

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】			
事業所番号	1090200112		
法人名	医療法人 富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム涼風の家		
所在地	群馬県高崎市倉渕町水沼131-1		
自己評価作成日	令和6年1月24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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php?action_kouhyou_detail_007_kani=true&JigyosyoCd=1090200112-00&ServiceCd=720&Type=search
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12
訪問調査日	令和8年3月10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)】

周囲を山々に囲まれ、近くには公園や温泉施設があり、自然豊かな環境の中に当グループホームはあります。
 利用者の個々を尊重し、屋外での四季を感じながらの散歩や、家庭菜園で野菜作りや収穫と一緒に楽しみ、菜園で採れた野菜を使って料理と一緒につくったり、自然豊かな環境ならではの取り組みを行っています。
 また、毎月、お茶会としてオレンジカフェを開催や、地域でのイベントへ積極的に参加し、地域の方々や家族、ボランティアの方たちとの繋がりを大切にし、笑顔の絶えないホーム作りに取り組んでいます。

【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)】

季節のドライブの他に、ほぼ毎日外気浴や散歩に出かけ、散歩では公園に遊びに来た子供たちと会話する機会もある。朝食は業者を活用し、昼夕食は利用者の希望を聞きながら、食材は地元の商店から購入して職員が手作りしている。また、利用者の家族や地元の方、職員からの差し入れを、利用者も下ごしらえに加わって調理するなど食に関わる機会を作っている。毎月オレンジカフェを施設で開催し、地元の住民や家族、ボランティアと触れ合う機会となっている他、学校の職場体験やふれあい体験などを受け入れ、中学生・高校生とも交流する機会がある。イベントや日常の様子をSNSでほぼ毎日紹介し、家族に情報提供することで安心してもらえるよう取り組んでいる。

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 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、生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 (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	『地域の方々と支え合い、個々が生き生きと生活できる笑顔の絶えない明るいホーム』を理念に掲げ、玄関及び事務所等に掲示し、毎朝の申し送りの際に唱和を行い職員全員が理念を念頭に置きながら、入居者へケアが出来るよう心がけている。	毎朝理念を唱和し、どんな時でも自然と笑顔がこぼれるような、家族のように親しみ深い関わりを大切にしている。画一的なケアではなく、その方の好みや性格に合わせたレクリエーションを取り入れることで、利用者の個性を引き出せるよう職員で日々話し合っている。		
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	地域の清掃活動や町の行事等に参加している。日常の散歩や園芸等、入居者と共に挨拶や話をし、気軽に立ち寄って頂けるよう声かけを行っている。中学校の職場体験や実習の受け入れや保育園との交流も行っており、地域交流を深めるきっかけとなっている。	散歩のなかで近くの公園で遊ぶ子供達との触れ合いや、職場体験や福祉体験を受入れ、中学生との交流も大切にしている。オレンジカフェの開催を通じ、地元住民や家族、ボランティアの方々と交流を持っている。地域の方が吊るし雛を飾りに来てくれる。		
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	認知症カフェや、地域の方に慰問等に来ていただき入居者と触れ合っていただくことで理解・支援を頂いている。また、清掃活動や地域の行事等でも、積極的に参加し情報交換をすることで内部の様子を知って頂く等の取り組みを行っている。			
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	施設内の状況報告や地域交流の報告を行うとともに、行政や地区の代表者から意見や情報を頂き、普段の生活の中に取り入れるよう努めている。また、運営推進会議の報告書は、ホーム内の玄関棚にファイルし、面会に来られた家族や来客者にも見ていただけるようになっている。	会議には、家族代表として毎回異なる家族が参加できるようにしている。開催のお知らせは参加者へ、議事録は全家族にも届けている。お祭りや熊・猪の出没などの情報を共有している。区長へ会議録を届ける事で、地域の情報を頂き連携を深めている。		
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	書類提出や案内状を届ける際などに、支所の職員や社協の職員と意見交換や情報を共有するよう努め、実際には入居者の紹介等につながり、空床対策に大変活かされている。	研修会のお知らせはメールで受け取り、必要な手続きや方針確認の際には、支所へ足を運んでいる。支所の職員や社会福祉協議会の職員と、意見交換や相談を通して連携を深めている。		
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	玄関や居室にはセンサーを設置し身体拘束は行わないよう対応している。身体拘束についての研修に参加し、また法人での身体拘束廃止委員に参加し、カンファレンスにて職員にフィードバックしている。	身体拘束廃止の研修で、知識と対応方法の習得に努めている。法人内の身体拘束廃止委員会の内容はカンファレンスでの伝達と資料の回覧を通し、職員の理解促進を図っている。玄関や居室にセンサーを設置して、身体拘束を行わない環境作りに取り組んでいる		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	日ごろのケアの中で、職員の言葉遣いなどをお互いに注意し合い、カンファレンス時は意識統一をするために話し合いの場を設けている。また、法人での虐待防止廃止委員に参加し、カンファレンスにて職員にフィードバックしている。			

