

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2391600182		
法人名	株式会社 エル・シー・エス		
事業所名	グループホーム ライフケア 一つ山		
所在地	名古屋市天白区一つ山3丁目52番地		
自己評価作成日	評価結果市町村受理日	平成27年4月30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	https://www.kaijokensaku.jp/noukoku/z3/index.php?action_noukoku_detail_2012_022_kihon=true
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	福祉総合研究所株式会社		
所在地	名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成26年11月18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)】

馴染みの場所で、馴染みの人と共に、笑顔のある毎日が送れるように、ヒアリングを行いながら、柔軟な介護サービスを提供しています。「気持ちを察する」「配慮する」ことを日々心掛け、実践の中で取り組むとともに、認知症についての学ぶ機会を設け、職員の意識向上に取り組んでいる。

【外部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)】

職員への理念を基にした自らの将来に向けキャリアアップ研修や、勉強会が開かれるなど会社全体で充実した職員教育を行っており、職員の意識は高く意欲的である。利用者が、自由に自己決定ができる生活の支援を心がけ、毎朝の掃除やなかまカフェでコーヒー豆を挽いたり、パン作りなどの役割分担を持つことで、いきいきとした表情が見られている。地域とは、「ライフケアなつまつり」のチラシを配布して参加を募ったり、ハロウィンのお菓子を子どもたちに渡すなどで、交流も広がっている。また、法人で在宅ケア講座を開き、情報提供をするなど地域での介護相談の拠り所を目指すよう向上心をもった事業所である。

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)	○	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、生き活きと働いている (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	利用者とその家族が、地域の中で”生きていく意義のある暮らし”が出来るよう、個々の身体状況や性格、生活環境や生活歴に合わせて、できる限り支援するため企業理念を策定しています。また使命感を共有するため事業所内に掲げ理念に基づいて日々実践しています。	企業理念をホーム内に掲示し、朝の申し送り時に唱和することで職員全員が共有し、日々の支援が理念に沿ったものであるよう努めている。利用者一人ひとりのペースと思いや意向を確認し、尊重している。	
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	地域住民参加の”山根学区コミセンまつり”等に参加し、お年寄りが地域と向き合える機会づくりを行っています。ライフケア納涼なつまつりも今回で3回目を行い、少しずつですが地域との付き合いが広がっています。	自治会に加入し、回覧板を回している。山根学区コミセンふれあい祭りには、利用者の作品を出品し、さつまいもの販売も行う等交流を図っている。散歩の際に「やまねみまもり隊」のベストを着て、地域への関わりを深めている。	
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	法人主催の在宅ケア講座”家庭の薬箱”を通じて、地域の薬剤師と協働して、地域のみなさんに自由に参加していただいています。このようにして家庭で活かせる情報提供と介護家族間の交流を深めていただいています		
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	運営推進会議での参加者が私どもが提供する活動を明らかにすることで地域に開かれた事業所を目指しています。特にご家族の方の参加もあり、サービスに理解して頂いています。	運営推進会議は2か月毎に実施され、ホームの現状報告や取り組みについて意見交換されている。参加者の気づきや意見を日々の支援に活かしサービスの質の向上を図っている。	
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	名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護指導課へ赴き、担当主査に対して活動内容ならびにサービス提供実績などの報告を都度行い、適正提供の旨のアドバイスや評価を頂いたり、区役所・福祉課の方々と権利擁護を要する方々のケースについて協同しています。	日頃から区役所の福祉課の担当者とは連携を図り、ホームの現状について周知して貰えるように電話相談したり、出向いて指導を受けている。市主催の研修にも職員は参加している。	
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束をしないケアマニュアルを作成し、いつでもスタッフが閲覧できる場所に保管しています。また、計画的にそれらについての研修を実施、周知徹底を図っています。独自の「感情」を察するケアの成果もあり、身体拘束の行為にまで至るケースは見受けられていません。	身体拘束についてのマニュアルが有り、新人研修や勉強会で学び、常に意識しながら業務に取り組んでいる。管理者は日々の支援の中で気が付いたことはその都度指導するように努めている。	

