

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 月山)

事業所番号	0691600068
法人名	株式会社つるかめ
事業所名	グループホームつるかめ
所在地	山形県天童市小関一丁目2-37
自己評価作成日	令和 7 年 2 月 28 日
開設年月日	平成 26 年 4 月 8 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)】

医療と介護の連携強化にあたり、市内のクリニックより訪問診療に来ていただき、お客様が健康に暮らせる体制を整えております。職員は認知症の対応力No.1を目指して研修会や勉強会に参加し研鑽を積むことで、お客様が不安を感じず、ここでの生活が楽しいと思っていられるように支援しております。コロナ禍の面会制限が緩和されたことで、遠方からの面会も増えており直接交流することができております。また、自宅の雰囲気忘れないうちに、毎月1回以上自宅で過ごす時間を作る方もおります。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

【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エール・フォーユー
所在地	山形県山形市小白川町二丁目3番31号
訪問調査日	令和 7 年 3 月 26 日
評価結果決定日	令和 7 年 4 月 16 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)】

今年度の目標「入院者を出さない」「認知症の対応力No.1を目指す」「お客様にここでの生活を楽しいと思ってもらう」に対して職員は個人目標を作成して管理者から評価を受けるなど全員で目標に取り組んでいます。職員は係り・チーム・委員会に所属して役割と責任を持つことで一人ひとりのレベルアップにも繋がっています。利用者は余暇活動や家事活動に参加して職員と一緒に、得意分野を発揮後の達成感に笑顔が見られます。久しぶりの秋祭りでは家族等と地域の方の参加があり利用者や顔を合わせて会話を楽しみ、利用者や職員の微笑ましい対応に家族等から信頼を深めています。法人はデイサービスから特別養護老人ホームまで運営し、段階に応じた生活の場の拠点移動が連携され、利用者・家族等から安心を得ている事業所です。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	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、安心して暮らせている	○	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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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		○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	事業所の基本理念に基づき、事業所のビジョンと半期目標を設定し、職員一人ひとりがビジョンや半期目標に対して個人目標と行動計画を掲げて、半年ごとに評価を行っている。		
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	事業所の防災訓練に地域の方から参加をいただいている。今年度、新型コロナ5類移行後、初めて秋祭りを開催してご家族様をはじめ地域の皆様に参加していただいた。また、広報誌やSNSを用いて情報発信することで地域との繋がりを絶えないようにしている。		
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	運営推進会議等で定期的に活動の様子をプレゼンテーションソフトを用いて報告している。グループホームの概要と目的や、認知症の症状と支援方法等を説明し理解していただいている。		
4		○運営推進会議を活かした取組み 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	2カ月毎に開催して、事業所で取り組んだことや活動の様子などを写真や動画を用いて報告している。事故報告やヒヤリハット報告については、出席者から様々な意見をいただきサービス向上に活かしている。		
5		○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	運営推進会議の際に事業所の実情や取り組みについて報告し理解を得るとともに、サービス向上のための指導や助言をいただいている。		
6	(1)	○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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	身体拘束について勉強会を開催し周知徹底を図るとともに、接遇チームが中心となって職員同士で話し合いを行いチェックすることで不適切なケアをしない環境作りに努めている。また、玄関の施錠については、検討を重ねた結果、防犯の観点から開錠せず現状維持としている。ただし、外出したいと希望があれば、天候に応じて開錠し外出に付き添うよう取り組んでいる。	法人合同で毎月委員会を開催し、事例の検討を行い施設長会議(法人各事業所代表)でも報告している。月1回の職員会議ではチェックリストで職員自らを振り返り、接遇チームによる勉強会で学習して拘束のないケアに取り組んでいる。予測されるリスクについては家族等と情報交換しながら共有している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7	(2)	○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に注意を払い、防止に努めている	高齢者の虐待防止について勉強会を行い周知徹底を図っている。接遇チームが中心となって話し合いを行い職員同士で注意し合える環境作りに努めている。また、一人の職員が同じお客様の介助に偏るのではなく、声を掛け合い交代しながら介助することで不適切な介助がないように努めている。	指針・虐待受付担当者・対応責任者を決めて法人全体で通報・改善システムを確立しており、委員会・内部研修は身体拘束と合同で開催している。不適切なケアと思われた時は申し送り時に全職員で共有し、管理者を中心に改善に取り組んでいる。	
