

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット/さくらユニット)

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		
所在地	大阪市旭区生江2-11-15		
自己評価作成日	令和6年2月4日	評価結果市町村受理日	令和6年4月25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)】

ご入居されたお客様、そしてそのご家族様にも安心して生活して頂けるように努めています。医療との連携を図り、変化、変更点があれば直ぐに報告相談しています。お客様一人一人に寄り添い出来る事に視点を置き、興味が持てる事、楽しいと思える事、又自身が役割として出来る事を継続して行えるよう、支援しています。月に一度、季節感じられるようなテーマを取り入れ、レクリエーションを開催しています。気づき、寄り添うを基本にケアしたいと思う

※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 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和6年2月17日		

法人本部の理念を基本とし、毎年度初めに事業所独自の経営目標「お客さまご家族の真にお役に立てるサービスを提供することが使命であり私達の価値であり、ホームいくえの矜持となります」と唱って、利用者に合わせた自立支援で笑顔溢れる安らぎを届けるよう努めている。管理者は常に「気づかないふりをしないで、直ちに行動に移す」と力説し、転倒・事故防止に繋がっている。職員間の人間関係は良く、地域住民・家族からの信頼も高く、利用者に寄り添い気配り・目配りの姿勢が伺われる。また設立当初から食にこだわりを持ち、有名な三ツ星シェフ監修による法人所属の管理栄養士の献立で、調理専従職員(2名)が昼・夕食を丹精込めて調理し、また食事レクリエーションや季節ごとの行事食にも力を注ぎ、利用者から「美味しい・美味しい」と笑顔の言葉が聞けた。

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、生き活きと働いている (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している (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				

【本評価結果は、2ユニット総合の外部評価結果である】

自己評価および外部評価結果【2ユニット総合外部評価結果】

[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	経営方針書に「地域に愛されるホームを目指します」と明記し、毎日、朝・夕礼時に朗読し、実践に繋げている。 ご近所の方との交流(挨拶運動)、清掃活動に参加等。	法人本部の経営目標を基本として、毎年度初めに事業所独自の経営目標「お客さまとご家族の真にお役に立てるサービスを提供することが使命であり私達の価値であり、ホームいくえの矜恃となります」と謳い、朝のミーティング・勉強会・新人研修会などで唱和、確認して実践に努めている。	
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	地域の行事に参加している(祭り)	自治会に加入し、地域の様々なイベントや夏祭りに参加し交流を深めていたが、事業所の諸事情(新型コロナによるクラスター発生など)の為リスクを考慮し、以前のように積極的な交流は自粛している。自治会長・地域包括支援センター・公民館長より情報は得ている。公園散歩時などには挨拶を交わしている。	
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	以前は行っていたが現在は行っていない。		
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ヶ月に1度開催し、地域包括、ご家族様が参加され意見交換しアドバイスを頂いていたが、ぜんざいコロナ感染予防で、ペーパー会議で行っている。	2023年1月までは書面会議であったが、3月より家族(4組)・自治会長・地域包括支援センター職員・ケアマネジャー・管理者等の参加で対面会議を実施、現状報告(前回の議事録の確認・事故報告・行事予定)などを行い、出席者の意見を聴いている。議事録は“いくえ通信”とともに全家族・関係機関に送付している。地域からの参加者拡充を課題とする。	運営推進会議の意義と運営目標を踏まえ、参加者(民生委員・婦人会長・公民館長・ボランティア団体)の増強、地域資源の活用を積極的に行い、地域の事業所への理解と認知症への認識を深め、また施設の稼働率を上げる為にも運営推進会議の活用を期待する。
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取り組んでいる	主に地域包括と自治会長と連絡を取りご意見情報を頂いている。	主にケアマネジャーが様々な申請や書類の提出などを行い担当部署との関係性は良好である。研修会・地域の行事などの情報もラインで知らされている。地域のグループホーム連絡会議に参加して、他事業所からの様々な情報や意見を参考にして運営に生かしている。	