自己	外部	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
7		○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	社内外で行われる研修・講習を通して、学ぶ機会を適宜持っています。利用者家庭内並びに施設内においても留意し、虐待などの発生防止、早期発見と適切な処置に努めています。また、当事務所では、バリデーション等を採用し、ドラッグロックを軽減させる対処も行っています。		
8		○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	懸案発生時には地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について、所管のいきいき包括支援センターならびに天白区役所福祉係の担当者と連絡を取り合い、管理者並びに計画作成担当者を中心に必要な利用者の場合に援助ならびに支援対策を施しています。		
9		○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	利用者や家族の”思い”を察した上で、契約に関する不安や疑問に答えるべく契約の締結・解約について十分な説明を行なう配慮を心がけています。		
10	(6)	○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・家族からの意見・要望などは、その内容を記録すると共に、サービス向上に生かすべく、その主旨をふまえた質の向上に向けた取り組みを行っています。運営推進会議、もしくは市町村・国保連などにより求めが合った場合には、報告の上、その際の助言や指導を改善の取り組みに生かしています。	職員は利用者の思いや要望を日々のコミュニケーションの中から汲み取り、職員間で共有し要望に添えるように話し合っている。家族の意見、要望、苦情は記録し、会議等で話し合い、速やかな対応に努めている。	
11	(7)	○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	都度のサービス終了時におけるカンファレンス時ならびに、毎月第3週に開かれる全体会議(通称利用者会議)において、業務改善などを中心に職員の意見や提案を聞く機会を設けて、改善の取り組みに生かしています。	管理者は職員の意見や要望が言いやすい雰囲気作りに努めており、日々のコミュニケーションの中で職員の意見、要望が汲み取れている。出された意見、提案は話し合い、ホームの改善の取り組みにつなげている。	
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	毎年12月に人事考課に併せて自己評価・申告制度を設けています。書類申告後、個人面談時に個々の就業に対しての要望や意見を受け止め活かす事で、各個人はもとよりスタッフ全体でのモチベーションを育てる環境に努めています。		

自己	外部	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
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	熟練度や担当部署に応じて、事業所内外の研修などに計画的に受講を勧めています。また、適宜スタッフが希望する研修については精査して、基本的に受講励行し、介護に関する知識をより深いものにしていきます。		
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	行政ならびにサービス事業者の主催する情報交換会に参加し、相互のサービス向上に向けた意見討議を行うなどして、サービスの向上ならびに援助につながる取り組みを積極的に行っています。		
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	特に利用者本人との会話を中心として、‘思い’や‘不安’を受け止め安心して頂けるように、丁寧に関わる事で、スタッフは利用者本人の置かれている状況を理解し、比較的早期に気づくことが出来るため、介護計画の目標達成の上において重要と考えています。		
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	必ずしも家族は本人と同様の課題やニーズを持ち合わせているわけではないので、本人の在宅生活での役割、家族の状況、地域社会との関わりを把握べく、家族へのヒアリングを通して、生活上の課題やニーズを受け止め、信頼を得る努力を惜しみません。		
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	初期の対応が後の関係づくりに影響を与える事について重く受け止め、家族からの相談形式をとりながらヒアリング、希望やニーズの優先順位により、他の在宅サービス併用を含めたサービスの利用により、よりよい在宅介護環境のコーディネートを行います。		
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	介護が必要になっただけであり、利用者本人のほとんどが日常生活においてすべてのことが出来なくなったわけではありません。利用者本人の日常生活に対する意欲や尊厳を損なわないようにし、場面に応じた感情を互いに共感することで、介護のプロとして使命を忘れず支援しています。		

