

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7年3月1日	評価結果市町村受理日	令和7年5月28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.kaigokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【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7年3月10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繋がっていると考えます。食事は手作りにこだわり、利用者様も巻き込んで日常の中で出来る家事は職員と一緒にやり、自立支援と身体能力の維持向上を大切にしています。

【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、地域との双方向交流・運営推進会議での地域における課題の共有・検討により、認知症カフェの必要性が挙がり、当該事業所において「茶房ころあい」を実施することに至った。カフェは地域のボランティア、ご家族、包括支援センター、市社会福祉協議会等の協力を得ながら月に1回の頻度で開催し、ご入居者と地域を結ぶ一つの場として定着している。2、行政との協力関係・市高齢者地域見守り協定や子ども見守り協力事業への協力等、市の委託事業への協力を行っている。また、大災害時における福祉避難所としての指定を受ける等、行政との協力関係を築いている。3、楽しみごとへの支援・ホーム近隣の道路もフラットで歩行しやすい立地であり、日常の散歩や商店への買い物等にも行きやすい。ご家族との外出や外食も楽しみの一つとなっている。

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)	○ 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	第三者	項目	外部評価		
			自己評価 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している	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。事業所のケア目標である「一人はみんなの為に、みんなは一人の為に、スタッフの力を集結し、利用者様を支える」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。	事業所理念は、ケアの基本的考え方として立ち返るための指針としており、職員は、ご家族や地域、医療と連携し、チームワークを常に意識しながら、入居者の意志を尊重した暮らしが送れるように支援している。	
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	運営推進会議や地域行事に参加している。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。自治会の行事にも参加している。	自治会行事への積極的参加、地域の社会資源の活用(図書館・商店等)、また、運営推進会議において、「認知症予防」の必要性を話し合い、地域のボランティアや地域包括支援センター、社会福祉協議会等の協力のもと、月に1回の頻度で認知症カフェ「茶房ころあい」を催すようになり、地域の住民の方々との交流の場として機能するようになった。	今後も地域交流行事等に積極的に参加され、コロナ禍以前のように、地域とのつながりを大切にしながら復活・継続されることに期待します。
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、子供見守りたい等見守り協力事業所として参加している。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、地域行事のお誘いを受け参加している。民生委員から出された高齢者の居場所が無いとの課題について、一緒に考え協働している。	民生委員、地域包括。市社会福祉協議会、ご家族の参加のもと、定期的に運営推進会議を開催しており、会議では、ホームでの状況報告の他、参加者からは、運営面等に関する意見や提案、地域情報等を出してもらっている。当ホームの状況や地域課題などを話し合っており、認知症カフェの開催にも至っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	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。伊丹市のボランティアセンターから行事の時はボランティアさんに来ていただいている。	日頃から市の担当者への報告・相談・連絡は密に行っている。また、市の高齢者地域見守り協定への協力や子ども見守り事業への協力も行っている。また、認知症カフェにおいては地域包括、市社会福祉協議会、伊丹市の協力を得ている。	
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。	研修・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、利用者自身が望む暮らしとなるよう支援している。職員は日頃より、何気ない言葉使いからも言葉による行動の制止等がないかも意識しあっている。	
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記載しているが、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。	定期的に虐待防止検討会議では虐待に対するチェックリストを用いて職員個人で不適切ケアになっていないか確認を行っている。研修・勉強会・日々のケアの振り返り等を通して、「不適切なケア」の払拭に取組んでいる。職員間コミュニケーションを大切にし、チームケアが実践できるように努めている。	

