

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	2795800099		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター長原 (せせらぎ)		
所在地	大阪市平野区長吉長原東3-2-5		
自己評価作成日	平成24年12月7日	評価結果市町村受理日	平成25年4月12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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiryoNoCd=2795800099-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成25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)】

開所当時より、沢山のボランティアの方(歌体操、大正琴、日本舞踊、ハーモニカ、フルート、三味線・阿波踊り、フラダンス、ハンドベル・オカリナ、手芸、指編み、ドラムサークル、ヤクルト健康教室等)に訪問して頂き、利用者様を楽しませていただいています。車イス等重度の方も、出来るだけ外出の機会を増やせるように、送迎付きのバスを利用し、外出に出掛けたり、毎朝の散歩、買物や、年1回の遠足、日帰り温泉旅行も継続しています。今後はもっと外出できる回数を増やしたいと考えています。また、最近では利用者ご本人から、映画館へ行ったり、デパートで買物をしたなどの要望もあり、今後の個別ケアについて、ご家族様とも相談し、検討したいと考えています。 毎日の食事については、利用者様が召し上がりたい献立を聞き、献立委員がそれらを取り入れて、職員と利用者が一緒に手作り調理しているため、自宅のような雰囲気ですらしていると、感じて頂いていると思います。

【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)】

当該ホームは、地域とのふれあいと利用者の楽しみを生きがいと考え、ホームの理念に掲げ、毎日近隣を散歩したり、利用者のできることに積極的に携わってもらい利用者が生き生きと過ごせるよう支援しています。散歩から戻る利用者の表情は笑顔で明るく、リビングに集う利用者は職員との会話を楽しんだり、食事の準備や片づけに参加されている方が多く、利用者は穏やかに自由に過ごしています。また職員間の関係性が良好で、管理者は職員が意見しやすい体制づくりを心がけ、会議では疑問点や報告が活発に交わされています。支援経過や介護計画等の書類も全職員に周知し、話し合いの機会を多く持つことで利用者の意向の把握と思いに沿ったケアにつながり、相互の信頼関係が深まっています。

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 過ごしている (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		

自己評価および外部評価結果

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	ホームの理念『地域とのふれあいをお客様の楽しみ、生きがいに！』を毎朝唱和し、毎朝の散歩や買物に出掛け、外出の機会を増やすように努めている。	会議の中で地域を意識した理念を職員と作り、事務所内と廊下に掲示しています。理念に沿い、地域への外出の機会を増やすことで交流が広がり声をかけてもらえるようになり、利用者の楽しみに繋がっていることを確認しながら支援しています。	
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人として日常的に交流している	毎月1回、地域が主催する、ふれあい喫茶に参加させて頂いている。ネットワーク推進員の方や、地域の方が、時々ホームを訪ねられて、利用者とお話をされることもある。	日常的な散歩や商店での買い物、ふれあい喫茶の集いで近所の方々と顔なじみになり、出会った時は会話をしています。敬老会への参加や、近隣の保育園の運動会の見学、ボランティアや地域の方々の訪問など相互に行き来しています。幼稚園との交流も現在働きかけを行っています。	
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	一般の方が直接ホームに来られたり、電話で問い合わせ時等に相談を受けている。また、包括主催の家族会や、交流会にも参加している。		
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	2ヶ月に1回、ホーム和室で運営推進会議を行い、行事予定・報告や、ホームの現状報告を行っている。参加して頂いた地域の方やご家族様に、ご意見やご要望も頂戴しながら、今後の取組みに活かしている。	会議は、利用者・家族、民生委員、ネットワーク推進委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター職員の参加を得て2ヶ月に一回行っています。地域の役員から行事の情報をもらったり、家族からは居室や終末期ケアについて要望・質問があり、活発に意見が出され運営に活かせる会議となっています。	
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取り組んでいる	運営推進会議等を通して、地域包括支援センターの方に取組みについて話し合っている。	市役所とは法人上司が連絡を取り、運営推進会議の議事録の提出をしたり、研修案内が届いています。区役所介護保険課へは、管理者が直接出向いて利用状況の報告を行ったり、制度の相談をしています。	
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	定期的にホーム会議等で、身体拘束の研修を行っている。やむ終えず身体拘束を行う場合は、必ずご家族様に同意を得て、そのような場合は早期に解除できるように、カンファレンス等で話し合い、拘束をしないケアに向けて、対処方法を共有している。	年一回、会議内での身体拘束の研修を行い、拘束排除の方針を示しています。カンファレンス等でも職員間で事例を挙げて話し合い、振り返る機会を設けています。制止や抑制を感じられる言葉があった時は、その都度注意しています。玄関と一階は開錠し、二階のユニットのみ施錠していますが、職員が付き添って行き来し、閉塞感のないよう支援しています。	
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	定期的にホーム会議等で、虐待防止法の研修を行っている。管理者は職員の精神的負担が生じていると感じた時は、声かけを行うなどし、虐待のないホームであるよう、防止に努めている。		

