

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	0790300719		
法人名	福島さくら農業協同組合		
事業所名	JA福島さくらは〜とらいふ八山田グループホーム		
所在地	福島県郡山市八山田西5丁目123番地		
自己評価作成日	令和6年10月19日	評価結果市町村受理日	令和7年6月2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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・看護師2名体制で利用者様の急変時に対応できるよう24時間コール対応している。また、家族の希望によって看取り対応もしている。 ・感染症対策をしながら内部行事、外部行事を行っている。 ・散髪に関して、資格を持つ職員が散髪のサービスを提供している。
--

※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23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)】

<ol style="list-style-type: none"> 1. 近くの保育園児が朝の散歩の途中で立ち寄り、互いの夏祭りへの招待や事業所のクリスマス会に訪問を受けるなど交流が図られている。また、JA婦人部の訪問や近所のばら農家からバラの花の差し入れがある他、事業所でいきいき百歳体操を開催するなど積極的に地域との交流に努めている。 2. 事業所に2名の看護職員が配置されており、協力医の月1~2回の訪問診療のほか他科診察も職員が同行して受診を支援している。看護職員は日頃の健康管理と医師との連携を図り、終末期には家族の希望に従い介護職員とともに看取りを行うなど最期まで安心して暮らせる体制が整備されている。 3. JAから旬の食材を購入し、職員が3食とも手作りの料理を提供している。事業所菜園で収穫した野菜で追加料理を添え、行事や誕生日のリクエスト食など食事が楽しめる支援を行っている。

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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	グループホームの理念は現在初級を提示しており定期的な唱和を行い、確認している。今後中級以上に変更し対応していく。	事業所では、職員の経験や知識の程度に応じて初級と中級の2つの理念を策定している。初級の理念をホールに掲示し、ミーティングで唱和を行い浸透を図っている。2つの理念を1つにまとめるよう前回の外部評価で助言を受けたが、そのままになっている。	「事業所としてあるべき根本の考えや目指す方向」を示す理念は職員に応じた複数の理念でなく一つの理念として、職員参画のもとで策定することが望まれる。
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	感染予防対策を念頭に置き、近隣の保育園児との交流や、ボランティア、慰問も受け入れられている。	町内会に加入し、地域の祭りなどでは寄付を行い、子ども神輿が立ち寄ってくれている。また、近くの保育園の園児が朝の散歩の途中に立ち寄ってくれ、互いの夏祭りに招待し合うなど交流を図っている。JA婦人部の訪問や近くのバラ農家からバラの花の差入れがあり、事業所では百歳いきいき体操を開催して地域との交流に努めている。	
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	健康予防体操など地域の方も受け入れ開催している。今後も徐々に参加者を増やし理解を増やしていきたい。		
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か月ごとの開催で事業所運営への意見や助言をいただき反映している。	昨年隣接の同法人の小規模多機能型居宅介護事業所にある相談室を会場に、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で集合開催をしている。委員からは事故報告や行事に関する質問や意見が多く出され、百歳いきいき体操の再開など出された意見を運営に活かしている。	全ての運営推進会議を隣接の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催しているため、年間の合同開催回数が半数を超えない範囲に留めることが望まれる。
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取り組んでいる	介護事業制度など担当者に確認し助言をいただいている。	介護保険に関して疑問点が生じた時は、電話で市の担当者に照会しアドバイスを受けている。管理者はケアマネを兼任していることから利用者の介護認定更新手続き等で市役所に出向き、担当者に事業所の実情を伝えている。また、毎月1回、市から委嘱を受けている介護サービス相談員の訪問があり、市との橋渡し役を担って貰っている。	
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	身体拘束廃止委員会を定期的に行っており、改めて再確認している。また、勉強会や研修も行っている。	事業所単独で身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催し、会議結果は資料とともに職員に配布して周知している。また、内部研修を年1回、その他に外部研修に1回参加し伝達研修を実施している。スピーチロックは、管理者等がその都度注意し定例会で振り返ることで防止に努めている。	

