

**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	0170503916		
法人名	医療法人社団鈴木内科医院		
事業所名	グループホームきよたⅡ		
所在地	札幌市清田区清田4条2丁目10-27		
自己評価作成日	令和5年9月1日	評価結果市町村受理日	令和6年1月5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)】**

- ①当ホームは鈴木内科医院が併設しており、医師や看護師など多職種と連携しやすい体制がある。週1回の看護師による状態把握、月2回の往診があり、認知症症状の共有や内服薬の調整なども行い易い。医療処置が必要となれば同法人の訪問看護が迅速に介入でき、訪問リハビリも利用者様の評価に入って下さる。
- ②ケアではユニチュードを取り入れ、その人らしさ、尊厳を大切にしている。理念の『尊厳のある暮らし』を目指し、利用者様の能力を活かした活動の提案など日々行っている。また非日常的な体験も重要と考え、定期的に外出を企画し景色や食べ物などから季節を感じていただく企画を考えている。
- ③週1回研修の時間を作っている。新人職員・技能実習生の育成、知識技術の向上、ケアの振り返りなどから日々学ぶ機会を作っている。
- ④法人がワークライフバランスを推奨しており、年2回の1週間の長期休暇や登山部、カーリング部、フットサル部など社内部活動をを通して他部署と仕事以外の交流の場を持つことに力を入れている。

※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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0170503916-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0170503916-00&amp;ServiceCd=320</a>
-------------	---

**【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 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	令和5年12月4日

**【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)】**

事業所はバス停から至近距離にあり、コンビニや商業施設などが身近にある住宅街に位置している。敷地内には母体である医療機関や系列のグループホーム等が併設しており、災害時や体調変化時においても連携体制が確立されている。職員は、コロナ禍以前の生活に戻そうと模索をしながら、町内会主催の文化祭に利用者との共同作品であるちぎり絵を出展し、利用者で見学している。運営推進会議では、地域関係者や家族、行政から利用者の尊厳維持や防災関連等に向けた意見が多く出ており、貴重な時間帯になっている。家族の支援で家での食事や外来受診ができており、また、衣料の購入時は家族も足を運んでいる。感染対策を講じて、外食や花見、ブドウ狩り、北広島にある野球場見学に出かけ利用者の笑顔が増す機会となっている。利用者が安心安全に過ごせる環境作りにも努め、心豊かな生活が送れるよう、職員のため努力が続いている。

**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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、活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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	67	職員から見ても、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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	68	職員から見ても、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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	理念「尊厳のある暮らし」「認知症に伴う障害の緩和」「家族への支援」を掲げ、毎朝唱和を行う。毎月2回はカンファレンスを行いケアの振り返りと共有を図っている。	系列の事業所との共通理念をケアの基本とし、事業所内の掲示や事業所便りに記載、朝礼時の唱和等で意識づけを図っている。会議等で理念に沿ったケアが実践できているかを確認している。	
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	コロナ禍で月1回の老人会、子育てサロンへは参加できなくなった。今年6月より運営推進会議を再開。少しずつ交流が増えている。	徐々に地域交流が再開され、運営推進会議に地域関係者の出席を得ており、また、町内会の文化祭には利用者の合同作品であるちぎり絵を出展し、利用者で見学している。住民からの介護相談には、親身に対応している。	
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	コロナ禍で地域に出ていく活動には参加できていないが、ホームの見学や問い合わせには感染対策を取り伝えていった。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	今年6月の再開までは包括と文章で情報共有を行う。再開後は直接町内会会長や老人会会長から意見を伺うことができ新たな課題抽出の場となっている。	会議は6月から対面で行われ、地域関係者、家族、地域包括支援センター職員の参加の下、利用者や職員状況、活動報告、虐待防止に向けての資料等で意見交換が行われている。メンバーからの情報である災害対策は、今後に取り入れることとしている。	
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に取り組んでいる	介護報酬改定や新たに加算算定の際には不明点等を問い合わせ助言をもらう。コロナ禍での対応も相談させていただいた。	運営に関わる制度改正時やコロナ禍関連での疑問等は、管理者でもあるホーム長が各部署と連絡を取り解決策を見出している。主にメールでの遣り取りだが、認定更新調査時や運営推進会議で来訪の職員とは情報を共有している。	
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「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	ホーム会議、運営推進会議の場で身体拘束についての議題をあげて共通の理解を持ってケアに取り組んでいる。新人職員には身体拘束についての講義を行っている。	身体拘束や虐待を行わないことを共通認識としている。指針を踏まえ、適正化委員会、研修会を年4回実施し、振り返りを行いながら正しい理解に繋げている。特にグレーゾーンにある行為を注視するなど、適切なケアに努めている。	
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	管理者や職員は外部研修で高齢者虐待防止について学んだ際にホーム内で伝達講習を行っている。		

