

(様式1) 令和 1 年度

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	2891000032		
法人名	株式会社 フィールド		
事業所名	グループホーム こころあい芦屋		
所在地	兵庫県芦屋市岩園町29-14		
自己評価作成日	令和1年7月10日	評価結果市町村受理日	令和1年8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	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番14-703号
訪問調査日	令和1年7月26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)】

ホームにご入居後も「その人らしさ」を失わないための支援を、必要な時に必要な介護を実践しています。開設から勤めてくれているスタッフと開設からのご入居者様と「あ、うん」の呼吸で毎日をご過ごしていただいています。本当の親子に近づきたい関係です。医療面もドクターと看護師の方に週1回訪問していただき、何か体調がすぐれない時は、直ぐに連絡が取れ指示を仰ぐことが出来ますので安心して毎日を過ごしていただいています。食事は毎日ホームでの手作りですが、ご入居者様の嚥下機能に合わせミキサー食や刻み食などの対応もさせていただいております。月2回お寿司や季節に合わせた旬のお料理を楽しんでいただく時間も取らせていただいております。外食には、ご家族様と一緒に食事を楽しんでいただく時間をご用意させていただいております。ご入居様、ご家族様が安心して暮らしていただけるように安心で安全で楽しいホームであるように心がけております。

【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)】

I 利用者個々人の尊厳の保持・・・ホームでの日常生活の中では常に「その人らしさを大切にしたい支援」を基軸にした支援となるように心掛けています。職員主導にならないケアのため、日頃からの利用者との会話やその言動の中から本人ニーズ(要望)を把握し、利用者の意向を尊重した支援の実施が出来るように努めている。**II 地域との付き合い(交流)・・・認知症ケアの専門職として、事業所の近隣に住んでおられるの方々への知識還元(認知症介護相談等)や、災害時における避難場所としての協力を行っている。**また、地域行事への参加、ボランティアの協力等、地域との付き合いも良好である。**III 日常生活の場・・・入所前の馴染みの生活を大切にしたい環境整備を行っている。**その環境の中で本人の意向に沿ったゆったりとした穏やかな生活が送れるように支援している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

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	
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	毎月の全体会議で理念を確認し、フロアや玄関に理念を掲げ日々共有し実践につなげています。	職員が常に意識して、日々のケアが実践できるよう、各フロアに事業所理念を掲示して共有し、ケアの質の向上に努めている。	
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	お花見の時期には自治会よりお花見のご招待をしていただき、地域の方と一緒にお花見やおやつを楽しませていただいています。民生委員の方と独居で暮らしておられる方のお力になれるように交流しています。	地域の行事や公園掃除等への参加、また、近隣花店のボランティア協力等、地域とのつながりを大切にし、地域住民からの認知症介護等の相談にも親身に対応している。	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	認知症の方のご家族様の突然の電話の相談や飛び込みでこらえる方の相談にも応じています。台風や地震などの救急避難場所にも指定されています。		
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	ホームでの困りごとや対応など相談をさせていただいています。経過はどうなりましたかとしつかりと聞いて頂いています。ご家族様なら、どうされるかなどもしっかりアドバイスして下さいます。全体会議やカンファに繋げています。	市職員・自治会・民生児童委員が出席している。近況報告とともに、出席者からは、運営に関してのご意見・提案等、また、アドバイスもいただいている。会議録は家族に送付されている。	
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	運営推進会議にヒヤリハットの取り組みの見直しの話も聞いて頂き、しっかりと現状もお伝えすることが出来ています。取り組みの見直しも賛同していただき内情もよく理解していただけていると思います。	市町村担当者とは、運営推進会議での情報共有とともに、日頃から、事例相談や運営に関する相談等、随時に指導を受けている。	
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	基本3か月に1度は身体拘束をしない話し合いの場を持っていますが、困ったことが起こりそうな時は毎月のように話し合いをしています。運営会議で報告しています。	研修・勉強会等を通じ、職員は「身体的拘束等の弊害」について十分理解しており、入居者が「自分らしく」思いのまま過ごせるようさりげない見守りと寄り添いによる支援を実践している。	
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	虐待防止の勉強会を会議で行い全体会議で徹底しています。業務中も些細なことで虐待に繋がるようなことがないように皆で注意を払っています。	定期的な研修とともに、日頃のケアの中で気になることがあれば職員間で話し合い、情報を共有し、お互いに注意して防止に努めている。	

