

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26年 7月 12日	評価結果市町村受理日	平成26年9月8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.kai gokensaku.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菟乃町2丁目2番14-703号
訪問調査日	平成26年7月23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)】

当ホームが開設して今年で12年目になります。開設当初から入居していただいている利用者をはじめ、新しく入居された利用者、職員とともに一緒になって共同生活を送ってきた中で、お互いが認知症ケアをする側・される側という立場にとらわれずに気持ちの良い関係作りを築いてまいりました。新人職員育成の一環として、定例会議で1人ひとりの利用者の場面ごとの事例検討をしており、さらなるケアの充実を図っていきたくと思っています。なかなか思うように事が運びませんが、利用者・職員ともに、もっと地域住民の方々とのふれあう機会を増やしていきたい、一つずつできることから実践し、地域社会に貢献できればと思っています。地域清掃に力を入れております。

【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)】

①**本人本位の暮らしの支援**・入居者それぞれの経験、現況、思い等を踏まえ、ホーム(事業所)での暮らしがそれに添うものとなるよう職員全員が会議・ミーティング等を通じて取組んでいる。②**地域とのつながり**・近隣住民の方からの花・植栽の定期的な提供(玄関周り)、コミュニティスペース(「あじさいの家」)での交流、盆踊り・餅つき大会への参加、古新聞回収のためのご近所訪問、地域清掃(神社、公園等)、防災に備えた説明会や訓練(地域の方々の協力による)等、住み慣れた地域の中で暮らす環境設計がなされている。③**健康管理**・協力医(内科)による定期往診(隔週)並びに急変時対応(24hオンコール体制)、歯科医、鍼灸マッサージの受入れ(毎週)等、安心して日々の暮らしが継続できるようサポートしている。

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
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。	事業所理念のキーワード「住み慣れた地域で」「自分らしく、最後まで・・・」「新しい家族」を実践すべく、経験値の差がサービスの差とならないよう職員育成に注力している。	
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	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る。最近では、ホーム周辺の清掃活動をする事で近隣の方々との交流を図り、会話する頻度も多くなっている。	近隣住民による花・植木等の提供、ホーム並びに地域清掃(神社、公園 他)の協同、コミュニティスペース(「あじさいの家」)での交流、地域の盆踊りや餅つき大会への参加や事業所行事への地域住民の参加等双方向での交流が頻度をあげてきている。	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。地域貢献の活動の手段を検討している。		
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	定期的な開催を実施しているが、運営推進会議の実施にあたって、メンバー構成を幅広くしていきたい。	条例改正後も2ヶ月に一度の開催を継続し、要参加者に加え介護相談員も出席し、事業所運営に係わっている方々の総力で様々なテーマについて意見交換・検討を行っている。(会議時間の検討、行事の地域運動について、地域清掃、ボランティアの上手な活用等)。	
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。	市のGH連絡会出席、介護相談員の受入れ、地域包括支援センターとの連携(職員育成勉強会等)により、閉鎖的でない開かれた事業所運営に取り組んでいる。	
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。	「身体的拘束等の弊害」については、勉強会・ミーティングを通じて職員に周知されている。何気ない言葉がけが「スピーチロック」となりかねないことについても共有している。	
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。	BPSDの強い方へのケアの工夫をミーティングで検討し、実践・実証している。職員のメンタルケアについては、SNSも活用しながら心情面で「一人にならない」サポートを実施している。	

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、制度を活用している方が1名おられる。職員は、権利擁護に関する制度の概要を理解し、認知症高齢者への支援の一方策として機能することは共通認識している。	
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。	見学、体験入居、質疑応答等により不安感、疑問等が残らない状態にし、契約時には、契約関係書類を丁寧に説明(リスク保全のための生涯保険等も案内)し納得の上、入居いただいている。	
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	利用者やご家族からの苦情があれば、苦情・要望シートを作成し、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。運営推進会議にて報告している。餅つき大会(家族会)では、ご家族同士の交流で、ご家族が他ご入居者やご家族の事を把握する機会となった。また介護相談員も参加して頂き、餅つき大会実施にあたってのアドバイスをご家族と共に頂けた。	運営推進会議、家族会、アンケート、来訪時、電話、意見箱等様々なチャネルにより意見・要望を聴き取る機会を設けている。いただいた意見等へは遅滞なく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。	定例会議や個別面談により職員からの意見・提案を引き出している。挙がった意見等へは即時対応している(事業所での生活環境に関する提案が数多く出されている。)	
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。		
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	同市内の同業者より、認知症ケア勉強会の依頼があった。管理者が講師として参加者へ認知症ケアの勉強会を行う機会があった。		