自己	外部	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
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	一人一人の利用者本人の“思い”や“願い”により生活を近づけるために、私達は利用者本人の“思い”や“生活の状態”について家族と共に理解し、支得て行こうとする意識を持って、本人と家族との関係を調整し、それに関わっています。		
20	(8)	○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	利用者本人ならびに家族のヒアリングにより、大切な社会と関わり続けられるサービス提供をすべく、馴染みの人や場所にかかわりを持ち続けて行く為の関係維持・修復のための支援を行っています。	知人の訪問時は居室でゆっくり過ごしたり、家族と美容院や自宅、外食に出掛けるなど、利用者一人ひとりに合わせた支援を行っている。最近では近所の花屋、新聞店等と馴染みの関係が出来ている。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	自宅を離れ、共同生活する事業所の中に新たな関係を見い出さなければなりません。ですからスタッフは利用者一人一人が互いに関わりあいながら居場所を見つけていく過程においては、その橋渡し役として、互いに支えあえる環境を構築する事が大切であると考えます。		
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	やむを得ず、サービス利用が終了したとしても、利用者本人とともに共同生活にて築き上げた関係を安易に断ち切る事ないように配慮しています。たとえば御利用中に入院されてしまったとしても、退院後の事も踏まえて入院先の医師やケースワーカーとの連携も取り、退院されてからの生活も安心して送る事ができるように支援しています。		
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	(9)	○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	利用者一人ひとりの‘思い’や‘願い’を大切にしています。コミュニケーション技法のみに頼らず、一人の人として尊重し思いや願いをしっかりと受け止め、共感する事から私達の介護支援ははじまると考え、本人本意に検討するよう心がけています。	利用者に直接聞いたり、伝えることが難しい人は表情や日常の仕草を見て感じ取ったことを職員間で共有し、利用者の思いや意向に近づけるように努力している。	
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	利用者本人の自宅での暮らしと家族の状況(生活歴)、さらにはこれまでのサービス利用の経過などを把握したうえで、適切なサービス提供や実施が出来ると考え、家族への面談を実施し、生活歴や馴染みの暮らし方や生活環境の把握に努めています。		

自己	外部	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
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	利用者本人の今まで培ってきた生活様式の把握を行い、ホームでの一日の生活の流れがスムーズに流れるように、手助けが必要な場面に合わせて適宜、支援・援助を行っています。		
26	(10)	○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	居宅サービス計画書を基に利用者本人を主人公としてよりよく暮らすための課題とケアのあり方については、本人・家族・必要な関係者や各専門職との間で話し合い、それぞれの‘思い’や‘希望’、‘意見’などの見解を含めて、介護支援専門員が要約し介護計画書の策定に当たっています。	モニタリングは1か月に一回行い、家族に状態を報告し要望等あればプランに取り入れて半年ごとに介護計画の作成が行われている。状態変化がみられる時には関係者で話し合い随時見直しされている。	
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	利用者個人別にケア記録簿を作成し、気づきや、その工夫を書き記し、申し送りの資料の一端として担っています。また、介護計画実践モニタリングに対しての原始データとなるため、その管理保管は個人担当のスタッフがを行い、必要に応じて介護計画書の変更を介護支援専門員より承諾を得て行っています。		
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	固定された時間とその時の業務にとらわれるのではなく、本人の状況や介護者の都合に合わせてサービスの提供の時間や方法を変化させる事を可能とするホワイトボードを用いたメニューカード方式を導入しています。		
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	サービス提供において、在宅医療機関、救急医療機関、風刺施設や他の在宅介護事業所、いきいき支援センター、地域の民生委員と社会福祉協議会、ならびに行政・警察・消防などと協働しています。官民一体となって支援の協働体制がとれるよう理解を求め日々努力しています。		
30	(11)	○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	これまでの利用者本人のかかりつけ医との関係について理解し、事業所としても情報交換を通じて信頼関係を築く努力を行っています。事業所として連携する在宅診療医と連携しながら、安心した医療の中で生活が出来るように調整しています。	利用者は以前のかかりつけ医からホームのかかりつけ医に変更されている。往診は月2回で緊急対応も可能となっている。専門医の受診が指示された場合は紹介状を出して貰い、専門医とかかりつけ医の連携は職員を通して出来ている。	

