

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	2793100021		
法人名	セントケア西日本株式会社		
事業所名	セントケアホームいくえ (さくら)		
所在地	大阪府大阪市旭区生江2丁目11番15号		
自己評価作成日	平成24年2月3日	評価結果市町村受理日	平成24年8月6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	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成24年3月29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)】

日々のレクリエーションではボーリングやゲーム等の対抗戦を実施し、交流を図っています。また運営推進会議や家族会は特に力を注いでおり情報共有に努めております。御家族の来所も多く他の家族様との交流が自然に出来る環境にあります。主治医との連携に関しても日頃からドクターへの情報提供や相談を密に行う事で気軽に相談が出来、医療分野においても様々な勉強をさせて頂いております。個々のお誕生日会は必ず開催し、入居者様全員でお祝いをします。クリスマス会やお正月の餅つき大会・夏祭り・遠足など季節感あふれるイベントも開催しております。地域の民生委員が当ホームの花壇のお世話をして頂いたり、ご自身が描かれた墨絵等を当ホームに飾らせて頂いたり、心温まるご厚意を頂戴しており大変感謝しております。

【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)】

地下鉄谷町線千林大宮駅から徒歩で10分ほど、旭商店街を抜けたところの黄色い外観の建物が事業所で、1階には通所介護事業所が併設されている。2階のフロアに2ユニットが横に並んだレイアウトで利用者は互いのユニットを行き来できる。この事業所は家族との協力関係を築き、共に利用者の暮らしを支える事に力を入れている。家族の訪問頻度も多く、運営推進会議の後には家族会を開くようにしている。新しく入った利用者の家族も家族会の場で先輩家族の話聞いて参考にしてしているようである。やむを得ない事情から管理者が変わる予定であると聞いたが、引き続き、職員が家族とも協力して現状の気配りが行き届いた雰囲気維持し、利用者の健康で、その人らしい個々の暮らしを支えてもらいたい。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	毎日経営方針書のグループの理念・方針を朗読しています。またホーム独自のコンセプトである【同じ目線であきらめない介護】を読み、日々送り場やユニット会議の場において検証している。	法人の理念と共に、事業所が目指す介護の心構えを作成して、職員に周知徹底させている。職員は毎日の介護の現場で「理念」「心構え」をベースにして実践している。	
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	以前は地域の小学校の運動会にも参加。ボランティアの方々にも演奏会など実施していただいております。運営推進会議は町内の会館を利用して頂き町会の一員として回覧板等の閲覧もさせていただきます。	ボランティアなどの地域の福祉資源を活用すると共に、事業所からは、地域の介護相談に協力する等、相互の関係が少しずつ出来ている。事業所の行事にも地域の人が参加している。	
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	近隣の方が時折来られてグループホームの入居相談やどういった施設なのか質問されたりします。その際には認知症ケアや老化防止等のアドバイスをさせていただきます。		
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	運営推進会議や家族会で出た要望は直に実現できるものについては改善し実行に移します。困難な課題もありますが、出来ない理由も必ずお答えするようにしています。	会議には町内会の副会長、地域包括支援センター職員と家族が出席している。事業所の運営について、意見や質問に答えて改善の参考になっている。	会議には職員も参加するようにして、介護の現場について説明や意見交換をする方向も期待される。
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	地域包括支援センターの方には運営推進会議に出席して頂いておりますので困難な課題については情報共有し、相談出来る関係にあります。市区役所の担当者にも業務事故発生時などご報告申し上げ助言指導を受ける体制をとっています。	地域包括支援センターや区役所窓口担当と情報交流の関係を維持している。ヘルパー養成研修生の受け入れにも協力している。利用者個々の相談で意見やアドバイスをもらうようにしながら行政サイドと連携している。	
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「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	ユニット会議・定例研修・勉強会等で拘束や虐待防止について日頃から定期的に指導教育する機会を設けています。ベッド柵は一部使用しておりますが拘束が目的ではなく、落下防止・起上がり機能としての補助手段として使用しています。	玄関は施錠していないが、ユニット入口は安全を優先して施錠している。両ユニットの行き来はできる。身体拘束については、利用者個々の状況に応じてその都度に家族と相談して対応している。	
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	管理者及びスタッフは勉強会での研修を必ず受けず受けず。マスコミを通じたニュースなどが発信された時はスタッフ全員へ送り場事例を考えさせる様に教訓とします。また当社セントケアグループの虐待防止マニュアルの指針を守ります。		

