

令和 5 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	1690800139
法人名	(株) ハートフル
事業所名	ケアタウンとなみ
所在地	富山県砺波市青島208-1
自己評価作成日	令和5年7月18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）】

当事業所は小規模多機能型居宅介護を併設しており、昔なじみの在宅でお過ごしの方が通い利用され、地域の情報や季節に合わせた話題など、ご利用者間での交流が活発に行われています。また、同年代の方が元気に自宅で生活し、通ってこられている様子を見て「負けていられない」とそれぞれのご利用者の方が、文化活動やレクリエーション活動などの交流の場と一緒に一生涯懸命取り組まれています。

※ 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	
----------	--

【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）】

小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、日頃から利用者同士の交流ができていたため、自宅を中心とした小規模多機能型サービスから、自宅での生活が困難となりグループホームへ入居となった場合の環境の変化による心理的影響を抑えることができる。また、地区の夜高行灯や、庄川の花火を事業所の前から観ることができ、春には庄川水記念公園に桜を見に行くなど、故郷の行事や自然を楽しめる環境にある。  
介護職員初任者研修・実務者研修受講支援制度、資格取得支援制度があり、職員へのサポートが充実している。また、会社の理念・基本方針・行動指針・行動基準一覧表が明記され、職員へ周知している。

【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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和5年8月9日	評価結果市町村受理日	令和5年10月2日

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	利用者と職員と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回程度ある 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、戸外に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				

# 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
<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	法人理念や行動基準をもとに、ケアタウンとなみ独自の理念を作り、常にご利用者の皆様に目を配り、転倒などの事故防止や認知症による不安が少しでも軽減した状態で過ごせるよう、さり気ない気配り、心配りの声かけや援助を実践している。	事業所理念「目配り・気配り・心配り」とし「親しまれる施設」を目標に取り組んでいる。理念は、月に1回の定期ミーティングで周知し、理念の実践として、目配りからの気づきを日々の記録に残すようにしている。	
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	コロナが終息を迎えR4年12月からは運営推進会議は対面での開催となっている。感染者の動向を見ながら行事や避難訓練の際のボランティアや視察の受け入れを再開していきたいと思っている。	コロナ禍では交流も控えていたが、感染対策を講じながら、ボランティアの受け入れや地域の民生委員の見学の申し込みの受け入れなどを行っている。地域の獅子舞を利用者と共に楽しみ、交流の機会を大切にしている。	
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	地域ケア会議などの場で、主に庄川地区の民生委員や福祉コーディネーターの方々との意見交換や、当施設において実践している認知症ケアの方法などの紹介をしている。		
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	昨年12月からは2か月に一度の運営推進会議を対面方式で行い、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、地域のケアマネ、ご家族代表にご参加いただき、民生委員の研修などについての相談もいただいている。	運営推進会議では、地域で行われる行事の案内等、地域の情報を得る機会となっている。運営推進会議の案内は事業所の広報誌「ケアタウンとなみ」に掲載し、開催予定を家族に周知している。	
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取り組んでいる	市主催の勉強会やサービス事業所連絡会への参加で顔をつなぎ、地域包括支援センター担当者からの新規利用者の相談も寄せられ、その都度対応している。	地域包括支援センターは砺波市直営であり、2ヶ月に1回の運営推進会議を通じて、事業所の活動状況、取り組みは伝えており、双方向に相談できる関係ができています。一人暮らしの重度認知症の方の夜間徘徊の相談を受け、小規模多機能型居宅介護と連携し対応した実績がある。	
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	直接的な身体拘束はもちろん、布団に鈴をつけたり、足元センサーで事前に感知するなど転倒を予防している方に関しても、センサー等での監視が必要であるかどうかスタッフミーティングの際に検討を行い、身体的・精神的にも極力抑制のない生活を送っていただけるよう配慮している。	毎月ミーティングの時に、身体拘束につながるような不適切ケアを行っていないかを振り返り検討している。布団につけた鈴や足元に設置してある人感センサーは、転倒リスクの高い方を安全に移動介助するための工夫として取り入れている。身体拘束をしないケアの実践のため、オンライン動画を使い、周知と理解の促進に努めている。	オンラインを使った動画を用いた研修は、何度でも繰り返し学習ができる良い取り組みだが、職員が学習したことがわかるような工夫に期待したい。

