

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	0475501417		
法人名	株式会社 ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	南光台ケアセンターそよ風		
所在地	宮城県仙台市泉区南光台南2丁目26-20		
自己評価作成日	令和 1年 8月 4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.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和1年8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)】

南光台の高台に位置している為、眼下には左右に広がる住宅地、遠景には泉ヶ岳・大和町の七ツ森・県民の森などを望むことが出来ます。裏庭にはガーデニングをするスペースがあり、入居者様と一緒に野菜や花を植えたりして楽しむことが出来ます。またホーム内にエアロバイクを設置しており、弱りがちな足腰の機能訓練のひとつとして活用しています。食事については毎月栄養士が献立を考え、栄養の偏りが無く、旬の食材で、馴染みのある食事を提供しております。畑で取れた野菜を皆様で調理し食べることも楽しみの一つになっております。また、一人ひとりの状態にあわせ、刻み食やミキサー食でも対応させていただいてます。職員状況としては介護従業者のうち介護福祉士の占める割合が42%、三年動続以上が82%、常勤の占める割合が82%となっております。また、定期的に外部研修を受講し、職員のスキルアップをはかり、サービスの質の向上に努めております。

【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)】

南光台の高台にある住宅地の中にあり、隣接する道からの遠景が良く、車の通りの少ない散歩道になっている。ホームは通所介護、短期入所生活介護との複合施設である。ホームは楽しみである「食」を大切にしており、メニューや食事のスタイル(外食、出前)など行事との組み合わせを考え工夫している。毎日の昼食は2種から選択できる。合同の夏祭り・フリーマーケットには地域の福祉作業所も出店し、地域の方がたくさん来場して毎年完売している。コーヒーと菓子のサービスもあり、入居者との触れ合いがある。職員は残業をしないで働けるような環境整備があり、職員同士のチームワークが良く「やりがいがある仕事」と話している。

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 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させている (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、安心して暮らしている (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			

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 南光台ケアセンターそよ風)「ユニット名」

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	「地域との関わりを大切に、温もりのある環境で一人ひとりが自分らしく生活できるよう支えます。」を理念とし職員の目に付く場所に掲示し共有に努めるとともに、入居者様が出来ることを大切に、継続していけるよう支援している。	地域と関わることを職員と話し合い、行事に反映している。入居者の能力に応じた役割を通した動きや機能訓練、レクリエーションなど個別ケアを実践している。今後、理念の振り返りを充実していくとしている。		
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	地域の町内会行事への参加やゴミ集積所の清掃、散歩時などを通し地域の方々と交流している。また、夏祭りを開催し地域の皆様と一緒に楽しめるようにしている。	町内会に加入し、ゴミ集積所の当番日は入居者と一緒に行っている。町内の夏祭り、学区民運動会に参加している。毎月地域の音楽ボランティアが来て歌や体操を楽しんでいる。		
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	南光台中学校・南光台東中学校の職場体験の受け入れをしており、認知症を理解する場として生かしている。			
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	二ヶ月に1回開催し、町内会・民生委員・社会福祉協議会・南光台包括・家族会等の方々と情報交換を行っている。施設からは入居状況や取り組みの報告を行い、皆様からも地域の情報や今後の活動内容、施設への意見等頂いている。	運営推進会議は双方向での意見交換があり、会議の報告は毎回家族に郵送されている。障がい者就労移行支援受け入れについての報告があり、実習生と入居者との関係性についての報告等がある。		
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	地域圏域会議や運営推進会議を通し、地域包括職員と情報交換を図るとともに、協力関係を築けるよう取り組んでいる。	包括主催の地域圏域会議は3か月に1回、介護事業所・民生委員・町内会・医師・薬局・交番・ボランティア等が集まり開催されている。グループワークの話し合いでは社会資源についてなどテーマを決め情報交換している。		
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	建物が道路(市道)に面しているのと、玄関の斜面が急で危険なことを考慮し、現在玄関の施錠とアジャスターロックを設置している。帰宅願望や本人の希望時は、職員が付き添い外に出るようにしている。身体拘束の研修を実施し不適切なケアの無いよう努めている。	昨年度、身体拘束適正化委員会は5回開催された。夜間の人感センサー使用時の声掛け対応についてや、立ち上がり頻度が高く、転倒リスクのある人への軽作業での解決などカンファレンス時のケーススタディを通してグレーゾーンを検討している。		
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	センター内で身体拘束・虐待防止委員会を設置し、二ヶ月に1回各部署の担当者が集まり、事例検討・不適切ケアの検討・研修を行っている。検討内容や研修内容は部署内でも共有をしている。			

