

### 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	0175-000-777	
法人名	有限会社エーデルワイス	
事業所名	グループホーム エーデルワイス(1番地)	
所在地	北見市末広町350番地59	
自己評価作成日	平成27年7月27日	評価結果市町村受理日 平成27年9月28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 [/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_2015\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=0175000777-](http://index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0175000777)

【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)】

利用者様個々のバックグラウンドを知り、理念に基づいて一人ひとりが望むサービスの提供を(音楽、体操、笑い、回想法、外出支援、作業療法等)し、心身の活性化を図ると共に認知症進行防止に努めております。  
 又、二ヶ月に一度の運営推進会議では、グループホームでの活動状況をパワーポイントを用いて報告し、支援内容がより伝わりやすくなるように工夫をしています。  
 また、町内の行事にも参加し地域の方々と交流がより深まるように支援しています。  
 医療連携では、利用者様の心身状態を、家族様、かかりつけ病院、訪問看護師等と共有し、必要時にはきめ細かな医療連携が図れるように支援しています。ターミナルケアについてもチームで話し合い、本人様ができる限り安楽に馴染みの生活が継続できるよう支援させていただいています。  
 定期勉強会、外部研修など人材育成にも力を入れ、学んできたことを活かすため発表の場を持ち、ケアの実践と向上に繋げています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市とん田東町453-3
訪問調査日	平成27年9月3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)】

敷地内に系列のデイサービス併設しており、近隣には職業訓練校や中学校等がある閑静な住宅街に位置しています。利用者の出来ることを大切に本人の自信に繋がるように、利用者に合わせて体操・音楽療法・食器拭きや玄関の花の水やりなどの役割療法、野菜の皮むき・おはぎやいも団子作りなどの作業療法、ゆで卵をむくなどの回想法、日常の中での歩行訓練など個別の機能訓練の支援をしています。療法参加の難しい利用者へはタクティールケアと言った、背中を優しくさするなどで穏やかな安心感が生まれ心地よく、ストレス解消にも役立ち言葉以外に皮膚を通してコミュニケーションをとることを実践しています。職員は勉強会や研修会に積極的に参加しやすい環境にあり、法人で開催される運営会議やグループホームの運営推進会議は研修報告を職員や地域住民、家族等に理解して頂く機会になっています。管理者・職員は、食事は生きるうえで大切なことと位置付けており、ただ食べるだけでなく利用者のことを考え人生を思い起こせるような献立になっています。今年度は統一性のあるケアを職員全員が心掛けるよう取り組んでいます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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)	○ 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、活き活きと働いている (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(1番地)

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	理念は職員が見やすい場所に掲示しています。内部研修や新人研修等には理念の大切さや意味を伝え、職員一人ひとりの意識を高めケアの実践に繋げています。	家族や地域のつながりを大切にした事業所の理念は、個人の体験や座学、研修会で職員全体の行動や意識に結びつくよう取り組んでいます。	
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	運営推進会議、町内会行事の夏フェスタ、避難訓練などで地域交流が図れるよう工夫しています。また周年祭などには、地域の方も参加していただいています。	町内会行事、冬あか清掃や廃品回収などに参加・協力し、また地域の方たちには事業所内の行事への参加を呼び掛けるなどして交流を深めています。	
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	二か月に一度の運営推進会議で地域の方々に行っている支援方法や認知症の理解等についての報告しています。		
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践、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、グループホームでの活動状況を報告し、利用者様、家族様、地域の方、関係者の方から意見を頂き、そこで得た意見をサービスの向上に活かしています。また、欠席された家族様には活動状況報告書を郵送させていただき情報の共有を図っています。	運営推進会議は町内会役員・包括支援センター職員・利用者・利用者家族・前利用者家族等多くの出席者を得て開催されています。事業所の行事、研修報告等行い活発な意見交換が交わされ運営に反映されています。	
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取り組んでいる	認知症サポーター養成講座や行くえ不明者捜索時、運営に関わることなどについて連携を図り、疑問点については意見を求めサービスの向上に繋げています。	市担当者とは様々な機会を通じて連携を図り、新しい介護制度の事を聞き相談したり、課題解決に向け一緒に取り組んでいます。	
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	内部研修などで、身体拘束の意味やリスクについて勉強し、身体拘束をしないケアの実践に繋げています。	職員は研修や勉強会を通して、身体的、精神的苦痛や拘束、虐待にあたる禁止事項等を理解し、高齢者虐待、身体拘束をしないケアを実践しています。	
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	内部研修などで、高齢者虐待について学ぶ機会を持っている。虐待について正しい知識を持ち、虐待のないケアを実践しています。		