ニチイケアセンター 長原（せせらぎ）

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	ホームには成年後見人もおられる為、ある程度の知識は要していると思う。		
9		○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	契約締結の際は、必ずホームで行い、契約書前文を読み上げながら説明を行っている。解約の際も事前に流れを説明しているので、ご理解頂いていると思う。		
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・家族等は、直接職員や管理者と直接的に話しを行う事ができるような関係を築いている。又、家族会や懇親会を通じて、ご意見や要望等も頂戴して運営に反映させている。	家族の訪問時や電話で状況報告をした際に、意見や希望を聞いています。年一回アンケート調査を行い、結果を踏まえ留意点や改善策を話し合っています。家族会ではケアや運営に関する様々な意見が出され、欠席の家族にはホーム便りて内容を報告しています。	
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	定期的(毎月)に会議を開催し(ホーム長会議、ホーム会議)他の管理者同士の意見交換や職員の提案を聞くことが出来ている。	事務所の扉を開放し、職員がいつでも管理者に話せるよう配慮しています。意見や提案が伝えやすく、日常的に職員間で疑問点や報告が密に交わされています。毎月の会議や随時のミーティング以外にも管理者が職員の様子で気になる事があれば個人面談を行い話を聞いています。常にコミュニケーションをとり、管理者と職員が皆で同じ方向性を持ってケアできるよう努めています。	
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	定期的に『目標管理シート』『取組み姿勢評価シート』『人事考課表』を作成している。他の条件については判りにくいと思われるが、職員は向上心を持って働けるように、役割を持つよう、各委員会を設置し、継続に努めている。		
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	管理者は朝礼時の申し送りや会議等で、職員の実績と力量について、言葉の力やどれだけの気付きができてきているかを把握している。出来ていない者に対し、各リーダーとも共有し、その都度、ケアの方法が統一できるように指導している。		
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	職員には毎月、ユニットリーダーが主催する勉強会に(合同研修)各ホームより1~2名参加させ、他のグループホームへ見学も兼ね、交流する機会を設けている。		

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
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	入居前に本人と面談し、アセスメントを行い、入居後も安心して暮らせるように、入居後も継続して、利用者の状態や不安がないかどうかを確認しつつ、安心を確保でき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	入居後すぐに、計画作成担当者がご本人とご家族様に要望等を聴き、暫定のケアプランを作成する。過去の状況が判るように、ご家族様にもセンター方式の記入に協力を頂き、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	入居後は本人の行動や感情の変動がある事が多く、環境が変わる事で混乱し、認知症状が進行する場合があります。入居前に職員には十分に説明をした上で、本人をよく観察する事に努めている。		
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	毎日の買物や掃除・洗濯・調理を入居者と一緒に行い、入居者との会話ができるような、雰囲気大切にしている。また、そのような時間を多く作るような工夫もしている。		
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	管理者は入居前に家族から知り得た情報や、本人の置かれている立場等を考慮し、職員と共有する為、カンファレンス等で話し合い、本人を支えていく関係を築いている。		
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	入居前後のアセスメントや、本人や家族からの情報をもとに、馴染みの人や場所との関係を把握していく。時には個別ケアで支援している。	利用者の友人が訪ねてきた時は、お茶を出して和室や居室でゆっくり過ごしてもらっています。家族がいる施設への面会に付き添ったり、家族との外出時は、寺や墓参り等日頃利用者が行きたいと話している場所を家族に伝えています。また個別支援として、利用者の希望を聞き、以前住まわれていた自宅を見に行く等の計画も立てています。	
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	利用者同士の性格の不一致や仲違いが生じる場合には、フロアーや居室、座席等の配置も検討し、利用者同士が心地よく生活できるように、職員が利用者を観察し、カンファレンス等で話し合い、孤立しないような支援に努めている。		

