

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   | 0175000777               |            |           |
| 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番地ユニット) |            |           |
| 所在地     | 北海道北見市末広町350番地59         |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年1月29日                | 評価結果市町村受理日 | 令和4年4月11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)】

その方の尊い記憶をもとに、残された人生の組み立て、認知症によって、離ればなれになった家族の絆を再構築する場として、お手伝いをさせていただき、利用者から発する言葉から、介護のヒントを得て、その人らしいその力を引き出すことが私たちの役目だと感じ、介護に励み、地域の還元することを理念としている

※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="http://mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0175000777-00&amp;Se">mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0175000777-00&amp;Se</a> |
|-------------|--|

【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 | 令和4年3月23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)】

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<br>↓該当するものに○印   | 項目 | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(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<br>(参考項目:18,38)             | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(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<br>(参考項目:38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(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<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(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<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       |
| 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<br>(参考項目:30,31)         | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   |
| 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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   | 各職員が見やすい場所に掲示し新人教育でも理念内容を説明を行い日頃のケアにも反映している。  |      |                   |
| 2                  | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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人として日常的に交流している   | 運営推進会議・避難訓練・地域研修時に交流を行ったり、紙面での評価を頂いている。   |      |                   |
| 3                  |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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   | 認知症の人へのヘルプカードや認知症の理解など共に学ぶ機会や意見・情報交換を行っている。   |      |                   |
| 4                  | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                      | 運営推進会議評価をいただき、職員間の話し合い研修へと活かさない付きのモニタリング送付から家族様や地域へと報告行わせて頂いている。  |      |                   |
| 5                  | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者や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  | 認知症サポーター養成依頼から共に中学校へ出かける事への連携や厚生労働省の認知症研究事業の相談等も実施している。   |      |                   |
| 6                  | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 個別事例からの身体拘束についての話し合いなどを行い身体拘束を行わないケアに心が取り組んでいる。   |      |                   |
| 7                  |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 内部研修に虐待の防止について学び、日頃の個別介護者のアセスメントを行いケアからの見直しをおこなっている。事例カンファレンスから大き目の鈴を暖簾につけるなど工夫しています。夜間勤務者との話し合いや情報共有にて本人には聞こえないセンサーを活用中です。 |      |                   |

| 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<br>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    | 内部研修の中で権利擁護について話し合いを行い、日常の介護支援における権利擁護学び振り返る事が出来たと思います。                            |      |                   |
| 9                           |      | ○契約に関する説明と納得<br>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・改定時の説明を都度行い、不安や疑問点などを尋ねやすい環境を日頃から配慮させて頂いている。                                 |      |                   |
| 10                          | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                      | 来所時や面会時、受診同行時に利用者様や家族様の意見・要望を外部者へ報告にて運営に活かしている。                                    |      |                   |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 現場に入り個人面談や仕事への提案を聞くことにより運営に活かせるものを聞き可能なものより導入するように努めている。(機器導入やリスクの解消)              |      |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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      | 面接や自己評価を通し、統括・管理者・職員の個別能力向上へと持って行けるように努めている。                                       |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取り組み<br>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、管理者や職員一人一人の能力を活かし、外国人技能実習資格や認知症介護実践者研修・基礎研修受講や話し合いと目標を持ってもらい参加している。           |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 職員の能力に合わせた研修受講や地域学習会(きたほっと認知症勉強会)を通してサービスの質の向上に努めている。                              |      |                   |
| <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<br>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        | 本人の情報や入居前の訪問から話しやすいよう環境作りや本人の不安や困っていることを傾聴し共に不安要素を除き解決する事の支援や個別の関わりからの信頼関係を構築していく。 |      |                   |