自己	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	ホームの勉強会でも定期的に学習する機会を設け相談を受ける場合にわからないことがないように対応しています。成年後見制度を利用されているご家族様も多く身近な存在でもある。	実際に成年後見制度を利用している方もおられる。職員は制度活用が認知症高齢者にとって有用な支援方策の一つであることを理解しており、状況に応じて家族等へ情報を発信している。	
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	契約の場合でも時間をかけて説明させていたしていますが、不安や疑問点が起こった時にすぐに対応できるように電話やメールでも対応しています。	契約に関しては、関係書類を読み上げ丁寧に説明し、質疑応答している。随時、電話やメールで不安や疑問点に対応し理解していたように努めている。	
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	家族様が来訪されたときには、もちろんですがお話を聞く時間を設けています。気軽にメールや電話で質問や要望を伝えていただけるように、対応しています。	面会、電話、メール等にて、意見や要望を把握している。また、共有すべき意見や提案に関しては、運営推進会議等で検討し情報共有し運営に活かしている(ケアの質の向上につなげる)。	
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	業務中でも気づけば、管理者や主任に提案を聞く時間は取っています。それぞれの視点から感じると思うことは違うと思いますが、入居者様の為であれば反映させている。	日常的に職員が主任や管理者に意見を出せる体制であり、会議で検討している。内容により運営者に月1回の法人の管理者会議の場で報告し、ケアの実践や運営に反映できるよう取り組んでいる。	
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	スタッフの生活状況やご両親やご家族様の体調、スタッフの体調の把握はしっかりと聞いています。労働条件はどうなのかなど、話してもらえ信頼関係を構築しています。		
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	外部研修に参加する余裕がない状況ですが、毎月の勉強会にプラスして疑問点があれば、インターネットで調べてスタッフに回覧することは行っています。会社内でステップアップ講座を始める予定です。		
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	月に1回、管理者会議や主任会議、計画作成担当者会議などを開催しその中でも勉強会、交流会を行っています。困難事例や質の向上を目指しています。		

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
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	ご入居前の面談から可能な限りご本人や家族様から要望やご本人様の思い、ご家族様の思いを聞き取り細かいことまで話を聞き、入居後も安心して暮らしてもらえるように関係を築けるように努めています。	
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	サービス担当者会議を開き、困っていることなどを一つ一つ安心していただけるように対応を説明し不安や要望にも細かく対応しています。	
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	導入する段階で、いくつかのパターンを考えています。ご入居する前の段階で聞き取りを何度も行いいろんな方面から考えたうえで見極めています。スタッフの聞き取りもみんなに意見を聞いています。	
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	汚れたオムツを捨てるための新聞紙を、折りたたんでくださったり、入居者様が使うゴミ袋を広告で折ってくれたりお盆拭きやもやしの根を取ることも手伝ってくれます。	
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	ご家族様が食事介助を手伝いに来てくださったり、外出や散歩についてきてくれます。ご自分の親だけでなく周りの入居者様にも話しかけたり、話を聞いてくださったりしています。	
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	元気な時によく食べに行った中華屋さんに、今ご飯を食べに行ったりしています。相手は覚えていないのですが入居者様にとっては馴染みの場所になっています。	友人、知人の訪問を積極的に受け入れている。近隣の商業施設等へも外出する機会を設けるよう支援している。 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	入居者様が食事をとっている中で、どうやって食事を食べたらよいのかわからないと言われる方に、入居者様同士でスプーンですくってお口に入れてと見本を見せたりしながら一緒に食事をとってくれます。	

