

### 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	2799400011		
法人名	(株)ユニマツそよ風		
事業所名	大阪城南ケアセンターそよ風 (さくら)		
所在地	大阪市森ノ宮中央2-5-3		
自己評価作成日	平成24年 3月20日	評価結果市町村受理日	平成24年5月18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 4月19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)】

センター長・職員皆が一同となって利用者様の状況を把握しその方の状態を理解し御家族様の希望、本氏の理解と共に職員が声かけ合いながら尊敬を理解し、理念に基づき支援し周囲の地域の方の協力又は医療機関との連携をはかり、その方の生きていかれる生活を共に寄りそい傾聴しながら自立支援を念頭におきお手伝い出来る様支援しています。

【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)】

H23年9月1日、全国211拠点を展開する(株)ユニマツグループとなり、グループホームそよ風の理念として「ひと言日記を書けるような生活をしよう」「地域活動に積極的に取り組んでいこう」とし、グループNO1を目指して鉄筋コンクリート5階建ての4階・5階部分に2ユニットで設立されている。大阪城南に位置した大阪の中心部にもかかわらず周辺には、大阪城公園、難波宮と四季折々の自然を感じられる環境があり、外出は行きたいときには自由に近くの喫茶店や、徒歩圏内のKKRホテルへのディナーへと出かけている。食事は管理栄養士の指導の下、カロリーが計算され、1階のデイサービス、2・3階のショートステイ、4・5階のすべてを1階の厨房で一括して作られている。ホームでは、その中から週4回選択食を取り入れている。

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、その時々々の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

[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	玄関・各ユニット、事務室等に理念を掲示し、各職員が暗記できる様努めている。理念の共有と実践に向けて、管理者は会議や研修会等で日々取り組んでいる。	施設の理念は「ひと言日記を書けるような生活をしよう」「地域活動に積極的に取り組んでいこう」理念を掲げるとともに、地域の中での生活を大切にすることなどを全職員は共通認識を持ち支援に活かしている。	
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	自治会の行事(盆踊り)・区民祭り・神社の祭りに積極的に参加している。祭りの休憩所として提供。日常の散歩や買い物を通じて地域の方々と交流を図っている。	自治会に加入し地域の行事(夏祭り、秋祭り、区民祭り、小学校で開催される敬老会など)には積極的に参加している。また地域行事にはホームの駐車場を提供し、地域の方との関係を大切にしている。	
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	新聞・TV・映画等によって認知症の理解度は増えてきている。しかし事業所に行く知識も少なく困っている方は多数おられると思われ、地域の方々にお知らせし受け入れている。		
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	区社会福祉協議会局長・自治会長・利用者家族の出席で2ヶ月に1回会議を開催している。内容は現状報告・外部評価(結果報告)・行事案など御家族様より意見を聞ける他方向的会議を行っている。	運営推進会議は年6回開催している。参加者は自治会長、家族、社会福祉協議会、民生委員、区役所職員、センター長、職員のメンバーで、施設の現状報告、情報交換を行い、評価結果も踏まえ、参加者からの助言を得て、サービスの向上に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	区社会福祉協議会へは書類作成の相談・車椅子貸し出しなどを利用。地域包括支援センターでは困難な問題を相談。「認知症サポートモデル事業」参加を通じて情報交換を努めている。	折りに触れ、施設の現状報告や相談事を伝えるなど市担当職員とは密に連絡、情報交換に努め連携を深めている。中央区主催「認知症フォーラム」の参加や各種イベントの紹介もあり、協力関係を築く取り組みがある。	
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	代表者およびすべての職員が身体拘束の内容と弊害を認識し身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。事故防止の観点から玄関施錠をしているが外出など希望があればすぐに対応している。	職員は研修(月1回)などを通じて身体拘束の対象になる行為を正しく理解している。マニュアルも作成されている。玄関は施錠されているがひとり一人のその日の状態を把握し、さりげない見守りを徹底されているので、閉塞感を感じない。	
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	管理者と職員は高齢者虐待防止条例関連法の理解を深め、危険のある職員に関しては職員同士で声をかけあい、管理者等による研修にて、職員を教育・チェックを行い、危険を早期に見つけ防止する。		

