

# 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通)

事業所番号	2790800250		
法人名	有限会社ヤスコメディカルサービス		
事業所名	グループホームうさぎ		
所在地	大阪府大阪市東住吉区矢田2-17-26		
自己評価作成日	平成30年12月21日	評価結果市町村受理日	平成31年2月5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	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成30年1月10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)】

「父や母に使ってもらいたいサービスを提供します」という理念を元に職員一同が利用者様の顔で丁寧に対応するように心がけています。安心して暮らしを送って頂けるように安全に気を配ります。礼儀と敬う気持ちを行動にも表せるように心がけています。利用者様の声に耳を傾け、お話を聞き止め、利用者様の立場になって一緒に考えます。自立支援のお手伝いもし、ご自分では出来ずずっと続けて頂けるようにサポートします。

## 【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)】

医療法人が経営する福祉サービスの一環として3年前に当ホームを駅から近く、住宅街の一角に開設した。医療連携体制が徹底され、看護師の訪問やリハビリに力を入れている。利用者の多くはスーパーに買い物と一緒に外出したり、夕食の仕度を皆で行い家庭的な雰囲気の中にご飯を食べている。食事は3食とも施設内で調理し、利用者の好みを取り入れたり、行事食や季節ごとの献立など、工夫して楽しんでいる。スタッフは福祉施設の経験者が多く、コミュニケーションがとれる。職員は少なく、利用者・家族からの信頼がアンケート調査からも厚く感じられる。キャリアアップ研修、外部・内部研修を定期的実施し、サービス向上についてホーム全体で取り組んでいる。

## 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

# 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
<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	「父や母に使ってもらいたいサービスを提供する」という理念を共有し、職員自身で行動指針を作りました。パンフレットや運営推進会議等にも理念を記載し、ご家族や地域の方々にも理解してもらおう働きかけをしています。	理念を1階玄関エレベーター横と各フロアに掲示し、利用者・家族・職員に周知している。また5項目の行動指針を作成し、職員間で共有して実践につなげている。グループホームのステップとして「ケアプランの共有」「家族の巻き込み」「近所づきあい」の3項目を挙げ、意識的に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	町会長、地域サポーター、地域包括、保育園等と交流し、意見を頂いています。地域住民が野菜を届けてくれたり、ホームで食事をされたりすることもあります。ホームの行事に地域の方の参加を呼び掛けている。	1階小規模多機能施設で月1回行われる「うさぎ友の会」(趣味の会)にホームから数名が参加し、月2回の区のふれあい喫茶にも参加して地域の人と交流している。近隣のデイサービスで行うボランティア行事にも参加している。また放課後学習施設から年1回子どもが遊びに来て交流している。	
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	運営推進会議等で地域包括支援センター、町会長、地域サポーター、地域のケアマネジャー等に、ホームでできること・していることを発信しています。	/	/
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践、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	パワーポイントを使って、ホームの状況、行事の内容、職員研修の内容等を報告・説明し、参加者から評価や助言を得て、運営に活かしています。ご本人、ご家族、町会長、福祉サポーター、地域包括支援センター職員等が参加してくださっています。	会議では、パワーポイントや写真を使ってビジュアルに運営状況を報告し、力を入れているイベントを継続してほしいなどの評価を得ている。地域包括支援センター職員・町会長・地域サポーター(知見者)・利用者の参加を得て開催しているが、家族への呼びかけにもかかわらず、参加が得られていないのが現状である。	できるだけ詳しくてわかりやすい議事録を作成して家族に配付したり、勉強会を行うなど工夫して、家族の理解促進と参加促進を促すことが望まれる。また会議を通じて、地域との相互の協力関係をさらに強めることを期待する。
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	ケースワーカー、オレンジチーム、民生委員と連絡を取り、定期的に訪問してもらっています。運営推進会議のお誘い等もしています。グループホーム事業所連絡会にも参加し、情報の交換を行い、連携を深めています。	区の保健福祉課とは日常的に連携しており、運営推進会議に福祉サポーターに参加してもらっている。2~3か月に1回の区のグループホーム連絡会に参加し、情報交換・勉強会や相互の施設見学会を行って交流している。	

