

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31年2月15日	評価結果市町村受理日	令和元年5月15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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2795800099-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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31年3月14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)】

ニチイケアセンター長原では、開所当時より沢山のボランティアの方(歌体操、フラダンス、日本舞踊、ヤクルト健康教室、傾聴ボランティア、年2回の幼稚園児交流)に来て頂き、利用者様を楽しませて頂いています。また季節のイベントを積極的に行い季節感を感じて頂く事を大事にしております。外出については、天気の良い日に散歩や買い物に出掛けたりしております。年2回の遠足に行きます。毎日の食事は3食手作りした物を提供しています。また家族との交流を深める為に、バーベキュー、夏祭り、クリスマス会、家族会を開催しております。

【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関わりを重視し、認知症カフェを毎月開催し地域の方々を受け入れています。また年に2回の幼稚園児との交流や高校生の実習訪問、日本舞踊やフラダンス等のボランティアの訪問も毎月あり多くの触れ合いを通して利用者の笑顔が増え、理念の実践にもつながっています。運営推進会議や認知症カフェでは地域住民の相談を受けアドバイスしたり、家族への支援も行い地域や人を支える支援を大切にグループホームとしての役割を担っています。職員はホーム会議等を通じて「本当のケアとは何か」を常に模索し、利用者一人ひとりに合った支援を通して利用者の笑顔に繋がるよう日々取り組み、また良いケアを行うためには職員が日常生活においてストレスを溜めない事が大切と考え職場環境の改善にも努めています。

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 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、毎日の散歩や買い物に出掛け、外出の機会を増やすように努めている。	ホーム独自の理念は法人の社是と共に事務所に掲示しています。職員は毎朝の申し送り時に理念について確認し合い、個々の利用者がその日を楽しく過ごせるよう支援しています。ボランティアや子ども達との触れ合いを充実させることで利用者の笑顔が増え、理念の実践にもつながっています。	
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員として日常的に交流している	毎月『ほほえみ喫茶』を見学会として他事業所に案内しているが、『ふれあい喫茶』が建物の老朽化に伴い使用禁止となり移転した為、地域交流の機会が減少しているため、ヤクルト教室などのボランティア来訪時に地域交流の場としての活用を検討している。	町内会に加入し、情報を得て老人会主催の敬老会に参加しています。ホームで毎月開催する認知症カフェには家族や多くの地域の参加を得ており、参加者から相談を受けアドバイスすることもあります。定期的に幼稚園児が訪問し交流したり、高校生の実習を受け入れ、また利用者は日本舞踊やフラダンス、歌体操等毎月ボランティアの来訪があります。	
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へ訪問されたり、電話での問い合わせや相談があるので、随時その対応をさせて頂いている。また包括主催の家族会や地域別の交流会にも参加し意見交換を行っている。		
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、ホームで運営推進会議を行い、行事予定・報告、ホームの現状報告をし、地域の方やご家族様に意見や要望を頂戴しながら、今後の取組みに活かしている。	家族や民生委員、地域包括支援センター職員が参加する運営推進会議ではホームから行事や事故等様々な報告がなされる他、研修内容も深く掘り下げて報告しています。参加者から地域の情報を得たり、毎回防災についても話し合っています。地域住民について話が及ぶこともあり、管理者がアドバイスすることもあります。今後は会議の中で専門家を呼んで研修を予定しています。	
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	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り組みについて話し合っている。	事故報告等で行政の窓口に訪問した際は担当者や面談しています。運営推進会議の議事録や制度については法人が窓口となり報告や相談を行っています。市のオレンジチームが主催する認知症カフェ連絡会には管理者が参加し、意見交換したりホームの取り組みをアピールする良い機会となっています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	定期的にホーム会議等で、身体拘束の研修を行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合は、必ずご家族様に同意を得て、早期解除が出来るように、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。	毎月のホーム会議の際に身体拘束についてホーム内研修を行い、管理者は職員が意識なくとも身体拘束につながりかねない行動などについて伝え、職員がストレスを溜めないための発散方法を提案しています。日中の玄関やフロア入口は施錠せず、外出希望があれば一緒に付き添い、また家族にも身体拘束しない理由やそれに伴うリスクを説明し了承を得ています。	

