

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	017050361		
法人名	有限会社 ほのぼの月寒		
事業所名	グループホーム ほのぼの月寒 1F		
所在地	札幌市豊平区月寒東2条19丁目20番59号		
自己評価作成日	2025.02.10	評価結果市町村受理日	2025.03.10

※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_kan=true&amp;JigvogyoCd=0170503601-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kan=true&amp;JigvogyoCd=0170503601-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和7年2月26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)】

主人公はお客様との気落ちで「笑顔と思いやり」で介護をさせていただいています。介護度の違いはあっても、みなさんと一堂にフロアで集まれる時間を作ることで、寂しさや取り残れているという孤独感がないように配慮しています。積極的に家事を手伝ってくださるお客様の中には自立支援と生活リハビリが自然とでき役割りがあることでご本人の自信につながっています。医療との連携も密とし、必要なサービスについて調整しています。認知症カフェを奇数月に開催し、ご家族や地域の方に気軽に足を運んでいただき、和気あいあいとした雰囲気の中で、手作りおやつを食べながらステキな時間を共有しています。

【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)】

「グループホーム ほのぼの月寒」は地下鉄福住駅からバスで5分程の静かな住宅地に立地している2階建て2ユニットの事業所である。建物内は清潔感のある明るい造りで、居間や食堂には、利用者と一緒に制作した季節の装飾や干支飾りが施されている。今年度新たに就任した管理者を中心に全職員で利用者一人ひとりの思いに寄り添い、残存能力を活かしながら可能な限り自立した生活ができるように適切なケアを行っている。各利用者の食事や排泄状況、趣味や嗜好、医療情報などを詳細に記録した「ほのぼの月寒ハンドブック」を作成して日々のケアに活かすなど、独自の取り組みを行っている。認知症カフェを開催して専門的な情報を地域住民や家族に提供したり、利用者も参加して住民と交流するなど地域に根差した事業所となっている。協力医療機関の医師による往診日数も多く、体調変化に応じて診察を受けることができる。また、看取りにも前向きに取り組んでおり医療面で充実している事業所である。個別研修や外部講師による研修を計画的に実施するなど、職員の育成にも積極的に取り組んでいる。食事面では、バイキングや具材の違う鍋にして利用者を選ぶ楽しみを提供するなど、工夫しながらバラエティー豊かな食事を提供している。職員と利用者の明るい笑顔があふれる家庭的なグループホームである。

