

### 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	1290200128		
法人名	ルミナス株式会社		
事業所名	グループホームひかり千葉花見川		
所在地	千葉県千葉市花見川区犢橋町1621-1		
自己評価作成日	令和3年3月11日	評価結果市町村受理日	令和3年4月28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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php</a>
----------	---

#### 【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3年3月22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)】

・「人にひかりを」の理念の下、ご入居者、ご家族、スタッフがそれぞれ力を合わせてそれぞれにとって最適な「生活の場」づくりを行っています。  
 ・スタッフとは定期的な面談、OJTシートを活用し、自身の目標や課題を上長と確認しながら、キャリアアップ制度において向上に励んでいる。毎年3月に社内の事例発表会に向けて取り組みを行なっている。  
 ・感染予防のため、現在は毎月の外出行事はお休みするかたちとなっているが、たのしみをもって暮らす意識は継続し、ホーム内でも季節を感じられる企画をおこなっている。

#### 【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)】

事業所の優れている点は①ホーム独自のスローガン「わくわくの輪を広げよう」を掲げ、利用者の生きがい、やりがいを大切に、職員も喜びにつながる良いケアを目指し、職員同士常に話し合い実践に努めている。②本人の意向を大切に職員は見守りに努め、利用者は自由に二つのユニットを行き来し、調理や片付け、洗濯物干し等の役割を持つなど、生きがいを引き出す支援が行われている。③カンファレンスでは、現場の気づきの収集・分析が行われ、具体的な支援方法や介護計画に反映させている。④また、法人では職員一人ひとりが認知症の専門職として取り組めるよう人材育成に力を入れ、キャリアアップ制度を明確にし、職員自身が「豊かさ」を感じられる職場環境の実現に取り組んでいる。

### 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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	「ひとに光を！」の会社理念のもと、事業所としては「わくわくの輪を広げよう」をかかげ、さらにユニットごとにスローガンをもち、職員が理念を意識した実践ができるようにしている	法人理念「ひとに光を！」の基、ホーム独自のスローガン「わくわくの輪を広げよう」を掲げ、利用者の生きがい、やりがいを大切にし、職員も喜びにつながる良いケアを目指し、職員同士常に話し合い実践に努めている。	
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	自治会に入っている。新しい入居者が入るとその方と一緒に回覧板を届けに行き、感染予防もあるため最低限のできる交流を継続。直接会えない中でも近所の方へお礼のお手紙を書く機会も持った	自治会活動は自粛しているが、回覧板をお届けに行き、近隣の方の配慮に感謝のお手紙を書き、散歩の途中で立ち寄るコンビニ店員とは挨拶を交わすなどの交流が行われている。また、認知症のドキュメンタリー映画上映会を開催し、地域の方が参加するなど取り組みが行われている。	
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	リニューアルオープン時に開催した地域の人を招いての(認知症の理解を深めるための)映画上映会、認知症ミニ研修以降も、参加者との手紙のやりとりは継続している		
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	感染予防によりホームでの開催はできていないが、包括支援センターと連絡をとり、2か月に一度、取り組み状況報告資料を作成し送付することで継続している	運営推進会議は書面開催とし、2か月ごとに行われ、入居者状況、主な活動、事故状況、職員配置などが地域包括支援センターに報告されている。入居者が濃厚接触者と判断された際には地域包括支援センター職員よりアドバイスを得ている。	書面開催ではあるが、「ご意見用紙」を添付し、ホームの取り組みについて意見を頂きサービスに活かす取り組みが望まれる。また、地元住民代表や民生委員、自治会役員等の参加も期待したい。
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	入居者の一人が新型コロナの濃厚接触者と判断された際にも、すぐに市の担当へ連絡。そのことを知ったエリアの包括支援センターから心配の連絡をもらったりと相談にのってもらえる関係がある	地域包括支援センターに運営推進会議資料を送付し、ホームの取り組みや事故状況等報告を行っている。介護保険事業課とは施設基準等について電話で相談や確認を行い連絡を密にとっている。また、市主催の「ケアプラン作成」などの研修に参加している。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、指針を周知。三か月に一回の会議の開催、年度内に2回の研修を行っている。また、委員会の議事録、研修資料はファイリングしたものを玄関に置き、誰でも閲覧可能にしてある	「身体拘束をしないケア」を宣言し、施設内研修を重ね拘束以外の方法を考え合う事が徹底されている。職員は「本人の意向」を確認しないで取り組むことに注意し合い、見守りに努め、各ユニットのドアにはカギが無く鈴の音で確認ができ、利用者は1階と2階を自由に行き来している。玄関は防犯の為、施錠されているが家族の了承を得ている。	
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逃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	社内研修にて学ぶ機会、毎月開催のカンファレンスで職員へ周知、起きた事故や気になることが話し合える機会をもっている。管理者は定期的に職員との面談をもち、どういうところに自身が苛立ちを感じやすいのかについて話ができる		

