

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	1291200093		
法人名	株式会社 相善		
事業所名	グループホームあじさい		
所在地	千葉県松戸市五香西5-3-14		
自己評価作成日	令和5年9月8日	評価結果市町村受理日	令和5年11月9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.kai gokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	令和5年9月27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)】

事業所の理念は「18人18色」。生きてきた過程、能力、考え方、性格、嗜好等を踏まえた個別ケアの実践に努めている。画一的な枠にはめず、ひとり一人が個性や持っている力を発揮できるよう、できる限り望む生活を支援している。職員と入居者は支援をする側とされる側の関係ではなく「あじさいの生活者」として互いを尊重し信頼を深めている。併設クリニックの主治医や看護師と連携し体調や傷病の早期の異常の把握と対応が行えている。開設時から看取りまでの支援を行っており、入居者とご家族と何度も意向の確認や相談を重ね、最期までその人が「自分らしくある事」の支援を続けている。新型コロナの集団感染の発生に留意予防し実施可能な行事や食の充実に力を入れている。家族や地域との交流に制限のある中でも快適で充実した生活の場となるように努めている。

【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)入居者ひとり一人の個性と能力を活かした最適なケアと意思の実現を目指し、18人18色との理念を共有しチームワーク良く個別ケアに力を入れ実践に努めている。2)職員もモニタリングに参画し常に現状に即した介護計画作成に繋げ、また、短期目標ごとの達成状況などを家族に説明し話し合い共有するとともに支援の協力者として、家族との信頼関係を醸成している。3)クリニックが併設され医療面での安心感が高い。4)開設時より看取りの支援を実施し、最後まで「その人は自分らしくある」支援に努めている。5)コロナ禍でも行事や食の充実に力を入れ、快適で充実した生活の場となるよう個別自立支援に取り組み続けている。

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 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、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	18人18色の理念の実践に向けて入居者様ひとりひとりの個性と能力が十分に発揮できるケアに取り組んでいる。個性性を重視し、習慣の継続や意向に応じた生活が営めるようにしている。	一人一人違う個人が、それぞれに違う色で輝き、一つの大きな「あじさい」になるようにとの思いから「18人18色」との理念を掲げている。具体的に・食事は好きな時に・本人に合わせた生活リズム・思い立った時が外出時との考えに基づき、一人一人の個性に合わせた自立支援に取り組んでいる。	
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	新型コロナ感染予防のため、現在は地域イベントへの参加や、交流は控えている。(ホーム周辺の散歩で住民の方々と挨拶をかわす程度。)牛乳屋の宅配、訪問理美容など、過去に来設のあった地域のボランティアの方たちとも連絡を取り合い、関係を続けている。	コロナ禍のため、地域イベントへの参加や公民館などでの交流は残念ながら控えている。以前来ていただいていたボランティアや牛乳の宅配、訪問理美容、公民館の「つどいの広場」の方々とは連絡を取り合い関係を継続できるようにしている。	
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	地域住民2名が運営推進会議の構成員として参加されている。事業所の認知症に対する取り組みについて知って頂く場になっている。		
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	今年度よりホーム内での開催を開始。研修や事故再発防止等について、頂いた意見を反映し、既存のサービスの見直しや内容の変更等が行っている。	サービス提供状況、職員研修・会議、事故、身体拘束適正化委員会の報告などを議題とし、地域包括ケア推進課、安心ケアセンターの職員、地域代表、近隣施設管理者、家族や入居者が参加し、2か月に一度開催している。具体的な事例を通して、活発な意見交換が行われ運営推進会議が活かされていることが議事録からも読み取れる。	