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
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	入居後、ご家族様より成年後見人制度についての相談を受けることがあるので、内部研修にて理解を深めるよう努めている。		
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	契約時には、入居者とご家族に対し、契約書の確認と説明を行い、不安や疑問点があれば入居者と家族が理解・納得できるまで説明に努めている。入居後でも疑問がある際は、その都度説明をし納得してもらっている。		
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・要望窓口として、玄関に意見箱を設置している。月1回の紙面での報告や面会・家族会等で直接ご意見やご要望を伺い、出来る限り希望に沿うよう努めている。年1回満足度調査も行いその結果をサービスに反映させている。、	ホームの便りと月の健康チェック・食事量・様子などの個人だよりが毎月家族に発行されていて、家族からの反応も良い。家族会(お茶会)が年1回開催され参加率が高い。もう少し運動させて欲しいなど要望があり、役割・散歩等できる事から取り入れている。	
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	ミーティングや全体会議、申し送り時等を利用し意見や提案を聞いている。可能な限り職員の意見や提案を運営に反映させるよう努めている。	箸スプーンなど食器の数が足りなくなることがあるので数をチェックする。水回りはいつもチェックして清掃する。時間内で終わる業務を工夫して残業はしない等、管理者との話し合いがあり改善に結びつけている。	
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	定期的な面談を行い、各職員が意欲を持って働けるよう目標を定め、常に向上心を持って働けるよう努めている。		
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	仙台市のスキルアップ研修を各職員が受講することによって介護力の向上に努めている。また、研修内容はミーティング等により他の職員とも共有している。		
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	地域圏域会議や病院主催の認知症の会合にも参加し、他の施設や地域の方たちとの交流を図っている。また、南光台SOSネットワークにも参加し、行方不明者の捜索にも参加している。		

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	来所相談、訪問(実調・オリエンテーション等)でゆっくり話をする時間をつくり、入居後もコミュニケーションを大切に、相談・要望が言いやすい関係づくりに努めている。		
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・入居申込み時に不安・要望等について、十分に話し合うことで現状の把握に努め、信頼関係を築くよう努めている。		
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	本人と家族の希望を聞いたうえで、サービスの提案を行い、その中から必要なサービスの支援を行っている。		
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	毎日の生活の中で、掃除や洗濯等の家事を一緒に行うことで、共に生活をしているという意識を高め、協力し合う関係を築いている。		
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	常に家族との情報交換を心がけ、本人と家族がゆっくり過ごす時間を持つよう努めている。また、家族にお願いすることはお願いし共に支えていく関係を築けるよう努めている。		
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	家族にお願いし、馴染みの病院・美容院等には入居前と変わらず利用できるよう支援している。また、演奏会や旅行など家族との楽しみも継続して行えるよう努めている。以前の友人等の面会も家族の協力で行っている。	昔の仕事の同僚が3ヵ月に1回訪問してくれる人や、大好きなクラシックのコンサートに娘と行く人、1泊2日の家族旅行に出かける人もいる。家族支援で馴染みの美容室に1名、8名が近隣の馴染みの理容室に歩いて行っている。	
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	普段の様子や会話を通して、性格・行動・心身状態を把握し、入居者同士のトラブルや孤立が起こらないよう、座席等配慮している。場合によっては職員が間に入り関わり合いを持つよう支援している。		

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
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	退所後でもご本人や家族から希望があれば、その都度対応し相談や情報提供に努め、退所後の生活に支障が無いよう支援に努めている。		
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	入居者に寄り添う会話を心がけ、その中から本人の希望や思いを把握し、行事や日課などの生活に反映できるよう努めている。ご自分で思いを伝えられない方に関しては、以前の生活や家族の希望や思いを参考に支援している。	リラックスして会話が弾む入浴支援時に、前にしていた事等引き出すことができる。月に1回家族が小遣いを持ってくる際に聞いた会話を確認して、毎朝の一番茶の楽しみや、刺し子が好きだったことを聞き、日常の支援で実践している。	
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	入居前の実調で、本人・家族・在宅時の介護支援専門員から情報を頂き、馴染みの暮らしや生活環境の把握に努めている。		
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	ケアカルテを通し職員全員が一人ひとりの一日を把握することが出来ている。心身状態に変化があれば、毎月のケアカンファレンスで検討し職員全員で現状の把握ができるよう努めている。		
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	毎月のケアカンファレンスで課題とケアの見直しを話し合い、家族には面会時等に意見や希望を聞くよう努めている。モニタリングは6ヶ月毎行い、現状に即した介護計画になるよう努めている。	ケアプランの見直し時は家族に来てもらい説明している。ADLの低下時、往診への切り替えや食事形態の変更、食事の早い人への早めの下膳やトイレトペーパーの使い過ぎに工夫するなどプラン対応をしている。	
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	ケアカルテや申し送り等より、日々の様子やケアの実践の情報の共有に努めている。毎月のケアカンファレンスでは日々の気づきや工夫の共有をし、介護計画の見直しも行っている。		
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	個室での入浴が困難になってきた入居者には、特浴で対応している。居室に備え付けの介護ベットでなく普通のベットを使いたいの方にはお好きなベットを持ち込んでいただいている。本人や家族のニーズに対応できるよう努めている。		