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
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	身体拘束をしないケアを実践する為に、身体拘束にあたる具体的な行為を研修会で確認理解し、日々のケアの中で行う事が無いように取り組んでいる。 新人研修でも身体拘束ゼロマニュアル・手引き等の研修を行っている。	身体拘束適正化委員会を2ヶ月に1回開催し、議事録は全職員の閲覧で周知されている。毎月1回フロアリーダーが中心に勉強会・研修会を開催し、拘束についての意識強化を図っている。玄関の鍵は防犯上施錠しているが、利用者が希望する場合は対応して閉塞感のないケアに努めている。	
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	毎年、虐待防止の研修を行っている。 虐待は元より、日々のケアの中で不適切ケアに繋がる事は無いが、フロアリーダーが中心となって、職員が疑問に思ったことがあれば月一回の会議の中で話し合いケアに反映し、虐待防止の徹底に努めている。		
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	日常生活自立支援事業や後見人制度について、それぞれ研修等で学ぶ機会がある。 現在、後見人制度を利用されているお客様方がいらっしゃる。		
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	入居時に重要事項説明書・契約書の説明を行い、必ず質問等ないか確認し、理解納得を得たうえで契約を行っている。 内容に変更があれば、内容の説明を行い変更合意書を締結している。		
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	運営推進会議で家族会を実施している。 運営推進会議の議事録は、毎回ご家族様に郵送している。	2ヶ月1回運営推進会議後、参加した家族で意見や要望を聞く機会を設け、参加出来ない家族には電話やラインで聞くように心掛けている。毎月送付する“いくえ通信”は、月毎にローテーションを決めて担当職員が個人別に暮らしの様子を記しており、家族の好評を得ている。	

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
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	月1回のフロアミーティングを開催し、スタッフからの意見を聞き、運営に反映させている。	月ごとに順次利用者3人の検討課題を提出し、フロアミーティング時にカンファレンスを行い、検討し出された意見・要望は試行期間を設けて実施し、反省と評価・実践(PDCA)のサイクルを用いて業務改善に繋げている。管理者は3ヶ月1回個別面談を行い職員の意見・要望・悩みなど聞く機会を設けている。	
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	雇用契約更新の際に個別での面談、又は定期面談を行い、向上心を持って働ける職場環境の整備に努めている。		
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	社内評価にて、各自のスキルと目標の確認をし、毎月の勉強会や、資格取得に向けた社内研修や、外部研修に参加する事でスキルアップを図り実践・現場でのトレーニングを進めている。		
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	旭区のグループホーム連絡会が3ヶ月に1度開催され参加している その際管理者以外の職員も参加し、サービスの向上に向けて意見の交換がされている		
<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	入居前にご本様と面談を行い、それまでに利用していたサービス事業者からの情報提供、ご家族様に作成して頂いたメモリーブックを活用しながら、ご本人様のご要望等確認し、安心して過ごせるように心がけている。		

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
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	入居前にお会いする機会を持ち、今までの生活での生活での困り事をお聞きし、これからの生活で不安に思う事、又分からない事をお伺いし説明している。		
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	入所前にそれまでの生活状況の把握とアセスメントを行い、課題抽出をして自立支援に向けたケアプランを元に対応を進めている。		
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	家事等のお手伝いをして頂いたり、季節の行事やレクリエーションの準備等、ホーム内の役割を持って生活して頂いてる。		
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	職員とご家族様が密に連絡・報告を取り合い、ご本人様がご家族様を身近に感じられるように、又、ご家族様に参加して頂ける様にしている。		
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	ご家族様からの協力を頂きながら馴染みの方々との関係性の継続に努めている。	入居時に把握した利用者の馴染みの関係をアセスメントシートに記載して職員間で共有している。コロナ禍で馴染みの人や場所との関係は薄れているが、時たま友人、親戚、孫たちが訪問している。手紙・年賀状のやり取りを支援している。リビングで懐かしの昭和歌謡曲などを聞き、口ずさんでいる利用者もいる。	

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
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	お客様それぞれの個別ケアに努めると共に、お客様方の中に立ってコミュニケーションが円滑に進むよう援助している。		
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	サービス終了後でも、福祉制度に関する事や、新たに認知症等での相談等受けている。		
<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	メモリーブックやご家族様からの情報を元に、生活歴や趣味を把握している。ホームで生活していく中でのご本人様の意向をお伺いしている。困難な場合は、ご本人様本位での生活が出来るように、カンファレンスを行い検討している。	入居時に事業所独自のメモリーブックを作成し、本人の希望・趣味・生活歴など細かく記載して職員で共有し把握している。その後の日常生活の中で利用者の態度や仕草から気づきノートに記載し、カンファレンスを行い検討している。表現の困難な利用者には家族に聞いたり、表情から推しはかり、出来るだけ意向に添った支援に努めている。	
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	メモリーブックやご家族様からの情報・これまでにかかわってきた医療・看護・介護関係者にも情報提供を頂き、経過等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	個々に作成されている、気付きノートの活用・申し送りノートでの状況や状態の共有・カンファレンスの前に事前にスタッフからの報告等を含め把握に努めている。		

