

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	0790100036		
法人名	株式会社 介護支援センター ふじの里		
事業所名	グループホーム ふじの里 Aユニット		
所在地	福島市在庭坂字壇ノ前9番地1		
自己評価作成日	令和6年10月25日	評価結果市町村受理日	令和7年5月19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)】

吾妻小富士のふもとの自然豊かな環境の下にある、デイサービスを併設したグループホームです。近くには果物畑がたくさんあり、地域との絆を大切に、行事や日常的な交流を通じて地域との交流を深めています。
理念や方針をもとにグループホームの月間目標を定め、その実現に取り組んでいます。介護にあたっては、家庭に近い環境を目指し、ご本人様の意向や希望、生活リズムを尊重することを心がけています。

※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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	令和6年12月3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)】

1. 事業所では、長期入院生活を送っていた方や在宅で孤立し生活困難を抱えていた方等を積極的に受入れ、生活の場として落ち着いた生活が送れるよう支援に取り組んでいる。
2. 毎月、安全衛生会議を開催し産業医・保健師が法人内の事業所を巡回し、安全衛生上の問題点を見出している。事業所ではリビングのテレビの位置を変えることで利用者の様子が見えやすくなったことや怪我をしないように画鋲代わりにソフト粘着剤の利用等の他、職員のストレスチェックを行い働き易い職場環境を整え、利用者のサービス向上に反映させている。

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 ↓該当する項目に○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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くない
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 (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、安心して暮らしている (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	グループホームの意義をふまえ、毎朝ミーティングで理念や方針を確認している。また、詰所にも掲示し、いつでも共有できるようにしている。	理念は開設当時作成したものを継続し毎朝唱和し理念を実践に繋げるために、年間目標と月間目標を作成し毎月の職員会議で確認している。さらに、毎年「安心ケア10か条」を職員の意見をまとめて作成し、職員は「安心ケア10か条」を目標にした支援に心掛けている。	
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	地域とのつながりを大事にするために併設の利用者との交流機会を持っている。地区の敬老会等の訪問などもある。又、町内会に介入している。	町内会に入り総会に法人職員が代表で参加している。夏の地域の花火大会に協賛金を出す等地域協力を行い、秋の神社の例大祭には獅子舞が事業所に来て利用者は頭を噛んでもらい縁起が良いと好評を得ている。また、中学生の職場体験の受入れや小学生の訪問の他、地域の方から果物の差し入れ等があり日常的に交流している。	
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	事業所全体行事等で地域の方に介護保険等やグループホームについての理解や協力等を求める機会を設けている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回の運営推進会議で活動報告や課題・改善点を話し合いサービス向上に努めている。	10か所の同法人事業所が合同で2か月に1回開催し会議では事業所から日々の取り組みについて積極的に報告しているが、委員からの積極的な意見が確認できなかった。開催後は、利用者家族に要望・助言をいただくよう用紙を同封して報告しサービス向上に活かしている。なお、現在利用者の参加は見送られている。	運営推進会議の合同回数が1年度内に開催すべき回数の半分は超えない事や委員が意見を出し易くする方法を工夫することが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	行政と協力し情報を共有することで地域の方が利用しやすい施設づくりをしている。地域福祉課の来所も頻回にある。入所問い合わせも多数ある。	介護保険等の手続き相談等に担当課に訪問している。福祉課からの困難事例の相談や受入れをしているので、生活保護担当者の訪問もある。また、管理者は法人のスーパーバイザー職として、積極的に市窓口に出かけ協力関係を築く取り組みをしている。	
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	3ヶ月に1回の身体拘束委員会実施。身体拘束指針あり。身体拘束ゼロを目指し全職員で取り組んでおります。現在、身体拘束はありません。	法人全体で委員会を実施し指針に基いて3か月に1回委員会を開催している。結果を各事業所に持ち帰り、回覧で周知している。また、虐待防止と合わせて研修を行い、法人内の事例を通して話し合いをし身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は朝6時から夕方5時半まで開錠している。	

