

### 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	0190500389		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンターもみじ台		
所在地	札幌市厚別区もみじ台北6丁目1-7		
自己評価作成日	令和4年6月27日	評価結果市町村受理日	令和4年7月25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	
-------------	--

#### 【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4年7月20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)】

・入居様への安心・安全なサービスが提供できるよう日々の体調管理に配慮し、職員間の情報共有に努めています。また、ご家族様からの希望を引き出せるよう、来訪時やお電話での連絡をこまめに行いご家族様との関わりも大切にしています。年間行事にも工夫を凝らし、職員と一緒におはぎ・かぼちゃ蒸しパン等のおやつ作り、リースや紙粘土を製作して各居室に飾ったりしています。コロナ禍の前は民謡や三味線のボランティア、夏祭りやクリスマス会、年に2度外出レクを計画し、季節に応じた内容(果実狩り、動物のふれあい等)を開催し脳の活性化に努めていました。お一人お一人の趣味・趣向に重点をおき、個性性が重視できるよう日々のアクティビティに工夫をし、習字・絵手紙・ぬりえ・貼り絵・カルタ・トランプ・カラオケ等を選択しながら楽しめるよう取り組んでおります。畑の野菜(トマト・きゅうり・米茄子・ししとう・じゃが芋・ズッキーニ)収穫や日々の雑草・花の手入れも行い、残存機能の低下防止に力を入れています。

#### 【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)】

もみじ台団地の中心部に位置し、開設して13年目を迎えた2階建て2ユニットの事業所である。コロナ禍での自粛が続いているが、日々利用者の笑顔を引き出せるよう、「ゆつくり、のんびり、ほがらかに、笑顔でマイホーム」の理念を基軸に、管理者と職員が共に心を寄せて利用者支援に臨んでいる。日常活動や季節行事の充実に力を入れ、畑では多種類の野菜や果物を育て収穫し、クリスマス会は職員のフラダンス余興で盛り上げている。食を通じた取り組みも多く、ホーム内居酒屋の開店やスイーツバイキングなどで、利用者の楽しみと生活の活性化に努めている。また、家族には写真や通信、都度の電話で利用者の様子を報告、提携病院との医療連携と職員チームでの看取りケアの取り組み、年間研修計画の整備なども事業所の特筆の点に挙げられる。現在、地域交流は滞っているが、住民と接点を持てるよう、花壇作りや、地域向け広報と利用者の作品を掲示した看板を玄関先に設置し、地域の在宅ネットワーク事業とも協定を結んでおり、地域に密着した今後の活動が期待される。

#### 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2/3くらいが 3. 職員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	基本理念と共に独自の理念を作成し、目標を立てスタッフルームに掲示し、毎朝の申し送り時に共有し実践にむけて取り組んでいます。	事業所独自の理念は、要所の掲示や毎朝の唱和することで、全職員の共有化を図っている。役職を担って1年を経た管理者は、職員と歩みを共にして利用者のペースに寄り添い、明るく家庭的な事業所になるよう、理念を基本としたサービスの実践に取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	以前は近隣の幼稚園児との交流や高校・警察学校の生徒へ認知症とはについて講話する機会がありました。今はコロナ禍の為出来ていません。	地域交流が滞っている現状だが、玄関先には行き交う住民の目に留まるよう事業所発信の広報や利用者の作品を掲示した看板を立てている。地域の在宅ネットワーク事業と協定を結び、今後は町内会の加入を目指している。	
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	以前は近隣の幼稚園児との交流や高校・警察学校の生徒へ認知症とはについて講話する機会がありました。今はコロナ禍の為出来ていません。		
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	コロナ禍の為対面での運営推進会議は行えず、書面の会議とさせていただいてます。今後はもっと意見を求められるようにご意見用紙の配布等検討していきたいです。	コロナ禍の為、2か月毎に書面報告として実施している。事業所の活動や利用者・職員状況、面会対応、事故等の報告などを議事録にまとめ、各推進委員と全家族に配布している。	事業所では、報告に対する推進委員の意見や提案等の積極的な吸い上げを検討している。得られた意見等は次回の議事録に記載することで、紙面上の意見交換を通して、さらなる運営やサービスへの反映を期待したい。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	書類提出や相談業務を電話対応にて連絡を取り協力関係を築いています。	諸種報告事項は、電話やファックスで行い、ワクチン接種などの緊急事案は、行政に相談、助言を得て対応している。事業所の指定更新手続きや利用者の介護認定に関しても行政担当者と密に連絡を取り、協働関係を築いている。	
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	「身体拘束廃止委員会」を設置し、毎月会議で話し合い、内容を記録している。日々のケア内容を互いに確認し身体拘束のないケアを実施しています。	身体拘束適正化についての指針をもとに、委員会、勉強会は毎月実施し、職員間の理解と啓発を図っている。拘束をしないケアを実践しており、勉強会では特にスピーチロックについて繰り返し確認をし、また、ケアの現場でも言葉使いは職員間で互いに注意し合っている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	年2回以上の研修を計画し、実施している。日々のケアの中で不適切なケアがないか確認、防止の徹底をしています。		