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
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	現在対象となる利用者はいないが、勉強会や研修に参加し、必要な知識を得、深めることは必要と考える。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居前には必ず見学に来ていただき、施設の取り組み、環境や雰囲気などを見ていただいた上で、不安等がないか利用者・家族と面談し、納得したうえで後日契約頂いている。		
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なら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	意見箱とアンケート用紙を玄関に設置するほか、面会時などに職員側から積極的に尋ねるよう努めている。また、地域の方から聞こえてきた小さな意見でも、職員間で話し合い、実際の業務等に活かしている。	面会時には、家族へ利用者の状況を説明し意見を伺いながら、支援内容の改善に努めている。インスタグラムでは、食事・イベント・日常の様子を掲載し施設での生活を知らせている。さらに、請求書には日々の様子や写真を同封し、家族への情報提供を充実させている。	
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	職員からの意見や提案があったら、すぐに対応し、話し合いを重ね、職員一人ひとりの考えを尊重するよう努めている。月に1回の話し合いの場として、カンファレンスの場を設けている。	地域に住む職員から、地域住民の訪問予定やボランティア活動に関する情報提供を受けて、これらの情報が施設と地域との連携強化に生かされている。カンファレンスでの意見交換に加え、施設長が直接働きかけることで、職員との関係構築を継続的に進めている。	
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	各部署を訪問した際や、職員の意識調査などにより、一人一人のスタッフの状況把握に努め、的確な対応を行っている。また毎年度、個人評価を行い法人本部に提出し、給与査定等を行っている。		
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	個々に必要と認められる研修の受講を促し、シフト等の調整を行っている。また、法人内での研修にも積極的に参加している。		
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	近隣のデイサービスとの行き来や、職員との話し合いや交流をし、互いにサービス・運営の質の向上に努めている。		

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	
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 サービスを導入する段階で、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	見学に来て頂いた時等に面談を行い、本人が困っていることや不安のことがないか等を確認し説明している。入居時に限らず、個別で面談を行い安心して過ごせるように支援している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	見学に来て頂いた時等に面談を行い、家族が困っていることや不安のことがないか等を確認し説明している。入居時に限らず、個別で面談を行い安心して預けられるよう支援している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	入居前に面談を行い、どんな支援を必要としているかを聞き、支援に繋げていくと共に、入居前に利用していたサービスの担当者や前任ケアマネなどに情報提供してもらい、本人や家族が求めているサービスを提供できるよう努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者と職員で掃除等の環境整備や洗濯物など協力して行っている。日々互いに助け・支え合える関係を築けるよう努めている。		
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おかず、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	面会や外出を勧め、ご本人の気分転換等の協力をお願いしている。また、SNSや毎月のお手紙でご本人の日々での生活等の情報やこちらでの取り組みを伝え、信頼してもらえる関係作りをしている。		
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	地域の行事に積極的に参加している。施設内をなるべくオープンにし、家族・友人が気軽に寄れるような場所を目指している。実際に入居者の友人が面会に来られることも、良く見られる。	町内の住民や友人を馴染みの関係と捉え、オレンジカフェを馴染みの場として活用して、交流の機会を創っている。趣味活動についても、可能な限り継続できるようにしている。地域の理美容師が2～3ヶ月に一度来訪し、従来の関係性を保つ事に繋がっている。	
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	普段の業務の中や会議において、入居者同士の関係性や状況を話し合い、状況の変化に応じて対応できるよう、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
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	退居された後も、利用者や家族と年賀状の交換をしたり、相談にのったりしている。現在も、近くに来た際に気軽に立ち寄って頂いている。		
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	(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	本人や家族から話を聞いたり、行動・言動などから真意を推測し、カンファレンスなどで本人が何を求めているか検討している。	利用者が笑顔で過ごせるよう、食事やおやつなどの機会をつくり、希望を尊重している。意思疎通が難しい利用者には、表情やしぐさから思いを読み取り、今何を求めているのかを意見交換して支援や関わりに繋げている。	
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	本人・家族の日常会話の中から生活環境や暮らし方を伺い、少しでも同じような生活が出来るように努めている。また、サマリーや今までの記録、以前のサービス利用していた事業所に連絡を取り、少しでも情報が多く集められ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	毎日10時頃にバイタル測定を行い、体調管理をしている。小さな変化でも見逃さないように、申し送りと記録を徹底している。また、生活パターンも個人差があるため、その人に合った過ごし方が出来るよう支援している。		
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	毎月1回のカンファレンスを行っており、モニタリングの状況や、ケアプランについて意見を聞いている。定期的にモニタリングを行い、本人や家族、職員の意見を聞き、本人の望むサービスが提供できるよう介護計画を作成している。	ケアマネージャーが常勤として関わっており、利用者の変化が見える体制にある。あわせてモニタリングを定期的に行い、カンファレンスで職員と意見交換し、家族の意見を踏まえて介護計画を作成している。日々の記録は、情報を整理し記載する工夫をしている。	介護計画と日々の記録が連動するよう検討を期待したい。
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	毎日の記録や申し送りなどで日々の様子を確認し、それを踏まえうえでカンファレンスで話し合いをし、職員全員が把握することでケアを統一出来るように取り組んでいる。毎朝、申し送りを行っている。		
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	家族が受診に行けない時は家族に代わって受診の付き添い・対応を行っている。その他、入居者が買い物へ行きたいときは買い物へ行くなど、本人や家族の希望を可能な限り受け入れ、サービスに反映させている。		

