

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	兵庫県伊丹市鋳物師1丁目54番地		
自己評価作成日	令和元年 6月12 日	評価結果市町村受理日	令和元年 7 月 9 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。

※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菘乃町2丁目2番14-703号
訪問調査日	令和元年6月15日

【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標準サービス基準に基づく運営・虹を架け幸せさ(「帰れま10」と呼称)：に(入浴サービス)じ(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)ね(排泄ケア)せ(整容)さ(サービス姿勢)を日々の高品質化を標準サービスとして設計しその達成に取り組んでいる。②本人本位の暮らしの支援・・「自分らしく、最後まで・・」新しい家族」をキーワードに、住み慣れた地域で喜怒哀楽がそのままに表出できるよう職員が新しい家族として寄り添い、ご本人が望む暮らしが体現できるよう支援している。③家族・地域とともに・・花見や餅つき大会、近隣の方がご厚意で提供して下さる花・植栽、地域の公園等の地域清掃や花壇づくりのお手伝い、夏祭りや出身エリアの盆踊り見学等、また、近隣住民の方々への介護相談等地域・家族とともに歩んでいる。

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」を基本理念に置き、人生経験豊かな入居者がスタッフとともに喜怒哀楽を共有しながら思い思いの暮らしが具現化できるよう全職員が取組んでいる。	
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	地域行事や清掃に参加したり、町内会の回覧板を回したりしながら交流を図っている。最近では近隣の馴染みの方々が少なくなり、交流の場が減ってきている。	日々の散歩や近隣商店での買い物、近隣の方よりの花・植栽の提供、行事への積極的参加(盆踊り、公園の花壇の手入れ協力、地域清掃参加等)、近隣住民と行う餅つき大会等、地域との係わりを可能な限り設計し取組んでいる。	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	二ヶ月に一度、開催されている地域福祉会に参加している。民生委員や自治会・地域包括支援センター・社会福祉協議会からの独居高齢者や認知症高齢者の事例を聞いたり、検討している。		
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	概ね二ヶ月に一度の運営推進会議を開催している。ホームの職員、ご家族、地域包括支援センターの職員、ホーム主治医の職員等で報告や話し合いを行い、そこでの意見を真摯に受け止め、サービス向上に活かしている。	会議では動画や写真を活用しながら事業所情報を発信し、「看取りケア、衛生面・安全面、家族との連携、地域防災、ボランティアの活用について」等、多岐に亘り、相談・検討し運営に活かしている。	
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	介護相談員受け入れや地域密着型サービス事業所連携会へ参加している。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連絡会に出席し、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。福祉ネットワーク(民生委員による集い)への参加や介護相談員(隔月)を受け入れ、事業所が閉鎖的にならないよう努めている。	
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	建物の構造上、ホーム入口玄関は電気錠になっているが、各フロアの玄関入口ドアは7時から20時までは常に解錠している。職員が見守りながら利用者が自由に行き来できるケアを実践している。	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逃されることのないよう注意を払い、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。定期的な勉強会も実施している。	研修及び「抑制廃止委員会(定例会にて実施)」での日々の支援の振り返り等により「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。管理者は職員間コミュニケーションを大切に、「孤立化」「バーンアウト」しないように取組んでいる。	

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
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。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	契約の締結、解約又は改定等の際の説明については、入居契約書に基づき、入居契約時に実施している。記載した内容に変更が生じる場合は、予め文章並びに口頭で説明し、利用者・身元引受人等の同意を受け、契約の変更・更新を行い、お互いが保管するようにしている。	入居後に不具合が生じない様、事業所見学、体験(希望者)、アセスメント、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。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解していただいている(重度化・終末期への対応方針含)。	
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、その都度職員間の申し送りや申し送りノートに記載することで周知している。毎月実施している定例会議では、それらを議題に挙げて再確認しており、それらの内容を介護相談員へ報告したり、または運営推進会議で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、家族交流会、行事参加時、来訪時、電話・メール、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聞き取っている。いただいた意見等は直ちに検討しフィードバックするとともに運営に活かしている。	
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	代表者は毎月の管理者会議で、職員から発信されている意見や提案を聞いて把握しながら、運営に反映している。管理者は毎月の定例会議で職員の意見や提案を聞いたり、日々のコミュニケーションの中で、職員の意見や提案を聞いて運営に反映できるようにしている。両者共に、ウィズグループで活用しているグループウェア イーデスクをリアルタイムで確認しており、運営に反映させている。	月例会議(フロア会議)や正職員会議において業務改善・マニュアル改訂、各委員会よりの意見・提案を吸い上げ検討し、事業所運営に反映している(管理者による個別面談(レビュー)も実施)。	
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、上記記載の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	代表者は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。また、毎月の管理者会議や幹部会議の参加、毎年の人事考課表を確認することで職員を育てる取り組みをしている。		
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	定期的に行われる地域密着型サービス事業所連絡会や介護保険事業者協会の研修会等、常にサービスの質を向上させていくための活動の場を設けている。		

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
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、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	見学時・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	入居見学時にホームとしてできることとできないことをしっかりと説明した上で、本人と家族等が必要としている支援を見極め、グループホーム以外のサービス利用のニーズが高い場合については、それぞれの施設の特徴を説明している。		
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・メールで連絡を定期的に行い、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	利用者の中には、入居後も馴染みの人が定期的に面会に来られたり、自宅に戻られる方もいる。馴染みの方々との信頼関係を深めながら、本人が過ごしやすい支援をしていきたい。	家族との外出(食事、買い物、通院同行等)・外泊(正月等)、友人・知人の訪問、家族も交えた餅つき大会、入居前居住エリアでの盆踊り見学、馴染みの理髪店利用等、今迄の生活感ができるだけ長く継続す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	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	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おり、近況を伺ったりしている。退居後も毎年、ホームでのイベントを企画して下さるご家族もいる。		

