

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(3ユニット共通/1階・2階・3階ユニット)

事業所番号	2792700094		
法人名	株式会社 エバカラー		
事業所名	ウエル永楽		
所在地	大阪市大正区三軒家東1-12-7		
自己評価作成日	令和5年9月16日	評価結果市町村受理日	令和5年11月23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 FGBビル大阪 4階
訪問調査日	令和5年10月14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)】

『入居者のこころと身体に寄り添い、安心できる生活を支援する』
 『入居者の尊厳を守り、自立支援をする』 『地域に開かれたホームを目指す』
 ことを事業所の理念として掲げ、ご入居者が住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を継続できる様支援しています。また、事業所として支援の幅を広げる事が、ご入居者の生活の幅を広げ質を高める事に繋がると考え、スタッフの知識やスキルアップが効率的に行えるよう、OJTチェックリストを活用した教育システムを導入しています。また、医療的ケアが必要な方も安心して生活できるように、看護職を職員として配置し医療ケアの必要な方も積極的に受け入れる体制を整えています。

【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)】

(法)株式会社エバカラーが運営する「ウエル永楽」は現在は1階・2階で、2ユニットを運営している。理念に基づき「寄り添い・安心の支援」に取り組んでいる。法人は研修制度あり技能実習・外国語学校等を運営している。当事業所も外国人職員が就業しており、技能実習生も受け入れている。イベント行事の時に外国の珍しい料理をつくり提供して、利用者には「美味しい、珍しい」と好評である。また、管理者・ケアマネージャーが看護職員であり医療的ケア・治療を受ける利用者も入居することができ、在宅酸素療養の利用者も入居している。利用者本人も家族も安心である。状態変化や重度化の場合はかかりつけ医と提携しており特養・老健施設等と連携し利用者・家族の想いに添って継続的な支援を行っている事業所である。

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、3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【3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
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	会社理念(ホーム理念)を各フロアに掲げ、管理者と職員の共通理念としている。	理念は各フロアのリビングの壁に掲示して、常に目につき各自が黙読し目標にしている。唱和はしていない。各自が理念を覚えていて、理念をもとに具体的目標を介護計画書に記載し、実現できるようにしている。	
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	自治会に入会し地域の敬老会や、月1回ある老人会に参加していたが、コロナが流行して外出出来ていない。	自治会に加入しており、例年小学校の体育館で「敬老会の式典」があるが、コロナ禍で参加できない為景品のタオルやおやつを職員がもらいに行っている。自治会回覧板はポスト投函される。町の掲示板のお知らせを見に行ったり、民生委員や職員からも地域の情報、エイサー祭りや感染状況等の情報収集が出来ている。	
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	2か月に一度の運営推進会議を実地しており、その際にホームの運営状況や取り組みについて発信を行っている。	/	/
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	地域包括支援センター、地域の方やご家族様と意見交換、情報交換を行い、サービスの向上に向けての指針としている。	コロナ感染予防で4月迄は書面開催していた。5類に移行の6月から対面で開催し、対面と書面開催を交互に現在行っている。運営推進会議を定例化し偶数月第3月曜日午後から開催、包括支援センター職員・民生委員・利用者家族3名・利用者の参加がある。議事録は事業所の玄関棚に開示、面会時にお便りと共に手渡し全家族に郵送している。	
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	担当ケアワーカーや関連部署にこまめに連絡・相談を行い、緊密な環境を築いている。	介護保険課・生活支援課に入居時手続きや介護保険更新申請、障害手帳など種々の手続きで関係する課に出向いて報告・相談など行っている。メールで感染対策で助成金や職員の抗原検査キット等のお知らせがある。	

