

平成 30 年度

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	1690100944
法人名	アイムケア株式会社
事業所名	ケアホーム春らんまん五福
所在地	富山市五福5593番地1
自己評価作成日	平成30年5月1日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成30年5月29日	評価結果市町村受理日	平成30年7月12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）】

利用者一人ひとりに思いや暮らし方の意向と合わせ、心身の状況をていねいに把握し、職員一丸になって支援を行っています。 特に、栄養バランス、水分補給の確認や排泄の自立支援、歌、体操などのレクリエーションを通し、ご家族様の協力のもと、その人らしい暮らしを続けられるよう、取り組んでいます。
--

【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）】

・職員の意見を取り入れた理念「一人ひとり今までの歩みを大切に、一人ひとりの現在、この時、この瞬間に寄り添います。」を掲げ、同一法人における他グループホームのノウハウを活かしながら、その人らしさを大切に したサービス提供に、ホーム長を中心に職員全員で開所2年目の歩みに取り組んでいる。 ・家族とコミュニケーションを積極的に図り、苦情・要望等には速やかな対応に心がけ、信頼関係構築に努めて いる。常勤看護師は利用者の健康管理に力を入れ、利用者・家族が安心して利用できるよう取り組んでいる。 ・今後は、地域交流に力を入れ、地域の方の気楽な訪問や相談窓口になれるよう、地域に開放されたホーム作り を目指して行きたいと考えている。

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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				

1 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	玄関、フロア内に基本理念を掲示することで、職員全員が共有し、実践するよう努めている。	職員の意見を取り入れた基本理念を作成し、事業所内に掲示している。また、ユニットごとに職員との話し合いで、理念に沿った具体的な目標を掲げ実践につなげている。	ケア目標を口頭のための共有に留めず、基本理念と共に事業所内に掲示し、常に目に触れる環境を整え、意識を高めサービスに繋げる取り組みに期待したい。
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	地域の行事や、お祭りに参加させていただいている。去年は開催できなかったが、納涼祭や施設内のイベントへ参加していただけるよう交流をもっと図っていききたい。	町内会に加入し、納涼祭・カラオケ大会に参加したり、文化祭に利用者の作品を公民館で展示したり、祭事には子供神輿が来所するなどの交流がある。また、地域の慰問ボランティアの訪問などで、利用者と地域の方々と交流する機会を持っている。	今後において、幼稚園児・小学生・中学生などの世代間交流の機会を持つ取り組みに期待したい。
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	運営推進会議を通して、参加された家族や面会に来られた家族に対しては、行っているが、地域に向けては出来ていない。		
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	2ヶ月に1回、運営推進委員会を開催し、ご入居者、家族、地域包括支援センター職員、町内会、老人会、民生委員の方など参加していただき、報告、意見交換を行っている。出席者より、要望・助言をいただき、次の会議時にお応えするようにしている。	会議では運営状況や活動内容、ヒヤリ・ハット報告等を行い、要望・意見の集約・検討等で運営内容や事故防止等の改善に向けている。また、委員からの地域情報は地域交流につなげる機会になるなど活発な意見交換が行われている。家族には順番に出席していただき、幅広い要望の把握に努めている。	
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	困難事例等があれば、電話等で相談、連絡を取っているが、記録はとっていない。	地域包括支援センターとは運営推進会議や研修会参加等で連携が図られている。また、市介護保険課には、運営のことや困難事例などを直接連絡・相談し、サービス向上に努めている。	市や地域包括支援センターに連絡・相談した内容を記録に残して、職員全員が情報の共有により、適切なサービスにつなげる取り組みに期待したい。
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	家族承諾のもと、防犯、事故防止のため、玄関は施錠管理されている。ベッドの4点柵が必要な方は、入居者、家族に説明し、同意を得ているが、なるべく拘束しないように取り組んでいる。言葉の拘束にも配慮しているが、気づかないうちに行動の抑制の言葉遣いをする場合があるので、職員同士で気づいた時は、その度に注意し、意識を高めている。	事業所の身体拘束廃止に関する指針や研修で、具体的な拘束の内容やリスクの理解を深めている。今までに、身体拘束要件を満たす事例で短期間拘束を実施した経緯はあるが、基本身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	虐待を見過ごさないように、入浴、トイレ誘導時に身体を観察を行っている。不穏時等には、無理矢理の介護ではなく、寄り添う介護をする。		