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	管理者が学ぶ機会はあるが職員に対しての勉強会はできていない。共通した理解を持てるよう勉強会を計画する。		
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	契約の際にはご家族様の思いを伺い、不安に対しては認知症の症状も解説しながら共通理解を深められるよう努めている。		
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	利用者様の意見や思いは日々の関りで抽出し、会議等で共有している。コロナ過で面会は減ったがご家族様とは電話やLINEで情報交換を行い、そこでの情報も会議等で共有を図っている。	家族には、毎月、個別に日常の様子や外出時等の写真と担当職員による利用者の近況報告、行事予定を記載した事業所便りを送付し、また、折に触れラインで動画を発信している。利用者や家族の外出希望は、ドライブで果樹園や外食などで応じている。	
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	管理者は日々の業務で職員の提案を聞く時間を設けている。その場で解決できず他職員の意見も必要なものは会議等の場を活用。その他に職員の意見を知る手段として、紙への記載や共通のツール等も活用している。	職員間の情報共有は、申し送り時や書面、会議、端末機のアプリを利用している。ホーム長による人事考課や都度の面接でも、職員は、意見や提案、個人的な希望を伝えている。ストレス度チェックを行うなど、働きやすい環境整備に努めている。	
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	代表者は各職員の得意とする能力の把握に努めている。各職員が仕事に自信とやりがいを持つ事を重要視し、その上で必要な課題の提案を行う。把握するには日々職員とのコミュニケーションが重要と考えている。		
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	毎週日曜日に勉強会を開催。現在の利用者様の課題や経営面の内容等も実施。理解したことはその場でフィードバックし学びを深めるよう工夫する。来年度からは各職員がメインとなる勉強会も計画中。コロナ禍はリモートを活用した外部研修等に参加。		
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	コロナ禍で直接的な交流は少なかったが、リモートを使った法人内外での会議や研修は実施。同法人のグループホーム職員と勉強会も開催する。		

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
<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	本人が入居する前に極力、ご自宅、病院、施設を訪問して現在の状況を見せてもらい、今の生活を継続したいのか、それとも変化を求めているのかも耳を傾けながら、本人の安心を確保す関係作りに努めている。		
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	本人が自分から訴えられないケースが多いのでサービス利用開始の段階でご家族や病院、施設職員から事前に聞き取りを行い、本人が困っている事、不安なこと、ご家族が不安なことに耳を傾けて安心を確保する関係作りに努めている。		
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	サービス利用開始の段階で本人、ご家族が求める支援を会話の表情などのなかから見極め支援出来るよう努めている。		
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	本人が出来ることは自分でして頂き、声掛けや促して出来ることはさりげなく誘導するなど暮らしを共にする意識を持って関わっている。		
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	細目に医師と確認を取り、本人ご家族との面会の機会を整備。来訪時は職員からもホームの様子をお伝えするなど交流を図っている。洋服販売のイベントにはご本人とご家族で参加できる体制を取っている。毎月『きよめーる』という写真付きのお手紙を作成し送っている。		
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	ご家族との外出の機会を再開している。一緒に過ごす時間を大切にもらい、入居後も馴染みの関係が継続出来るように支援している。	外出や面会も通常に戻りつつあり、感染予防を施し、家族の支援で家での食事や個別に馴染みの店での食事、行事レクで恒例の花見やブドウ狩り等をしており、利用者のほころんだ顔が事業所便りに掲載されている。職員は、利用者の昔話を傾聴し、大切な思い出を共有している。	
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	入居者様の性格や関係性を把握した上で食事の席やレクレーションの並びなど配慮して孤立しないよう支援している。		