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	外部研修や参加しなかった職員への勉強会を実施し、現在行っているケアが適切かどうかを再確認をしている。	事業所単独で虐待防止検討委員会を設置し、身体拘束廃止委員会と併せて3か月に1回開催している。内部研修を1回、外部研修に1回参加して伝達研修を行い職員研修を実施している。スピーチロックなど不適切な言葉遣いを含め不適切なケアを注意することで虐待防止に努めている。	
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	現在1名の利用者様が成年後見制度を利用されており、研修や勉強会で制度に関して学んでいる。		
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	契約の際に家族や利用者様に要望などを確認し、なるべく反映できるよう対応している。		
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	家族へ利用者様の近況報告は主に看護師が行っている。その際に意見や苦情などがあつた際職員間で周知共有し、より良い運営を目指し対応している。	日頃の会話を通して、利用者の意見の把握に努めている。会話が困難な利用者は、表情や仕草から判断している。家族の意見は、面会や電話で近況報告を行う時に伺うようにしている。出された意見は運営に活かすようにしている。	
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	定期的なミーティングに上司も参加し、意見を出しやすい環境作りを行っている。また、個別に相談があつた際にもなるべく早い対応を取っている。	毎月開催している定例会議で、職員の意見を聞く時間を設けている。また、年に1～2回個別面談を実施し、職員の意見や要望の把握に努めている。職員から出された意見は、まず実施してから判断するようにしているなど運営やケアに活かしている。	
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	定期的な面談を行い、なるべく抱え込むことの無いよう対策している。家庭状況による労働時間等も考慮した勤務体制を取っている。		
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	外部研修へ参加し、スキルアップや他の職員への共有を行っている。	年間計画に従い、毎月事業所内の研修を実施している。その他に、全職員が年1回以上外部の研修に参加できるようにして、その都度伝達研修を行っている。新任者には係長を中心に先輩職員が1か月間付き添ってOJTを行い、育成に努めている。	

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
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	研修はリモートが多く、直接的な交流は以前に比べ減っている。研修の際に同業者との交流が持てる際には施設の状況など意見交換は行っている。		
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	入所される前、された後等生活歴や本人、家族からの意見を取り入れ、生活習慣の継続、新しい事への取り組みを行っている。		
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	介護サービスへの理解は家族によってまちまちで理解されていない方もいるため、職員による説明で理解を得ている。		
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	家族や利用者様に制度などの説明を行い、なるべく適切なサービスが受けれるよう対応している。		
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	顔を合わせた挨拶や、交流が持てるよう席の配置に注意している。また、イベント時の食事作成も協力してもらっている。		
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	現在感染予防対策を行いつつ、週末の面会で利用者、家族間での交流を図っている。		
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	数件ではあるが、知人等の面会も要望はあり、その際にはキーパーソンの方に確認を取りながら対応している。	家族との面会は、予約制として場所はホールのソファとしている。看取り期や状態が悪い時は居室での面会を認めている。お墓参りや馴染みの美容室等への通いはないが、月に1~2回帰省している利用者はいらる。事業所の携帯電話を利用して家族との会話を支援し、関係継続に努めている。	