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
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	権利擁護に関して、学ぶ機会はあるが、職員は理解はしていない。全員が研修を受け、理解ができるようにしていきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所契約時、契約書、重要事項説明を行い、疑問点があれば、質問を受け、理解していただけるよう説明する。納得されたことを確認し、署名、印をいただいている。		
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	意見箱設置や、ご家族が来所された際、ご意見・ご要望を伺っている。運営推進会議でも意見をいただき、反映させている。	運営推進会議や面会時に、積極的にコミュニケーションを図り、意見・要望の把握に努めている。家族の意見・要望には速やかに対応することで、信頼関係が築けるように心掛けている。	
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	個人面談や、昼休憩、日頃の業務の中でも、随時、意見や提案をもらい、反映するように心がけている。	職員は、ホーム長との個人面談や全体、ユニット会議・事業所内の委員会活動・業務内容の意見、改善のアンケート調査などで、意見・要望・提案する機会を持っている。ホーム長・管理者は日々積極的に職員とコミュニケーションを図り、職員に対する気づきを大切に、思いの把握に努めている。	
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	代表は、24時間連絡が取れ、そのつど適切な指示があり、安心して仕事ができる。勤務時間や雇用条件を配慮したり、希望休、有休取得できる働きやすい環境が整えられている。各自が向上心、やりがいを持てるよう、研修参加も積極的に行っている。		
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	外部研修に対し、参加できる際は、全員受けてもらえるようにしている。その時の研修内容の報告も行っている。		
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	地域ケア会議、外部研修に参加する機会があり、交流の機会を通じて、意見情報交換を行い、サービスの向上に努めている。		

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
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	入所前にご家族の許可を得て、本人様に面談させていただいて、本人に会う機会を作り、顔を合わせて、現在の状況を少しでも把握できるように努めている。		
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	本人の状況はもちろん、家族が何を思い、希望されているかを聴き取り、信頼関係を築くことに努めている。		
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	利用者様に入居前に見学していただいたり、希望があれば、1、2日体験で利用していただき、利用者またはご家族の希望に対し、話し合いをし、出来ること、出来ないことを伝え、了承していただいている。		
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	本人様ができることは、できるだけ自分でしていただいている。 洗濯、掃除など職員を交え、生活を支え合う関係を築いていこうと努めている。		
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	ご家族様と情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮している。病院受診や外出・外泊が可能な家族には継続していただき、本人との絆を大切にしながら、共に支えていく関係が築けるように心がけている。		
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	本人の馴染みの主治医への診察、美容院、床屋などを変えることなく支援していく。友人や遠縁の方々の面会を本人同様、歓迎し、次の面会に繋げるようにしている。	家族の協力を得て、ホーム利用前の馴染みの人・場の関係継続を支援している。家族・親族・友人等の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮して、親睦を深めている。	
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	利用者同士の相性を把握し、テーブルの配置など、孤立しないようにしている。暴言等がみられる場合は、職員が間に入り、対応する。それ以外は割り込まず、お互いの個性が発揮できるように配慮している。		

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
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	サービス終了後も、本人様が落ち着く場所が決まるまで相談に応じる。		
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	本人の思いや、好きなこと、嫌いなことなど理解できたときは、職員間で情報交換する。困難な時は、本人の日々の行動、表情、しぐさから汲み取るよう努めている。	入所時のフェイスシート・事業所独自のアセスメントシート・日々記録している個別支援記録(利用者の言動をありのままに記録することに留意)・連絡帳から、思い・暮らし方の希望の把握に努め、職員全員で共有を図っている。アセスメントシートは介護計画見直し時期に見直し、計画に反映できるよう努めている。	その時々、思いや暮らしの希望等の把握や共有がしやすくなるよう、記録を整理し、事務処理の煩雑解消に期待したい。
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	入所の際、本人、ご家族によく話を聞き、フェイスシートを作成している。ケアマネジャーに情報提供をお願いしたり、今までの生活様式を引き続き行えるよう努めている。		
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	一人ひとりの生活リズム(食事、排せつ、睡眠)を把握できるよう努めている。毎日の様子を記録し、朝礼時の申し送りで報告している。本人のできることをみつけたら、できる場面を作っていくよう配慮している。		
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	本人の意思、家族の希望を取り入れ、日中の状況、夜間の状況を把握しながら作成している。	毎月モニタリングを実施している。介護計画はホーム長・管理者・ケアマネジャーが協議して、定期6ヶ月、状態変化時は随時に見直し、現状に即した支援が行われている。見直し前に、「担当者会議」や家族に要望・提案を聞き取り、計画に反映している。	
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	個別の介護記録のほかに、その日のリーダーがフロア日誌として要約の記録も書き、情報共有している。		
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	特に何時に何をやるなどの決まりごとは設けず、職員と一緒に食材の買い物に出かけたり、本人様、ご家族様の希望があれば、外出、外食、外泊に積極的に対応し、柔軟な支援に取り組むようにしている。		