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	福-1	○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	高齢者虐待防止・身体拘束委員会において事例検討や勉強会を実施している。また、外部研修にも積極的に参加し、研修後の報告会を実施している。	法人全体で委員会を身体拘束廃止委員会と一体的に、3か月に1回開催し年2回の研修を実施している。しかし、指針に虐待担当者の記載がなく、また、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合の市町村への通報について職員に分かり易く示した物が確認できなかった。	指針に、虐待防止担当者を明記し、また、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合の市町村への通報について職員が分かり易くフローチャートで示す他、虐待の芽チェックリストを活用し全体で話し合いをすることが望まれる。
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	権利擁護に関する研修会を実施し活用しています。また、外部研修にも積極的に参加し、研修後の報告会を実施している。		
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	契約書と重要事項説明書を説明し署名、捺印を頂いている。不安や疑問があればその都度相談できる窓口と責任者がいる。		
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	苦情相談窓口・苦情解決責任者がいる。また、面会時に管理者が対応し家族等と色々と会話をする機会を設けている。	利用者からは日々のふれあいの中での会話や仕草等から思いを聞く様にし、家族からは電話や面会時に意見要望を聞いている。	
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	管理者も会議に参加し意見交換や助言を行っている。ボトムアップ方式をとり職員等が意見や提案ができるような会議にしている。	毎月の職員会議では職員からの意見が多く出され、年2回の管理者面接では目標と達成結果等について話し合いをしている。毎月安全衛生委員会の職場巡回があるが、それに伴い事業所でも生産性向上のための取り組みについて職員からの意見が出され運営に反映させている。	
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	人事考課表があり職員の努力や実績を評価し昇給や賞与を支給している。また、いつでも代表者や管理者との面談できるようになっており、働きやすい環境の意見交換をしている。		
13	福-2	○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	社内研修期間を設けている。また、積極的に外部研修に参加する機会を確保している。又、入社時には1日かけた研修を行っている。	職員は年間を通して法人研修と事業所内研修を受け、外部研修は希望者が出席できる様にしている。また、新入社員に介護主任等がついて約2か月程度40項目で確認するOJTを実施している。国家資格取得に向け研修費用を全額会社負担とし職員を育てる取り組みをしている。	

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
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	グループホーム協議会に加入し総合訪問活動に協力。同業者との関係強化を図っている。また、GH協議会主催の研修会に積極的に参加、情報交換なども行っている。		
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	実態調査・アセスメント・課題分析をし本人や家族の意向を尊重。入所当初は不安がある為 会話を多く持ち、安心して頂け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	実態調査・アセスメント・課題分析をし本人や家族の意向を傾聴。		
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	実態調査・アセスメント・課題分析をし本人や家族の意向を傾聴。		
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	家族と暮らしている様に各職員が役割を持つ関係づくりを行い信頼関係構築に努めている。		
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	面会時等に近況報告をしたり、家族から不安や悩みも聞きストレス軽減をはかり家族との関わりも大切にしている。		
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	友人、知人の面会を受け入れ、居室等でゆっくり過ごせるように支援している。また、家族との外出や外泊も支援している。馴染みの美容院に行かれている利用者様もおります。	現在、家族・友人・知人の面会を居室で可能にしている。家族と外出・外食・外泊を楽しんでいる方もいる。また、廊下で繋がっているデイサービスの利用者が同地区の方が多いため自然と交流がある。ドライブで市内探検や地域の名所へ行く等、馴染みの人や場所と途切れない様に支援をしている	

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
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	毎日のレクリエーションや食事の際は利用者様同士の関係を考慮し環境整備を行っている。また、職員がこまめに介入している。		
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	必要に応じて退所後も問い合わせや情報提供に努めている。		
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	日常生活の中で、でてきた希望、意向を記録に残し把握に努めている。家族等からも話を聞いたりし本人本位が実現できるように努めている。	一人一人の思いや希望を日々の会話やテレビ番組からヒントを得て聴くように努めている。把握が困難な場合は家族や長期入院をしていた病院関係者から利用者の情報を得て想定される思いを汲み取り、本人本位に検討している。	
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	実態調査の際、本人、家族、病院等から聞き取りを行っている。また、入居されてからも日々の生活の中で得られる情報を大切にして計画等に反映させている。		
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	24Hシートを活用し本人の意向・希望や生活リズムを職員が把握して情報を共有している。		
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	日々の生活の中で課題ができれば、管理者やリーダー、看護師等と話し合い改善していく。家族には、来所時や電話でモニタリング、カンファレンスの内容を説明している。	入居前管理者が利用希望者の元を訪問してアセスメントをし、介護認定時の資料を参考に本人、家族の希望に沿った介護支援計画を3か月分作成しその後3か月毎に見直しをしている。モニタリングや家族の意見等を参考に担当者会議で話し合いをし作成している。介護計画は家族来所時や電話で説明し同意を得ている。緊急時は現状に即し見直しをしている。	
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	申し送りを活用し情報共有に努めている。また、個人記録に記入しカンファレンスや支援経過等も考慮して介護計画に生かしている。		