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
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	管理者と職員は日常生活自立支援事業や成年後見制度を学び、必要と考えられる利用者様に対し成年後見人の先生にお願いし、管理者と職員は成年後見人に相談し、利用者様の必要性に応じて対応。		
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	契約時や解約時、また利用中の料金改定等利用者様や家族様にとって契約内容について不安や疑問が生じた場合には職員が直接あるいは電話にて対応を取っている。		
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	苦情箱・苦情相談窓口・運営推進会議・家族会等によって家族の意見・不満・苦情を聞く機会を設けている。家族様来訪の際には話し合いの時間を設けている。家族様の意見・苦情を運営に反映している。	運営推進会議の前に家族会を開催し、家族からの相談、要望、提案などを聞く場としている。苦情相談窓口、苦情箱なども設置されている。毎月定期的に発行される「そよ風通信」でも議事録の報告、利用者の生活状況を報告して、運営に反響させている。	
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	代表者や管理者は会議等により職員の意見や提案を聞く機会を設け、より良い職場になる様反映させている。働く意欲の向上や質の確保に常に反映させ素早く実行している。	毎月定期的に行われるユニット会議で、職員に意見や提案を聞く機会を設けている。日頃の業務に於いても職員と意見交換やコミュニケーションを図っている。管理者は年1～2回職員一人ひとりと面談を行い、話し合いの機会を設けている。	
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	職員が向上心を持てる様に、給与や職務内容に気を配り、やりがいのある職場となる様努めている。		
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	管理者や職員一人ひとりのケアの向上を図り、法人内外の研修を受ける機会の確保や講習会の費用の一部を事業所で負担している。又、全体会議における研修報告にて内部研修を行い、ケアの向上に努めている。		
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	(市GHネットワーク会議)でも交流を通じて同業者と事業運営・法改正サービスについて情報交換を行っている。認知症サポートモデル事業に参加し情報交換に努めサービスの質の向上を図っている。		

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
<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	本人様とご家族様の気持ちをくみ、訴えなどには速やかに対応し、本人様とコミュニケーションを取りながら進めていくように心掛けている。		
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	相談されている家族様の立場に立ち、困っている事や不安な事を解決につなげられるよう密にやりとりし、本人様・家族様が納得して頂ける様進めている。		
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	家族様の立場に立って話を聞き、本人様・家族様がいま必要とされるサービスを理解し提示させて頂ける様に努めている。		
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	食事の用意。洗濯、乾いた衣服をたたんで頂くこと、食器拭き、掃除など共に暮らす一員としてできることは一緒にして頂いている。		
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	家族様との連絡をこまめにし家族様の思いを受け止め一緒になって利用者様を支えて頂く様努めている。		
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	本人様がこれまで大切にしてきた馴染みの方、場所との関係が途切れないように時折訪れ利用者様との関係が持続するよう努めている。	馴染みの美容院、行きつけの喫茶店、スーパーへの買い物、お好み焼き、公園、母校への訪問などの支援に努めている。知人、友人、家族にバレンタインデーには手紙にチョコレートを添えて贈ったら喜ばれた。今までの生活が継続出来る支援を行っている。	
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	利用者様一人一人の性格を把握し、沢山のひとにかかわれるように工夫している。又、職員が間に入り普段関わりがない利用者様との関係も築けるようにしている。		

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
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	住み替えが必要になった場合でも関係者に対し習慣・好みやケア方法等の状況報告を行っている。それを一つのヒントとし、継続したケアを行って頂ける様にサポートに努めている。		
<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	利用状況記録等を参考に日常会話や家族様との話し合いにより利用者様の思いや意向を把握し、フロア会議や申し送りノート等スタッフ間で情報を共有し迅速かつ細やかなケアを行える様検討している。	利用者の生活歴や日々のかかわり等、また家族からの情報を元に暮らし方の希望、意見を把握している。訴えの少ない利用者の場合は、センター方式を用いて、家族に電話や、訪問時に聞いたりして、全職員が情報を共有するような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	一人ひとりの暮らし方に支障がないよう職員一同理解を心がけ、3か月に一度のケアカンファレンスで確認し毎月の会議で検討を繰り返しています。		
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	職員一人ひとりが利用者様の生活歴を把握し希望に沿った過ごし方が出来る様支援している。又、心身状態の変化等を職員間で話し合い、細やかな対応が出来る様努めている。		
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	サービス担当者会議にて職員から現状報告を受け、利用者様・家族様の希望を聞き、医師・看護師との連携を図りながら現状にあったケアプランを計画作成担当者が立てている。	入所当初は2ヶ月1回見直し、状態が落ち着くと3ヶ月に1回の見直し、または随時行っている。各種書類を参考にし、ケアマネが利用者の自宅へ出向き、利用者、家族と面談して介護計画を立案する。モニタリングは職員の視点、ケアマネの視点によりアセスメントしてカンファレンスを開催し、職員、家族の意見を参考にして介護計画を立案している。	
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	日々の状況口頭の申し送り・申し送りノートで全職員に伝え生活記録に会話の内容等を具体的に記入し、利用者様の変化に沿ったケアが行えるよう努めている。		
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	利用者様や家族様の状況・要望に適応し、病院・自宅への付き添いなど、ニーズにあったサービスを心がけている。		

