

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

業所番号	1691100141		
法人名	株式会社メディカルケア		
業所名	ケアホームほりおか		
所在地	富山県射水市射水町1丁目1-1		
評価作成日	令和5年3月1日	評価結果市町村受理日	令和5年6月5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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	令和5年3月23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)】

認知症対応の地域拠点施設を目指し、その人らしく暮らしていけるように家族、地域の方々と連携をとり、行事に参加し交流をはかっている。また住み慣れた町で暮らしていけるように、小学校や地域住民に認知症サポーター講座や介護教室を開き介護相談にも応じている。健康面に関しては、健康寿命への取り組みとしてHRクリーム(ハートリリリース)、水素ポット(水素吸入、水素水飲料)、塩麴、ヨーグルトを使用している。また、マトリックススキンケアソープ、セレスタル8クリームでのフットマッサージを取り入れている。家族様の要望に応じ看取りまで対応している。

【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)】

・地域に密着した事業所として地域とのつながりを大切にしており、地域防災訓練や自治会の行事・作業への参加、小学生の来訪などを通して交流を深めている。
 ・感染対策のために空気清浄機や加湿器等の機器を揃えている。またフットマッサージやアロマなど利用者の心身の健康に配慮している。

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)	○ 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)	○ 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	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが		

24	秋は又泳ぐに、又心して春は泳ぐ (参考項目:28)	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	地域密着型サービス事業所としての役割や認知症のことをより深く意識するために、毎朝の申し送り時に理念を唱和し、実践意識を高めている。	法人理念は玄関に掲示している。業務日誌に挟み込み、毎朝の申し送り時に唱和し、個々にケアへの意識を高めている。	法人理念にある「質の高いサービス」は個々の理解に一任されている。連帯感を高め、ケアに取り組むためにも事業所として目標(基本方針)を作るなど工夫を期待する。
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	コロナ禍により、納涼祭やカラオケ、大正琴などのボランティア、小学校の行事、地域行事に参加の機会が少なくなっている。地域防災訓練には参加し地域住民と協力して車いすを避難場所の2階に移動するなどの訓練を実施した。	コロナ禍であり行事参加や交流は厳しいが、地域防災訓練の際には自治会からの車椅子介助の協力を得て参加した利用者もいた。クリスマスには近隣の小学生達がプレゼントを作り、届けてくれた。事業所は自治会に加入し、職員が清掃活動等参加している。	
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	開設以来毎年堀岡小学校6年生対象の認知症サポーター養成講座を、継続して行っていた。また地域の方々対象の介護教室も行っていたが、コロナ禍にて開催されていない。	/	/
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、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	コロナ禍において一時文書での報告となっていたが、現在は会議を再開している。会議には職員も順次出席し、市職員、地域包括支援センター職員、自治会長、公民館長、利用者家族代表からの意見・アドバイスを、直に聴く事で、ケアサービスの実践に活かしている。	公民館を会場に、併設の小規模多機能型居宅介護と合同で開催している。コロナ禍では文書を作成し、構成メンバーには手渡し、利用者家族全員には郵送するなどしていた。運営推進会議での意見から、事業所の外回りの監視カメラの設置の提案をもらい実現した。	
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	市の担当者とは日頃から相談に応じてもらったり、介護保険制度の相談や関連情報の照会など連携を深めている。	介護度更新申請時等、介護保険課と連携を深めている。本年5月よりあったか相談員(介護サービス相談員)の訪問が再開される。	
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	毎週のカンファレンスで「身体拘束確認チェック表」のチェックを行い、身体拘束をしないケアを確認している。特に言葉の拘束(スピーチロック)に気をつけている。研修にも力をいれており、ホーム内研修や会社全体で今年度3回、虐待防止について研修を行っている。	利用者一人ひとりについて、全員が話し合い、拘束についてのチェックシートを記録している。法人として身体拘束防止委員会が設けられており、2ヶ月に1回管理者が参加している。	全員での確認も大切だが、職員が自分の日頃のケアの振り返りを行うための工夫や仕掛けを期待する。

