

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	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	福島県福島市在庭坂壇ノ前9-1		
自己評価作成日	令和8年3月9日	評価結果市町村受理日	令和8年6月16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 <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8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)】

自然豊かな庭坂の地で利用者さまが安心して過ごせるよう日々技術の研鑽をしています。接遇にも力を入れており「利用者様に「丁寧で優しい言葉遣い」を心掛けています。

【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)】

1. 法人で町内会に加入し、地域の共同作業には法人の職員が代表して参加している。また、法人の独自事業として毎月の施設周辺の道路清掃や冬期間の通学後の歩道除雪などを実施している。また、地域住民への貸し出しを行うAEDサポートステーションの登録を行っている。日常的に地域住民から野菜や果物の差し入れがあるなど地域との交流や地域貢献に努めている。
2. 実態調査や入居後の利用者・家族との会話から馴染みの人や場の把握に努めている。家族や知人・友人との面会は面会時間の目安を設けてはいるが、面会場所など自由に支援している。家族の協力を得て、墓参りや馴染みの美容室への通いを支援している。要介護度の高い利用者が家族の葬儀への参列するに当たり職員が同行して支援するなど馴染みの関係継続に努めている。

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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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	詰所に掲示して、共有すると共に毎朝のミーティングで唱和することで理念の確認を実施している。	理念を職員詰所に掲示し、朝のミーティングで唱和して浸透に努めている。管理者は、利用者の趣味や楽しみなどこれまでの生活が継続できるよう業務優先でなく利用者本位のケアを行うように指導して理念を実践に繋げている。	
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	毎月の施設周辺の道路清掃や冬季の除雪作業、AEDサポートステーションなどの地域貢献をとおして、交流を図っている。 また、地区の敬老会の訪問及び 町内会への介入などをおこなっている。	法人として町内会に加入し、回覧板の資料は各事業所にコピーを配布している。地域の除草作業などには法人の職員が代表して参加している。また、冬期間、通学路の歩道の除雪作業を法人独自で実施している。地域の花火大会には協賛として参加している。また、地域住民から野菜の差し入れがあるなど交流が図られている。	
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	地域包括支援センターの依頼で、庭塚小学校の「認知症サポーター養成講座」を受けた生徒との交流会を実施。		
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か月に1回の運営推進会議の実施での活動報告や事故報告を通して、事業者外の委員の方から課題・改善点のアドバイスを頂いている。	運営推進会議は2か月に1回の開催として、法人の他事業所との合同と事業所単独の開催を年間半分ずつ実施している。家族の参加を呼びかけているが、仕事などを理由に参加が得られていない。また、夕方や土日の開催も検討してみたが、土日では地域包括支援センター職員が参加できずどのような開催がよいか苦慮している。	利用者と家族が長期間、参加していない。運営推進会議の意義や重要性を家族へ説明し参加を促すなど利用者とともに参加に向けた取り組みが望まれる。
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	行政と協力・情報共有を行うことで、地域の方が利用しやすい施設づくりを行っている。 生活保護を受けている利用者への生活保護担当者の訪問も定期的に受けている。	介護保険の運用で分からない事があると電話で照会し、担当職員から指導を受けている。事故報告は直接持参し、内容を説明し指導を受けている。ケアマネジャーは要介護認定更新手続きで市へ出向き、情報交換を行っている。生活保護受給中の利用者があり、市担当職員が定期的に来所したり電話で連絡を取り合っている。	
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か月に1回の身体拘束委員での事例報告や勉強会を行い、それをスタッフ会議で共有を行っている。 事業所としても「身体拘束指針」を設けている。 全職員で身体拘束ゼロにむけて取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会は法人で組織し、各事業所の管理者を委員として、3か月に1回開催して議事録を回覧して職員に周知している。民間研修配信サービスによる研修と外部研修の伝達研修など年2～3回の研修を実施して防止に努めている。	