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
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	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含めて、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。キャッチした情報は申送り・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に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(聴き取りシート等の活用)に職員・医療専門職の意見を踏まえ、ご本人の「今」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・モニタリングによりリアルタイムなプランの見直し等へ繋げている。	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	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、情報共有や見直しが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	入居前にホームができる事と出来ないことを説明して、本人・ご家族の状況やニーズを伺っているが、具体的な例として、医療ニーズが高くなった時や経済的な問題から入居継続が難しくなった場合は、他の介護保険サービスの利用についての説明や問い合わせ等を必要に応じて行っている。			
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	地域資源の把握はできているが、あまり活用できていない。それらを活用しながら本人の外出機会を少しずつ増やしていきたい。			

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	内科医に関しては、ホームの全利用者対象として入居前のかかりつけ医からホームの内科主治医に変更してもらい、適切な医療を受けられるよう支援している。入居後、内科以外のかかりつけ医の受診を継続される場合は、診療情報提供書をもとにホーム主治医との医療連携を図り、受診支援をしている。	協力医(内科医2名)の往診(隔週)及び急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。希望者は歯科治療(口腔ケア含)、鍼灸の訪問も受けている。精神科等、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・訪問看護師とは往診時以外にも緊急時や体調不良時等に連絡・連携できる医療連携体制を取っており、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と診療情報提供書、ホームは介護添書を入院先の病院へ提供している。入院中は、病院関係者との情報交換やご家族からの相談に努めている。退院カンファレンスにはご家族了承の上でリーダー・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感軽減のために面会に伺っている。家族とも情報を共有し、病院とは早期退院を目標に連携している。退院時は、ホームでの生活に不具合が生じない様情報を入手し、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	入居契約時に、重度化した場合の対応及び看取りに関する指針を説明している。	入居者に重度化・終末期の状況が生じた場合には、ご本人にとって望ましい支援となるよう関係者(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。この一年では7名の方を看取らせていただいた。	
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	緊急時マニュアル設置以外に、定例会議で事例検討しているが、応急手当や初期対応の訓練はできていない。		
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	毎年6月と11月に消防訓練、9月に避難訓練を実施しているが、災害時の地域との協力体制が築けていない。	定期(年2回)での通報・消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施している(消防の立会あり)。有事での地域の避難場所も確認しており、また、非常食・飲料水・携帯ラジオ等も備蓄・準備している。	

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
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おり、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)のうち、できる事柄をご本人の望むタイミングで体现していただくよう支援している。	
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、入浴や外出については、希望される方を優先した支援に努めている。直近では、ケア優先、業務後回しという話し合いを定期的に職員間で行いながら、利用者主体の支援を心掛けている。		
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	どの場面でも誰から見られても、ご入居者が恥ずかしい思いをしないケアの実施をウィズグループ全体で取り組んでいる。		
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。食事時はBGMを流したり対話しながら、楽しい雰囲気作りに努めている。	全食、手作りでを行い、入居者と職員が会話を楽しみながら、調理(下拵え・盛り付け等)や洗い物等、「できてやりたい部分」と一緒に協働している。行事食や外食レク、手作りおやつ・移動販売のパン購入も好評である。	
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活用しながら、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。主治医往診時に生活状況を報告すると、経口流動食が処方されるケースもあり、一人ひとりの状態に合わせた支援ができています。		
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	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1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が、拒否のある利用者については実施できないことがある。		

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、オムツ類の使用枚数削減に努めている。	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(言葉かけの方法・タイミング、2人介助、同性介助等)でトイレの排泄が行えるよう支援している。夜間帯は睡眠との兼ね合いでパッド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	排泄コントロールが必要な利用者については、主治医に相談しながら個々に応じた予防と対応を実施している。寒天ゼリー、きな粉牛乳の効果が有り、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の実施に向けて、できるかぎり個々にそった入浴支援に努めている。	週3回以上の入浴を基本に、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(2人介助、同性介助、職員との会話、好みのシャンプー・リンスの使用等)。季節湯(菖蒲湯、ゆず湯等)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	毎日の申し送りでも一人ひとりの状況を把握し、必要に応じて臥床時間を設定したり昼寝を促している。居室だけではなく、利用者の居場所になっている和室ソファで臥床してもらうこともある。		
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	主治医往診時に服薬についての説明を受けたり、薬剤師が薬と一緒に持参するおくすり情報を確認しながら理解している。症状の変化が見られた場合は、その都度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	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に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	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。盆踊りなどの年中行事にご家族と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。ここ最近では外食レクを頻りに実施しており、ご利用者に喜んでいただいている。カラオケレクもご利用者に好評だった。	日々の散歩や買い物、玄関周りの花や植栽への水遣り等、日頃から外気に触れる機会を設計している。近隣住民・家族と一緒に玄関前での餅つき大会や季節の花見、希望者での外出(カラオケ他)や外食レク、地域行事への参加等、適度な刺激となるプログラムも実施している。	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	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	ここ数年、買い物希望される利用者や入居時にお金を所持される利用者もなく、支援提供の場面がない。		
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。	玄関口には四季の移ろいを感じることでできる花や植栽・季節飾りや置物が設置され、笑顔一杯の行事写真や季節飾りが貼付されている壁面、寛ぎの時間を過ごせるソファやソフトカーペットを敷き詰めたスペース等、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ながら、一人ひとりの居場所作りをしている。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している。	使い慣れた馴染みの大切な物(テレビ、卓袱台、椅子、家族写真、仏壇・位牌等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。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	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な工夫をしている。一例として、トイレや居室に表札を掲げることで、理解しやすくしている。		