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ます (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(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	理念は毎月の全体会議で共有し「笑顔と思いやり」を持ってお客様へ支援することを心掛けている。	運営理念の「笑顔と思いやり」を基本に、「地域とのつながりを大事にする」という地域密着型サービスの意義を踏まえた項目がある。各ユニット入り口に掲示し、全体会議で唱和するとともに、管理者が朝礼や個人面談の時にも意識して伝えている。	
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	地域連携活動を通じて他事業所へ情報提供したり、近所のオリーブ幼稚園との交流や認知症カフェに参加いただき地域の方との交流を図っている。	幼稚園の園長の紹介で来訪した方々の踊りやギター演奏を楽しんだり、一緒に体操などをして交流している。事業所が開催する認知症カフェに利用者や家族も参加し、地域住民には情報提供なども行っている。	
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	認知症カフェを開催し認知症の方の知識と理解を深める機会を設けている。		
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	2ヶ月に1回の開催時、町内の方、地域包括支援センターの方に参加いただき意見の聴取や前向きな意見(町内会の回覧板でウエスの回収案内など)を取り入れさせていただいている。	事業所の報告を行い、参加者と意見交換している。看取りに関するテーマで開催したこともあるが、毎回のテーマは設定していない。会議案内と議事録を全家族に送付しているが、参加する家族が固定化しつつある。	会議案内にテーマを記載し、参加できない家族の質問や意見を事前に聞き取り会議に反映させるよう期待したい。また、テーマにそった簡単な資料を準備し、議事録と一緒に送るよう期待したい。
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	地域包括支援センターとの密な連携や保健所との関りの中でオレンジカフェ(豊平区開催)などにも参加し、意見交換等を行っている。	市役所や区役所とはメールでやり取りすることが多くなっている。書類提出などで役所を訪問した時、担当者と話をすることもある。保護課の職員とは定期的に利用者に関して情報交換している。	
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	3ヶ月に1回身体拘束についての研修の機会や法人内研修のe-ラーニングで個人勉強に取り組む理解を深めている。ホームの中で身体拘束は行っていない。	マニュアルを整備して3か月ごとに委員会と勉強会を実施し、「禁止の対象となる具体的な行為」も確認している。身体拘束委員会と虐待委員会の議事録、資料を見やすく整備したいと考えている。玄関の鍵は日中も施錠しているが、外出の意向があれば同行して閉塞感がないように対応している。	
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	3ヶ月に1回身体拘束についての研修の機会や法人内研修のe-ラーニングで学んでいる。虐待の芽チェックリストを活用しセルフチェックを実施している。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	勉強の機会がある。また利用しているお客様がいる。		
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	契約時には書面を確認しながら説明し理解と納得後、ご利用いただいている。		
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	運営推進会議のご案内文書を送付。終了後は議事録を発送している。	面会時や電話で利用者の様子を伝え、意見や要望があれば個別に記録している。法人の広報誌を年4回送付し、行事を開催した時も写真入りの事業所便りを作成して家族に送っている。写真とメッセージを書いた個別便りも毎月送っている。	
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	全体会議やユニット会議、個人面談を通じて意見の聴取をし、反映させている。	会議や普段の業務の中で、積極的に職員から意見や提案が寄せられている。提案内容に応じて管理者が判断し、ケアに関することは職員間で対応を検討している。管理者は職員と年2回個人面談を実施している。	
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	フォローアップ面談や個人目標管理シートを用いて定期的な個人面談を実施している。		
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	法人内研修のe-ラーニングの受講と外部研修を書面で案内をし推進している。		
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	連絡会等でグループワークに参加することや地域の事業所との交流を図り向上を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	離しやすい雰囲気作りを意識しながら、アセスメントを行い、ニーズの把握と目標設定、課題分析を実施している。		
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	見学時にご家族へ困りごとの聞き取りをしている。またできることとできないことを明確にしながら関係作りにも努めている。		
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	アセスメント、課題整理総括表、課題分析を用いて必要な支援を考えている。また必要な医療について調整を図っている。		
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	できるところのお手伝いをお願いし、役割りが自信につながる関係性の構築を図っている。		
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	ご家族の面会や共に外出をするなど、一緒に居る時間の確保をしている。入居契約時にご本人と一緒に支えていくことのお話をしている。		
