

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	0176000081		
法人名	クリーンハウス株式会社		
事業所名	グループホームたんぼぼ新館		
所在地	北海道三笠市高見町444番地		
自己評価作成日	令和4年12月10日	評価結果市町村受理日	令和5年1月6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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&ligvosyoCd=0176000081-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ソーシャルリサーチ
所在地	北海道札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2
訪問調査日	令和4年12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)】

<p>・ミッションである「ひとり一人の笑顔を大切に、誰もが自分らしく生きられる社会を作ります」を目指し、5つのビジョンを達成出来るように取り組んでいます。</p> <p>・介護理念ではなく、目指すべき、達成すべき目標を掲げて実践しています。また、ミッションとビジョンは全職員を対象にどのような物が良いか意見を出し合い、作成したものであります。</p> <p>・一人ひとりの想いを大切に、その人らしい生活を支援します</p> <p>・やりがいを持って、楽しく働ける環境を作ります</p> <p>・常に向上心を持ち、知識と技術と心を磨き続けます</p> <p>・全員で考え、目標を達成できるチームをつくります</p> <p>・住み慣れた地域と、人と人のつながりを大切にします 左記がビジョンとなります。</p>

【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)】

<p>「グループホームたんぼぼ新館」は平成18年8月に三笠市の中心街に開設しています。閑静な住宅地に位置し、福祉センターや市立総合病院が徒歩圏内という利便性に恵まれた環境にあります。また隣接している同一法人の系列3事業所が合同で運営推進会議や行事を行い、利用者同士が交流する機会を設けるなど協力体制がとれる強みがあります。全職員の意見で策定したミッション・ビジョン(理念・基本方針)の理解を深める手段として、3ヵ月毎に目標を決め、課題解決や評価に繋げています。コロナ禍でも感染予防を行い面会を実施して、家族や知人との関係の継続に取り組んでいます。認知症が進行していく中でも利用者の生活歴から「その人らしい暮らし」を継続できるようにできるように作成した「インフォメーションシート(写真・自己紹介・生活歴・身体について記載)」に加えて、「情報ノート(家族・ペットの名前等を記載)」を職員間で共有し、会話のきっかけや記憶の引き出しに役立てるなど、利用者の心身ともに豊かな暮らしを支えています。</p>

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		項目		取組の成果	
		↓該当するものに○印				↓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 3 利用者の1/3くらい 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
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作り、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている	より介護理念に基づき支援ができるように、3ヶ月ごとに特に力を入れて取り組む理念を決めて、達成に向けて取り組み、評価と反省を行っています。	昨年、ミッション・ビジョンとして職員意見を反映した理念を策定しています。3か月ごとにビジョンの細項目から目標を決め、全職員参加で評価と反省を行い実践に繋げています。直近では「やりがい」を目標に掲げ、ビジョンの具現化に向けて取り組んでいます。	
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	コロナ感染予防対策中のため、交流を行う事が出来ませんでした。	コロナ禍で地域交流に制限がある中、利用者の日常の散歩や買い物時に挨拶を交わしています。感染者数が減少したハロウィン時期には、事業所屋外で職員と利用者が仮装をして地域の園児を迎え、ダンスを披露してもらうなど交流を行っています。	
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く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	コロナ禍前の様に、地域の方に直接参加して頂いての運営推進会議は開催できていないが、議事録を地域の皆様に親しまれるような内容に変更し、発信しています。		
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	地域包括支援センターや町内会等からご意見を頂き、サービスの向上に活かせるよう努めています。	隣接する同一法人の3事業所合同で2か月に一度、職員の参加のみで開催しています。各事業所の運営報告や自治体からの情報を共有し、議事録を構成員の地域包括支援センター、各町内会、家族へ配付しています。	地域住民の助言を受け改訂した様式の議事録で情報提供を行っています。また構成員に確認した意見の有無を記載し、事業所の運営内容の項目の記載を網羅したものにするなど感染症防止のため会議に参加できない状況に配慮し、充実した内容としていくことを期待します。
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	市役所、社会福祉協議会等と繋がりがあり、連絡、相談をさせて頂き協力関係の維持に努めています。	介護福祉課との日常連絡のほか感染症対策やワクチン接種に関する情報交換で連携しています。マイナンバーカードの作成を希望する利用者は、市職員の協力を得て手続きを行っています。	
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	時間帯や利用者様の状態に合わせて離接のリスクがあがる時間帯は自動ドアを手動にしています。介護事業部で身体拘束適正化委員会を発足し、4ヶ月に一度委員会を開催し、身体拘束、虐待防止に向けて話し合っています。また、研修会も行っています。	法人の虐待防止の指針に則り、介護事業部合同で「身体拘束適正化・虐待防止委員会」を3か月ごとに実施しています。会議録・資料は全職員で共有し理解の徹底に努めています。令和3年11月には外部講師による研修も行っています。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止の為の指針に沿って、職員会議や日頃から気になることを話し合っています。年一回に事業部が主催する研修会に参加しています。		

