

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	0195700083		
法人名	クリーンハウス(株)		
事業所名	グループホームたんぼぼ岩見沢館		
所在地	岩見沢市6条西13丁目38-4		
自己評価作成日	平成27年2月11日	評価結果市町村受理日	平成27年3月12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)】

利用者様とご家族が、どう生活してきたいのか。そして利用者が何を必要としているのかを考え「その人」と向き合うように日々支援させていただいています。グループホームを施設ではなく生活の場として考え、利用者様の日常の中で役割が見つけられるように、利用者様と協力して、ここでの生活をしています。

※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	http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=tue&JigyosyoCd=0195700083-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 27 年 2 月 25 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)】

岩見沢市の中心部から徒歩圏にある2階建て2ユニットのグループホームです。同一法人がデイサービスや居宅介護支援事業所など5つの介護サービス事業を行う「いこの里」の中にあります。開設後2年と新しく、清潔で快適な環境が保たれています。共用空間が広く、窓が大きいので明るさが十分確保され、多くのソファを置いて利用者が自由にくつろぐことができます。利用者同士や利用者と職員の会話が多いのも特徴です。職員は理念をよく理解し、一人一人の想いを尊重し、笑顔で利用者に接しています。また職員間の関係も良好で、働きやすい職場となっています。毎月の「たんぼぼ通信」の他に利用者ごとの様子や健康状態を記した「生活状況報告書」を家族に送り、情報提供しています。また、利用者がかかりつけ医を受診する際には、ホームですべての通院を支援しています。外出の面では日常的な散歩や買い物など自由な外出を支援するとともに、年間行事で花見や紅葉狩り、リンゴ狩りのほか居酒屋や焼き肉店、レストランでの外食を楽しんだり、日帰り温泉にも出かけています。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	
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	介護理念は目に付くところに掲示してあり、会議や研修の際には介護理念について触れ、日常のケアにつなげていけるように話し合っている。	3項目からなる介護理念の中で「住み慣れた地域とのつながりを大切にします」という文言があり、地域密着型サービスの理念として確立しています。職員は研修などで理念の理解を進め、実践しています。		
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	町内会に入っており、地域の民生委員や町内会長は運営推進会議に参加してくれている。地域の行事に参加したり、施設の行事には回覧板を回して参加を呼びかけるなどしている。	同一法人の同地区の5施設合同の夏祭りに、多くの地域住民の参加を得ています。地域の盆踊りに参加し、子供神輿がホームを訪れています。ホーム長が地域住民の介護に関する相談に乗っています。		
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	認知症の人が地域に出る事によって、地域の人達に認知症の人への理解を得られるように取り組んでいます、また併設の居宅介護支援事業所を通じて、地域の人からの認知症についての相談や、他グループホームの紹介などを行っています。			
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	運営推進会議では市役所、地域包括支援センター職員、町内会、民生委員などに参加していただき、グループホームの運営を報告し、意見などをして頂いています。	会議は2ヵ月毎に開催され、市や地域包括支援センターの職員、町内会長、民生委員などが参加していますが、家族の参加は少ない状況です。外部評価や防災、行事、感染症などを話し合っています。議事録は家族に送付していません。	家族の参加が得られるよう継続的な呼びかけを期待します。また、会議のテーマを計画的に設定して案内したり、議事録を送付することも期待します。	
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	定期的に入居者状況などを伝えていきます。また施設利用様家族に配布する、通信を毎月市役所介護保険課の担当者に送ることになり、グループホームも日常をお知らせできるようになりました。	運営推進会議に市や地域包括支援センターの職員の参加があります。入居退去の報告と「たんぼぼ通信」を届けるため毎月市役所に出向き、情報交換を行っています。市役所からも困難事例について相談を受けることがあります。		
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	虐待・身体拘束防止委員会を設置し、定期的に研修を行っています。またケア会議や職員会議などを通じて、利用者の行動の抑制とは何かなどを話し合う場をもっています。身体拘束が必要になった場合には、家族に状況の説明と身体拘束の同意を頂き、身体拘束解除に向けたケアを職員で検討しアセスメントしています。	禁止の対象となる具体的な行為を記したマニュアルを整備し、勉強会などを行っています。退院後の事故防止のため一時的にやむを得ず身体拘束を行う場合は経緯を記録し、本人や家族の同意を得ています。玄関は夜間のみ施錠し、日中は自由に出入りすることができます。出入りがあればセンサーで分かるようにしています。		
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	施設内研修や外部研修で虐待防止について勉強し、高齢者虐待について理解を深め防止できるように、職員会議やケア会議を通じて話し合っています。			