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
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	サービス利用後も関係性を大切にし必要時には連絡を取っている。お看取りとなったご家族へ利用者様の写真をまとめデータで渡している。		
<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	何気ない場面で本人から希望や思いが聞かれることがあるので得た情報は申し送りや会議等で共有している。意思表示の難しい方はご家族から情報を得ている。	職員は、利用者とのさりげない会話やふとした動きから何を望んでいるのかを察知し、その思いを叶えたいと個別の記録も参考に職員間で検討している。最期をどこで迎えたいかは、家族情報や日々の関わりから聞き取ったり推し量っている。	
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	本人やご家族、からお話を聞いたりセンター方式などを利用して把握に努めている。		
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	生活の記録や申し送りで日々情報共有し、月2回ホーム会議、カンファレンスを実施している。		
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、ご家族から意向を確認し、医師や看護師の情報を踏まえケアプランを作成している。	介護計画の更新や状態変化時は、利用者の意向や家族の思い、医療に携わる人々からの助言、生活の記録(アセスメントとケアプランの実態の様子)等を参考に職員間で協議の上、支援目標を定めている。また、取得した加算により3か月ごとにリハビリ評価を行い、生活機能向上計画書を作成している。	
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	個別記録の書式を見直しより情報を簡潔に共有できる工夫を行う。変化や気づきはホーム会議で話し合いケアプラン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	ニーズがあったときは柔軟に対応できるように職員の意見も聞き体制を見直している。必要時は外部サービスの利用も検討している。		
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	以前のような地域活動に積極的に参加できていないが、今年は作品展への出品や参加が実現できた。出展を目標に作品作りに取り組んでいる。		
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	当法人の鈴木内科をかかりつけ医として月2回の訪問診療と緊急時は24時間体制で連絡を取っている。状態の変化は細目に医師に情報を伝え対応の見直しを図っている。	定期的に母体である医療機関の内科医と口腔衛生管理体制加算による歯科医の往診体制を整備している。外来受診は家族の協力を得ながら支援し、いづれも健康状態は関係者と共有している。週1回法人内の看護師による健康管理も行われている。	

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
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	週1回医療連携で法人内の看護師がきている。必要なときは医師の指示のもと訪問看護を利用している。		
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、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。	病院側との情報共有に必要なフェイスシートは定期的に見直している。入院時は病院側と密に情報交換を行い、経過なども積極的に確認し病院との関係づくりに努めている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方については院長より本人、ご家族とICを行い、ホームで出来ること、ご家族が望むことを十分話し合いながら方針を共有し、法人内の医療ケアとチームで支援に取り組んでいる。	入居時に、母体の院長から重篤時における医療連携体制を利用者や家族に説明し、同意と意向を確認している。状態悪化時は家族と方針を共有して、利用者が望む最終支援に臨んでいる。	
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	利用者の急変時や事故発生時に備えて、すべての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている。ノロウイルス、コロナウイルス感染対策や喉つまりの対応など		
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	火災や地震、水害等の災害時に昼夜問わず利用者が避難できる方法を避難訓練などで確認している。避難訓練の取り組みを運営推進会議で報告し、アドバイスをいただいている。	年2回、日中や夜間時での避難訓練を計画し、順次実施している。運営推進会議でも防災減災に生かせる意見が出ており、今後の避難訓練に取り入れることとしている。自然災害についても折にふれ話し合っている。	これから計画している地震を想定した避難訓練の実行と家族や協力者である町内会関係者へ各災害による避難場所の周知、夜間や冬場における寒さ対策などの取り組みに期待する。
<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	ホーム会議などでケアの方法を話し合い、1人1人に合った声掛けを共有している。個々の利用者様の生活歴の把握に努め、その方に合った対応や言葉かけを考えている。	理念の中に「尊厳ある暮らし」を掲げ、その実践に努めている。また、接遇研修で適切なケアのあり方を学んでいる職員は、静かな物言いや落ち着いた支援を行っている。個人記録の取り扱いも十分に配慮している。	
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	日常会話、レクなどで季節や昔の出来事につれ、本人からの話を待つ関わりを行っている。お菓子を選ぶなど、ちょっとしたことでも本人に選択してもらう機会を作っている。		
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	ご本人のその日の体調や気持ちを優先して日々の日課も無理強いすることなく対応している。入浴は入りたくない日は曜日を変更するなど臨機応変に対応している。		
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	毎朝、整容時に鏡の前で身だしなみを整えている。髪は定期的に訪問理容を利用。洋服は本人に選んでもらう機会も作っている。		