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
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	高齢者虐待防止委員会において事例報告会や勉強会を行い。それをスタッフ会議等で共有を行っている。 eラーニングの個別学習	身体拘束の委員会と同じ委員で委員会を設置し3か月に1回開催し、内容は職員会議で説明して周知している。研修は民間研修配信サービスと外部研修の伝達研修など年2回実施して防止に努めている。虐待の芽チェックリストを実施し集計結果を職員会議で説明し防止を図っている。	
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	入社時の新人研修で権利擁護の研修を行っている。 eラーニングでの個別学習		
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口頭・書面で説明し、納得してもらい署名・捺印を頂いている。 不安・疑問点があれば都度相談できる窓口を設置している。		
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	苦情相談窓口の設置・苦情相談責任者の設置。 苦情解決委員会での苦情事例の共有を実施。	日常の会話やケアプランの見直しのなかで利用者の意見を聞いている。また、日頃の関わりの中で把握するようにしている。意思疎通が困難な利用者は表情や仕草から判断している。家族の意見は面会時や電話報告時に伺うようにしている。出された意見は運営に活かしている。	
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	年2回の人事考課の際、管理者は面談を行い。各職員の意見を吸い上げ、代表面談の際に伝えている。 また経営会議の際に、職員から出た有効な提案等を会社に伝えるように、努めている。	日頃の会話を通して、職員の意見を聞いている。また、職員会議やケース会議で職員の意見を聞き取る時間を設けている。年2回個人面談を行い、意見や要望、悩み等の把握に努めている。出された意見は法人の経営会議で報告し、運営に活かすようにしている。	
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	人事考課表を利用し職員の実績や努力を評価し、それに応じた昇給や賞与の支給をしている。代表や事務長・管理者と随時面談できるようにしており職員の働きやすい環境整備を行っている。		
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。 入社時の新人研修を1日かけ行っている。 資格取得には勤務調整等で支援を実施。	民間研修配信サービスによる研修を実施して職員の育成を図っている。また、課題の発生に伴い、随時、事業所内で研修を行っている。新任職員には教育担当職員を付けてOJTを行い、育成を図っている。法人では、資格取得へ助成制度を設けて職員の資格取得を推奨している。	

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、管理者会議での情報交換や交流を行っている。 また、外部研修に参加することで交流や知識のアップデートを行っている。		
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ご家族の意向を尊重。それを全職員で共有し、安心して過ごせるよう積極的に声掛けや他利用者様と交流できるよう支援している。		
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ご家族の意向を傾聴		
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ご家族の意向を尊重。		
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	利用者様本人ができることを見守り・声掛け等をしてしながら「自分で出来た。」を増す支援を行っている。 また、簡単な家事を一緒に行い。生活の役割を持てるよう関係を構築している。		
19		○本人と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	こまめに連絡を取り合い、必要な物品の準備や必要時の相談を行っている。 また、面会時には日常の様子を伝えたりご家族の要望や悩みを聞きご家族様と本人の関わりを支援している。		
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	知人・友人の面会を通じての関係継続や、以前から通院していた歯科やなじみの美容院の利用を支援す。	家族の面会は15分を目安にしている他は、制限を設けず自由に面会を支援しており、知人や友人の面会も家族同様に行っている。家族の協力を得て、墓参りや馴染みの美容室への通いを支援している。また、家族の葬儀への参列に当たっては、職員が付き添い支援している。	

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	毎日のレクリエーションや食事・余暇での利用者様同士の会話・コミュニケーションを促しや適切な介入をして良い関係の構築を実施している。また、月ごとのイベントを開催して充実した時間を提供。		
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	退所先ともコミュニケーションをとり、必要な問い合わせや情報提供に努める		
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	利用者様との日常会話を通して小さい要望をキャッチアップしそれを共有して実現できるように努めている。 意思表示が困難な利用者様にはご家族等から意向を聞き取り本人本位で実現できるように検討し実施。	訴えることのできる利用者は、その都度、居室でゆっくり話せる時間を設け傾聴して思いや意向の把握を行っている。会話が困難な利用者は、表情の変化を読み取って汲み取るようにしている。把握が困難な場合は、家族の意見を聞いて判断している。	
24		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	入所前の実態調査の際本人・家族・病院から聞き取りを行ったり、入居後はアセスメントだけではなく日常会話の中から本人の生活歴を伺って計画の作成を行っている。		
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	「ほのぼの」の記録を活用し1日の過ごし方や本人の状況の把握を行っており、それをもとに情報共有とケアプランへの反映を行っている。		
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	朝のミーティングで日々の小さな課題を話し合ったり、スタッフ会議でも課題を話し合っている。また、モニタリングの際は介護職だけでなくご家族の意見を反映できるように面会時や電話で内容の説明や意見をいただいている。	入居時の実態調査や関係機関から情報を得て職員間で話し合い、当初から短期3か月、長期目標6か月のケアプランを作成している。途中で変化があれば、その都度見直しを図っているモニタリングは介護記録や職員からの聞き取りをもとにスタッフ会議で話し合ってモニタリングを行い、基本3ヶ月でプランの見直しを行っている。	
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	「ほのぼの」の個別記録だけではなく、申し送りノートの活用やスタッフ会議を通し必要な情報共有をして計画作成に活かしている。		