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
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	介護福祉士や介護支援専門員の有資格者もあり、制度の理解はあります。研修で得た知識を共有する機会も設けていますが、相談を受けた事はなく、実績はありません。		
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	契約時には声に出して、家族と確認を行いながら契約を行っています。入居申し込み時や契約時に支援の方向性、疑問、質問を受け納得して頂けるまで話し合っています。		
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	ご家族には来訪時やケアプランの更新時、生活報告書等にて意見交換する機会を常に持ち、また利用者様との日々の関わりの中から意見や要望を汲み取るよう心掛けています。更に苦情受付機関の張り出しもしています。	家族へは毎月の通信や運営推進会議録発行時のほか、来訪時、介護計画作成時などの機会にその都度意見を聞いています。家族の来訪が多く、職員との意思疎通を図ることにより、運営への理解と協力を得ています。	
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	毎月一回職員会議を行い、施設長、管理者出席のもと職員との意見交換を行っています。また、日々の中でも相談、報告を受け改善に向けて取り組んでいます。	職員は日常ケアや職員会議、年2回の個人面談などの機会に意見や提案を述べる機会があります。職員はそれぞれ研修、買い物、行事の担当を持ち、利用者本位のケアの実践に向けて、課題の把握や解決に取り組んでいます。	
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	施設長は日頃からユニットに来て、職員の勤務状況について把握し、より良い就業環境になるように努めています。また、年に二度自己評価を行い、施設長と面談を行い仕事に対しての話し合う機会を設けています。		
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	施設内では2ヶ月に1回研修があり、職員それぞれの経験、能力に基好き参加させています。また、外部での研修にも参加の機会を持ち、レベルアップに努めています。		
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	介護事業部主催、他グループ施設、自施設の施設長が主催した研修会にて他社事業所の方も呼んで研修会を行っています。		
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	入居前に利用者様、ご家族、入居されていた施設職員と面談を行い、状況の把握、情報の収集を行い、入居後も利用者様が安心してサービスを受けられ、信頼関係を築けるように努めています。		

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	入居前に家族と話し合い、ニーズを把握しケアプランの作成を行い、入居後も利用者様、ご家族の要望に耳を傾けプランの見直しをしています。		
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	ケアプラン作成の段階で必要としている支援を見極め利用者様、ご家族に確認し提案しています。		
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	日々の生活の中で、利用者様の手助けを頂きながら共に生活する者同士として支え合う関係作りに努めています。		
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	生活報告書にて利用者様の状況を報告し、ケアプランの更新時や来訪時にはご家族の気持ちや要望を聞き出して、一緒に支える者同士信頼関係作りに努めています。		
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	コロナ禍前のように、知人や友人の方に会う機会は減ってしまったが、感染状況に合わせて馴染みの美容室に行ったり、ドライブで市内を回ったりしています。	コロナ禍でも感染症対策を行い、窓越し面会や時間等に制限を設けて可能な限り家族や知人との面会を実施しています。お気に入りの美容室への外出や、通院のための外出を利用して希望する場所へ気分転換のためのドライブに出かけています。	
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	利用者様同士の関係性を理解し、職員が調整役になってより良い関係を築いたり、また、不快な思いをしないように支援しています。		
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	サービスの利用が終了すると関係性は薄くなってしまいますが、ご家族に会った時には近況や思い出話にして良い関係を保っています。また、直接の相談はありませんが出来る支援は行えます。		
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	意思表示に可能な利用者様には直接意向を確認し、困難な場合は再アセスメントや職員の把握している情報などにより理解に努めています。	利用者が忘れがちな家族やペットの名前、興味のあるものを記載した「情報ノート」を「インフォメーションシート」とともに職員全員で共有しています。この活用により異動してきた職員や入職した職員が利用者理解や意向把握が容易になり、信頼関係の構築にも役立っています。	