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	身体拘束廃止委員会、カンファレンスにて話し合う機会をもち、周知に努めている。職員も後見人がついている方への対応から学ぶ機会がある		
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	入居見学・相談受付や契約時を中心にしている。それら以外にも利用者の状態変化等あれば都度家族と連絡をとっている		
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	入居者からは日ごろ、家族からは面会、連絡、3か月に一度のケアプラン説明等で意見・要望を聞き、運営に反映させています。また、お客様満足度調査を実施し、家族の要望を汲み取る様に努めている	利用者からは日々のケアの中で、やりたいことや食事など要望の把握に努めている。家族には担当者のコメントを添えた「近況報告書」を月に1度送付している。また、3か月ごとにケアプランの説明を行い、意見や要望を把握するよう努めている。年1回、法人独自で匿名の「満足度調査」を実施し、出された意見・要望はカンファレンスで話し合い運営に反映させている。	
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	職員から就業時や月1回のカンファレンス、OJT面談で意見を聞き、運営に反映する様に努めています。また職員満足度調査を行う他、職員が外部に相談できるシステム(CAP)が設けている	管理者はいつでも自由に職員と話し合い、職員が意見や提案を出しやすい環境がある。カンファレンスでは、現場からの意見を議題に取り上げ、サービス向上につながる意見交換が行われている。年4回OJT面接が行われ、職員からの希望や提案を聞く機会としている。法人本部による「職員満足度調査」が毎年行われ、職員意見の収集に努め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	定期的な面談実施。会社の基準に沿って昇格の投票を全職員でおこなっている。また、得意なこと好きなことを活かせるようそれぞれに合わせた業務の割り振りをしている。		
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	介護実践OJTシートやOJT計画書を活用し実践している。また、感染予防を考えオンラインでの新人研修、自身のケアについて事例発表する機会をもっている		
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	統括部長が認知症介護指導者であり、創始者が、全国認知症ケア実践者ネットワークLinkの世話役になっており、最近ではオンラインとなっているが研修等に管理者や職員を参加させている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	インタビュー面接時に、本人(家族)から困っている事、どのような生活を望んでいるかを聞き、適切にニーズを抽出できるように努めている。暫定プランを作成し、入居して初期の段階で修正を掛けるようにしている。		
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	見学相談受付対応、暫定プラン説明の際には本人の状況だけでなく、ご家族が心配なこと・負担に感じていることも話してもらうようにしている		
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	見学に来られた方の話を聞き、ひかりやGHの対象とはズレがあると感じた際には、その方にあった場所(リハビリ施設ができる施設・小規模多機能・重度対応の施設など)の提案とつなぎをさせていただいている		
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	介護=身体介護、認知症=できないことが多いというイメージとならないようカンファレンスで話し合い、認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられるように支援を行っている。		
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	家族との外出、外部受診。携帯電話を使える方が家族と連絡をとれるように支援し、必ずしも職員が入居者の不安に対する対応を一手に引き受けることで解決しようとしめない方法をとっている		
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	入居者が知人と連絡をとれるように間をとりもつ、手紙のやりとり等の支援をしている。感染予防があるためオンラインで馴染みの場所を見てもらう支援も行った	携帯電話で家族や知人との会話を楽しみ、友人と年賀状を交換し、転居した利用者と文通されている方もいる。ご自宅の様子が気になる利用者に職員がオンラインで自宅内を結び安心につなげている。絵を描きたいという利用者に居室をアトリエにするなど本人の大切にしてきた場所や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	アクティビティ、家事活動、季節行事で、利用者同士の交流が深まるように支援している。入居者同士で声をかけあい、できることを組み合わせて職員、入居者が一緒に食事の片付け等ができるようにしている		

