

### 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	2873300699		
法人名	株式会社 西日本介護サービス		
事業所名	グループホーム ウィズライフ伊丹		
所在地	兵庫県伊丹市鑄物師1丁目54番地		
自己評価作成日	平成28年 7月 22日	評価結果市町村受理日	平成28年 8月31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菟乃町2丁目2番14-703号
訪問調査日	平成28年7月27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)】

ウィズグループサービス帰れま10(てん)【ウィズサービス標準基準】を全事業所で取り組んでおり、日々、サービスの質の向上を目指しています。10の役割をそれぞれ各事業所で担当者を決めており、月末に各事業所で評価したものを翌月のブロック会議で管理者が報告し、事業所間で競い合いながらサービスの質を向上させる取り組みをしています。

#### 【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標準サービス基準(「帰れま10」と呼称)に基づく運営・虹を架け幸せさ(入浴サービス)に(褥瘡予防)を(オーラルケア)か(環境整備)け(健康管理)し(食事提供)あ(アクティビティ)は(排泄ケア)せ(整容)さ(サービス姿勢)を標準サービスとして設定し、その達成に全職員が一丸となって取り組んでいる。②思いに沿った日常・入居者個人個人の今まで培ってこられた経験や思いを汲み取り、ホームでの日常がそれに沿うものとなるよう職員が相互に相談・検討し、チーム力によりその実現に取り組んでいる。③地域との係わり・玄関口の四季の移ろいを感じ取れる花・植栽の提供(近隣住民より恒常的に)、地域清掃(毎週水曜日)や事業所行事開催(餅つき大会等)等、地域に溶け込んだ日常が展開されている。また、市民後見人や市民の実習受け入れや近隣住民の介護相談等、認知症介護のプロとしての知識を地域に還元している。

#### 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	「自分らしく最後まで」「新しい家族」の理念を念頭にケアの実践に繋げている。近隣住民の方の入居があり、利用者が馴染みの関係を継続する事が目的となる地域行事参加が出来るようになった。	住み慣れた地域で「自分らしく」「最後まで・・・」喜怒哀楽を共有しつつ、スタッフとの「新しい形の家族」を形成し、お互いの得意とするところを活かしながら、入居者の笑顔での日常が常態となるよう取組んでいる。	
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	地域行事の参加や町内会の回覧板を回したりしながら交流を図っていたが、最近は近隣の方々との交流の機会が減っている。	地域と事業所が双方向で行事を開催(盆踊り、餅つき大会等)し、近隣住民との交流(花・植木等の恒常的提供)や自治会との連携(福祉会議への参加)も強い。地域清掃(毎週水曜日)への参加や近隣神社の夏祭りへも参加している。	今後も、地域の方々との協力の下、地域における社会資源の一つとしての積極的な活動の継続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	二ヶ月に一度、福祉会の参加をしている。ホームでの認知症ケアの事例を勉強会として実施させていただいた。また、地域高齢者や自治会・地域包括支援センター・社会福祉協議会の実施内容を情報共有している。		
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	実施はしているが、概ね二ヶ月に一度の運営推進会議が開催できていない。主にホームでの取り組み状況を報告している時間が多いので、今後は話し合いの時間をしっかりと設けて、そこでの意見をサービス向上に活かしていきたい。	会議では、事業所報告の他、安全面・衛生面、地域交流について、入居者のBPSDへの対応方法、地域包括支援センターとの連携等について参加者で意見交換する機会もある。	
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に取り組んでいる	毎月の介護相談員の訪問や地域密着型サービス事業所連携会、行政職員参加の会議等で事業所の活動報告をしながらアドバイスやご指導を頂いている。	市のGH連絡会へ出席し、情報の共有、課題の相談・検討等を行い運営に活かしている。介護相談員を受入れ、事業所の透明性を確保している。	
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	玄関の施錠における弊害については定期的に話し合いの場を持ち、理解していくように努めている。ストレスを感じないような生活環境作りにも努めている。	研修・勉強会を通じ、職員は「身体的拘束等の弊害」について理解しており、入居者が「思いのまま」に日々を過ごすことができるよう、さりげない見守りとタイムリーな「言葉かけ」に留意しながら支援している。	
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	毎月の定例会議で抑制廃止委員会を開催している。利用者の日々の状態や事例を挙げながら、職員同士で学ぶ機会を持ち、防止に努めている。	「抑制廃止委員会」(定例会議において実施)による日々の支援の振り返りにより「不適切なケア」のレベルからの払拭に取組んでいる。職員のメンタルヘルスについてはコミュニケーションを大切に親睦会やレクリエーションを実施し「孤立化」しないよう配慮している。	