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
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。	ご家族からの制度利用の相談などに対してはいつでも対応できるように研修を行い学んでいる。また、地域包括や市との連携のもと活用に向けて取り組めるように努めている。	
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	入所時の契約には重要事項説明書、運営規定を読み合わせ、説明を必ず行い、納得の上で契約して頂いている。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。	管理者は入居相談時より対応しており、契約に至るまでには信頼関係を築くように努めている。ご本人やご家族の入居に対する不安などにも随時対応し不安なく入居できるように支援している。	入居前・後に、ご家族から寄せられる「よくある質問」に関しては、事業所内で「Q&A」のような冊子を作成されても宜しいかと思えます。
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・苦情相談の窓口を設け、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。	ご家族からは、訪問時や電話での連絡時、認知症カフェ開催時等に意見・意向を聴き取り、支援や運営に反映させている。また、運営推進会議時においてもご家族の意見を伺い、運営に取り入れるように努めている。ご家族の意見も多きだけける環境を設計するよう努め、その都度お話を伺いながら運営に活かすようにしている。	今後もご家族との良い協力関係を維持され、対応されることを期待しています。
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。	管理者と職員は常にコミュニケーションをとり、意見を集め全体会議などで話し合っている。また、管理者は毎月行われる本社会議において、職員の意見を提言する機会があり、運営法人代表と話し合い、サービス向上に向けて改善に努めている。	今後もタイムリーにケアの質を検証し、向上のための取組を継続されることを願います。
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。 パワハラ防止の為、勉強会を開き、ホーム内に「ハラスメントは許しません」のポスターを掲示し、啓蒙し、働きやすい環境となるよう整備している。		
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	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。		
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	者三	項目	外部評価		
			自己評価 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	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	その都度、家族様に連絡し利用者様の状況を報告している。月初にころあい通信を送付して利用者様のご様子を写真にて報告している。		
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。	入居前によく出向いておられた場所に散歩に出かけたり、ご家族と一緒に、馴染みのある場所（飲食店や商店等）へ行かれることもある。友人の訪問やご家族の訪問も頻繁にあり、馴染みの関係が途切れないように支援している。また、地域行事への参加時や地域の方々との双方向交流の機会を設けることにより、地域においての馴染みの場所や人の関係づくりの拡大にも努めている。	今後も利用者個々人のご家族や友人、地域にお住いの顔見知りの方々等との大切な時間を確保するため、継続支援をお願いします。
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	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
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	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。	入居者とのかかわりの中で、発言や反応をしっかり受け止め、思いや意向を把握して利用者の意思を尊重した支援によって、自分らしい暮らしが送れるよう努めている。また、生活歴等の情報はご家族にもご協力いただいている。また、会話が難しい利用者に対しては、選択肢を設け意向を確認している。	
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	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ィアを反映し、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。	介護計画に沿ったケア(支援)が実施されているかを日々検証を行っている。事前に把握したご本人やご家族の意向を踏まえ、担当者会議において医療関係者からの情報等も含めて職員と一緒に計画を立て、「本人本意」の暮らしに沿えるようにプランの見直しに努めている。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めチームでの「本人ニーズの達成」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。		
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	連携医療機関が月に2度の往診を行い、必要などときには適切に診療を受け支援されている。	ご本人及びご家族の希望に沿った医療の提供(主治医の選択)を行っている。現在は、ホームの連携医(24時間オンコール・月2回の定期的訪問診療の提供)を主治医とする入居者の選択が多い。また、ご家族の通院同行協力で、入居前からのかかりつけの専門医に外来通院をしているご利用者もおられる。	

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
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おり、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、連携医療機関との情報交換などの話し合いを行うようにしている。	入院の際には、介護サマリー等の情報を提供している。管理者は、医療機関の担当者(地域連携室のソーシャルワーカー)等と随時に情報交換を行っている。退院時カンファレンスにも参加し、退院後、スムーズにホームの生活に戻れるよう努めている。	
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。	重度化・終末期への対応は、入居時に説明し理解をしていただいている。なお、入居者がその状態になった場合は、本人にとって望ましい支援が行えるよう本人・家族・医療専門職・職員等の関係者と話し合い、支援計画を立て、チームで取り組んでいる。また、ホームの提携医療機関及び訪問看護は24時間オンコール体制であり、迅速な対応ができるため、安心ある看取りを可能としている。	
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	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。	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。管内の消防署との連携は取れており、ホームは兵庫県の福祉避難所の指定も受けている。	
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	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。	特に、ご入居者お一人ひとりへの声掛けに対する言葉遣いに気を付けている。個々人の尊厳を持った言葉遣いになっているかの確認を常に行い、不適切な言葉遣いと思われる場合は、管理者が職員に対して個別に「尊厳の保持に対する指導」を行っている。	
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。		

