知症カフェの開催など地域の社会資源として開放的な活動も目指している。

### 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)	○	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. 全くいない
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、生き生きと働いている (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

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>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	職員の必ず目に入る場所へ掲示し、理念を共有し実践につなげている。法人のケア目標である「やさしいチカラ」を実践するため、全職員が共通認識をもって日々のケアに活かしている。	理念はパンフレットに記載するとともに、事業所内にも掲示し、日常的に職員の目に入るようにしている。職員は理念の達成に向けての共通認識をもち、ケアの実践に活かせるように努めている。	
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	運営推進会議にも参加して頂き、地域の催しには出来るだけ参加している。また近隣の図書館などの利用も行っている。	地域の史跡清掃の継続参加を含め、近隣小学校区のまつりに協賛し参加している。地域の社会資源の利用等、地域ボランティアも積極的に受け入れる等、地域の住民として、双方向の交流に努めている。	今後も地域関係者の方々のご協力の下、地域との交流をさらに温めていかれ、地域の一員として積極的な活動が継続されることに期待をします。
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	運営推進会議において町会の代表の方との話し合いも行い、事業所において出来ることを題材に例えば伊丹市高齢者地域見守り協定に加入し、見守り協力事業所などの参加も行うなどしている。福祉避難所の指定を受け、大規模災害時の避難所となっている。	/	/
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	町会の代表や民生委員の方、地域包括の職員の方より出された意見を取り入れ、緊急通報ラジオの導入など様々な事の見解を取り入れさせて頂いている。	自治会役員、包括支援センター職員、家族代表が参加し、事業所の現状や事故・行事等の報告を行って意見交換や相互協力を検討している。会議で出た意見は、全職員で共有・検討し、事業所運営に活かすよう努めている。	運営推進会議に出席をされない家族様にも会議内容の報告(要点を押さえた議事録の配布等)を行い、ご家族の協力・理解につなげられては如何でしょうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	事業に関する事でわからないところは常に相談を行っている。また、社会福祉協議会主催の研修にも参加させて頂き、情報収集と交流を深めるようにしている。福祉避難所の指定を受け、大規模災害時の避難所となっている。	市の担当者とは、日常的に密に連絡を取り、研修会への参加等、協力関係を築くよう取り組んでいる。また、中学生の職業体験事業の受け入れ、災害時における福祉避難所等への協力にも努めている。	
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	身体拘束防止について、意識付ける為のマニュアルの開示説明や3ヶ月に1度の勉強会やカンファレンス等でもスタッフへ話し合いをし取り組んでいる。	「身体拘束をしないケア指針」をホーム内に掲示し、計画的な勉強会への職員の全員参加を徹底し、身体拘束をしないケアについての理解を深めている。職員は日々のケアの段階からその内容を活かすよう取り組んでいる。	

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
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	運営規定や重要事項にも取り入れ、カンファレンス等でもマニュアル開示説明やニュースでの虐待事例などスタッフへ周知している。	定期的に、高齢者虐待についての研修・勉強会を開催している(全職員参加)。入手した虐待事例も引用(資料)し、職員間で検討・学び合うよう努め、「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。	支援記録の記入の仕方(内容)等にも意識を持ち、日常からの入居者の「尊厳の保持」に繋がる取り組みの継続に期待をしています。
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	職員には学べる環境(本や資料を置き)を作り、研修などの案内があれば張り出すようにしている。また、成年後見制度を利用されている入居者もおられるため、話しもしている。	職員がいつでも資料をみることができる環境等を整備し、権利擁護の制度を活用する意義が深まるよう努めている。必要があれば、利用に結びつくよう積極的に支援を行なっている。	
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	入所時の契約には説明を必ず行い、納得の上署名捺印して頂いている。また、入居後もその都度お尋ねになられる事には再度説明を行っている。	入所前には丁寧な説明を心がけ、疑問や質問に対しては誠意のある説明をし、納得を得たうえで契約の締結をしている。入居後の問い合わせにも、その都度丁寧に説明し理解を得よう努めている。	更に、事業所の運営方針及びケアの方向性の理解の充実に繋がりますよう、入居後によくある質問等をまとめられ、「Q&A」方式の冊子を作成されても良いかと思えます。
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	相談・苦情相談の窓口も設け、常に話を聞く体制を取っている。ご意見や苦情に関して真摯に受け止め、運営に反映するよう努力している。	運営推進会議、行事参加時、来訪時や電話・メール、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取り、頂いた意見は運営に反映するよう検討されている。なんでも気軽に言える信頼関係が築けるよう努めている。	
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	運営者はホームにたびたび赴き、ホームの様子観察などを行い、インターネットの活用において状況把握もされている。また管理者はカンファレンスなどの話し合いの機会を持ち、運営会議へ提起する。検討後、スタッフへの周知を行い実践している。	法人役員は定期的に事業所を来訪し、職員からの意見や要望、提案等を聴き取っている。また、管理者は、職員と面談したり、意見を聴く機会を設けている。	
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	勤務考課の考課表を使用し、職員の意識を高めるための方策をとり、不安や問題があるスタッフに対してその都度面接を行っており、職員の意見の把握を行っている。		
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	入職時の初任者研修はもとより、その時々で必要と思われる研修・勉強会の参加は促すようにしている。また、現場における勉強会も毎月行われ職員は参加している。また、会社より研修費補助やスキルアップのための講習費などの補助もある。	毎月実施される研修・勉強会の他、日々のケアを通してのケアスキルアップを目指している。また、認知症実践者研修等を含め、個人の資格取得に関する支援も整備がされている。	
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	市内の同事業連携会に参加し、市内事業所との連携も行っている。また、同法人ではあるが交換研修もあり交流を深めたり、他の事業所よりの見学研修などの受け入れも行いサービス向上に役立っている。		