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
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	身体拘束排除のマニュアルを作成し、定期的に研修を行い、身体拘束のない介護を実践しています。 利用者様はホームの中を自由に行き来でき、外出したい仕草や希望があればいつでも職員と共に出かけています。	マニュアルと「身体拘束廃止に関する指針」を作成して職員に周知している。「身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」を年6回開催し、運営推進委員会の議題にも取り上げて、スピーチロックも含めて身体拘束のないケアを徹底している。2～3階はエレベーターで自由に行き来でき、外出や1階での歩行訓練には職員が付き添っている。	
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	虐待の防止の研修会を繰り返し行っています。管理者やケアマネジャー、計画作成者は必ずモニタリングを行い、利用者様とマンツーマンでお話できる時間を作り、虐待に繋がることがないかゆっくりと話を聞いています。		
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	制度の理解を深めるためにケアマネジャーは成年後見制度等の研修を受けています。又、それを職員に周知できるように勉強会を開いています。		
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	重要事項説明を丁寧に行い、契約時には料金や看取りに関する指針も含めご本人、ご家族に説明し、納得の上で契約していただいています。		
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	年に1度は利用者様にアンケートを行っています。遠方のご家族からは電話やFAXを利用して意見、要望がホームに届きます。どなたでも意見を書ける意見箱を玄関に設置しています。	家族の訪問は、毎月から年1回程度とまちまちだが、訪問時は利用者の状況報告とともに、意見・要望を聞くよう努めており、遠方の家族から電話やFAXで意見・要望が届くこともある。ケアマネジャーが、利用者個々の様子を写真と文章で載せた便りを作成し、毎月家族に送付して意見をもらう一助としている。	

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
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	職員の意見が聞けるように代表者、管理者のポストを作り、個別的な意見を自由に出せるようにしています。週2回は幹部会議を開き、職員の意見を反映できるようにしています。職員研修の機会は多く、職員は互いにケアの質を高めて、働き甲斐を感じながら日々業務に取り組んでいます。	ホームのケアマネジャーである法人代表者は日常的に勤務しており、職員と頻りに話し合っている。面談は必要に応じて随時行い、職員の意見を聞いている。シフトの組み方、備品の購入、イベントの時期・場所、手当のあり方など、職員の意見を反映する事例は多い。	代表者や管理者が個々の職員と話す機会は多いが、職員会議やフロア会議を開いて職員が一堂に会し、情報や意見を交換して、意思統一や実効性を上げることが望まれる。またユニットごとの利用者全員の介護計画を共有し、さらにケアを充実することが望まれる。
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	法人にはキャリアアップ制度があり、年度給、資格手当等を決め、職員の個々の努力や実績を評価しています。職員の就業環境の整備に関しては休憩室をつくり、自由に読める研修本や資料等を配置しています。		
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	年間研修計画を作っています。月に1度の研修会、週に1度のカンファレンスを行っています。又、常に研修ファイルを開覧できるようにしています。研修時には時給の支払いを行っています。		
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	グループホーム連絡会に入会し、知り合いのグループホームともネットワークを作り、相互訪問や勉強会を行っています。		
<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	一人のスタッフが一人の利用者様を担当し、マンツーマンのスタッフを決めることで、安心感や信頼関係を築き、より良いケアが出来るように心がけています。		

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
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	ご家族の困り事や要望に耳を傾け受け止めながら関係づくりに努めています。面会時にコミュニケーションをとり、様々な不安やご質問に速やかにお応えできるよう努力しています。月々の様子を毎月、写真入りの報告書でお送りしています。		
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	サービスを導入する段階でご本人やご家族が何を求めておられるかを見極めて、サービスを提供できるように努めています。		
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	ご本人のできる事は、ご自身でいただいています。お料理が得意な方にはお料理を教えて頂いたり、家具の組み立てを手伝っていただいたりしています。		
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	ご家族との絆を大切にしながらご本人を支えていく関係を築いています。ご家族がして頂ける事は積極的に行ってもらっています。通院や美容院、外食や買い物など、ご家族と一緒にいられることも多くあります。		
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	近隣のデイサービスに遊びに行かれたり、友人が遊びに来られたりと、構築された人間関係を継続されています。馴染みの美容院、喫茶店にも出かけています。友達と歌舞伎や大型商業施設へ出かけられる利用者様もいます。	アセスメントシートの基本情報で利用者の馴染みの関係を把握し、職員間で共有している。馴染みの友人には訪問するよう電話で誘い、訪問した際には、心地よく過ごしていただくことに留意して、食事を提供することもある。近くのデイサービスの友人に会ったり、電話・FAX・手紙・年賀状を支援したり、入居後の馴染み関係の継続を支援している。	