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
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、声掛けを行うなどし、虐待のないホームであるよう、防止に努めている。		
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	権利擁護に関する外部研修の参加を積極的に行っている。またホームでも成年後見人の方が何名かおられるので、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ない、契約書文を読み上げながら説明するようにしている。解約の際も事前に全体の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、定期的な運営推進会議や懇親会、夏祭り等の交流の場を設けたり、面会時で家族と職員や管理者と直接話しを行なうことができるような関係を築き、それらを運営に反映させている。	利用者から食事内容等の要望がある際は個々の要望を受け入れ、食欲増進に繋がった事もあります。また家族から新人職員の対応を指摘された際には家族とのコミュニケーションを図りホーム全体で改善に取り組んでいます。今年度は協力病院を変更するにあたり、近々家族会を開催し今後の協力体制についても話し合う予定です。	
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	毎月の会議(ホーム長会議、ホーム会議、フロアーミーティング、カンファレンス)の際に意見交換や提案を聞く機会を設け、運営に反映させている。	毎月のホーム会議では職員の意見が偏らないように全員の意見を聞くよう努め、各委員会の発表も行っています。職員の意見により利用者のケアがしやすいよう上履きの見直しをしたり、利用者が不快にならない声の質について検討することもあります。また職員がストレスを溜めないために話し合っシフトの回数を調整したり、申し送り時などの際に顔を見て気になる職員には管理者は声を掛けるよう心がけています。	
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』『取り組み姿勢シート』『人事考課表』を管理者が個々に作成し、支店へ提出している。また各委員会を設置し、職員全員が役割を持ち責任と向上心を持って働け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	フロアーミーティングや朝礼時の申し送り等で、職員の実力の力量を管理者や各ユニットリーダーは把握し、ケアの統一が出来るよう、ホーム会議等で全体に向け発信し、トレーニングを行っている。また介護研修も定期的に参加し全員で共有している。		

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
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	同業者の勉強会や、地域で開催する研修等に管理者や職員は参加し、交流を図りサービスの質が向上出来るようにしている。参加者は不参加者に対し、次回の会議等で共有できるようにしている。		
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	入居相談があった段階で、入居までに本人と面談し、家族様にも協力を頂き、アセスメントを行なう。入居後も安心して暮らせるように、利用者の状態や不安がないかどうかを確認しつつ、安心して生活出来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	入居相談での家族様の意向や思いを聴き、職員全員が共有できるようにしている。家族様の不安や要望にも耳を傾けるように職員全員が心掛けるようにしている。		
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	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、認知症状が一時的に進行する場合がある事を、入居前に職員には十分に説明をしたうえで、本人をよく観察す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	毎日の買い物や散歩、掃除・洗濯・調理を利用者と一緒に行ない、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れるような工夫の話し合いをしている。		
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	入居前の家族様の相談内容や家族の思いを、全職員と共有・共感し、家族の事情等も踏まえながら本人を支えていく関係を築くように心掛けている。		
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	本人や家族の情報をもとに馴染み人や場所との関係を把握し、友人や地域の方の訪問や外出も契約者の了承のもと、自由にして頂いている。	友人や親せきが訪問した際は居室に椅子やお茶を用意し、米寿の祝いに親戚一同が会したこともあります。家族と一緒に一時帰宅したり旅行に出かけたり、墓参りに行く際は服装や薬の準備を支援しています。年賀状の投函や携帯電話を使用している利用者の支援も行っています。	

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
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出来るように、職員が利用者を観察し、カンファレンス等で話し合い、孤立しないように支援に努めている。		
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	入院や退去された方の家族に連絡をしたり、必要に応じて相談や支援で交流を図り、相談や支援に努めている。		
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、カンファレンス等で、本人本位に近づけるように話し合う機会を設ける。	入居前に自宅や病院、施設を訪問し、本人や家族、関係者から聞き取った情報を専用のシートに記入し思いの把握に繋げています。また家族に聞いてセンター方式のアセスメントを作成し、入居後は職員が日々接する中で得た情報や気づき、利用者のふと発した文言を追記しています。それらをもとにカンファレンスで検討し、利用者の真意が何かを探る様努めています。	
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、家族様の協力を得て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、新たな情報を収集させて頂くように努めている。		
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	定期的なカンファレンスや、朝礼時の申し送りで、利用者の新たな発見等があった時にも、職員全員が把握と共有ができるように努めている。		
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や、カンファレンスで担当する職員と現在の入居者の状況をモニタリングし、課題やケアのあり方について話し合い、ケアプランの作成をしている。	アセスメントから導き出したニーズや本人、家族の希望を基に作成された介護計画は初回は2か月で見直しを行い、以降は状況を見ながら3~6か月で短期目標を設定しています。それに合わせてモニタリングと評価を行い、再アセスメントしサービス担当者会議を開いています。会議では事前に家族の希望を聞いたうえで全職員が参加して行い、必要に応じて医師や看護師の意見も反映された介護計画を作成しています。	
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	管理日誌、介護記録、支援経過等の帳票や、朝礼時に日々の様子や観察を申し送り、フロアーの職員全員が解るようにし、実践や介護計画の見直しに活かしている。		