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	本人や家族の状況に合わせた取り組みを臨機応変に対応できるようにしている。		
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	運営推進会議で意見交換等を行っているが地域資源をうまく活用できていない。町内会の清掃や祭りへの参加をとおり、今後も交流をして行きたい。		
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、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	本人や家族等の希望を優先します。主治医と情報を共有し本人にあった医療支援をしています。	月2回の協力医の往診体制を説明し、選択して貰っており、全員が協力医を選択している。受診結果は、変化があった時は電話やメールで報告し、面会時に通院記録を開示している。精神科等の専門医への受診は家族対応としており、看護師が同行して主治医と情報共有を図っている。	
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	看護師が個々の病状を把握し介護職に指示、指導し、状態に合った支援を行っている。夜間はオンコール体制をとり、急変等に対応できるようにしている。		
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。	ケアワーカーや病棟との情報交換したり面会に訪問する回数を多くし状態の確認をしている。		
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	重度化及び看取りに関する指針に添って、主治医とも連携し本人、家族の意向、希望が取り入れられるように努めている。状態の変化を随時、家族に連絡をいれて担当者会議を実施している。	契約時に指針を説明し、協力医の方針により看取りを行っていない事を伝えて納得の上入居して貰っている。重度化した時は、医師からの説明後に家族の希望に基づき医療機関への入院や介護老人保健施設等への入所を支援している。	契約時に説明し書面で同意を得ている「重度化対応に関する指針」の内容は、看取り介護に対応するとなっている。看取りをしない実態と指針の内容に相違があるため整合性を図ることが望まれる。
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	急変や事故などのマニュアルはあるが訓練の実施はなかったのが今後、勉強会や研修会を開催していきたい。		

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
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回の避難訓練を通し防災意識を高めている。また、地元の消防署の方にも協力して頂き指導して頂いている。 停電に備え自家発電機を設置。 備蓄については別棟に約1ヶ月分保存。 スプリンクラー設置済み。	年2回総合避難訓練を実施している。消防署に他立会いを要請しているが、実現していない。法人で非常災害に備え、法人施設全体の3日分の電気を賄える自家発電機を設置している。また、井戸水を使用している。ハザードマップ上、火山流の被災想定区域になっているが、避難所までの車輛の確保が課題になっている。	夜間の火災を中心に様々な想定避難訓練をより多く実施することが望まれる。特に夜勤者は年1回以上、夜間想定訓練を実体験できるようにすることや地域の協力体制の構築が望まれる。また、火山噴火時の避難方法や車輛の確保について検討することが望まれる。
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	人生の大先輩だということを忘れず、常に尊厳をもって接している。言葉遣いや目線等には注意している。また、プライバシーの時間はそっと言葉をかけるなど羞恥心に配慮している。	利用者と接する時に必ず同じ目線で話しかけるように努めている。トイレ誘導時に、利用者の羞恥心に配慮した声かけをしようとしている。毎年、プライバシー保護や接遇の研修を実施し、職員への周知を図っている。入浴時など同性介助を希望する利用者には同性で対応しようとしている。	
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	本人が自己決定できる時間を十分にとり、思いや希望を伝えられるように会話等をしている。		
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、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	一人ひとりのペースに合わせて生活支援に努めているが、共同生活の為他者との兼ね合いで希望に添えない場面もある。		
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	モーニングケア後本人の希望の服装を選んで頂いている。また、月1回の理髪訪問で希望に添った髪形などおしゃれを楽しんで、その人らしさを生かしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	当施設では、栄養士と厨房職員が真心をこめて食事を作り提供しています。介護職員は、楽しい食事の時間が過ごせるように努めている。 検食の際は利用者と一緒に食事をしている。	法人の管理栄養士が献立を作り別棟の厨房で副食を調理しており、事業所ではご飯を炊き、みそ汁を温めて提供している。献立は、利用者からアンケートを取り反映させている。利用者は茶碗拭きやテーブル拭きに参加している。毎月1回は、職員がデコレーションケーキやたこ焼きなどのおやつを作って提供している。	
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	栄養士の指導で摂取量や栄養バランスを確保している。また、詳細な記録を残し情報の共有に努めている。その日の状態等に応じた水分など摂取できるものを選んでいく。		