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	統括する課長・ホーム長・計画作成担当者は権利擁護に関する研修を受けており、制度の理解と必要な事例が生じた場合の関係機関との連絡相談体制の準備は出来ております。		
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	疑問点分からない事は随時連絡して頂くようにし、その都度お答えし納得して頂いて上で入居して頂きます。家族見学・本人見学・書類確認時と最低でも3回以上はお会いさせて頂き十分に納得とご理解を頂く様に説明しています。		
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	運営に関する家族様のご意見等は本社事業部の責任者まで報告しグループ会社である品質管理部にも相談いたします。公的な苦情相談窓口の連絡先も明記し、外部への相談も出来る様にしています。	運営推進会議の後に家族会を開催し、家族からの相談や要望を聞く場としている。家族間ではお互いが顔見知りになっているので、新しく入居した利用者の家族も心強い。	家族会には職員も交替で、できるだけ出席するようにして、直接に家族と意見交換する事が期待される。
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	朝礼・夕礼・就労時・ユニット会議・勉強会等でスタッフの意見や提案を聴く様に努めています。改善できる課題については取上げ業務に反映します。	ユニット会議や引継ぎの場で運営課題について職員同士が自由に発言できるようにしている。職員は夫々役割を持って事業所の運営に参加している。今回のサービス評価でも職員は自己評価に参画している。	
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	介護の現場だけではなくユニットリーダー育成の為、各自がモニタリング出来るスキルを身につけます。行事運営や現場以外の業務の担当者にする事で個性を発揮し責任と向上心を持って仕事に取り組める環境作りをしています。		
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	弊社の助成制度を活用し、無資格者は就労しながら休みの日を利用してHP2級を取得します。毎月行なう勉強会やユニット会議の場でもモニタリングやアセスメント手法を学びます。個々のスキルアップの為に外部研修への参加要請も行ないます。		
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	大阪市グループホームネットワークに参加させて頂き他のグループホーム関係者との交流を図っています。また紹介いただく勉強会や講演会などにも参加するようにしています。		

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
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	入居前から家族様や本人と面談を行い、生活暦の把握に努めます。入居後も本人の意向を探りながら傾聴姿勢を失いません。些細な情報から家族様へお伝えし、情報共有や情報交換する事で本人の意思を尊重するようにします。		
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	家族様面談、本人様面談を通じて状況把握に努める。潜在的なニーズがどこにあるのかを探りながらコミュニケーションを深めていきます。		
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	グループホームに入居した場合の生活や今後の支援のあり方の説明。またホーム入居が最善と思えない場合は地域の包括支援センターや地域のケアマネージャーへの相談等他のサービスへの転換も含めた助言も致します。		
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	なるべくご本人のペースで日常生活を行なって頂く事。家事やレクリエーションを通じて共に生活する楽しみや共感姿勢を築きあいます。		
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	御家族様には見学や入居時に本人様のケアについて話し合いますが、スタッフと家族様が共に考えていくという観点から日頃から数多く来所して頂きたいと提案をさせていただきます。その事で認知症への理解や状態の把握が出来ます。		
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	家族・友人等の面会の制限などは無く、泊まって頂く事も有ります。また本人様の状態次第では外出や外泊など可能な限りお連れして頂いております。	家族にも協力をお願いして、利用者の知り合いや姉妹・親戚と連絡したり、なじみの場所へ訪問したりして、以前からのつながりが途切れないような支援を心掛けている。	
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	日常生活においてはあらゆる場面でふれあいがおこります。良い事も悪い事も生活の場である以上存在します。お互いに励ましあい協力しあう場面も数多く見られます。		

