

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	2694100054		
法人名	株式会社ケア21		
事業所名	たのしい家山科小野 ユニット1		
所在地	京都市山科区勸修寺御所内町122		
自己評価作成日	令和2年3月5日	評価結果市町村受理日	令和2年10月2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	https://www.kaiokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&jiyosyoCd=2694100054-006ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	令和2年7月22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)】

施設からの景観が良く、入居者様は四季を感じられることが出来ます。気候のいい日は、周辺の川沿いを歩き日光浴を行い、また歩くことで筋力の維持に取り組んでいます。スタッフは、元気で明るくを目標に入居者様の日常生活の支援を行っています。

【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)】

当該事業所は、利用者のその人らしい暮らしや笑顔がみられる支援を大切に考え、職員は日々意見を出し合いながら利用者の一人ひとりの思いや意向を大切に協力しながら好きな食事やパフェなどのおやつ作りを楽しんでもらえるよう支援しています。感染症が流行する以前は日々散歩や近隣の商店に買い物に出掛けたりドライブを楽しんでもらい、また家族と自宅や馴染みの教会等へ出掛けたり外食に行く等、出来る限り利用者の外出の機会の確保に努め、コロナ禍ではレクリエーションや外気浴等で気分転換を図っています。管理者は年間の計画に沿って研修を行うことで個々の職員のスキルアップに取り組み、利用者が重度化した際には家族や医師、職員間で話し合いを行い方針を決め、家族からも食事介助や頻回な面会等の協力も得ながら看取り支援を行っています。

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)	○ 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

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
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	事業所理念を掲げ、対応などカンファレンスで話し合い共有し、実践に繋げています。	事業所開設後に作成した独自の理念を玄関に掲示し、また、新入職員の採用面接でも理念に込められた思いを説明しています。会議で折を見て利用者優先でその人らしい暮らしを支援することを伝え、日々職員は理念を意識して支援に取り組むことで実践に繋げています。	
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	町内会に加入しており、行事の際には声が掛かり積極的に参加しています。また事業所内スペース畑には、地域の方の関わりがあり交流を重ねています。	町内会に加入し、役員から地域の情報を得て利用者と地域の運動会や美化運動に参加しています。音楽療法や事業所の畑作業を手伝うボランティアの訪問や家族の知り合いのバンドを招いて歌の披露を利用者に楽しんでもらう等、地域との交流に努めています。感染症流行の為に中断していることも多いですが、収束後は再開したいと考えています。	
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、また行事参加時には認知症の人の理解など、地域の方に向けて活かしています。		
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	2か月に一度運営推進会議を開催しており、参加者様の意見交換や、アドバイス・情報をお聞きし、サービスの向上に活かしています。	会議は基本的に2か月に1回町内会長や民生委員、地域包括支援センター職員、時には家族の参加を得て開催し、利用者の状況や活動報告、予定の連絡、事故報告等を行い意見交換をしています。意見を受けてヒヤリハットの報告を紙面でより詳細にするようにし、事故報告の際には対策についても伝えて助言をもらう等、会議を運営に活かしています。	
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	行政より会議や研修などの連絡を頂き、月一度の連絡会には参加しています。手続きなど出向いた時には、コミュニケーションを図り関係を築くように取り組んでいます。	運営上の手続きや行政の窓口へ訪問し、担当者情報交換しています。月1回連絡会に参加すると共に、行政から研修案内や感染症等の注意喚起がファックスで届き周知することで協力関係の構築に努めています。	
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	全従業員に向け、年2回の社内研修を実施しています。また日頃より、申し送りや会議の中で拘束に繋がるようなケアがないように伝え、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	年2回法人の身体拘束の研修に職員代表が参加し、事業所で内容を周知しています。家族の了承の下、安全に移動するためにセンサーを使用している利用者がいますが、必要性は職員間で定期的に検討しています。行動を止めるような言葉かけがあれば、先に利用者へ待ってもらう理由を伝えたり何がしたいのかを聞くように注意し対応しています。フロア入り口は施錠していますが、外出希望の利用者には玄関先に出て気分転換を図る等閉塞感の無い暮らしへの支援に努めています。	

