

### 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22年7月28日	評価結果市町村受理日	平成22年9月13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.kai-go-kouhyou-hyogo.jp/kai_gosi/p/informationPublic.do?JCD=2873300699&amp;SCD=320">http://www.kai-go-kouhyou-hyogo.jp/kai_gosi/p/informationPublic.do?JCD=2873300699&amp;SCD=320</a>
----------	---

**【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22年8月7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)】**

地域密着型サービスの事業所をして地域行事への参加を継続しています。恒例の地域行事参加で、当ホームを知ってもらい、利用者も地域の方に知ってもらい受け入れてもらう機会が増えてきています。地域住民として生活しているように思える機会に恵まれる事があります。退居される度に、いつもと変わらない生活を送れる事の大切さを実感します。一人利用者が居なくなる、それだけでも利用者には環境の変化が有り、新しく入居された方と一緒に生活するようになれば、新しい風が入ってくるように、それがまた新たな日常となります。利用者主体のケアの認識に差がないようなサービスを提供できるようにしたいです。認知症ケアを基本に、特に医療面での知識や知恵、心構えを養い、職員のスキルアップを目指し、安心して利用者が重度化できるような環境を整えていきたいと思えます。伊丹市の他事業所と連携していきながら視野を広げたいと考えています。

**【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)】**

ひじおか天満宮の隣地にあるホームは、緑が多く静かな住宅地の中に在り、ゆっくりと、落ち着いた時間を大切にしたい認知症高齢者にとっての居住環境として好条件の立地である。地域の方々との交流に関しては、この数年間、一つひとつ、職員が積み重ねてきた努力が、近隣の方々への理解に繋がり、多くのご協力を頂けるようになってきている。地域の方々との双方向の交流も多く、アットホームで気軽に立ち寄れるホームとなっている事が微笑ましい成果である。(ご自宅で育てた美しい植木を毎月届けて下さる方や、かわいい縫いぐるみを届けて下さる方々、日常生活での「地域との繋がり」が定着してきている。)また、ケア記録等の様式にも法人の工夫が多くみられ、しっかりとしたアセスメントが支援計画への適正な反映となっている。地域に向けての介護相談の案内等も前向きに取り組む、認知症介護に関する地域の拠点としての尽力が見られるホームである。

**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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<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」の理念を利用者と職員だけではなく、家族や地域住民にも交流や広報活動を通じて、地域の中で共存していけるようにという思いを理解していただけるように努めている。	利用者と地域の方との馴染みの関係が継続できるように、職員と地域の方と連携の指針づくりを検討している。	
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下さっている。町内会に加入しており、町内の回覧板を回している。ご近所の方が利用者の友人で面会に来てくれている。	ホームの餅つき大会は、地域の恒例行事となっている。地域の一員として町内会に加入し、地域清掃に利用者とともに参加している。野菜や花の育て方を地域の方に教えて頂いている。	
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	職員数名が市の主催するキャラバンメイト講習会に参加したが、地域住民への啓発活動の取り組みまでには至っていない。		
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	2ヶ月に1度の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。	会議では、消防署からの防災対策についてのアドバイスを検討し、家族会で報告することになった。今後2ヶ月に1回の開催を目指して、地域包括支援センターに相談している。	
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	毎月の介護相談員の訪問や年4回開催されるGH連携会、在宅介護支援センター主催の講習や会議に参加した際に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。	認知症サポーター養成研修の協力を予定している。グループホーム連携会でストレスマネジメント研修を提案している。毎月訪問がある、介護相談員と情報交換したり、運営推進会議に参加して頂き意見を聞いている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関の施設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。常に利用者の所在確認・人員点呼を心掛けながら、安全にゆったりと過ごしていただき、ストレスを感じないようなケアに取り組んでいる。	職員は、常に利用者の動向に配慮するケアが実践できている。利用者の外出したい気持ちをさせげなく受けとめ、一緒に行動している。	
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。	ケア記録から、日頃のケアの中で不適切なケアがないか職員自身の気づきを話し合う機会を設けている。職員休憩室を設けて、ストレスケアに努めている。	

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
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。	入居時に家族に成年後見制度の説明をしている。今後は、職員向けに後見制度の活用が必要な事例を挙げての事業所内研修を予定している。	
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。	契約時には、在宅時のケアマネージャーからの家族情報提供表をもとに、本人・家族からの疑問点について、納得して頂けるように管理者とリーダーが説明している。	
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	苦情記録シートの情報が介護記録や申し送りノートなどに分散していた為、苦情ファイルを作成して、記録を残す改善を行った。	利用者より、自身の作品を廊下や居室に展示したいと希望があり、展示してもらっている。	
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	社内監査で改善に努めている。委員会・係り活動報告を毎月の定例会議で発表しながら、記録に残して各ファイルに保管するようにしている。振り返りをしながら、運営に反映できるようにしている。	年2回職員個人面談を実施し、ストレスを感じていることを聞き取りし、改善できるように話し合っている。職員の提案により、利用者の思いをより共有できるように介護記録の記載方法を変更している。	
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	人事制度の確立に取り組んでいる。新人事フレーム(キャリアラダー:なりたい自分になるために)を掲げ、管理職・監督職・一般職の三つをベースに各自が目指したい仕事ができるように努めている。		
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、勉強会や外部研修に参加することで日々研鑽に努められている。		
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との連携だけではなく、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
<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	「新しい家族」の理念に基づき、家事や調理等の共同作業を行いながら、互いに支えあう関係作りを目指している。本人から学んだ事を伝えるととても喜んでくださる。		
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	利用者の学生時代の友人や仲人をした夫婦などが面会に来られている。利用者の理容師の夫が毎週面会に来られ散髪もされる。馴染みの場所の関係については、家族の協力を得ながら関係が途切れないよう、支援に努めている。	誰もが訪問しやすい雰囲気づくりを心掛け、近隣の友人やボランティアの訪問が継続できるように、感謝状を送ったり関係性を大切にしている。	
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。		

