

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873500165		
法人名	社会福祉法人 光寿福祉会		
事業所名	グループホーム 千手荘		
所在地	兵庫県姫路市夢前町宮置819番地		
自己評価作成日	令和8年2月4日	評価結果市町村受理日	令和8年3月 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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2873500165-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2873500165-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人ば・まる
所在地	堺市堺区三宝町二丁131番地2
訪問調査日	令和8年3月6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)】

個別性に着眼し個別ケアに活かしている。  
地域の学校、ボランティア組織と積極的に関わる事によって社会的に刺激を持っていただけるよう努める。ご家族と入居者様の繋がりを保てるよう日常の様子を毎月報告するとともに担当スタッフが主となりご家族と本人の繋がりを大切にしています。  
コロナ禍にあり、面会を制限させていただいていますが、電話でのやり取りや面会室での面会等出来る限りご家族と本人とのふれあいの機会を作る努力を続けています。

【第三者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)】

地域の小学校との交流が従前より継続されており、利用者のために娯楽提供が行われたり、利用者と小学生と一緒に制作を行う等、利用者と小学生と一緒に楽しんでいます。小学校との交流は、コロナ禍の制限期間中もリモートで継続されていました。地域の安心サポーターのボランティア参加があります。地域で開催されている、ふれあい喫茶には、利用者も参加されており、地域住民との交流が継続されています。地域の祭事にも、利用者と共に参加されており、以前から馴染みのある地域行事に、入居後も継続して参加されています。長らく地域で活動されていることから、地域に根ざした施設として定着しており、地域の多方面の活動団体との連携や協働、活動が展開されています。音楽療法を採用されており、外部の専門家による利用者への支援が行われ、利用者の情緒安定や五感への刺激に繋がられています。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表 情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 おおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己 評価	第三者 評価	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	法人の理念、グループホームの基本方針を掲示し、職員全員が理解し、共有する事で、より良い支援の提供になる事を目指しています。	法人理念を踏まえた、施設独自の理念が策定されています。地域との関わり、地域活動を大切にされており、利用者と地域との繋がりが途切れず、継続できるよう留意されています。人事考課の職員面談時には、職員個々と理念を踏まえた支援ができてきているかの振り返りも行われています。	
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	毎月地元の自治会主催のふれあい喫茶の参加や地域の小中学校交流会、生活発表会等に参加する事で地域交流をはかっています。又季節の花見や紅葉、買い物等の外出する事で地域の方々とは触れ合う行事を開催しています。	地域で開催されている、ふれあい喫茶に利用者も参加されています。地域の祭事にも、利用者と共に参加されており、以前から馴染みのある地域行事に、入居後も継続して参加されています。地域の小学校との交流が従前より継続されており、利用者のために娯楽提供が行われたり、一緒に制作を行う等、利用者と小学生と一緒に楽しんでいます。小学校との交流は、コロナ禍の制限期間中もリモートで継続されていました。地域の安心サポーターのボランティア参加があります。	
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	毎月地元の自治会主催のふれあい喫茶の参加時に体操やレクリエーションを披露して、地域との交流をはかっています。また地域の草刈り、清掃活動に参加しています。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1度奇数月第4土曜日に運営推進会議を開いています。今年は1月、3月、5月、7月、9月、11月、の6回開催しています。次回は3月28日に開催予定です。	地域包括支援センター・民生委員・自治会長・法人理事・地域のふれあい喫茶の主宰者・地域見守り事業関係者・家族等の参加で対面にて開催されています。近隣医療機関や小学校の先生等が参加する事もあり、地域の方々の幅広い参加で開催されています。	幅広い参加層が確保されていますが、参加者都合により、定期的な出席頻度の実現が困難な状況があります。参加の間口を拡げ、参加頻度の向上に繋げると共に、利用者への参加にも繋げられるかと思われれます。
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	地域包括センター、市の介護保険課、地域包括支援課との連携により指導助言、協力を頂いています。	運営推進会議を中心に、情報共有・情報交換が行われています。施設・法人として、地域との交流を通じ、地域課題やニーズの把握が行われています。	