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	面会制限は行っていないが馴染みの方との会話やご家族と一緒に外出するなど、快く対応している。	昔の友人や宗教関係の方が来訪する利用者もいる。知人から電話が来たりハガキが届く方もおり、職員は電話の取り次ぎや返信ハガキの投函などを支援している。家族と一緒に外食や買い物、ドライブに出かけたり、自宅に帰る利用者もいる。	
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	職員が間を取り持つ支援や皆と同じ空間を共有できる時間を設け、関りを意識している。ユニットの行き来なども制限は設けていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	看取りや長期入院による退去後のご家族からの問い合わせや相談については速やかに対応している。		
<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	ご本人に意向の確認をすること、またご自身で意向を伝えられない方については、その方の思いを感じることを意識している。	会話や表情、仕草から思いや意向を把握したり、家族から情報を得ることもある。課題分析シートの他、「ほのぼの月寒ハンドブック」を作成して趣味や嗜好などを詳細に記録し、全職員に渡している。	
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	初回のアセスメントでは拾いきれないことについては日々の関わりの中で情報収集に努めている。「ほのぼのハンドブック」を活用し職員共有している。		
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	毎日のバイタル測定や心身状態の観察を実施。興味や自信につながるレクリエーションの企画、取り組み。気付きを持って関わることの意識に努めている。		
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	3ヶ月に1回モニタリングを行い目標達成状況や過不足なサービスがないかの確認をしている。またご家族へ意見の確認をしている。必要に応じて見直ししている。	3か月ごとの評価を基に計画作成担当者を中心に全職員で話し合い、6か月～1年で介護計画を作成している。今後はタブレット端末で「日々の記録」を行う予定なので、サービス内容番号も記録して評価に活かしたいと考えている。	
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	個人日常記録表、ケア記録、受診記録などを使用。業務申し送り書類で職員共有している。またケアマネ支援記録に残しケアプランの見直しを図っている。		
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、その時々にも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	入院先のカンファレンスに参加や必要な医療機関の調整、理美容、必要時の買物支援など、その時々に応じた対応を行っている。		
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	災害時や緊急時に協力が得られるように町内会や近隣の事業所との関りを大切にしている。		
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	利用の希望を伺い開始している。協力医療機関の訪問内科や訪問歯科とは連携を密にし相談ができる。訪問内科では緊急時の受診もお願いしている。	協力医療機関の往診が隔週で5日間と2日間あるため、体調変化に応じて診察を受けることができる。かかりつけ医の往診を受けている利用者もいる。専門医を受診する時は主治医の手紙を渡すこともある。受診状況は個別に記録している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	状態変化や気付きについては介護職員から看護職員や施設長に報告。それを必要な医療機関へ連絡し相談。看護職員の適切な処置も実施できている。		
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	入院時にはフェースシートや既往歴・受診状況がわかる書類やケア記録などを提供。電話で入院先の医療機関と連携を密に図り、退院時の受入れ体制を整えている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化対応・終末期ケア対応指針、医療に関する事前確認書を説明し同意を得ている。また看取りの時期には医療機関、ご家族とカンファレンスを実施し今後の方向性を確認している。	利用開始時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」にそって事業所の可能な対応を説明している。医師と家族で「終末期医療に関する意志確認書」も取り交している。家族の意向と医師の判断の下、看取りもやっている。	
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	単独外出シュミレーション研修の実施、マニュアル作成をし速やかに対応できるようにしている。		
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	避難訓練(昼・夜間帯想定)、災害訓練の定期訓練の実施。ホーム内のコンセントチェック、備蓄の消費期限の確認。近隣事業所と協力の声掛けし合っている。	年2回、昼夜の火災や地震想定での避難訓練を実施し、消防署や防災設備会社の協力を得ている。最近、地域住民が参加した訓練は行っていない。救命講習は計画的に進める意向である。ケア別の個別対応についての話し合いは行っていない。	近隣施設と災害時の協力体制について再確認し、避難訓練への参加も依頼するよう期待したい。災害時のケア別の個別対応について話し合い、利用者の変化に応じて再確認するよう期待したい。
<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	接遇についてe-ラーニング研修や虐待の芽や不適切なケアを自己チェックしている。朝礼時に名前をイニシャルを使用。	外部講師による接遇研修や、全体会議で本部役職者の話もあり、職員は意識して対応している。ファイルは部屋番号を記載し、個人情報に配慮している。	
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	ご本人の楽しみや興味のあることを見つけ、日々の生活の中で喜びを見出すことや選択するなど、自己決定できる内容の取り組みを考え尊厳を大切にしている。		