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		○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	高齢者虐待については、ホーム内で再三研修を行い、身体拘束だけでなく、言葉の拘束についても話し合って気づきを増やすようにしている。		
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、成年後見制度を利用している方はおられないが、ホーム内研修で「権利擁護」について理解度を増すようにしている。		
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	契約時の説明には、一方的な説明ではなく、絶えず確認をとりながら、料金のことや体調不良時の対応などについても、安心して利用してもらうために細かく説明している。		
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	意見箱を設置している。コロナ禍において家族が来訪される機会が減っているが、家族が来訪時には、家族とのコミュニケーションをとる事に努め、要望や意見を伺っている。	家族が面会や受診同行のための来所の折には、積極的に声がけするなどコミュニケーションをとっている。請求書に同封している「すまいる通信」は家族から喜ばれており、利用者の写真も順次選択して掲載しているが、情報量が多いためわかりにくい。	家族が知りたい情報は自分の身内のことであるため、紙面の有効活用を検討し、個別の情報を盛り込むなど工夫を期待したい。
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	代表と管理者は、いつでも連絡の取れる体制にある。月2回の定例会があり、職員による意見提案などは随時管理者から伝えている。話し合い良い方向へ行くように努めている。また、代表が職員と直接面談する機会も設けられている。	毎月2回程度、法人代表と管理者が定例会を行っている。管理者と職員は家族以上に関係性が深い。解決に導けない個人的な問題や課題については代表が面談を行っている。希望があれば勤務体制の変更や、法人内の異動勤務ができるように配慮している。	
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	職員の希望休が反映されている。職員それぞれの家庭環境に合わせ、その人の希望する勤務形態を考慮し、無理なく働けるように考えられている。職員の性格や特徴を活かした職場配置を考慮されている。一人ひとりの負担を減らすためにも人員を増やすよう努力している。		
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	ホーム内研修は毎月行っている。全体研修では伝達研修や外部講師の専門的な講義を受ける機会がある。また、必要な職員には実務者研修、実践者研修などを受講する機会がある。		

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	外部研修会に参加の機会があるが、リモートのことが多く、同業者との交流はなかなかとることが難しい。		
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	事前に知りえた情報をもとに、馴染みの関係となるようにコミュニケーションを多くとる事に努め、慣れない環境に戸惑うことはないか観察し、本人の要望等に耳を傾けている。		
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	家族が抱えるその時の困りごとを伺い問題点w考え、入居後の支援内容についてわかりやすく説明。入居されてからはホームでの生活状況を頻回に伝えている。		
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	本人が必要としていることは何か？家族の要望が何か？を把握し、適切なケアを提供できるよう看護師や介護支援専門員からのアドバイスも受け、職員間でケアの統一化を図っている。		
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	共に生活していく中で利用者ができること、できないことを見極め、見守りや助言を行いながらできることを増やすよう努めている。		
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	コロナにより家族と本人の面談する機会が少なくなっている。携帯電話を繋いだり、ズームを繋いだりして、ホームが家族の関わりを奪わないようにしている。関係性の良くない家族にもホームからの電話で様子を伝えている。利用者の状態に変化が会った際には家族と連絡を取り相談しながら問題解決に取組み、対応を考えている。		
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	現在コロナ禍により、利用者の希望に合わせて、いつも通っていた理容院へ行ったり、ホーム近隣の方との外での談話、地域ボランティアの方々との茶話会など機会がなくなった。	近隣住民から野菜やお花の差し入れがある。利用者は家族へ年賀状を書いている。共有スペースで月2回カフェや誕生会、行事を催した折には、併設の小規模多機能型居宅介護と合同で楽しんでいる。正月の神社巡りツアー、花見、海王丸パークにドライブするなどしている。	