自己	第3	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
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「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	身体拘束ゼロを目指し日々取り組んでいます。コロナウイルスが流行し、感染を予防する為、面会を禁止する為玄関の施錠を行っています。	拘束に関する適正化委員会は、法人全体として開催されています。委員会では、状況の確認と検討が行われています。委員会の内容は、施設内の会議の場で、報告・共有されています。	
7	(6)	○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	事業所に虐待拘束委員会があり、年2度開催有り参加しています。又、委員会で話し合われた内容をユニット職員会議で報告し勉強しています。	職員のストレスチェックが毎年実施されており、虐待の要因となり得る職員の心理的負担が生じていないか確認されています。虐待に関する適正化委員会は、法人全体として開催されています。委員会では、状況の確認と検討が行われています。委員会の内容は、施設内の会議の場で、報告・共有されています。	
8	(7)	○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	事業所内で司法書士の方に来て頂き後見人制度についての研修(勉強会)があり参加し、職員たちも認識しています。	施設内で、専門職からの勉強会が開催されており、職員への制度理解に繋がられています。	
9	(8)	○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を得られるよう努めています。重要事項説明書、契約書は利用者家族、事業所と1部ずつ保管しています。パンフレットの変更点改善は終了済です。	契約時には、出来ること、出来ないことをハッキリと伝え、施設の支援内容に対する、齟齬が生じないように努められています。料金等は、利用者・家族に総額の目安を提示し、説明されています。	
10	(9)	○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	契約時利用中に苦情などがある場合はどの様にすれば良いか説明しており、玄関には意見箱を設置しています。家族会会議、運営推進会議、面会時、電話時に意見要望を直接伺い内容を十分に傾聴して真摯に受け止めてさらなる取り組みに活かしていきます。	利用者の提案を基に、施設内研修の拡充に繋がられた事例が確認できました。日常から、利用者の意向の実現を意識した支援の提供を心がけられています。年2回家族会の開催があり、運営推進会議と共に、家族等が意見を表明できる機会となっています。	
11	(10)	○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	毎月1回以上のスタッフ会議、随時のカンファレンスにて意見提案を話し合っています。又法人の代表との面接も行っています。	個人面談、毎月の会議の場等が、職員が意見表明できる機会になっています。委員会活動や日中活動は、職員主体で行われています。職員意見を基に、足浴を導入した事例が確認できました。	

自己 評価	第 三 項 目	外部評価	
		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	小規模多機能ホーム夢の杜の営業を廃止申請をし、従来のグループホームを2分化して以来、6年が経過しようとしている。また二分化することにより、人員配置も管理者を1人、ケアマネージャーを専属で立てるなど、人員配置の様子も変わって来た。	
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	研修については、法人内部研修が年に6～7回程度、外部は随時。法人内研修は夕方6時半からと出席もしやすいが、外部研修となると1日がかかりなので、なかなか勤務が詰まっておりに出る機会に限られてしまうが、可能な限り出席を促したい。	
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	グループホーム連絡協議会に必ず出席し、情報交換をし合ったりしている。	
<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	生活環境の変化に不安や戸惑いが特に見られ、BPSDの出現で不穏状態になれる事が多いです。又コロナウイルスの流行により家族との面会が(1日10分)外出制限によるストレスも増えて来ています。施設内での行事を増やし、対応しています。5類になり少しずつ外出する機会が増えてきています。	
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	毎月のお手紙配布や面会時にご家族から生活歴、好み要望を伺いながら、本音を話せる雰囲気づくりに心がけています。家族会の開催(年2回程度)により繋がりが出来る様配慮します。	
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	入所前後にご本人、家族と面談を行い、細かいアセスメントにより支援の方向性をスタッフも交え話し合い、その後の様子を話し合いながら、カンファレンス、再アセスメントを繰り返して行っています。状態によっては生活に役立つよう福祉用具の検討も行い安心できる生活を提供していきます。	
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	24時間日々生活全般を職員と共に生活していると感じて頂ける様に寄り添い傾聴し、日々日常の共同作業を行い、馴染みと落ち着きを自然に感じて頂きます。また気兼ねなく全職員に悩みや相談を言い合える環境作り心掛けています。	