自己 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	入院で退居になられたり、お亡くなりになられたりされても、訪問してくださったり、電話や相談に来ていただけています。ご入居の紹介者になっていただけています。		
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	お一人お一人生活歴も違われるので、思いや暮らし方の希望をすべてお聞きするのは難しいが出来る限りお応えしています。ご家族様や介護タクシーの方にも協力していただいている。	日頃の関わりの中から利用者の思いや希望の把握に努め、家族との面接や電話からも、その意向等も聴取し、本人本位のケアに活かしている。	
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	ご入居前に利用されていたサービス事業所の方や暮らし方などに関係のある方に、話を聞かせていただければ聞きに行きこれまでの把握に努めています。		
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	スタッフ、主任、計画作成者をはじめスタッフと連携しいつも違う状況などもしっかり把握し、何か起こっていないかの把握も含め現状の把握に努めている。		
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	訪問して下さるご家族様も多いため細かい意見やアイデアも多くなります。無理なことも多いのですが少しでもご入居者様皆様に平等に反映できるように考えています。	計画の実践状況をモニタリング(検証)し、結果から計画の内容を検討して計画を見直している。家族が担当者会議に会議に参加できない場合には、面会や電話にて意向を確認している。	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	日々の出来事や申し送りでスタッフ同士で共有し日々の関わりや介護記録の確認で実践の見直しに生かしています。		
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	毎月にカンファでの話し合いをベースに考えていますが、その時その時に感じる支援の重要性をそのたびに話し合う時間を設けて取り組んでいます。		

自己 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	自治会からのお誘いごとや、散歩で出会った高齢の方との繋がりを大事にしています。ゆっくりと安心して過ごせる時間を大事にしています。	
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	ホームドクターは週1回往診に来ていただき、何か治療が必要になった時はすぐに指示を仰ぐことが出来ます。出来るだけ、必要な薬はやめて適切な治療を受けています。	協力医(内科・歯科)による往診や急変時対応とともに、馴染みのかかりつけ医による健康管理も実施されている。
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	健康管理として、週1回看護師が訪問してくれます。なにか相談したい時は、適切な指示や受診を受けられます。	
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。	入院時は医療連携の方と密に連絡を取り合い、現在の状況や今後の方針なども話し合っていきます。たくさんの病院はありませんが、今お世話になっている病院の方と信頼できる関係が出来ています。	入院中も面会に赴くようにして、本人の不安軽減・家族との情報共有等に努めている。退院時には、ホームでの生活に関して支障が無きよう、医療機関の医療専門職及び関係者と連携して情報収集をしている。
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	終末期の在り方については、早い段階でご本人様の意思をまず尊重し、要望に変化があった場合は何度も医師や看護師やキーパーソンの方やご家族様と話し合いの場を持ちどれが一番なのかを話し合っています。急変時の搬送先の病院の先生とも話し合っています。	重症化・終末期ケアの必要時には、ご本人および家族の意向を十分に把握し、医療関係者とも連携して対応に努めている。
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	急変時の対応もマニュアルや勉強会で理解しています。AEDの研修も受けており、1人1人対応できます。	
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	地域(自治会、民生委員)の方と連絡網を作っていたり、何かあった時には駆けつけていただけるようになっています。また、ホームが避難場所に指定されており、緊急時には地域の方の役に立ちたいと考えております。	消防署、地域の協力を得て、訓練を実施している。緊急時には地域組織の緊急時対応とともに、避難場所として施設提供等の協力体制が整備されている。