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	在宅サービスが必要な方には在宅ケアマネージャーと連携を行い家族・本人負担が軽減出来る事を助言すると契約書にも明記しております。入居後も定期的な訪問を行い、関係ケアマネージャーには情報交換出来る様に努めています。		
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	本人様の行動・発言よりも気持ちや希望を察する事が良くあります。確実に希望される事については送り・ユニット会議にて実現に向けた取組を行ないます。	本人の好きなこと、嫌なことについて家族に相談しながら、本人の意向の確認に努めている。訴えの少ない利用者の方は、本人の思いについては全職員が情報を共有するよう連絡や申し送りを徹底している。	
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	入居前から家族様や本人と面談を行い、生活歴の把握に努めます。入居後も本人の意向を探りながら傾聴姿勢を失いません。些細な情報から家族様へお伝えし、情報共有や情報交換する事で本人の意思を尊重するようにします。		
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	HDS-R・障害認知症高齢者自立度を用いて現在の心身状態を把握し、日々の様子観察を通じて毎月のユニット会議の場においてモニタリングを行ないます。		
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	ユニット毎に会議を行い、チームケア・チームアセスメントの視点で全員が意見交換をし、介護計画に反映できる仕組みを作っています。	ユニット会議に合わせて、定例のカンファレンスを行い利用者の小さな変化でも見落とさないように、職員が意見を出し合ってケアプランの見直しにつなげている。	
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	日常生活経過記録を用いて実践結果を記録していきます。気づきや工夫に関してはリスク確認表に送り事項として記録します。		
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	必要に応じた通院支援や医療機関の紹介、福祉用具購入の相談やご紹介なども行っています。主治医との24時間連携も対応しています。		

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	避難訓練等は地域の消防署と連携しながら行なう様にしています(年3回)その際民生委員にも参加頂きます。ボランティアの参加で演奏会を開催したりします。		
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	連携医療機関からの往診を2週間に1回行っています。御家族の協力があれば他の病院等への受診は可能です。在宅時におけるかかりつけ医が往診可能であれば受け入れます。	利用者や家族が、従来からのかかりつけ医での受診を引き続き希望する場合は優先して支援している。提携医療機関の医師と連携して利用者の健康管理に努めている。	
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	連携医療機関の看護師とは頻りに点滴や注射等の医療的支援を受けています。その際症状や状態に関して相談し、必要に応じてドクターへの報告を行って頂いております。		
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。	提携医療機関を含め、入院先の病院等においても情報提供や協力体制など連携出来る様にお願ひしています。その際医療連携室やドクターとの情報交換に努めております。		
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	ターミナルケア・看取りが必要になった場合、主治医と御家族、計画作成担当で今後のケア方針についてカンファレンスを行ないます。定期的にDrからの見解、家族様の希望等を聴き取りながら見直しや再考をし、情報共有を出来る限り保つようにします。	家族には入所の段階で、事業所の方針を説明している。看取り対応が必要な状態に悪化した時に、家族と再度話し合いの場を持って、かかりつけ医と相談して対応方針や方法を決定している。	
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	全スタッフが止血方法とCPRを習得しています。事故発生時の対応は勉強会で学びます。CPRは夕礼時に動作声かけ等唱和しながら訓練を実施しています。緊急時は近隣のスタッフが駆けつける体制をとっています。		
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	定期的な避難訓練・防災訓練を実施しています。近隣の消防署員にもご参加頂き、助言指導を頂いてます。民生委員の方にも防災訓練には参加して頂き、移動など大変さを理解して頂く事で情報発信をお願いしています。	マニュアルを整備する一方で、消防署の指導を受けて防災避難訓練を実施している。運営推進会議でも避難時の近隣の協力支援をお願いしている。スプリンクラー設置は完了している。	

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
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	声かけに関しては言葉の暴力にならない様に研修や現場の場で注意しあう環境作りをしています。家族会議等で不愉快な声かけが無かったか？といつも聞いて確認するように努めています。	トイレ誘導時の声かけも、職員は優しい話し方をしている。個人情報を含めて情報管理も、外部者の場合スタッフルーム入室のサインをもらうなど情報保護の徹底がされている。	
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	日頃からしたい事・希望についてはコミュニケーションを図る中で確認し、認知症レベルに合わせて出来るだけ分かり易い表現で耳元でゆっくり話すを心がけています。		
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	時間を決めて一律に何かを行なう事はせず、個別性を重視したり、時には集団での協同作業を行なうなど、本人の意向に沿った形で強制的にならない様に配慮しています。		
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	基本自分で着る洋服は本人様の好みで決めて頂いています。希望者には定期的に訪問理容をご利用頂きカットやパーマ・毛染めなどおしゃれをして頂いています。		
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	食を楽しむ・栄養管理にこだわるなど当社理念を最大限打ち出しています。容器は瀬戸物を使用し、盛り付けや品数も豊富に取り揃えています。また盛り付けや片付けを一緒に行なう事で活気ある生活をして頂きます。	食事の時間は、生活リハビリの機会と捉えて、盛り付けや片付けには利用者の参加を促している。新鮮な食材を使って利用者においしく食べてもらうように努めている。	
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	食事量や栄養バランスは当社の管理栄養士が献立を作成しています。水分制限がある方などはチェック表を作成し、管理しています。咀嚼力や嚥下力を考慮し、キザミ食やトモ食を別メニューで出すなど配慮いたします。		
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	必要な方は毎食後口腔ケアを行います。無理な場合でも最低1日1回は口腔ケアを実施し清潔の保持に努めています。定期的な訪問歯科診療の定期受診も受けていますので、虫歯や入れ歯の調整など口腔内の清潔を保っています。		