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
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	基本3ヶ月に1回行い、課題分析や評価の見直し等行う、又ご家族様や医療関係者の意見も含め検討反映し、介護計画の見直しに活かしている。	毎月開催されるユニット会議でのアセスメントで評価・課題分析を行い、利用者・家族・医師・看護師から情報を収集して、3ヶ月毎にモニタリング・カンファレンスを行い、計画の見直しを行っている。利用者主体の暮らしを反映した介護計画となっている。体調変化時は臨機応変に見直しを行っている。	
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	個別に日常生活記録・気づきノートを作成し、申し送りノートを活用、情報共有しながら、実践し結果や意見をカンファレンスで共有し介護計画の見直しに活かしている。		
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	個別のニーズに対応できるように、定期的に業務の見直しを図っている。		
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	地域の行事に参加出来るように支援している。		
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支援している	入居前にかかりつけ医の希望をお伺いし、かかりつけ医との関係性が持てるよう情報共有を行っている。 専門医の受診が必要な場合の支援も行っている。	協力医の他に夫々従来からの医師3名の訪問診療を受けている。歯科医は希望者のみが訪問診療を受け、定期的検査や他の専門科受診については、緊急受診以外は家族対応としている。いずれもの受診内容は家族と共有している。	

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
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	訪問看護師が各ユニット週一回訪問し介護職員への報告・提案を行っている。 24時間緊急時の対応も担っている。		
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	入院時の情報提供を行い関係性を作り、退院までの間情報交換等を行い退院までの関係性を築いている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	方針については重要事項説明書に明記しており、契約時に説明を行っている。 重度化や終末期についてはホーム内で出来る事を主治医や看護共に情報共有し協力を得てチームケアに取り組んでいる。	重度化や終末期対応については本人・家族の入所時に同意を得ており、対応の必要時には、医師・家族・事業所と協議を重ね、看取り本人の人生に敬意を払い、苦痛なく穏やかな終末期を過ごすこと、細心の注意でケアに当たるとし、経験を重ねている。事後の話し合いでの意見を次につないでいる。	
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	緊急マニュアルに沿った研修を行っている。 毎日々礼時にCPR呼称を行っている。		
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3回、火災訓練・災害時訓練・夜間想定訓練を行っている。自治会にも訓練の参加を呼び掛けている。 BCPマニュアルを作成	消防署立ち合いでの訓練と夜間想定での自主訓練を実施している。コロナ5類移行後での自治会への協力要請と、水害想定訓練再開、非常勤職を含めた全職員の訓練参加の検討を今後の課題として認識している。食品備蓄3日分と簡易発電機や防災用品の備えはある。	淀川氾濫想定区域に立地していることも鑑み、利用者の重度化や職員体制、災害時のインフラ停止期間などを考慮した事業所独自の対策について、備蓄品の増量、地域との協力体制強化、BCP(事業継続計画)の見直しも含めた検討を期待する。



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
<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	人格を尊重してプライバシーの確保、お客様サービスを意識した声掛けに取り組んでいる。	経験上の慣れや認知症だからの意識での対応は、利用者の表情に表れる。大事にされていると感じてもらい、安心して生活してもらう基本としての気づきと寄り添い、言葉かけ(対応)が一人ひとりの尊重に繋がるとしている。不適切な言動については勉強会での課題として取り上げ、お客様ファーストの実践に向けて努力している。	
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	自己決定を尊重するとともに、洗濯の地涌に基づいて生活できるように支援している。		
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	お客様ファースト。 ご本人様のペースで生活できるように支援している。		
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	1日の始まりのモーニングケアで身だしなみを整えるように支援、衣服の選択等行いご本人様らしい身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立は管理栄養士が三ツ星シェフ監修のもとに作成。 料理は専門スタッフがやっている。 盛り付けや後片付けはスタッフとお客様が一緒に行っている。	届いた献立により専門スタッフ(2名)が食材を購入して昼・夕食を作り、朝は夜勤者が担当している。食事レクリエーションとして階下の通所事業所の休日に参加家族(6~7割)と共に餅つきを行うなど、家族も楽しめる計画がある。キッチン会議(本社・専門スタッフ)で検食結果を含めた評価で食事のレベルアップを図っている。	