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
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	外部研修などに参加している職員は学ぶ機会はあると思いますが、施設内研修や会議などでは権利擁護や成年後見人制度に触れることはなく、知らない職員も居ると思います。今後研修や会議などを通じて学ぶ機会が必要だと思います。		
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	入所前の面接や契約の際には施設長と管理者から、グループホームでの生活の方針や、グループホームで生活をするメリット・デメリット・リスクなどを説明し、理解納得して入居して頂けるように説明をしています。		
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	家族からの希望や要望は管理者または対応した職員が対応し、緊急でない場合は職員会議などで、家族の要望や意見として取り上げ話し合いが行われる。緊急の場合は管理者が対応し、施設長やケアマネと協議し対応するようにしている。	ほとんどの家族が毎月の利用料を支払う際に来訪され、管理者や職員と話し合う機会があります。家族からの意見や要望を「連絡ノート」で共有しています。「たんぼぼ通信」の他、利用者ごとの様子や健康状態を記した「利用者様生活状況報告書」を家族に提供しています。	
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	職員会議やケア会議で職員の意見や提案を聞く場があり、施設運営に反映されている。	月1回の会議で職員が意見交換しており、言葉の少ない職員から意見を引き出すよう促しています。職員の自己チェックシートに基づき年1回、管理者と面談を行っています。職員は虐待・身体拘束廃止、認知症ケアなどの委員会に属したり、行事や献立づくりなどの業務を分担し、運営に参加しています。	
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	職員は毎年度末に自己チェックシートを用い、来期の自分の目標を決めています。施設長は管理者からの報告や各職員と面談し、頑張っている所や改善して欲しい事などを職員と話し合い向上心が持てるようにしています。		
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	施設内研修は定期的に行われており、外部研修にも積極的に参加できるようにしています。また管理者からのOJTや職員会議で、認知症ケアの事を学ぶ機会を設けるようにしている。		
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	地域の他グループホームの行事に参加したり、連携や交流が図られている。今後併設居宅介護支援事業所とのつながりで、在宅サービス事業者との交流もして行きたいと思っている。		

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
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	入所する際に本人と面談し、希望や要望などを聞き、どういう事を望んでいるのか、グループホームで何が出来るのか等を聞き取っています。入居後は利用者様の様子や要望などに耳を傾け、職員会議などで共有し話し合っています。		
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	入所する際には施設長管理者ケアマネが家族との話し合いが持たれ、何に困っていたのか、どう生活をしてほしいのか等を聞き取り、グループホームでどういう対応をしていくかなどを説明している。		
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	入居してから生活の様子などをアセスメントし、必要な事を考え、家族と相談しながら対応や支援をしている。		
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	介護する人される人ではなく、一緒に生活を楽しい事も困った事も共有できるよう、声かけをし安心して生活できるよう心掛けています。		
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	家族は定期的に訪問してくれており、利用者のグループホームの生活の相談に乗って頂いたり、家族と外出をしてくれたりと協力して頂いています。毎月利用者の生活の様子を、家族に報告しています。		
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	病院や美容院、飲食店など利用者の行きつけの店に続けていくなど、以前の関係を切らないように努めている。知人などが来訪された時には、居室やリビングでゆっくりしていただける様に配慮しています。	友人や知人の来訪が頻繁にあり、歓迎しています。自分で年賀状を作成している方もいます。馴染みの美容院や大型スーパーの利用を支援したり、居酒屋や焼き肉店などで食事をする機会を設けています。昔の岩見沢の住宅地図を壁に貼り、昔を思い出しながら会話ができるようにしています。	
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	利用者が生活の中で孤立しないように配慮するように努めているが、利用者同士の関係の中で孤立する利用者もいる。個別で対応はしているが解決できない問題も少なからずある。		