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	内部研修などで、権利擁護などに関する勉強を行い、スタッフ間で共有し現場で活かせるように支援しています。		
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、解約、改定時の際は、家族様に充分説明し、不安や疑問点など尋ねられる環境づくりに配慮し理解を得ています。		
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	面会時や運営推進会議など利用者様、家族様の意見、要望を聴き、外部者へ報告したり、運営に反映しています。	会議や行事への参加の呼び掛けは、家族の健康状態も知る機会でもあり、家族訪問時も大切な機会と捉え、意見・要望を汲み取るよう心掛け、信頼関係を築くように努めています。	
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	勉強会や個人面談、日々のコミュニケーションから意見や提案を聴き、反映に繋げています。	管理者と職員は、毎月の会議や日常的に話し合いがもたれ、いつでも個人面談でき意見や要望など言いやすい関係を築き運営に反映しています。	
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	面談や自己評価表などを通して管理者、リーダー、職員個々の努力や実績、職務状況を把握し、向上心を持って働ける環境、条件整備に努めています。		
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	代表者は、内部研修、外部研修の機会を多く設け、勉強会や運営推進会議などで発表の機会を多く設けたり、一人ひとりが役割を持ち意欲的に働ける様に取り組んでいます。		
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	実践者研修、行方不明者捜索訓練、北見地区グループホーム等勉強会を通して交流する機会を持ち、サービスの質の向上に努めています。		

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
<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	リロケーションダメージなどから、本人様の思いに耳を傾け共感していく中で得た情報と家族様から頂いた情報をスタッフ間で共有し、少しずつ不安な気持ちが減少し信頼関係が構築できるように支援しています。		
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	面会時や電話などコミュニケーションを図れる場を多く設け、少しでも不安を解消する為に家族様の思いに耳を傾け、関係性の構築に努めています。		
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	本人様、家族様から得た情報を基にアセスメントしチームで共有を図りその方に添った支援が出来るよう努めています。また、残存機能を維持できるような環境面にも配慮し対応しています。		
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	日常生活の中で役割を持っていただき、出来る事は積極的に行って頂ける環境づくりに配慮しています。		
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	ホーム内での行事や運営推進会議と一緒に参加して頂いたり、家族様も積極的に面会に来られ、個別の外出や外泊を自由に出来る環境作りに配慮しています。		
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	長年生活してきた、馴染みの人や場所の関係を維持し、面会時にはゆっくり過ごしていただけるよう環境作りに配慮し関係が途切れないように支援しています。	利用者の個人的な希望に沿い、お墓参りや昔馴染みの人に会うなど、利用者の大切な場所や人との継続的交流ができるように支援しています。	
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	個々の利用者様の特徴と関係性を把握し、席位置や関わる時間、場所、利用者様の体調や気分を把握したうえで調整させていただいてます。		