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	日課やサービスのスケジュールはあるが、ご本人の意見を尊重し支援している。		
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	入浴後の整容介助や衣類の選択支援、ご本人使用の化粧品などの残量が少なくなればご家族へ連絡している。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームでお客様が収穫した野菜を召上げる機会。食のレクで食べたい物の希望を伺うことや2者選択でご自身で選ぶ楽しみも設けている。食器拭きのお手伝いが役割りとなり自信につながっている。	食材会社から調理済みの副食が届けられている。合同で食事レクを行い、ユニット別に肉と魚の鍋物にしたり、ご飯に筋子やいくら、ウインナーなど好みの具材を載せるバイキングなど、選ぶ楽しみを提供している。	
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	委託業者から食事が届き栄養バランス、カロリーが管理されている。食事量、水分摂取量を記録。医師の指示で水分制限など、状態に合わせて対応している。		
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	訪問歯科衛生士による「口腔ケア講習会」を実施。口腔ケアに対する知識・技術の習得及び向上の機会を設けている。食後の口腔ケアを実施し清潔保持に取り組んでいる。		
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	お客様の状態に合った支援を実施。排泄チェック表を使用しパターンを把握。とてもデリケートな部分であり、声掛けに工夫をしている。	全員の排泄を把握して利用者の排泄パターンにそって支援し、ポータブルトイレを使用したりベッド上で交換することもある。自分でできる方を見守り、トイレ介助の際にはできる動作を声かけし自立に向けている。	
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	排泄チェック表で確認。水分提供や腹部マッサージ、運動の機会を設け、便秘予防に取り組んでいる。看護職員把握し必要な処置を実施。また医療機関へも報告している。		
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	週に2回のサービス実施。ご本人から拒否があれば、時間をおいてから再度の声掛けや「どうしても今日は入りたくない、面倒だ」と言う方については記録に残している。	日曜日を除き、主に午前中に週2回の入浴を支援している。入浴を拒む場合や同性介助、シャワー浴など状態や意向にそって柔軟に対応している。その都度湯を交換し、窓のある浴室でゆったりと湯船に浸かり職員と会話を楽しんでいる。	
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	その方の生活習慣を大切にし、ご本人の希望や身体状況に合わせた休息の時間を確保している。良眠できるように温度や照明等の工夫を行っている。		
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	処方薬情報は薬情ファイルに保管。変更時には受診記録や申し送り、業務連絡やケアズ・コネクトなどで発信し漏れがないようにしている。薬杯やトロミ使用など、状況に合わせて対応している。		
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	食器やテーブル拭き、洗濯物干し、たたみなど、ご本人の身体状態に合わせたお手伝いで、役割りを持っている。各自の趣味を楽しむ居室で過ごすことの制限もない。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1F)	外部評価(事業所全体)	
			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	ホーム敷地内のベンチで休憩や菜園への水やり、近所の公園散歩へ。ご本人の希望するところにはご家族へ相談し協力をいただいている。	敷地内や公園を車椅子利用の方も一緒に散歩し、パン屋の近くにある桜の花を楽しむ事もある。水産館に出かけたり、屋外の駐車場で家族も参加してお祭りを楽しみ外気に触れている。個別に家族対応で夕食や買い物をしている。	
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	預り金として「金銭等管理委託依頼書」を契約している。外出時にはご本人が選択し購入できる支援をする。		
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	ご本人の希望に寄り添い支援している。		
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	落ち着いた穏やかな雰囲気気で清潔を保持し、動線の確保など環境整備を実施している。また季節感を感じていただけるように玄関やフロアに飾り付けの工夫を行っている。	共用空間は清潔で掃除が行き届いている。居間の2面にある大きな窓から陽が入り、近隣の住宅や敷地内を眺めることができ心地よい空間になっている。居間にスリムな食器棚が設置しており、家庭的な雰囲気になっている。ユニットでは利用者も参加した折り紙細工の雛飾りを壁に掲げている。	
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	食堂テーブルの位置の工夫や座席配置時、ご本人の動線の配慮を含め、顔なじみの方との会話を楽しめる配慮をしている。また居室でひとりの時間も確保できている。		
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	ご本人とご家族と相談し、居室内は馴染みの物で居心地が良い空間作りをし、気持ちも落ち着いて生活できている。また普段使用していたマグカップや茶碗など使い慣れた物を使用している。	居室には、昔からの洒落な小物入れに紙細工の作品など好きなものを飾り自宅のような部屋もある。またテレビや座りごちのよい高座の椅子を持ち込み、その人らしい居心地よい居室づくりになっている。	
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	廊下壁にトイレがわかるように矢印の掲示や目印を設置。手すりを歩行状態に合わせて使用することや運動時の掴まるところの使用とするなど、それぞれの自立支援への取り組みを実施している。		

