

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	0270101736		
法人名	株式会社トラスト・メイト		
事業所名	グループホームふる里の家		
所在地	青森市大字平新田字池上11-109		
自己評価作成日	令和6年12月6日	評価結果市町村受理日	

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

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	令和7年1月15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)】

利用者のできる事、できない事、サポートすればできる事等を職員間で話し合い、なるべく自立した生活ができるように援助しています。 勤続年数の長い職員が多いため、入居時からの状態を把握しており、継続した支援ができています。 また、ご家族と共に利用者ご本人を支援していくため、ご家族との信頼関係を大切にして、ご家族からのご意見も大切にしています。コロナ禍をきっかけに、タブレットでリモート面会をできるようにしたり、SNS(LINE)で写真や動画をご家族へ提供する等して、時代の変化に対応するようにしています。 また、住み慣れたホームで最期まで暮らしたいという利用者・ご家族の要望があれば、看取り介護を行い、ご家族や医療機関と協力して最期をお看取りしています。
--

【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)】

ホーム独自の理念のもと、利用者が自分らしく、ホームで安心・安全に穏やかに過ごせるよう、職員は日々の支援に取り組んでいる。 ホームでは近隣の商業施設の体操教室に参加したり、中学生の職場体験の受け入れ等を行う等、地域との連携を図りながら、認知症について理解していただけるような機会も設けている。 また、訪問看護ステーションの看護師を講師に招き、内部研修を実施する等、職員が様々な事を学び、サービスの向上に繋がるように取り組んでいる。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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や深まりがあり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 (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				

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

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	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふ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	事業所理念を掲げ、入職時に伝えています。また、全職員への周知のために、職員トイレ・台所に理念を貼り、いつでも理念を確認できるようにしています。日々の業務では、理念を念頭に置いて取り組むように努めています。	管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解しており、理念を全職員で共有できるよう、ホーム内の目に付きやすい場所に掲示している。また、ミーティング時等にも理解を深め、日々、理念に沿ったサービス提供を心がけている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	ホーム周辺には民家が少なく、近所の方との交流はあまりありませんが、ホーム周辺の散歩に出かけて挨拶をしたり、近くの小学校へ桜を観に行ったり、地域ねぶたの運行を見に行く等して、地域との繋がりを持てるように努力しています。	ホームは国道沿いに立地し、民家が少ない環境にあるものの、散歩時等に挨拶を交わしたり、小学校の桜の見学をしている。また、近隣の中学生の職場体験の受け入れを行い、交流に努めている。	
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	施設内の見学や相談には随時対応しています。施設外の掲示板にホームのパンフレットを拡大した物を掲示し、地域の方に見ていただけるようにしています。今年は中学生の職場体験の受け入れを行い、認知症について説明をしたり、直接利用者の方と触れ合ってもらいました。		
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	運営推進会議では毎回ホーム内の状況を報告し、委員の方からご意見や助言をいただいて、職員ミーティングで話し合い、運営・サービス提供に活かしています。自己評価及び外部評価の結果は、書面を配布して説明しています。	協力医療機関や訪問看護事業所、地域包括支援センターの職員や、民生委員、地域住民等がメンバーとなり、2ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。会議ではホームの状況や活動等の報告を行い、メンバーから意見や要望、情報等をいただきながら、今後の取り組みに繋げている。	
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	運営等に関してわからない事等は、市に相談するようにしています。運営推進会議には地域包括支援センターの方が毎回参加され、情報提供や助言をいただいています。市役所職員が参加できない時は、書面にて助言等をいただいています。市介護保険課へパンフレットを置いています。	運営推進会議に毎回、地域包括支援センターの職員が参加しており、定期的に情報交換を行っている。また、市にはホームの広報誌やパンフレット等を提出している他、日頃から、制度等に関する相談をしたり、助言をいただきながら、課題解決に向けて連携を図っている。	