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
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	全員でお誕生日のお祝いをさせて頂いています。 買い物や散歩など、行動を共にすることで一つの家族のように生活しています。一人も孤立しないように、職員が声かけや支援をすることが大切であると考えています。		
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	様々な理由で契約が終了しても、お手紙や電話などで様子を伺い、退去後も今までの利用者様の状況や暮らしのあり方を継続できるよう、新たな入居先の関係者と連携をとり、より良く暮らし続けられるよう支援をします。		
<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	(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	本人の意向や気持ちを大切にしています。自己決定が難しい方については、ご家族や職員、ご本人でよく話し合い、本人の気持ちに寄り添い決定しています。	アセスメントシートの基本情報や、日々の利用者とのコミュニケーション、入浴時・夜間の会話、毎月のモニタリングでのケアマネジャーの聞き取りなどで、希望・意向を把握している。時代劇の好きな人の居室にDVDを置いたり、足が冷えやすい人に湯たんぽを用意したりなど、希望に沿うよう努めている。	
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	今まで利用者様が暮らしてきた背景や歴史を知り、ホームに入所した経緯を理解し、なじみの関係、信頼関係を作ることで利用者様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	職員からの申し送りや記録より、現状を把握しています。利用者様の残存能力を使い、自身で出来ることは自身で行って頂いています。		

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
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	全職員が利用者様の言葉や気持ちを汲み取り、チームで利用者様を理解してケアにつなげていく様になっています。毎月モニタリングを行い、状況の変化に対応するようにしています。必要時は計画の見直しをし、状況に応じた介護計画を作成しています。	アセスメントはセンター方式の様式を使って作成し、毎月モニタリングを行い、介護計画は6か月毎に更新している。サービス担当者会議は本人・家族・医師・看護師・職員など関係者で行ない、家族の参加が得られない時は電話で意向を確認して計画に反映している。状態に変化があった場合は随時介護計画を見直し、利用者の思いに沿っている。	
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	支援経過記録に日々の情報や利用者様のケアに対する気づきなどを記載し、職員全員が共有し、それを実践につなげています。困難な事例にはカンファレンスを行い、専門家に解決方法をアドバイスしてもらい、ケアプランにフィードバックしています。		
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	利用者様のニーズに合った様々なサービスを選択できるよう柔軟な支援をできるような多機能と連携しています。		
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	運営推進会議等を開催時に町内会長、地域包括支援センター、地域サポーター、民生委員、ご家族等と交流をしています。かかりつけ医、訪問理容師、訪問歯科医、訪問鍼灸師、元ケアマネジャー等の訪問も頻繁にあります。		
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	利用者様が今までの「かかりつけ医」による医療を引き続き受けられるように支援しています。職員と共に外来受診ができるように援助もおこなっています。	従来の医師をかかりつけ医としている利用者は3人で、週1回往診を受けている。他の人は協力医療機関の往診を週1回～2回受けている。歯科は希望の利用者が月2回往診を受け、専門医受診の人は3人で、家族等の付き添いで受診している。診察時は日頃の状態をケアマネジャーが文書で情報提供している。	