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	017050361		
法人名	有限会社 ほのぼの月寒		
事業所名	グループホーム ほのぼの月寒 2F		
所在地	札幌市豊平区月寒東2条19丁目20番59号		
自己評価作成日	2025.02.10	評価結果市町村受理日	2025.03.10

※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_kani=true&amp;JigvsoyoCd=0170503601-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvsoyoCd=0170503601-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和7年2月26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)】

主人公はお客様との気落ちで「笑顔と思いやり」で介護をさせていただいています。介護度の違いはあっても、みなさんと一堂にフロアで集まれる時間を作ることで、寂しさや取り残れているという孤独感がないように配慮しています。積極的に家事を手伝ってくださるお客様の中には自立支援と生活リハビリが自然とでき役割りがあることでご本人の自信につながっています。医療との連携も密とし、必要なサービスについて調整しています。認知症カフェを奇数月に開催し、ご家族や地域の方に気軽に足を運んでいただき、和気あいあいとした雰囲気の中で、手作りおやつを食べながらステキな時間を共有しています。

【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)】

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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(2F)	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	理念は毎月の全体会議で共有し「笑顔と思いやり」を持ってお客様へ支援することを心掛けている。		
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	地域連携活動を通じて他事業所へ情報提供したり、近所のオリーブ幼稚園との交流や認知症カフェに参加いただき地域の方との交流を図っている。		
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	認知症カフェを開催し認知症の方の知識と理解を深める機会を設けている。		
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	2ヶ月に1回の開催時、町内の方、地域包括支援センターの方に参加いただき意見の聴取や前向きな意見(町内会の回覧板でウエスの回収案内など)を取り入れさせていただいている。		
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	地域包括支援センターとの密な連携や保健所との関りの中でオレンジカフェ(豊平区開催)などにも参加し、意見交換等を行っている。		
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	3ヶ月に1回身体拘束についての研修の機会や法人内研修のe-ラーニングで個人勉強に取り組む理解を深めている。ホームの中で身体拘束は行っていない。		
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	3ヶ月に1回身体拘束についての研修の機会や法人内研修のe-ラーニングで学んでいる。虐待の芽チェックリストを活用しセルフチェックを実施している。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)		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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強の機会がある。また利用しているお客様がいる。			
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	契約時には書面を確認しながら説明し理解と納得後、ご利用いただいている。			
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	運営推進会議のご案内文書を送付。終了後は議事録を発送している。			
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	全体会議やユニット会議、個人面談を通じて意見の聴取をし、反映させている。			
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	フォローアップ面談や個人目標管理シートを用いて定期的な個人面談を実施している。			
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	法人内研修のe-ラーニングの受講と外部研修を書面で案内をし推進している。			
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	連絡会等でグループワークに参加することや地域の事業所との交流を図り向上を心掛けている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)	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	話しやすい雰囲気作りを意識しながら、アセスメントを行い、ニーズの把握と目標設定、課題分析を実施している。		
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	見学時にご家族へ困りごとの聞き取りをしている。またできることとできないことを明確にしながら関係作りにも努めている。		
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	アセスメント、課題整理総括表、課題分析を用いて必要な支援を考えている。また必要な医療について調整を図っている。		
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	できるところのお手伝いをお願いし、役割りが自信につながる関係性の構築を図っている。		
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	ご家族の面会や共に外出をするなど、一緒に居る時間の確保をしている。入居契約時にご本人と一緒に支えていくことのお話をしている。		
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	面会制限は行っていないが馴染みの方との会話やご家族と一緒に外出するなど、快く対応している。		
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	職員が間を取り持つ支援や皆と同じ空間を共有できる時間を設け、馴染みの関係作りを意識している。ユニットの行き来などの制限も設けていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)	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	看取りや長期入院による退去後のご家族からの問い合わせや相談については速やかに対応している。		
<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	ご本人に意向の確認をすること、またご自身で意向を伝えられない方については、その方の思いを感じ取ることを意識している。		
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	初回のアセスメントでは拾いきれないことについては日々の関わりの中で情報収集に努めている。「ほのぼのハンドブック」を活用し職員共有している。		
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	毎日のバイタル測定や心身状態の観察を実施。興味や自信につながるレクリエーションの企画、取り組み。気付きを持って関わることの意識に努めている。		
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	3ヶ月に1回モニタリングを行い目標達成状況や過不足なサービスがないかの確認をしている。またご家族へ意見の確認をしている。必要に応じて見直ししている。		
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	個人日常記録表、ケア記録、受診記録などを使用。業務申し送り書類で職員共有している。またケアマネ支援記録に残しケアプランの見直しを図っている。		
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	入院先のカンファレンスに参加や必要な医療機関の調整、理美容、必要時の買物支援など、その時々に応じた対応を行っている。		
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	災害時や緊急時に協力が得られるように町内会や近隣の事業所との関りを大切にしている。		
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	利用の希望を伺い開始している。協力医療機関の訪問内科や訪問歯科とは連携を密にし相談ができている。訪問内科では緊急時の受診もお願いしている。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)	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	状態変化や気づきについては介護職員から看護職員や施設長に報告。それを必要な医療機関へ連絡し相談。看護職員の適切な処置も実施できている。		
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	入院時にはフェースシートや既往歴・受診状況がわかる書類やケア記録などを提供。電話で入院先の医療機関と連携を密に図り、退院時の受入れ体制を整えている。		
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	契約時に重度化対応・終末期ケア対応指針、医療に関する事前確認書を説明し同意を得ている。また看取りの時期には医療機関、ご家族とカンファレンスを実施し今後の方向性を確認している。		
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	単独外出シュミレーション研修の実施、マニュアル作成をし速やかに対応できるようにしている。		
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	避難訓練(昼・夜間帯想定)、災害訓練の定期訓練の実施。ホーム内のコンセントチェック、備蓄の消費期限の確認。近隣事業所と協力の声掛けし合っている。		
<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	接遇についてe-ラーニング研修や虐待の芽や不適切なケアを自己チェックしている。朝礼時に名前をイニシャルを使用。		
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	ご本人の楽しみや興味のあることを見つけ、日々の生活の中で喜びを見出すことや選択するなど、自己決定できる内容の取り組みを考え尊厳を大切にしている。		
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	日課やサービスのスケジュールはあるが、ご本人の意見を尊重し支援している。		
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	入浴後の整容介助や衣類の選択支援、ご本人使用の化粧品などの残量が少なくなればご家族へ連絡している。		