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
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	入居者になじみのある方や、ボランティア、消防、警察などの協力のもの、安全の保持に努め、楽しい生活空間を維持できるよう心がけている。		
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、本人や家族の意向を尊重し、かかりつけ医のある入居者に対しては、適切な医療が随時受けられるよう状況の報告を行っている。また、協力医師が主治医の利用者に対しては、月1回の往診を実施するほか、入居者の体調に応じて主治医に連絡をとり、指示を仰ぐよう努めている。	入居時に、これまでのかかりつけ医と協力医の選択ができる。協力医は月1回の訪問診療があり、その際には、事業所で医師に状況報告をしている。歯科や感覚器の受診には、事業所が対応している。急変時には、救急要請をするよう指示を受けている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	利用者に変化があった時には、主治医に上申し、指示及び受診を受けている。		
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、又、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。	入院中は、管理者や職員が病院を訪問し、状態確認を情報交換、把握に努め、早期退院に備えている。		
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	重度化していく過程において、家族や協力医との連携を強化し、具体的なケア方策を検討している。終末期ケアの対象者が出た場合は、本人にとって望む最期を迎えられるよう、法人内の老健施設等への移動も含め、支援方法を検討している。	入居時に、看取り指針を説明している。法人内の関連施設と連携し、医療処置の必要性に応じた転居の選択も可能となっている。今後は指針に基づき、個別の意向に沿った対応に努めて行く予定である。	
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	急変や事故等のマニュアルを製作している。他にも、法人内の勉強会にも参加し、急変及び事故発生に備えるよう努めている。		
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	年2回の消防訓練において、夜間想定を含め、避難訓練を行っている。	立地上、山林火災や土砂災害リスクを想定して、1週間分の備蓄を完備している。令和7年度は、火災の避難訓練を2回実施した。近隣に住宅がないため、非常時は近くに住む職員の招集・協力体制を整えている。	

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	人格を尊重し、その方に合った話し方をしている。排泄や入浴誘導時は、他の入居者に見えないように配慮し、親しみがありながらも失礼のないような声かけを心がけている。	排泄や入浴時には、周囲の視線や声量に配慮し、自尊心を傷つけないよう「トイレ」等の直接的な表現を避けた声掛けを心掛けている。必要に応じて、同性介助を提供できる体制を整えている。	
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	毎日の生活の中で多くの会話をする中で、本人の思いや希望を聞けるよう努めている。食事などでは、食べたいものを本人に選んで食べて頂けるような工夫もしている。		
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	利用者の希望を聞きながら、散歩や買い物等、楽しい一日が送れるように支援している。また、入居者の希望や意見を尊重し、個々のレベルにあった対応を心がけている。		
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	出張理容に来てもらい、好きな髪形に出来るよう支援している。また、どこかへ出かける時などは外出着を着て頂き、身だしなみにも変化を付けている。		
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	入居者の要望を取り入れた献立を考え、入居者の能力を見極め、出来ることは本人にやって頂くが、職員と一緒に食事の準備や片づけをしている。また、盛り付けや使う食器にも工夫をしている。	朝食は業者委託し、昼・夕食は職員が手作りして提供している。調理前に利用者の希望を募り、献立に反映している。家庭菜園の収穫物や差し入れを活用し、利用者には下拵え等をお願いし活躍の場を作っている。また、令和7年度は、収穫したスイカでスイカ割りを楽しんだ。	
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	毎月1回体重測定を行い、食事量の調整を行い、またその中でもその人に合った適切な食事量を提供できるよう支援している。		
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	毎食後、口腔ケアを行っている。自分で出来る方は見守りを行い、出来ない方は出来ない部分を介助している。口腔内に異常がある時は適宜、歯科受診をしている。		