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	認知症のため体調の訴えができないこともあるので、日々の様子をしっかりと観察しています。訪問看護との連携も行い、訪問看護師と介護員が常に日々連絡、報告、相談を行っています。必要があれば、受診の手助けを行い体調管理に努めています。		
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	入院時には病院にホームでのADLや様子の情報提供を行います。退院前には病院の医師や看護師、MSW等から様子や退院後の注意点を聞くなど、退院後のケアを適切にできるように努めています。		
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	終末期にはかかりつけ医、ご家族、ご本人とよく話し合います。ご本人、ご家族の意向を踏まえて、ホームではどこまで何ができるのかを説明します。重要事項説明でも「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」を説明しています。	入所時に本人・家族に、重度化と看取りに関する指針を、重要事項説明書と共に説明している。終末期にはかかりつけ医・本人・家族と、希望や意向を再度話し合っている。現在対象者は居ないが、外部研修を受け伝達講習を行っている。今後マニュアルの整備と看取りケアの手順書作成、内部研修を予定している。	
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	緊急対応マニュアルを用意しています。急変や事故発生時には主治医や訪問看護ステーションと連絡を取り、指示を仰ぎ、救急車が来るまで、出来る限りの応急手当を行います。定期的にAEDの使い方や緊急時の対応などの研修会を行っています。		
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	災害時にホームの職員だけではなく系列施設のスタッフや地域の人々など一人でも多くの人の手を借りられるように日ごろから関係づくりを行っています。4月と10月に避難訓練を行い、災害用の備蓄食材も用意しています。	年2回(内1回消防署の立ち会い)の火災避難訓練を実施している。同グループの協力はあるが、近隣の方は高齢化もあって不参加である。今後は夜間想定訓練も実施し、見学・見守りの協力を隣家に再度依頼する予定である。ホームの3階に、災害時の水分と食品を3日分備蓄している。	

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
<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	(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	個人情報保護や接遇研修にも力を入れ、利用者様を尊重するケアの大切さを確認しています。 管理者は、職員に日常の中で利用者様の尊厳に配慮したケアについて、具体的に伝えています。	入職時オリエンテーションで、個人情報保護や接遇ケア研修を行い、毎月の研修で尊厳やプライバシーについて確認している。管理者は日常のケアで気付いたことは、その都度スタッフに現認指導を行っている。書類は事務所の鍵付き書庫で管理し、パソコンは管理者とケアマネジャーがパスワードで管理している。	
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	本人が本人らしく生活するため自己決定ができるように支援しています。 利用者様の発言や行動から思いをくみ取ることができているかどうかを職員がアセスメントや会議を通じて検討しています。		
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	ホームや職員の都合や時間がないなどの理由で利用者様の希望をつぶしてしまわないように気を付けています。利用者様がやりたいことをできる限り行えるよう援助しています。		
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	カットを希望される方には訪問カットや美容院に行く手配を行います。毛染めやマニキュアは入浴前に職員がお手伝いすることもあります。イベント時にはスタッフが、メイクやヘアセットなど、利用者様の希望に合わせて提供しています。		
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	買い物や食事の下ごしらえ、準備、盛り付け、後片付け等、できることは利用者様にも参加してもらっています。 産地直送の物や旬の食材を取り入れるように心がけています。	朝・夕はホームで調理し、昼は1階のデイサービスで調理師が作っている。夕食メニューは当日決め、利用者とスタッフが毎日近所のスーパーに食材を買い物に行き、準備や盛り付け等、出来ることをしてもらっている。弁当持参で大型車で外出した事もあり、ハンバーガーやお好み焼きを注文する時もある。誕生日のお祝い膳はノンアルコールのビール・梅酒で乾杯している。季節のおせち料理・すき焼き・ふぐ鍋・七草粥・かにしゃぶや産地直送の食材を提供し、おいしくて楽しい食卓である。	