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について事業所内で学ぶ機会を設けて、制度を理解し活用できるようにしている。		
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	契約時や解約時、法改正や料金改正の際に、重要事項説明書を用いて十分な説明を行い、不明な点等がないか確認し、内容にご理解いただいた上で署名押印いただいている。また、必要時は再度契約内容を説明し承諾を得るようにしている。		
10	(3)	○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	お客様との日常の会話やご家族様が来所した時に意見や要望があった際は、速やかに上長へ報告し検討した上で運営へ反映できるようにしている。	家族等から面会時やプラン見直しのサービス担当者会議に出席してもらい意見・要望の聞き取りをしている。毎月担当職員から利用者の写真を添えた身体・生活状況の報告を送付している。久しぶりに開催の秋祭りでは利用者の喜ぶ顔や職員の明るい対応から家族等との信頼関係を深めている。	
11		○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	管理者は職員とのコミュニケーションを図るとともに、施設長会議や職員会議の際に意見や要望、提案を聞く機会を設けて精神的配慮を図っている。出された意見や要望については速やかに代表に伝えて運営に反映できるようにしている。		
12	(4)	○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	事業所の年間目標に対して職員一人ひとりが具体的な個人目標を設定し、年2回自己評価と人事考課での評価及び個人面談を実施している。また、必要時は職員面談を行い実践している。	職員は個人目標を作成して年2回自己評価と管理者との面談で評価・アドバイスを受けており、また、係り・チーム・委員会に所属して役割と責任を持ち、事業所目標の「認知症対応力No.1」を全体で目指している。職員同士話し易く、急な勤務交代にも互いに協力し合う良好な職場環境となっている。	
13	(5)	○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	毎月研修委員会が開催するオンライン研修の参加率100%を目指している。また、「社長塾」や「介護道場」などの内部研修や外部研修が開催される時は参加を促しスキルアップに繋がるようにしている。	「勉強会年間スケジュール」はテーマ毎に同法人各事業所が担当し、オンライン研修後は職員が感想文を提出している。実践リーダー研修のOJT(職場内研修)では職員自らの協力があり、良い結果は職員会議で報告して全員で共有している。資格取得挑戦を奨励し法人からの助成もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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つくり、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みをしている	外部研修会が開催されると、管理者が職員に参加を勧めて交流する機会を設けている。グループホーム連絡協議会村山地区ブロックのオンライン研修には随時参加して、情報交換を行いサービスの質の向上を目指した取り組みに繋げている。		
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	入居前に今までの暮らしや要望、困っていることなどを聞き取り、職員へ周知し暮らしやすい環境を整えている。入居後から安心して生活していただけるように努めている。		
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	入居前に意向や思いを確認し、お客様とご家族様にどのような生活を送っていただきたいか職員の思いを伝えている。困っていることや不安なこと、要望を引き出せるような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	これまでの生活状況から今後の生活において必要なケアをお客様やご家族様とコミュニケーションを図りながら見極め目標と支援策を考え対応している。		
18	(6)	○本人と共に過ごし支えあう関係 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	職員が一方的に介助をするのではなく、家事活動などを中心にお客様のできることを探し、役割をもって生活していただけるように努めている。	入居時に家族等から「人生のあゆみシート」を提出してもらい、利用者の生まれてからの情報を把握して個別ケアに繋げ、自宅を忘れてほしくない自宅での昼食後にホームに戻る日課を過ごす利用者もいる。余暇活動や家事活動を職員と一緒にやり、終えた後の達成感に利用者の笑顔が見られる。	
19		○本人と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	電話やご家族様の来所時、または毎月の手紙や写真で身体・生活状況の報告を行っている。通院に付き添うご家族様には日頃の様子を伝えるとともに情報提供書を手渡している。お客様やご家族様の思いを大切にしながら支援している。		