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	運営推進会議の開催と報告、事故報告、介護報酬算定に関わる届出等、相談を行っており、助言・指導を頂いている。	運営推進会議資料や議事録を通して日ごろのホームの現状や取り組みを積極的に伝えている。介護保険課担当者とはオンラインで事故報告なども行い、疑問や確認事項を相談し的確な助言をいただいている。地域包括主催の研修案内や入居者状況など情報交換を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	内部研修で、指針の内容に沿って法的理解を学び、共有している。グループワーク等で事例を用いて拘束をしない代替方法等が検討し、職員の対応力が向上するように努めている。また、身体拘束廃止委員会においても現状のケアについて、助言・指導を頂き、職員に議事内容を周知している。	身体拘束廃止と虐待防止、身体拘束に関するルールを学ぶなど身体拘束適正化のための指針、基本的考え方、具体的な行為などの研修を実施している。2か月に一度の身体拘束適正化委員会で具体的な事例を検討している。また、事故リスクのアセスメントの研修を実施し、事故を未然に防ぎ身体拘束をしなくても済む支援方法を考え、実践に繋げるようにしている。	
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	内外の研修で学んでいる。虐待とその可能性について把握に努めている。加害者となり得る職員(擁護者)側のフォローアップを実施。認知症高齢者の介護等の業務により起こる心身の疲労やストレスについて解決できるよう相談の支援を行う。 2/10		

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	内外の研修で制度について学ぶ機会がある。制度を利用する入居者がいれば、申請書の作成・申請に関わる事務の代行(筆)や助言を行っている。後見人制度を利用している入居者もあり、サービス費支払いや契約ごと等で後見人等関係者と円滑な調整を行い、支援を行っている。		
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	事前に契約書を通読して頂き、契約時に内容等を細かく説明し、同意を得た上で締結している。内容に疑問点等があれば随時お答えしている。報酬改定等でサービス費の変更が生じた場合には、推進会議内で内容の説明報告を行うことや文書にてお知らせするとともに、各ご家族様と入居者様には変更同意書を用いて内容の説明を行い、同意の署名と捺印を頂いている。		
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	電話や来設時、カンファレンス、運営推進会議等において、意見や要望をお聞きしている。意見や要望は医師や看護師、いきいき安心センター等の地域の専門職に指導や助言を頂きながら対応の改善等ができるように努めている。	家族との繋がりを大切にし、ホームでの日常や行事時のスナップ写真と1か月の様子を手書きで記した「あじさい便り」を毎月、運営状況などの情報を運営推進会議議事録で2か月に一度送付している。ケアプラン更新前に目標達成進捗状況や変更予定などを事前に家族に送付し意見要望をお聞きするようにしている。家族に多くの情報を提供し意見や要望を言っていたきやすくするよう工夫している。	
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	定期にカンファレンスや職員会議を実施。意見や提案を管理者会議や法人定例会で報告し、意見の反映に努めている。	管理者も現場に入り、話しやすい雰囲気づくりに努め些細なことでも職員からの意見をくみ取り運営に反映するようにしている。また、管理者は毎月の管理者会議で、現場の要望や意見を代表者と話し合って運営に反映させている。自己評価に基づき個別面接を実施し資質向上のための研修受講の推奨や資格取得のためにかかる費用の助成など職員育成にも取り組んでいる。	
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	各職員は個別に自己評価を実施。管理者はそのシート使って個別に面談を実施し、目標の設定や達成状況等を確認する。内容や結果は代表者に報告し、給与や労働条件等の改善の検討や反映を行う。評価に基いて、処遇改善支給金を支給している。		
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	自己評価に基き、個別面接を実施。個々の目標や現状能力を把握する。資質向上のために必要な研修計画を事業所ごとに作成を指示し、資格取得や研修にかかる費用等を負担・助成している。		
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	グループホーム協議会に加盟。オンライン会議や研修、交流会等において、新型コロナ感染を含め、運営やケア等における情報の収集や共有を行う。同じ地域に属するグループホームと連携し、互いの運営推進会議に出席している。		

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
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	初回の相談や入居時等においては、まずは安心や信頼感を持って頂けるように心がけている。入居者が上手に伝えることができなくても、家族の話や本人が発した言葉や表情、仕草や態度の様子から伝えたい内容を推測している。尊重されていると感じて貰えるように傾聴と笑顔を大切にしている。		