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	利用者同士の相性の善し悪しにより、リビングでの席を変えたり、利用者が出来ない事を他の利用者に声掛けするなどし、話し合いの場ができるようにしている。		
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	利用終了時には色紙を作成したり思い出のアルバムなどをプレゼントしている。今後も困りごとがあれば相談ができること伝えている。		
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	ほとんどの方が90歳を超えており、意向を表すことが難しくなっている。一人ひとりの意向が変化しているため生活の中から把握し、本人の希望に添えるよう、情報共有しながらケアに努めている。	利用者の高齢化で思いの確認が困難になってきているが、日常生活の中で希望や思いを確認している。職員が見聞きしたことを、申し送り時や毎週のカンファレンスの話し合いの中で情報共有はされているが、記録には残されていない。	今後、5W1Hを基本とした記録を残すことで利用者の思いや意向をより把握できるよう期待する。
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	日々の生活の中で本人や家族からこれまでの生活環境や、なじみの暮らし方、生活歴などの情報を伺い、職員間で情報共有している。		
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	利用者一人ひとりが過ごしやすいように職員同志で話し合い、リハビリや職員による脳トレを行うことによって、本人の状態を把握するように努めている。野球や大相撲が好きな方にはテレビの前で一緒に観戦している。		
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	週1回のカンファレンスを通し、ケアの統一、課題の発見、目標の共有化を図っている。かかりつけ医や薬剤師からそれぞれの立場からアドバイスをもらい反映させながら本人ができること、家族ができること、ホームができることを話し合い介護計画を作成している。	介護計画作成担当者は日頃から支援に関わり、利用者の様子を確認している。週1回のカンファレンスで、他職員との話し合いの中で情報を共有し、作成している。管理者が受診の同行時に主治医に意見を聞き、家族には電話等で確認し、意見をまとめ3~6か月毎に更新している。	職員全員でアセスメントを含め、モニタリング、カンファレンスを行い、記録として、利用者、家族や職員の意見が反映された介護計画書を期待する。
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	個人の記録では画一的なことを記録していることが多く、それぞれの課題や支援方法を細かく記録はできていない。職員間の情報を共有することに努め、課題を見つけ、介護計画の見直しを行っている。		

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
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	サービスは毎回同じ内容ではなく、その都度利用者や家族の要望に応じ、外泊や外出支援に取り組もうとしているが、現在コロナ禍で実施できていない。		
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	ホームで、納涼祭や防災訓練に参加、小学校の総合学習で子供達の来訪や定期的な地域ボランティアとの交流があり、楽しみの時間となっていたが、現在コロナ禍により実施困難なことが多いが、子どもたちがプレゼントを届けてくれたり、防災訓練には参加できている。		
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	日々の状態により、ホーム看護師と連携をとりながら受診に結びつける等の対応をしている。かかりつけ医への受診が継続できるよう、バイタルや身体状況の情報提供を行っている。	入居以前からのかかりつけ医の受診を継続している利用者が多く、家族の協力がある。家族が同行できない場合は職員が同行したり、状態を電話やFAXで情報を提供している。協力医の月1回の訪問診療と週1回の訪問看護、歯科の訪問診療にて口腔ケアを行い、日常の健康管理を行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	看護師が利用者の状態を把握し、介護職員に伝達を行いケアをしている。週1回医療連携の訪問看護師と情報を共有することにより、多数の目で利用者を見て、適切な支援を受けられるようにしている。		
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。	入院時にはサマリーを作成し提出しており、退院時にはカンファレンスを行っている。入院期間中は、医療連携室と連絡を取り、情報をいただきながら、退院時期や今後の支援について情報交換し連携している。		
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	利用者それぞれが高齢となり体調の変化が起こりやすくなっている。体調変化により重度化した場合にはホームにて看取り対応できることを伝え、家族と密に連絡を取り、皆が納得できる様、担当者会議を開催し対応している。	入居時に「看取り指針」に基づき説明を行っている。以前にも看取り対応した実績があることを伝えている。重度化した際や終末期には、主治医や家族、看護師で話し合い、同意書で家族の意思の確認を行っている。終末期ケアの計画書を作成し、職員の理解や協力に対応できるようにしている。職員は緊急時の対応等、法人の研修を受けている。	