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
6	(5)	○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、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	全職員を対象に年2回、身体拘束の研修を行っており、拘束の内容やその弊害について理解しています。外出傾向がある方については、一緒に外を散歩したり、ドライブをしています。	身体拘束について、指針やマニュアル、やむを得ず行う場合に備えた承諾書や経過記録等の様式を整備している他、定期的に身体拘束と虐待に関する研修を行っている。また、職員間で話し合いや意見交換を重ね、工夫により、身体拘束に該当しない支援をすることができた事例もあり、職員は身体拘束の理解を深めながら、日々の支援に取り組んでいる。	
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	虐待防止について、全職員を対象とした研修会を年2回行い、虐待の種類や通報義務等について確認をしています。不適切ケアが行われないよう、日々の言葉遣いや態度について、職員ミーティングで振り返りを行う等しています。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について、職員全員が内容を把握しているとは言えませんが、外部研修の機会があれば、参加するようにしています。支援が必要な方には、地域包括支援センター等の関係機関へ連絡するようにしています。		
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	契約時は十分な説明を行って質問等を伺い、納得された上で同意をいただいています。料金改定の際には書面を配布して内容を説明し、同意をいただいています。		
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	利用者と職員が個々に話をする機会を設け、意見や要望等を聞くようにしています。ご家族には面会時に話をし要望を聞く等、対応しています。また、ご家族にアンケートに記入していただき、要望や意見はその都度職員間で共有し、対応しています。	運営推進会議に利用者や家族がメンバーとして参加している他、玄関に意見箱を設置したり、家族にアンケート調査を実施する等、意見等を出しやすい環境作りを行っている。職員は日々の利用者とのコミュニケーションを大切に、意見等の把握に努めている。	
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	職員ミーティングを月1度行っており、職員には積極的に意見を話してもらっています。また、職員の個人面談を行っており、要望等を聞く機会を設けています。	毎月の職員ミーティングでは、ホームの運営等について情報共有をしている。ホームでは、職員からの提案や要望を尊重しており、職員が働きやすい環境作りに努めている。	

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
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	職員個々の事情や家庭の事情を考慮して勤務体制を整える等、無理なく健康に働けるように考慮しています。職員の健康診断は年2回行っています。		
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	年間の研修計画を立て、外部研修への参加やホーム内の研修を行っています。外部研修は、個々のレベルや勤務年数等に応じて参加しています。		
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	コロナが5類移行後の面会方法についてどのように対応しているか、電話で相談したことがありました。また、外部研修参加の際に、地域内外の事業所の方とお会いした時は挨拶をして、その際に少しの時間ではありますが、情報交換等を行っています。		
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	サービス利用の相談時には、ご家族からも直接話を聞き、利用希望者の身体状況や希望、不安を把握することに努めています。		
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	ご家族が困っている事や不安に思っている事等、直接面談をしてお聞きし、希望やニーズを把握するように対応しています。		
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	利用希望者やご家族のニーズに対応し、何が必要かを見極めています。必要に応じて他施設を紹介したり、病院受診を相談することもあります。		
18		○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	共同生活の場で、その方が得意とする事は活かしていただき、自立した生活ができるように支援しています。洗濯物たみを一緒に行ったり、草取りを行う等しています。利用者のその時の気分(喜怒哀楽)に共感し、理解するように努めています。		