| 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<br>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        | 家族様が困っているなど、質問があった場合には早期直接お会いし課題解決からの対応内容を翌日には途中経過含め報告を行っている。課題を持ちこさないように努めている。                        |      |                   |
| 17                                 |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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、家族様からの情報から要望にあった地域の介護サービス内容もお伝えしています。  |      |                   |
| 18                                 |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                       | 利用者様の生活歴から、役割・作業療法にて気の合う方と交流にて残存能力に活かしている所をやり遂げる達成感及び満足感を支援させて頂いている。                                   |      |                   |
| 19                                 |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>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        | 外出支援先での家族同席や運営推進会議、認知症の勉強会・受診時の同行に参加して頂き課題を共有しあい、より良い関係づくりを行っています。                                     |      |                   |
| 20                                 | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | 利用者個人の写真アルバムから活性化された言葉を傾聴し懐かしく嬉しい感情を共感させて頂き、同じ故郷の利用者等を紹介し新たな馴染み関係の構築支援・郵便便り返信など切れない関係が途切れない支援を実施しています。 |      |                   |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 利用者一人ひとりの個性を尊重し、共通の話題をつなぐ支援を行い利用者様同士が関係性維持と拡大をつなぐ支援を行っています。  |      |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 施設内の行事や運営推進会議への参加を促し、または勉強会への参加や身内の相談受付など関係性を断ち切らないよう努めています。   |      |                   |
| <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<br>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                        | 利用者様が「～したい」等の言葉から心身状況を鑑みながら参加したい人などを共に作業や役割療法を行い、困難な場合は調理場付近で見て頂くことでミニイベントのような共通の達成感を持って頂いています。        |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | これまでの生活歴を大切にさらには、グループホームに合わすのではなく、個人の培ってきた生活歴を基に起床・就寝・食事・お茶の時間を支援対応を行っています。                            |      |                   |



| 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 |
| 25   |      | ○暮らしの現状の把握<br>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  | 1日のリズム、心身状況から発した力や弱さをD3シートへ記録しその状態から1日を組み立てている。(食事と形態、睡眠、排泄、精神面)  |      |                   |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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            | ケアの計画から毎月のモニタリングは現場職員でも実施し、介護支援専門員はその状態確認を本人及び家族様に意見をもらい作成をし、課題に対し意見交換を行っています。                                    |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                                   | D3シート(生活のリズム・パターンシート)活用し、本人が発した言葉と共に気づきの介護者の言葉も入れ全員が見える記録となっている。便秘、バイタル変化、睡眠変化から職員間で話し合い支援の見直しを行い、計画作成の基礎となっています。 |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                          | D3シートの精神面の変化よりから1Fの不安定な日地が2Fへ訪問し観音様参拝など気分転換支援を実施している。また、2Fから1Fの夫との対面等の柔軟な対応支援を図っている。                              |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                                    | 農業を営んできた方には、土とのふれあいを大事にし農園のある地域まで車で外出支援を行い、種まきや水やり、野菜の収穫を行って頂いています。   |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                | 希望する病院の受診と共に、かかりつけ医との説明から納得され定期・緊急時受診対応や夜間の急変時にも対応して頂き医療連携体制を行っています。  |      |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                     | 事業所看護師にて日常変化の把握や、訪問看護と契約による定期的な健康状態チェックをしていただき、必要時にはかかりつけ医との連携を行い個々の連携が実施でき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<br>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 | 入院時にかかりつけ医からのお手紙や日頃の心身状態の記録を提供を行い、入院中も混乱を招かぬように連携を図り、情報交換を密に早めの退院に向け、連絡調整を医療やソーシャルワーカー様と実施中です。                    |      |                   |