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
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	情報は回覧しており、不自然な内出血など入浴の際などに注視している。また、転倒や接触により、今後内出血が起こりそうな出来事があった時には申し送りなどを利用して、情報の伝達をし、虐待であるのかの判断をしている。		
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	法定相続人の他界という家族状況の変化により、成年後見やその他の法的制度導入について、遠方にお住まいのご家族には対応できない診断書作成などの支援や、相談先についての助言を行っている。		
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	契約の際には重要事項として説明し、料金改定や、加算条件の変更があればその都度、前月の請求書の発送時に連絡・報告を行っている。また、話しやすい環境づくりに努め、ご家族の不安や疑問について気軽に聞いてもらえる関係を築ける様日頃から気を付けている。		
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	運営推進会議ではご家族、利用者をはじめ、市地域包括支援センター職員や地域の常会長、民生委員さん、他の介護事業所代表の方にご参加いただき、会議を通して直接外部者に伝える機会がある。コロナ5類移行後の面会方法の変更についても運営推進会議や電話で寄せられる意見・要望を基に6月より再開となっている。	電話連絡や面会の際に、意見や要望があれば何うようにしている。直近で一番多かった、面会に関する要望を受け、リビング併設のインナーテラスで面会ができるよう環境を整え、ガラス越し面会から直接面会に変更した。また、外部のリハビリデイサービスを利用したいとの要望に対応している。	
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	管理者も現場に入ることで、実状の把握や、直接現場スタッフの意見を聞く機会を持っており、すぐに対応できることに関してはすぐに対応し、法人代表に報告しなければならない事であれば、管理者から法人代表へ報告し、意見を反映できるように努めている。	管理者はいつも現場で職員とともにケアを行っており、いつでも気軽に相談できる関係ができています。施設長は現場から離れた事務室に在籍しているため、他の職員を気にすることなく相談しやすい環境がある。勤務時間や働き方など職員の要望に対応している。	
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	キャリアパスが導入され、能力によって給与水準が変わることにより、個々の職員が自分の出来る事を増やし、能力の向上へ向けての意欲につながっていくと思われる。キャリアパスの段階の変更については資格の新規取得、役職の変更時などに行われる。		
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	全ての職員がサービスの質を向上させていけるよう定期的に参考資料などの作成・配布・回覧をし、コロナ禍で外部講師の誘致ができない分を補っているほか、それぞれの職員が習熟度や経験に合わせ、外部の研修に参加するための休日調整や出勤日扱いにするなどの支援をしている。		

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
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	6月より月1度グループ内の施設長が集まるの会議を開催し、消毒剤や衛生部材などの情報や、対応困難事例などの相談、各施設の空き情報などの確認をしているほか、管理者や施設長が市主催の事業所連絡会などに参加し、他事業所との横のつながりを構築している。		
<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	基本的には在宅のうちから小規模多機能でのかかわりを持ち、お部屋の位置取りなども本人の状態を熟知したうえで決定している。紹介でGHからご利用の方に関しては事前面談や病院からの情報を基に安心できる環境を作り、来所後は本人のできる範囲を見極め、できていないところをさりげなくケアしている。		
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	ご家族の関われる頻度、方法、能力等を確認し、家族対応困難なことについては相談をしながらオムツ類の準備、受診など、ご家族の対応が難しい場合の手助けをしている。		
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	ご家族、ご本人の状態や希望を考慮し、一緒に過ごす機会も持ち続けたいとお考えの場合には無理に入所にこだわらず、併設の小規模多機能での対応をおすすめする場合もある。		
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	手指消毒後に食器ふきや洗濯物たたみなどの作業を実施し、自分の役割を持つことで自分はこの役に立つ人間であるという自信が付き、安心して生活を送られている。そのほかにも壁面制作や季節毎の飾り作りなど、本人の持てる力を発揮できる機会を設けるようにしている。		
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	季節毎の衣類の入れ替えや、病院受診などご家族の無理のない範囲で本人を支える援助を頂いている。遠方にお住まいであったり、直接お越しになれないご家族にもお手紙を送って頂いたり、電話で直接お話するなど、本人との絆を絶やさないようにしている。		
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	コロナ禍であっても、昔からのかかりつけである太田先生に受診したり、お花見など近場にドライブに出かけることは続けてきた。5月まではガラス越しでの面会を行ってきたが、6月からは簡易スクリーンを挟んでの直接面会を開始し、ご家族やご兄弟などが面会に来られている。	自宅への外出支援、お墓参りなど大切にしている習慣を継続できるよう支援している。コロナ禍で面会も十分にできなかった時期は、家族と電話のとりつきなど関係が途切れないように支援していた。	