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
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	退去された方の退去先の施設を訪問するなど、その後の情報交換、必要あれば相談にのれるようにしている。		
<b>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</b>					
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	日々の会話からご本人の思いや意向がうかがえた時には記録に残し、カンファレンスではそれらをふまえて介護者よがりにならないよう十分に注意している。その人自身がどう思うのか、何をしたいと思っているのかの視点で考えるよう話をしている	利用者の悩み、心配ごと、叶えたいことなどを徹底的に本人と話し合い、どの様に取り組んで行くのか利用者と一緒に目標を設定し、どうすれば出来るのか、カンファレンスで検討しプランに反映させている。アセスメントとモニタリングを繰り返し、家族の思い、生活の希望、これからの生き方など利用者一人ひとりの意向を正しく掴むように取り組んでいる。	
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	入居審査時にご本人からお話を伺うと共に、ご家族から入居時に生活歴、暮らしているお部屋の環境、現在の習慣や暮らし方について書類を記入していただいている		
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	経過記録、業務日誌、サービス実施状況シートにて日々の行動や変化を情報共有している。		
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	ご本人との日々の関わりの中から希望を伺い、ケアプランに反映できるように努めている。サービス実施状況シートを使いチームでケアプラン内容を検討している。また、ご家族へのケアプラン説明を3ヶ月に1度面談で行ない、ご家族の意見も反映している。	「サービス状況実施シート」はわかり易く、具体的に記入されている。職員全員が介護計画を意識したケアが実践され、3カ月ごとにモニタリングを実施し、次の介護計画につなげている。家族への介護計画の説明は基本的には対面であるが、オンラインや電話でも実施され計画書を見て頂きながら丁寧な説明が行われ、本年度も家族アンケートでは「介護計画をわかりやすく説明し、内容について話し合いをしていますか」の設問に対し説明を受け話し合っているとの回答が100%であった。	
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	日々の様子を経過記録に記入し、食事量や排泄、バイタルについても表に記入し情報共有やケアプランの見直しに活かしている。また、ケアプランに基づいたケア記録の記入を行なっている。		
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	本人の意向や家族の状況により外部受診対応、住んでいたところの状況確認をオンラインでつなげ本人にみてもらうなど柔軟な対応をしている		