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	外部のサービス(リハビリマッサージ等)を利用したりして、広いニーズに対応できるよう努めている。		
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	運営推進会議での意見交換で情報収集を行っているが、地域資源を活かしきれていないのが現状であり今後の課題である。		
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	本人ご家族の意見を伺い希望に沿った受診体制を整えている。また体調変化ある場合はその都度電話で報告、必要時の臨時通院を行っている。	かかりつけ医受診者を含め外来受診は、例外的に待ち時間の長い病院は家族対応として基本的に通院担当職員等が同行している。受診の際には病状等を記載した文書を持参して主治医へ伝達し、結果は同行した職員や家族から報告を受け適切な医療支援を行っている。	
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	看護師との連携のため、スタッフ会議やカンファレンス時だけではなく、常日頃から情報の共有を図っている。		
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。	入院中の情報交換や退院時の実態調査をととして協力体制を構築している。また、早期退院できるよう受け入れ態勢を万全に整えるよう努めている。		
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	看取りは往診医の意向もあり行っていない。重度化の際は主治医と共に本人や家族の意向や希望を反映できるように努め、必要な場合は見取りを行っている同法人施設との連携を行っている。	契約時に、看取りを行っていないことを説明し、了承の上入居としている。看取りを希望する場合は、看取りを行っている他のグループホームを紹介している。	重度化対応の指針には、看取り介護への対応について記載されているので、指針の変更が望まれる。
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	急変時のマニュアルの更新を行い分かりやすく揭示。 介護・看護職員の救命救急講習の実施 3月に急変時の対応の訓練実施予定。(令和8年3月現在)		

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て防災訓練意識を高めているその際、地元消防署の方にも協力・指導をお願いしている。 BCP訓練として机上演習やシミュレーション訓練を実施。 自家発電やひと月分の備蓄の確保。	年2回の避難訓練を実施している。消防署立ち会いを依頼しているが実現していない。また、消防団や地域住民の参加は得られていない。自家発電により、法人施設の3日分の電気を発電できる。また、水や米、レトルトカレー等1か月分を備蓄しており、厨房職員が管理している。	職員全員が参加できることを考えると、避難訓練は毎月行うことが望ましい。また、ハザードマップでは噴火災害の地域となっているため、どの段階で避難するか等、基本的なルールを決めて職員へ周知のうえ避難訓練を実施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	・利用者様に尊敬と敬意をもって対応や言葉遣いを心掛けている。また、プライベート空間や時間に配慮した立ち振る舞いに努めている。 法人としての「接遇」の向上に力を入れている。	利用者と話すときは、敬語もしくは丁寧語を使い分けている。トイレ誘導の声掛けは、目線を合わせてから周りの利用者へ気づかれないように、小さめの声で行っている。接遇は熱心に研修等を行い、実践に活かしている。	
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	本人の自己決定を尊重し、決定を急がせないコミュニケーションをしている。 本人の希望や思いを伝えられる時間の確保を行っている。		
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	朝ゆっくりと寝ていたい方は寝てもらう、等職員主体にならないよう利用者様のペースを大事にしている。 しかし、食事の保存時間や入浴の時間の関係で希望に添えないこともまだまだ多い。		
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	毎月の理髪や朝の整容の際のその方らしい髪形を楽しんでいただいている。 また、入浴時には自分で選べる方に服装を選んでもらったりとおしゃれを楽しんで頂いている。		
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	施設厨房での調理のため、利用者様は作業を行えないが、盛り付けを工夫しユニットごとのホールテーブルで楽しく食事をしている。職員は検食として一緒に食事している。 また、月ごとレクリエーションでは季節に合ったおやつを手作りしている。	施設全体の食事を厨房にて調理している。 炊飯と味噌汁の温め、食事形態による加工はグループホームの調理室にて行っている。 職員は、食事介助があるため一緒に食することはない。検食は提供前に行うため利用者と一緒に摂ることはない。	食事は暮らしの中で重要な場面であり、地域密着型サービスであることを踏まえると、利用者と一緒にできることを考えて前向きに実践されることを期待したい。
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	等施設では栄養士の計画の元に摂取量・栄養バランスを計画し、厨房職員の作った美味しい食事を提供している。 水分確保は利用者様の好みに合わせた、その方の健康状態を加味した提供を行っている。		