20	(7)	○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	長年お世話になっているかかりつけ医へ入居後も通院したり、行きつけの美容室などに出掛けたりするなど、入居前と変わらない関係が続けられるよう努めている。また、行事などで馴染みの場所や地域をドライブする機会も設けている。	秋祭りには地域の方も参加し、顔を見ながら久しぶりの会話を楽しんでいる。地域の花見や紅葉狩りなど懐かしい場所へのドライブは皆で出掛け、いつも行っていた神社への初詣・喫茶店・馴染みの美容室・近くのスーパーでの買い物など個別の外出はこれまでの関係が継続出来るように支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お客様同士の関係を把握し職員間で共有している。座席の位置に配慮し、職員が間に入ることによって孤立しないように努めている。話題作りや楽しい雰囲気作りを行い、ともに支え合えるように支援をしている。		
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	契約が終了しても気軽に相談できるように努めている。必要に応じてご家族様に必要なサービスや今後の生活についての提案を行っている。		
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		○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	お客様の生活歴などをもとに、何気ない会話の中から希望や意向を聞き取り、思いに沿った支援ができるように努めている。また、自己表現が困難な方は、日々の行動や表情から読み取るように努めて、お客様の希望や意向に添えるように努めている。		
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	契約時に介護支援専門員が聞き取りを行うほか、お客様やご家族様に生活歴の記入を協力していただき把握に努めている。入居後は日々の会話の中で聞き取りを行い施設生活に活かせるように努めている。		
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	ケース記録や申し送りノート、昼のミーティングなどで現状の把握に努めるほか、定期的にアセスメントを行い心身の状態把握に努めている。		
26	(8)	○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	お客様、ご家族様との面談時に生活について意向を確認し、看護・介護職員や法人内のリハビリ職員に意見を求めて介護計画を作成している。毎月の職員会議で課題分析を行い、意見やアイデアをもとに介護計画の見直しを行っている。	「健康に過ごす」を第一目標にして家族等・主治医・全職員・法人内の他業種職員の意見を集約し、いつまでも元気に暮らせるように体調管理に注意した個別の介護計画を作成している。骨折で入院していた90歳代の利用者が、退院後にチームでのリハビリメニューで驚異の回復力で歩けるようになった例もある。	
27	(9)	○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	ケース記録はお客様の様子と職員の対応に欄を分けて記録している。また、職員の気づきやお客様の变化などを色別にしてわかりやすく記入することで介護計画の見直しに活かしている。	職員の勤務体制はユニット両方に関わるようになっており、介護計画に沿った支援内容をチェックリストで確認して個別のケース記録に記載している。利用者の様子や注意事項を記録した業務日誌・申し送りノート・申し送り板で職員は情報を共有し、統一したケアや介護計画の見直しに活用している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、その時々にも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	お客様やご家族様の状況を把握し、ご家族様に相談しながら受診や買い物、外出や面会など柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	公園などの公共施設や行きつけのお店がどこにあるか把握し、お花見や紅葉狩りなどで利用させていただくことで、今まで暮らしてきた地域で日常生活を楽しむことが出来るように支援している。		
30		○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、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	入居前と同じ医療機関を受診していただくか、入居に合わせて訪問診療を受けるかを選択していただいている。普段から主治医と情報交換、連携を図っている。受診はご家族様や職員が協力して行い、その都度状況に応じた必要な支援を行うことで、適切な医療を受けられるよう支援している。		
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	介護職員は、グループホームの看護師または併設事業所の看護師と日常の健康管理、報告相談等の連携を図っている。また、必要に応じて病気やケアについての勉強会を行い、適切に受診や看護が受けられるように支援している。		
32	(10)	○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、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている	介護支援専門員を中心に、ご家族様、主治医、入院先との連携を行い状態把握に努めている。また、管理者や看護師も必要時に医療機関を訪問し、関係者から情報提供を受け、退院後の受け入れがスムーズにできるよう努めている。	協力医・訪問診療医・かかりつけ医・事業所と併設事業所の看護師（オンコール体制）と医療連携体制を整えている。入院時にはケアマネジャーから介護情報提供書を提出し、家族等や医療機関の相談員と情報交換している。1ヶ月を目途に居室を確保しているが、延長になった場合はその後について家族等と相談している。	