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
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	近隣のコンビニでかけたり、移動パン屋に来てもらうなど地域資源を利用し、自分のほしいものの買い物を実施している。		
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	訪問診療医が月2回来訪。虫歯や義歯の調整等必要があれば、歯科医が来訪し治療しています。日々の様子を医師に的確に伝え、ご家族に報告を行っている。	かかりつけ医による月2回の訪問診療と週1回の訪問看護が実施され、急変時や緊急時にも24時間連絡体制が整っている。眼科や皮膚科等の専門医への受診は状況により職員が通院同行も行ない、適切な医療が受けられる支援があり安心につながっている。	
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	体調に異変があれば訪問看護師にいつでも相談できる環境がある。		
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。	入院の際は訪問診療医と連携し、紹介状を含めた情報提供をしている。入院中、退院前はなるべくお見舞いに伺うと共に、ご家族から医師の話聞き、退院カンファレンスには極力参加させていただいている。		
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、事業所できるところを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に重度化した場合や終末期のあり方について説明している。また、この先重度化が予測できる変化がみられる場合は、ご本人、家族にとって最良の方法がとれるよう話し合いの場をもち支援している。	重度化した場合における医療体制指針が整備され、入所の際には丁寧に説明を行っている。医療度が高くなった場合には、本人及び家族の意向を確認しながら、病院、療養型病床、特別養護老人ホーム等と連携し、転院または転居の支援に努めている。	今後は、本人及び家族の意思決定支援として、ACP(アドバンスケアプランニング)の視点を持ち、人生の最終段階における医療・ケア決定のプロセスにおけるガイドラインの内容に沿った取組みとなることが望まれる。
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	急変や事故の際の対応を目に付きやすいところに掲示。年に2回の避難訓練で応急対応について学ぶ機会を設けている		
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	地震火災総合訓練等の避難訓練を年2回実施し、災害時の誘導等、迅速な避難が出来るよう努めている。	今年度2回実施された火災訓練では、日中と夜間を想定し、初期消火、通報、避難誘導訓練だけでなく、心肺蘇生法とAEDについても確認が行われている。また、倉庫には発電機と飲料水、3日分の食料を備蓄し、点検ローリングも対応されている。	今後の訓練においては、台風や地震の際にライフラインが停止したことも想定して行い、地域住民との協力体制についても構築が望まれる。感染症対策を含めたBCPの作成については十分な検討を期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	排泄時、入浴時のプライバシーを守るかかわり方をはじめ、声かけやよび方等はご本人やご家族に確認して行なっている。カンファレンスなどにて日々のケアの振り返りを行っている。	身体拘束廃止委員会が設置され、身体拘束の他に認知症の方の歴史と尊厳についても研修を実施している。自分たちの関わりや対応については、カンファレンスで事例を共有したり、個別面談時に振り返りを行う等、常に意識を高く持つよう心がけている。	
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	認知症の症状が進行した方でも、生活の中に選択肢を提示し、なるべく自己決定ができる機会を多くつくっている。		
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、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	起床時間や入床時間、入浴等、個々のペースに合わせている。一人ひとりのアセスメントを通してケアプランに活かし、実践している。		
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	化粧水、クリームをこだわりで使っている方、浴後やその日の洋服を選んでいただくなど支援している。また、希望により訪問美容が利用できるようにしている		
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	スタッフと一緒に調理や盛り付け、片づけ等をおこなっている。また、外食、イベントの食事の計画を利用者の意向を聞いて計画している。	クリスマスや節分などの行事食や誕生日会でのケーキ作り、テイクアウトの寿司や餃子など食事を楽しむための工夫が行われている。また、食事の盛り付けや味見、食器拭きなど個々が役割を持ち共同生活ができるよう、意欲を引き出すための支援に努めている。	
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	それぞれの状態に応じて食事を調整したり、必要に応じて糖尿病を意識し寒天を混ぜたご飯を提供している。水分量は1日を通して確保できるよう、スポーツドリンクや本人の嗜好にあわせ工夫し提供している。		
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	食後の習慣となるよう声をかけ、必要な方には手助けをし口腔ケアの支援を行っている。必要に応じ、歯科診療を受けれるようにして口腔内の観察を実施している。		

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	排泄リズムやパターンを把握し、誘導や声かけ、排便の確認等、個々に合わせて支援している。	なるべくトイレで排泄ができるよう、利用者一人ひとりの状況に応じて、声かけや見守り、一部介助が行われている。排泄の時間や量などの詳細は、iPadで入力し職員間で情報共有している。入力した情報は、見やすくグラフ化され、変化に対応しやすくなっている。	
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	希望がある方には乳酸菌飲料等が購入できるよう対応し、日々の運動や水分摂取をすすめている。便の形状等を訪問看護師、訪問診療医へ相談している		
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	2～3日に1回は入浴できるようお誘いし、それに同意をいただく形になっている。入浴剤や脱衣室で音楽をかけるなど入りたいと思える雰囲気作りをしている	3日に1回の入浴の際は、本人の希望を尊重しながら、ゆっくり入浴を楽しむことができるよう配慮している。それぞれの利用者の好きなシャンプーやソープ、化粧水などを準備し、湯の温度や好きな音楽を流す等も個別に対応されており、誰もが楽しみにしている。	
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	就寝時間についてはこちらで指定するのではなく、自分の休みたい時間に休まれている。夜間の良眠につながるべく、日中の活動を支援している。また昼寝等の休息も個々のペースに合わせておこなっている。		
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	薬剤情報はファイルにてスタッフ間で情報共有している。服薬支援方法を貼りだし、薬の与薬時の名前の確認や飲み込みの確認等おこなっている。		
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	ご家族同意のもと、アルコールを飲める機会や、買い物の機会を作っている。生活リハビリとして、これまでの生活にそった家事ができるよう支援し、趣味について可能な限り継続でき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に支援している	天気の良い日は外気浴や散歩に行っている。毎月の外出は感染予防で自粛となっているが季節を感じられるよう計画をたて、駐車場を活用し、夕涼み花火会を開くなど現状でできる対応をしている	施設前の駐車場には、トマトやナス、キュウリなどの野菜と花が植えられたプランターがあり、ベンチを設置して、日常的に外気浴を楽しんでいる。夏には、花火も行われている。また、希望により、近くのコンビニエンスストアへ買物に行く支援も実施されている。	