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
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	毎月、体重を量り、カロリーコントロールを行っています。 水分量は毎日チェックしています。嚥下状態に合わせてきざみ食、ミキサー食を作ったり、とろみをつけたりしています。		
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に、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	起床時、食後に皆様に口腔ケアを促しています。訪問歯科医師や歯科衛生士から口腔ケアの技術的助言や指導を受け、実行しています。		
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	ホームではトイレでの排泄を基本としています。誘導が必要な利用者様には、一人ひとりの排泄状況を把握し、随時声かけをして誘導しています。 排泄介助の際も、羞恥心に配慮したケアを行っています。	規則正しい食事と水分補給で便秘予防している。排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本に誘導している。終日布パンツの利用者は3～4人で、夜間のみオムツの方が1人で、他は声かけや誘導によって自立に向けて支援している。	
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	食事やおやつに繊維質の食物を提供したり、水分摂取を促したりしています。特に便秘の訴えがある方には乳酸飲料や野菜ジュースをお勧めし、飲んでいただいています。運動も勧めています。		
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	入浴予定日に入浴したくない人には、ご本人の都合や気持ちに合わせて予定を変更しています。 好みのシャンプーや入浴剤を使っている利用者様もいます。入浴を楽しんでもらえるようにバラ湯やゆず湯などの季節感のあるお風呂作りをしています。	入浴は週2回午前中と一応決めているが、利用者のその日の都合や気分に合わせて行っている。2人介助者は2名で、他の人は一部介助や見守りしながら、その人のペースで入浴を支援している。好みに入浴剤を入れたり、季節の香り(バラの花びら・ゆず)も楽しんでもらっている。	

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
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	日中は自由に過ごしていただいています。それぞれ休みたい時に居室で休んで頂き、夜の入床時間もそれぞれ違います。		
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	薬はホーム側でお預かりし、訪問看護ステーションの看護師が個別に薬カレンダーに分けています。その後、職員がダブルチェックしています。配薬時にも再確認を行っています。症状の変化があれば、看護師や主治医に報告しています。		
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	洗い物や掃除、食事の下ごしらえや味付けを一緒にしていただいています。物作りが好きな方は編み物や壁飾り、ゴミ入れを作っていただいています。脳トレや塗り絵もされています。		
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	ご家族と外食やお墓参り、ご友人と歌舞伎鑑賞などに行かれる利用者様もいらっしゃいます。天候や季節を肌で感じてもらうために、日常的に散歩や買い物に出かけています。	買い物を兼ねて、毎日スーパーに散歩と外出をしている。日常的に車椅子や歩行で幼稚園近辺や公園に出かけ、またホームの中庭で野菜の水やりや収穫を楽しんでいる。揃ったの遠出は出来ていないが、デイサービスの車で、アベノハルカスに出かけて食事とショッピングを楽しんでいる。花見や近所の神社への初詣には、交代で全員出かけている。	
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	ご自身でお金を持っている方もおられ、買い物の際はご自身でお金を払っていただいています。事業所でお預かりしている方は買い物の希望があれば、お金をお預かりしていることを伝え、なるべく一緒に買い物に行くようにしています。		

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
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	手紙は自由に出していただいています。電話は携帯電話を持っている方はご家族やご友人にかけておられます。お持ちでない方はホームの電話をご利用頂いています。ご家族から手紙やファクスが届くのを楽しみにされています。		
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	ホームの名前の「うさぎ」の暖簾やプレート等が飾られ、ホーム内は明るく、穏やかな雰囲気です。リビングのカウンター越しのキッチンからは、ご飯の炊ける匂いや食事の準備の音が聞こえ、家庭的な雰囲気です。	エレベーター内にうさぎの絵のカーペットが敷かれて温かな優しいイメージであり、広いリビングルームは清潔で整理整頓されている。行事の記念写真はアルバムにしてあり、何時でも観ることが出来る。利用者と一緒に作成した折り紙の季節飾りが飾ってある。トイレ3か所の内1か所は浴室続きで、プライバシーや羞恥心に配慮されている。食堂兼リビングからはキッチンの様子が見え、事務室にはスタッフが常について安心感がある。	
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	フロアのテレビの前に2~3人で座られるソファを配置しています。リビングから離れた場所にも椅子を設置しています。		
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	入居の際に利用者様がお使いになっていたなじみの家具や仏壇などを継続して使っておられます。家族写真や利用者様ご自身が作られた作品などを飾り、利用者様の一人一人の好みに合った居室づくりを支援しています。	居室のエアコン・ベッド・カーテンは施設で設備されている。入居時、自宅から馴染みの家具や仏壇等を持参し、家族写真や趣味の物を配置し、利用者一人ひとりが好みの居室づくりをしている。部屋からは住宅街・通りの人や風景を眺められる。	
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	フロア・トイレ・浴室・浴槽に手すりを配置しています。フロアのあちこちに椅子やソファを置き、歩き疲れた時には、いつでも座れるようにしています。		