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
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	訪問歯科からの嚥下評価を元にその人にあつた食事形態で食事提供し、量やバランスの良い食事が出来るようにしている。 食事・水分量は毎日記録、主治医にも共有している。		
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	口腔ケアの声掛け、可能な方は自身で行って頂き困難な方はスタッフの介助にて行う。 口腔内の状態把握として、訪問歯科医・歯科衛生士より評価指導を受けている。		
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	排泄表を記録し、排泄パターンやサインを把握し、極力トイレでの排泄が出来るように支援している	安易に排泄用品を使用しないとするが、高齢化・重度化により使用率は高くなっている現状で、各人の状態・状況に応じて、トイレでの排泄を心掛けている。状況によっては、排泄した尿や便の写真を撮り、医師・看護師に連絡、体調管理に繋いでいる。	
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	毎朝ヨーグルトの提供や、牛乳の提供。 体操等する事で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、個々にそつた支援をしている	訪問診療や、リハビリのスケジュール等を加味し、週2回入浴できるように基本スケジュールを組んでいる。 あくまで予定であり、その時々によって調整し、個々に沿つた支援をしている。	基本に沿いつつ、各人の希望や体調に合わせての入浴タイムとしている。疾患により止むえずシャワー浴のみもあるが、シフトの工夫で二人介助にも努めている。入浴だけが目的でなく、オシャベリタイムでの効用もありとしての支援を心掛けている。	

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
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	生活習慣や身体状況に応じて休息して頂いている。 日中の活動性を上げる様に体操や合唱等取り入れ、しっかりと睡眠が取れるように支援している。		
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	主治医・薬剤師と連携を図り服薬管理を行っている。 変更がある場合は医療連携に記録し、服薬健康の申し送りに、変更理由や服薬方法を記載し共有、服薬確認表にて確認も行う。		
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	レクリエーション・家事・散歩や買い物等、生活に張り合いが出る様に、又、楽しいと思っ て出来る趣味等で気分転換が出来るように支援している。		
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	ご本人様の思いをご家族様にお伝えし、協力をお願いしている。協力が困難な場合はご家族様に確認の上こちらで対応出来るように検討している。	夏季・冬季も含め、一人週に1度は近場の散歩を実施することとし、春に予定の花見には家族の協力を依頼している。コロナ5類移行後、家族との外出、外食は歓迎しているが、外泊の実例は無い。スタッフ配置の困難がある中では、重度化も伴って理想とする外出支援については苦悩している。	
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	基本、金銭は事務所内の金庫にお預かりして管理している。 ご本人様がお金を所持する事もある。		

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
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	ご本人様所有の電話が無い場合は、ホームの電話を使用して頂いている。 手紙を出す事についての支援も行っている。		
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	季節感を取り入れた、装飾や塗り絵の展示をしている。 掃除は定期的に行い、その時々に応じて掃除を行っている。 カーテンや照明を昼夜間で調整し、温度湿度管理に努めている。 空気清浄機を利用し、匂いに関しても不快を感じないように配慮している。	両ユニット共に工夫のある飾りつけやテーブル配置で、居心地の良い食堂兼居間となっている。構造上キッチンと事務所から死角となる居室がある故か、日中は殆どの方がリビングで過ごすようだが、傍に誰かいることの安心感もあるかと推察する。レイアウトの工夫に加えての職員の目配りと気配りが要素とも窺える。	
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	食席にはお客様同士の関係性に留意し座って頂いて、レクリエーション等で席を変更する等の配慮を行う。		
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	使い慣れたものや、ご本人様の趣味の物、又ご家族様の写真等お部屋に持ち込んで頂いて、親しんだ環境を想起して頂ける様にしている。	入口に夫々の表札を掲げ、既存のベッド、洗面台、小ぶりのクローゼットに、思い思いの品々で整えられた居室は、簡素な風景あり、仏壇などの持ち込みで生活感溢れる風景ありで、夫々の暮しが安全に安心できる所として清潔に保たれている。	
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	居室に表札をつける、トイレ表示をする等の工夫、又、タッチアップやベストポジションバー等福祉用具を活用し、安全かつご本人様の自立に向けた環境整備に努めている。		