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
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	緊急時の知識と対応やリスクマネジメントの研修行っている。マニュアルを元にAEDの使い方、救急車の手配、連絡等の訓練を行った。		
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	火災時の訓練は職員全員参加により年6回行ない、誰もが対処できるようにしている。地域防災訓練には自治会の方に車いすを押ししていただくなどの協力のもと避難訓練を実施している。	火災避難訓練は年6回行っており、うち2回は消防署の立ち合いのもと実施、4回は主に夜間を想定して実施している。今年度はコロナ禍のため、消防署立ち合いは1回(2月)のみとなった。地域の防災避難訓練では、避難場所までの移動を地域住民の協力を得て参加している。ハザードマップを把握し、BCPの計画書の作成を行い、備蓄品の準備を整えている。	
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	利用者一人ひとりの話を目線を合わせて傾聴する事に努め、利用者がそれぞれ好みの場所で過ごせるよう配慮し、誇りやプライバシーを損ねていないか確認しながら対応している。	排泄時や居室でのパウチ交換時等の対応時にプライバシーに配慮している。管理者は毎週のミーティングで職員と振り返っている。またスピーチロックや不適切な行為を見かけた時は管理者が指導している。	
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	職員は利用者に決定事を伝えるのではなく、選べる会話に努め、利用者に決めてもらう事を心掛けている。職員間で情報の共有を行い、統一した接し方ができるよう努めている。		
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	職員は利用者とは話を多くして、利用者が自分のペースを保ちながら、どのような希望があるのかの把握に努めている。一人ひとりの都合や体調によって柔軟な対応を行うよう努めている。		
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	家族にも利用者の好みの服をもってもらう様働きかけし、季節に合わせた服装や外出時の服装、入浴時の着替えを自分で選べるように支援している。		

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
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	食事作りは業者委託となっているため、利用者からリクエストをいただき月8回お楽しみランチとして提供している。おやつはできる限り手作りしており、利用者がその時食べたい物を提供するように心掛けている。キッチン是对面式になっており、会話しながら後片付けを行っている。	コロナ禍で事業所内での調理が困難になり、1年前からおかずを業者委託にしたが、ご飯、みそ汁は作っている。また月8回は事業所で作り、うち4回はカレーメニュー、4回は利用者の希望を聞き作っている。また地元のお店からテイクアウト(お好み焼き、釜飯等)し喜ばれている。おやつもたこ焼き、パンケーキなど利用者と一緒に作りしたり、ご飯のおはぎなど食べやすいように工夫したりしている。	
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	一人ひとりの水分量を把握して水分が不足がちの人には好みの飲み物を飲んで頂いている。好き嫌いの多い人には家族に依頼して果物等好みの物を持ってきて頂いている。		
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	毎食後の口腔ケアを確認し、自分で口腔ケアのできない人にはケアスポンジ等を使って行い、自分でできる方には、歯磨きうがいを促し、義歯の方には夜間は必ずして消毒するよう促している。3月より訪問歯科による口腔ケア指導を受けている。		
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	1人ひとりの排泄パターンを把握することで、自立している方には失禁がないように時間をみて声掛けを行い、オムツ対応の方には不快感がないようにその方に合わせた交換時間を設定している。排便感覚がある方は、トイレ誘導し排便して頂いている。それぞれが排泄に向けての言動の変化があるため見逃さないように努めている。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄ができるようにしている。夜間は睡眠を重視し、おむつやパット交換、ポータブルトイレで対応している利用者もいる。事業所手作りのヨーグルトや塩麴を使用して、自然排便ができるよう工夫している。	
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	薬等に頼らず自然排便が出来るように予防として毎日手作りのヨーグルトを提供している。手作りの塩麴を味噌汁やご飯に入れて提供している。排便困難になった時は看護師が対応し、続いた場合はかかりつけ医に相談をしている。		
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	入浴日と時間は設定されているが、利用者の気分に応じ、1人で入りたい方、仲良しの方と入りたい方等、なるべく利用者の要望に添うようになっている。入浴でない日は足浴をしており、クレンジングフォーム洗浄、リフレッシュメントスプレーにてマッサージをしている。入浴に抵抗があった場合は時間を変えたり、さりげない言葉掛けで促し入浴して頂いている。	入浴は毎日入れるように沸かしている。グループホーム側に機械浴、併設の小規模多機能型居宅介護側に一般浴があり、気の合う利用者同志と一緒に入ることもあり、ゆっくりに楽しみながら週3回程度入れるようにしている。入浴をしない日は足浴とフットマッサージをして心地よく過ごせるように工夫している。	