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
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来るだけかなえ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。	日々の食事は、給食会社から配達された食材を用いてホーム内で調理をしている。盛り付けや洗い物等、「利用者が得意でやりたいこと・できること」をスタッフと会話しながら一緒に行っている。外食やリクエストメニュー、行事食や手作りおやつ等も楽しんでおられる。誕生日会、食事レクレーション等の際には、ご入居者からのリクエストメニューも組み入れている。	
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	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	毎日の食後の口腔ケアについては、食後の歯磨きを職員と共に行い、歯の状態を観察している。又、家族様が希望された利用者様へは週に1度の歯科往診の受診や歯科衛生士の口腔ケアを受けている。		
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。	入居者の現況および排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(言葉かけ・タイミング、2人介助等)で、出来る限り、トイレでの排泄が行なえるように支援している。	
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	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。	職員との会話を楽しみながら、ゆっくりゆったりとした入浴時間となるよう支援している。入浴の際には、湿疹やかぶれ、打撲痕、褥瘡等がないかを丁寧に観察も忘れない支援が出来ている。また、季節ごとの行事湯なども楽しんでいる。浴槽を跨げる身体状況であれば、湯船にゆっくりと使ってもらっているが浴槽を跨げない状態にあるご入居者に対してはシャワー浴で対応している。	

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
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 眠れない利用者様にはホットミルクを飲んでいただいたり、寄り添ってお話を聞き、不安感を取り除く等で自然に入眠出来るように努めている。		
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	かかづの作業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。 誤薬の無いよう、配薬時は職員同士で薬の袋を見て声に出し確認する等の2重チェックを行っている。 配薬後の薬袋を再度確認し、飲み残しが無いかチェックしている。		
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	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。利用者様の趣味にあわせたレク(囲碁や歌等の個別レク)活動を行っている。		
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	散歩道を設けず、声かけし希望に沿うよう心がけている。ご家族と出掛けの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。	日頃から、外気浴を兼ねて近隣の散歩を積極的に実施している。また、ご家族の協力によって、ご本人の行きたい場所への外出支援等もやっている。利用者の希望に沿って、感染対策に配慮しながら、近隣での花見や買い物・外食なども実施している。入居者と職員は、散歩中には積極的に近隣に住まう方々等とご挨拶を交わし、地域に暮らす住民として意識していただくように支援している。	
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	少額の現金をホームで預かり、コンビニやスーパーでお好きなものを買っていただき、支払いも職員に見守られながら、ご自身で行い、買い物を楽しめるよう支援している。		
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	利用者の希望に沿って行い、行っていない方でも機会があれば行うことを考えいる。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。	家庭的な玄関の設え・採光を十分に取り込んだりピンク、廊下の壁面には季節飾りや作品(塗り絵、書)が掲示されており、生活感・季節感豊かな我が家のような共用空間となっている。フロアの雰囲気もアットホームである。	
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し、心地良い居場所になるように工夫している。		

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
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のものを持ってきていただいている。	入居者は馴染みの物(家具やテレビ、家族写真等)を持ち込んでおられ、これまでの暮らし(ご自分の部屋)が継続できるよう支援をしている。ADLの変化に応じて、家具やベッドの配置の変更を家族と都に検討し安全面を重視した居室設計ができている。	
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	利用者様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。居室担当を決めており、その職員から入居者様の状態を発信し、皆で考えている。カンファレンスを月一度開き、居室担当から、発信された課題に取り組み、情報を共有しながら、利用者様の生活の質が高まるよう努めている。カンファレンスで共有した事やケアプランを元にお一人お一人の力をいかした取り組み(調理、洗濯物たたみ、洗濯干し、取り組み等)をスタッフと一緒に安全性を配慮しながら行っている。出来る事が増え、自分の役割があり、感謝される事により、自信が持て自立した生活が送っていただけるよう配慮している		