たのしい家山科小野 ユニット1

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	研修で学んだ事を会議で伝えています。日々現場に目を向け注意を払い、防止に努めています。		
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	研修に参加し学ぶ機会を持ち、必要とされる方には、活用できるよう支援しています。		
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	契約時には、運営方針や料金面などについて十分な説明を行い、ご理解納得して頂けるよう努めています。		
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	面会時や電話をかけた際には、入居者様の近況を伝え、意見や要望をお聞きしています。年に一度の法人によるアンケートも実施しています。意見などあった際には、会議で話し合い対応しています。	利用者の意見や要望は日々の関わりの中で聞くように努め、好みの食事やおやつを提供する等その都度対応しています。家族の意見や要望は面会時や電話、年1回の満足度調査アンケート等で聞いています。行事に招いた家族から感想を聞き次回に役立てる等、得られた意見をサービスの向上に活かせるよう取り組んでいます。	
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	意見や提案などあった場合、毎朝の申し送りや毎月行うフロア会議・全体会議の場で、聞く機会を設け話し合い反映に繋がっています。	毎月実施する全体会議やユニット毎の会議、毎日の申し送り、個別に管理者に話に来ることもあり職員からの意見や提案を聞き、会議の前には事前に意見を上げてもらうよう伝えています。早出と遅出の業務の分担を見直し業務改善に繋げる等、意見を運営に反映しています。また、年1回の人事考課の面談でも意見を聞くように努めています。	
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	年に一度の人事考課があります。職員個々の努力や実績・勤務状況を把握し、給与に反映しています。褒め合う社風を活かし、楽しく仕事ができるような環境作りに努めています。		
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	入社時には、本社にて4日間の研修を受講後勤務に従事しています。入社後もフォローアップ研修が行われ、人を育てるという取り組みを進めています。		

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
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	連絡会や地域の会議には積極的に参加し、意見交換や交流を重ね、質の向上に取り組んでいます。		
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	アセスメントの情報共有を徹底し、ご本人の声に寄り添いながらコミュニケーションを図り、不安を取り除く事で安心できる関係作りに努めています。		
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	アセスメント時に、ご本人や家族様が不安や困っている事を伺い、速やかに対応できるよう努めています。		
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	現状どのような支援を必要とされているか伺い、適切なサービスを受ける事ができるよう対応に努めています。		
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	日々の生活を送るなかで、馴染みの関係が築けるように努めています。		
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	ご本人家族様より要望や意向を確認し、話し合いを持ちながら介護計画を作成、情報共有し支援に繋げています。		
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	自宅へ帰られたり、家族様と外食や馴染みの美容室へ行かれたり、関係が途切れないよう支援に努めています。友人など来訪された際は、居室でゆっくり過ごして頂けるよう支援しています。	近所に住んでいた友人や親戚等の来訪の際には居室へ案内し椅子やお茶を出してゆっくりと過ごしてもらえるよう配慮し、職員が間を取り持つこともあります。職員と住んでいた地域へドライブへ行ったり、家族と自宅や外食、教会等に出掛ける際には服装や薬等の事前準備を支援しています。また、年賀状の返事を書く方がおり作成を支援する等、馴染みの関係が継続できるよう支援をしています。	

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
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	日々の生活のなかで関係性を把握し、食事 席やレクリエーションを行う際のグループ分 けなど、関わりへの配慮に努めています。		
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	契約終了時にはご説明させて頂き、必要に 応じ相談や支援に努めています。		
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	入居前にはご本人や家族様と面談を行い、 意向や生活歴などを伺い、把握に努めてい ます。入居後変化があれば、家族様にお聞 きしたり会議で話し合い、本人本位に検討し ています。	入居時に自宅や施設等へ訪問して利用者や家族 と面談し身体状況や生活歴、思いや意向等を聞き 書面に記載し、以前のケアマネジャーや施設から も情報を得て職員間で共有しています。入居当初 は集中して日中と夜間の様子を詳細に記録して利 用者の理解に努め、把握困難な場合でも職員間 で本人本位に検討して思いや意向の把握に努め ています。	
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	センター方式の一部を活用し、生活歴や今 までのサービスご利用の経過などの把握に 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	介護記録や、訪問診療・訪問看護・訪問歯 科を通じて、現状の把握に努めています。		
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	ご本人の思いや家族様の意向を伺い、アセ スメントを行い、主治医などの意見を反映 し、サービス担当者会議を開催、介護計画 を作成しています。3か月毎にモニタリングを 行い、6か月毎に見直しを行っています。	アセスメントを基に作成した介護計画は3か月毎 にモニタリングを実施して6か月毎の見直しを基本と し、状態に変化があれば随時見直しをしていま す。計画の見直しの際は評価を行い再アセスマ ントを実施し、サービス担当者会議を開き事前に聞 いた家族や本人の意向や医師の意見を反映して います。日々の介護記録は、計画を見ながら内容 を意識して記入できるよう工夫しています。	
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	介護記録や申し送りノート、会議などで常 に情報の共有をし、介護計画の見直しに活 かしています。		

