（別紙4-1）

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		
所在地	北見市末広町350番地59		
自己評価作成日	令和元年１１月１日	評価結果市町村受理日	令和元年１２月２３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	mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0175000777-00&Ser

【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	令和元年12月12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）】

当施設は、今年で丸14年を迎え開設当時からの高齢者も在籍しております。ご利用者本人、家族様からの同意がある場合、医療と連携しグループホームにおけるターミナルケアを実施させていただいております。
また、入居者様ご本人の声を大切に断片的であっても過去の災害の体験から、図書館で町の歴史を調べさせていただくと、やはり災害があったことが判明し自分等が住む地域の防災マップの確認まですることができました。多くの世帯が核家族となり、なかなか町の伝承も難しくなりつつありますが認知症の人の言葉を大切にさせていただくことで介護現場から学びを得る時間となっています。

【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）】

教育施設や住宅が多く立地している地区に開設されたグループホームエーデルワイスは、令和元年で14年目を迎えています。平成28年には理念を新たにして、家族や地域住民と連携を図りながら利用者がその人らしく生きる様にお手伝いをさせて頂く取り組みを重ねています。家族の面会時には必ず利用者の様子をお話しし情報を共有しています。特に健康に関しては医師との連携を密に取り、現在の状態を詳しく話してもらい理解を得るべく利用者、家族の希望に即しターミナルケアを実施しています。法人ではホームページを作成して毎日更新し、更に、家族だけがログインできる独自のコーナーがあり日常の様子をお知らせしています。また、毎月ケアプランモニタリング表や通信、写真を送付しており家族には安心感があり、多くの信頼関係が出来ています。地域とは連合町内会、町内会活動を行い地域包括支援センターや北見市担当部局と協力して地域での認知症の理解を広める取り組みを行っています。地域食堂きたほっとを主催して介護事業者と地域の多様な人々が地域活動拠点を一緒に作る活動や中学校で福祉の時間に認知症サポーター養成講座を開催し理解を広める活動を毎年継続して行っています。利用者への姿勢と地域貢献への事業所としての取り組み、決意が表明されており、常に学び研鑽し精進できる様取り組んでいくとし、毎月勉強会を行い自己研鑽をしています。

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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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
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
62	利用者は、その時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 （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

	項　目	取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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

（別紙4-1）

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 実施状況	外部評価 実施状況	外部評価 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位置に掲示しています。新人スタッフが入った際は、事業所の理念についての大切さや意味を伝え、内部研修や日々のケアの中で再確認を行いケアの実践に繋げています。	平成28年に見直しを行い改訂した理念を各ユニットの見やすい場所に掲示しています。また、ホームページや重要事項説明書に掲載し、利用者家族や職員がいつでも見れるようになっており、理念の実践に繋げる様取り組んでいます。	
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	運営推進会議や町内会の行事、避難訓練など地域の方々と協力し交流が図れるように支援しています。	町内会に加入し清掃活動や行事に参加して地域と一体になり活動しています。地域に認知症の理解を深めていくための取り組みを地域住民と共に開催しています。また、中学校での福祉の時間には講師となって協力しています。	
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は、グループホームでの活動状況や支援方法などを地域の方々に報告し情報の共有を図っています。		
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	運営推進会議では活動状況の報告から参加された方々からの評価や意見、要望を基にサービスの改善や向上に向けた取り組みを行っています。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。	運営推進会議は利用者、利用者家族、連合町内会役員、町内会役員等多くの出席を得て開催しています。ケアプランの実施状況や介護の状況、事業所の活動、研修報告、家族への支援状況、医療機関との関りと詳細に説明し出席者から評価、助言、要望、意見を得て運営やサービス提供に反映させ向上に取り組んでいます。	
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	認知症サポータ養成や運営に関わることなどについて連携を図り、サービスの向上に繋げています。	市担当者や包括支援センターとは地域ケア会議や中学生への認知症サポーター養成講座開催等、積極的に主催、協力しており関係構築が出来ています。	
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。	身体拘束廃止に向けては、指針を作成し法人内にリスク委員会を設置して介護検証や問題把握に努め内容をフィードバックして身体拘束廃止に向けての理解と実践に努めています。	

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
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勉強し、虐待についての正しい知識を持ち、虐待のないケアの実践に繋げています。		
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、解約又はや改定等の際は、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、不安や疑問点などを尋ねられる環境作りに配慮しています。		
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や家族様の意見や要望を外部者へ報告し運営に反映しています。	利用者、家族の意見や要望は日常の会話や面会時の会話の中で把握するよう努めています。法人のホームページには利用者家族がログインして入れる情報ページがありその他ケアプランモニタリング状況報告書、法人全体のホーム便りに写真を添付して全員に送付し日常の様子を知らせ安心感と信頼を得ています。	
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	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聞き反映に繋げています。	職員の意見や提案は日常業務の中や毎月の勉強会で把握し、法人管理者の職員会議で話し合われ運営に反映しています。また、年間計画で勉強会を開催し知識、技術の向上を目指しています。	
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	面談や自己評価表を通して、管理者、リーダー、職員一人ひとりの努力や実績、職務状況を把握し向上心を持って働けるように努めています。		
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	代表者は管理者や職員一人ひとりに合った研修や運営推進会議など発表の機会を設け、一人ひとりがプロ意識を高め、意欲的に働けるように取り組んでいます。		

