

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	2690300021		
法人名	ユニマツ リタイアメント コミュニティ		
事業所名	京都壬生ケアセンターそよ風(たんぼぼユニット)		
所在地	京都府京都市中京区壬生天町24番地		
自己評価作成日	平成28年7月28日	評価結果市町村受理日	平成28年10月28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/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JkyvosvCd=2690300021-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会
所在地	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地1「人・まち交流館 京都」1階
訪問調査日	平成28年9月13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)】

<p>家族様も一緒に参加して、職員、家族で介護を行えるよう、家族様への積極的な声かけを行っている。運営推進会議への参加願いを連絡し、会議での家族様の声を大切に考え、家族様の気持ちを取り込む介護を目指しています。</p>

【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)】

<p>京都壬生ケアセンターそよ風は開設から10年目を迎えています。利用者の平均年齢は90才となり、高齢化や重度化が見られます。たんぼぼユニットでは、「利用者様に寄り添う介護を目指します」と理念を掲げ、生活を輝かせるための4つの指針(役目・リズム・交流・満足)を充足させる介護に取り組んでいます。昼夜逆転が起らないように、昼間は利用者個々の出来ることに着目した役割やレクリエーション内容を提供しています。毎日PM2時にリビング内の温度・湿度を記録する役目の利用者もおられます。今年度、音楽療法を取り入れ楽しみの幅を広げ、小学生との交流を再開するなど、利用者が生き生き暮らせる取り組みを始めています。看取りに関しても、「最後までここで過ごしたい」という利用者(家族)の要望を受け、家族の協力・医療関係者との密な連携により看取り介護を提供しています。</p>
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	<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、生き活きと働けている (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

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	朝礼時に職員全員で理念の唱和をおこなっている。また各ユニットごとの理念を職員で考え、入り口に掲示し、意識したケアを心かけている	たんぼぼユニット理念「利用者様に寄り添う介護を目指します」を掲げ、生活を輝かせる4つの指針(役目・リズム・交流・満足)を充足する実践をしている。生活のリズムを整え、利用者の「できること」を見つけ自立支援にいかしている。毎月のケア会議で振り返りを行い職員間で共有している。今年度から音楽療法(月1回)を開始している。	
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	自治会に参加し運動会見学、朱五まつりを参加、見学し交流を図っている	自治会の回覧板の情報により、地域の運動会や祭に参加している。一時途絶えた小学生との交流が復活できた。三回に分け、90名の生徒の訪問があり歌の披露や質問に答えるなど、憩いのひと時を過ごしている。また、近くに保育園が開設され、理事長と交流会を打ちあわせ中である。	
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			
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	開催前にはご案内と意見・要望用紙を一緒に送付している。会議は資料を基に報告内容の質疑応答で情報交換をし、会議録は家族様全員に送付している	メンバーは利用者・家族・自治連合会長・地域包括支援センター職員である。会議のレジメと議事録は全家族に送り、参加を促している。常に家族は複数人参加されている。運営に対する現状報告があり、特に事故とヒヤリ・ハット報告は詳細である。要望や質問もその場で話し合い、事業所側からの説明もおこなっている。昨年の課題である地域代表メンバーの増員は実現出来ていない。	昨年からの目標である、地域代表メンバー(民政委員・婦人会・老人会等)の増員に関しては引き続き努力され、体制を整えられることを期待する。
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に取り組んでいる	上記会議録は区の担当課に届けている。分からない事などは区の担当課に電話や訪問で確認している	運営推進会議の議事録は、施設長が利用者と共に行政の窓口を持って行き、担当者に手渡し報告している。行政主催の会議には、業務の体制上出席できない現状があった。センター長(4月着任)は、「今後、積極的に市町村と連携を取っていきたい。区の主催する介護保険事業所連絡会の合同勉強会に出席予定である。」との姿勢を示されている。	
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	入居契約時に重要事項説明書に記載し説明している。玄関の施錠については安全性を重視し施錠させて頂いている。	身体拘束は重要事項説明に明記し、入居時に利用者(家族)に説明している。研修は毎年行い、欠席者には資料を渡し、研修報告書の提出が義務づけられている。身体拘束委員会は2ヶ月毎に開催し、管理者と各ユニットリーダーが参加して各職員に伝達している。ユニット会議で「どこまでを拘束ととらえるか。」などを具体的に話し合っている。会社作成の「虐待の芽チェックリスト」は年3回無記名で行い、職員間で振り返りの機会としている。入口は安全面を考慮し施錠している。	