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
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。 希望の利用者様と職員のケアでは不十分な利用者様は週1回の歯科往診での口腔内管理を行っている。		
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	「ほのぼの」を利用して排泄のパターンを把握して本人に合った排泄用具の選択とトイレ誘導・オムツ交換を行っている。	排泄チェック表を記入することで一目瞭然で確認できるようにし、介護ソフトに入力して管理している。その方に合ったタイミングでトイレ誘導やオムツ交換を行っている。	
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	排便困難な方は服薬調整や座薬での排便を促す 普段の水分提供やトイレ誘導時の腹部マッサージ及び下肢の運動で排便をうながしている。		
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	現在週2回の入浴を行っている。 また、個浴希望の方は人員が確保できる時に午前中の個浴対応を実施する。	昨年は週3回の入浴だったが、利用者の介護度が上がったことにより、現在は週2回、13時から15時で入浴を行っている。隣接するデイサービスの浴室の機械浴も使用している。仲の良い利用者は一緒に入浴することもある。希望者には同性介助を行っている。	
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	夜間入眠しやすい環境を作ると共に、日中の活動や午睡を通して生活のリズムを整えている。		
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	看護師の管理のもと、薬の重要性や副作用の指導を介護職員に行っている。 また、服薬変更があった場合個別記録や申し送りノート・LINE等で情報の共有を徹底している。		
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	簡単なお手伝いや日々のレクリエーションを通してその方の楽しみを提供しています。、個別のレクリエーションもケアプランに反映し実施。 食べ物の好みを日常会話等から把握し、ご家族の持ち込みの際には提供しています。		

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
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	敷地内の散歩やドライブなどで外出機会を提供。また、利用者様の日用品の注買い物時可能なら一緒に外出。 ご家族の希望での外出や外泊の支援。	天候の良い日には敷地内の散歩を行っている。レクリエーション活動として花見、紅葉、新緑の時期に年3回ドライブで外出している。近隣に商店がないこともあり、買い物で出かけることはほとんどない。	
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	基本的には利用者様が金銭管理を行ってないが、所持していないと不安な方は少額だが自己管理している。 また、購入希望の方は家族の了承のもと立替で購入し後日請求する形となる。		
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	希望の方はいつでも電話できるようにしている。		
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	穏やかに過ごせるよう明るい空間を心掛けている。また季節の飾りや音楽をかけるようにして季節感を演出している。	室温は24度に設定し、廊下に濡れたバスタオルを干すなどして湿度管理をしている。居間は季節ごとの装飾がされている。食事の席は、利用者同士の相性を見ながら決めている。動画サイトを流したり、テレビでは相撲中継をかけたりして楽しく自由に過ごせるよう工夫している。	
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	テーブルをセパレートしたり、居室で静かに過ごせるよう配慮を行っている。		
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、そこに自宅で使用していたものや入居時本人にあった家具を家族の希望も取り入れながらもちこんで貰っている。 また、居室に自分や家族との写真を飾ったりして安心して過ごせるよう努めている。	居室のベッドは、それぞれの利用者の使いやすさと安全性、介助方法によって配置されている。馴染みの物や写真を配置している利用者もいる。	
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	平面で段差なく、安全に過ごせるようにしている。廊下やトイレの手すりなど本人の力が生かせる構造になっている。 トイレや居室のネームプレートなど分かりやすく大きく表示している。		