33	(11)	○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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の指針を定めて、契約時等でご本人様とご家族様に説明している。かかりつけ医の協力を得ながら、お客様の状況に応じて重度化や終末期の支援に取り組んでいる。お客様の重度化の状況に応じてご家族様、主治医、職員で話し合い、今後の方向性を定めている。	「重度化した場合における対応の指針」を有し、入居時に定めてある一定の条件が整った場合の他は、看取りを行わない事を利用者・家族等に説明し理解を得ている。加齢や見直し時に生活が厳しくなってきた時には、他の施設の利用申込みを勧めている。重度化が進み食事が摂れなくなってきた時には、家族等・主治医・職員で話し合いを重ね、家族等の意向に沿って多施設に移行する等、方針を決め不安にならないように支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	消防署員に講師を依頼し定期的に救命救急講習とAED講習を受講している。お客様の急変や事故発生に備えマニュアルを定め、勉強会を実施して実践力を身に付けている。		
35	(12)	○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	火災などの防災訓練と水害などの自然災害における避難訓練を行っている。地域の自主防災会との協定を結び、施設での避難訓練へ消防団の方や近隣住民の方にも参加していただいている。また、地域の防災訓練にも参加させていただいている。	避難訓練は、併設する小規模多機能型事業所と合同で5月火災・9月水害・11月は夜間想定で行っている。「避難訓練概要」や「利用者の避難方法注意点一覧」を作成し、実施後は総評・職員の反省点・今後の課題を記録し次の訓練に繋げている。水害対応は、指定避難所まで手順通りに昨年の反省点を活かして行い、新たな反省や気付きも生まれ対応策の検討もされている。	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(13)	○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	接遇チームを中心に勉強会等を開催し、お客様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声掛けや対応に努めている。	常日頃の利用者との会話からどのように暮らしてきたか等を聞き、得意な事や出来る事、また不得意な事を引き出し、役割を持つことに繋げ活動に活かしている。暮らしの中でプライバシーが保てるよう、なるべく出来る事は自分で行い、職員は見守っている。言葉の使い方には特に力を入れ認知症の方に対しての声掛けや話し方の勉強会は、接遇チームが中心となって行い共有している。	
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	お客様の言動から思いを読み取り、常に自己決定できるように支援している。表現が難しい方には、選択肢をいくつか作って自己決定できるようにするほか、表情や雰囲気を感じ取って自己決定できるように支援している。お客様の思いや希望を表出しやすい環境作りに努めている。		
38	(14)	○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	接遇チームを中心に、職員の都合を優先しない取り組みを行っている。お客様本位であることを第一に考え一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛けている。	一日の生活スケジュールは決めてあるが、利用者の気持ちで食事時間(2時間以内)・入浴時間などは意向に沿って対応している。レクリエーションやリハビリは決めてあるが、空いた時間で刺し子・縫い物・編み物・庭の花での生け花などの趣味活動を個別に活動して生活を楽しんでいる。	
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	起床時に髪の毛をとかしたり、髭剃りの声掛けをしたり必要な支援を行っている。普段着の準備は、職員と一緒にやっている。外出時は、お客様やご家族様と相談し季節に合った服装を整えている。訪問理容や行きつけの美容室へ出かけるなど好みのサービスが受けられるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食器類は使い慣れたものを自宅から持参していただいている。お客様の食べたいものを準備したり、差し入れの食事を提供したりすることで食の楽しみに繋げている。お客様の力量に応じておかずの盛り付けや片付けなどを分担し協力して行っている。	おかずのみ配食サービスを利用し、ご飯・汁物は職員が準備している。差し入れの野菜で煮物作り・米とき・お茶入れ・食後の片付けなど、利用者のほとんどの方が家事活動に参加している。敬老会では寿司・誕生日は担当者がお菓子を準備して振る舞い、秋祭りには屋台が出るなど特別な日を楽しんでいる。食事形態にも職員が対応し、糖尿食は配食サービスで準備してもらい安心な食事が提供されている。	
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	お客様一人ひとりに合った食事形態や量、栄養バランスの整った食事を提供している。水分はチェック表を活用し一日1200ml以上摂取できるように声掛け等を行っている。咀嚼、嚥下などに変化がある場合は管理栄養士に相談し助言を受けている。		
42	(16)	○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	起床時や食後にお客様一人ひとりに応じた声掛けや介助、口腔内の観察を行っている。義歯を使用している方は夜間義歯洗浄剤で洗浄している。歯科医師や歯科衛生士と連携を図り、状態に合ったケアができるように努めている。	利用者の希望で歯科医師の往診や歯科衛生士のフォローアップを毎週受けている方もいる。職員は衛生士からの助言やマニュアルを手本にした介助、サポートステーションで体験できる講習を受けケアしている。義歯は夜消毒し翌朝に返している。管理栄養士に食事の飲み込みなど報告し助言を受けるなど、嚥下障害や誤嚥防止にも取り組んでいる。	