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	利用者同士の関係性や身体能力・趣味等配慮した上で座席や居室の配置の工夫をし、お互いに相談したり、話し合ったりが出来る関係を築ける様配慮している。レクリエーションなど、席を移動するときにも気の合う方同士が隣り合うよう配慮している。		
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	入院などの中断の際には特段の身体状況の変化がない限り、ご家族からの要望があれば1ヶ月までは居室を空けて、退院後再利用を開始できるようにしている。また1か月を超える場合であっても、希望に応じて、グループホームの空きが出るまで小規模で待機し、慣れた環境で暮らし続けられるよう支援している。		
<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	一人一人のできる能力を確認しながら、本人の思うような生活を送る為には何が不足しており、どのような支援が必要となるのかをご本人・家族と一緒に話し合いをしている。自分でうまく話すことのできない方の場合にはうなずきや簡単な返答で返事ができる話し方をするようにしている。	日々の関わりで得られた情報、表情の変化、行動の変化などからの気づきを、タブレットに入力し情報を共有している。馴染みの暮らしやこだわりの生活習慣など、入居前の情報は家族から聞き取っている。	
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	一人暮らしであった方など、把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から職歴や結婚歴などの生活歴や、趣味として行ってきたこと、仲の良いお友達のことなどを伺ったり、入所前のサービスがあれば以前のケアマネージャーから情報を送って頂き、本人の嗜好やこれまでの経緯を把握するようにしている。		
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	記録様式が変わり、電子化されてからは特変のない場合には一日の生活の流れを記録されることがなくなってしまうため、ケアプラン3票を各担当者で作成し、一日の生活の流れを把握できるようにしている。		
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	定期的にモニタリング・アセスメントを行い本人家族の意向もうかがいながら担当者会議を実施している。その他、病院受診時の医師の意見を参考にしての変更や身体の状態が急激に変わった時など不定期に現状に合わせたプラン作成のためのカンファレンスを行っている。	6ヶ月に一度モニタリング、再アセスメントを行ない、本人や家族の意向を確認して介護計画を作成している。利用者の状態に変化があれば、その都度見直している。末期がの方など、状況に応じて主治医からも意見をもらうことがある。	
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	電子カルテ化し、家族連絡・業務連絡といった区分けや伝えたいことを申し送り項目に登録することで、職員間での共有は容易にはなっている。御家族からの意向や、連絡も家族欄に残すことができおり、介護計画の見直しの際に役立っている。		