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
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	利用者の状況や身体状況によるグループ活動が多い。職員が中間に入り、スムーズな活動が出来るよう配慮している。		
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	入院や別施設へ移動した際には家族や他職員への利用中の状況を伝え、その後の安定した状況を図れるよう配慮している。		
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	ケアチェックを用い、意向を確認している。また、新たな試みをする際には家族に確認しながら行っている。	言葉に出すことのできる利用者については、会話を通して思いや意向を把握するように努めている。会話が困難な利用者は、表情や仕草から汲み取るようにしている。把握が困難な場合は、生活歴や家族の情報から利用者本位で推測している。	
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	本人や事前資料、家族に確認しながらより良いサービスに繋がられるよう行っている。		
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	日々の状態確認、バイタルなどで判断しつつ、異変があった際の看護師への連絡で状態把握を行っている。		
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	会議の際など意見を出し合い、それらをもとに家族や関係者との連携を図っている。	入居時の実態調査や居宅介護支援事業所からの情報・要介護認定調書・医師の診断書などの資料をもとに当初から6か月のケアプランを作成している。状態の変化があれば、その都度変更することになっている。毎月の定例会議でモニタリングを行い、計画作成担当者がモニタリング表にまとめて原則6か月でプランの見直しを図っている。	ケアプランに基づくサービス提供の記録がなされていないため、介護記録の様式や記載内容の見直しを図り、ケアプランのサービス提供を記録することが望まれる。
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	現在個別の用紙を用い、記録を行っている。大きな変化があった際には、別紙に記入し他職員や夜勤者が把握しやすいよう努めている。		

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
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	利用者様の状態に合わせたケアを心がけて対応している。		
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	地域資源の活用はあまりできておらず、今後の課題である。現在は慰問やボランティアも徐々に活用している。		
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、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	家族からの要望があった際には、かかりつけ医を利用するが、主に委託医による定期的な往診や急変時の対応をしている。	全員が事業所協力医の訪問診療を月1～2回程度受けている。他科診察の場合は職員が同行のもと受診している。家族への受診結果の連絡は電話や面会時などに随時伝えている。2名の看護職員が勤務しており、日頃の健康管理と医師との連携もスムーズに行われている。	
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	看護職も日々の勤務に関わっており、変化があった際にはDrや家族への連絡を行っている。また、介護職へも状態を伝え適切なケアが出来るよう対応している。		
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。	主に看護職が入院の際に同行し、施設利用中の状態報告を行い、また、退院される際の状態の確認も行っている。		
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	事前に家族への看取り期の確認を行い、時期が来た際に改めて意向確認をしている。家族、Dr間には看護師が間に入り適切な終末期ケアが出来るよう対応している。	入居時に事業所の看取り態勢を説明するとともに、「終末期の看取り等について」の事前確認書を提出して頂いている。重症化してきた際は看護職員同席のもと医師から予後並びに今後の介護の説明を行い、看取りケアを行っている。定例会議で看取りケアの手順や役割確認とともに逝去後にはケアの振り返りを行っている。	
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	24時間体制による看護師へのオンコールを行っている。また、急変時や終末期の対応など会議やミーティングの場を用い、職員間の指導、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
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	定期的な避難訓練を開催したり、災害用備蓄品で対応している。	年度2回総合訓練を行い、うち1回は消防署による立ち会い・指導を受けている。6月には併設事業所との合同火災想定避難訓練を実施している。保存食(アルファ米、無洗米、レトルト)、缶詰、飲料水、高カロリー食など約3日分の非常食と衛生用品や発電機等の備品を整備している。	災害対策訓練の年間計画を策定のうえ、特に夜勤業務に就く職員が年1回は夜間想定訓練に参加できることが望ましい。また、地域との協力体制の構築も期待したい。
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	個人の尊厳やプライバシーに配慮し対応している。適切ではない対応をした際には職員間で注意している。	日々のケア場面で利用者の尊厳を大切にしている。排泄ケアでは耳元でそっと声かけのうそトイレに誘導し、入浴ケアでは同性介護にも配慮している。不適切な対応や声かけが見受けられた時はその場で助言し、定例会議でもテーマにあげて改善を図っている。	
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	意思の判断が出来ない利用者の方が多いが、自身で判断が出来る方には、なるべく希望に沿った活動などが出来るよう配慮している。		
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	利用者より要望があった際には、なるべく配慮はしているがその後の生活に支障が出ないよう、職員が調整している。		
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	季節に合わせた衣類を提供し、自身で髪をとくしたり上着などを選んでもらっている。		
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	利用者にも手伝っていただき、おにぎりを作成したり季節に合った食べたいものを聞き取りし、イベント食として提供している。	食事は3食とも手づくりで、テーブル拭きやエプロン準備など、利用者の協力を頂いている。事業所菜園での収穫物を活用して追加料理1品を添えることもある。通常はきざみ食でも献立によって普通食に切り替えるなど、細やかな配慮をしている。季節ごとの行事食や誕生会のリクエスト食など楽しめる食環境を提供している。	
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	食事が落ちてきた際にはDrや家族への相談を行い、日々の水分量などは夜勤者や日勤者間で連携を図り適切な量が摂取できるよう配慮している。		