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
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	虐待は疑いを含め施設内の重大な事故と位置づけている。研修や回覧で職員の意識を高めるようにしている		
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	契約時に必要な方には後見人制度についてお知らせしている		
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	必ず読み合わせを行い疑問点の解決を行う		
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	意見箱を設置している。家族様面会時には必ず声をかけ近況をお知らせし、意見や要望を聞き取るようにしている	家族面会時には、意見や要望を聞いている。「お客様満足度アンケート」を毎年おこない、サービスについて・日々の過ごし方・要望など詳しく聞き取っている。家族から「仕事をさせて下さい」との声が多い。結果は運営推進会議で報告している。また行事に合わせ、家族会を開催している。家族からの希望で「ターミナルケア」の話を事例に基づいて報告した。利用者・家族と職員が同席する食事会形式をとり、利用者個々の情報の共有や信頼関係を築く努力をしている。今後、年2回の開催を継続する予定である。	
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	全体会議やユニット会議で職員は意見、提案を述べる機会がある。また日常的に職員の意見の聞き取りに努めている	管理者は、日常的に職員意見の聞き取りを行っている。年1回センター長によるヒアリングが、全職員に行われている。全体会議（グループホーム、デイサービス・厨房）とユニット会議（2ユニット合同）・委員会活動等で、職員は意見・提案を述べる機会がある。ユニット会議では、利用者への日々の支援・業務内容等々について話しあっている。最近、防水シート利用時の統一・トイレ掃除時間の変更等をおこなった。	
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	職員の声を拾い上げるよう声かけ職場環境の整備に取り組んでいる		
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	月に1度施設内での研修実施。事業所以外の研修を回覧し参加の機会を作っている		
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	外部研修の参加を促している。法人でのGH協議会を開催し意見交換、交流の場を設けサービスの質の向上を目指している		

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
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	家人への聞き取りや本人面談による聞き取り、居宅ケアマネによる情報提供を精査しユニットで話し合いを持つ			
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	面談で十分な聞き取り、相談、提案を行い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	ご本人の様子や訴え、家族からの情報から必要なサービスを見極め提供している			
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	本人の得意とする事を見極め日常的に依頼するようにしている			
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	面会時に日頃の様子を詳しく伝え、本人の困りごとの解決の助言を頂くようにしている			
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	入居者のご友人など来訪時はゆっくりくつろいで頂けるよう面会カードとともにお茶を提供している	新しい利用者は、近隣の方も多くなっている。外出レクリエーションとして嵐山や二条通りなど、昔住んでいた懐かしい場所にドライブしている。特定のパン屋や業務スーパーに車椅子の方も出かけている。キーボードを持ち込み演奏される方もいる。書道・トランプ・編み物など趣味や経験を日々の会話の中から職員が聞き取り、基本情報に記録し個別レクリエーションにいかしている。		
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	誕生会等のレクの中で一同で楽しんで頂く。また毎回食事の場での交流も心がけている			
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	相談の窓口を紹介し不安なく次へ移行出来るよう支援している			

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	
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	職員は関りの中で入居者の言葉や表情、サインを読み取り記録の残し、申し送りや周知を図っている。計画へは必要に応じ取り込んでいる。	利用開始時に利用者（家族）より聞き取り、関係機関からの情報とともに基本情報を収集している。生活史や身体状況情報とともに、一日の過ごし方・好き嫌い表・コミュニケーションに関する注意点等、詳細な情報がある。意思疎通が困難な方もおられるが、職員は日々のかかわりの中で利用者の言葉や表情・サインを読み取り、必要に応じて計画に組み込んでいる。情報は6ヶ月毎に見直し更新している。	
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	家族にこれまでの暮らし方や出来事を聞き取り、現状で出来る事気になる事等のチェックシートを記入して頂いている		
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	小さな変化を見落とさないよう見守っている		
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	ケア会議は毎月実施。個別には担当者会議を3ヶ月毎に実施しモニタリングしている。	毎月のケア会議には、全職員が出席している。定期的にモニタリング・計画見直しをしている。家族の意見は面会時や電話等で事前に聞き、医療情報は診察時や診療記録で把握している。サービス内容には、検討したケア方法やレクリエーションの種類・注意事項が上がっており、個性がでてきている。サービス提供時の記録方法については、管理者より指導中である。	介護記録は経時記録は出来ている。今後は、各計画別にサービス提供時の利用者の反応（言葉・態度）や評価等を書きモニタリングや計画見直しに繋げていくことを期待する。
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	介護支援経過記録と経過表としてバイタル、食事摂取量、服薬確認、排泄表、入浴の有無を職員全員が把握しモニタリングしている		
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	外出、外食等本人、家族の希望に対し体制のゆるす限り対応に努めている		
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	訪問歯科、看護の定期的な医療援助を行い、マッサージ等でリラックスの時間を設けて外部との交流の時間を楽しめるようにしている		

