

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24年8月15日	評価結果市町村受理日	平成26年6月5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	特定非営利活動法人 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24年8月24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)】

地域行事の定期的な参加を継続して行っている。継続した地域行事参加で地域住民との交流が自然と出来る機会が作れるようになった。職員・利用者共に、鑄物師住民となり近隣の方と会話等出来るようになってきた。地域と情報共有を行い、ご近所付き合いが自然と出来るような関係作りに努めている。家事共同作業を行いながら、日課をこなす事の大切さを理解しながら支援している。言葉遣いに十分配慮し、「新しい家族」同士となる利用者同士の心地よい関係作りの支援に努めている。

【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地域との交流・昨年、近隣住民の方が入居されたことをきっかけとして、更に、地域行事への参加、複数の自治会の協力等の交流機会が拡大された。また、管理者及び職員の日常からの努力により、地域の方々が気軽に立ち寄れる事業所となっている。定期的にご自宅で育てた植木を届けてくださる方、可愛い手作りの編みぐるみを届けてくださる方等もおられ、日常生活の中での「地域との繋がり」が定着してきている。②ケアマネジメント・「自分らしく、最後まで・・・」「新しい家族」という事業所の基本理念を实践すべく、入居者個々人へのきめ細やかなアセスメント、家族よりの具体的な要望等及び主治医よりの照会並びに担当職員によるモニタリングを恒常化することにより本人本位の生活実現に取り組んでいる。記録様式も充実(個別のケア記録等)しており、個々の生活記録が丁寧に記され、介護計画に反映されている。

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	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
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	「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。	「自分らしく、最後まで・・・」「新しい家族」を事業所基本理念とし、人生豊かな入居者と介護者が互いを認め合い、近隣住民のサポートを受けながら入居者個々人のありのままを場面に応じて支援している。	
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	自治会の行事に参加している。玄関の草木をご近所の方がボランティアで庭師のような役割をさせて頂いている。町内会に加入しており、町内の回覧板を回している。近隣の方が入居され地域盆踊りに参加し知人と再会する機会となった。	地域の多くの皆さんとの交流が図れている(園芸が趣味の方より植木等を頂いている・庭に実っている柿採りをさせて頂いている・手作りの編みぐるみの寄付等)。また、地域行事(盆踊り、子ども神輿、獅子舞祭り、地域清掃等)へ参加している。	地域の社会資源として、今後も、地域密着型サービス理解と浸透への積極的な取り組みに期待をします。
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	地域行事等の参加で近隣高齢者の方の情報共有をする事ができた。		
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	定期的な開催が継続できていないが、開催時、参加者に頂いたアドバイスを活かしながらサービスの質の向上に繋げている。	開催時には、地域における事業所の役割等を参加者に理解・共感して頂いている。再度、定期開催にむけ準備中である。	
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	毎月の介護相談員の訪問や伊丹市グループホーム連携会等、行政職員参加の会議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。	グループホーム連絡会(年4回)にて市職員・地域包括支援センターの職員との情報共有や意見交換を行っている。また、介護相談員の訪問(毎月)を受け入れ事業所が閉鎖的にならないよう取組んでいる。	
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。	玄関の鍵は日中解錠し、入居者がストレスを感じないような環境を整備している。また、フィジカルロックに限らず、行動制限に繋がるような声かけには職員相互でチェック合っている。	
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。	定例会議において実施している抑制廃止委員会において、日々の具体的事例を用いた検討会を行い、BPSDへの取組み等職員同士で学びの機会を作っている。	