自己	外部	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
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	現在、非常勤の看護職員を2名配置しております。日々の利用者の体調管理、健康相談などなじみの‘看護師さん’として気軽に相談できる環境ならびに提携の医療機関や薬局とのパイプ役を担い、日々の在宅生活を支援しています。		
32		○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。	利用者の入院時には、安心して在宅生活の復帰ができるよう、病院関係者と看護職員を中心として連携しています。もちろんスムーズな在宅復帰へ移行するための介護支援計画を策定するために、その取り組みは入院時、入院中から病院関係者と連携して行われています。		
33	(12)	○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	利用者の体調の変化により終末期になってきた場合にも、ご家族と利用者の意向を度々確認しながら、訪問を行い利用者・家族を支える取り組みをしています。その際には主治医や関連医療機関との連携を密にし、医師の指示と所定の看取り指針の下、利用者・家族の意向の沿ったターミナルケアを行います。	入居時に重度化、終末期に向けての方針を家族に説明し、同意を得られている。状態変化してきた場合は家族、かかりつけ医、職員が話し合い情報を共有し、支援に努めている。	
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	利用者の体調の変化により終末期になってきた場合にも、ご家族と利用者の意向を度々確認しながら、訪問を行い利用者・家族を支える取り組みをしています。その際には主治医や関連医療機関との連携を密にし、医師の指示と所定の看取り指針の下、利用者・家族の意向の沿ったターミナルケアを行います。		
35	(13)	○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	災害発生時における手順についての演習を年2回行っています。また、災害発生時における対応マニュアルを作成し、いつでもスタッフが閲覧できる場所に保管して対応できる状態にしています。災害発生時に支援が得られるよう、学区福祉連絡協議会にて協力を働きかけています。	年2回昼間想定で業者の立ち合いのもと、防災訓練を実施し、その際に消火器の指導を受けている。地域の消防団、学区福祉連絡協議会に協力要請を行っている。備蓄も水、紙類、非常食等用意されている。	昼夜想定で消防署立ち合いのもと、防災訓練を実施し、地域の協力体制を望む。

自己	外部	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	(14)	○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	利用される方一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような対応をする前に‘人生の先輩’としての敬愛の念をこめて対応し、個人情報取り扱いにはなるべく不明瞭な分散管理にならないように責任所在を明確にしながら、留意して取り扱っています。	利用者を人生の先輩として尊敬し、言葉遣いにも気を付けてプライバシーを損ねないよう支援している。居室に入る際は、ノック、トイレ誘導の声掛け、連絡帳のやり取り等には気を付けている。		
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	利用者本人のニーズを適切に確認しながら、認知状態に合わせて支援(バリエーションテクニックを用いて等)を行い、確認と納得の上で暮らしを継続できるように支援をしています。			
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	利用者本人ならびに家族の思いやニーズを反映させたケアプランに基づいて、ホワイトボードによるメニューカード方式を導入し、サービス提供内容を日々の時系列に落とし込んで対応しています。			
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	利用者本人の身だしなみやおしゃれの志向性について理解をし、意向に沿った支援ができるようにしています。可能な限り本人の望みをくみ取る形での支援を行っています。			
40	(15)	○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	食事中のみならず、食するまでの準備の間や食後の片付け、食事の感想に会話を交えながら、利用者と職員と一緒に食事をする事の喜びを感じる事ができるように演出、支援しています。また、季節のイベントでは、そのイベントに合わせてカードなどを一緒に提供し、お話を盛り上げています。	食事は業者から食材とメニューが届きホームで手作りされている。利用者はご飯をついたり、配膳を手伝っている。月一回の郷土料理、行事食、おやつレクリエーションとしてフレンチトースト、桜餅等利用者と一緒に作り、楽しんでいる。		
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	毎日の個人利用介護記録にて、食事・水分摂取量を記録しながら、必要に応じて摂取に向けての声掛けならびに支援を実施しています。栄養のバランスについての食事提供については、給食委託先の業者に委託し、栄養士の管理のもと提供しています。			