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
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	定期的に全職員に向けて、研修で学んだこと、ニュース等で話題になった出来事に対して、随時、申し送りを行っている。身体拘束マニュアルに基づいて、どうしても身体拘束が必要な場合はモニタリングを行い可能な限り拘束を廃止し、軽減できるように努めている。	身体拘束適正化の指針を基に「身体拘束をしないケア」の会議を行い勤務表で職員が多く参加できる日を選んでいる。不参加者は議事録を閲覧し正しい理解の周知徹底を図っている。玄関は防犯上施錠し、リビングルームから近いエレベーター横の階段も転倒防止の対策をしている。閉塞感が無いように職員と玄関先の花の水やりを行い、外気浴を行っている。	
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	OJT時や虐待防止の研修を通して認識。理解を深め、職員同士のカンファレンスや管理者からの助言などで虐待防止の土壌を作っている。		
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	6、7と合わせてケア会議やOJT時に研修を行い、制度について学ぶ機会を増やしていきたいと考えています。		
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	契約時に十分な説明を行い、個別案件にも対応しご理解・ご納得頂けているが、改定時当にも再度疑問点や不明点のヒヤリングを行うよう心掛けている。		
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	利用者さまに対しても、ご家族様に対しても気軽に不安や不満を申し出て貰える様に、お話を伺う時間も設けており関係性を深められるよう努めている。	家族からは本人が好きな物を食べさせてほしいと要望があり個別に対応し、お菓子・ノンアルコールビール等を持参され、もう年だからタバコも自由にと希望があり、職員が預かり管理し利用者家族の希望に対応している。ちらし寿司が食べたい希望では事業所で一緒に作っている。面会は感染状況を観て時間人数制限で行い、重度化の場合は居室で面会している。	

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
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	ケア会議時や、OJT・日々の関わりを通じて、職員からの提案を出来るだけ取り入れるようにしている。	職員会議や個別面談で意見を聴く機会を設けている。日常的に意見交換して、また業務の担当制もあり積極的に業務に関する内容が出され、気づきをノートに記入し共有している。オムツのパットの当て方や食事形態(トロミを付け食べる時の温度)など利用者ケアに関してよく意見がある。職員同士で言葉かけがスピーチロックにならないよう現任教育している。	
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	OJTチェックリストを活用し、定期的に評価を行う事で、知識やスキルに往した手当や職務・食席を設定し、向上心が持てるように取り組んでいる。		
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	チェックリストを活用し職員の指導に役立っている。法人内外の研修にもスタッフのスキルアップ等におうじて機会を与えている。		
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	他の事業所への挨拶回りやグループの活動の告知・交流会にて意見交換を行う。また、グループ内の事業所と連携し、相互に協力体制を敷いている。		
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	入居見学は随時受け付けている。入居前のアセスメント時に生活に対する希望や不安などの聞き取りを行う事と、スタッフとケアについて話し合いをし、信頼関係の構築に努めている。		

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
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	アセスメント時に入居者様と共にご家族様の不安や希望を出来る限り聞かせて頂き、サービス提供上、実施出来る事と出来ない事を具体的にお伝えしている。		
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	利用相談時や、アセスメント時にご本人様やご家族様が抱える問題を理解し、状況に応じて他のサービス等の情報提供を行っている。		
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	共に生活しているという意識をご利用者様、職員共に感じられように、職員と一緒に洗濯物を畳んでもらったり、調理時には炒め物や盛り付け等手伝って貰っている。		
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	ケアプランの中には、家族に担って頂く項目もある。利用者の生活を支える者として職員と協働の立場で関わって頂ける様な関係を築く様に努めている。		
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	面会時間に設定は有るが、連絡を頂ければ柔軟に対応している。外出や外泊もご希望の実現を第一に優先している。	コロナ禍で感染予防のため面会の配慮があり、以前は居室でなく別室で距離をとり時間制限し 5類に移行してからは電話で予約制にして居室で面会15分(家族2人まで)としている。家族と一緒にの外出も許可しているが、飲食は禁止としている。	

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
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	入居者間での相性やその日の様子に応じて、職員が緩衝材となったりしながら、臨機応変に孤立にならない様な雰囲気作りに取り組んでいる。		
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	退居後も必要に応じて相談に乗れる体制を準備している。		
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	日常生活でのコミュニケーションの中から、ご本人の意向や希望の把握に努めている。意向の伝達が難しい方の場合でも、まず、ご本人に確認し家族からの代弁を参考にしつつ、利用者の表情などから推察出来る事を交えてケア会議等で検討している。	毎日声掛けする時に表情や顔色などよく観て返答の言葉など普段の様子・調子を伺っている。意思疎通困難な場合はフェイスシートや家族に以前の状態や好みの物などを聴き、職員間で情報共有して対応している。	
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	利用開始までの生活歴等を本人ごや家族、以前のサービス事業所等に確認させてもらい情報を集約してアセスメントシートに記載し、職員間の周知につなげている。		
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	日々の過ごし方は、ご本人の意向を基に過ごして頂けるように、関り等から得た情報を各種記録、カンファレンス、申し送り等を通して情報の精査、共有に努めている。		