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	入居時、成年後見人の制度については説明する。介護計画にも使用の有無の記載欄がある。管理者やリーダーは外部研修で学ぶ機会があったが、事業所内での話し合いの場を設けていきたい。	権利擁護に関する制度について、マネジメント職域の者は理解し、活用できるよう支援している。事業所内での制度理解の浸透を課題と捉えている。	地域包括支援センターの職員に力を借り、「権利擁護」に係る研修会を事例検討も含めて開催することを検討されてはどうか。
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ながら、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約を結ぶ前段階で、事業所の方針等を充分理解していただく資料を準備するとともに、事業所側も、入居予定ご本人の現況把握を行い、相互が不安・疑問のない状態での契約を心がけている。	家族からよくある質問をまとめ、今後の契約や職員教育に活かせる取り組みにも期待をします。(Q&Aの作成等)
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、ご家族からの苦情があれば改善する為に話し合う場を設けたり、ケアプランに反映して改善している。	入居者よりの要望により、ご本人たちの作品(ぬり絵、習字、貼り絵等)を居室や扉付近に貼付している。家族よりは訪問時に意見等を伺っている。また、家族同士が交流できる機会(家族会)の設計を検討中である。	
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。	事業所内において、管理者等よりの定期的な面談や随時の個別面談により職員の意見等は積極的に取り上げて行くように体制を敷いている。	
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も設けている。		
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	地域密着型サービスとして市内のGHとの連携だけでなく、在宅介護支援センター等、他サービス業者主催の勉強会や会議に参加しながらサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	ご家族の情報提供を参考にしながら、主訴をしっかりと傾聴し、受けとめるように努めている。		
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	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。また、認知症ケアについての説明を行うようにしている。		
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・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の関係作りにも配慮し、ケアプランに反映しながら的確に対応できるように努めている。		
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	家事共同作業や外部にも協力頂き(調理・洗濯・掃除・業者納品確認)利用者も役割を持ち毎日こなすことが日課となり暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	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継続していく事ができている。	入居前から通っていたカラオケ教室に出向いたり、近隣の方が入居しているため、引き続きの盆踊りや子ども神輿など自然と馴染みの関係が継続されている。	
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、職員が橋渡しをしながら支援に努めている。		

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
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	サービス利用が終了したご家族が電話をして下さる場合等、相談や支援に努めている。		
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	本人の希望、家族の意向、主治医の照会をふまえて、ケアプラン作成時にその都度把握している。日々の申し送りやサービス担当者会議で利用者主体に検討している。	入居者の現況を業務日誌やノートにより申し送り情報を共有し、本人の意向を把握している。	
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。		
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、特記事項や気づきを記録に残している。		
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8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、主治医等、関係者の意見やアイデアを反映している。	ご本人のアセスメントに加え、家族の意見を具体的に聴き取れるようシートを作成し実践している。日々のケア実践より把握した入居者自身の意向にそれらを加味し、更に主治医等の意見を踏まえて計画を策定している。	
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	介護記録の記載はわかりやすく工夫をしている。医療面や家族のコメント、通常時の内容の色分けを行い、情報共有や見直しがしやすいようにしている。		
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	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。		

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
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	近隣公園の育児ボランティア活動の定期訪問で、裏面が白い広告をメモ代わりにしてもらう為、広告を提供している。利用者が広告を持って行く役割となっている。		
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	入居契約時に往診主治医の説明して、主治医としての受診の有無確認をしている。職員は往診時、電話等で主治医に相談や報告をして関係を築いている。在宅療養計画書があるので、今後はケアプランに反映できるようにしたい。	ホームの協力医か今までのかかりつけ医かを選択してもらい、協力医の場合には24時間医療連携体制をとっている。また、歯科の訪問やリハビリ等への受診支援も行っている。	
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	訪問診療の主治医は隔週往診、その他緊急時や体調不良時も連絡し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。	入院時には、ホーム協力医が入院先病院と連携を図り、事業所は入居者個人の介護情報を提示し、早期退院への動きをとっている。また、退院カンファレンスに参加し退院後の生活環境設計のための情報を入手し本人に不都合が無いよう取りはからっている。	
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。他事業所との交流で、主治医以外の訪問診療医師の治療で入院を回避できた事例がある。	契約時に重度化・終末期の方針を説明し、介護計画の更新の都度状況報告をし、意向を聴き取っている。そして、「自分らしく、最後まで・・・」「新しい家族」を実践するため、常時の医療処置が必要となるまでは事業所で生活できるよう支援している。	
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	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。	ホーム独自の訓練を含めて年4回の訓練(消防及び災害)を実施している。運営推進会議において出された意見を受けて避難経路を確認している。災害時に協力が得られる地域の方との体制を築くべく計画している。	地域ぐるみの災害対策についての協働に期待をします。