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
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	後見人制度を活用している利用者様がいるため、円滑にやり取りができるよう配慮しています。		
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	契約時にはトラブル防止も含め、基本読み上げを行っています。時間をかけて説明し不明な点については、質問していただくよう伝えております。		
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	「顧客満足度調査」を実施し、家族の要望の把握に努めています。本部へのコールセンターへの相談窓口を案内しています。	家族には、行事写真や活動予定、担当職員によるコメントを掲載した通信や写真の送付している。利用者の状況や面会対応の変更などは随時電話で報告し、その際に意見や要望を聞き取っている。意見等はできる限り運営やケアに反映し、事業所内で決裁できない場合は、法人本部に相談し対応している。	
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	管理者は業務ミーティングや日々の申し送りなどで職員と意見交換を行っています。意向や提案を聞き、意見を運営に反映させるよう努力しています。	管理者は、日常的に職員の意見や提案を吸い上げ、積極的に運営に生かしている。また、新人職員には3か月ごとに、人事考課では年2回などと、面談の機会を設定し、より良い就労環境作りに取り組んでいる。年間研修計画を立案し、職員のスキルとモチベーションの向上につなげている。	
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	組織が大きく、代表者は個々の職員の状況を把握しきれない可能性があるが、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	研修の実施にて個人の苦手なところや不安なことを聞きに対してのアドバイスをし、スキルアップができるよう努めています。		
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り組みをしている	コロナ禍の為、集合型の集まりはありませんが、厚別区のGH管理者連絡会に登録し、電話等で情報交換をしたりしています、		

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
<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	初回のアセスメントで十分な情報の収集を行い、本人の要望等に耳を傾けながら、ご本人が安心できるような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	初回のアセスメントで細やかな情報の収集を行い、ご家族様の要望や意向を汲み取りながら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	本人とご家族様等が「その時」必要としている事に素早く気づき、見極められるように常に情報収集に努めています。		
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	職員は日常生活の中で、ご本人が協力できる分野の家事等をして頂くことで、暮らしを共にする者同士の関係を築いています。		
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	ご家族様に日々の生活状況を伝え、出来る限り介入して頂けるようお願いしたり、共にご本人を支えていく関係を築いている。		
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	日々の会話の中から情報収集をし、ご本人の希望や意向を尊重して支援に努めています。	以前のような自由な交流は難しいが、家族へはリモート面会を案内し、電話や手紙等の取次ぎを支援している。馴染みの訪問理・美容の活用は継続しており、日常の中で利用者の懐かしい昔話を話題にし傾聴している。	
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	気の合う方同士での共同作業を取り入れたり、孤立しがちな難聴の方には職員が介入し、利用者同士の関わりがもてるように支援しています。		