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
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	訪問マッサージ・福祉用具の購入など、柔軟な対応に取り組んでいます。		
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	地域の資源の把握に努め、職員間で情報の共有を行い、安全で楽しみのある生活ができるよう支援しています。		
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し、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	入居時に希望を伺い、かかりつけ医の継続も可能とご説明しています。協力医の月2回の往診、月4回の訪問看護・訪問歯科とも連携をし、適切な医療を受けられるよう支援しています。	入居時にこれまでのかかりつけ医の継続が協力医への変更を選択してもらい、全員が協力医の月2回の往診を受け、緊急時は24時間対応で連絡が可能で指示や臨時の往診を受けています。家族の対応で専門医への受診を継続している利用者もあり、必要な情報を書面で提供しています。月4回訪問看護師の健康管理を受け、また、利用者の希望や状態に応じて歯科の口腔ケアや治療、訪問マッサージ等を受けています。	
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	月4回の訪問時には入居者様の現況を報告し、対応の指示や必要であれば協力医との連携も行い、適切な受診や看護を受けられるよう支援しています。		
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。	入居者様の入院時には、足を運び病院関係者と情報交換や相談を努め、安心して治療ができた早期に退院できるよう、関係作りを行っています。		
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	入居時に、指針をにに基づき重度化や終末期ケアの対応についてご説明しています。そのような状態になられた際は、家族様や主治医と話し合いを行います。方針を施設全体で情報共有し、チームで支援に取り組んでいます。	入居時に指針を基に利用者が重度化した際の事業所としての対応を家族へ説明し、実際に利用者が重度化した際には医師の判断により、家族と医師、職員間で話し合い方針を決めています。利用者の状況の変化の度に話し合いを重ね、家族からも食事介助や頻回な面会等の協力を得て看取り支援をしています。また、個々の対応を話し合ったり、年1回法人の看取り支援の研修を職員代表が受け、内容を事業所で周知しています。	
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	定期的に訓練や勉強会を行い、実践に繋がっています。		

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
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回の防災避難訓練(昼間・夜間)を実施しています。内1回は、消防署員の協力のもと通報や避難誘導、初期消火などの指導を頂いています。	訓練は年2回、それぞれ昼夜を想定し内1回は消防署の立ち会いの下で利用者も参加して通報や避難誘導、初期消火等を行い消防署から講評を得ています。地域の避難場所の確認をしており、近隣の商店へ災害発生時の協力を依頼しています。3日分の水や食品等の他、カセットコンロ、毛布、懐中電灯等を準備しています。	
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	年1回の社内研修を受講しています。会議などでも丁寧な声掛けについて伝え、不適切な対応があれば、その都度注意しプライバシーに配慮した対応に心掛けています。	法人の接遇やマナーについて指針があり、年1回の研修を代表職員が受け事業所で内容を周知しています。丁寧語での声かけを基本とし、年2回チェックリストで対応を振り返っています。不適切な言葉かけ等が見られた際にはその都度個別に注意しています。入浴や排泄介助時は利用者の希望に応じて同性介助を行い、羞恥心にも配慮した支援に努めています。	
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	思いを汲み取れるように、ご本人の希望を取り入れ、自己決定ができるよう寄り添い働きかけています。		
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	コミュニケーションを図り、その日どのように過ごしたいのか尋ねたり、希望に沿って支援しています。		
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	清潔保持に努めています。毎日の整髪と定期にある訪問美容でおしゃれに、また外出時の服装選びにその人らしい身だしなみの支援をしています。		
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	業者の栄養士による献立の食材が届き、施設で手作りしています。入居者様には、下ごしらえや盛り付け・洗い物など、できることを職員と一緒にしています。	業者から献立と食材が届き、事業所で利用者も炒めたり盛り付け等出来ることに携わりながら作っています。利用者の誕生日には業者の献立を止めて好きな食事を作ったり、おやつレクではパンケーキやパフェ等を一緒に作っています。事業所の畑で採れた野菜を食材として使ったり、出前を取ったり外食に出掛ける等食事を楽しめるように努めています。	
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	食事量や水分量は介護記録に残し、一人一人の状態を把握し、その方に応じた支援をしています。		