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	ご本人からは日々の生活の中や個別に取らせて頂く時間、ご家族からは面会時や電話等でご要望やご意見を頂き、集約してケア会議等で職員が検討する。ケアマネは、ケアプランを作成し、家族に説明・同意ののち、決定としている。	介護計画は入居時暫定期間1～2ヶ月間様子を観て、安定すれば短期6ヶ月・長期6ヶ月～1年間としている。モニタリングは1ヶ月毎に行っている。状況・状態変化時は主治医に相談し意見を聴き、利用者・家族・関係者とサービス担当者会議を開催し現在の状態にあった介護サービス計画書を作成している。家族に電話や面会時、郵送などで同意を得て交付している。	
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	各利用者のケア記録等の各種帳票等を活用し、ケアプランの評価の基としている。また、職員の気づき等も大切な情報として活かしている。		
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	状況に応じたケアの実践を行う事で、事業所としての多機能性の幅を広げ、利用者の生活の幅が広がるように支援していく。		
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	地域行事やグループ内の行事等に本人のご希望を優先して参加支援を行っている。特に家族等の関係から外出の機会の少ない利用者への外出機会を増やせる様な配慮を行っている。		
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	これまでのかかりつけ医の継続や複数の提携医の紹介を行い、選択して頂いている。日常の医療面の支援には看護師の常勤態勢もある。また、必要時は受診支援行っている。	訪問診療医は二人いて、入居時に説明、相談して現在は全員がどちらかをかかりつけ医にしている。歯科、皮膚科、心療内科も訪問があり、必要な人は受診している。他科受診の必要があるときはかかりつけ医の紹介状をもって家族が同行している(原則)「往診記録」で職員は情報共有し、家族には毎月の「一言通信」で知らせている。	

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	看護師の職員配置を行っている。健康面・医療面の助言を受け協働している。		
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	日頃より病院の地域連携室等と密に連絡を行う様になっている。退院時のカンファレンスも必要であれば行っている。		
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、事業所まででき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	利用開始時や状態の変化に応じて、主治医・家族・本人と話し合い、ケアの方向性を決めている。 また、その状況に応じた選択肢の提案を行い、当事業所で出来る事、他事業所や医療機関で出来る事の違いについての説明も行っている。看取りの要望には個々の対応をしている。	入居時に重度化の指針を説明し、医療処置の事前確認書をとっている。実際に重度化した場合は医師から家族に病状説明があり、今後の方針を相談するが今までは医療行為を望む人が多く入院という形で終了することが多かった。看護師が複数おり、看取り介護の職員研修も毎年行っているのも、希望があれば、実施するつもりはある。	
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	緊急対応マニュアルでの研修を行っている。		
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2回の消防訓練時にか、利用者も参加し実施している。また、河川に近い為、増水時には、3階以上に非難しなえればならない事を職員間で周知している。	避難訓練は法定通り実施している。コロナ禍のためここ3年は自主訓練となっている。2階からの避難は外階段で実際の時は困難が予想される。近隣はマンションで地域協力体制はできていない。備蓄はチェックリストで管理しており、BCP(事業継続計画)は会社で作成中である。	次回訓練は消防署の立会いをもとめ、有効的な避難方法を相談することと、地域の防災訓練に管理者が参加して地域との関係づくりを始めることを望む。

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	の人格を尊重する様心掛けています。職員教育に使用している教育ツールには、利用者の尊厳を守るために必要な声掛け・対応を具体的に実践できるような項目があり、常にOJTも行っている。	会社の研修資料により定期的に学習している。選択の余地を残した声掛けの仕方、相手の思いに合わせた対応(職員を孫だと思っていればそれに合わせる)スピーチロックにならないような言い換え、利用者がある場では名前でなく部屋番号で言うなどを実践している。	
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	関わり合いを大切にし、何でも話し合える関係を築けるように努力している。自己決定を行いやすいような質問の仕方などを工夫している。		
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	出来る限りその方の・希望に応じた支援を心がけている。		
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	衣類選び等には、本人様に関わって頂いている。毎月、利用できる訪問理美容に関するご要望を確認している。		
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	管理栄養士によるメニューの材料を購入し、手作りで提供している。季節や行事を感じて頂けるような献立を考えて提供している。調理や後片付けは、その時の利用者様意向や体調に応じ行っている。	平日は給食会社から届く献立付き食材を職員が調理している。土、日、祝は事業所独自で買い物から調理まで行っている。利用者の好みの粉モノなどもよく出る。職員は以前は一緒に食べていたが、コロナ禍以後は別になっている。利用者はお盆ふきなどできることに参加している。	