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	利用者様が心身の力を出来る限り発揮し、安全で豊かな生活を楽しく過ごして頂けるよう民生委員やボランティア等に支援して頂いている。		
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	殆どの利用者様が家族様の納得された医師による月3回の往診。週1回の看護師の訪問を受けられ、その他にも定期的な歯科往診やマッサージも受けられている。	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をしている。かかりつけ医が(家族の都合)施設への訪問診療も実施している。連携医療機関の医師と看護師が連携して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	日常のケアを通じて状態の変化や異常に早い段階で気づき、素早く医療と連携をとれるよう日頃から主治医・看護師と密な情報交換を行う様にしている。		
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。	入院されている際、家族様とも相談・連絡を行い、職員もこまめに病院を訪れ、他職員に報告し状況を把握している。又、出来るだけ早期に退院できる様、病院関係者・利用者様・家族様と相談している。		
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	重度化された場合や終末期のあり方については、かなり早い段階から利用者様・家族様と話をさせて頂き、医師・24時間対応している看護師などと連携を取りながらチーム支援に取り組んでいる。	「重度化した場合の対応・見取り対応に関する指針」が作成されている。入所時に管理者は利用者、家族に説明を行い、早い段階から話し合い、方針の共有を図っている。3月に看取りの経験があり、利用者、家族の希望があれば、見取りの支援を行うように努めている。	
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	利用者様の急変時や事故発生時に適切な対応が行える様、マニュアルを作成している。応急処置等の講習や勉強会により実践力を身に付けており、又、対応方法等も提示している。		
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	年に2回、消防訓練や避難訓練を行っており、直通電話や各居室にスプリンクラーを設置している。又、食糧や水等の備蓄や、災害時のマニュアルがあり、近隣の人々の救助体制も出来ている。	マニュアルを整備し、消防署の指導を受けて防火避難訓練を実施している。運営推進会議でも避難時、近隣の協力支援をお願いしている。備蓄、スプリンクラーの設置も完了しているが、深夜の地震対策の構築が課題である。	夜間における地震、火災などの災害対策については、運営推進会議や職員会議を通して、具体的な訓練や対策の導入を図ると共に、地域住民の協力体制構築の取り組みが望まれる。

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	利用者様一人一人の誇りを尊重し、尊厳や権利を守るよう努めている。日頃から代表者が言葉かけや接し方を意識し、朝礼や会議などで注意を促し、全職員の意識統一を図っている。	職員全員が接遇についてマニュアルを作成し、徹底して言葉使いや行動に対して、利用者を人生の先輩として尊敬の念を抱き接している。研修や会議に於いても絶えず喚起を促し、意志の統一を図っている。記録などの個人情報の取り扱いも鍵を掛けて保管している。	
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	日々の関わりの中で利用者様の思いや希望をくみ取り、又、主張・自己決定等の思いを引き出せる様努めている。		
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し、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	利用者様のペースを理解し、職員や他利用者様の都合に合わせることなく本人様が望む生活を送って頂ける様努め、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	利用者様の個性に応じた服選びや髪型に対応している。衣服も糸くず・ボタン外れ等にも気を配っている。		
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	一人一人の好みを意識し、日々の食事を楽しんで頂ける様努めている。又、用意や片づけ等、利用者様に出来る限りして頂き、職員と一緒にを行うようにしている。	食材は業者委託し、発注は職員がしている。火～金曜日の昼、夕食は1階の厨房、朝食と土～月曜日は各フロア毎に調理している。利用者の五感を刺激し、匂い、食材の切る音、また盛り付け、後片付けなど共に行うよう支援している。	
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	利用者様の日々の摂取量・水分量などを職員全員が把握し、カロリー不足や栄養の偏り、水分不足などにならないよう気を配っている。		
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	口腔ケアの重要性を全職員が理解し、毎食後の口腔ケアの徹底、うがいにはお茶を使用し口のお手入れを支援している。又、歯科医とも連携をとり口腔の清潔保持に努めている。		