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
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	入院や他施設へ入所された方の安否確認の為、面会やご家族様へ連絡をする場合もある。必要に応じて相談や支援にも努めている。		
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	入居者の状況に応じて、常に変化を把握し、判りにくい利用者には、カンファレンスを通じて、本人本位に検討している。	入居時の面談で、利用者・家族から聞き取った生活歴や嗜好、暮らしの希望等をアセスメント用紙に記入し、入居後得た情報をその都度加えています。また生活の中で思いに繋がる言動を日々の日誌に記載し、支援経過にまとめ、職員間で共有しています。意向の把握が困難な利用者には、その人の立場になって考えたり、表情や雰囲気や汲み取り、思いの把握に努めています。	
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	入居前にご家族様に協力して頂き、センター方式の記入をお願いしている。また、本人の状況に変化が見られた時や、過去の暮らし方で把握できていない時や、行き詰った場合にはご家族様に新たな情報を収集している。		
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	定期的なカンファレンスや、毎朝の朝礼等で、申し送りや、利用者の新たな発見等があった場合は、申し送りを通じて把握に努めている。		
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	定期的なホーム会議と、カンファレンスで担当する職員全員で、現在の入居者の状況を共有し、話し合いをしている。同時にモニタリングも行い、ケアプランの作成をする。	入居1週間で介護計画作成者が初期の計画を立て、1ヶ月経過後にカンファレンスを開き各職員に意見を聞き、家族の意向や医師、訪問看護師の指示も反映させ計画を作成しています。その後は毎月のカンファレンスと3ヶ月に一回のモニタリングを行い、3～6ヶ月ごとに計画を見直しています。各利用者の介護計画は個人ファイルに添付して周知し、実践に繋げています。	
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、管理日誌、支援経過等の帳票で記録し、職員間で情報を共有し、ケアプランに活かしている。		
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	本人の訴えを傾聴、状況を観察し、必要に応じて柔軟な支援を心掛けている。		

ニチイケアセンター 長原（せせらぎ）

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	近隣は団地に囲まれており、地域に入っていく事が難しい場所に立地されているが、スーパーやパン屋、薬局、花屋等の商店に、ご協力を頂いている。散歩や買物時には、店の方に声をかけて頂いている。		
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し、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	グループホームに入所されてからは、提携医や医療連携がなされているので、その提携医がかかりつけ医となっている。本人や家族が別の病院等を希望されている場合は、提携医と相談をし、関係を築くよう支援している。	契約時に、今までのかかりつけ医が継続できる事を伝えてあります。提携医から月二回の往診があり、緊急時も含め24時間対応してもらえる体制があり、訪問看護は週一回受けています。身体状況は受診記録や介護サマリーを作成して管理し、情報を共有しています。その他希望者には歯科、眼科の往診も定期的に受けてもらっています。	
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	定期的な訪問看護の日の前日までに、職員が入居者の変化等が生じた時や、本人の訴えがあった場合、ノートへ記入し伝えている。急を要する場合は随時、医師や看護師に連絡をし、受診や看護をうけられるように支援している。		
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。	利用者が入院した際には、お見舞い時やMSWと情報交換や相談に努めている。また、協力医療機関には、随時、相談が出来る関係づくりを整えている。		
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	現在、当ホームでは看取り加算を取得していない為、重度化や終末期に向けては、運営推進会議や家族会、また家族と話し合いを行い、事業所では、どこまで支援出来るかの説明をしている。	看取りは行っていませんが、ホームでの対応の限界を入居時に家族に説明し、運営推進会議や家族会でも伝えてあります。重度化した場合は早い時期から段階的に状況を伝え、家族の意向を聞き方針を共有しています。今後について話し合いを進めています。必要に応じて往診時に家族に付き添ってもらい医師の説明も聞いて、一緒に考えていく体制を取っています。	
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	急変や事故発生時はすぐ、医師や看護師、管理者に連絡する体制を整えている。医師の指示に従い対応する。また、定期的にAED、心配蘇生法の訓練も行っている。		
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	年2回、消防士参加による消防・避難訓練を行っている。また、地域の防災マップを掲示し、定期的に避難場所や誘導方法を職員全員で、確認している。	消防署立ち会いによる訓練は主に夜を想定し、初期消火や避難誘導を行い時間計測を行っています。地域交流会で管理者が災害の話をしたり、避難訓練や救急救命講習の開催を地域の方に知らせて、一緒に参加してもらっています。	