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
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	それぞれの体調に合わせた室温の調整を行い、ラベンダーなどのアロマオイルを噴霧して気持ちよく休めるように努めている。一人ひとりの状態や生活習慣に応じて休息や入眠を促している。		
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	内服のある利用者の薬情報をファイルし変更があれば連絡ノートや申し送りで確認している。服薬介助時は誤薬にならない様、複数の職員で読み合わせて確認をしている。症状に変化があった場合は家族や医師に伝えている。		
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	これまでは利用者の力を活かした役割として洗濯物を干したり、たたんでもらったり、食器拭きを行っていたがコロナ感染対策にて中止している。共同作業はできなくなったが、個人でできることは継続して行っている。また、ティータイムには好みのコーヒーやお茶等を提供している。		
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支援している	現在コロナ禍により、以前おこなっていたランチ外食や遠方へのお花見、ドライブ等の外出ができなくなっていたが、お天気を見て近隣への散歩は継続して行っている。	事業所前を流れる小川は地域で整備され、鯉が泳いでいる。天候が良い日は四季を通して散歩コースになっている。また新湊大橋からの立山連峰や季節の花見ドライブに出かけている。事業所の南側のスペースで日光浴を行っている。	
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	現在、お金の管理は家族様にお願いしておりホームでは扱わないことにしている。必要時は家族に連絡し対応をお願いしている。		
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	家族や友人からの電話があれば繋ぎ、希望があればホームの電話を利用して、いつでも家族と連絡が取れるように協力している。携帯電話を持っている方もおられ、適宜電話を掛ける介助を行っている。暮れには家族宛に年賀状を職員も手伝いながら書いて頂いている。		

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
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	共用部のリビングは吹き抜けになっており、季節が分かるように窓も大きく明るい空間となっている。利用者がまぶしいと感じた時にはカーテンを閉めたり暑いと感じた時には戸を開けたりしている。次亜塩素酸空気清浄機や加湿器、オゾン発生器、アロマ空気清浄機等を設置し環境を整えている。又共用部をできるだけ広くして利用者の行き来がスムーズに行えるようにしている。	共有空間は、併設の小規模多機能型居宅介護との仕切りはあるが一部開放され、交流スペースもある。外とは長窓で仕切れ、遮光したり、隣家の桜や季節の花木を眺めたりすることができる。中央にテーブル、テレビの前にソファを置きくつろげるようになっている。また居室前の廊下にベンチが置かれ、腰かけたり、足浴ができるスペースになっている。廊下の端は非常口になっている。事業所全体に感染予防の為に器具やアロマを焚き環境を整えている。	
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	共用空間であるリビングでは、テレビの前にはソファを置き、テーブルを囲んで会話をしたり、好みのテレビ番組を観たりでき、食事時には他の利用者とトラブルがないように気のあった人と近くになるように席をきめている。廊下にベンチが設置しており、いつでも利用できるようにしている。		
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	居室内は、本人や家族が相談して家具や自宅から持ってきた好みの物の配置を決めて頂いている。居室で自由にくつろいだり会話できるように、過ごしやすい環境づくりに努めている。本人の気分により物の配置移動の要望があれば職員が手伝っている。	居室に地域の地名と名前が付けられており、利用者がわかり易いように表札が掲げている。室内は畳が敷いてあり、ベッドと3段の整理箱が設置され、感染対策のため殺菌作用のあるアロマオイル、空気清浄機が体調に合わせて置かれている。使い慣れた家具や椅子等、利用者の希望に応じた配置にしている。	
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	ホーム内はバリアフリーになっており、手すりが整備されている。独歩の方や車椅子の方でもそれぞれの能力に応じて安全に生活できる環境になっている。転倒リスクが高い方も多くいるため余分なものを排除している。		

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	10	家族が知りたい情報は自分の身内のことであるため、紙面の有効活用を検討し、個別の情報を盛り込むなど工夫が必要である。	紙面の有効活用を検討し、個別の情報を盛り込むなど工夫をする。	毎月発行している「すまいる通信」の裏表を使い個別の情報を盛り込む。	6ヶ月
2	26	職員全員でアセスメントを含め、モニタリング、カンファレンスを行い、記録として、利用者、家族やの意見が反映された介護計画が必要である。	職員全員でアセスメントを含め、モニタリング、カンファレンスを行い、記録として、利用者、家族やの意見が反映された介護計画を作る。	個別の課題について日々の話し合いや週に1回のカンファレンスを通して記録を残し、訪問看護師や主治医のアドバイスを受け、認知症の症状と身体状況の両面の変化に即した介護計画となるようする。	12ヶ月
3					
4					
5					

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。

(別紙4(3))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()