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、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	見学時にご家族の困っている事を聴く。入居時にはご家族の情報提供に基づいて、困っていること・要望等を理解できるよう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、認知症ケアの事例をお話している。		
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を頂き(調理・洗濯・掃除・業者納品確認)ながら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。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(自宅へ戻る、買い物、食事等)・外泊や事業所での食事、友人・知人の来訪等、今までの暮らしの中で培ってきた個人の暮らしをできる限り継続できるように支援している。	
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、職員が橋渡しをしながら支援に努めている。		
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	入院にて退居された後、訃報を回覧板にて知り葬儀参列したり、地域清掃参加でご家族とお会いしたり、毎年ボランティアで歌やゲームのレクリエーションを提供を続けて下さるご家族との付き合いがある。退居されてしばらくの間、「まだ母がここにいるような気がして。」と連絡してこられたご家族もあり、経過をフォローしたこともある。		

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
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。	入居者との日々の係わりのなかでの会話やご本人の言動・仕草・表情等によりその思いや意向を汲み取り、申し送りノート、ケア申し送りノート、介護記録、カンファレンス等でその情報を共有している。	
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。		
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、主治医等、関係者の意見やアイデアを反映している。特にサービス担当者会議を周知し、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、家族の要望に医療従事者、職員(居室担当者)の意見(ケアチェック表データ含む)を踏まえ有用性の高い介護計画を作成している。毎月のカンファレンスで入居者の現況と介護計画の整合性確認(モニタリング)を実施し、見直しのタイミングでは本人本位で検討している。	介護職員の観察力を高め、更なる本人本位の介護計画書の作成継続に期待をします。
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	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。		
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	地域交流にて関わって来た地域の方の知人が入居される事で、本当の馴染みの関係性の良さを知る事ができた。		

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	入居契約時に往診主治医の説明をして、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。在宅療養計画書もある。健康・医療面をサービス内容手順に入れている。	協力医(内科)による往診(隔週)、急変時の対応(24hオンコール体制)により入居者の健康管理を実施している。また、歯科、鍼灸マッサージの訪問診療も導入している。通院受診については、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	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・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、入居者の不安感軽減と着替えの交換のため、職員が面会に行っている。病院とは早期退院を前提に連携しており、退院時には、予後に不具合が生じないよう退院カンファレンスに参加し、情報を共有している。		
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。今年4月に1名、看取りを実施。ご家族・医療関係者・職員の連携を取りながら、チームで支援することができた。	重度化・終末期への対応方針は、契約時に説明し理解いただき、そのような状況になった場合に、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人、家族、医療従事者、地域、事業所等)で相談・検討している。4月に1名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	災害対策に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。	消防署立会い(事業所が特別指定場所となっている)による年2回の消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)並びに震災訓練(年2回:自主訓練)を実施している。訓練には、地域災害センターの職員も参加している。		

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たい。	入居者個々人の現況並びに自尊心・羞恥心に配慮しながらご本人が今まで培ってきた『強み』(技能や趣味等)が維持・継続するよう支援している(「書」、カラオケ、家事全般等)。	
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	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えている。利用者の役割は利用者同士でも理解できしており、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。	食材購入、下拵え、調理、配膳・下膳、洗い物等、得意な部分を職員と一緒に会話しながら楽しい時間を共有している。外食やイベント食(たこ焼きパーティー)、おやつ作り(ケーキ作りコンテスト他)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。		

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並びに排泄パターン及びそのサイン(表情・仕草等)を把握し、トイレでの排泄が行えるよう支援している(リハビリパンツから布パンツになった方有り)。夜間帯は、ポータブルトイレ、おむつ使用の方もおられる。	
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は基本的に毎日入れるようにしている。体調不良者、異変者があったり、大切な面会者の対応があったり等、状況により入浴が実施出来ない場合も時にはあるが、清拭や部分浴等で補っている。なるべく希望に添えて入浴を行っている。	毎日入浴できる状態にしており、平均2日に一度の入浴となっている。個人のシャンプー・リンスや入浴剤も使い、入浴が楽しみとなるよう工夫している。入居者の状態により清拭や部分浴、足浴等の支援も実施している。季節湯(ゆず湯等)も喜ばれている。	
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を努めている。		
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を記載する形式となってい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	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、何か役割を見つけない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。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。バラ公園散策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。	日々の散歩や買い物、草花・植栽への水遣り等、外気にふれる機会を1日に一回は設けている。季節の花見(梅、桜、薔薇等)や盆踊り、餅つき大会への参加により四季の移ろいの変化を感じる演出も図っている。	個々の入居者のADL状態に応じた個別支援(外出)を今後も継続して頂くことに期待をします。

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、牛乳箱が置いてあり、生活感や季節感を取り入れている。利用者のお気に入りの場所でもあり、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。廊下壁に行事写真を掲示し、行事風景で良い思い出を忘れない支援を行っている。	季節の草花・植栽、置物が四季の変化を感じとれる玄関周り、笑顔いっぱいの行事写真や作品が掲示されている廊下の壁面、畳スペースやソファ、程よい陽ざしの入り込むリビング、入居者が自由に入出りできるキッチン等生活感が豊かな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ものやお気に入りの品物(家具、テレビ、置物、人形、家族写真等)を持ち込み居心地の良い居室となるよう支援している。入口周りの行事写真貼付は入居者の要望によるもの。洗面台が設置され衛生的であり、ADLの変化へも配慮している(家具等の配置の変更等)。	
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。		