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
<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	日々の生活の中で出てきた不安や困っていることには、その時々でよく話しを聞くようにしている。また解決できることは、その状況に合わせて解決に導くよう働きかけている。		
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	サービス導入前の相談から入居に至るまでに数回かけ聞くことができ、多少なりとも関係作りを行い、入居されてからも要望や相談は随時対応している。		
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	入居利用相談時に、内容によっては他のサービス等の紹介なども考慮に入れ、お話をさせていただいている。		
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	当事業所開設以来、常にその考えを持ち、支えあう関係作りと、調理の手伝い、洗濯物たたみ、レクリエーションを通して関係を築いている。		
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	年に2度の家族会を開催し、ご家族との関係も様々な行事を通し協力を仰ぎ、一緒に入居利用者を支えて行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	なじみの関係に関してはお聞きしたり、その方が訪ねて来たりされている。なじみの場所に関しても、数名ではあるが行かれています。	入居前に近くに住んでいた方がホームに面会に来る、手紙を出す等の支援を行なう等、今後も関係が継続する支援を行なっている。馴染みの商店等の利用等、地域の社会資源も積極的に利用している。	ご家族の理解・協力を頂きながら、面会・外食・通院同行の機会等も活用し、入居者個人々人のご家族等(馴染みの関係)との大切な時間の確保の継続支援を願います。
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ご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	常にリビングの状態を観察し、その時の状況や状態により関わりを考え、利用者同士の関わりが出来るように努めている		
22	○関係を断ち切らない取り組み 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	退去後も変わらず、年賀状やお手紙などで関係を保っている。		

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	
<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	日々の様子や振り返りの中で、入居利用者本位に対応できるように努めている。毎月のモニタリングの中で検討事項を話し合い、本人のご要望に応えられるように努めている。	日々のケアや、本人・家族との関わりから、思いや希望を把握できるよう努めている。得た意向や情報は、申し送りや毎月の会議で職員間で共有し、本人本位の支援に活かすよう努めている。	家族の思いや意向についても、介護計画の更新時等の際に文書で確認し、ケアに反映されては如何でしょうか。		
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	職員は、一人一人の個人ファイルにあるアセスメントシートなどを確認し入居利用者本位に対応できるように努めている。	/		/	
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	ワイズマンの介護ソフトを通じて行動や身体状況など、その方の一日を把握できるように入力し、周知できるように努めている。				
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	カンファレンスや申し送り等を踏まえ、スタッフ全員は尚のこと必要に応じ、ドクターなどの専門的な意見を取り入れることを行い、ご家族とも話し合っている。また、居室担当スタッフが入居利用者のモニタリングも行っている。	日々のケアをチェックしながら、利用者や家族の思いや意向を受けて、定期的に計画の検証を行っている。状態変化時には会議を開き、支援計画の見直しを行なっている。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、ご本人の「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めた関係者(チームワーク)で、その達成を目指すことに期待をします。		
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	日々の暮らしを個人の介護記録として毎日記入し、その方の情報源の一つとして様々な事柄に活かし申し送りなどでも共有するようにしている。	/		/	
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	多機能化とまでは行かないが連携医療機関でのリハビリテーションやボランティアによる活動などを取り入れている。				

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	必要性に応じ、ボランティア、地域包括支援センター、消防署の協力を得て支援している。運営推進会議などで、地域のイベント情報を聞き、参加している。		
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	連携医療機関が月に4度の往診を行い、必要ときには適切に診療を受け支援されている。	入居前からのかかりつけ医の受診を継続している方もおられる(ご家族の協力)。事業所の協力医による訪問診療や緊急時の体制整備も整っている。	
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	週に1度の健康サービスチェックがあり、また夜間の連絡体制も整えて頂き、常に医療面でのケアや相談を行えるようにしている。		
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。	管理者・介護支援専門員・連携医療機関は入居利用者が入院、長期治療などが必要となったとき、連携医療病院との情報交換などの話し合いを行うようにしている。	入院・退院時には、病院で状態確認や情報収集を行ない、医療機関との連携に努めている。退院後の事業所での生活に支障が起きよう、整備に努めている。	
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	開設当初より、看取りの意識を持ち終末期ケアに関して話をしており、実際に現在看取りを何度か経験もしており連携医療機関のドクターやグループホーム介護職員は連携を常に意識し備えている。	入所前に事業所が行える対応を丁寧に説明し意向を書面で確認している。看取り支援が必要になった場合には、再度、意向確認し本人、家族、主治医、職員が話し合い、具体的な支援の実施方法を確認している。	
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	連携医療機関のドクターと話をしたり、マニュアルの整備・研修と実践力をつけ対応出来るようにしている。		
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	地域消防署とも連携し、事業所で行なう緊急の避難の訓練を年に2回行い、非常時に対応できるよう訓練している。	消防署の協力を得て年2回(うち1回は夜間想定)の避難訓練を行ない、設備の点検や避難経路の確認を行なっている。市の災害時の福祉避難所に指定されている。	