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
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	退去されて方のご家族様から、その後の状況を伺い、必要なときには相談にのるなど支援に努めている。		
<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	日々の会話や表情から読みとり、本人の思いや意向を把握するよう努めている。センター方式やモニタリング表の活用、家族の意見を参考にし情報の共有を行い、本人の意向に沿えるよう検討しています。	言葉での把握のほか、表情や仕草から快、不快なども、きめ細かく把握するようにしている。希望の事柄は具体的に聞き取り、意向に沿うよう努めている。個人記録に言葉や状況を記入し、家族の情報も加えて様々な視点で検討している。	
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	日々の会話の中からの情報収集や、ご家族様等からも情報を得るように努めています。		
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	一人一人のしたい事・したくない事・出来る事・出来ない事の見極めをするよう努めています。		
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	本人・家族・関係者の意向を聞き、担当者および職員は担当者会議で検討し、介護支援専門員が中心になり作成している。状況変化時には、都度モニタリングを行い介護計画を作成しています。	介護計画は原則3か月ごとに実施し、利用者の状況に応じて随時見直しをしている。本人や家族の意向を把握し、主治医からも直接指示を受けている。見直し時は、全職員のアセスメントやケアのアイデアを集約し、カンファレンスを通して現状に即した計画を立案している。	
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	介護計画書を個々の会議記録に綴じていつでも内容の確認ができるようにし、計画に沿ったケアを行っています。記録には個人の言葉等を具体的に記録する努力をしています。		
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	日々の変化には柔軟に対応し都度カンファレンスを開催し、支援につなげています。ご家族様へは電話や来訪時に検討し報告しています。		
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	必要な届け出や報告を行い、アドバイスを受けています。利用者の意向は必要性の応じて対応できるように努力しています。		
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	提携医の月2回の往診と訪問看護にて日常の健康管理を行っています。本人希望のかかりつけ医や他科受診の場合は家族とともに通院や連絡支援を行い、適切な医療の受診支援を行っています。	隔週の提携医往診と、週1回の訪問看護の体制を整えている。提携病院の閉院があったが、迅速に提携先の確保を図っている。他科受診は主治医の紹介や状況等の手紙の持参によりスムーズな受診につながり、家族と職員が協力して同行支援を行っている。	

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
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	医療連携体制の中で、日常生活で気がついた事や情報を訪問看護師に伝え、個々の利用者が適切な看護を受け入れるように支援し、提携医との連携を図るようにしています。		
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。	入院した際には、医療機関に必要な情報提供を行い、早期退院ができるよう、医療機関との連携を図っています。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期対応について、早期に本人と家族に話し合いをしていただき、文書により意向を確認している。重度化した場合は医療機関と連携を取り、事業所として出来る内容を説明し、家族に意向を聞いて方針を共有して必要な支援を行っている。	重度化や終末期の対応についての指針をもとに契約時や当該状況時に事業所で可能な支援を説明している。本人と家族の希望を受け、訪問医や看護師との医療連携と、職員チームで看取りケアを行っている。職員は看取りに関する研修を受け、事後のグリーフケアの体制も整えている。	
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	急変時に関して必要なマニュアルを作成している。どのように対応したか全職員が情報共有できるよう申し送り、記録にて周知徹底します。		
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	消防署指導・監修の下、年2回火災避難訓練を実施しています。ハザードマップを玄関に貼付し避難場所を掲示しています。備蓄も行っています。地震の避難訓練も行っています。	令和3年度は、9月と3月に火災や地震発生時の昼・夜を想定した避難訓練を実施している。また、毎月避難誘導について机上訓練を重ね、非常時に備えている。各種の備蓄品等を用意し、法人本部と相談し必要に応じて備品等の準備も進める方針である。	
<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	接遇やコンプライアンスについて内部研修を実施しています。言葉遣いや動作について利用者の尊厳を尊重するよう配慮し、個人情報の取り扱いにも注意しています。	年に1回、接遇やコンプライアンス、個人情報の取扱いなどの研修を実施し、利用者一人ひとりの尊厳を重視した支援に取り組んでいる。職員は利用者に向き合う時は、言葉の使い方やトーンに十分注意する事を心掛けている。	
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	日常生活の中で、ご本人が自己主張や自己決定できるように働きかけています。		
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	一人一人のペースを大切に、その日のご本人希望に沿って支援しています。		
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	ご本人の希望や好みを確認しながら、訪問理容を受けたり、おしゃれや着替えの準備を支援しています。		