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
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	利用者本人とご家族の関係性を理解した上で、通院介助を依頼したり、外食や外出の機会を設ける等、ご家族との関係性を大切にしています。面会時等の会話から、ご家族の思いや気づきを共有し、共に支えるように関係性を築いています。		
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	入居前に付き合いのあった友人がホームを尋ねて来たり、近況報告のために携帯電話で話をする等しています。利用者がこれまでに関わってきた人や馴染みの場所等を把握し、入居によって関係性が崩れないようにしています。	入居時のアセスメントや日々の会話から、利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所を把握できるように努めている。また、電話の取り次ぎや手紙のやり取りのお手伝い等、これまでの交流を継続できるように支援している他、利用者の希望に応じて、馴染みの場所にも出かけている。	
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	利用者同士のトラブルが起こらないように、食事の席や居室の場所を検討しています。同席の方の食後のコップを下げてあげたり、お互いに声をかけ合って生活をしています。職員は共に助け合い、支え合って暮らしていけるように配慮しています。		
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	退居時には「困り事や相談があった際にはいつでも連絡をください」とお伝えしています。退居先の施設や病院へは、必要に応じて情報提供を行っています。		
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	日頃、利用者に関わって得た情報を職員間で共有し、把握するように努めています。本人・ご家族の意向や希望を傾聴し、把握するように努めています。	職員は入居時のアセスメントや日々の関わりの中から、利用者の思いや希望、意向等を把握するように努めている。また、全職員が利用者の視点に立ち、意向等を把握できるように努めると共に、家族や関係者等からも情報収集をしている。	
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	利用者の生活歴等をご家族や利用者から情報収集し、把握するように努めています。入居してからの新たな情報はカンファレンスで周知し、対応しています。		

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
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	一日の暮らし方や体調の変化等、職員間で必ず申し送りをして把握しています。利用者ができる事・できない事を見極め、それを実行できるように努めています。		
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	利用者本人の意向を第一に考え、ご家族や必要な関係機関から情報収集し、職員間で話し合い、計画書を作成しています。状態に変化があった場合には再アセスメントを取り、計画の見直しを行っています。	職員は日々の関わりの中で、利用者の意見や要望を聞くように努めており、ミーティングで職員間で共有し、家族等からも情報収集を行いながら、介護計画に反映させている。ホームでは、利用者が穏やかで安らぎのある生活を過ごすことができるよう、利用者一人ひとりに合わせた、個別具体的な介護計画作成に取り組んでいる。	
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	個別記録に記入し、重要な情報は更に申し送りをした上で、情報の共有をしています。カンファレンスを行い、介護計画の見直しをして、利用者のケアの実践をしています。		
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	利用者の状況に応じて、その時々生まれるニーズに沿った対応ができるように心がけています。医療面は訪問看護ステーションと委託契約をし、利用者の健康管理を行っています。個々のニーズに合わせ、外出支援や通院介助を行い、マニュアルに束縛されず、柔軟性を持ってサービスの提供に努めています。		
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	地域の資源については、運営推進会議や地域包括支援センター開催の研修会に参加して、情報収集に努めています。地域の行事に参加したり、その人らしく、安全に豊かに生きがいを持っていたけように努めています。		
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	入居時に、利用者や家族が希望する医療機関を受診できるよう、話し合いを行っています。かかりつけ医との関係を築き、往診や夜間時の急変時にも対応していただけるよう、医療連携に取り組んでいます。受診結果は、手紙やメールでご家族にお伝えしています。	入居時のアセスメントで、これまでの受療状況を把握しており、利用者が適切な医療機関を受診できるよう、家族の協力も得ながら支援している。また、協力医療機関の往診や、訪問看護ステーションの夜間時、急変時の対応等の体制も整えており、受診結果は家族等との共有が図られている。	