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
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	利用者様本人やご家族からの情報収集に努め、馴染みの暮らしに近づけるよう家具、小物類を配置するようにしています。またご本人やご家族、長く勤めている職員しか知らない情報が分かるように情報ノートを活用しています。		
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	毎朝の引き継ぎ、申し送りノート、支援経過記録により、全職員が情報の共有を行い状況の把握に努めています。		
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	担当職員によるモニタリングを参考にし、ケース会議、職員会議で話し合い、現状に即した介護計画を作成しています。また、利用者様、ご家族にも意向や要望を聞き取り活かさせて頂いています。	担当職員が毎月モニタリングをし、ケース会議を経て計画作成者が原則3か月ごとに見直し、介護計画を立案しています。計画には本人と家族の意向や意見を反映し、入院など状況変化の際は随時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	支援経過記録、健康チェック、水分排泄チェックシート、アセスメントシート、事故報告書、業務日誌等により記録され情報を共有し、実践や見直しに活かされています。		
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、通院時の送迎や美容室の送迎等、状況に合わせて柔軟に対応しています。		
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	コロナ禍前のようにはいきませんが、馴染みの美容室へ行ったり、お祭りの品物を施設内で食べてお祭り気分を味わって豊かな暮らしになる様に努めています。季節に合わせた催し物もユニット単位で実施しています。		
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	利用者様及びご家族の希望を大切に、医師に日々の生活状況を報告し定期的に受診支援を行っています。また、終末期の医師や訪問看護の協力、連携も取っています。ただし、市内の病院は医師の威厳が強く、聞き入れてもらえない事が多々あります。	市立三笠総合病院のほか、隣町の精神科医療機関などかかりつけ医への受診は職員が同行支援しています。協力歯科医の口腔ケア、24時間体制の看護師を配置しているほか、訪問診療医と連携しています。	
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	看護職員や訪問看護師へ情報を提供、相談を行い、指示を頂きながら適切な受診や診察が受けられるよう支援を行っています。		

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
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。	入院時はホームでの生活状況を病院へ報告し、ご家族にも連絡しています。先生が立ち合いを希望された際には、ご家族に連絡を取り、治療方針や入院中の様子、退院後の事などを一緒に聞いたり、ご家族が出席できない場合は随時報告しています。		
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	家族と終末期に向けて話し合いを重ね、希望要望を確認しながら医療方針を決め、ケース会議、職員会議日々の業務の中で情報を共有してチームで支援しています。また、終末期についての研修も行っています。	「利用者の重度化・看取り介護に係わる指針」は入居時に家族へ説明し同意を得ています。終末期には訪問診療医と連携し、家族説明やケア会議を重ね、経験の浅い職員の不安払拭にも取り組んでいます。コロナ禍においても家族の事業所宿泊による看取りに対応しています。	
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	施設内や消防署の協力を得て救急救命の研修や訓練を実施しています。また、急変時の対応マニュアルを作成し、急変時に活用しています。		
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	消防署と打ち合わせの上、毎年春と秋に避難訓練、消化訓練を行い、近隣の住民や他ユニットの協力を得られる体制を取っています。	令和3年10月に夜間想定火災避難訓練、令和4年7月に地震想定避難訓練を実施しています。地震想定訓練では職員の動線確保や避難誘導に課題が見つかり、チェックリストを作成し、マニュアルの修正を行いました。	初めて実施した地震想定避難訓練では、職員の初動について課題が見つかり、継続的な訓練の実施を検討しています。また、想定される雪害・停電等を含めた事業継続計画(BCP)の早期策定を期待します。
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	利用者様一人ひとりに応じた言葉掛け、尊厳を持った接し方をするにはどのようにすればよいか研修の中で学び、会議や日常の中での気付きを共有しています。	ミッション・ビジョンの細項目にプライバシーへの言及があり、ケア目標の一つとして取り組んでいます。利用者が不快感や不信感を抱かないように、直接の声掛けのほか職員間での会話にも配慮しています。	
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	利用者様の意思を確認するために、自己決定できるような声掛けの工夫をしています。		
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し、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	一人ひとりの利用者様の思いを大切に、職員主導の介護にならないように、常に利用者様の声に耳を傾けながら支援を行っています。		
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	同じ服を繰り返し着用しないように、本人の希望や意見を聞きながら身だしなみが整えられるようにしています。		