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	買い物支援や外出・受診の援助など、本人・家族の状況に合わせ対応を行っている。また、希望者は近医の訪問診療が受けられたり、身体の状態に合わせて、福祉用具の購入をする際の販売業者との連絡など、多岐にわたっての連絡・相談に取り組んでいる。		
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	もともとかかっていたかかりつけ医や、施設の近医からの訪問診療のほか、薬局による薬剤管理指導を受けており、重複していたり、効果が増進するお薬のチェックなどをお任せし、薬による不調を防いでいる。		
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	受診は、なるべくこれまで通っていた病院の主治医にご家族と通い、文書等で状態報告をし、適切な処置を受けられるよう支援している。ご家族・本人の希望があれば、身体の状態など主治医の判断で紹介状をご用意いただき、訪問診療可能な医師へと引き継ぎもを行っている。	利用者や家族の希望により、主治医を決めている。事業所の協力医療機関である「おた内科クリニック」が在宅時からの主治医であるケースもある。訪問看護事業所と事業所の看護職員、介護職員の連携により24時間利用者の健康管理を行い、安心して医療が受けられる体制が整っている。	
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	入浴や排泄の介助の際などで気付いたことはすぐにリーダーに報告・相談し、必要に応じて受診へ行ったり、看護師に指示をもらい処置を受けられるようにしている。また、絆創膏などの交換や陰部洗浄などの簡単な処置の継続が必要な場合には介護士も方法の指導を受け、処置を継続している		
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。	入院した際にはADLレベルや日々の過ごし方、食形態などを地域連携室を通して病院にお伝えしている。病院からもどのような状態まで戻れば施設に戻れるかの問い合わせがあり、お互いに相談しながら退院の調整に努めている。		
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	契約時や方針の策定時に重度化に対しての方針のご説明をし、同意をいただいている。内容としては当施設の椅子浴での入浴ができない、痰の咯出が自力でできない、口から栄養摂取できない、医療処置が毎日必要であるなど。近くの基幹病院の地域連携室にもその旨の情報提供している。	重度化に対する具体的な内容は、契約時に書面で確認し、同意を得ている。事業所で支援できること、支援が困難な内容について、丁寧にわかりやすく記載されている。	
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	入院した際にはADLレベルや日々の過ごし方、食形態などを地域連携室を通して病院にお伝えしている。病院からもどのような状態まで戻れば施設に戻れるかの問い合わせがあり、お互いに相談しながら退院の調整に努めている。		

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
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	消防、防災避難訓練を年3回定期的に行っており、避難誘導の仕方や、誘導場所などもこれまで参加していない職員を中心に確認している。消防避難訓練では日中・夜間それぞれの想定での訓練を実施し、それぞれの場合の避難誘導方法を確認している。水害時の避難先としては隣の会社の会議室を使用させてもらえるよう協定を結んでいる。	火災訓練を年2回、災害を想定した避難訓練を年1回実施している。防災用品の場所を確認し、全職員がわかるようにしている。水害時の一時避難場所として隣接の企業の建物を避難先とするなど、地域との協力体制も整えている。水、ごはん、おやつなど非常食を備蓄している。	
<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	排泄の声掛けなど、他者から聞こえないようにこっそりと誘ったり、歯磨きなど他の用事と合わせて他者に気付かれないように誘うようにしている。また、入浴拒否の強い方などは本人の気分の良いタイミングを見て納得した上で入って頂くようにしている。	入浴や排泄の場面では、声掛けや対応に特に気を配り、利用者のプライドや羞恥心に配慮した支援に取り組んでいる。利用者の思いを優先し、無理強いせず尊厳あるケアに努めている。	
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	週1回選択ドリンクの日があり、その日の気分や本人の嗜好に合わせて飲み物を選んでもらっているほか、個人の趣向で飲まれないものは提供せずに、飲まれるものを提供している。午前中のレクリエーションも塗り絵や、パズル、脳トレなど自分で選択し、取り組めるよう準備を整えている。		
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	その日の体調や気分によって食事の時間は強制せずに食べれるときに食事をとっていただいている。また、他者に迷惑をかけない範囲で、就寝時間の制限も行っておらず、自身の部屋に戻られた後に、個々の判断で読書や工作塗り絵などの趣味を楽しまれています。		
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	基本的にはご家族に、これまで着ていた服を持参いただき、本人の好みに合わせて着用頂いている。2か月に一度の訪問理美容の際には毛染めやパーマなどの選択もでき、それぞれ思い思いのヘアスタイルを楽しまれている。誤飲などの方は化粧品も持ち込み可能。		
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	準備については衛生上の観点から職員が行い、食事前エプロンの乾いたものをたたんでもらう作業についてはご利用者の方が自発的に行っている。食後の食器拭きなどの作業を一緒に行っている。	温かい物を温かいうちに提供することを大切にしている。普段の食事は、委託先の業者によって作られた献立を利用しているが、季節の行事食などでは事業所オリジナルの献立を提供している。納涼際には手巻き寿司、七夕のフルーツポンチなど、楽しく食べる機会を作っている。	食事は職員で準備しているが、利用者の好みや力を活かせるような工夫を期待したい。
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	食事・水分量の記録をとり、その方の適正な食量を見たり、ご本人からの申し出で量を減らしたり増やしたりの調整を行い、食事を提供している。また、嚥下機能に合わせ、刻みやトロミかけ、ミキサーなどの支援をしている。そのほか、水分摂取量の進まない方には好みの飲料を個別管理し、提供している。		