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	希望により自分で財布を持っている方もいる。また、それ以外の方も預かっているお金があることを伝え買い物の際に自身で支払いをされている方もいる		
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	電話がしたいと希望がある際には状況に応じて、こちらから相手に今の様子を伝えた上でつないでいる。手紙や年賀状でのやり取りをされている方もいる		
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	共有スペースにはエアコン、加湿器が設置してある。廊下やリビングは暮らしたと思える装飾やイベント時の写真等展示し、季節感を出すよう支援している。トイレの照明は入れれば点灯し、出れば消えるよう設定してある	利用者が共同で作成した季節の飾り物や行事の際の写真などが掲示されたコーナーがある共用空間では、利用者がゆったりと多くの時間を過ごしている。温度湿度や換気は、職員により快適に過ごせるよう管理されており、清掃と消毒も1日8回実施されている。	
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	廊下にソファを設置し、常に人の目があるところで過ごす環境と感じないように配慮。また、それぞれの居室でひとり、あるいは仲の良い方、夫婦で過ごせるようにしている		
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	見学の段階で使い慣れたものを持ち込んでいる方の部屋を見ていただき、イメージが持ちやすいよう支援。入居後も都度本人の希望や家族と相談をしながらレイアウトや物の変更をしている	在宅で過ごしていた居室図を把握した上で、本人が使いやすく、居心地の良い導線やレイアウトとなるよう考慮している。毎日、仏壇にご飯を備える方や夫婦で入居し、1部屋を2人の寝室にもう1部屋を趣味のアトリエとリビングに使用するなど意向が尊重されている。	
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	それぞれの居室には表札、トイレマークを含めた表記でわかりやすくし、本人から見える目の高さなども意識して表示している。また、下膳の際は歩行に不安がある方もワゴンを使い、自身で下げることができるような工夫をしている		

## 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	4	コロナの感染予防対策のため、運営推進会議を書面でおこなっている。そのため、活動の報告にとどまり、地域からの情報や意見をもらう機会が不足。地元住民代表や民生委員、自治会役員等との交流の機会が欲しい。	コロナ禍でも地域から意見や情報をもらえる方法を検討し、今だからこそ出来る交流、仕組みを前向きにつくっていく	まずは「ご意見用紙」のようなものを作成し、活動報告とあわせ添付し、ホームの取り組みについて意見を頂きサービスに活かす取り組みをすすめる。また、オンラインを使い交流する機会がもてないか提案をしていく。	6ヶ月
2	35	年2回の訓練で、日中と夜間を想定し初期消火、通報、避難誘導、心肺蘇生法、AEDについての内容はあるも、台風や地震の訓練ができていない。倉庫には発電機、飲料水、3日分の食料を備蓄しているがBCPがまだ未作成	台風、地震、水害や感染症も想定した計画や訓練を行う。また、ライフラインが停止した想定での計画、BCPを作成しスタッフが把握できるようにする	台風や地震を想定した訓練も行っていく。また、ライフラインが停止したことを想定し、地域の実情や意見も集めた上で、BCPの作成をする。BCPをもとにスタッフと内容確認をしていく機会をもつ	10ヶ月
3	33	医療体制指針は入所の際に説明を行い、医療度が高くなった場合には、意向を確認しながら、転院や転居の支援に努めているが、その手前の段階で将来に備え本人の意思決定の支援ができていくかは十分とは言えない	本人及び家族の意思決定支援として、ACP(アドバンスケアプランニング)の視点を持つ	ケアプラン説明の機会を活用し、現在の病気のことだけでなく、将来に備え人生の終末期について、本人、家族、医療・介護提供者とが話し合える場を設ける。	10ヶ月
4					
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、行を挿入してください。