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
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、口腔ケアを実施。週1回の歯科往診で口腔内の管理も行っている。		
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	排泄パターンやサインを把握しトイレ誘導や促しをしている。オムツ使用は極力さけるようにしている。	トイレに誘導して自力で排泄できるように支援している。毎日習慣づける事でオムツをしなくて済むように支援し、パッドの使用頻度が少なくなる効果が見られている。リハビリパンツが高価なためパッドのみの交換で済むように支援し、夜間は大きなパッドにして家族の負担軽減を図っている。	
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	腹部マッサージや水分調整などで予防している。主治医と連携し服薬調整をする場合もある。		
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3回入浴して頂き入浴順が偏らないようにしている。時間帯など希望に応じた入浴が出来るように検討していきたい。	基本、週3回午後1～3時までの入浴とし、現在、夕方や夜間の希望者はいない。事業所の個浴と午後の時間帯に隣接のデイサービスの機械浴のある浴室を利用している。毎日、入浴剤の使用や季節に応じて柚子や菖蒲を入れて楽しんで貰っている。	
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	生活習慣を把握し離床や適度な活動を促している。基本的には、個々のペースに合わせて休息している。		
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	看護師が管理し職員に薬の目的や副作用などの指導をしている。また、職員は通院記録などで病気を把握できるように努めている。		
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	一人ひとりが役割が持てるように生活歴や本人や家族などからの聞き取りによって張り合いのある生活が送れるようにしている。		

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
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に支援している	散歩やドライブなど外出機会を定期的に行っている。また、家族の希望があった場合、一緒に外出する支援を行っている。	冬期間以外は、天気の良い日に2日に1回程度敷地内を散歩している。また、2か月に1回は、あづま運動公園や街中探検、はなももの里などへドライブに出かけている。家族の協力を得て、墓参りや買い物、外泊、外食などを支援している。	
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	基本的には、金銭管理は行っていないが、自己管理が出来る方は、金銭を所持して頂き、通院の際など買い物をされる。		
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	希望があればいつでも電話ができるように対応している。また、手紙や年賀状を書いて送っている。		
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	和室やソファがあつたり観葉植物等で寛げる空間づくりをしている。また、花などの飾りにより季節間が感じられるようにしている。	共用スペースに四季折々の装飾を飾り季節感を出している。また、ユーチューブを使って季節の風景や行事を見せしている。食堂に和室もあり、フロアにはソファを配置して好きな場所で寛げるように配慮している。職員が温度計・湿度計を確認し調整して快適に過ごせるように努めている。	
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	和室やソファがあり自由に過ごして頂けるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	全室個室になっており、居室には備えつけの家具はありません。それぞれが使い慣れた私物を持ち込んで頂き自分の落ち着いた部屋作りをしている。家族や本人の希望をうかがい相談して家具類の配置を行っている。	ベッドとエアコンが備え付けられている。自宅で使っていた馴染みの品物を持ち込むように伝えている。寝具・テレビ・筆筒・本棚・縫いぐるみ・バッグ・習字道具や裁縫教室で教えていた利用者は自分で作った衣装を着せたマネキンを持ち込み、それぞれ個性的な部屋づくりをしている。掃除専門のパート職員が週1回居室の掃除をしている。	
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」「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	平屋・バリアフリー構造。廊下に手すりがあり安全に生活できるようにしている。		