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	今の亡くなって退去された利用者しかいない。葬儀などには参列し最後のご挨拶はさせて頂いている。		
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	日々利用者 と接する中で意見や要望などの話を聞き取り、対応できることであればすぐに対応する。話し合いが必要な場合は職員会議やケース会議で話し合い、家族に相談をしてケアプランに反映している。	思いや意向を言葉で表現できる利用者がほとんどで、難しい方の場合も利用者との会話の中から思いや意向を把握しています。利用開始時に基本情報を整備し、毎日作成するアセスメントシートで利用者の変化を記録しています。	
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	家族からの聞き取りや、日常的に利用者から聞いた生活歴や暮らし方などは、支援経過記録やアセスメントに残し、会議などで共有している。		
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	日常的に利用者の生活の中で起こった事などは、支援経過記録などで職員間に共有されている。		
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	本人の様子や家族からの希望要望などを取り入れ、ケア会議や職員会議を通じてケアプランを作成している。	介護計画を3ヵ月毎に見直し作成しています。毎月のモニタリングをもとにケース会議で評価を行い、次の介護計画を作成して、家族に説明しています。日々の支援経過記録には計画目標に対応する支援の実施状況を記録しています。	
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	利用者毎の支援経過記録、アセスメントシート、医療ノートなどがあり職員間で共有し、モニタリングにつなげている。		
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	日常的な支援の中で必要な事は、すぐに対応可能な事であれば、すぐに対応している。職員間への周知や家族への説明や相談が必要なことであれば、家族の要望や同意を得て対応している。		
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	入所前から利用している場所などは家族や本人から聞き取り、利用できる場所は続けて利用している。		
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	入所前から利用している病院に施設職員の対応で続けて通っている。重度化して病院受診の出来なくなった利用者は、家族と相談した上で往診をしてくれるクリニックに転院して頂き対応している。	2名の利用者が協力医の往診を受けており、その他はそれぞれのかかりつけ医を受診しています。ホームですべての通院を支援しています。受診内容は「医療記録」で共有し、家族に「生活状況報告書」で知らせています。	

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	
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	非常勤看護師がおり、日常的に医療の相談や指示をうけている。職員会議や医療ノートを用い利用者の身体的な変化などを職員間で情報の共有をしている。			
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。	病院からの情報提供は少ないが、入院中の利用者が居る場合は、職員が看護師に問い合わせをするなどして利用者の情報を得ている。			
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	入居の際に施設の重度化した場合の介護の指針を説明し、同意を頂いている。重度化した場合は家族の看取りに対する希望を聞き取り、施設で出来る対応を説明しています。また看取りに対応して頂けるクリニックに往診をお願いし、医療と協力しています。	利用開始時に「利用者の重度化・看取り介護に係わる指針」を説明し、同意を得ています。開設後2年のため、まだ看取りは経験していませんが、条件が整えば支援を行う方針とし、準備を進めています。		
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	普通救命救急講習などに職員は参加していますが、職員によって対応力にバラつきがあり、どの職員でも同じように対応できるようにする必要があります。			
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	隣接する施設と合同で、年に2回の避難訓練を行っています。運営推進会議を通じ災害時に施設を避難場所に利用できる事や、施設利用者が避難する際には協力して頂けるようお願いしています。	年2回、夜間を想定した避難訓練を消防署の協力のもと行っていますが、地域の方の参加は得られていません。職員の救急救命訓練の受講を順次進め、災害時に必要と考えられる備品も準備しています。	避難訓練への参加を含めた、災害時の地域との協力体制の構築を期待します。また、地震等火災以外の災害に対する対応についてもマニュアルを作成し、職員間で確認を行うことを期待します。	
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	利用者を一人の人として普通に接し、向き合い、利用者のペースと尊厳を保てるように支援しています。	利用者の呼びかけは「さん」づけとし、新人研修で利用者への向き合い方を学んでいます。記録から離席する際は利用者から見えないよう伏せたり閉じています。ファイルを事務所で適切に保管しています。		
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	利用者の行動や意志を否定や抑制をする事なく、いろいろな場面で利用者が自分の事を決められるように、声かけなどを行っています。			
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	大まかな日程は決まっていますが、可能な限り利用者のペースにあわせ生活をして頂いていますが、待たせてしまう事などもある。			
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	外出する際は普段着ではなく、自分の気に入った物などを身につけられる様に声かけや配慮をしています。			