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
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	重要事項説明書に明記している。介護計画にも使用の有無の記載欄がある。利用者の中にも成年後見制度を利用されている方もおられ、後見人の面会時に話を伺う機会もあるので活用していきたい。地域包括支援センター主催の研修会にもできるかぎり参加していきたい。	現在、権利擁護に関する制度を活用している方が1名おられる。職員は研修を通して制度活用が認知症高齢者への支援方法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と相談している。また、市民後見人の実習受け入れもやっている。	
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	契約時には、ご家族情報提供書を参考にしながら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。	契約前に事業所見学、体験入居(希望者)、質疑応答等により疑問点・不安感がない状態にして、契約を締結している。契約時には、丁寧に契約関係書類を説明(リスク保全のための障害保険等)し、理解を頂いている(重度化・終末期への対応方針含む)。	
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	利用者やご家族からの意見・要望・苦情等があれば、その都度申し送りや申し送りノートに記載したり、毎月実施している定例会議で情報共有を行っている。ご家族への定期的なアンケートはがきでご意見をいただいたり、月一回訪問して下さる市の介護相談員への報告、または運営推進会議での報告をしながら意見をいただき、運営に反映している。	運営推進会議、家族親睦会、行事参加時、家族アンケート、来訪時、電話・メール、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検討し運営に活かしており、必ずフィードバックしている。	
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	代表者や管理者は各定例会議に毎月参加している。職員の意見、提案を運営に反映できるようにしている。実技確認や面談で各自、向上心を持って適切なサービスが行えるような計画を立てている。	毎月の会議(フロア会議含む)において業務改善・マニュアルの見直し、委員会よりの意見等の検討等を行い、職員の意見や提案が事業所運営に反映できるように、管理者はサポートしている(個別面談による提案も吸い上げている)。	
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	代表者は、職員用の自己評価等を把握している。会議に毎月参加して管理者等の意見等を聞く機会を設けている。また、ウィズグループで活用しているグループウェア イーデスクを毎日閲覧することで情報収集をしており、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	新人職員対象の研修や全職員が受ける社内研修を中心に、勉強会や外部研修を受ける環境作りを随時助言している。		
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	定期的開催される地域密着型サービス事業所連絡会では、常にサービスの質を向上させていくための話し合いの場を設けている。		