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遊びに来られたり、電話や手紙でのやりとりを行ったりと関係性を大切にしている。退居された利用者のご家族の紹介で入居された方や、待機者もいる。		
<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	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。	利用者の24時間アセスメントシートと会話記録を作成して本人の思いの把握に努め、利用者本位の介護計画の作成につなげている。	
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しっかりと記録に残していく習慣をつけている。		
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	ケアプラン作成時はまず、利用者の24時間アセスメントを取りながら、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。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。	本人の思いや心身面の状態を把握した上で、医師・家族からの意見や要望を聞き取り、介護計画を作成している。	家族がより意見を表出しやすいように、家族向けのアセスメントシートを作成されたら如何でしょうか。
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って、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。	入居時にホームの協力医療機関について、本人・家族に説明を行い、希望のかかりつけ医を選んでもらっている。ホームのかかりつけ医は、24時間医療連携体制をとっている。	
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	看護師有資格者の職員が介護職常勤で勤務。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。	入院先については、家族と相談しながら、かかりつけ医が紹介している。生活状況の情報提供は、ホームが協力している。本人の不安を軽減するために職員が面会に行っている。退院カンファレンスに家族とともに同席している。	
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。他事業所との交流が医療面の強化に繋がるきっかけとしていきたい。	契約時に、重度化・終末期の指針の説明を行っている。介護計画の更新の都度、状態報告を行い家族の意向を確認している。	
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、イメージトレーニングをした。新人への指導として定例会議で実践したり、確認し合って指導を行っている。継続して行っていないので、定期的に行うようにしていきたい。		
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	9月に実施する災害訓練までに、防災係りの職員が定期的にミーティングを行い、災害対策マニュアル作成に取り組んでいる。作成後、全職員に周知しながら自治会を通じて地域との協力体制を確認していきたい。	年に2回の消防訓練の他に毎年3月と9月にホーム独自の災害訓練を実施している。担当職員を決め、災害対策マニュアルづくりの取り組みをしている。災害時に協力が得られるように近隣の方との良い関係を継続している。	災害時に迅速に救助活動が行えるように、個人情報に配慮した救助に必要な利用者情報提供票をまとめ、準備されたら如何でしょうか。

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	利用者を理解して、利用者の言動に「何故なのか？」と決め付けず、理由を探して受容し尊重した言葉かけを心掛けている。介護技術に差がないように誰もが同じサービス提供できるようにしたい。	会話記録を作成して本人の思いを共有し、本人の思いを受容することで、本人に合った声掛けや対応ができるように努めている。	会話記録の書式を、観察事項(客観的に本人の言葉を記載)と考察事項に分けて記入されたら如何でしょうか。
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	歩行不安定な利用者の歩行支援を基本的な介護場面の例として常日頃、職員に指導・説明をしており、日々の様々な生活場面の中で利用者主体の支援が出来るように取り組んでいる。		
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。	利用者同士の助け合いや利用者の持てる力を活かして、米とぎ、盛り付け、配膳、食器拭き等の食事の準備や後片付けを協働している。職員も一緒に食卓を囲み雰囲気づくりをしている。	
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。糖尿病や食事管理の必要な利用者もおられ、低カロリーや減塩、食事量を意識した食事提供をしている。		
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。	さりげない声掛けや誘導で、トイレで排泄できるように支援している。自立の方は、排泄の確認をしている。	
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	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、11:00～17:00の間で、本人の気持ちに沿って入浴して頂いている、眠れない時は、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の状況に応じて、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、傾眠が見られる利用者には昼寝をしていただき、早めの就寝を促したりしている。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	生活歴を理解しながらサービスを提供できるように努めている。ホームでの日々の日課も、行事での気分転換も、あー良かった、と思ってもらう事を目標に支援している。		
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。	育児サークル「あじさいの家」への訪問やホーム前のひじおか天満宮への散歩、花や野菜の水やり等、日常的に外気にふれる機会づくりをしている。バラ公園やダイヤモンドシティ等、普段と違う外出の前には、職員が下見をしてトイレの場所や安全の確認をしている。	



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
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。	玄関先には、地域の方から頂いた鉢植えの花や、季節の野菜を植えている。玄関やエレベーター前にはベンチを設置して、利用者同士でくつろげる工夫している。また、リビングには和室があり、「住まい」として落ち着ける雰囲気づくりを心がけている。	
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。	入居時は、本人・家族と相談しながら、馴染みのもの(仏壇・ギター)を持ち込んでもらい、本人の好みの配置をしてもらっている。利用者の希望で、自身の作品を居室入口に飾っている。	
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。		