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>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	プライバシー保護の書面を張り出し、職員に対しては常に話をしており、書面でも誓約書をとって対応には気をつけている。	職員研修で学び、書面にして張り出し、日々意識してケアを行っている。利用者本人の望むタイミングで実践できるように支援している。	
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	入居利用者に接するときには常に行っており利用者の気持ち等を考えている。		
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	常に入居利用者主体のケアを考えその支援に努めている。		
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	外出時のオシャレ、化粧などの支援や理容・美容は本人の希望を出るだけかなえられるよう支援している。		
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	その入居利用者の精神・身体レベルに合わせた食事に関する手伝いの支援を行っている。またおやつでは、食べたいものや季節のものも取り入れている。	利用者のペースに合わせて、さりげなく介助を行い、歓談しながら食事の時間を楽しんでいる。おやつ作りや行事食、外食も実施している。	
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	ワイズマンの介護ソフトに記録した利用者の状態把握はしており、個々の体調や体重なども把握して対応している。		
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	毎日の口腔ケアに、必要と思われる入居利用者へは週に1度の歯科往診の受診や歯科衛生士の口腔ケアをお願いしている。		

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	、一人ひとりの状態状況に合わせた排泄の支援を行っている。 ワイズマンの介護ソフトを活用し排泄状況を記録している。	ケアチェック表にて一人ひとりの排泄状況を把握している。尊厳に配慮した声かけを実施しながら、個々人の状態に応じた支援に努めている。	
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	主治医・看護師・薬局の方々と職員は話し合い、必要と思われる薬の使用や食事に関しては食事担当の職員は飲食物に留意し思考錯誤を行っている。		
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	週に2～3回の入浴を考え、ご本人にも確認し、体調を考慮しながら行っている。	3日に一度の入浴と共に、必要に応じて二人介助も行う等の支援体制を整えている。職員との個別の会話、季節湯等、入浴が楽しみな時間となるように努めている。	
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	常にその日の入居利用者の状態を考え、眠れない方の状態を主治医や看護師に相談し必要な援助を行い休息・就寝の支援を行っている		
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	かかりつけ薬局の薬剤師による服薬管理により、朝・昼・夕・食間・眠剤と服薬管理を行い。服薬時にも個々の状態に合わせて服薬して頂いている。		
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	職員全員が入居利用者の楽しみごとや生活歴を理解するよう努力しており、出来るだけそのご本人の力が発揮できるよう声かけなどの支援に努めている。		
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	散歩日を設けず、声かけし希望に沿うよう心がけている。ご家族と出掛ける方は少数いるものの地域の方と出掛けたりという機会は無いが、地域の行事に参加している。	地域の行事への参加や、個別で家族と一緒に外出・外泊を行なう等、閉じこもらない生活を支援している。	



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
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	現金を所持される方もいるが使用する機会が少ないため、必要などときにはそのことが出来るように支援を行うように考えている。		
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	利用者の力量によって行い、行っていない方でも機会があれば行うことを考える。利用者によっては携帯電話を所持している。		
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	当ホームは畳敷きで和を基調にしたつくりになっており、また照明もやわらかくセッティングされており共用の空間にもさりげなく季節を感じさせるものを置き、季節の演出をかもし出すようにしている。	床は畳敷きに設えられており、家具や電灯、時計も和風を基調とした物を使用している。窓が大きく適度な採光が入り明るい。窓の外にはウッドデッキを設けており、自由に外気に触れながら、ゆったり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	フロアは広く、ソファーや椅子も多く用意しており一人一人思い思いに過ごせるようにしている。		
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	入居利用者の家族や関係者に話を聞き、使い慣れたものや好みものを持ってきていただいている。	馴染みの品物や家族と一緒にの写真等を持ち込み、個々人が過ごしやすい「自分の部屋」としての設計を支援している。また、ADLの低下による安全面への配慮も家族と相談しながら行っている(家具移動等)。	居室にカレンダーを置いて、本人・家族と予定を共有しては如何でしょうか。
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	入居利用者の個別ケアを重要視し、常にその人の力を活かせるよう考えている。		

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