

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つ山		
所在地	〒468-0033 愛知県名古屋市天白区一つ山3丁目52番地		
自己評価作成日	平成29年1月10日	評価結果市町村受理日	平成29年4月20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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク		
所在地	〒463-0035 愛知県名古屋市守山区森孝3-1010		
訪問調査日	平成29年2月8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、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んでいる。認知症、認知症ケアについて学ぶ機会を設け、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)】

母体は愛知県内だけでもほぼ10か所ほどの、デイサービス・ケアマネセンター・サ高住・小規模多機能・グループホームを展開する営利法人である。「入居者に寄り添い、傾聴し、力を引き出す『バリエーション』」が全職員に徹底され、聴取した職員からは「不穏という言葉は職員目線の言葉で、それは居心地が悪いという入居者のサインです。寄り添ってしっかり傾聴すれば、自分のやりたいことが叶わず、それが居心地の悪さを感じさせ、「帰る」につながっているんです。実際に、寄り添って本人の本心を聞きだし、「カルタ取り」をしたら満足して頂けた。」とバリエーションの成功例を語ってくれた。『自立』を大切にしており、底冷えのする2月初旬の訪問時にも、職員が入居者二人と手を繋ぎ、散歩する姿が確認された。インフルエンザを恐れて散歩を敬遠するホームが多くなりつつある中、『力を引き出す』その取り組みを高く評価したい。散歩は真夏でも万全な熱中症対策を行い、日常的に行われている。

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ます (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広がったり深まり、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。また、社内コンペを行い職員の意識向上につなげています。	「介護と言う言葉の本当の意味の追求」を理念に掲げ、認知症の人に寄り添い、共感し、力づける『バリデーション』が全職員に徹底され、理念実現の大きな指針となっている。グループ内事業所が一堂に会し、成功例・取り組みを発表しあい、成功例は自施設で取り入れる『社内コンペ』も理念実現の一助となっている。	
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“山根コミセンまつり”“相生盆踊り大会”等に参加し、お年寄りが地域の行事に参加できる機会作りを行っています。また、事業所で行うライフケア納涼まつり、歌謡祭、認知症カフェなどを通して地域の方々とのお付き合いが広がっています。	早くから『認知症カフェ』を開設し、当初は子供相手に五平餅を提供していたが、そこから近所のみなさんに輪が広がって、今ではホームの納涼夏祭り・グループの歌謡祭には、家族のみならず近所も多数参加してくれる。町内会にも加入し、地域に溶け込むきっかけとなった子供達のために『子供110番』も引き受けている。	
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	認知症カフェ 一つ山茶屋を1か月に3回開催。認知症の方への理解や支援の方法を地域の方に見ていただく機会となるようにしている。徐々に地域の方の参加も増えている。		
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	利用者とその家族、地域住民代表者ならびに知見を有する識者などに参加いただく会議において、子どもが提供するサービス内容等を明らかにすることにより、地域に開かれた事業所を目指しています。また、ご家族の方の参加もありサービスについて理解をしていただいています。	入居者・家族・地域代表として民生委員・管理薬剤師・地域包括職員をメンバーとして、隔月に年6回開催されている。年1回の参加で可とされる名古屋市の制度の中で、地域包括職員は6回全部に参加して、その連携の濃密さが窺い知れる。認知症カフェ『一つ山茶屋』を軸として、最初は子供から、今では地域にすっかり定着し、メンバーからもその活動は高く評価されている。	
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取り組んでいる	区役所の福祉課や、いきいき支援センターにはこまめに出向き、事業所の実情やサービスについての報告を都度行い、適正提供の旨のアドバイスや評価を頂いています。	地域包括センターへは、月に一度は管理者が訪れている。名古屋市が始める前から『認知症カフェ』を主催し、市で制度化されてからは、先駆的な取り組みとして注目され、地域包括センターも交えた会議では他の施設からもカフェ開設の相談にも乗っている。	
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に基づく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して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、玄関の施錠を含めた身体拘束の行為にまで至るケースが見受けられていません。	月に一度全体会議で拘束の勉強会をしている。「入居者の気持ちに寄り添い、力を引き出す」バリデーションが全職員に浸透し、『無言の外出』の手前の『不穏』の前段階で横に寄り添い、傾聴し、原因を探り、入居者の真意を慮ることで、不穏すら感じさせていない。「不穏って職員目線の言葉ですよ」とある職員は語っていた。	
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、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。		