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	本人との関係性や介護の実情、経済的状況、価値観等、入居の検討に際しては、抱えている思いはそれぞれが異なるが、多くの葛藤や苦痛を伴っている。事業所側の価値観で評価したり判断をしないで、まずは思いをそのまま受け入れるようにしている。		
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	初回の情報と実際に入居した後の様子を鑑み、入居者と家族がそれぞれに必要なとしている支援の優先度を割り出している。特に、入居前後の本人との関わり合い方、コロナ禍における面会や外出の方法や頻度などは良く話を伺い、相談・助言を行っている。		
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	個々の特性や能力を発揮できる環境作りに努めている。家事全般からスタッフのお手伝いまで、できる事や興味がある事は何でも一緒に行う。入居者のこれまでの経験の中で培われたものの中には職員が教わることも数多い。支援者と入居者という関係ではなく、共に生活者として支え合える関係性を大切にしている。		
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	支援内容を詳しく伝える事で、家族から過去の情報を得たり、ケアのアイデアを貰う事もある。コロナ禍の情勢に応じ、施設内での面会ができるよう緩和を実施。窓越し面会やビデオ通話、あじさい便り、動画送信等を通じて、様子が伝わるようにしている。		
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	コロナ禍の情勢に応じ、気軽には外出ができない状況である。一階ホールでの面会、散歩しながらの面会など感染予防をしながら情勢をみつつ、面会方法も変更している。ビデオ通話、あじさい便り、動画送信等を通じて、様子が伝わるようにしている。	コロナ禍のため自由に面会できない状況の中、1階ホールでの面会や散歩しながらの面会など面会方法にも工夫を凝らしている。ラインでの写真や動画の送信やビデオ通話、本人自筆の便りなどあじさい便りも活用している。友人・知人・家族からの電話は極力本人につなぎ、馴染みの関係を途切らせないよう支援に努めている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	他者に対して、優しさや思いやりから自然に出る行為は双方の身の安全を見守りながら、補助をしている。入居者に食事やおやつの声掛けに居室に行ったり、配膳をしたりと、入居者が互いに言葉を掛け合って、支え合える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		
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	サービス費の支払いや残っている事務手続きなどで連絡したり、問合せに応じている。電話や手紙で互いの近況を伝え合う。地域で家族に偶然会うこともある。ホームであった出来事などの昔話をして懐かしがりしている。				
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	まずは本人に対して聞き取りを行う。全てを伝えられなくても、本人から発する短い言葉、表情や態度、仕草等の行為から推測しながら希望や意向の抽出に努めている。家族など馴染みの方からも意向等を確認する。希望や意向に変化があれば、その都度柔軟に対応をしている。	入居前の自宅等の訪問時には、どのような生活を続けたいか、何が心配なのかなど本人の意向や気持ちを聞き取っている。また、排泄・入浴状況、歩行状態などから、入居後の関り方のヒントを見つけている。入居後は、改めて、コミュニケーション力や身体面・精神面の残存能力などを一定期間、全職員が注視して把握している。表情、言動の変化などの気づきは、24時間シートを活用し、その背景や原因をケア記録に記入してケアプラン作成につなげている。			
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	本人と家族から聞き取りを行い、ホームでの暮らしに反映できるように努めている。認知症発症から現在までの経過の中で抱えてきた苦悩や生活環境の変化を知ることで「それぞれの方の思い」を大切にケアに繋げている。				
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	運動機能、心理の状態、望む暮らし方に合わせて個別の日課を立案し支援する。日常家事や体操、事務作業、読書、スケッチ、塗り絵、計算ドリルなどをその人が望む事、できることを続けている。個別的支援によって思わぬ能力や習慣など新たな発見や気づきもある。				