自己 評価	第 三 項 目	外部評価	
		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎月、モニタリング形式の状況報告を担当職員が作成し広報の機関誌と一緒に近況の報告を送付しています。受診は家族様にお願ひし、年に数回の行事の参加を呼びかけ、その際に家族会を開催しています。	
20	(11) ○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	外出の機会を年数回開催し、年末ご自宅への帰還や、馴染の散髪屋への利用等有りました。	家族等との外出・外食・外泊が再開されており、外出の際は利用者も楽しみにされています。旧知の知人・友人等との面会も継続されています。従前から利用者が使っていた、地域の社会資源利用も継続されています。
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	話し易い方同士の席を近くにして遠慮なく会話ができる様配慮しています。お互いの様子を見ながら席替える事もあります。慣れない方には職員が会話や交流のお手伝いをはかります。	
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	当施設でのご利用が困難になり、併設の特養に入所された方は法人の年間行事で一堂に会す機会があります。他の施設医療施設への入所後も相談に応じて必要な情報を提供して関係は続いています。	
<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	(12) ○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	各利用者様の担当職員は日常会話や訴え、行動、表情の中からその方の思いを察し、受け止め、把握してゆき、モニタリングしながらカンファレンスを持ち処遇改善に繋げています。同時に家族の意向も確認して状態の変化に対応しています。	利用者の言葉や表情、行動を把握することで、利用者の意向や想いを把握できるよう努められています。把握した内容は、職員間で共有されています。
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	ご本人様、ご家族様から今までの生活歴伺い、仕事、暮らし方と大事な思い、こだわり等や、サービスの利用等を聞き取り、今までと出来るだけ大きく変わらない様な生活をしてもらえる様に支えます。又日々の何気ない話からも情報を得てサービスに活かせる様にと取り組んでいます。得た情報の保護に配慮を怠りなくします。	
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	日課のスケジュールを目安にして一人一人の生活のペースとその日その時の状態、状況に応じて対応します。各職員が周知出来る様に申し送りノートやボードを活用し共有しています。	

自己 評価	第 三 項 目	外部評価		
		自己評価 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	
26	(13) ○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	各ケース担当者がご家族、主治医との連携をしており、状態の変化、ニーズを掴む。毎月家族に送付するお便りで近況の報告とADL、iADLの状況、短期目標達成状況等を加えモニタリングとしています。介護計画の原案は、介護支援専門員、計画作成担当者、職員、と検討しています。再アセスメントシートを活用し日々の記録、モニタリング、カンファレンス等検討実施しています。	利用者の意向・担当者からの情報を踏まえ、計画の更新に繋がられています。計画の達成状況は、担当者によって毎月確認され、家族等にも報告されています。	
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、状態を記録し、問題点、気づき、を担当職員を中心に検討の機会作り早期の対応、プランの見直しに反映している。申し送りを日に3回行い情報の共有を図っています。		
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	その時その時に応じ、利用者本人にとって何が必要かご本人様、ご家族様の思いを受け止めながら、固定概念や習慣に捉われない柔軟な対応に取り組んでいます。例えば、歩行が不安定で車いすを利用しているが、歩きたい、リハビリしたい方に歩行器を借り、職員が付き添い歩行リハビリや足の温めに取り組んでいます。		
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	地域行事：お祭り、ふれあい喫茶、文化祭出品等で許される範囲ではあるが参加してもらい楽しんでおられます。市の高齢優待カードの有効活用を行います。		
30	(14) ○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	かかりつけの医療機関を希望に沿い、情報の提供をご家族、医療機関に口頭、文面で行います。直接電話で医師より指示、指導を仰いでいます。家族も高齢である、車いす利用の場合等出来る限りの配慮で職員が付き添う場合もあります。希望により介護タクシーの手配を行う事もあります。	かかりつけ医は、利用者個々が従前からの医療機関を使われています。協力医療機関による往診が可能です。専門科の受診が必要な場合は、個別に家族による受診が行われています。利用者の希望に、訪問リハビリテーションや、専門科等の往診等もあります。	
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	専任の看護師は居りませんが、病院の訪問看護や医師の往診の際相談し助言や医療的な処置をお願いしています。かかりつけ医に相談をして介護情報を提供し指示、指導、処方を受けています。往診Drあり。		