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
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	その都度、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について、所轄のいきいき支援センターならびに天白区役所区民福祉部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並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・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・要望等は、その内容等を記録するとともに、サービス向上に向けた情報であるという観点に立ち、その主旨を踏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、若しくは市町村・国保練等より求めあった場合には、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。	家族会はないが、ホーム便りは毎月発行され、行事報告・その時の笑顔、職員紹介がされている。グループ全体で看護師の協力により「ほけん便り」を別に発行し、グループの在宅の利用者、ホーム入居者の配偶者・家族の健康管理に役立っている。	
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、毎月開かれる全体会議（通称：利用者会議）において、業務改善等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。	毎日終業時のカンファレンスの開催時、月一回の全体会議で職員の要望・気づきを聴取している。「散歩時、二人の入居者の歩くペースが合わず困っている」との声を受け、入居者の組み合わせを見直し解決した。「管理者には何でも話せる」と職員も語っている。	
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6月・11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。書類申告の後、個人面談時に個々の就業に対しての要望や意見を受けとめ、活かすことでモチベーションを保てる環境の整備に努めています。		
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	スタッフの熟練度ならびに担当部署に応じて、適宜、事業所内外において計画的に研修等の受講を勧めている。また、適宜スタッフが希望する研修については、熟練度ならびに職域について精査していますが、基本的に受講励行しています。		
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一方、他事業所の職員実地研修の場として提供するなどしてサービスの向上並びに援助に繋がる取り組みを積極的に行っています。		

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
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いただけるように、丁寧に関わることで、スタッフは利用者本人の現在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した上で、家族へのヒアリングを通し、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ことについて重く受け止めつつ、家族からの相談形式を取りながらヒアリングし、希望やニーズの優先順位にしたがって、場合によっては他のサービスを絡めてのサービス利用によって、よりよい在宅における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。一人一人の状態を見ながら、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、場面場面においての感情を互いに共感することにより、介護のプロとしての意識を忘れずに心がけています。		
19		○本人と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”により近づけるために、私達は、利用者本人の“思い”や“生活の状態”を家族と共に理解し、支援する意識を持ってして家族との関係を組み立て、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、地域社会との関わりを把握した上で、適切なタイミングと介護量を持ち合わせたサービス提供を通じて、馴染みの人や場所に関わりを持ち続けていくための関係継続・構築・修復を支援しています。	入居者は近所の方は少なく、近所で以前から利用していたなじみの店などはない。むしろ入居してからの『一つ山カフェ』で近所の人となじみになったり、来客に注文を取ったり、サービスをしたり、なじみの関係を新たに作り、同時に生きがいを得て「生き生きとして働いている」と計画作成担当者は語る。	
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	自宅を離れ、共同生活をする事業所の中に新たな関係を見いださなければなりません。ですから、スタッフは利用者ひとり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、互いに支え合える環境を構築することが大切であると考えます。		