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
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	職員一人ひとりに合わせた研修などから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。		
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	本人様の思いや不安な気持ちなどゆっくりと傾聴し、安心できる環境作りに配慮しています。また、馴染みの生活リズムなど家族様から情報をいただき、個別の関わりから信頼関係の構築に繋げています。		
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	家族様と関わる時間を多くとり思いや要望などゆっくりと聴き信頼関係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チームでアセスメントし、情報共有を図りその方に合った支援を行っています。		
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	役割療法にて食器拭きや洗濯物たたみ、作業療法にて野菜の皮むきなど本人様の出来る事や馴染みの作業などから意欲の向上に繋げています。		
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	ホーム内の行事や外出、運営推進会議等に参加して頂いたり、状態変化時等は同行受診をしていただいたりと共に本人様を支えていくための関係性の構築しています。		
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	家族様や親戚の方、友人など面会に来られた際は、居室やリビングなどでゆっくり話せる環境作りに配慮しています。	利用者の親戚や知人の訪問があった際は、気持ちよく会話できる様な雰囲気づくりを行って関係が途切れない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	利用者様一人ひとりの特徴や関係性に配慮し、交流する時間と休む時間を調整しながら支援しています。また、状況に合わせて席位置の調整なども行っています。		
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	ホーム内での行事や運営推進会議で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
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	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、チームで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現在の心身状況から出来ることを把握し、家族様とも情報共有を図りながら支援しています。	利用者の思いや暮らし方の希望は、利用契約時の生活歴や家族から伺い、また日常の会話の中で把握し、詳細なアセスメントを行い職員が共有して実現できる様努めています。	
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	フェイスシートやアセスメントからチームでその方の情報を把握でき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	アセスメントシートや個別の日誌を基に生活スタイルやADL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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	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現可能なケアプラン作成に繋げています。サービス内容はスタッフ間で共有できるように日誌に表記されています。	介護計画は基本的には6ヶ月で利用者、家族の要望を取り入れ見直しを行っています。毎月モニタリングを職員で行い家族にも配布しています。ケアプランの目標やサービスの実施取り組みは生活日誌に記録されており様子は、D3シートに記載して現状に即した計画になる様取り組んでいます。	
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	利用者様の心身状況は個別の日誌やD-3シート、評価表などに記入し、職員間や家族様とも情報共有を図りながら実践と評価を繰り返しています。		
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、その時々に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	医療との連携や行事、外出支援など、本人様や家族様の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	運営推進会議には本人様や家族様、地域住民の代表者様、包括や行政の職員に参加いただき、様々な意見交換等が行われ、ケアの実践に活かされています。地域交流が図られるように町内行事等にも積極的に参加しています。		

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
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	本人様や家族様が希望するかかりつけ医の受診や訪問診療など、その方に合わせたきめ細やかな医療連携を行っています。	希望するかかりつけ医へ受診を行っていますがほとんどの利用者はグループホームの協力医がかかりつけ医と成っており毎月２回の往診を受けています。また、訪問看護師により毎月2回の訪問と24時間オンコール体制を取っており安心な体制と成っています。	
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	定期の訪問看護では、状態変化や受診後の服薬変更、医師の指示など情報共有を図っています。定期の訪問以外でも状態変化時には報告・相談から適切な対応が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 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	スムーズに治療が受けられるよう、生活状況等の情報を医療機関に提供しています。入院中の治療やリハビリの経過を確認したり、退院後の生活における留意点や介護方法についての助言を受ける等、医療機関と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	入居時に重度化やターミナルに向けた説明を利用者様、家族様に行い、同意を得て契約しています。また、終末期を迎える前から、段階を分けて家族様に説明し、意向を汲みとり、主治医・訪問看護師・介護スタッフでの話し合いを経て同じ方向性で支援できるように連携しています。	利用契約時に重度化対応(看取り)に関する指針で説明し、理解を得て契約を結んでいます。終末期になった時には再度説明して確認し、医療機関、家族、事業所で連携して行っています。	
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	利用者様の急変時や事故発生時の対応などは、日常の中からシュミレーションや勉強会などで学び実践力を身につけています。		
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	地域の方や消防の方の協力を得ながら夜間などを想定した避難訓練などを年2回実施している。役割分担などをしながら、全スタッフが対応できるように訓練を行っています。	災害対策は地域住民と避難場所の状況確認を行うなどの対策を立てています。法人では全事業所の備蓄物等の保管や発電装置等を備え対応できるようにしています。	グループホームでの避難訓練は2019年度はこれからとなっており、定期的な訓練実施と避難経路の検討、整備を行う事を期待します。
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	利用者様それぞれの生活スタイルや人生の大先輩であることを踏まえながら、その方の尊厳が保持できるような声掛けや対応をしています。	利用者の人格を損ねない声掛けや介護については、勉強会や日常業務の中で話し合いが行われており適切な対応が出来るよう取り組んでいます。	