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	ご家族の情報提供に基づいて、困っていること・不安なこと・要望等をしっかりと傾聴しながら、専門職に任せる安心感を持っていただくように努めている。		
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	見学时・入居契約時に、ご家族の情報提供に基づいて、困っていること・要望等をしっかりと傾聴している。入居後の面会時には、その都度生活状況を報告しながら信頼関係づくりに努めている。		
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・ご家族からの情報収集で優先して必要となる支援が何かを見極め、家族と利用者との関係作りにも配慮している。医療面が必要となる場合であっても、まずは主治医と面談を行い、連携が取れるよう努め、ケアプランに反映しながら的確に対応できるようにしている。		
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	家事の共同作業(調理・洗濯・掃除・業者納品確認)をすることで利用者に役割を持ってもらい、毎日の日課となるように努めている。利用者ひとりひとりのできることを生活リハビリと捉え、自立支援に向けた取り組みをしている。		
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	面会時は生活状況や本人へのケア手順を説明しながら、意見を求めたり同意を得ている。また、ふれあい通信郵送や電話連絡を定期的に行い、家族の本人への伝言や意見・意向を伺っている。		
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	施設と関わりのある関係者の知人が入居されたケースがあり、自然と馴染みの関係を継続していく事ができている。施設から離れた地区の方が入居されても、馴染みの関係が継続できるような地域交流をしていきたい。	家族との外出(買い物、食事、通院、法要等)・外泊(正月等)や友人・知人の訪問、入居前の居住エリアへのドライブや馴染みの店への訪問等、今までの生活感ができる限り長く継続するよう支援している。	
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	利用者同士の関係を把握しながら、家事や会話を一緒に楽しんでいただけるよう、職員が橋渡しをしている。また、ひとりひとりが落ち着いて過ごせるよう、ソファ等の配置に気を配りながら居場所づくりに努めている。		
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	今年に入って、退居された利用者の親類が認知症を発症した事やその後の経過を相談されたケースがある。また、退居された利用者で亡くなられた方の初盆には、ご家族に初盆セットを贈っている。		

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	意思疎通の可能な方については、日常生活でご本人に希望・意向を伺ったり、面会時や電話で家族の意向を伺っている。困難な場合は、ご家族の意向や主治医の照会内容を伺い、日々の申し送りやサービス担当者会議で検討している。	入居者個々人との係わり(一対一の会話、言動、仕草・表情等より)の中から、「今」の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。職員は、キャッチした情報を申し送りや連絡ノート等で共有している。	
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	入居時、ご家族情報提供書をもとに利用者の情報を聞きながら把握に努めている。また必要に応じて、入居前に利用していた事業所のケアマネジャーに連絡して情報を得ている。		
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	日々の申し送りやケース記録、水分排泄チェック表等で情報を共有しながら、現状の把握に努めている。またケース記録や特記事項、気づきを毎日、iPadに入力してデータ化しており、いつでも把握できるようになっている。		
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	本人の心身状態や有する力等の9項目のケアチェック表でアセスメントを実施する。サービス担当者会議前の情報共有と本人の主訴、家族の意向、主治医、関係者の意見やアイデアを反映している。サービス担当者会議で検討した後ケアプランを作成し、サービス手順を全職員が理解できるよう努めている。	入居者の思い・意向、家族の要望に居室担当者・医療従事者の意見(ケアチェック表の内容含)を踏まえ、ご本人の現況にマッチした有用性の高い介護計画を作成している。毎月のケアカンファレンス・モニタリングを実施し、タイムリーな見直し等に繋げている。	
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	申し送りノートに記入の際は、医療や家族のコメント、通常時の内容の色分けを行い、情報共有や見直ししやすいようにしている。ケース記録はiPadに入力しており、情報共有、実践、介護計画の見直しに活かせるようにしている。		
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	できるかぎり本人や家族の状況やニーズをしっかりと把握し、迅速に対応しながら、柔軟な支援を心掛けている。		
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	できるかぎりホームでの生活状況を面会時や運営推進会議、ホーム行事等に参加していただいた時にひとりひとりの暮らしを支えている地域資源に発信・報告するように努めている。		