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
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	毎日の食事摂取量や水分摂取量を個別にチェックしている。食事形態についても一人ひとりの状態に合わせて対応している。なるべく多くの食材を利用し栄養バランスを心掛けている。		
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	入居者の状態に応じて、口腔内の清潔を保持出来るようにケアしている。また、訪問歯科による必要な口腔ケア・治療を受ける事が出来る様に支援している。		
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	排泄確認表を用い、個々の排泄状況を把握し、尿意や便意の無い方に対しては、排泄間隔を考え、トイレにて排泄出来る様に誘導している。	自立(布パンツ)の人は1, 2名で多くの方はリハビリパンツやパットを併用している。昼はもちろん夜もトイレを利用している。安易にオムツやポータブルトイレを使わないように努力している。	
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	排便リズムを整えられるように歩行等増やしたり、腹部を温めたりし自然排便を優先している。 その後に主治医と連携を行い、服薬にて排便コントロールしている。		
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	週2回の入浴をして頂いている。曜日等は概ね決まっているが、利用者からの要望には応じられるように職員体制を取り柔軟に対応している。	2階の浴槽は一般家庭用であるが(3方向にあき)1階にはリフト付きの浴槽がある(スライド式の椅子が上下するタイプ)ので、安心安全な入浴が提供されている。男性職員が多いが、特に同性介助の希望などはないそうである。	

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
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	日中の適度な活動量の確保、睡眠時の環境への配慮を行いながら、利用者の体調やご要望に応じてお昼寝なども取り入れている。		
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	薬歴にも配慮する様、職員教育を行っている。 服薬介助に関しては、複数人の確認をルールとして誤薬防止に努めている。		
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	ご利用者様の個々のご要望やご意向を把握して、生活レクの一環として洗濯物たたみ・食事準備・片付け等の出来る事、やりたい事の思いに添える様に支援している。		
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	コロナが流行る前には、ご家族と月2.3回の外出されている方もいて、外出の少ない利用者に関しては職員が付き添ってその機会が作れるように配慮していた。今後は、地域との関りを持ちつつ外出の機会を増やしていけたらと思っている。	春には近所の神社に桜の花見に行ったり、夏には地域のグラウンドで行われた盆踊りに行ったりしたが、日常的には玄関前に出てプランターに水撒きする程度で、散歩も再開していない。コンビニへの買い物は再開予定である。	
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	金銭的なトラブルが生じないように所持は控えて頂いているが、外出した際には、ご本人が買いたいものを買える様に立替払いで支援している。		

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
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	電話の取り次ぎや利用の申し出への対応を行っている。郵便物に関する取り次ぎもやっている。		
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	空調にて温度管理行い、必要に応じ、換気行っている。 季節に応じた飾り付けや写真の掲示等を行い、話題づくりのきっかけを作っている。	毎月の行事や季節のイベントの写真が壁にたくさん飾られている。特に以前実習生と一緒につくったという、清水寺や金閣寺のちぎり絵はすばらしい出来である。食卓のほかにソファもおかれてひとり一人にとって居心地よい場所になるように工夫している。	
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	食卓で自分の席の確保、ゆったりと座れるソファの設置を行い、その時の気分や場面に合わせて選んで頂ける環境を整える様配慮している。		
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	入居時に利用者自身にとって、馴染の物を持参して頂き、安心感に繋がる居室内の環境整備をしている。	ベッド、カーテン、空調、照明は設備されていて、それ以外は今まで使っていたものを持ち込んでいる。タンス、洋服掛け、家族の写真、仏壇、ぬいぐるみなどが見られた。その人らしい落ち着いた個室になっている。	
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	利用者の日々発生する小さなニーズも敏感にキャッチできる様、利用者への傾聴を大切にする職員教育とそのニーズ達成に向けての安全確保には何をどうすれば良いか提案しやすく実行しやすい環境作りへの継続した取り組みしている。		