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
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環境作りに配慮し、心の声にも耳を傾け、ゆっくりコミュニケーションが図られるように支援しています。日常的な役割療法や起床時間、機能訓練など、その方が自己決定しやすい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	利用者様の心身状況や意向などを汲みとりながら、柔軟に対応できるように支援しています。		
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	利用者様に服を選んで頂くことや訪問理容にて身だしなみが出来るようになど、その方にあった整容ができるように支援しています。		
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	個々の利用者様の嗜好に合わせたり、彩や盛り付けなど、見た目からも食欲が沸くように支援しています。野菜の下ごしらえや食器拭き等、できることを一緒に行っています。	献立は施設長が全事業所共通で作成しており、利用者の嗜好調査を行いながら季節感やバランスを考慮した食事を提供しています。調理は主に調理専門職員が担当し、野菜の下ごしらえ等を一緒に行いながら食事を楽しんでいます。	
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	利用者様に合わせたタイミングで体重測定を行ったり、かかりつけ医との連携（血液検査の結果など）や日頃の食事や水分摂取量の把握により、栄養状態を確認しています。その上で食事提供量や食事形態、献立を見直しています。		
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	利用者様に合わせたブラシを使用し毎食後口腔衛生を行っています。また、出来る部分は利用者様に行っていただき残存機能の維持を図っています。		
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、早めのトイレ誘導など行っています。また、身体状況によりトイレ誘導が困難な方には適時、パット交換と保清を行っています。	利用者一人ひとりの記録を取りながら、アセスメントシートで現状把握を行い、声掛け誘導等で適切な介護が出来る様取り組んでいます。	
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	アセスメントシートから排泄パターンを把握し、食事の工夫や乳製品の提供、運動や腹部マッサージ、服薬調整を行い便秘の改善に繋げています。		

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
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者様の希望と体調を確認し入浴の誘導を行っています。浴槽をうまくまたげない方も、リフトを使用し入浴されています。	ユニットでタイプの違う浴槽に成っており、一階にはリフトが設置されています。これにより利用者、職員の負担軽減につながり安心して入浴出来る様支援しています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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その方の睡眠パターンを把握し、不眠時はナイトミールを行ったり、日中の活動量を増やしたり、服薬調整を行ったりと安心して眠れるよう支援しています。		
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	個別のファイルで処方箋を確認できるようにしています。日々の利用者様の心身状況のアセスメントから状態変化時はスムーズに医療と連携できるよう支援しています。		
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	役割療法にて食器拭きや洗濯物たたみ、作業療法にて裁縫など、利用者様の得意なことや馴染みの作業等から、心身の活性に繋げています。		
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	施設の行事や季節に合わせた外出支援、町内会の行事など天候や利用者様の心身状況に合わせて外出支援を行っています。	気候が良くなると付近へ散策や外気浴で外に出る機会を多く持つ様にしており、地域住民と挨拶を交わしています。花壇の手入れをしたり、季節ごとに近郊へ桜や蓮を見に出かけたりドライブを楽しんでいます。	
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	外出時等本人様が買い物を希望された場合は、家族様に相談の上購入できるように支援しています。		
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	家族様より誕生日などのプレゼントがあった際は、電話をかけお話ができるように支援しています。また、電話が来た際もうまくコミュニケーションが図れ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	室温や湿度、適度な換気により利用者様が過ごしやすいよう環境面に配慮しています。また、観葉植物や利用者様の笑顔の写真などがあり、本人様や家族様も居心地良く過ごせる工夫をしています。	居間や廊下は温湿度に気を配り適切な環境になるように配慮しています。観葉植物や行事の写真、季節の飾りつけがされて、家庭的な雰囲気で生活に張り合いが出る様工夫されています。	

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
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	席位置や時間帯の調整により利用者様同士の交流や自身で休める空間作りに配慮しています。また、リビングソファで他者の声を聞きながら安心して休めるような支援もしています。		
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	馴染みの家具や写真、仏壇など持参していただき自宅で生活していた住環境に近づけるよう工夫しています。	各居室にはベット、棚が用意されており利用者は使い慣れた箪笥や椅子を配置しています。家族の写真等を貼り居心地よく暮らせるよう工夫しています。	
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	ホーム内には手すりが設置されており、歩行時に使用したり機能訓練等の際にうまく活用しています。その方に合わせたベットの調整や椅子の種類等も変更しています。		