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
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に、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	本人の能力に応じて声かけ、見守り、介助、を行っており、磨き残し等があれば職員が介助で磨き直しを行っている。義歯を使用している方に関しては最低週2回は義歯消毒を行い、口腔内の清潔保持に努めている。		
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	日々の記録とデータをもとに個々の排泄パターンを知り、日中は職員がトイレの間隔を確認しながら、その人に合わせたペースでのトイレ誘導をしている。自分でトイレへ行ける方にはパット折れなどが無いパットを使用して頂くなど、排泄の自立を助ける物品の導入をし、自分で出来ることを増やして貰っている。	利用者の排泄はタブレットに記録し、パターンが把握しやすいように工夫されている。また、個別に排泄の目安表も作成し、早めの声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄支援に取り組んでいる。使用するパット類は、一人ひとりの状況に応じて、使いやすい物を選択している。	
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	飲水量の確認を行ったり、水分量の著しく入らない人については起床時に水分を提供したり、ご家族に依頼し、本人が好んで飲んでいたものなどを持参いただくとともに、医師や看護師に相談し緩下剤の処方を受け、便秘の予防をしている。		
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	基本的には月～土の午前中で予定を組んで入浴しているが、受診予定やその日の体調、入浴拒否などがあれば、時間や曜日をずらして最低週2回は入浴いただけるよう随時調整を行っている。	利用者の希望や体調に配慮して入浴支援に取り組み、週2回を基本としてゆっくり湯船に浸かってもらい、職員と会話しながら楽しい入浴が出来るように取り組んでいる。また、入浴を拒む利用者には、時間をずらして声掛けしたりと、無理強いのない入浴支援に取り組んでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	身体の状態に合わせ、午睡やそのほかの休息の時間を取れるように対応している。居室の室温も快適に過ごして頂けるよう調整している。幻覚・妄想などがあり、暗いと症状が悪化する方には照明をつけたまま休んでいただいたり、昼夜の区別がつきやすいよう夜間はホールの照明を調整している。		
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	月一度薬剤師による薬剤管理指導を受けている方もおられ、薬効や副作用、飲んでいるお薬の種類などもタブレット端末で、閲覧できるようになっている。下剤などの調整の必要なお薬については別包で薬剤名を入れてもらい、間違っって大事な薬を抜いてしまうことがないように薬剤師と連携している。		
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	春や秋の過ごしやすい季節には前庭で草むしりをしたり、日常的に洗濯物たたみや食器拭きの活動を行っている。自分にもできることがあると思えることで、ご利用者の方々の自信につながっている。		