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
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、個々に応じた適切なケアを支援しています。必要時訪問歯科の指導のもと、清潔保持に努めています。		
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	排泄の記録を把握し、個々のリズムやパターンをつかみ、トイレでの排泄やその方のタイミングで排泄できるよう支援しています。二人介助でトイレに座ることで、失敗のないよう支援を行っています。	利用者個々に介護記録に排泄の記録を取りパターンを把握し、一人ひとりに応じて声かけや案内を行っています。排泄の支援を継続することで紙パンツとパッドを使用している利用者が布の下着に変わる等、排泄状況が改善した方もいます。排泄用品の種類や支援方法は会議や日々の中で職員間で検討する等、排泄の自立に向けて取り組んでいます。	
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	牛乳やヨーグルトを使用しています。おやつ時には活用した飲食物の提供にも取り組んでいます。個々に応じ歩行訓練の働きかけをし、予防に取り組んでいます。		
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	週2回の入浴を支援しています。職員の体制があれば、希望にそって回数を増やしたりと個々にそった支援をしています。好みのシャンプーなど使用されている方もいらっしゃいます。	入浴は週2回は入ってもらえるように日中の時間帯に支援し、希望に応じて回数を増やすことも可能です。拒否が見られた場合は職員を代えたり日時を変える等、声のかけ方を工夫して無理なく入浴してもらっています。湯は一人ずつ入れ替え、好みのシャンプーやボディソープ、保湿剤等を使う利用者もいる等、楽しみながら入浴してもらえるよう支援しています。	
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	お昼寝の時間を作ったり、その方の生活習慣に配慮し、個々に応じた安眠や休息の支援をしています。		
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	薬情の管理で薬の把握を行っています。副作用や用量などを把握し、服薬の支援と症状の変化の確認に努めています。		
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	アセスメントなどの情報より、一人一人の生活歴や嗜好品、楽しみなど理解することで、気分転換などの支援に繋がっています。		

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
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	気候がよく天気の良い日には、散歩に出かけています。玄関先のベンチで外気浴の機会も作っています。買物に出かけたり、家族様との外出の支援もしています。	感染症流行前には日々散歩や近隣の商店へ買い物に出掛けており、現在は庭や玄関先に出て外気浴を楽しんでもらっています。季節に合わせて初詣やドライブで桜の花見や紅葉を観に外出しています。また、家族と自宅や外食に出掛ける利用者もいる等、出来る限り外出する機会を持てるよう支援しています。感染症の収束後はまた再開したいと考えています。	
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	その方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	希望があれば、電話を掛けたり手紙やはがきのやり取りができるよう支援しています。		
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	リビングや廊下には、入居者様が作成したちぎり絵や職員による飾りつけで、季節感を取り入れた工夫をしています。温度調節を行い、空気清浄機を使用し湿度にも配慮し、居心地の良い空間作りを工夫しています。	生花や季節に合わせて雛人形等を飾ったり、毎月利用者と職員でちぎり絵等で飾り付けを行い季節を感じ温かい雰囲気を作っています。テーブルの配置や座席は利用者同士の関係性を考慮して決めています。利用者の体感を聞きながら室温を調整し、手すり等の消毒にも気を配ると共に、毎日換気や利用者も出来ることに携わりながら掃除を行い快適な共用空間作りに努めています。	
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	リビングでは指定の席を設けています。ソファも置いてあり、ご自分のスペースを確保できるよう工夫しています。		
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	入居時に馴染みのものを持って来て頂けるようお伝えしています。その人らしく過ごせる居室で、居心地良く過ごせるように支援しています。	入居時に家族に使い慣れた馴染みのものを持って来てもらうよう伝え、テレビやテーブル、棚、家族の写真、大切にしている位牌等を持ち込み家族が配置しています。ぬいぐるみや利用者自身が描いた絵等を持参している利用者もいます。布団を敷いて休むことも可能で、毎日換気や利用者も出来ることに携わりながら清掃を行い清潔保持に努めています。	
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	安全で分かりやすく、簡単に使えるよう配慮しています。		