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
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の訴えや状況を傾聴し、必要に応じて個別対応をしている。また、一般の方が急にホームへ来られて相談をされる事もあり、地域包括支援センターへ繋いだり、他事業所へ紹介をする事もある。		
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	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。散歩や買い物時には、お店の方に声を掛けて頂いている。		
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、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が、内科以外の診療が必要になった場合は、提携医と連携を図り、他の受診・通院で適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に家族にかかりつけ医の継続が可能であることを伝えていますが、現在は全員がホームの協力医を利用しています。協力医は月2回往診があり、日々の健康管理は毎週来訪する訪問看護師が行っています。歯科や眼科は定期的に往診があり、医師の指示書のもと必要に応じ個別で訪問マッサージを受けています。専門医の受診も職員が付き添って協力機関を受診し、結果を家族に伝えていきます。緊急時は訪問看護師から医師に伝え指示を仰いでいます。	
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	定期的な往診や訪問看護以外の日であっても、入居者の体調変化や状況が悪化した場合は、いつでもコールセンターに連絡し、ドクターや看護師と連携が図れるような体制を整えている。		
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。	利用者の入院時には、診療情報提供書や介護サマリー等で情報交換し、早期退院できるよう、病院のソーシャルワーカーや担当医、看護師等が行う、カンファレンスにも参加させて頂き、退院時には逆に退院時看護サマリーや、診療情報提供書を頂くように病院関係者と連携を図っている。		
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、事業所で行え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	重度化した場合における指針については、入居時に契約を取り交わすが、実際その時期になった場合は個別に看取りの説明や、医療との連携が必須になってくるので、提携医との看取りに関する同意を得て頂いている。またホームでの限界も説明しながら支援に取り組んでいる。	契約時に法人の重度化における指針を説明し同意を得ています。重度化した際には医師から家族に伝えてもらい再度意向を確認したのち、職員も交えて最善の方針を検討しています。これまでにホームでは看取り支援の経験もあり、医療を必要としない場合は家族の協力を得て、医師や訪問看護師のアドバイスや細かい指示を受けながら支援に取り組んでいます。	
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。年に1回は消防署による普通救命講習会を開き、初期対応の訓練を行っている。		

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
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	年に2回、消防署に協力して頂き、『消防・避難訓練』を行っている。各階には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。地域役員の方に参加して頂く事もある。	年に2回訓練を行い、1回は消防署の指導の下昼夜を想定して通報、水消火器を使用した消火訓練、避難誘導を行っています。自主訓練の際には夜間想定でシミュレーションを行い、また毎年全員が救急救命講習を受講しています。自治会からの協力もあり、今年度は会合に管理者も参加し、災害時に地域としてホームをどう守るかについて話し合う予定になっています。	
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	入浴やトイレ介助等は特に羞恥心や声掛けに気を配っている。プライバシーを損ねたり、配慮に欠けるような対応があった時は、職員同士で注意しあえるような関係を築けるようにしている。	毎年接遇マナーについてホーム内研修を行い、法人の個人情報のトレーニングテストも行っています。職員の不用意な対応を見聞きした場合はホーム会議で話し合い、本当に良いケアとは何かを検討しています。トイレ誘導の際にも利用者を思いやるさりげない声の掛け方を心がけ、ドアの内側にカーテンを付けたり、希望に応じて同性介助するなど羞恥心にも配慮しています。	
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	出来るだけ本人の意向を傾聴するように心掛け、自己決定でき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、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、出来ない事を見極め、その人らしい自立支援を心掛けており、体調不良の日には、本人の意思を尊重しつつ、出来る限り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	起床時や外出時の洋服選びは、本人自身で出来る方には自身でして頂くが、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	職員数名を献立委員におき、利用者の食べたい物を聞いてメニューに取り入れている。買い物や調理、後片付けも出来る方には、職員と一緒にいき、少し困難な方にも見守りながら、一緒にする事もある。	業者の立てたメニューに沿って食材が届き、ホームで調理しています。利用者はエプロン姿で職員と一緒に調理したり、盛り付けや食器拭きなど出来る事を行っています。月2回はメニューを変更し、出前を取ったり職員が買い物に出かけ特別な食材を使用しています。また時には庭の野菜が一品を飾り、今後は定期的な外食も予定しています。	
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	カロリー計算出来た料理本や、栄養士が作成した献立を基に献立作成しているのので、栄養バランスは確保できていると思う。水分量が少ない方には、ゼリーや容器を変更し、水分確保に努めている。また食事形状は個別に対応している。		