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	日々の献立、特に行事の際の献立は利用者様と相談して決めています。コロナ禍で外食はしばらく行えていませんが、テイクアウトをしたり出前で食の楽しみに繋げています。	食事は調理専門職員を中心に三食手作りで、利用者のリクエストに応えた献立を提供しています。コロナ禍で外食に制限があるため、テイクアウトを活用しています。テイクアウトメニュー表で選択する楽しみや、ファストフードの好みも分かるなど、食の楽しみを増やしています。	
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	食事摂取量、水分摂取量を記録しています。主治医と連携を計り、本人の趣向を大切にしながら可能な限りの食事でのコントロールを行っています。		
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	口腔ケアを自力で出来る方は声掛け、見守りをし、出来ない方は毎食後に義歯や口腔ケアを行っています。また、提携先の歯科医院には口腔ケアや口腔チェックを定期的に行って頂いています。		
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向けた支援を行っている	一日の排泄パターンを把握し、自立されている方は見守り、支援の必要な方は排泄の失敗が減り、自立に向かうような支援をおこなっています。ホームでは Bristol スケールを使用し、実践しています。	利用者ひとり一人の排泄パターンやリズムを把握して、排泄の失敗が減り自信につながるよう声掛けを行っています。衛生用品の使用を自力で行える場合は、環境を整えています。便の形状等の観察と並行してテレビ体操を取り入れ便秘予防に取り組んでいます。	
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	職員にぶれがなく排便データが残せるように、排便の量や硬さの記録を工夫しています。また、飲食物の工夫や運動への働きかけを行い、個々に応じた予防に取り組んでいます。		
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、個々に合った支援をしている	利用者さまの意向、身体状況、入浴状況の記録を確認して入浴して頂いています。また、同性介助や入浴時間など柔軟に対応しています。	週2回を目途に、日課に合わせた時間帯で入浴支援をしています。入浴剤の使用等で心地よい入浴の提供に努め、入浴を負担に感じている場合はトイレ後に誘導するなどの工夫をしています。同性介助等の要望に柔軟に応じ、羞恥心への配慮や不安軽減に努めています。	
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	一人ひとりの利用者様の生活習慣や身体の状態に合わせて、身体に負担がかからない様に居室で休んで頂いたり居間で過ごして頂いたり柔軟に対応しています。		
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	医療ノートや薬の説明書がファイルされており、いつでも確認できる状態にあります。また、誤薬を防ぐ為に、朝、昼、夕毎の薬ファイルがあり、職員皆で確認できるよう工夫しています。		

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
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	利用者様の能力や状態に応じて掃除や食後の片付け、洗濯物をたたんで頂いています。また、壁面作りや花壇の手入れ等楽しんで頂き、個々に合わせて支援しています。		
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	感染対策を取りながら、花や紅葉を見にドライブに出掛けています。おまんじゅうやソフトクリームをテイクアウトして車内で食べたり、気候の良い時には近くを散歩したり、他ユニットまで歩かれて気分転換を図っています。	感染症対策を行い近郊の紅葉狩りや見学施設のドライブに出かけています。コロナ禍で外出機会は減っていますが、近隣の散歩や買い物外出で気分転換を図り、ストレスによる利用者間のトラブル防止に努めています。コロナ収束後には富良野方面へのドライブを検討しています。	
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	ご家族との間での話し合いで上限額が必要な方もおり、必要な物や欲しい物がある時は上限額内で収まるように立て替えて買わせて頂いています。		
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	手紙のやりとりをされている方はいませんが、ご家族に電話を掛けたい時は支援したり、電話が来た時には受話器をお渡しして話して頂いています。		
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	大きな窓から外の景色が見えたり、四季に合わせた壁面や生け花を通して季節を感じることが出来ます。騒がしくならぬ程度に、利用者さまの好きな歌番組や動物の動画番組をかけ、ゆっくりとくつろげる空間になっています。	共用空間は華美な装飾を避け、色鉛筆の塗り絵が得意な利用者の作品を季節ごとに飾っています。窓から四季を感じられる居間は利用者の憩いの場となっており、録画リストのなかから希望する番組を視聴できるように、テレビ前に歓談スペースを設けています。	
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	玄関横の談話スペースには暖かい季節は胡蝶蘭も置かれて、胡蝶蘭を見て過ごされたり、裏玄関にも椅子が置かれ、外の景色を眺めたり、気の合う利用者様同士でおしゃべりされています。		
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	各居室には利用者様が長年使用していた家具や装飾品を用意して頂き、居心地の良い空間になるように配慮しています。また、夏は扇風機、冬は加湿器を用意し、快適に過ごせる様にしています。	居室は使い慣れた家具のほか、仏壇や神棚、愛着のあるぬいぐるみなどが持ち込まれています。好きな色の家具でコーディネートした居室や、朝夕の読経など習慣の継続などにより、自分らしさを発揮できるようにしています。	
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	廊下やトイレには手すりが設置され、トイレ、洗面所と書いた張り紙や看板を掛け個々の利用者様の出来る事、支援が必要な事を見極め安全に自立した生活が送れる様に工夫しています。		