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
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	運営推進会議で意見交換をし、資源の把握に努める。地域の行事に参加したり、地域のボランティアに來所していただけるよう、関係を作っていきたい。		
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	かかりつけ医は、本人とご家族の希望を尊重している。突然の体調不良時にも、職員が付き添い、かかりつけ医に受診し、医師と連携を行い、ご家族と協力して支援している。	契約時に協力医の情報を提供し、利用者・家族が希望するかかりつけ医が選択できる。家族の受診同行時には看護サマリーで情報提供を行い、必要時は職員が同行して症状の伝達を行い、適切な医療に繋げている。協力医とは月2回の往診・24時間連絡体制を築いている。	
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	看護師を配置し、入居者様の日常における健康管理や急変時に対応できるように、連絡体制を整えている。		
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。	入院時は本人の情報は、必要な限り提供し、安心して入院・治療できるよう、連携を取っている。退院に関しては、医療機関に情報提供していただき、円滑に利用者を受け入れられるよう、カンファレンスも行っていきたい。（まだ実績なし。）		
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	重度化した場合は、本人様、家族、主治医と相談しながら対応している。状態が変化することに早い段階から家族等と話し合いを行っていきたい。	契約時に「重度化・終末期指針」に基づいて、事業所の出来る事・出来ない事を説明し、理解を得ている。入院時には家族・病院と連携を図り、ホームでの生活継続を支援している。現在看取りケアは実施していないが、かかりつけ医・家族の協力を得て、将来実施したいと考えている。	
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	緊急マニュアル等を作成し、全職員に周知を図っている。救命講習、看護師による講習会などに積極的に参加したい。		
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	日中、夜間を想定し、消防署員立会いのもと、避難訓練を年2回行っている。今後は、地域の方と協力して行っていきたい。	消防署の協力のもと、年2回（日中・夜間想定）利用者と一緒に、火災訓練を実施している。町内会には運営推進会議等で火災訓練の日程を案内し、協力依頼を行っている。	ホーム近くには一級河川がある環境であり、地域防災訓練の参加や、災害時の備蓄品（水・食品など）の備えに取り組むことに期待したい。

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
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	一人ひとりのプライバシーや羞恥心に配慮し、人格を尊重した支援を行えるよう、周知し心がけている。	研修会で権利擁護・プライバシー確保の理解を深め、言葉や行動抑制、入浴、排泄時のケアに留意し、職員同士で注意し合いながらプライバシーに配慮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	生活のすべての場面で、一方的な問いかけにならないように選択できるような言葉かけ、押しつけのケアにならないよう、働きかけている。		
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し、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	利用者優先とし、本人が望まない、嫌がることは無理にせず、本人のペースを大切にした支援を心がけている。		
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	代表者(理美容師資格あり)が、定期的、希望時に、散髪、顔剃りを行っている。外出時はもちろん、日常的に、その時に合った洋服を着ていただいて、おしゃれを楽しんでもらっている。		
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	入居者の食べたいものを聞いて、月に一度ほど、お好みランチを行っている。茶碗拭きなども手伝っていただいている。食事職員と一緒に会話しながら楽しむ支援を行っている。	業者に利用者の嗜好情報を提供し、副食を委託しているが、ご飯・味噌汁はホームで作っている。職員と一緒に会話を楽しみながら食事をし、利用者の出来る盛り付けや、後かたづけなどは一緒に行っている。月1回、利用者の希望を取り入れた食事「お好みランチ」や、誕生会には手作りケーキでお祝いするなど、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	毎日の食事量、水分量の確認をしている。食事形態は一人ひとりの体調、嚥下状態に合わせ、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	利用者全員に、毎食後、口腔ケアを実施し、確認している。自分でできない方には、介助を行っている。夜は義歯を預かり、消毒している。		