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
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	個々の排泄時間を把握し、失禁回数を減らす様に声かけや誘導を行いません。トイレでの排泄を促す支援を心がけています。入居後にオムツが外せる様になられた方も居られます。	事前に声をかけて誘導し、自立した気持ちの良い排泄習慣が長く継続できるように支援している。便通と食事や水分補給との関係も職員間で相談しながら対応の工夫をしている。	
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	便秘の危険性については常に申送りで伝達しており、水分の確保・適度な運動・入浴・自力排便が出来やすい状態を作ります。排便が厳しい場合はDrに連絡し、浣腸等を実施して頂く。		
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	本人様の希望に沿える様に入浴を促し配慮しています。曜日に関しては本人様の混乱を避けるように仮に設定しています。体調不良の方は清拭や足湯にて対応します。	入浴予定を設定しているが、利用者の意向を確認して、希望に沿った入浴支援を行っている。気分や体調を考慮した清拭等への変更は随時行っている。	
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	室温に配慮し、理念交換は週1回実施します。汚される場合はその都度交換します。就寝時間は設けておらずその方の個別性を重視した中で対応しています。		
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	スタッフが必要最低限知っておくべき知識や副作用についてDrに尋ねたりします。服薬確認についてはスタッフ3重によるチェックを行ない、誤薬の無いように最善の注意を行ないます。		
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	認知度レベルによりますが、出来る限りその方の能力や特性に応じた家事やレクなどを役割や張合いが持てる環境作りをします。御家族様の協力により外食や散歩にも出掛けて頂いたりします。		
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	希望される方には外出して頂きます。気候や時期はその方の状態に合わせて家族様と相談して決めます。外泊等においても同様に行ないます。	利用者の体調と天候・気温とも相談して、出来るだけ外の空気に触れるように外出支援に心掛けている。家族の協力を得て季節行事の外出や自宅への外泊も利用者の希望を聞いて支援している。	

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
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	財布や現金を所持されている方はいますが、紛失や破損してしまうリスクのある事も家族様には説明し、協力を得ています。外出時での支払いはなるべく本人にして頂くようにしています。		
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	本人様が不穏になられたり、電話を思い出したりした時は取り次ぎます。家族様にも協力の要請はしています。また反対に家族様からの電話やお手紙も出して頂く等など説明しています。		
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	フロアーや居室にはカーテンを設置し、不快感の無いようにしています。防音対策もしています。またフロアーの食卓には季節感漂う花を飾ったり、食事の献立のお品書きボードなどで生活感を感じていただいています。	居間兼食堂がゆったりとレイアウトされている。廊下や浴室やトイレも清潔に保たれており、季節感を感じる花や飾りつけが工夫されていて、職員の細やかな心遣いが感じられる。	
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	食席はほぼ決めており、入居者様の居場所の確保に努めています。リクライニングソファなども2箇所があり1人の空間に浸る事も出来ます。他の方との談笑出来る場所でも有ります。		
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	入居時において個別性を重視したその人の生活歴から思い出のタンスや鏡台、仏壇など本人が使ってきたものを持ち込んでいます。家族との思い出が詰まったものを配備しています。	居室は明るくて広く、清潔に保たれている。家具や写真や飾り物等、本人のなじみの品物が持ち込まれており、ゆっくりとくつろげる雰囲気となっている。	
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	車椅子の方から、介助、自立と様々な状況に対応した手摺り、福祉トイレなどあり、ソファやTVの位置を考慮し動線を確保しながら安全面に注意しています。		