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	ホームでの行事や運営推進会議などの案内をしたりと家族様との関係性を断ち切らないように工夫しています。			
<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	日常生活の中から利用者様の声に耳を傾け、本人様の希望や意向を可能な限り聞き取り、心身状況をアセスメントしています。困難な場合には、過去の情報を基に家族様面会時に確認しています。	本人や家族とのコミュニケーションを図る中で、情報収集や回想法で、昔の音楽を聴き・昔の映像・写真を見て想いをひきだし、希望や意向を汲み取るよう努めています。		
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	利用者様、家族様などこれまでの生活歴や馴染みの暮らし方などお聞きし、忘れてしまった思い出を回想法などにより懐かしい時代を思い出す等のケアの実践に繋がっています。			
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	アセスメントシートや個別日誌を基に利用者様一人ひとりの生活スタイルやADLを把握し、日常生活の中から機能訓練を行い残存機能の維持に努めています。			
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	日常生活の中でのアセスメントから課題を明確にし、本人様、家族様の意向を確認しながら、スタッフ間で情報共有し実行可能なケアプラン作成に繋がっています。サービス内容は、スタッフ間で共有できるよう日誌に表記されています。	職員の情報や記録を通しモニタリングを行い、本人・家族の意向を取り入れ、ケアプランは家族にわかりやすい言葉を用いて、その人らしい暮らしを支えるために介護計画を作成しています。	全職員の統一した介護ケアを目標に取り組んでいますので、記録の見方や記述の仕方、様式等の検討も期待します。	
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	利用者様の心身状況は、個別日誌、アセスメントシートに全スタッフ記入し、情報の共有を図りながら実践と評価を繰り返している。			
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	利用者様、家族様の状況により、通院介助、早期退院に向けた支援、町内会行事への参加、買い物支援、四季を感じる外出支援などグループホームの特性を活かし、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	運営推進会議などでは、家族様、地域の方、高齢者相談支援センターの方が出席し、グループホームの活動状況報告から、様々な意見を頂きケアに活かしている。また、地域交流が図れるよう町内会の行事に参加しています。			
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	本人様、家族様が希望するかかりつけ医の受診やホーム往診医による往診体制により細やかな医療連携を行っています。また、家族様や医療機関とは常に情報共有を図り変化時はスムーズに対応できるように支援しています。	事業所の協力医の他、家族の希望するかかりつけ医と連携し、情報提供と共有を図っています。職員全員が受診時に対応でき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	
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	訪問看護師による定期訪問では、日常での状態変化や受診後の服薬変更、医師からの指示など細かく報告し情報の共有を図っています。また、定期訪問以外でも、状態の変化がある際は直ぐに報告し適切な対応が出来るように支援しています。			
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。	利用者様が入院した際は、ホーム内での情報を病院関係者の方に報告しスムーズに治療が出来るように支援しています。退院時は、入院中からこまかく面会に行きその中で、病院関係者から情報をいただき早期退院に向けた支援と関係づくりの形成をしています。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化やターミナルに向けた指針は整備し、入居時に利用者様、家族様に説明し同意を得て契約しています。ターミナルケアにおいては、終末期前から段階に分けて家族様に説明し、意向を汲み取り、主治医、訪問看護師、スタッフでの話し合いを経て同じ方向性で支援が出来るように連携しています。	重度化、終末期については家族に説明して同意書を交わし、必要に応じて話し合っています。職員は看取りの経験もあり、家族や職員、医療関係が協力しながら取り組んでいます。		
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	利用者様の急変時や事故発生時の対応など、日常の中からシュミレーションを行い、変化時にスムーズに対応できるように訓練している。			
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	地域の方、消防の方の協力を得ながら日中、夜間を想定した避難訓練を年2回実施している。全スタッフが対応できるように毎回役割を交代している。	消防署の協力の基、年2回地域住民の方には見守りの協力をお願いし避難訓練を実施しています。防災だけではなくヘルメットや備蓄、予防対策にも対応しています。		
<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	利用者様の生活リズムと人格を尊重し、プライバシーを損ねない声掛けや対応を心がけています。	利用者の気持ちを大切に考え、さりげないケアを心がけています。個人情報等は職員一人ひとりが自覚を持つよう徹底しています。		
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	利用者様が能動的になれるような環境作りに配慮し、声に耳を傾けゆっくりコミュニケーションが図れるように支援しています。機能訓練を希望される方や、着る服を選ばれる方、起床の時間を調整する方などその方のペースに合わせた支援をしています。			
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、希望にそって支援している	起床時間、食事の時間、入浴の時間、機能訓練や療法の時間、外出支援など利用者様の体調とペースに合わせて柔軟に対応できるようにしています。			
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	利用者様にその日着る服を選んでいただいたり、訪問理容にて身だしなみやおしゃれが出来るように支援しています。スタッフ間で気づいたときには、常に身だしなみの支援が出来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	個々の利用者様の嗜好品を把握し、希望や状態に合わせて提供させていただいています。食後など、食器拭きや下膳など出来る事は行っていただいています。	利用者の好みや、状態を把握し作業療法の一環でゆで卵の殻むきや、健口教室で噛む力・飲み込む力をつけ、テレビを消し静かな中で食事に集中できるように心掛け、匂いの物を取り入れ楽しい食事が出来るよう努めています。	
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	D3シートにて食事、水分量の確認、月一回の体重測定で変動がないかチェックしています。利用者様により摂取量や時間が異なるため、食事形態や提供する量や時間を調整しながら提供しています。		
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	食前には嚥下体操を行い、食後はその方に合わせたブラシを使用し、出来る部分は利用者様自身で口腔ケアを行っていただいています。また歯科衛生士による健口教室も開催し、口腔ケアの大切さの理解を深めています。		
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	アセスメントシートにて排泄パターンを把握し、誘導や自立支援を行っています。身体状況の低下によりトイレ誘導が困難な利用者様に対しては、適切な時間に保清し対応しています。	職員は利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、不安にならないよう誘導しトイレで排泄できるように支援しています。布パンツの利用者には清潔保持のための確認をしています。	
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	アセスメントシートにて利用者様の排便のリズムを把握し、その方に合った食事の工夫と調整、乳製品の提供、腹部マッサージ、下肢運動、服薬調整など個別に添って対応しています。		
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	入浴の際は、その方の希望と体調に合った支援が出来るように工夫しています。入浴時は、回想法などでコミュニケーションを図り本人様の想いを引き出せるように支援しています。	入浴は利用者の体調や希望に応じ、同性介助を望む利用者には出来る限りの対応をし、入浴剤などで色と匂いで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	アセスメントシートにて、個々の利用者様の睡眠パターンを把握し、不眠症状がある場合は、ナイトミールを行い安心して眠れるように支援しています。		
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	利用者様の処方箋を確認し、効果と副作用に注意しながら支援しています。状態が変化した場合、医療連携を図り服薬の調整が図れるように支援しています。		
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	日常生活の中で役割を持っていただき、食器拭きやテーブル拭き、編み物や野菜の皮むき、魚を捌いたりなど個別に焦点をあてた支援をしています。		