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
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で築き上げた関係を安易に断ち切ることないように配慮しています。例えばにご利用中に入院だれてしまったとしても、退院後のことも踏まえて、入院先の医師やケースワーカーとの連携もと、退院されてからの生活が安心して送ること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	利用者一人一人の“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、共感することから私達の介護支援は始まると考え、本人本位に検討するよう心がけています。	入居者との会話がきっかけで、ピーマン・ナス・オクラを栽培した。家族の要望で買い物に出かけるが、その時は実際に現金で支払い、生活感覚を呼び起こしている。『『帰りたい』と言う言葉は居心地の悪い証拠』と職員は語り、その言葉の真意を探るべく、横で寄り添って傾聴し、その結果真意は別にある、 「カルタ取りをしたら満足して頂けた」と職員は語る。	
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等を把握した上で、適切なサービス提供が実施できると考え、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。		
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ライフスタイルの把握を行い、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・援助をおこなっています。		
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、ケアマネージャーが要約し介護計画書の策定にあたっています。	アセスメントで聴取した、個々の希望・日々の外出・機能訓練などが、一人ひとり、一日の時系列でホワイトボードに掲出され、職員は個人記録をわざわざ確認することなく、プランを毎日確認している。そのため日々の変化もボードと見比べて即座に気づくシステムとなっている。モニタリングは日常的に行われ、プランは6か月で見直している。	
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	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、必要に応じて介護計画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、その時々にも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とき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提供の時間や方法を変化させることが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。		

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
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、救急医療機関やその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取れるよう理解を求め日々努力をしております。		
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	利用者本人ならびに家族の希望・要望を重要視して、本来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き努力をおこなっています。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できるように調整しています。	ほとんどの入居者がホームの提携協力医療機関を主治医としており月に2回の訪問診療を受診している。それ以外の主治医とも、協力医との間で連携を取れる体制にある。看護師職員が配置され、医療面での安心感がある。グループ全体の看護職員で「ほげんだより」を作成し、家族にも好評である。	
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	現在、非常勤の看護職員を4名配置。日々の健康相談・バイタルチェック等、“なじみの看護師さん”として気軽に相談できる環境並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、安心して在宅復帰生活が送れるよう、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	利用者本人並びに家族の思いや意向を常に確認しながら終末期の受け入れを行ったケースあり。その際には家族との情報交換や医療関係者の協力を得ながら、思いや意向に沿ったターミナルケアに徹して努力しました。重度や終末期の利用者が安心して大切な時を過ごせることを主旨として、かかりつけ医もしくは、提携医療機関とともに支援に取り組む体制が組み立てることを可能としています。	終末期に関する指針を入居時に家族に説明し同意を得ている。終の住処として、看取りも希望があれば積極的に受け入れている。協力医療機関との24時間連携体制が取れており、最期まで安心して過ごしていただけるよう努めている。	
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	事故発生時における応急手当や初期対応の手順について、定期的に講習を行っています。またそれらを網羅した事故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。		
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講習を年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運営推進会議にて協力を働きかけている。	防災避難訓練を年に2回実施し、いざという時のために備えている。地域学区の会議でホームを避難場所として活用できないか、との声もあり、地域との連携はこれから構築して行く。	

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	利用される方一人一人の誇りや、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、個人情報の取り扱いには、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。	ホームではバリエーションの理論を取り入れ、入居者の気持ちをいかにして汲み取ることができるのかを職員と一体になって考えている。若いスタッフなど言葉遣いや態度など気になる点は常に注意し教育している。	
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	利用者本人のニーズを適切に確認しながら、認知状態に合わせた支援をおこない、根気よく反復しながら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作成された小規模多機能型居宅介護計画を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る。また、支援方法については、状態にあわせて行うこととしています。		
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出来るようにしている。可能な限り本人の望む店にいけるように努力をしている。		
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	食事中にのみならず、食するまでの準備の間や食後の片付けや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の喜びを感じることが出来るように演出し、支援しています。	外部業者の栄養士によりカロリー計算された献立が作成され、それを入居者も参加しながら調理をしている。週2回パン作りが習慣になっており、両ユニットの交流にもなっている。家族と頻繁に外食に出かけられる入居者もいらっしゃる。	
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喫食・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。		
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	介護支援によって、口腔内の汚れやにおいの除去だけでなく、口の病気を防いだり、リハビリで咀嚼機能や舌の動きも回復に向かわせることができる旨を理解しながら、実施の際には、利用者の口腔状態等に応じて意味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とも連携し、歯科治療ができるように支援しています。		