| 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 |
| 33                               | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所の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 | 入居の段階から、看取り・延命についての説明と現段階の御意見を頂いています。他の家族様も入居段階が一番のポイントの視点であり、その時期に向けた話し合いを行い看取りが途中変更があっても良い事への説明も行っている。                  |      |                   |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 急変の対応や事故発生時の対応についてその都度急変を意識とした対応を現場管理者や看護師からの教育を行っている。(例: 誤嚥・意識レベル低下・転倒からの骨折疑いの対応)  |      |                   |
| 35                               | 13   | ○災害対策<br>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   | 地域事業所との連携、町内会、民生委員などの方々との連携体制を築き、避難では各居室の出入りに独歩・一部介助・全介助の移動法記入。地域住民も共に参加。(コロナ禍電話連絡)や契約による防災担当者・消防署と共に夜間火災を想定とした訓練を実施している。 |      |                   |
| <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<br>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  | 既往歴・現病歴からの行動変化時にもBPSDに捉われずに人格を尊重とした支援を行っている。(例: 妄想や夜間混乱時の対応にも傾聴からの適時な支援)  |      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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   | 言葉に表現できない部分の自己決定が出来るヘルプカードを用いて行動経路や会話の糸口を求めて意思尊重をおこなっている。   |      |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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                                   | これまでの生活の流れを尊重し、食事・睡眠・嗜好、新聞等一日のサイクル時間を大きく変化しない範囲での継続支援を行っている。  |      |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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  | 希望される方にはエレガンス療法(マニキュア・お化粧・髪型セット)の支援を行っている。普段希望されない人でも、様子や心の動きを尊重し実施。  |      |                   |
| 40                               | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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                                       | 嗜好調査を行い、思い出のある調理や、その料理に皆さんも関心がある場合、希望者の皆さんと一緒に調理して頂き、召し上がっていた事で会話が増している。  |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | センター方式から、1日の水分量が不足時には日勤や遅番で確保に努めている。なお、貧血予防やカルシウムの補給等に切干大根、高野豆腐、ひじきをメニューにアレンジし飽きのない栄養確保支援を行っている。魚メニューは週3回としている。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 感染予防を行いながら、朝の食事前の口腔衛生と食後の口腔衛生、自身で行える方には終了時の一部支援や口腔衛生の保持に舌の洗浄も軽度行っている。   |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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24時間シートから排泄パターンの把握。パターンからのトイレ誘導時に「すまんね、」というお言葉も頂き、それまでの居室尿パッド干しからの悪臭も軽減している。                                  |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 便秘の方には、2日目の朝1番の冷水や全員へのヨーグルト、食物繊維の多いごぼう等の提供や入浴時にお腹部マッサージ温奄法を行っている。   |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 本人様の心身状態、汚染状態により随時入浴支援を行っている。   |      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 暗くした方が眠れる方、明るさを求める方早い時間にいつも自宅で寝ていた方への対応を個々で実施している。  |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | いつでもすぐ閲覧できる場所に服薬情報を設置。服薬変更時には24時間シートから、変化が強い場合(傾眠。食欲不振、攻撃、精神面の変化)時には医師との連携や薬剤師・ソーシャルワーカー様と連携を図り服薬調整に至ったケースもある。  |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 誕生会・お雛様・節句・お盆・敬老の日・お月見・彼岸・クリスマス会・大晦日集い・お正月料理を提供している。  |      |                   |

| 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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                     | 季節感を取り入れる為、コロナ禍であっても、穏やかな状態の日には車での季節を感じる支援を実施している。12月にはイルミネーション見学に行きました。              |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 金銭管理ができなくても、職員2名が金銭管理を同時に行い、使用時にご支援している。外出が困難な環境となり、必要時、ホーム内において買い物支援を行っている。          |      |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 家族様には事前の電話調整(可・否)を行い、御利用者様が自ら電話をかけ(支援)を行っている。(手紙・ハガキの支援)                              |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 居間には、鉢植えのお花や植物を配慮し自ら水やりを行っていただき、障害物の除去を支援する環境を提供中。                                    |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 共用空間での気の合う方との座席配置、一人に寝れる場所の配置(仏像)におけるの感慨深く湧き上がる感情の尊重や一人になる支援を行っている。                   |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時には、本人が大事にしている一見、つまらなさそうにな物でも、持参するようにお伝えし、精神面の安定とリロケーションダメージを防止するように努めている。          |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 居室が理解できるようにご了承をいただき、表札を下げるやトイレが分かるように名称をつけさせていただいている。また、月日が理解できるように日めくりやカレンダーの設置している。 |      |                   |