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
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	地元中学生による職場体験や町内会行事への参加を通し、地域の一員であることを感じて暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人や家族の希望でかかりつけ医を受診している。通院時には、バイタル・食事摂取状況・体調の情報を家族を通じ医師に伝えている。	かかりつけ医受診は家族が支援し、情報はケアカルテ(電子カルテ)を持参してもらっている。希望があれば訪問クリニックや訪問歯科受診もしている。週1回の看護師の健康チェックがあり、排便など相談している。	
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	医療連携で週に一回看護師による健康チェックを行っている。排便・食事量・体調等を看護師に報告し体調管理に努めている。看護師より病院受診が必要との指示があった際は、速やかに家族へ連絡し受診できるよう支援している。		
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。	入院時には病院へ、既往歴・普段の様子などの情報提供を行い、入院中の面会時には現在の状況や退院時の対応などの情報交換を行うよう努めている。		
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	入居時に「重度化した場合の対応・看取り対応に関する指針」をもとに、重度化した場合や終末期ケアについての説明を行っている。終末期ケアについては、訪問診療や訪問看護とも連携を図り支援するよう努めている。	重度化した場合や終末期ケアについて、ホームで出来ること出来ない事の確認をし、意思確認書に署名をもらっている。年1回は看取りの研修を実施している。今年度108歳の方の看取りを実施している。	
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	緊急時フローチャートを掲示し緊急時に備えている。AEDやノロウイルス・インフルエンザ等の感染症の対応も定期的に講習を行い全ての職員が対応できるよう備えている。		
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	夜間想定避難訓練を年2回実施している。避難訓練時には近隣の地域住民の方々にも参加を呼び掛けており、地域との協力体制を築けるよう努めている。	防火設備の定期点検を実施している。複合施設と合同で避難訓練をし、夜間想定・火災と地震火災と年2回実施している。2回とも避難口までの訓練である。屋外までの避難訓練実施を検討している。	消防署からも立ち合い訓練計画の促しがある。近隣の住民の方の協力を得て、屋外までの訓練実施と目標達成計画の防災訓練マニュアルの作成をお願いする。

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	普段の会話や行動から、一人ひとりの思いや希望を把握し、個別に対応できるよう努めている。特に言葉使いには気をつけ、人格を否定したり、誇りを傷つけることの無いように努めている。また、名前を呼ぶときは「さん」付けを基本としている。	繰り返し聞いてくることに余裕を持って対応する。入居者は声のトーンに敏感であることを改めて意識し、注意するように心がけている。洋服は一緒に選んだりして入浴時に着替えをしている。	
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	日々の生活の中で本人が思いを伝えやすい環境や状況をつくり、最後は本人が決定できるよう支援している。		
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	入居前の生活習慣などを、本人や家族に聞き取りをし、今後の生活リズムをどうするかを相談している。入浴や散歩などもその日の希望で行えるよう努めている。		
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	起床時や入浴後の着替えをご自分で選んでもらうことで一人ひとりの好みや思いを理解し、自分らしいおしゃれが出来るよう支援している。		
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	入居者と食事の準備や片づけを一緒に行っている。毎月行われる行事食の駅弁や美食まつりなども入居者の楽しみのひとつになっている。また、誕生会のケーキやおやつも一緒に作って楽しめるよう支援している。	献立は法人の栄養士が作成している。弁当箱に入った各県の駅弁や、丼の日など楽しんでいる。家族が入居者全員の誕生日にスポンジケーキを焼いてきてくれて、皆で飾り付けをする楽しみもある。	
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	毎月管理栄養士が献立を考え、それを提供している。水分摂取量や食事摂取量は記録し一人一人把握するよう努めている。食事形態も状態に合わせ、刻み食・ミキサー食の対応も行っている。また、希望があればその都度対応に努めている。		
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	毎食後、一人ひとりに合わせた口腔ケアを実施している。自分で磨けるところはしていただき、その後職員が仕上げ磨きを行っている。希望があれば、週に1回訪問歯科による、歯科検診・口腔ケアを受診できるよう支援している。		