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	
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	馴染みの方の家まで家族と共に外出し、馬の見学をしたり、桜見学や地域の方との交流を図る為町内会の夏フェスタに参加したりと本人様の希望と体調に合わせて外出できるように支援しています。	利用者の希望に応じて、散歩・日光浴・運動会見学・菊まつり見学・五号館の畑などに出かけています。重度化がすすみ全員参加は難しくなっていますが、利用者の体調を見ながら少しでも外出できるよう支援しています。		
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	本人様の管理能力により可能な方には、家族様と相談、了承の上管理して頂いている。外出支援など希望時は、買い物などで本人様にお支払していただいています。			
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	本人様から家族に電話を掛けたい場合、また家族様から電話があった場合、ゆっくりとお話しして頂けるように配慮しています。			
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	室温、湿度は適時エアコンや扇風機、床暖などで調整し快適に過ごせるように調整している。リビングは、季節に合った飾り物をしたり、作品を展示したりと心地良く生活できるように配慮している。夜間は、部分照明で安全に安全にトイレへ行ける環境となっています。	共有空間には、季節を感じさせる花や飾り付け、木彫りの観音様が置かれるなど利用者一人ひとりが居心地良く安心できる場所になるよう工夫されています。2階の利用者は本や新聞を見ながら長い時間居間で過ごしています。		
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	席の位置や時間帯の調整により、利用者様同士がくつろげるように工夫しています。また、いつも座って休む場所を利用者様自身も決められているため、いつも安心できる環境作りに配慮しています。			
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	入居する際に、本人様や家族様と相談し、馴染みのある家具や仏壇等を持ってきて頂き、ご自宅で生活していた住環境に近づけるように工夫させて頂いています。	居室には、使い慣れた家具・利用者の希望の寝具(ベット・布団)が持ち込まれ、仏壇や切り絵などが飾られていてその人らしい居心地良く過ごせる居室になっています。		
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	ホーム内の適所に手すりが設置されており、歩行訓練などの際にも使用しています。利用者様同士の交流促進の為、テーブルの配置変えを適時行いその方の持てる力が発揮できるように工夫しています。			