自己	第3	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
32	(15)	○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。	入院時は担当の職員が情報提供、面会、状態の把握、病院の看護師、医師、メディカルソーシャルワーカーから情報収集し退院に向けて意見を聞いています。退院前カンファレンスに参加しています。又退院後に介護計画書と3表の提出しています。	入院時には、医療機関への情報提供が行われています。退院時には、退院カンファレンスに参加し、退院後の施設介護計画に繋がられています。	
33	(16)	○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、事業所です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	終末ケアについては入所時に説明しており、状態変化時には十分な説明相談をしています。主治医からご意見、指示を頂きながら、医療機関への相談、特養への申し込み、紹介を行っています。同法人の特養の入所検討会に参加しています。看取りケアについては体制が整っていない現状ですが出来る限りの生活支援で家族の希望に寄り添う様努めています。契約書に記載済み。	重度化と終末期の指針があり、入居時に説明が行われています。重度化した場合の、利用者の意向や方針が確認されており、利用者意向に沿った、施設移行や医療移行に繋がられるよう配慮されています。	
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	緊急対応マニュアルを準備しており、法人、荘内の研修があれば積極的に参加しています。気道確保、人工呼吸、心臓マッサージ、のど詰めの対応等日常業務の中でも方法を伝えています。		
35	(17)	○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	消防署職員立ち合いの消防、避難訓練を併設のユニット2と合同で実施しており、夜間避難訓練の実施しています。火災通報装置は自動で消防署に通報するシステムを導入している。地域の消防団、自治会長に連絡が届く様になっている。災害については、避難準備情報が出た時点で利用者を安全な場所に誘導する事を職員は周知しています。	BCP(事業継続計画)の検証が、年2回行われています。法人全体での防災委員会が設置されており、法人内・施設内の研修等についても検討されています。飲料水・食料品・消耗品等の備蓄があります。	
<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	(18)	○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	生活歴と人権を尊重し、個々に合った言葉かけ対応を心掛けている。トイレの場合には扉、カーテンで保護し介助が必要な場合も、配慮してさりげなく見守り、求めや必要に応じて介助を行います。入浴は個室で、異性への配慮を行います。	法人全体で、サービス向上委員会が設置されており、支援マニュアルの整備や、職員の利用者に対する関わり方等が検討され、利用者支援の向上に繋げる取組があります。	
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	訴え、申し出に耳を傾けながら個々の生活パターンに合わせています。気持ちの表出が苦手な方は日々の会話や、表情で察して出来る限り希望に沿い不快な思いを少なく共同生活してもらっています。		

自己 番号	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
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、就寝時間は大半の方に合わせて目安の時間があるが、声掛けは行い無理を強いることは避けています。朝夕の歯磨き、洗面を声掛け援助して着替えは自分で選んでもらい時に助言している、男性は入浴日に髭剃りをしてもらっています。		
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	季節に応じた洋服選び、一緒に好みの衣類の買い物支援を行い、季節の入れ替えを家族がされるが、一緒にする事もあります。外出、行事の時の服選びはご本人ご家族と相談して決めています。散髪の希望なども好みを聞きながら理髪師に伝え満足できる様にしています。髭剃り、主に電気カミソリが多いが、カミソリを希望される方にはお湯、石鹸、タオル、鑑を用意し近くで見守っています。		
40 (19)	○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	利用者の嗜好を知り、栄養士に伝え考慮される様にしている。ホームで月に1,2度おやつやおかず作りを計画してリクエストに答えられる様にしている。昼食は利用者様と一緒に職員も同じテーブルで摂っています。食事中はテレビを消して、優しいBGMを流して会話ができる様にしています。食器の片付けは、出来る方に下膳、食器拭きを協働しています。	施設周辺で収穫できる季節の食材を活用し、利用者と共に調理して楽しんでいます。毎月の食事レクリエーションでは、おやつ等も利用者と一緒に手作りしながら楽しんでいます。朝食時間は、固定せず、利用者の意向に沿ったタイミングでの提供が行われています。利用者の生活能力に応じた、片付け等への参加があります。	
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	栄養バランスとカロリーの管理は栄養士が行い、食事量水分量は記録を残し季節、体調によって飲水量、回数を調整し内容も状態によって飲みやすい物を用意しています。1日の摂取量は個人差はありますが1L~1.5L目標に定期的、随時に提供しています。		
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	起床時、就寝前に個々のレベルに応じて口腔ケアを実施。毎食後の嗽、口濯ぎを行っています。義歯の方は部分義歯の方は週に2回薬剤で洗浄する以外は洗ってから戻してもらい、総入れ歯の方は、夜間洗浄しホームで保管し朝、渡しています。		
43 (20)	○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	個々の排泄状態やパターンを把握しその方に合った時間帯に日中、夜間に声掛けし誘導しています。状態の変化、(悪化、改善)にも状態に合わせています。排泄の記録を細かく記入し検討を行いながら個々のレベルに応じた失禁対策をしています。	利用者のトイレでの排泄維持継続を大切にされており、誘導や移動支援で、利用者がトイレで排泄できる事を継続していけるよう留意されています。声かけや誘導時には、利用者が尊厳を損ねたり羞恥心を抱く事が無いよう配慮されています。	