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
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	入居契約時にホーム往診主治医の説明をしている。納得が得られた主治医と面談を実施後、医療連携を開始して適切な医療を受けられるように支援している。	協力医(内科)3名による往診(月2回)および急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。歯科・鍼灸の訪問診療も受けている。また、専門医への通院受診は家族と協同している。	
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	主治医と訪問看護師に往診時以外にも緊急時や体調不良時等に連絡・連携し、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院した際、往診主治医は紹介状をホームは介護添書を入院先の病院へ提示している。見舞い時には病院関係者との途中経過の情報交換やご家族からの相談に努めている。退院に向けての医師説明にリーダー・管理者が同席し、退院後の生活環境を整える準備を行っている。	入院中は入居者の不安軽減および着替えの支援のため頻度を上げて面会している(管理者はじめ職員も)。家族とは情報を共有し、病院とは早期退院で連携している。退院時は予後に不具合が生じないよう情報を入手し、ホームでの支援に活かしている。	
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	介護計画の説明時、終末に向けての希望を聞いている。入院時にもホームができる事を伝え、ご家族の意向を受け止めながら、できる限りの支援に努めている。	重度化・終末期の状況となった場合には、入居者ご本人にとって望ましい支援・「生」となるよう関係者(本人・家族、医療従事者、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。ホームでの最期を望まれる方には、その体制を整備している。	職員の看取り支援の向上に活かさせて頂けるよう、支援内容をホーム内の職員間で共有・検証・検討する仕組みの継続に期待をしています。
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	緊急時に備え、実際にある事例をマニュアルにしたり定例会議で対応できる為の確認をし合って指導を行っている。(意識レベル低下の対応・転倒時の対応等)		
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	災害対策を係り活動の一環として勉強会を行っている。毎年6月と11月に消防訓練を実施しており、3月と9月に震災訓練を実施している。	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(消防署の立会あり)、震災訓練(年2回:自主訓練)も実施している。有事に備え、非常食・飲料水・ラジオ等を備蓄している。	

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
<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	一人ひとりの人格を尊重したケアを心掛けている。言葉かけには特に配慮している。言葉づかいの勉強会を行っている。何気なく話している言葉遣いが抑制に繋がらないか、随時追求して、ご入居者の尊重とプライバシーの確保に努めている。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)が、日々の暮らしの中で望みに応じ実践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	ケアプラン作成時に本人の希望を聞いたり、ご家族に確認しながら働きかけている。その時の状況で返答に違いもあるが、本音が言える関係作りを強化したい。抑制廃止委員会では利用者主体になっているかどうかを確認するきっかけになる話し合いをしている。		
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	具体的に挙げると、入浴や外出を希望される方を優先した支援に努めている。		
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	馴染みの物やお気に入りの物を活かしながら、できるかぎりご自分で選んでいただいている。化粧品に関しては、それぞれの利用者の好みや家族の要望されているものを使用していただいている。		
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	食事作り・後片付けの場面は利用者と共に共同作業を行っている。利用者の役割は利用者同士でも理解できており、活力になっている。食事は職員も一緒に楽しい雰囲気作りを提供している。	入居者と職員が会話を楽しみながら、下拵えや盛り付け、後片付け・洗い物等、ご本人の「できる部分」を一緒に行っている。行事食やリクエストメニュー、外食レク、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	委託している食材業者のシルバーメニュー表をもとに調理を実施している。また水分チェック表を毎日活用しており、水分確保に努めている。嚥下困難な利用者には、寒天ゼリーやとろみをつけたものを提供したりしながら、食事形態に配慮している。		
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	歯科医の往診時に利用者の治療や指導だけではなく、職員も口腔ケアに関してのアドバイスを受けており、利用者一人ひとりの口腔状態や力に応じた口腔ケアが実施できるように努めている。		