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	一人ひとりの排泄記録をつけ、排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声かけを行っている。夜間はオムツ対応でも、日中はトイレで排泄が出来るよう、支援している。	24時間対応の排泄記録で排泄パターンを把握し、プライバシーに配慮した声かけ・誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。便秘の予防として個別に牛乳や青汁の提供や体操・歩行訓練・散歩など、体を動かす機会を多く持つなどの対応を行っている。	
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	毎日、排便状況のチェックを行っている。散歩、体操等の運動による自然排便を促し、それでも困難な時は、主治医に連絡を取り、指示を受けている。		
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	週2回の入浴は、基本、曜日を決めているが、本人の要望および体調、汚染があった場合は、その度、入浴していただいている。	入浴は最低週2回を目安に、希望に沿って職員と1対1で利用者のペースに合わせ、ゆっくりと入浴している。また、季節に合わせて入浴剤を使用したり、身体状況が悪化しても、入浴できる機械浴が設備されるなど、入浴の安全や楽しみにつながる取り組みが行われている。	
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	昼夜逆転の方には、日中のレクリエーション等、活動的になってもらえるよう支援している。安眠ができない日が長くなったら、ご家族、主治医と連絡を取り、指示をもらっている。		
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	内服薬は誤薬がないように、名前、日付を確認し、飲み込むまで見届ける。受診後、薬の変更があった時は、しばらく本人を観察する。		
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	負担にならない程度に、役割(掃除、洗濯物たたみなど)と楽しみごと(歌、ぬり絵、散歩など)をもて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	本人の希望を聞いて、買い物、近所の散歩など、その日の状態に応じて、出かけている。本人が希望される際は、外出・外泊も行っている。	近隣の神通河川敷きの桜並木の花見や、水墨美術館庭園の散策、買い物など外出の機会を持っている。今後も配備されている車椅子対応車を使用して、季節を感じる場や地域の行事・外食など、外出の機会を多く持ちたいと考えている。	

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	家族から小口現金のみ、預かっているが、現金はトラブルのもとになるので、事務所管理している。		
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	本人が希望する場合や必要な時は、電話を出来るよう支援している。携帯電話を所持している方には、他者の迷惑にならないよう、使用方法を説明するなどの支援を行っている。		
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	床、扉、テーブル等、落ち着いた色合いのものを配置している。ホール、壁面には、利用者の写真、レクリエーションで作った作品などを掲示し、居心地のよい空間となるよう配慮している。	新築されたホームは天井が高く、廊下は広々と移動が楽にできる広さがあり気持ちが良い。中庭には季節感を感じれるように花や野菜を育て、適所にソファや椅子を設置し、利用者が思い思いに過ごせる空間になっている。	
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	テレビ周辺には、ソファを配置し、ゆったりと気の合う人同士がテレビを見たり、談笑をしている。中庭に椅子を出して一人でゆったりと過ごせたり出来る工夫がされている。		
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	入居の際、本人の使い慣れたもの(テレビ、タンスなど)持参してもらい、馴染みのものに囲まれて過ごせるよう配慮している。	自宅からの持ち込みは自由で、使い慣れた家具・テレビ・装飾品・家族写真などが持ち込まれている。自宅居室を参考に、使いやすい、利用者・家族の意見を取り入れたレイアウトに配慮し、利用者が居心地のよい居室になっている。	
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	建物はバリアフリーとなっており、安全に移動できるよう、各箇所に手すりが配置されている。 フロアに、歩行器、車椅子が用意しており、必要に応じて利用を勧めたり、状態に応じて対応している。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム春らんまん五福

作成日：平成 30 年 06 月 27 日

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	2	行事やイベント以外の日常の繋がりが薄い。この地域に密着し繋がりをもっと持てる機会を増やすことが課題である。また認知症の人への理解や支援方法など、地域の皆さんに向けての発信ができていない。	この地域の中で利用者を中心に職員、家族、友人知人、地域の方々、みんなで支えあいながら暮らせるよう支援していく。	自施設内で行う行事などにも地域の方々に呼びかけ参加して頂く。地域の行事(学校、地区)にも積極的に参加する。利用者が参加することが、困難な際は、職員が参加するようにしていく。	6ヶ月
2	26	介護計画が、入居者の希望や意見、家族の思いなどを取り入れてはいるが、職員間で共有の徹底がされていない。もっと具体的な介護計画にし、職員間で共有出来るようにする。	身体状況だけでなく、日々の会話、関わりの中で、その方の喜びや、楽しみなども理解しながら、利用者の視点に立った具体的な計画をたてなければいけない。	本人の声をもっと傾聴する。(楽しい事、嫌いな事、嬉しかった事、行きたい所、食べたいものetc) チームみんなで意見の交換を重ねて、現状のその方にあった介護計画を作成し、職員間で共有化していく。	6ヶ月
3	35	災害対策として、避難訓練を2回実施し、災害マニュアルは職員がいつでも見られる所にファイリングしてあるが、災害時に全職員が冷静に対応できるかが課題である。地域との協力体制、非常用の水分、備蓄も早急な課題のひとつである。	年2回以上の避難訓練の実施。近隣の人々にも参加して頂き、いざという時の為にも協力体制を築きたい。定期的に緊急時の対応についての勉強会を開催し、知識と技術を習得する。	自治会等へ参加し、避難訓練への参加を呼びかけ、実践においても支援をしてもらえよう願う。必要品を検討し、非常食の備蓄を用意し、体制を整える。	6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。