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
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	委託契約している訪問看護ステーション職員へは、新規入居時と定期訪問時に、情報提供をしています。協力医療機関へは、訪問診療時に利用者の状況を伝えています。利用者の普段の状態や持病等、十分に把握している訪問看護や協力医療機関との連携に努めています。		
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。あるいは、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。	利用者の入院時には、安心して治療できるよう、病院へ情報提供を行っています。入院後の様子はご家族や関係者と情報交換をして、早期に退院できるように連絡調整し、対応しています。		
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	入居時に、重度化した場合や終末期の在り方について、施設内で対応できる事・できない事等を説明し、利用者本人とご家族の意向を確認しています。利用者やご家族の意向を踏まえた上で、医療機関や訪問看護との連携を図り、支援しています。	「重度化した場合の指針」を作成し、ホームとしての方針を明確にしておき、ホームでできる事・できない事を説明して、同意を得ている。また、訪問看護ステーションの看護師を講師に迎えて、内部研修を行い、職員の理解を深め、不安な事や困難な事等も話し合っている。	
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	急変時や事故発生時に対応できるよう、施設内の研修を行っています。緊急時の連絡先は個々に作成しています。救命救急の研修は施設内で行っており、外部研修の機会があれば受けたいと思っています。		
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	日中と夜間を想定し、いざという時に適切な避難誘導が行えるよう、職員と利用者が一緒に、定期的な訓練を行っています。消火器や避難路の確保、設備点検を定期的に行っています。災害時に備えて、食料や飲料水、トイレ等の物品等を用意しています。停電時の対応のために、自家発電機を設置しています。	いざという時に適切な避難誘導が行えるよう、避難誘導策やマニュアル等を作成し、年2回、日中と夜間の火災を想定した訓練を、職員と利用者が一緒に行っている。また、設備点検も定期的に行い、災害発生時に備えて、3日分程度の食料や飲料水、寒さをしのげる物品等の他、発電機も用意している。	

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	
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	利用者のプライバシーに配慮し、業務を行っています。介助時や声がけは、利用者の羞恥心に配慮しています。声がけや対応については、申し送りの際や職員ミーティングで話し合い、改善するように取り組んでいます。	ホームでは利用者の尊厳を重視した対応を心がけており、言動を否定したり、拒否することのないように努めている。また、プライバシー保護マニュアルの整備や研修を行っている他、職員の日々の言葉遣いや対応にも気を配り、ホーム全体で、確認や改善に向けた取り組みを行っている。	
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	利用者が自己決定できるよう、言葉がけに注意したり、わかりやすく選択肢を与える等して、自由に選択できるような対応を心がけています。言葉で意思を表せない方は、表情やふとした行動から汲み取り、対応をしています。		
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	一日の大体の流れはありますが、体調や気分によって、その方のペースに合わせて対応しています。（朝の起床時間、食事時間、入浴曜日等）		
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	当日着る服は利用者の好みの物を選んでいただいたり、外出の際にはお化粧をする等、個々の好みに応じて支援しています。利用者自身が季節に合った衣服を選べない際は、一緒に決めながら対応しています。		
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	食事のメニューは基本的に決まっていますが、時々、利用者の好物を聞いて提供しています。行事で外食会を行ったり、個別に外食に行く等の対応をしています。利用者のできる範囲で、片付けを手伝ってもらっています。	副菜等は外注の物を提供しているが、ご飯とお味噌汁は職員が作り、好き嫌いや刻み食等にも対応している。また、利用者が食事を楽しめるよう、職員手作りの行事食を提供したり、外食も実施している。利用者は穏やかな雰囲気の中で食事時間を過ごしており、状況や意思等に応じて、食事の後片付け等を職員と一緒にやっている。	