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
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	入居当時の利用者には、特にプライバシーには配慮しているが、ホームに慣れてこられるにつれ、家族のような関係づくりを大切にしている為、言葉かけが崩れてくる場合もあるが、人格の尊重や、プライバシーを損ねるような事はないと思う。	職員は接遇の研修を受け、利用者の尊厳とプライバシー確保に留意したケアを心がけています。特に排泄介助時は誘導の声かけやドア内のカーテンも必ず閉めるなどの配慮をしています。家庭的を意識し、親しさが馴れ馴れしさに感じる言葉遣いがあった時は、管理者がその都度注意し、その人の立場になって考え改めるよう促しています。	
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	日常の会話を通して、日々、自己決定がなされるように、支援している。		
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し、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	利用者の出来る事、出来ないことを見極め、出来るだけ自立できるように、出来る事は自身でして頂くようにしている。体調不良の日もある為、本人の意思を確認し、希望に添って支援している。		
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	起床時の洋服選びは、本人が自分で出来る事はして頂くが、意思表示の困難な方のケアは職員が決定する場合もある。		
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	職員で献立委員を数名決めており、入居者に食べたい物を聞いている。買物や調理、片付けも利用者を見守りながら、職員と一緒にしている。	献立担当者が利用者の希望を聞きながらメニューを決めています。一緒に買い物に行き、料理の下ごしらえから片付け、洗い物までできるだけ多くの人に携わってもらえるよう支援しています。クリスマスや正月、懇親会などの行事には家族と共に行事食を楽しんでもらっています。また月一回出前を取ったり、送迎付きのレストランで外食するなど、職員と共に和やかな食事会も設けています。	
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	献立委員がカロリー計算できた料理本からメニューを考案している。食事の形態は、普通食、刻み食、トロミ食と全員違いがあるので、一人ひとりの状態に応じて提供し、支援をしている。		
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	自立されている方は自分で歯磨きをして頂いているが、介護が必要な方へは、本人の力に応じた口腔ケアを行っている。介護拒否の強い方への対応は、定期的な歯科訪問により、口腔ケアがなされる。		