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
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	日中、夜間共に排泄が自立出来るよう排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるよう、その人にあったトイレ誘導時間や、排泄時間を検討している。	排泄チェック表に基づき、水分量・運動量・薬剤の調整を個別に行っている。立位可能な方はトイレ誘導を基本とし、おむつ使用であっても、日中はトイレ誘導を実施するなど自立支援に注力している。	
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	運動と水分摂取、食物繊維を多く取れるよう心掛けている。また、麻痺等の介助が必要な方でも、オムツやパット内ではなく、出来る限りトイレでの排泄が行えるよう支援している。		
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	週に2回入浴を行い、本人の体調や気分に合わせて、入浴日や時間の変更などを行っている。	週2回を基本に、シャワー浴の利用者も、状況に応じ浴槽での入浴を試みて気持ちのよい入浴につなげている。また、希望でそれ以外の日に入浴する利用者もいる。誘導から更衣、入浴まで一貫して1名の職員が担当し、安心できる環境を整えている。ゆず湯等の季節行事や保湿ケアも実施している。	
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	日中は本人の希望にそって休息したい時に休んでもらっている。また、夜間は本人が眠くなるまではフロアで過ごしてもらっている。		
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	お薬情報を確認し、把握に努めている。また、薬の変更の際は申し送りに記入し、「何が、いつから、どうなるか？」等の周知に努めている。		
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	入居前の職業や生活環境を踏まえて、畑仕事や家事など、それぞれが張り合いを感じる役割分担を行い、ホームでの生活を楽しくして頂けるよう支援している。		
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。又、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支援している	地域のイベントに積極的に参加出来るよう、地域の方々にも協力していただき、支援に繋げている。また、日々の散歩でも敷地外へ出ることが多く、散歩ルートも本人に決めてもらっている。	週3回の外気浴を基本とし、周囲の水田や菜園の野菜の成長を通じて、季節を実感できるよう取り組んでいる。近隣公園へ弁当持参による散歩や、梅・桜の鑑賞を目的とした季節ごとのドライブ等、外出の機会づくりに努めている。	

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
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	家族からお金を預かり、本人が希望する物を購入したり、外出先で使え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	本人の希望があれば、家族の負担にならない程度に電話をしている。また、家族からの電話の際には希望があれば、本人につないだりしている。		
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	フロアには、外の光を取り入れ景色が良く見えるようカーテンは開け、季節を感じられる作品等を展示し、花や観葉植物等も置き、目でも楽しめるようにしている。また、廊下には行事の写真を展示し、イベントを思い出してもらおう務めている。	フロアにはソファが配置され、食後の読書や休憩の場として活用されている。窓からは山や公園を望め、併設デッキで外気浴も楽しめる。壁面には、利用者で制作した工作や活動写真を展示している。	
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	利用者が孤立しないよう、食事の席を適宜変更している。また、休み時間等はソファでゆっくり談話出来る場所を提供している。		
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	使い慣れたものを持ってきてもらい、家具なども今までの生活に近い配置にしてもらう事も可能として、環境の変化を小さくして本人が落ち着いて、気持ちよく過ごせるよう工夫している。	愛用のテレビ、椅子、仏壇、家族の写真等、住み慣れた家財が持ち込まれ、私物に囲まれた個別性のある空間作りを支援している。全室に大きな窓を配置し、室内から自然豊かな景観を楽しめる造りになっている。	
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」「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	全てバリアフリー構造となっており、廊下や居室等に危険なものを置かないような環境作りに努めている。出来る限り自立した生活が送れるよう支援している。		