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
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	排泄記録を参考に排泄パターンを把握し、失禁前に排泄の声掛け・介助が行えるよう努めている。	排泄パターンは電子記録をしている。そのデータを分析するソフトがあり、排泄時間の管理に役立てられている。便失禁の多い方がいて、食事内容の工夫や整腸剤を併用して改善が見られた。	
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	1日1500ccを目標に少しでも多く水分を取ってもらうために、8種類の飲み物を用意し、嗜好にあった飲み物の提供を行っている。起床時には、冷たい水や牛乳の提供をし、日中は少しでも動いてもらう工夫をし便秘予防に取り組んでいる。		
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	特浴日が週に2日、それ以外が一般浴となっている。入浴者は当日に一人ひとりの状態に合わせて決めている。入浴剤を用意し、好きなものを入れて楽しんでもらったり、好きな音楽を聴きながら入浴したり、一人ひとり楽しめるよう支援している。	週に3回午後に入浴している。入浴を拒否する方がいたが、血圧測定と連動することにより改善した。クラシックや詩吟などを聞きながら入る方もいる。脱衣室も床暖で、トイレも併設してあり使い勝手が良い。	
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	定期的にリネン交換を行い、清潔な寝具で気持ち良く眠れるよう支援している。また、日中も好きなときに横になれるよう、布団をめくった状態でベットメイクしている。		
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	個人ケースファイルにとじている最新の調剤薬の説明書で、一人ひとりの薬の目的・副作用・用法の理解に努めている。		
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	一人ひとりの能力に応じた役割として、掃除・食器拭き・洗濯物たたみなど支援している。出来る人だけが行うのではなく、上手くできない方でも職員と一緒にすることで「できた」という達成感を感じてもらえるよう支援している。また、手芸や読書などの以前の趣味も続けていけるよう支援している。		
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	施設行事では月1回外出と外食の支援をしている。地域の行事の夏祭りや運動会にも参加し、地域の方との交流を行っている。日用品の買出しやレクリエーションの買出しなどでも外出の機会を増やしている。	月1回の外出支援は年間スケジュールで場所が決まっており、外食とセットで計画されている。最近は全員(車いす4名を含め)で外出できている。散歩時の三角公園では季節の花が楽しめる。今後、図書館や地域のサークルにも参加したいとしている。	

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
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	本人と家族の希望で、現金を所持している方は居りませんが、施設でお小遣いをお預かりしているの、外出時のお土産など購入されるときは本人が清算できるよう支援している。		
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	本人からの希望があれば電話できるよう支援している。携帯電話をお持ちの方には、好きなときに家族と話が出来るよう支援している。		
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	廊下やフロアには入居者と作った作品を飾ったり、季節のものを飾ったり、生活感や季節感を感じられるよう工夫している。外出レクの写真や普段の写真を張り出し、自分の居場所と思えるよう工夫している。	廊下がホールのように広く開放感があり、エアロバイクが設置されているが狭さは感じない。ホームの1日の流れが写真入りで分かりやすく貼ってある。リビングと食堂、廊下は床暖房で、大型の除菌・加湿の空気清浄機でコントロールしている。	
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	テレビ前にソファを置き、仲の良い方と一緒に過ごせるようにしたり、廊下や玄関の椅子で一人でゆっくり過ごしたり、一人ひとりが好きなところで過ごせるよう支援している。		
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	入居時には家族にお願いし、使い慣れた家具の持込をお願いしている。本人が見慣れたものを身近に置くことで、自分の居場所として安心できるように努めている。	入り口には笑顔の写真入りの表札があり、自身で確認して入室する方もいる。馴染んだ家具を持ち込む人や家族の写真やぬいぐるみ等、自分の部屋として、落ちつくものが置いてある。	
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	居室の入り口には、本人の写真と表札を張り、自分で確認できるよう工夫している。一人ひとりの動線を考えて座席を決めている。		