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	心身の状態やその日の様子等の観察を記録する。介護職員等担当者から意見を聴取し、モニタリングを行う。結果で得た内容はカンファレンスや担当者会議等で検討を行う。ケアに対する職員の悩みや気づきで得られたケアのアイデアを基に、本人、家族、医療従事者等から意見や要望を伺い、サービス計画を作成する。期間や状況状態に応じて計画の見直しを行い、本人と家族に説明を行い、交付を行う。	これまでの生活リズムを尊重し、意向や希望を長期・短期目標に組み入れている。入居者の言葉、行動の変化等をケア記録や連絡ノートで確認し、職員の情報も収集して、短期目標ごとのモニタリングを毎月、実施している。ケアカンファレンスでは、職員が自由に意見を出し合い、サービス内容の見直しや介助法の検討などを行っている。短期目標毎の実施状況を手紙で家族に報告し、また、入居者の様子や相談事項は、LINEの活用により、家族とタイムリーに情報共有を図り意見や意向を反映し、現状に即した介護計画作成に繋げている。			
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	入居者ごと個別のシートに記録する。ケア記録以外に温度版、排泄記録、連絡ノートを用いる。出退勤時に申送りや引継ぎを行い、情報共有を行う。客観的事実だけでなく、気づきや支援の根拠、推測、アイデア等を記載し、良いと思えるケアを実践できるよう記録と検証に努めている。複数のツールを用いている上、報告書などもあり職員にとっては事務的負担となっているため、定期的に見直しをしている。				
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	一階ホールでの面会、散歩しながらの面会など感染予防をしながら情勢をみつつ、面会方法も変更している。ビデオ通話、あじさい便り、動画送信等もしている。他、訪問理美容サービス、福祉サービスの申請、趣味や嗜好に応じて活動の支援を行っている。				

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
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	いきいき安心センター等から地域やその資源に関する情報を得られるようにしている。紹介を受ける事もある。可能な範囲で、その地域に触れられるよう、散歩やドライブを楽しむ支援を続けている。		
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	月2回の訪問診療で健康管理上の相談を行い、場合によっては往診してもらう事もある。受診は本人と家族の意向を最優先に尊重し、医師に相談できるようにサポートしている。かかりつけ医に情報提供を行い、常に助言や相談が受けられる関係にある。専門医への受診には、かかりつけ医が情報提供書を作成することもあり、職員が付添し、受診している。	バイタルや心身の気になる点などを「訪問診療シート」に記入して、月2回の訪問診療に備えている。受診時には管理者等が同席して、訪問医からの指示を正確に確認し、法人内の看護師の同席時には直接、報告を行っている。医師からの薬の変更や処置の留意点などの指示事項は、「訪問診療シート」に記入して、連絡ノートやケア記録への転記により職員間の確実な情報共有を図っている。また、整形外科などのかかりつけ医への受診の際には、家族と一緒に職員も同行支援を行っている。	
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	併設施設の看護師が日2回と状態に応じて体調や外傷等の確認を行っている。個々のその日の心身の状態や体調、病状等を共有し、健康上の留意点や好ましい対応について相談している。状態によって、必要があれば、看護的立場から医師に報告を行い、適切に医療・看護が受けられる様に連携している。		
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。	入院時には連携シート等を用いて医療機関に応じて必要な情報の提供を行っている。入院中の治療経過や退院調整等、病院の関係者との情報交換や相談を行う。退院時にカンファレンス等に同席し、退院後に必要な療養上の留意点や助言・指導等を聴取し、退院後の生活や通院の支援等、計画に役立てている。		
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	入居者と家族に、入居の際から意思確認を行い、将来の重度化や終末期について一緒に考えて頂く機会を設けている。心身の変化に伴い、医師から回復の見込みがない状態の説明を経たのち、「あじさいの看取り」についての指針とそれ以外での看取りの場所の選択肢の提示・紹介も合わせて説明を行っている。あじさいでの看取りを希望された場合は、本人と家族の意向を汲んだケアプランを作成し、協力して支援に取り組んでいる。	入居時には、「看取りに関する指針」を使って、重度化や看取りについて説明している。食事量の急激な減少や身体機能の低下など重度化した際には、家族と医師との相談の上、他の介護施設や病院など、複数の選択肢を家族に提示し、紹介も合わせて改めて説明している。看取りを希望された場合は、意向を尊重し、水分補給や食事形態の工夫、好きな食事の提供、負担の少ない入浴方法、最後までリビングの雰囲気を楽しむ工夫などを、カンファレンスで検討してケアプランを見直している。	