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
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	契約時かかりつけ医の確認と協力医療機関の紹介をし自由に選んで頂く。往診時には職員が立会い報告し受診内容を記録する	かかりつけ医は、利用者(家族)の希望で選んでいる。協力医療機関(クリニック回生の在宅部門)・訪問看護(さくら)は24時間オンコール体制であり、必要時は往診可能である。訪問歯科、訪問マッサージも受けられる。医療機関との協力関係は構築されている。医師の診療記録・医療情報受診記録・申し送りノート・介護支援経過記録を読み、申し送りなどを通し情報共有をしている。	
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	連携医院、訪問看護師と常に24時間報告、相談できる体制が整っている		
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。	入院中の中居者の状況の把握に努め、ご家族様と連絡をとり情報の共有を行っている		
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	入居契約時に看取りに関する指針にサイン頂いている。重度化した場合には家族、医師、職員で話し合いの場を持ち、希望があれば特別な医療行為がない限り居室で終末介護を実施する。	「重度化した場合の対応・看取り対応に関する指針」が作成されている。契約時に利用者(家族)に説明している。看取り過程では、「介護度進行時のフローシート」手順に沿い、家族を交えた話し合いをしている。医師の往診・訪問看護体制は整っており、医師から家族への状態・方針説明は繰り返し複数回行っている。家族の宿泊も居室内で行っている。昨年は2例、今年に入り1例の看取りを家族の見守りのもと行った。	
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、事故、行方不明時のマニュアルがあり、応急手当、連絡はマニュアルに沿い行動する		
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回併設のサービスと合同で日中、夜間を想定した避難訓練を実施している。うち1回は消防署立会いで行われている	防災訓練は消防署立ち合いのもと、京都壬生ケアセンターそよ風全体とショートステイの合同で年2回(火災と地震を想定)実施している。夜間想定もしている。避難方法として、非常階段・ダスターがある。利用者と共に階段まで避難している。備蓄(食料・水・備品)は3日分を厨房に保管している。地域の消防訓練には業務の体制上参加出来ない。訓練は、そよ風便り(毎月)に載せ回覧板で地域に発信しているが、参加は得られていない。昨年からの課題である。	昨年からの目標としている「災害時に近隣と連携した活動ができる」を達成するために、職員体制も整えられ運営推進会議メンバーの協力を得て、昨年の具体的取り組み内容を実行されることを期待する。