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)		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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームでお客様が収穫した野菜を召上る機会。食のレクで食べたい物の希望を伺うことや2者選択でご自身で選ぶ楽しみも設けている。食器拭きのお手伝いが役割りとなり自信につながっている。			
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	委託業者から食事が届き栄養バランス、カロリーが管理されている。食事量、水分摂取量を記録。医師の指示で水分制限など、状態に合わせて対応している。			
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	訪問歯科衛生士による「口腔ケア講習会」を実施。口腔ケアに対する知識・技術の習得及び向上の機会を設けている。食後の口腔ケアを実施し清潔保持に取り組んでいる。			
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	お客様の状態に合った支援を実施。排泄チェック表を使用しパターンを把握。とてもデリケートな部分であり、声掛けに工夫をしている。			
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	排泄チェック表で確認。水分提供や腹部マッサージ、運動の機会を設け、便秘予防に取り組んでいる。看護職員把握し必要な処置を実施。また医療機関へも報告している。			
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	週に2回のサービス実施。ご本人から拒否があれば、時間をおいてから再度の声掛けや「どうしても今日は入りたくない、面倒だ」と言う方については記録に残している。			
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	その方の生活習慣を大切に、ご本人の希望や身体状況に合わせた休息の時間を確保している。良眠できるように温度や照明等の工夫を行っている。			
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	処方薬情報は薬情ファイルに保管。変更時には受診記録や申し送り、業務連絡やケアズ・コネクトなどで発信し漏れがないようにしている。薬杯やトロミ使用など、状況に合わせて対応している。			
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	食器やテーブル拭き、洗濯物干し、たたみなど、ご本人の身体状態に合わせたお手伝いで、役割りを持っている。各自の趣味を楽しむ居室で過ごすことの制限もない。			

グループホーム ほのぼの月寒

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2F)	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	ホーム敷地内のベンチで休憩や菜園への水やり、近所の公園散歩へ。ご本人の希望するところにはご家族へ相談し協力をいただいている。		
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	預り金として「金銭等管理委託依頼書」を契約している。外出時にはご本人が選択し購入できる支援をする。		
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	ご本人の希望に寄り添い支援している。		
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	落ち着いた穏やかな雰囲気や清潔を保持し、動線の確保など環境整備を実施している。また季節感を感じていただけるように玄関やフロアに飾り付けの工夫を行っている。		
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	食堂テーブルの位置の工夫や座席配置時、ご本人の動線の配慮を含め、顔なじみの方との会話を楽しめる配慮をしている。また居室でひとりの時間も確保できている。		
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	ご本人とご家族と相談し、居室内は馴染みの物で居心地が良い空間作りをし、気持ちも落ち着いて生活できている。また普段使用していたマグカップや茶碗など使い慣れた物を使用している。		
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	廊下壁にトイレがわかるように矢印の掲示や目印を設置。手すりを歩行状態に合わせて使用することや運動時の掴まる場所の使用とするなど、それぞれの自立支援への取り組みを実施している。		