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
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、訪問歯科により口腔内洗浄をさせて頂いている。		
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	利用者の個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や、必要な人にはポータブルトイレを居室に設置し夜間のみ対応とし、おむつの使用を減らし、自立に向けた支援を行っている。	日々の記録や利用者のサインから察し、個々に誘導することでほとんどの利用者は日中トイレで排泄しています。夜間は一人ひとりの状況に合わせて、睡眠を優先しパッドのみ交換したり、トイレ誘導をしています。退院後は入院前の状況に戻したり、カンファレンスではパッドのサイズや使用方法を検討しながら個々の支援にあたっています。	
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自然な排泄ができるよう、飲食物の工夫を行っており、便秘時はまず腹部マッサージやホットパック療法などで対処している。また食事前には、嚥下体操や全身を動かすリハビリ体操も取り入れている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人で入浴が出来る方には、自由な曜日に入浴して頂いているが、二人介助が必要な重度の方には曜日を調整させて頂いている。入浴を楽しめるように、薬用入浴剤も使用している。	どの利用者も週2~3回は入浴できるよう支援し、午前と午後の時間帯で入ってもらっています。利用者の状態によって二人介助で湯船に入ったり、足浴しながらシャワー浴する方もいます。拒否が見られる利用者には誘導の声掛けを工夫したり、職員を変える等の対応をしています。職員と歌を歌ったり、希望に沿って同性介助を行うなど、個々に沿った支援を心がけています。	
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	夜間安眠できるように、日中は出来るだけフロアで過ごしたり、戸外での散歩で外気にも触れて頂くよう促しているが、高齢になり日中も臥床したいとの訴えがあれば、本人の意向を尊重し、自由な生活をして頂いている。		
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	薬の目的や副作用、用法、用量について記載されている、一人ひとりの薬情報をファイルし職員は確認に努めている。症状に変化があれば、申し送り等で状況確認し、医師や看護師と連携を図っている。		
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、やりがいのある生活を送っていただく為、洗濯物や食器拭き、広告のゴミ箱折りなどの手伝いを頂いている。		

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
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、散歩や買い物等に出かけるようにしている。また観光バスで家族参加の遠足、無料送迎バスで、レストランなどでの食事、個別に大型スーパーへ買い物に出掛ける事もある。	気候の良い時期は天気が良ければ散歩に出かけたり、ウッドデッキに出て外気浴をしており、時にはドライブや個別で買物や病院に行っています。中断していた外食や外出行事も再開予定で家族同伴で神戸動物王国へ出掛ける予定です。家族の協力を得て自宅に帰ったり、墓参りに行く利用者もいます。	
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	金銭管理の出来る方は、お小遣いを小額なら所持して頂いても良いが、殆どの方はお小遣い金を家族より預り、ホームで管理となる運営方法がある。本人の希望でホーム管理のお金を利用者が所持し使えるように、見守りの支援をしている。		
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。職員と一緒に、年賀状等を買に行くこともあり、手紙のやり取りが出来るように支援している。		
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いる。光が眩しい時にはカーテンで遮光し、テレビやCDのボリューム音量も不快にならないような配慮し、居心地よく過ごせるようにしている。	家族から送られた花を玄関に飾ったり、各所に観葉植物や庭の草花を活け、職員と一緒に折り紙で季節の作品を作りリビングに飾るなど、季節を感じられるようにしています。空気清浄機や温湿度計を設置し、天井の空調には風よけカバーを付け直接風が利用者にあたらないよう工夫しています。利用者の相性に合わせてテーブル配置し、携われる利用者と一緒に掃除をしています。	
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。季節の行事などはフロア間での交流もはかっている。		
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、部屋に飾って頂いている。	入居時に家族に馴染みの物を持参するよう説明しており、利用者は自宅からタンスやテレビ、鏡台、家族の写真、将棋道具等使い慣れた物や大切な物を持参しています。床にカーペットを敷き布団で休む利用者や仏壇を持参し水や花を取り換えている方もいます。また家族と居室で夕食を摂る方もおり、居心地良く過ごせる居室となるよう配慮しています。	
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であり、1フロアにトイレが3ヶ所あり、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。		