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	食事前には口腔体操を行い、出来る方にはテーブル拭き、食事の盛り付け、食後は下膳やお盆、食器拭きなど出来ることを願っている。	業者から献立と調理された食事が届き、職員は、ご飯とみそ汁を用意している。味を変えたり、要望で朝はパン食にする利用者もいる。月1回の調理レクでは、利用者のお好みを取り入れ、時には出前で外食気分を味わっている。	
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	毎食後、食事量、水分量をチェックしている。特に水分が不足の時はご本人の好きな飲み物を選ぶなど工夫している。		
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	訪問歯科を各入居者依頼している。口腔の加算も算定しているので適宜、口腔ケアについての助言、指導をもらっている。		
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	個々の排泄チェックをすることで排泄パターンを把握してホーム会議等で適切な排泄支援について話合っている。(オムツの種類、支援のタイミング、内容など)	自力排泄者の見守りやベッド上での支援に加え、尿意や便意がある内は2人介助でトイレへ誘導し、また、夜間のみポータブルトイレを使用している利用者もいる。職員の支援で衛生用品から布下着を着用できた事例がある。	
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	排便チェックで傾向などを把握しながら訪問診療でDrに相談しながら排便コントロールに取り組んでいる。便通良い飲み物の提供をしたり体操などで腸活を促している。		
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、個々にそった支援をしている	本人の希望や体調に合わせて対応している。週2回で実施。行事や外出と重なったら翌日に変更するなど臨機応変に対応している。	入浴は、1人で入りたい、湯加減などの意向は受けとめ、拒否があるときは、日にちを変えたり「1番風呂なので入りましょう」などの声掛けで入浴に繋げている。足湯にシャワー浴もあるが、大半は入浴剤入りの浴槽で寛いでおり、歌や本音が聞ける時間となっている。	
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	その日の体調を見ながら、休息の時間を促している。不眠や除圧を目的に静養を促すこともある。		
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	個人ファイルに薬の処方箋を挟めて情報を共有している。薬の増量や中止があれば一覧表を更新して症状の変化についても把握できるように努めている。		
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	本人の好きなこと、出来ることを日々の変化も見ながら本人の能力に合わせて支援している。		

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
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。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	果物狩りなどの外出行事や個別支援として外食など非日常的な体験の提供に努めている。町内会の老人会、子育てサロンなど地域の交流はまだ再開出来ていないが、感染リスクの低い場所を選び少しずつ再開している	日常的には、周辺の散歩や畑の野菜の成長を眺め、ミニトマトやキュウリを収穫している。感染対策の上、個別や数人で北広島にある野球場見物や外食、花見、ブドウ狩りなど季節を感じながら、日々の暮らしに変化をつける企画を立てている。	
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	金銭管理は難しい方が多いためホーム内金庫で管理している。買い物で支払い可能な方には促している。		
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	本人から希望があった際には電話や手紙のやり取りを手伝っている。		
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	共用のスペースはBGMの音量や曲調、光が眩しくないように配慮している。レクで作成した作品を飾ったり居心地よく過ごせるように工夫している。	殆どの利用者は、一日の大半をリビングで過ごし、職員はゆっくりできる環境作りに努めている。共用空間には、クリスマスツリーがひととき華やかに飾られている。	
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	入居者様の入れ替わりで雰囲気が変わるので、都度、テーブル配置や席の配置など工夫している。共用空間で独りになるのは中々難しいのでそのときはご自身の部屋で過ごしてもらっている。		
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	入居の際に、馴染みのあるもの(家具、飾り物、作品など)を持参いただき、居心地の良い空間になるように工夫している。	押し入れがある居室には、生活用品や仏壇などが持ち込まれ、また、家族写真や手製のパッチワーク、レクでの作品を飾るなど、それぞれが趣ある設えになっている。	
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」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	建物内の手すりを使って歩行訓練を行ったり、階段で移動し別の階の方に会いに行くなどの取り組みを行っている。トイレの前に目印をつけ一人で行ける工夫なども行っている。		