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	内部研修で尊厳、プライバシー保護の研修を行っている。具体的な事例等は回覧により随時発信されている	接遇・プライバシーについては初任者研修がある。採用後一か月間は先輩職員がプリセプターとして実践的指導に当たっている。トイレ介助時の注意点・更衣される時は必ず個室で扉を閉めるようになど、細部にわたり指導している。「虐待の芽チェックリスト」には尊厳やプライバシーに関わる項目もあり、問題は会議で話しあっている。	
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	入居者へ話しかけを日常的に行い、思いをききとり、入居者の代わりに職員が記憶し、思いをまとめて本人に確認している		
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	一人ひとりその人らしい生活をご本人の希望に出来るだけ沿えるようにしている		
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	訪問美容の支援、またその人にあつた好みの服装が出来るよう気配りしている		
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	その方に応じた量や刻み、流動食を提供している。月に1～2度程度仕出し弁当を外注し、いつもと違う雰囲気を楽しんでもらっている	利用者の中で歩行して下膳出来る方は1名である。座ったまま係られる(りんごをむく・お茶を入れるなど)できることに参加している。管理栄養士が献立表を作成し、食材は厨房から提供される。担当職員は利用者の希望・味の好みを取り入れ調理している。食事は全員リビングで摂っており、リクライニング車椅子で介助を受ける方もおられる。誕生日には入居者の希望の仕出し弁当を取ったり、おやつにケーキでお祝いしている。外食レクリエーションでは、家族と共に料理屋に向き楽しい時間をもち喜ばれている。	
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	個別に1日の水分、食事摂取量を記録しその都度確認している。各自に応じたとろみ補充、刻み方を変え提供している		
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	食後の口腔ケア実施。自立の方には声かけを行い促す。訪問歯科との連携を行っている		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	個別に排泄表で確認。その方のパターンに合わせたトイレ誘導。トイレサインを見逃さないように職員間で声かけしている	排泄パターンを「GH経過表」に記録し、把握している。利用者個々にあった時間に声掛け・誘導している。ほとんどのの方がリハビリパンツを使用しているが、布パンツまでに改善された方もいる。ポータブルトイレは本人(家族)の希望と、夜間の安全面を考慮して使用している。	
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	自然排便が出来るよう朝食後のトイレ誘導実施。起床時に野菜ジュースや牛乳、ヨーグルトを提供している		
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	入浴拒否の方には、タイミングや誘導方法を工夫して対応している。	入浴は週2～3回提供している。利用者の希望で同性介助はおこなっている。入浴を拒否される方もおられ工夫し誘導しているが、家族の協力を得ることもある。毎回お湯を入れ替え、ひとりひとりゆったりとした時間を過ごしている。高齢者の皮膚への刺激を考慮し、季節湯や入浴剤は使用していない。	
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	無理強いはせず、マイペースで過ごせるよう心がけている		
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	追加薬があれば何故必要なのか申し送りで共有する。病状に変化があればすぐに医師は連絡している		
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	個人に合わせた気分転換、役割作りをケアプランに取り入れている		
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	館内散歩やがレージ散歩で気分転換を図っている。行事の初詣、花見は小人数に分け、職員体制を調節し行っている	日常的な施設外への散歩は、現職員体制上なかなか実現できない。できるだけユニット外へ出る機会が持てるように、プランターの花を見に行く・厨房に食材を取りに行く・ゴミ捨て・おやつ購入時などには利用者と同行している。広いリビングでの歩行練習やユニット間の行き来やデイサービスとの交流はできるようにしている。行事等の外出は全員参加を目指して、外出行事を楽しんでいる。	

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	お金を所持するのは困難な方が多いが、家族様の承認があれば、小額所持して頂く場合も有る		
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	手紙については受け渡しをしている。電話もゆっくり会話を楽しんで頂いている		
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	季節に合わせた掲示物の展示を心がけ、入居者の席次には相性もあり、気を配っている。常に清掃を心がけ温度、湿度の記録を残すようにしている	リビングは広い。テーブル席は、職員が利用者同士の落ち着ける関係を考慮し配置している。新聞を読む利用者の姿がある。壁面には利用者が作成した飾りや折り紙（ひまわり）を飾り、季節感を感じている。昼間はリビングで過ごされる方が多い。不快な音や臭いも感じられない。24時間換気システムによって管理されている。毎日、室温と湿度を利用者が役割として記録している。リビングで金魚とグッピーを飼っており、利用者が毎日餌をあげている。大きな金魚小さなグッピーともに元気である。掃除は夜間に職員がおこなっている。	
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	座席の移動や職員が入居者の間をとりもったりしている		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	慣れ親しんだ馴染みの物を自宅より持参して頂きなるべく自宅に近い環境で過ごして頂くように、家族にお声かけしている	居室は、ベッド・エアコン・照明・押し入れ型クローゼット・レースのカーテン・壁に作り付けのテーブル・椅子が整備されている。大型のクローゼットで物が片付き、室内は広い。冷蔵庫や電気スタンドも利用者の管理能力に合わせ使用している。テレビ・ラジオ・写真・各種縫いぐるみ・自作品等、好みに合わせ置かれている。リネン類は各自持参であり、職員が洗濯・管理している。掃除は職員が利用者と共に毎日行っている。	
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	目印を作ったり、置き場所の工夫をし自身で分かりやすく動作できるようにしている		