43	(17)	○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	排泄チェック表を用い、お客様一人ひとりの排泄リズムを把握し自尊心を傷つけないような声掛け誘導を行っている。動作はなるべく自力で行っていたき、できないところを介助している。	排泄チェック表を活用し、羞恥心に配慮した声掛けやトイレ誘導を行っている。自立している方が多く様子を見て確認している。尿漏れを検討し、夜間のみ使用しているパットを大きいサイズに変えるなど、適切に使用してトイレでの排泄が出来るよう支援している。	
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・水分摂取量を把握し、摂取量の少ない方にはジュース等を提供し摂取量の確保に努めている。また、便秘予防体操などの運動を行うほか、かかりつけ医に相談して下剤を処方していただき、看護師と連携して排便コントロールを行っている。		
45		○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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を実施している。お客様の希望する時間帯に入浴できるように努め、洗身等の介助は残存機能を活かした支援を行っている。また、機械浴を使用して安全に入浴できるように支援している。お風呂場や脱衣所は常に清潔にして、ヒートショックが起きないように温度にも配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お客様一人ひとりの生活習慣や体調に合わせて自由に休んでいただいている。日中は適度な運動と活動を行うことで生活リズムを整え、安眠へ繋がる支援を行っている。「見守りシステム」を活用しお客様一人ひとりの睡眠状態の把握と室温調整に努めている。		
47	(18)	○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	「服薬システム」を活用し服薬管理や服薬介助を行っている。薬の種類や目的を理解し、副作用等に気を付けている。内服薬の変更等があれば職員同士で情報共有し、誤薬事故がないように努めている。また、主治医や薬局の薬剤師に相談し、状況の変化や観察に努めている。	職員は服薬情報提供書により薬の種類や効能、副作用等は理解している。薬に変更があり変化が見られた時は、看護師や管理者に報告して指示を受けている。服薬システムが組まれており服薬管理や誤薬防止に活用している。	
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	お客様との日々の会話や生活歴から、得意なことや楽しみなことを読み取り、ご家族様からの情報も併せて力量に応じた役割を作り、生活に張り合いが持てるよう支援している。1つのことを成し遂げた時は、感謝の言葉を伝え、自分は他者の役に立っていることを実感していただけるように支援している。		
49		○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	天気の良い日は外出の希望が多く聞かれるため、適時戸外に散歩に出かけている。季節ごとに花見や紅葉狩りを企画して視覚的に楽しんでいる。また、お客様より外出の希望があった際は、ご家族様と日程調整し外出できるように支援している。		
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	入居時にお小遣いを預かり、お客様の欲しい物や消耗品等の購入に充てている。少なくなったら定期的に入金していただいている。広告やテレビをみて「これが食べたい」と話があった場合は、お客様と一緒に買いに行ったり外食したりして、自分で支払いができるように支援している。		
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	電話をかけたいと希望があった場合、時間を調整して電話をかけるようにしている。ご家族様からの電話にはすぐに取り次ぎできるようにしている。携帯電話の持ち込みも制限せず使用していただいている。字の練習を取り入れ、年賀状を送ったり家族来所時に手紙を書いて渡せるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	季節の変化を感じられるように壁飾りや小物を毎月変えたり、観葉植物や花などを飾ったりして空間演出に努めている。室温や照明にも気を配り、起床時は徐々に明るくし、消灯時は徐々に暗くし不快なく清潔感のある空間作りに努めている。	リビングは、暖かい色づかいで心を和ませ、季節がわかる飾り付けを施し、照明や室温にも気配りし、レクリエーションや家事活動、趣味活動をする場にもなっている。ソファや和室、セミパブリックスペースを作り、仲の良い人と外を見ながらお茶を飲み過ごし、また皆と一緒に苦手でも人の声を聴いていたい方の居場所も作っている。手洗い・うがい・手指消毒など感染症対策も行っている。	
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	テーブル席以外に、リビングのソファや和室などで気の合う方と一緒に過ごせる場所を準備している。窓際にセミパブリックスペースを設けて、コーヒーを飲んだり外を眺めたりして過ごせるようにしている。		
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	自宅で使っていた家具やテレビ、寝具を持参していただき、自宅と同じ雰囲気居心地よく過ごせるように工夫している。また、亡くなられたご家族の遺影や位牌を持参していただき、毎日水とご飯をあげてお参りできるように支援している。	居室にはベッド・洗面台・ダンス・エアコンを備えている。暮らしに必要な物は、自宅から持って来て過ごし易い部屋を作っている。家族等の理解を得てベッドに見守り機器を使用し動きや体調なども分かり、職員がすぐ駆け付ける事が出来、夜間の安心に繋がっている。	
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	全館バリアフリーとなっており、居室を出るとすぐリビングがあり、必ず誰かがいて安心して過ごせる造りとなっている。安全に移動できるように動線を把握し障害物を置かないように努めている。お客様の「できること」「わかること」を表にまとめ見える化して、自立した生活が送れるように支援している。		