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
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	個人の排泄パターンを把握できるよう排泄チェック表の記入や職員同士の声かけ、家族様とも連携を図り、排泄の失敗やオムツ使用を減らせるよう支援を行っている。	排泄チェック表(インアウトチェック表)バイタルチェック表を参考にしながら、パターンを把握し、さりげないトイレ誘導を基本としている。かぶれ易い体質の利用者や、排便時には陰部洗浄を施行してかぶれ予防に努めている。	
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	利用者様の排便状態や身体機能を理解し、体操やマッサージ等を提供している。又、利用者様一人一人に合った食品(バナナ・牛乳・ヤクルト等)を使用し、個人にあった方法での便秘予防を心がけ取り組んでいる。		
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	利用者様の生活習慣や希望に応じ入浴をして頂けるよう支援し、拒否が続くなど清潔が保てない場合は声かけのタイミングや、声かけする職員を変えるなど楽しく入浴して頂けるよう工夫している。	お風呂は毎日沸かしている。基本は週3回の入浴日としている。入浴拒否の利用者は日時を変更したり、清拭やシャワーに変更したりして、対応している。入浴日以外の利用者には夕方足浴を施行して、就寝へ繋げる支援もしている。	
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	昼夜逆転など安眠を得られない利用者様に対しては日中の散歩で日光を浴びて頂いたり、レクの提供を行っている。		
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	全職員が薬の効果や副作用を理解し、服薬時の飲み忘れ・誤薬・落薬等を防ぐため、毎服用時に名前・日付の声出し確認・飲み込み確認を徹底。又、利用者様の症状の変化を医療関係者に情報提供し、共有。		
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	利用者様の趣味・興味のある事・習慣など、家族様との話し合いの中や本人様との日々のふれあいの中で探し出し、楽しんで生活して頂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	利用者様の希望に沿って外出できるよう、散歩や買い物、外食など家族様や職員で計画を立て支援している。	利用者の体調と天候・気温など考慮して、出来るだけ外気に触れるように外出支援を心掛けている。家族、ボランティアの協力を得て、お花見や季節行事のバス旅行など支援している。	



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	利用者様の希望に沿って買い物・外食・近くの喫茶店でのお茶等の支援を行っている。		
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	手紙や電話のやりとりは家族様やご友人との関係を繋ぐ大切な手段として利用者様の希望に応じて支援している。		
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	玄関には季節の花や壁掛けの飾り、広くゆったりとしたリビングの壁には行事の写真や、利用者様が作ったカレンダー・折り紙手芸品飾り空間作りをしている。	玄関は季節感のある草花が植えられ、壁には絵画や利用者の作品が展示されている。4階、5階のフロアはゆったりと採光も入り明るく、リビングは利用者手作りのカレンダー、お花見の写真、季節ごとの行事の写真や絵画が飾られ、心を和ませる。居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	リビングのテーブルだけではなく、利用者様同士で思い思いに過ごせるソファや、一人で過ごされたい時などには玄関近くに用意しているテーブルセットを利用して頂いている。		
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	入所時に使い慣れたタンス・テレビ・ベッド・仏壇・家族写真などを居室で使用して頂き、利用者様が落ち着いて過ごせるよう空間づくりに努めている。	居室は明るくて広く、清潔に保たれている。家具、写真、仏壇、飾り物など、本人の馴染みの品物が持ち込まれており、ゆっくりと寛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	家庭で過ごしていたころと同じように、食器拭き・洗濯もの・簡単な掃除等利用者様一人一人にあった仕事を職員と共に行って頂き、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫しています。		