

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	0173100363		
法人名	シルバーハウス株式会社		
事業所名	グループホーム びえいの郷		
所在地	上川郡美瑛町大町2丁目5番14号		
自己評価作成日	令和5年5月12日	評価結果市町村受理日	令和5年6月26日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kan=true&JieyosyoCd=0173100363-00&ServiceCd=320](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kan=true&JieyosyoCd=0173100363-00&ServiceCd=320)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	合同会社 mocal		
所在地	札幌市中央区北5条西23丁目1-10-501		
訪問調査日	令和 5年 5月 24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)】

びえいの郷の理念は介護の理念のみならず、職員に対しての理念でもあり、入居者、職員の区別無く「あるがままに一人ひとりの個性を尊重し…共に暮らし、そして支えあう」ことを念頭に置き日々努力している。

【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)】

JR美瑛駅から徒歩圏の閑静な住宅街に立地しているグループホームびえいの郷は開設から18年目を迎える平屋建て2ユニットの事業所です。東西に分かれたユニットは廊下で繋がり、併設された老人ホームとも廊下で繋がりが行われています。年間を通して計画的に行われている内部研修は、職員の希望を取り入れ、様々なテーマを設定し、職員が講師となり研修を行い、より良いケアにつながるよう学びや研鑽を積む機会となっています。毎月送付の「お便り」には行事や日常の写真のほか管理者、看護師による体調管理の説明、担当職員による日々の生活の記録や利用者の言葉や心の動きも詳細に記載され、家族の安心と信頼を得ています。コロナ禍ではありましたが、地域の感染状況を確認しながら、散髪や買い物などの外出支援を行い、ドライブや地域行事の見学なども行っています。理念に基づき共に暮らし支え合い、地域の方の協力も得ながら家庭的な生活環境の中で穏やかに過ごせる事業所です。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目		取組の成果 ↓該当するものに○印		項目		取組の成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (参考項目:23、24、25)	○	1 ほぼ全ての利用者の 2 利用者の2/3くらいの 3 利用者の1/3くらいの 4 ほとんどつかんでいない	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、活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				

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	「あるがままの個性の尊重」「共に暮らし支えあい」「地域住民の皆様と協力」の事業所の理念は共同生活の中で互い尊重しあえることを目指し事業所各所に掲示して、職員、利用者で共通の理解で実践できるようにしている。	開設当初からの理念は事務所やホール、名札の裏にも掲示し、常に意識し実践できるようにしています。長く勤務している職員も多く理念は浸透していますが、全体会議など機会を設け理念の再確認を行っています。	
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	コロナ禍の中で行動範囲に限られる中でも可能な限り事業所の地域活動、交流の機会参加や利用者の個別の慣れ親しんだ習慣的な社会交流の機会を継続している。	回覧板で地域の情報を収集し、清掃活動や祭りの見学をしています。医師や保健所職員が来所し感染症対策の講演を行っています。行動制限も緩和されてきましたので以前のような地域交流が再開できるよう計画したいと検討しています。	
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	運営推進会議では日々のケアの実践や入退居の経緯等を報告している。地域の介護関係の講習会では事業所の紹介の機会があり、日々の支援方法の報告をしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、その時々々の問題に対して地域関係者との情報交換を行い、サービスの向上を目指している。	年6回開催している運営推進会議は、対面で行うことが難しい場合は書面会議に変更しています。議事録は構成委員の地域包括支援センター職員、保健師、町内会長へ配布していますが、構成委員である利用者家族へも議事録を配布する予定です。より多くの意見を参考にサービスの向上を目指すため、以前行われていた家族アンケートを行う意向です。	
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	月1回の地域ケア会議の参加や地域主催の講習会に参加しつながりを継続し、困難な事例が発生した場合は地域行政と細やかな連絡を図り協力関係を築いている。	美瑛町主催の地域ケア会議には施設長が毎月出席し、状況の報告などを行っています。コロナ関連では保健所と密に連絡を取り合い協力関係が築かれています。	
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	3ヶ月に1回の身体拘束廃止委員会と年2回の研修を開催し、身体拘束の対象となる行為の理解やスピーチロック、職員のアンガーマネジメント他、不適切な介護方法など意識を深めている。玄関の施錠は昼夜防犯のために行っているが、希望時は開錠して拘束にならないように注意している。	身体拘束適正化委員会は3ヶ月に一度開催され、研修会は年2回開催しています。委員会議事録、研修の記録、「指針」も整備されています。研修ではアンガーマネジメントと言葉の暴力について取り上げています。議事録は全職員に回覧し共有認識としています。防犯上玄関は施錠していますが、外出傾向のある利用者には、状況に応じて一緒に散歩に出ています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃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	身体拘束と虐待はとなり合わせであることを認識し職場内研修で管理者と職員は言葉や態度で虐待につながるケアに注意し再確認し意識を高め防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	職場内で権利擁護や成年後見制度に関する研修の機会をつくっている。別ユニットでは成年後見制度を利用して法律事務所との連携を図っていたので関係性が継続している。		
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	入居契約や内容の変更の際は文書での説明に加え口頭での説明のでも十分に理解できているか確認しながら質問しやすい雰囲気をつくり納得と理解を図っている。		
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並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	日常的に利用者、家族とは情報交換の機会を持ちご意見箱も設置して投書があった場合は内容に関して回答、返答を行い、家族、利用者話し合いの機会を持ち改善、解決に努めている。	面会の機会や電話連絡時に意見や要望を聴いています。毎月の「お便り」には管理者や看護師、担当職員から本人の日常の様子と写真、言葉など詳細に書かれたものとホーム行事の内容や写真、職員の移動などが記載された物を送付しています。利用者の中には自身の意見を意見箱に投函される方もおり、家族にも相談し文書にて回答しています。	
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	代表者は、管理者や職員の運営に関する提案や希望を困りごと聞く機会を設けを出来る限り意見を反映させている。	本社から相談役が来訪し、職員の意見を聞く機会を設けています。その他、全体会議やユニット会議、日常の職務の中で管理者は意見を聞き取っています。希望休の取得やシフトの調整も対応しています。研修等は年間計画を立て、職員の希望を聞き計画的に行われています。	
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	代表者は管理者や職員の意向、要望を尊重し就業規則等の改定に努め職員の長く働きやすい労働環境、労働条件の改善、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	計画的に職場外研修の参加の勧めや職場内研修を実施し、資格取得の案内や費用の負担の説明により資格取得しやすい環境を整えている。		
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組をしている	併設事業所との定期的な交流や地域会議へのオンライン参加機会や地域医療福祉機関の協力を受けての勉強会の機会もありサービスの質の向上に取り組んでいる。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始時に本人の生活での困りごとやこだわりを職員全体で尊重し、ご家族からの情報も受けその人らしく安心して暮らせるよう努めています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前に家族から利用者への心配や希望を聞き取り共感に努め、共に寄り添い対応できる関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談時に関係者からの情報も踏まえ必要なサービスが受けられるよう相談し、他のサービスも含め情報を提供し支援している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は認知症の理解に努め、思いを察し共感し暮らし支えあえる関係を築けるように努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族へ毎月お便り等で生活の様子等を伝え、生活の必要品の準備等に協力して頂き、面会時は情報交換し本人を共に支えていける関係づくりに努めている。		
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	コロナ禍で玄関先ではあるが面会機会をつくり関係や顔を忘れないように支援している。選挙の投票、行きつけの理髪店、買い物など希望があれば支援に努めている。	家族や友人の面会は玄関の窓越しに行われてきましたが、現在は戸外の椅子に座っての面会も可能です。人流の少ない時間帯に職員同行で化粧品を買いに出かけたり、CDで好きな民謡を聞くなど馴染みの関係や習慣が途切れないよう支援をしています。	
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	共有空間では、仲の良い同士で隣になり会話やお手伝いを楽しめるよう配慮し、人との関わりが苦手な方には一人の時間と関わりの時間を配慮し孤立しないように努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	入院により退居になった場合でも家族や医療機関と連絡を取り合いできる支援をしている。退居後もご家族の確認に努めている。		

### 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	一人ひとりの暮らしの中で言動、ひとり言、表情から思いを察し、本人が望む負担のない支援を考え、家族から本人のこれまでの心の動きを聞き取り意向の把握に努めている。	入居時のアセスメントシートその他、日常の生活の中で思いや意向の把握に努めています。意思表示の難しい方も利用者の視点に立ち意思を汲み取り、介護記録に記載し職員間で共有しています。	
----	---	--	---	--	--

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族や本人から生活習慣、エピソード、人間関係を聞き取り、慣れ親しんだ過ごし方に近い暮らし方が続けられるように把握に努めている。		
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	これまでの暮らしの中で持てる力で発揮できることを見極め気づき支援できるように努めている。		
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	本人、家族に生活の意向を確認しサービスを計画している。職員の意見を聞き、モニタリング会議でその方が負担なく力を発揮してその人らしく暮らせる介護計画を作成し評価なども家族に報告している	モニタリングは3か月ごとに管理者が行っています。担当者会議では利用者の日常の中の出来事を記載した「気づきノート」を参考にユニット職員と看護師も交えてアセスメントし、利用者本位に家族の意向を汲み取りながら短期計画、長期計画を立て6か月ごとにケアプランを作成しています。利用者の状況に変化があった場合は都度見直しを行っています。	
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	日々の様子を介護記録、ご家族通信に記録し職員間、家族と情報を共有している。連絡帳や引継ぎ会議で情報交換しケアの方法の見直しに努めている。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	事業所の都合より心身状況や家族状況の変化による要望に柔軟支援できるように努めている。		
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	地域活動の機会はないが、施設内の関わりでは一人ひとりが出来る範囲で共同作業などで役割を持ち楽しく暮らせ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に支援している	通いられた専門医への継続的な受診の支援に努め、協力病院とはオンライン、往診の受診の協力を受けて事業所の看護師と主治医が連携を図り、適切な支援ができるようにしている。	協力病院への受診は状況に応じ、オンライン受診、往診と事業所看護師と主治医が連携を図り支援しています。専門医への受診は職員、看護師が同行しています。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	事業所の職員で看護師を配置し介護職員と共に利用者の心身状況を観察し健康管理している。ご家族にはお便りで毎月情報を伝え適切な受診ができるよう相談し支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、また、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、又は、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。	体調の変動があり入院の可能性があれば家族、医療機関と治療の選択肢など確認し、入院となった場合も本人が望まれる退院時期や負担のない方法を病院関係者と相談し退院時期の変動に対応している。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入居時に事業所できる支援を説明し、終末期の意向の確認しているが解らないといった回答が多く、疾患や心身機能の低下が進み受診や入院が増えると関係者と終末期の方針を確認し状況にあった支援をしている。	入居時に重度化や終末期について事業所として出来る支援を説明しています。現在、看取りは行えない為、嚥下機能の喪失など医療行為が必要と思われる場合は主治医、看護師、家族と話し合い本人本位の支援に努めています。	
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	消防署の協力による年1回、AED、心肺蘇生等、救急救命講習は実施している。職場内研修では年1回急変時の対応、事故発生予防に関する研修を実施し対応できるように努めている。		
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	日中と夜間を想定し年2回の火災避難訓練(うち1回は消防署立ち合い)を実施している。災害時のマニュアルを整備し、必要品、設備の整備をしているが、地域の方と地震、水害等の話し合いをしている。	日中、夜間と年2回火災避難訓練を行っています。うち夜間訓練は夜間専従職員のために、夜に行われています。発電機の準備、食料の賞味期限の把握や必要品などの備蓄に努めています。	BCP(事業継続計画)の策定と、火災以外の自然災害を想定した訓練の実施を検討していますので、その取り組みに期待します。
<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	○一人ひとりの人格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	プライバシー保護、認知症ケアに関する職場内研修を実施し個人としての性格やこだわり価値観を尊重し自由に伸び伸びと過ごせるようにスピーチロック、態度等を職員で注意に努めている。	利用者への呼びかけは苗字に「さん」付けで行われています。介助時や声掛けは利用者への羞恥心に配慮しています。接遇研修を行い理念に基づき個性を尊重し支援しています。	
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	日課など自己の意思で決定できるよう確認を常に行い自主性を尊重し、選択の機会もつづけている。団体の中でも個々のペースの自己決定を尊重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、希望に沿って支援している	一人ひとりの習慣やその時の気分を配慮し、マニュアル的な日課の通りの指示などで職員のペースを優先せず、希望に沿って支援している。希望に添うことが難しい場合は説明し納得されている。		
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	担当職員が身だしなみの援助を行い、理美容の機会もあり支援している。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の嗜好を配慮し、苦手な物は別メニューを用意したり、みんなで出前食のメニューを選んだり、行事食を皆で協力して調理して楽しく食べられる機会をつくっている。	食事は隣接する老人ホームから届きます。栄養や彩り、品数が豊かなメニューは盛り付けや食事形態を利用者の咀嚼、嚥下状態に合わせて提供しています。また、出前を頼んだり、毎月第2日曜日は「誕生会メニュー」、季節の行事食も利用者と一緒に作るなど食べる事、作る事を楽しんでいきます。職員の自宅で収穫した野菜を食卓に加え、毎日のおやつ作りにも力を入れています。	
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	毎日水分量をチェックし、こまめに多種の水分を提供している。希望時はその都度提供している。疾患への影響や体重の変動も観察し水分量制限する方や出来る範囲で塩分を控えめにする方の支援をしている。		
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に、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	毎食後口腔ケアを実施し口腔内の異常は早期発見し専門医の受診を心掛けている。個人にあった口腔ケア用具を揃えるように務めている。		
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向けた支援を行っている	声掛け誘導、排泄チェックで個々の排泄間隔の把握に努め、使用具も不足感なく自立できる支援に努め、2名介助でもトイレでの排泄機会を確保し快適に排泄できるよう支援している。	トイレでの排泄を基本としています。職員は排泄のパターンをチェック表で把握し、適時、羞恥心に配慮した声掛けを行っています。自立された方は見守りをし、一人ひとりに合わせた介助、衛生用品を使用し支援しています。	
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	起床時に牛乳と朝食時にヨーグルトの摂取を勧め、1日の水分量をチェックしている。運動の機会をつくり便秘時は下剤の調整をしながら看護師が対応している。		
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ず、個々に沿った支援をしている	入浴日は決まっているが、時間帯などは本人の希望に沿って負担なくゆっくり入浴できるよう支援している。	入浴は週2回を基本としています。入浴が楽しいものとなるよう、香りや色を選ぶように数種類の入浴剤を用意し、湯温も好みに合わせています。入浴支援時は利用者の思いを聞く機会にもなっています。入浴拒否時は無理強いすることなく、利用者のペースに合わせ支援をしています。	
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	一人ひとりの体力の低下等を配慮し休休み過ぎによる寝たきりも予防し休養の支援をしている。就寝時間は個々のタイミングにあわせて気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	通院時に薬の変更がある場合は受診記録等で情報を共有している。一人ひとりの処方薬表で処方薬の内容を確認している。副作用や用量に問題はないか観察し、話し合い通院時に相談している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人のできる範囲や特技を見極め作品づくり、手伝いなどその方が楽しく力を発揮できる機会をつくり刺激につなげられ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沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	季節を感じられるドライブやイベント見学の機会をつくっている。希望があれば買い物や選挙、公共機関に行つて相談事が出来るように家族とも協力し支援している。	桜の花見や上富良野の深山峠へのドライブ、近隣小学校の100匹を超えるこのぼりの見学、白鳥見学などコロナ禍であっても、密になることを避け、外出の機会を作っています。また、お寿司を好む方が多く、今後は数名に分かれて回転ずしに行く予定です。	
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	入居時に預かり金管理規定を説明し、必要時に使用することを家族と話し合っている。本人も金銭管理される場合は、混乱ない範囲で所持し気兼ねな買物のお願いができるようにしている。。		
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	手紙や贈り物を受ける機会があり返信の支援をしている。電話での情報交換や希望の確認も定期的にあり家族との関係が途切れないよう支援している。		
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	季節毎に作品を飾り明るい雰囲気空間をつくり、温度、室温のチェックし居室前に掲示物を貼ったり音が不快に感じたり、聞こえなかったりする場合は席替えなどして調整している。	彩光を十分に取り入れた共用空間は食卓テーブルやソファが置かれ、思い思いにくつろげる空間になっています。利用者の作品や行事の写真、季節飾りで季節を感じられるようにしています。また玄関、廊下は職員手作りの飾りつけがあり暖かい空間になっています。	
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	共有空間では半数以上の方が一人掛けソファを使用され、決まった居場所が確保されている。気の合う利用者同士を見極め座席の変更など配慮している。その時の気分にあわせ自由に座ることもある		
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	居室は本人の思いを尊重し、必要品の量や配置を相談し過剰に整頓し過ぎず生活感の調整している。本人の作品を飾るなど満足でき心地よく過ごせるように工夫している。	居室の入り口には写真と名前が貼られ、自室が分かりやすくなっています。蓄熱式暖房機と介護用ベッドが備え付けられています。利用者はタンスや馴染みの調度品、テレビなどを持ち込み、壁には家族の写真や手作りの作品などを飾り、思い思いに過ごせる空間となっています。	
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」や「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	中心部のキッチンから全体を見渡せるため日常的に本人の要望を聞き取りやすく、安全に自立した動きができるように見守り、一人ひとりにあった使用具や物の配置を工夫している。		