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
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	その日ごとの個別対応は行ってはいないが、お花見や花火鑑賞などは行事として屋外で行っている。気分転換のための外気浴や日光浴は真夏・真冬以外は行っており、周囲の山々の風景を眺めたり、季節の移り変わりを体感していただいている。また、自宅地区の祭りなどへのご家族との外出も奨励している。	季節の花見には庄川水記念公園に行くなど、出来るだけ外出している。買い物など人混みへの外出は控えているが、事業所の敷地内で外気浴や近隣の散歩に出かける等、利用者の気分転換を図っている。地域の祭りの庄川観光祭では、庄川花火がよく見え、夜高行灯を見ることもできる。	
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	利用者間での現金の貸し借りやそれを忘れてしまうなどのトラブルもあったことから、現金の持ち込みは原則禁止としている。希望されるものや、必要なものは施設の買い物をする際に個別に購入することはでき、予算などはご本人・ご家族に確認しながらおこなっている。		
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	電話番号が分かる場合には電話をおつなぎしており、耳が遠く、聞き取りにくいようであれば仲介もしている。手紙やはがきもご自身で書け、宛先もはっきりしている場合には切手を貼って投函するなどの支援をしている。		
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	季節毎の手作りの壁面飾りや塗り絵作品などを掲示し、今の季節がいつであるのかを理解しやすくしている。共用空間には小規模多機能の利用者も通ってくるなどの出入りがあり、お客さんを迎え入れる気持ちで接しておられる。	小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており、グループホーム側のリビングと間仕切りの扉を開放することで広々とした空間が確保できる。平屋建てながら天井が高く、解放感がある。廊下が長く、壁面の飾りを楽しみながら歩行訓練ができる。また、リビング横には、広々としたインナーテラスがある。	
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	ホールの中では自由に行き来ができ、決められた食事席にこだわらず、食器拭きをしている様子を見て、自分もしたいと移動してこられたり、壁面などの制作物を作っているところに自然と興味のある方が集まってくる。また、静かな環境を好む方に関しては食事も静かに召し上がられるように席の配置を行っている。		
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	入所時に本人の使い慣れた衣裳棚なども用意いただいております。自分のものがある自分の空間づくりを心掛けている。また、歩行が不安定な方には居室内のベッドの位置を移動し、動線上につかまれるものがあるように配置を直したり、お身体の状態に併せて、居室内で自由に過ごしていただける工夫をしている。	居室は、それぞれ居心地よく、一人ひとりのこだわりによって物が配置されている。ベッドの位置は、歩行状態に応じて配置が工夫されている。また、居室の入口付近から中央までの壁面に手すりも設置されていて、歩行の不安定な方も手すりにつかまってベッドへ移動することができる。	

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
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	トイレや居室の認識ができるように手作りの看板を設置したり、歩行能力が落ちてきた方には転倒せずに過ごしていただけるよう、歩行器や車いすなどの福祉用具を用いて、自分の好きな時に好きなように移動できるように使用方法の指導や安全に使用しているかの見守りを行っている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 ケアタウンとなみ

作成日: 令和 5年 9月 15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		オンラインを使った動画を用いた研修は、何度でも繰り返しの学習ができる良い取り組みだが、職員の誰が学習して、だれが学習していないかやそれぞれの理解度がわからない	オンライン等の研修参加者が誰であるかの確認が一目でき、内容や感想などの報告書の記入がしやすくなる	回覧に回す際には名簿の貼付をし、だれが見ているかの確認をすることとする。またオンライン研修については一人でA4サイズ1枚の報告書を書くことが負担で、見ているも報告しないケースもあることから、見た職員が簡単に報告できる簡素化した報告様式を作成し、自己研鑽の為に研修を受けているかどうかの確認を取っていくこととする。	6ヶ月
2		現在食事の支度は感染予防対策として職員のみで準備しており、ご利用者様の持っている力を活用しきれておらず、一緒に生活を営むのではなく一方的に提供する側とされる側に分かれてしまっている	ご利用者の方がこれまで培ってこられた能力を活用し、生活者として食事やおやつの支度に携わることができるようになる	日常的に行えることとしてお茶くみなどの作業をしていただくこととし、行事の際のおはぎづくりなど、利用者のできる範囲を把握したうえで一緒に作成できるおやつを取り入れていく。	3ヶ月
3		グループホームに入居し、施設内には入れず、どのような環境で暮らしているかなど不安に感じているご家族もおられる	施設からの情報発信方法が確立し、ご家族の方にも施設内での暮らしむきや普段どんなことをして過ごしているかが伝わり、ご家族の不安を軽減できる	新たに入所された方についてはお部屋の中の写真や施設内での様子をお知らせするお手紙などを担当者が作成し、初回請求時に添付する。そのほかホームページなどへの施設内の写真の公開についても検討中で、掲載を希望されるかどうかのご希望も伺っていく予定としている	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、行を挿入して下さい。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

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( )