自己 評価	第 三 項 目	外部評価	
		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	便秘の原因となる、水分不足、運動不足にならない様に工夫を重ね、飲水の声掛け、体操、レクレーションを日に2回継続、必要に応じて主治医の指導の下緩下剤の使用を行っている。	
45	(21) ○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	個々の体調、状況を見ながら時間限定行わず入浴を実施している。又季節に合わせた入浴剤を使用して入浴を楽しんで貰い、保湿にも配慮している。	予定入浴が基本ですが、利用者の意向や体調を踏まえた、柔軟な対応ができるよう努められています。利用者の状態や希望に応じて、足浴の対応も行われています。
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	何時でも希望されれば休んで頂ける様に居室の出入りは自由になってもらっています。布団、シーツの清潔保持の為週に1度シーツ、カバー交換行い、冬季の毛布、夏季のタオルケットなどはご本人の希望に沿い家族様が持参されています。室温はエアコン、湿度は加湿器や濡れタオルなどで保湿しています。	
47	○服薬支援 一人ひとり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	処方箋、薬情を確認し施設にて管理して、1週間分を各担当の職員が用意している。服薬は水と薬を準備しその方の能力にお応じた援助を行い服薬確認を毎食当番が行っています。状況に応じ家族に相談し主治医の指示を頂いています。	
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	個々の力量、生活歴、趣味を把握し日々の家事は分担している。気候により外気浴を実施し屋内の日光浴を行っています。併設の施設と合同行事を頻繁に行っている。レクレーション、ゲームを日に2回しています。今年は敬老会にて2ユニットホールで家族様と共に楽器の演奏、セッションを開催しました。	
49	(22) ○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	初詣、買い物、喫茶、ドライブ、外食を実施しており、光寿園の広い庭園へ桜、紅葉の見学に行きます。近隣の町、村のふれあい喫茶の参加は恒例で毎月皆様の楽しみです。	利用者の意向による、近隣社会資源を活用した買い物外出が行われています。家族等との外出・外食・外泊が再開されており、外出の際は利用者も楽しみにされています。日常的に施設周辺への散歩も、利用者の意向に沿って行われています。

自己 評価	第 三 項 目	外部評価		
		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
50	<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>金銭を個別に所持する事はトラブルが発生し易く、事務所に保管管理しています。尚お金の事が理解できていない方は少額を家族の同意の基自己管理されています。それで買い物や喫茶の時自ら支払をしておられます。お出かけの際、一人づつお小遣いを入れる財布を用意して支払いを職員の立ち合いでする場合もあります。</p>		
51	<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>学習療法にて習字、、硬筆の練習を行っています。希望があれば家族の負担にならない時間帯で随時電話が架けられるように支援しています。</p>		
52	(23) <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共有の空間には季節感を味わえる様な室内装飾を毎月変えて、ご利用者の作品、イベント(誕生日)の写真などを掲示、展示、しています。各ユニットの要所要所にソファを置き日当たりの良いところでは日向ぼっこされています。空気清浄器、加湿器を設置しており、掃除専門の職員も配置して、お部屋、共有場所での環境を清潔にしています。</p>	<p>共用空間の清掃は、両ユニットとも利用者が主体で行われており、利用者自身の役割とやり甲斐に繋がっています。装飾等に配慮し、季節感を感じられる空間となるよう留意されています。ベランダ・バルコニー等、外気に触れながら日光浴を出来る場所もあります。リビングには、複数のソファやテーブル等が、複数箇所に設置されており、利用者の気分によって、自分が過ごしやすい場所を選ぶ事ができています。</p>	
53	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>居室への出入りは自由、各ユニットへの行き来も制限なく、お互いに行きたいところを散歩したり、お話ししたり、お茶したり、思い思いに過ごされています。野球や相撲、歌番組が好きな方同士、話しながら楽しんでいます。</p>		
54	(24) <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>原則居室内への持ち込みは制限なく思い入れや使い慣れた家具や道具を使って頂く様に入所前やいつでも伝えていきます。家族の写真、飾り物等、家族様とご本人で置いておられます。仏壇の持ち込みもして頂けます。</p>	<p>利用者が制作した物や、手紙・写真等が飾られています。居室内には、ソファが設置されており、利用者が室内でベット以外に、くつろげつ場となっています。</p>	
55	<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>動線上に障害になる様な物を置かない。トイレ、浴室、居室等認識し易い様に解り易く表示しています。効果を随時検討してホーム内の移動が自分の意志、自力で出来る様に支援しています。又徘徊や散歩は自由にしてもらい、必要な方には見守り、行動の制限はしていません。</p>		

## 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	年6回開催の運営推進会議の参加メンバーにご利用者がほとんど含まれていない。	令和8年度5月23日第1回運営推進会議～年6回の運営推進会議に随時ご利用者を参加して頂けるよう呼び掛ける。	全家族に4月の手紙にてご利用者の推進会議参加の了承を得る。家族に了承を得たご利用者本人にも文面にてサインを得る。	2ヶ月
2					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、行を挿入してください。