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
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	排泄・水分チェック表を活用しながら、1人ひとりの排泄パターン・習慣を把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。リハビリパンツから下着使用になった利用者もいる。2～3時間を基本としたトイレ誘導を実施しているので、尿取りパットの使用枚数が減ってきている。	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサイン(表情・仕草等)を把握し、ご本人にマッチした方法(2人介助あり)でトイレでの排泄がおこなえるよう支援している。夜間帯は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	水分チェック表を活用しながら、日々の利用者1人ひとりの水分摂取量を把握している。排泄コントロールが必要な利用者については、主治医にも相談しながら個々に応じた予防に取り組んでいる。寒天ゼリー、きな粉牛乳の効果があり薬の量を減らせるケースもあった。		
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	ウィズグループサービス「帰れま10」という、標準基準を設け、全事業所で取り組み、サービスの向上に努めている。週3日以上入浴又は清拭を入浴チェック表を用いながら実施し、結果をiPadに入力している。	週3回以上の入浴を基本に、ゆったりゆっくりとした入浴時間となるように努めている(同性介助や好みのシャンプー・リンス、入浴剤を用いたり、職員との会話を楽しんだり等)。また、季節湯(菖蒲湯、柚子湯等)も喜んでおられる。	
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	毎日の申し送りで一人ひとりの状況を把握したうえで健康状態を考慮している。必要に応じて臥床時間を設定したり昼寝を促しながら体調管理を努めている。体調のすぐれない利用者には、こまめなバイタル測定を実施しながら安心して休んでいただいている。昼寝の習慣があるご入居者もいるので昼寝を促す。日中の活動を活発に行い夜間はぐっすり眠れる環境作りに努めている。		
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	ケアプランに服薬の項目や効能の記載欄があるので、服薬の目的は把握できている。往診時、服薬についての説明を受けている。処方の変更があったり変化があれば、主治医に報告している。服薬に関する事は、主治医や薬剤師から教えてもらいながら把握に努めている。		
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	対話、お手伝い、ラジオ体操、外出・散歩、レクリエーション等を通じて、できるかぎり一人ひとりの利用者との関わりを持てるように努めている。		
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	地域行事の参加や季節行事の外出支援で普段行けない場所に行く機会を作っている。また日常生活で帰宅願望が出ている利用者には、その都度対応しながらできるかぎりホーム周辺や近隣に外出する機会を設けることで気分転換を図っていただいている。パラ公園散歩や盆踊りなどの行事にご家族も一緒に参加していただいております。楽しんでいただいている。	日々の買い物や散歩、植栽や草花への水遣り等、入居者の現況を踏まえながら、できるだけ外気に触れる機会を設けている。家族と一緒に参加する餅つき大会や盆踊り、希望者による少人数でのお出かけや季節の花見等、適度な刺激となる非日常も演出している。	入居者のADL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が、今後も今迄同様に「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	お金を所持されている利用者より買物に行きたいと訴えがある場合は、ご家族に説明して了承を得て、近所のスーパーに買い物に行くこともある。本人も物を選ぶ楽しみやご自分で支払いをする楽しみを表現豊かに表しておられ、職員もその趣旨を理解しながら一緒に楽しんでいる。		
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	要望がある場合は、その都度状況に応じて支援している。電話はご家族が心配しないように事前に職員が説明してからご本人と話してもらい、ご家族の支援としてその後の様子を報告する事もある。		
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	玄関には花や植木、牛乳箱を置いてあり、生活感や季節感を取り入れている。廊下壁に行事写真や月ごとの貼り絵を掲示し、良い思い出を忘れない支援や居心地よく過ごせるような工夫をしている。	四季の移ろいを感じれる草花や植栽、季節の置物が設置されている玄関口、行事写真や季節飾りが貼付されている廊下壁面、ソフトフローリングを敷き詰めたスペースやソファ、適度な採光が入るリビング等、居心地の良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	出入り口や廊下にベンチを設置したり、リビングや和室にソファを設置している。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していただいたり、うたた寝をされたりしている。		
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	本人と家族と相談しながら、馴染みの物やお気に入りのものを可能であれば持って来ていただいている。安全に留意しながら、本人が安心して居心地よく過ごせるように、ご家族との写真を掲示したりと工夫している。	使い慣れた馴染みの大切な物(テレビ、椅子、家族写真、置物、仏壇・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。居室の扉には家族とのファミリー写真が貼付されている。	
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	建物内部はほとんど段差がなく、階段や廊下等には手すりが設置されている。手すりを活用した歩行訓練や場所がわからない方でも安全・安心した生活が送れるように、トイレや居室に表札を掲げている。		