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	転倒等の外傷事故や実際に起こりうる急変発作、新型コロナウイルス等の感染予防等について、定期的に多職種参加の感染対策委員会を開催している。初期対応や応急処置、医療等の必要な関係者への連絡の対応が実践的かつスムーズに行われるように、内部研修も実施している。		
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	地震や火災、風水害を想定した年に2回の避難等訓練を実施。緊張感や臨場感を持って訓練に臨めるように実際に消防設備を使用しての通報や、ブラインド式訓練も実施。実施後に参加者全員でミーティングを行い、課題や改善点等を上げ、防災への備え・意識が高められよう努めている。訓練には消防局職員や地域の防災設備業者が立ち会い、消火設備や器具の使用等、専門的・実践的なスキルを身に付けられる機会にもなっている。	消防計画、風水害対策計画が策定され、事務所には消防連絡マニュアルが掲示され、職員の防災意識を高めている。年2回、施設内の他事業所と合同で、地震、火災や風水害を想定した避難訓練を実施している。夜間火災想定での訓練では、夜勤者毎に初期消火、通報、避難誘導などの役割分担による実践的な訓練を実施している。訓練後は、「避難訓練チェックシート」で分担項目の実施状況の自己評価を行い、ADL低下の入居者の誘導の困難さや避難経路の課題などを報告書に整理して改善を図っている。	

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
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	排泄や入浴等の介助のため入室する際のノックや言葉かけ、扉は閉める等、基本的なマナーを徹底している。言葉遣いやスキンシップ、パーソナルスペースの取り方は個人の好む関わりを見極め、個々に合わせ対応している。居室等の個人スペースは施設は可能となっている。	「自由であるからこそ、自立した生活をしていける」との考えのもと、「生活のリズムも、本人に合わせて」を施設の理念として謳っている。入居者、職員との会話やレクを楽しむ方もいれば、居室でゆっくりと好きな音楽やテレビを楽しむ方など、自由に過ごしている。服の着替えは自分で選び、コーヒーなど数種の飲み物を用意して、自分の好みで選択できるように配慮している。また、調理の手伝いや洗濯物たたみなど、これまでの生活習慣や残存能力を活かした支援に努めている。	
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	入居者がわかりやすいように丁寧な説明と情報を伝えることで、複数の選択肢があっても、自らの意思決定ができるように支援に努めている。		
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	入居者主体を原則にしている。暮らしの希望を聞いて、その時にしたいことをして、快の多い生活となるように過ごし方を提案している。その日の体調と相談して、入りたい時に入浴する。天気の良い日は散歩したり、洗濯物を一緒に干す。画一的に考えずに、日々の暮らしを彩るようにしている。		
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	身に着ける衣類や装飾品の色や形状、こだわり等の個性を尊重する。髪型、お化粧品、アクセサリ等1日を素敵に過ごせるように支援する。自分で衣類を選べない入居者には選択肢を二者択一にするなど容易に自己決定ができるようにしている。季節気候に限らず、その日の気分に合わせてコーディネートと一緒に行う。		
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	個々の嗜好に合わせて多種多様な品目から選択し提供ができるようにしている。食物や器はその人それぞれの能力に合わせて、形状を変えて食の認識ができるように工夫を行っている。咀嚼や嚥下の状態に合わせて形状を変えて、安全に食べられるようにしている。食欲不振やどうしても食べられない時には食べられる食品を使い、特別に調理したり、医療に相談し、栄養補助食品などを活用し、少ない量で栄養が取れるように配慮している。	入居者から「その時食べたいもの」を聞いて、入居者、職員と一緒にその日の献立を考えている。食材の下ごしらえ、盛り付け、片付けなど入居者の残存能力に合わせて手伝っている。キザミ、ペーストなどの食形態、嫌いな食材、アレルギー等を記載した食札を用意し、入居者一人ひとりに合わせた食事を提供している。また、季節ごとに、おせち料理やひな祭りのちらし寿司、敬老の日の和菓子などを味わい、誕生会では入居者と職員と一緒にケーキ作りをして楽しみ、食への関心を高めている。	
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	歯科医師にケアの方法や必要な用具について個別に助言・指導を受け、毎食後にケアを行う。できるだけ自分で磨き、義歯の着脱を行って頂く。磨き残しや食べ滓が残っていれば、必要に応じて介助する。義歯の洗浄と保管は職員が行う。		