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
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その人なりに落ち着かれています。特に夜間においては定時巡視をもって、タイミングをほぼ把握できつつあり、オムツの使用も必要最小限に抑えることが出来ており、今後においては、なお一層排泄に対して不安なく過ごして頂けるよう取り組んでいきます。	排泄パターンを把握し、さりげなく声かけし誘導している。排泄の失敗からサイクルをしっかりと調べ声かけのタイミングを工夫するなどした結果、失敗が激減し、さらには自らトイレに行く習慣ができるなどの成功例ができ、職員のモチベーション向上にも繋げることができた。	
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、適切な服薬という組み合わせが便秘の最善の予防法でも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ず、個々にそった支援をしている	いまだ、入浴自体に拒否傾向の方もみられます。さまざまな時間帯や感情、タイミングでの声掛けを試みており、大半の方におかれましては、入浴を楽しんでいただく機会となっているようです。今後においても継続し、快く入浴し、その心地よさを感じていただけるような入浴支援とその誘導、環境づくりに努めます。	職員が多い昼間帯ではなく、一般家庭と同じように原則夕方にゆったり入浴していただくことにしている。入浴拒否の入居者には、その方のフォローが上手なスタッフは工夫して声かけするなどして、清潔保持に努めている。	
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、気持ちよ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	提携の医療機関ならびに調剤薬局から看護職員を通じて、適宜情報交換、学習会にて学ぶ機会を設けています。また、家族をもってしても服薬管理が比較的困難な利用者に対しては、提携先の調剤薬局からの服薬指導を受けていただくなど支援も行っています。		
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、出来るだけケアプランにて、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を担っていただくなど演出しながら支援しています。		
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、近隣の公園へ散歩に出掛けたり、喫茶店への外出、買い物へ同行するなど、利用者の希望に応じての支援を行っています。地域の方との交流を深めたり習慣となるような取組の支援を心掛けています。	ホーム内のホワイトボードにケアプランがわかりやすく掲示されており、入居者や家族も一目で外出の予定等がわかるようになってきている。日用品の買い物や散歩ついでに草花の世話を一緒にしたり、なるべく全員が外出していただけるように工夫している。関連法人のデイサービスに出かけることもある。	

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	
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を計画的に設定し、近隣の花やに花を買いに出掛けています。お金を所持することは現在難しいですが、お金の授受ができ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少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との関わりを継続する手段としての電話活用で、利用者のニーズの達成に繋がっています。また、遠方のお友達から事業所へ利用者あて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四季折々に飾りつけなど居心地よく過ごせるよう配慮しています。	季節ごとの飾り付けや、イベントや外出で撮影した写真、入居者の習字作品など、落ち着いた雰囲気です上手に飾り付けている。ホームの建物は木を基調としており暖かくゆったりした雰囲気を演出している。しっかり換気もし、湿度や温度にも気を配っている。		
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	ソファで読書や音楽鑑賞をするなど自分の時間を過ごしたり、気のあった利用者同士で昔の思い出話をしたり、歌を唄ったり、思い思いに過ごせるような居場所の配慮をしています。			
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。使い慣れた物を持ち込んで頂けるようにし、心地よく住まうことができるように配慮しています。	それぞれの居室に使い慣れた家具や道具を持ち込んでいただき、部屋でもゆったりと過ごしていただけるようにしている。仏壇を持ち込んでいる方や、畳を持ち込んでその上に布団を敷いて寝ている方もいる。		
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	建物内部においては、利用者一人一人の身体機能を生かして安全な時間が送れるよう、随所に手すりの設置、入浴支援方法の工夫をすることで、できるだけ自活した移動に対するリスク回避を行い、自立に向けた援助を受けやすいような環境と支援体制に努めています。			