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
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	一人ひとりの体調と一日の食事・水分摂取量を記録し、把握しています。ご飯の量は個々の希望に応じて提供しています。食欲低下時には好みの物を提供したり、その時の状態に合わせて提供しています。食事が摂れない方へは、主治医等と相談して補助栄養剤を処方してもらい、対応しています。		
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	誤嚥性肺炎の予防も含め、毎食後の口腔ケアの手伝い、介助を行っています。夜に義歯を外すと不穩になる方は、朝に洗浄剤に浸けて対応しています。		
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向けた支援を行っている	個々の排泄状況を記録に残し、把握しています。その方の排泄のサイン(椅子から立ち上がる、そわそわする等)を把握し、トイレ誘導を行っています。排泄介助の際はプライバシーに配慮し、適切に行っています。	利用者一人ひとりの排泄状況を記録し、パターンを把握しており、事前誘導を行い、リハビリパンツから布パンツに変更した事例もある。職員は利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	バランスの良い食事と水分摂取、適度な運動を心がけて、便秘予防に努めています。が、それでも便秘傾向にある方は、主治医に相談の上、個々に合った内服で対応しています。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴は週2回を基本とし、利用者の体調を考慮しながら入浴していただいています。入浴時、自力可能な部分は自分でやっていただき、羞恥心に配慮しながら、全身の状態を観察しています。拒否のある方は、時間を置いて改めて声をかけたり、翌日に変更する等して対応しています。	入居時のアセスメントや日々の関わりの中で、利用者の入浴習慣や好みを把握できるように取り組んでいる。ホームでは毎日入浴可能な体制であり、一人週2回は入浴できるように支援している。また、入浴の拒否がある時は無理に勧めず、時間をおいて声がける等の対応をしている。	
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	個々のその日の体調に合わせて休息を取るようになっています。眠れない利用者については、日中の活動を促す等していますが、それでも眠れない場合は主治医へ相談し、指示を仰いでいます。		

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
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	服薬時は服用時間(朝・昼・夕)、名前の確認を声出しで行い、飲み込むまで目視で確認を行っています。薬の変更時は申し送りの他、連絡帳へ記入し、間違いのないようにしています。また、薬情を個々のケース記録へ綴り、いつでも確認できるようにしています。		
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	利用者の生活歴や希望を把握した上で、無理のない範囲で役割を持っていただいています。ビールが飲みたいという方へは、ご家族と相談して、他の利用者に配慮しながら提供しています。		
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	年間計画にショッピングや外食会、りんご狩り等を入れて、外出の機会を設けています。また、個々の買い物の付き添いや、個別に外食がしたい方への付き添いも行っています。入院しているご家族への面会にも対応しています。	利用者の楽しみや気分転換に繋がるよう、外食や果物狩り、お花見等を行っている。また、日常的な買い物や散歩等も支援している他、利用者の希望が叶えられるよう、必要に応じて家族にも協力を呼びかけている。	
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	基本的に預り金の管理は施設で行っています。買い物に出かけた際には、個々の能力に応じて支払いをしていただいています。月毎の預り金の収支は、書面にてご家族へ行っています。		
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	ご家族へ電話をしてほしいと話された際は、ホーム電話からかけ、会話をいただいています。話が混乱した場合には、職員が代わって話をしています。また、携帯電話を持参している方は、ご自身で電話をかけており、必要時は支援しています。		
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	居室内と居間、廊下に温度・湿度計を設置し、それを見て冷暖房の調整をしています。ホーム内は季節毎の装飾を行い、季節を感じられるように工夫しています。	ホールの家具等は、利用者一人ひとりがゆったりと寛げるように配置されている。また、ホーム内は適切な明るさ、温度・湿度が保たれており、季節感のある手作りの作品も飾られている。	

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
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	共用空間の中で利用者が安心して居られるように、利用者の行動や周辺症状の観察を行い、居間のソファや廊下のベンチで過ごせるようにしています。		
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	入居の際に、利用者の馴染みの物があれば持参していただくように伝えています。愛用している椅子やご家族の位牌等を持参されています。また、本人やご家族と相談し、居室のベッド等の配置も決めています。	利用者が使い慣れた馴染みのある物を持参してもらうようお願いしており、居室にはお気に入りの家具や位牌等の持ち込みがある。また、持ち込みが少ない場合は、行事写真等を飾り、利用者がその人らしく、穏やかに暮らせるような居室作りを工夫している。	
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	居室の前に名前を表記していますが、それでもわかりづらい方には、目印になる物を貼る等して、混乱しないようにしています。利用者の状態に合わせて、ベッドへ手摺りを設置する等、環境に配慮しています。		