自己 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	ホームの勉強会で権利擁護、個人情報、プライバシーについて学習を行い日々の業務の中で関わり方などを主任管理者が確認している。	入居者お一人おひとりとの係わり(会話、言動把握、仕草・表情等より)の中から、ご本人が望む暮らしとなるよう思い・意向を汲み取っている。個々人の「尊厳の保持」についても学習機会を設けている。	
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	普段の生活の中で出来る限りご本人様が自己決定できるよう支援しています。また自己にて意思を表すことが困難な方には少しの表情も見落とさず何を話したいかくみ取れる支援をしています。		
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し、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	ホームの都合ではなく、入居者様のペースで過ごせるように支援しています。入浴の時間、席順など入居者様の希望に沿って支援しています。		
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	スカートしか身に着けたことがない方はスカートで過ごしていただき自分らしいおしゃれを普通にしていだいています。		
40	(19)	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	もやしの根切をしていただいたり、お盆を吹いて頂いたり出来ることの協力をしていただきます。月に2回	食事の準備や片付け等、個々の力や希望に応じて、「できる内容・やりたい事を一緒に」参加してもらっている。嗜好品の導入(家族の協力含)、行事食や希望メニュー等の献立も取り入れている。	
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	腎臓のご病気の方は水分制限がありますが、入居前から牛乳や野菜ジュースを習慣に飲んでおられる方は、入居後も続けて飲んでいただけるように対応しています。水分摂取が少ない方は、甘みには気をつけて午前の10時と午後の3時には必ず水分と好きな飲み物で飲んでいただけるように対応しています。		
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	芦屋市歯科衛生士の方々から細かい指導は受けていますが、毎食後必ず口腔ケアは行っています。		

自己	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
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	ご入居者様からの意思表示がない場合も、小さなサインを見逃さずトイレ誘導させていただいています。布のショーツの方も継続して頑張っておられます。トイレ誘導もご入居者様が負担でない場合は夜間帯でもトイレでの排泄を誘導しています。	排泄表によって、利用者個々人の排泄パターンと水分量を把握して、トイレ誘導を行っている。できるだけトイレでの排泄が出来るように努めている。	
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	ヨーグルト対応や、漢方のほかに今は、寒天をおやつに取り入れています。なかなか成果にはつながりませんが続けていきたいと思っています。		
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	ゆっくりとした入浴を楽しみたい方には、希望日を聞いておりその枠は他の方とかち合わないよう設定しています。	職員との会話を楽しみながら、ゆったりと入浴できる支援を行っている。体調に応じて、清拭や足浴等の対応も行っている。また、お気に入りの入浴剤や洗髪料も利用されている。季節湯も実施している。	
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	ご入居者様により、音楽を聴いて休まれたい方や、ラジオやテレビなどにも対応させていただいています。		
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	薬はホームドクターも同じ考えですが、出来るだけいらない薬は減らしていただきたいと対応してくれています。眠れなくても無理に寝かせる事はしないでいきたいと思っています。		
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	女性は家事や洗濯が気になられるようですので、畳んでいただいたり、洗濯を手伝っていただいたりしています。男性には洗濯物を運んでいただいたりそれぞれ進んで何かないですかと言って下さる状況です。		
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	100歳近い方や、病気をお持ちの方もおられるので、遠出は避けています。ご家族様と一緒に食事会に出かける支援を行っています。季節に応じたお買いものに出かける事もあります。	地域の方に協力してもらい、お花見等の行事に参加している。また、家族との買い物や外食等、家族との協力を得ながら外出支援にも努めている。	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外出支援」の継続に期待をしています。

自己 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	お買い物時にはお財布を渡して、ご自分のお支払いをしていただくように対応させていただいています。なかなか、難しいですが。	
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	電話はほとんどありませんが、お手紙に郵送などはお手伝いさせていただいています。	
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	起床時はカーテンを開けて、日が出ている事を話したり、就寝にはカーテンは閉めてゆっくり寝ていただけるように対応させていただいています。	共用の空間は中庭からの光が入り、明るく落ち着ける空間となっている。玄関には生花が置かれ、季節を感じられるように工夫をしている。
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	ご入居者様同士の居室で楽しく過ごされている事も良くある光景ですが、フロアで長椅子に座って雑談されている事も多い。特に誰かと気が合わなくてと言われる方もないようです。	
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	長年使われてきたタンスや鏡台も持ち込んでこられている。お布団などは、今まで使われていたものを使用していますし、ご自宅におられるような雰囲気でご過ごしていただいています。	希望に応じて、使い馴染みのある家具の設置や好みの寝具などを使用して、居心地の良い環境を整備している。また、安全な居室環境づくりとして、ADLの変化へも家族と相談しながら対応している。
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	ご自分で出来る事もできない事も一緒にやりましょうとお声掛けさせていただき、動作を行わせていただきますが、出来ない事が多くなれる事が長年一緒に過ごさせていただくと多くなる	