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
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	食後の口腔ケアを毎食ごとに実施し、個別契約されている利用者への週1回の訪問歯科を通じて口腔衛生指導を受けている。		
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	状態に応じたおむつ、トイレの使用をいくつか個人ごとの排泄パターンを記録し職員間での共有を行っている。	排泄場面でのケア方法や手順等の失敗例や成功例を職員間で共有し、快適な排泄ができるよう支援している。パッド等の排泄用品も随時検討し、快適性ととも金銭的負担の軽減も図っている。毎日の軽体操とともに1日約1,200ccの水分摂取を促し、便秘予防にも努めている。	
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	主に水分量の調整や軽体操による便秘予防を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	声掛けにより拒否があった際には時間や日にちをずらしながら対応している。	1日2～3人、1人あたり週2～3回の入浴となっている。洗体タオルなどに工夫を凝らして自分で洗えるように支援している。お湯は1人ごとに張り替えている。体調によってはシャワー浴の場合もあるが、併設事業所には機械浴が整備されており、重度化や終末期にあっても安心して入浴できる環境となっている。	
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	なるべく配慮はしているが、寝ている時間が多くなるよう職員側で対応している。		
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	内服薬が変更になった際には、他職員への報告を行い、内服に関する重要性を理解してもらう。内服薬は複数人での確認を行っており、誤薬が無いよう努めている。		
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	飾り付けなど利用者にも協力してもらいながら行っている。洗濯物に関して出来る利用者が多いためトラブルにならない様職員で配慮している。		

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
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	外出はあまり行っていないが、徐々に回数を増やしていく予定。状態、季節に合わせた対応をしていく。	コロナ禍以降、外出の機会は減っているが、今年度は紅葉狩りドライブや保育園の夏祭りに招待を受け出かけている。事業所の菜園での収穫作業や近隣を車椅子で散歩し、季節の移ろいを楽しむなど、徐々に外出の機会を増やしている。	
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	施設側で預かっており、利用者側が利用することは少ない。今後外出の際など出来る方には直接支払いをしていただくなど工夫していきたい。		
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	家族への連絡をした際に要望があった際、利用者～家族間での会話をしてもらっている。		
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	季節感に合わせた壁画や利用者が塗った塗り絵などを飾り、視覚的にも楽しめるよう配慮している。	多くの利用者は日中、共有ホールで過ごすため、相性等も勘案して座る場所を決め、居心地よい空間となるよう配慮している。壁には利用者と職員との共同作品が季節ごとに貼り替えられている。1日3回の清掃とともに適切な換気、温度・湿度管理がなされ、衛生的な共用空間となっている。	
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	テーブルごとに利用者はなるべく固定し、混乱の無いよう配慮している。トラブルがあった際には職員間で話をし適切な居場所が作れるようにしている。		
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	家族や利用者本人の意見を取り入れ、落ち着いた居室環境が作れるよう対応している。	居室には、ベッド・洗面台・タンス・エアコン・加湿器・換気扇などが整備されている。家族の写真やテレビ、自宅で愛用していた抹茶セット等を持参している方もいる。備品類は動線に配慮した配置となっている。看取り期には居室での家族宿泊を認めており、プライバシーが守られ、最期まで安心して過ごせる環境となっている。	
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	居室前にネームプレートを使用し、迷うことが無いように配慮している。		