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
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	調理や食事の準備片付けは、利用者に合わせて役割分担があり、職員と一緒にしています。	一緒に食材の買い物に行ったり、調理や盛り付け、味噌汁づくり、後片付けを手伝う利用者もいます。職員も利用者と一緒に楽しく会話しながら同じ食事をとっています。季節に応じた食事を提供し、時には外食に行っています。	
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	水分や食事量のチェックシートを用いています。利用者の状態や好みに合わせて食事の形状などを変えて提供しています。		
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	食後には利用者に歯磨きをするように声かけをしており、介助が必要な利用者には職員介助で口腔ケアをしています。		
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	トイレでの排泄が出来るように支援することを基本とし、利用者毎の排泄間隔や状態に合わせて、声かけやトイレ誘導などの支援をしている。また排泄用品を使用する際にも、利用者に不快にならない様な排泄用品を選び、トイレで排泄して頂ける様に支援している。	利用者全員の水分・排泄チェック表を記録しパターンを把握しています。自力でトイレに行ける方が多く、一部の方はタイミングを見ながら羞恥心に配慮して誘導しています。ターミナルケアを行っている方には現在ベッドで排泄用品の交換を行っています。	
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	排泄チェックシートを用い排便間隔を確認しています。水分補給や運動を働きかけ便秘の予防に務めています。排便が続く利用者が居る場合は下剤などの調整をして便秘が続かないようにしています。		
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ず、個々にそった支援をしている	日曜日以外は入浴可能であり、利用者の希望を聞きながら入浴する時間を決めている。	日曜以外の毎日入浴可能で、各利用者が週2～3回程度、主に午後の時間帯で入浴しています。拒む場合は、日にちをずらして声掛けしています。仲の良い方が一緒に入ったり、入浴剤を使って楽しめるようにしています。	
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	本人のペースで部屋で休んだり、リビングで寝ている利用者も居ます。		
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	薬剤情報をファイルしてあり、薬の情報は職員がすぐに確認できるようになっている。また病院受診の際には支援経過記録、アセスメント、医療ノートなどを用いて状態の変化を医師に報告している。		
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	利用者一人ひとりの趣味や好みに合わせて、楽しみや役割などを提供し一緒に行っている。玄関前に花壇を作り利用者にお世話や、玄関前の除雪など、季節に合わせた役割がある。		

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	利用者との外出に上司の許可は必要とせず、その日の利用者と職員で買い出や外食が決められる。職員は積極的に外出を支援しており、利用者と外食や買い、ドライブなどいろいろな場所に行っている。	日常的に近くの公園や住宅街を散歩しており、車いすの方も一緒に出掛けています。家族の同意のもと、GPSを携帯し一人で歩いて外出する方もいます。年間行事は花見や温泉、紅葉狩り、リンゴ狩りなどがあり、居酒屋や焼き肉店、レストランでの外食も行っています。		
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	小額だが自分でお金を管理しを持っている利用者は、買い物に行った際に自分で必要なものを買ったりしている。			
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	電話をかけたいと希望される利用者には、電話を利用してもらっている。年賀状を毎年書いている利用者も居る。			
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	共用スペースが快適に利用できるように、乱雑にならないように日頃から整理されている。生活音以外の不快な雑音を出さないように配慮している。室温調節や光の加減なども利用者に合わせて調整している。季節に合わせた装飾をするなど、居心地のいい空間で過ごせるように工夫をしている。	共用空間が広く、窓が大きいので明るさが十分確保されています。食堂と居間スペースがあり、多くのソファを置いて利用者が自由な場所でくつろぐことができます。壁には絵画や大きなカレンダー、利用者の作品などが飾られ、岩見沢の昔の地図も貼っています。ひな人形など季節の装飾も行い、利用者専用の冷蔵庫を置き、自由に使えるようにしています。		
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	リビングスペースの他に、外が見える場所に椅子を置くなどしている。利用者同士の交流はリビングや食堂で行われており、自室や共有スペースなどで自由に過ごしている。			
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	部屋の設えは家族と本人にお任せし、本人の使っていた物をそのまま持ち込んで頂けるように、入居時をお願いしている。家族の写真や使い馴染んだダンス、仏壇などを持ち込んでいる利用者もいる。	個室には利用者の使い慣れたベッドやテレビ、椅子、たんすなどの家具を自由に持ち込んでいます。壁には家族の写真や寄せ書き、カレンダーなどが飾られています。入口に好みの暖簾を掛けています。		
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	施設内はバリアフリーであり、手すりが設置してある。杖や歩行器車椅子での生活も出来るように、自分で移動できるのであれば、見守りや一部介助を行い、極力安全に生活していただけるように支援している。			