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	歯科医師にケアの方法や必要な用具について個別に助言・指導を受け、毎食後にケアを行う。できるだけ自分で磨き、義歯の着脱を行って頂く。磨き残しや食べ滓が残っていれば、必要に応じて介助する。義歯の洗浄と保管は職員が行う。		

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	排泄記録シートを用いて頻度や性状等の変化の把握分析を行う。結果から誘導するタイミングや使用するケア用品とその交換時間、内服のタイミング等を割り出す。下剤の適量は医療と共同して検討している。失禁の原因を明かにし、ケアの方法に反映することで、トイレで排泄が続けられるようにしている。トイレの場所が覚えられない利用者に案内したり、貼り紙をするなどわかる工夫を行う。立位が不安定でも二人で介助を行うことで、トイレで排泄ができるように支援している。	各ユニットの3か所のトイレには、大きな文字で「トイレ」と掲示し混乱しないように配慮している。また、つかまり易い位置に手すりを設置し、立位不安定な入居者には二人介助により安心してトイレでの排泄ができています。排泄記録シートにより、尿・便の性状・量を把握し、排泄タイミングを図りながら、排泄の失敗を少なくしている。カンファレンスでは、水分摂取量の個々の検討、排泄介助法やパットの選択、便秘対応などについて意見を出し合い、トイレでの排泄にこだわって支援している。	
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	便通に良い食物繊維を多く含む食品や乳製品等を多く使用した食事の提供をしている。飲水量や運動にも配慮する。前かがみの姿勢で自分で腹圧をかけて排泄が行えるように便座に座る姿勢にも配慮する。医師、看護師と共同し、排便時の腹痛、下痢等、不快にならないように、個別に緩下剤の使用量や使用する薬を変えている。		
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	入浴を好まない方には、その時の気分に合わせた言葉がけや対応する職員を変え、タイミングを伺うなど様子に合わせて案内しているため、入浴する曜日や時間は決めていない。希望した時間帯で安全に配慮して入浴ができるようにしている。ゆず湯やしょうぶ湯などを実施している。	入浴日や時間を決めずに、入居者の入りたい時に合わせて、午前・午後の自由な時間に入浴できるようにしている。入浴を好まない入居者には、少し早めの声掛けや廊下歩行の途中で誘うなど、気分に合わせて対応している。また、入居者のADLと安全性を考慮して段階的に自力、介助、シャワー浴の入浴支援を行っている。入浴中は、離れた位置で見守りながら、入居者がゆっくりと一人の時間を過ごせるように、職員と思い出話をしたり、懐かしい歌を口ずさんで楽しく入浴している。	
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	それぞれの生活習慣に合わせた起床と就寝時間としている。日中は心身ともに活動的に過ごすことで夜はぐっすり眠れている方が多い。日中に昼寝をする方もいるため、体調や疲労度を見て個別に休息が取れるように支援している。		
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	服薬の変更時には、用法・用量・観察のポイント等を職員内で共有する。お薬の説明書と手帳はいつでも確認できるようになっている。主治医、看護師、薬剤師からアドバイスを受けている。内服し易い形状(水液、散剤顆粒、シール等)、方法(オブラート、ゼリーの使用)を嚥下や服薬拒否の状態等に合わせ、確実に安全に内服できるようにしている。		
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	家事が得意な人、歌や絵が好きな人、それぞれが得意にしていることや充実感が感じられる内容の役割を能力に応じてお願いしている。やって頂いたことに感謝を忘れずに伝えることで、感謝が返ってくる。		
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に支援している	コロナの影響で家族との自由な外出は控えている状況が続くが、職員、入居者は人との接触を控えつつ、初詣や公園の散策など、情勢を見ながら外出の支援を再開している。気候を感じたり、景色などを観て、季節を楽しみ、気分転換をしている。現在は外出支援の増加に向けて外食可能な店舗探しや、いちご狩りの企画など感染予防しつつ出かけられる場所をピックアップしている。	「思い立ったときに、外出の時」を職員の合言葉にして取り組んでいる。その日の天気と気分に合わせて、車イスの入居者も一緒に、近隣の公園への散歩へ出かけ、季節の移り変わりを感じ、気分転換を図っている。毎朝のごみ捨てを生活のリズムとして玄関の外に出る入居者もみられる。また、ベランダで、パーティー形式のケーキとお茶を楽しみ、出前の寿司を味わっている。感染防止を図りながら、初詣や公園での花見などの季節ごとの外出行事も再開し、地域の雰囲気を楽しんでいる。	コロナ禍以前に実施していた近隣のスーパーへの買い物外出や家族との外食の再開が望まれる。また、気分転換と上下肢筋力の維持を図るためにも、家族からの要望の多い、近隣の散歩の頻度を増やす取り組みも期待したい。