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	利用者の好みを聞いて食材を調達し調理しています。利用者は能力に応じて無理のない範囲で、調理や盛り付け・後片付け等を職員と共にしています。食事が1日の楽しみになっています。	献立はバランス良く、利用者の好みを反映して職員が作成している。オーナーであるスーパーから新鮮な食材が配達され、畑の収穫野菜も食卓を賑わしている。時には寿司やピザ、うな重を取り寄せ、利用者と一緒におやつ作りをするなど、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	食事量が減ってきている方には、医療と連携し必要なカロリーが摂れるようにし、本人の好み物を提供する等して工夫をしています。		
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	毎食後の歯磨きの支援、訪問歯科を利用し口腔内の状態を把握し清潔が保てるようにしています。		
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	排泄記録から、排泄パターンを把握し適時に声かけしトイレへ誘導しています。パットの使用もありますが、できるだけトイレで排泄できるように支援しています。	個別の排泄記録を参考に誘導介助をし、トイレでの自立支援を基本としている。重度者はベット上であるが、確認頻度を多くして不快にならないようにしている。羞恥心やプライドに配慮し、失敗時も速やかに対応し、また、衛生用品の変更や使用も随時検討している。	
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	食事を工夫し、適度な軽運動への働きかけを行っている。凱膳が見られない時には医師に相談し、整腸剤で排便のコントロールを行っています。		
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	週2回を原則としていますが、利用者の体調やタイミングに合わせて柔軟に支援しています。2名体制で支援することもあり、応じていただけない方には職員や時間の変更を行うなどして工夫をしています。浴室の安全・清潔に配慮しています	週2回の入浴を基本とし、要望があれば回数を増やすことも可能である。同性介助の希望に沿い、一人ずつ湯を張り替え、気持ちの良い入浴環境作りをしている。利用者は職員と一緒に歌を歌いながらリラックスした入浴を楽しんでいる。湯上りドリンクは選択できるようにしている。	
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	個々のペースで安心して眠れるように取り組んでいます。眠れなかったり不安な様子がある方には傾聴したり温かい飲み物の提供をする等工夫しています。		
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	職員一人一人が薬に対する知識が持てるよう情報を確認し、誤薬を防止するために2名によるダブルチェックを実施しています。薬の調整があった場合は小さな変化にも気付けるよう観察に努めています。		
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	茶碗拭き・洗濯物干し、調理の手伝い等それぞれが役割をもって生活できるよう、支援しています。		

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
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	コロナ禍により実施できていないが、緩和に向けて努めております。近隣への散歩の実施はしています。ご家族様との外出については要相談の元、行っております。	コロナ以前は年2回程、外出行事を企画していた。現在は、周辺の散歩や庭先のベンチでお茶を飲んだり、畑作りや収穫、花壇の水遣りなどで外気に触れ、気分転換ができるよう努めている。家族との外出や自宅への帰宅は、感染状況を見極めて支援している。	
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	コロナ禍の為実施は難しかったが、近隣のスーパーでの買い物等へ行ける機会が作れるよう努力します。		
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	ご家族様の了承のもと、希望時には電話ができるように支援しています。		
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	共用空間はバリアフリーで採光・温度・湿度が管理されています。居間の壁には季節ごとの飾り付けがしてあります。定期的に業者による床ワックスもしております。	共用空間は明るく、温・湿度、換気に留意し、清掃も行き届いている。居間には小上り和室があり、廊下の先にもソファを置き、自由に過ごせる居場所を作り、また、車椅子動線にも配慮している。年中行事に因む飾りや、「木」の装飾に桜の花びらや紅葉の葉など四季ごとに利用者作成で季節感を工夫し、手作り日めくりなどの掲示で、温かく安心の環境作りをしている。	
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	ご本人の居場所を確保すると共に、自由に行動できるよう極力制限をしないように見守りやさりげない付き添いなどで工夫しています。		
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	入居時に家族さまへなじみの物について説明し、持ち込みの相談を受けています。都度家族様と検討もってきていただくようにしています。	居室には、使い慣れた家具やテレビ、家族写真が飾られ、アルバムや定期購入の本、化粧品など、愛着のあるものなどが持参されている。仏壇のお供えをする利用者もおり、個々の生活スタイルに寄り添い、今までの暮らしが継続できるよう支援している。	
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	自立支援を基本に支援していますが、できないことをサポートしながら一緒に楽しめるよう支援しています。		