ニチイケアセンター 長原（せせらぎ）

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	定期的なカンファレンス時に、利用者の個々の状態を把握し、出来るだけ排泄の失敗をしないよう、早めの対応により、おむつの使用を減らす工夫をしている。おむつが外れた利用者も居る。	介護記録に個々の排泄時間を記入し、排泄介助やトイレ誘導についてカンファレンスで話し、情報を共有しながら排泄が自立に向かうよう支援しています。日中は紙パンツに頼らず、排泄パターンを把握し、できるだけトイレで排泄してもらっています。タイミング良く誘導することで布パンツに変わった方もおられ、本人の自信につながっている事例もあります。	
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	便秘症の方へは、出来るだけ、飲食物の工夫をしている。運動が出来ない方に対しては、腹部マッサージやホットパック療法など、自然に排泄できるようにする。頑固な便秘症の方へは医師の指示通り、下剤を使用している。		
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	基本的には、本人の希望を確認し、好きな時に入浴を楽しんで頂くが、二人介助が必要な重度な利用者もいる為、日によっては、曜日を調整する場合もある。また、入浴剤を使用し、香りを楽しんで頂いている。	入浴は月曜～土曜まで曜日を決めず、午後から夕方までの時間帯で、週3回程入ってもらい、日曜日は全員足浴を行っています。できるだけ希望を聞き毎日の入浴も可能で、見守りで入れる方は夜間入浴も対応しています。好みのシャンプーを用意したり、一対一でゆったりと会話し、拒否気味の方には声かけを工夫するなど、心地よく入浴してもらえるよう配慮しています。	
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	本人の訴えがあった時や、体調不良時には職員間で共有する。また、本人の気持ちを大事にしている。気持ちよく眠れるように、ハーブの葉を枕元に置いたり、空調や室温調整にも気をつけている。		
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	薬事情報を個別にファイルしている。毎日夜勤者が、翌日分の薬を薬ファイルに個々のポケットファイルに分別する際、薬の用法・用量等の確認をしている。また、服薬する際にも、職員2人がダブルチェックしている。		
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	個人の出来る事を把握し、張り合いのある日々を過ごせるように、フロアーに月毎の目標を個別に掲げている。達成した事、出来なかった事を毎月、カンファレン時に振り返りながら支援している。		
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	本人の希望に添って、毎日の散歩や買物、ふれあい喫茶にも、出掛けるように努めている。車イス使用されている方も多いが、送迎バスを利用して、レストランや温泉、遠足にも外出できるように支援している。今後もっと外出の機会を増やすように検討している。	車椅子の方も含め毎日散歩や買い物に出掛けています。毎年恒例の遠足は全員参加で家族にも声かけし、一緒に楽しんでもらい、秋には送迎バスを利用して日帰り温泉に出掛けています。テラスでバーベキューをしたり、日光浴、玄関先の花の水やりなどで日常的に外気に触れる機会を多く作っています。	

ニチイケアセンター 長原（せせらぎ）

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	本人が金銭管理をできる方には、お金を所持して頂いている。お小遣い金をお預かりしているため、必要な時には、本人の了承を頂き、一緒に買物に出かけられるように支援している。		
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	本人の意思や希望により、電話や手紙のやり取りも出来る。本人が携帯電話を持参されている方もいる。		
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	共用の空間には、季節のぬり絵や貼り絵を掲示しており、不快にならぬよう、光が眩しい時にはカーテンで遮光し、居心地良く過ごせるよう配慮している。	リビングは明るく、玄関や廊下等随所に季節の花が生けられ、壁や階段の踊り場に、利用者の作品や壁飾りが飾られています。空間に椅子やソファを置いて寛げるスペースを作り、採光はカーテンで調節し、加湿器や空気清浄機を設置して温湿度の調整を行っています。BGMは落ち着つけるものを選び、ゆったりと過ごせるよう配慮しています。	
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	気の合った利用者同士で、過ごせるように、利用者の様子を観察しながら、座席に着いて頂いている。フロアの違う利用者同士で、将棋をしたりする日もある。		
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	入居時には混乱が見られる為、全て新しい物（寝具、置物、日用品等）ばかりではなく、自宅にあった馴染みの物や、家族の写真を持参して頂いている。	居室の表札に、フェルトで作った手作りカバーが飾られています。クローゼットとカーテンは備え付けですが、寝具を含めその他のものは全て持ち込みになっており、利用者の希望や家族と相談しながら一人ひとりの馴染みのものや、安心できるものを揃えています。ソファや鏡台、タンス、ぬいぐるみ、家族の写真などが並べられ、個性的な居室になっています。	
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	フロアはバリアフリーになっている。1フロアにトイレが3箇所あり、自立した生活を送るには、どのトイレが良いかを入居直後に判断し、安全な環境づくりを心掛けている。		