自己	外部	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	
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	口腔内の汚れや匂いの除去だけでなく、口腔ケアの主旨を理解したうえで実施の際には、利用者の口腔状態などに応じて意識づけを持たせながら支援しています。必要時には在宅歯科医院なども連携をしながら、歯科治療が出来るよう連携して支援しています。			
43	(16)	○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	排泄のタイミングの把握が、適切にほぼ行われており、大半の利用者の方は落ち着かれています。特に夜間においては定期巡視をもって、タイミングをほぼ把握できつつあり、おむつの使用も必要最小限に抑えることが出来ています。	利用者の排泄パターンを把握し、個人記録をチェックしてトイレの声掛けや誘導を行っている。夜間は定期巡視の際にパット交換や自立している人を見守っている。		
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	便秘を誘発する病気の場合を除き、適度の運動、繊維質の多い食事、十分な水分摂取、排泄パターンを把握した上での適切な服薬という組み合わせが便秘の最善の予防であり治療法でもあるという主旨に基づき対応に努めています。			
45	(17)	○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	入浴自体に拒否の利用者もみられます。様々な希望やタイミングを精査し、今では大半の方におかれまして、入浴を楽しんでいただく機会となっています。今後においても、その心地よさを感じていただけるような入浴支援と環境づくりに努めます。	週2回、午後に入浴を行い、入浴を拒否される場合には言葉掛けを工夫する等、入浴を促す支援をしている。入浴を楽しむ為に柚子湯、菖蒲湯等提供し、ゆっくり入浴している。		
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	現在利用者一人ひとりの生活習慣や体調を含めその状況に応じて、居室において休息いただいています。また、夜間においても就寝時間を決めるのではなく、ご自宅での生活パターンを把握した上で、気持ち良く眠れる環境を整えています。			
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	提携先の調剤薬局からの服薬管理指導を受けていただいて、適切な服薬が行われています。また、薬の効果についても、薬剤師のアドバイスや指示を頂けることでその徹底を図れています。			
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	張り合いや喜びのある日々を過ごして頂けるよう、利用者の生活歴を含めてできるだけ介護計画書にて、本人が継続して取り組めるライフワークや事業所での取り組みにおいて役割(掃除、食事準備、花の水やり等)を担っていただくなど演出しながら支援しています。			

自己	外部	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
49	(18)	○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	希望にあわせて外出する旨について、ケアプラン化しており、近隣の生花店や新聞店、公園や喫茶へ出掛けるなど比較的用户の希望に応じての対応並びに支援をしています。地域の方との交流を深めたり、習慣となるような取り組みの支援を心がけています。	日常的には散歩をしたり、時には新聞店、花屋等に外出している。家族と外食、買い物、自宅を訪れる人もいる。遠出で、桜まつり、紅葉見学には家族の協力で外出支援を行っている。	
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	買い物に外出する日は計画的に行っています。近隣の花屋に花を買いに出かけています。お金を所持することは現在難しいですが、お金の授受が出来るように支援しています。		
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	家族との時間を過ごす機会のない利用者に対して、家族の了承のもと、毎週決まった時間に家族に連絡を入れていました。週に1度でも家族との関わりを継続する手段としての電話の活用で、利用者のニーズの達成にもつながっています。また、遠方のお友達から事業所へ利用者宛にお手紙が届くこともありました。		
52	(19)	○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	長く滞在する居間など、多くの室内はやわらかで明るい内装にて、ぬくもりのある空間を演出しています。加えて季節感が感じられるように四季折々に飾りつけなど居心地よく過ごせるように配慮しています。	リビングは明るく木の温もりが感じられ、掃除されて気持ち良い空間づくりとなっている。季節を感じる手作りのカレンダーや盆栽、利用者の写真等随所に飾られ、居心地よさがうかがえる。	
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	ケアプランやテーブルで仕切ったりなどして個を大切にもできる配慮をもってサービス提供にあたっています。一人になれたり気のあった利用者同士で思い思いに過ごせる工夫についても同様に行っています。		
54	(20)	○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	居室は一戸建ての居室をモチーフに仕上げています。使い慣れたものを持ち込んでいただけるようにし、心地よく住まうことのできるよう配慮しています。	スッキリとした居室が多いが、位牌や馴染みの服、帽子が置かれたり、家族写真、手作りの陶器人形等が飾られ居心地の良い居室となっている。また、毎日利用者が掃除機をかけ、掃除が行き届いて清潔である。	
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	建物内部においては、随所に手すりの設置はもちろんですが、利用者一人ひとりの身体機能を生かして安全に過ごせるように、職員は、利用者の「できること」「できない事」を工夫しながら生活にあたっています。		