自己	者 第	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	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。言葉づかいの研修・勉強会を行い指導を行っている。	入居者個々人の会話記録を作成し、本人の思いを共有し受容することで本人にあった声かけや対応ができるよう努め、入居者の自尊心・羞恥心に留意したケアを実践している。	
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	ケアプランの作成時に、本人の希望を聞いている。その時の状況で返答に違いもあるが本音と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	その都度、利用者の要望等に耳を傾けて日々の生活スタイルを利用者主体の考え方の環境作りにも努めている。		
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えている利用者の役割は利用者同士でも理解し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。	入居者同士が相互に協力体制をとりながら米とぎ、盛付け、配膳等の役割を担っている。メニューについても一緒に相談しアレンジするなど食事自体を大切な活力源としている。また、外食レクも食事の楽しみを増すものとなっている。	
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	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。嚥下困難な利用者への食事形態に十分配慮し食事提供している。		
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する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。	入居者個々人の排泄パターンやそのサインを把握し、トイレでの排泄が行えるよう取組んでいる。入居者との協働により退院後リハビリパンツから布パンツになった具体例もある。	
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個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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	希望を聞きながら、拒否のある方は声掛けのタイミングを見計らって入浴を気持ちよくできるように配慮している。基本的に入浴場は毎日開けているので希望を聞ける環境にしている。	毎日入浴できる状況になっており、入居者本人の希望に応じ、入浴が楽しみとなるよう支援している。また、眠れない時には足浴の支援をしている。	
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	毎日の申し送りや一人ひとりの状況を把握したうえで健康状態を考慮し昼寝を促し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。		
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を記載する形式となっているので服薬の目的は把握している。往診時、服薬についての説明を受けている。処方の変更があり変化があれば主治医に報告している。		
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	利用者に応じた過ごし方を把握している。同じ役割でも目的に合わせて声掛けの仕方も変えている。(例えば、調理役割でも、おしゃべりが目的なのか、日課をこなす目的なのかによって声掛けが違う)気分転換等の支援は個別で考えている。		
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	なるべくご本人の希望を聞いている。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。個別の外出支援をする機会を増やしていきたい。	子どもの遊び場(あじさいの家)への訪問や事業所横にある臂岡天満宮への散歩等入居者が望む外気にふれる機会を作っている。また、季節ごとの遠足や家族との外食(天ぷら等)も楽しみ事となっている。	

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
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	現在、お金を所持されている利用者はほとんどいない為、支援する場面がないが、職員は本人がお金を持つことの大切さは理解している。		
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	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、牛乳箱が置いてあり、生活感や季節感を取り入れており、利用者のお気に入りの場所でもある。音、光、色、広さ、温度等の不快や混乱をまねくような刺激や席替えや模様替えといった変化にも気を配っている。	玄関には鉢植えの花や植木(地域の方よりの寄贈)、リビングには和室があり落ち着ける空間が用意されている。また、エレベーター前にはベンチが置かれ入居者同士がくつろげるよう配慮されている。	
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な工夫をしている。	居室には、本人・家族と相談しながら馴染みのもの(仏壇・ギター等)を持ち込み、本人の好みの配置を行っている。また、ADLの低下等へのサポートも行っている。	今後も、出来る限り自立した生活の継続を目標に、本人の現在のADL等に配慮した上での個性のある居室作りの継続に期待をします。
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。		

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