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
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	お金に関する感覚は重要視しており、管理能力に応じた現金の所持をお願いしている。売店や自動販売機で現金を使用する事もある。管理が適切に行えない方は施設で預かり管理を行い、使う時に渡すようにしている。		
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	家族や友人等へのお手紙を書いて出す支援や電話(ビデオ通話を含む)の支援を行っている。毎月「あじさい便り」を個別に発行し、家族や大切な方に写真入りで当月の様子を伝えている。書ける人には自筆のコメントを書いて頂くこともある。		
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	テーブルには季節のお花を飾り、窓や天窓から天候や季節を感じることができる。談話室にソファを置いて日向ぼっこができる。バルコニーで植物を育てたり、梅干し作りや干柿を吊るすなど季節を楽しむ工夫を行っている。扉の開閉や介助中の物音の他、職員の声も不快と感じない大きさやトーンに配慮している。室温、湿度管理を行い、こまめに調節と換気を行っている。	リビングには自然な光が差し込み、明るい雰囲気の中、入居者と職員が共同で制作したお月見の壁紙や、書道作品などが掲示され、季節感を味わい、会話の話題となっている。性格や相性を考慮して、会話の好きな入居者のテーブル席、一人の時間を好む入居者のテーブル席を配置し、穏やかで自由に安心感をもって生活できるように工夫している。日中は思い思いに好きなゲームを楽しみ、ユーチューブで思い出の音楽を聴いており、疲れた時には、コーナーのソファで静養できるように配慮している。	
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	どこでも好きな場所で過ごせるように入居者の動線に配慮してソファと椅子の配置を行っており、リビングから離れた談話室でも仲の良い入居者が座って歓談できるようにしている。リビングでもテーブル席ではなく、皆と少し距離を取って、ひとり過ごせるように壁際等にソファや椅子を置いている。		
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	本人が使っていた馴染みの家具や用品を持ってきて、今までの様式や習慣の生活が続けられるようにしている。室内のしつらえは本人と家族と相談し、安全面等の配慮・助言を加えながら決定。仏壇、写真、人形等を飾り、好きな物、好きな色に囲まれた、個性のある部屋を作っている。心身機能や要介護状態の変化等に合わせて、居室で安全に適切な介護が受けられるよう、入居者に相談しながら、家具等の配置変更を行っている。	これまでの生活の継続を感じられるように、本人が使っていたダンス、椅子、手鏡やネコのぬいぐるみ、家族の写真など、なじみのある思い出の品を家族の協力で自由に持ち込んでいる。入居時には、居室に歓迎ポスターを掲示して、これからの生活に不安を抱かないように配慮している。居室内での転倒を防止するため、不要なものは置かないように、また、つかまり易い位置に家具を設置するなどの工夫をしている。居室の掃除には入居者も職員と一緒に手伝い、清潔な居室づくりに努めている。	
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	居室やトイレ、浴室等の扉や壁に部屋の名前を掲示したり、使用する順に番号を張るなど、入居者が自信を持って生活行為が行える手助けとなっている。居室の筆筒は衣類や物が分かりやすく出し入れができるように、引き出しに品目ごとにラベルを貼っている入居者もいる。共有スペースの施錠は一切せず、自由に出入りして使用ができる。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	6	新型コロナ感染予防時における居室隔離生活での安全確保のため、やむ負えず身体拘束にあたる行為をする可能性がある。	居室隔離対応の際に、期間限定でやむ負えず身体拘束をする事になるケースがある。そのために必要な手続きを整える。	①今後、身体拘束が発生する可能性に関して、入居者と家族に対して、説明による理解と同意を得る。 ②同意書等の書面作成。 ③必要な手続きの流れと確認。	6ヶ月
2	49	感染予防に留意しつつ、外出や面会の支援の回数を増加したい。	現状の頻度よりも頻繁に外出の実施ができる。生活意欲や家族等の交流機会の向上・促進をする。	①社会情勢等、情報の収集。 ②感染対策会議等において医療従事者と面会や外出等のルールを協議。 ③入居者や家族等関係者にルール等についての説明を適宜行い、理解協力を依頼する。 ④感染リスクの低い外出先のピックアップと実施。 ⑤実施後の感染予防対策、入居者の健康観察の実施。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。