

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	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5993-1
自己評価作成日	令和5年 4月 1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）】

職員間のチームワークを大切に、職員一人ひとりが働きがいがあり充実感を得られ、居心地の良い場所と感じて頂ける職場になるよう努めています。  
 利用者様が充実した日々を過ごせるような取り組みを実践しています。例えば午前中はお一人おひとりに合わせた機能訓練を実施しており、午後は利用者様が一体感を味わえるよう、団体で出来るレクを取り入れる等、その時その時の状況にあわせて活動しています。  
 ご家族様に安心して頂く為、コロナ禍の面会制限の中でも、タブレットを活用してタブレット面会して頂いたり、日常の出来事を写真や動画を添えてお知らせしており、ご家族様との信頼関係を大切にしています。

※ 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）】

事業所理念「一人ひとりの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」が、職員間で共有されており、1日のスケジュールに縛られずに、利用者に関わる時間を大切にしている様子が感じられる。理念にもある「今までの歩みを大切に」という視点からも、利用者の意向を介護計画に反映させ、家事活動などの役割支援や、身体機能を維持するために機能訓練を実施する等して実践につなげている。また、職員が利用者の立場を体験する機会をつくっており、自分たちの関わり方の改善も図っている。  
 職員に欠員が出たときや運営に支障が出たときなどは、法人内での応援や相談ができる柔軟な体制が構築されている。

【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5月10日	評価結果市町村受理日	令和5年6月13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	玄関とフロア、休憩室に理念を提示しており、職員全員が把握している。また、理念に沿った介護を心掛け、介護計画に沿って実践している。	理念はユニット内や玄関、休憩室に掲示し、月1回開催している各ユニットの会議で、管理者が周知する機会を作っている。理念にもある「今までの歩みを大切に」という視点から、利用者の意向を介護計画に反映させ、家事活動などの役割支援や、身体機能を維持できるよう、毎日、機能訓練を実施する等して実践に繋げている。	
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	地域の行事に参加させて頂き、地域の方々の来所も歓迎していたが、コロナ禍では地域との交流は出来なかった。地域にある水墨美術館への散歩の機会を増やした。事業所としては地域の清掃活動等に参加している。	近隣住民からの認知症の対応等に関する相談に応じている。また、自治会に加入しており、地域の清掃活動に参加している。祭り時期には獅子舞を通しての交流機会があった。コロナ禍以降、地域との交流機会は減っていたが、「歩こう会」等、今後開催される地域行事に参加していく予定としている。	
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	運営推進会議を通じて、地域の方々に認知症の方の行動や心理を伝えたり、春らんまんが力を入れている支援方法などを発信できるよう努めており、認知症に対する困り事やご相談等、お力になりたいと発信している。		
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	ご家族様や町内会長、民生委員、老人会長、地域包括支援センターの方に参加して頂き利用者さまの状況や今後の活動、活動報告、事故ヒヤリ報告をし、意見交換を行い、サービス向上に努めている。	コロナ禍以降、会議の開催は見合わせていたが、令和5年2月以降、2か月毎の会議を再開している。会議には、町内会長、民生委員、老人会会長、地域包括支援センター、家族代表が参加し、事業所の行事活動や事故状況等を報告している。家族代表からの要望で面会制限を緩和するなど、会議で出た意見を反映させている。	会議に参加していない家族にも協議内容等を周知する方法を検討されることに期待したい。
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	運営推進会議、地域の研修会等で地域包括支援センターと連携を図っている。また、分からないことや不安なことは行政にお聞きし、ご指導頂いている。	事業所で感染症が流行した時には、対応等について助言をもらったり、利用者の家族からの相談に対して、市に繋いで対応したりする等の連携を図っている。また、行政主催の研修(認知症や権利擁護等)にも参加している。	
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	身体拘束委員会を設置し、定期的に研修する事で身体拘束をしないケアに取り組んでおり、身体拘束ゼロに向けた意識のもと、支援している。ご家族の承諾のもと、防犯、事故防止の為、玄関は施錠管理されている。	身体拘束防止についての指針を整備し、入職者に周知している。また、3か月毎に開催している委員会等でも、指針を確認する機会を作っている。年2回研修を行い、事例を通してスピーチロックなど身体拘束を行わない対応等を共有している。事故防止のため、玄関や各ユニットの入口は施錠しているが、利用者の希望に応じて外に出られるよう対応している。	
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	虐待防止の為、情報交換や話し合いをして防止に努めている。利用者の権利擁護を含め、振り返りシート等で自己や施設を振り返り、個人やチームで考える機会を持つようにしている。また、令和5年度より、身体拘束委員会に加え、虐待防止委員会を設置した。研修会を通して、介護の質を高めたいと考えている。		

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
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に支援している	近年は日常生活自立支援や成年後見制度の活用には至っていない。管理者や職員は制度を学ぶ機会を設け、必要な利用者様に適切に提案出来るようにしたい。		
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、十分に理解や納得をされたうえで、ご家族様の同意のもと、署名、捺印を頂いている。		
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	意見箱を設置しているがご意見書が入ることはめったにない。こまめにご家族と連絡を取り、ご意見やご要望をお聞きしている。頂いたご意見やご要望は速やかに職員で共有し、対応している。	面会時等に確認した家族からの意見や要望は申し送りノートに記入して、職員間で共有している。コロナ禍における面会の希望について、感染対策を講じて対応する等、意見の反映に努めている。	
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	日常的コミュニケーションを大切にし、ケア会議、面談、日頃の業務の中でも、意見や提案、要望を頂き、業務、運営改善等に心がけるよう努めている。	管理者は、毎月のユニット会議や日常の業務の中で職員から意見や要望を確認している。その内容に応じて取締役とも相談する機会を作っている。職員が介助しやすいようシャワーの位置を変更したり、重量のある体重計を移動させなくて良いようスペースを確保したりと、環境改善に職員の意見が反映されている。	
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	職員の経験等を考慮し、勤務時間や人員配置、雇用条件を配慮したり、希望休、有給取得できる、働きやすい環境が整えられている。向上心、やりがいを持って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、内部研修共に参加できる方には、全員受けてもらえるようにし、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、外部研修などで交流の機会を通じ、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
<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	入所前に本人様や家族様と面談をさせて頂いて、生活状況、身体のご様子、歴史を伺い、安心して生活して頂くには、どのような対応をすべきか検討し、全職員で情報共有を行い、統一した対応をすることで本人やご家族に安心して頂けるよう努めている。また、利用者の安心に繋がるよう、ご家族にも協力を得ている。		
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	ご家族様が不安に感じている事柄に対しては丁寧にお話を伺い、不安や要望がどこまで改善できるのか、どのように対応していくのか等、十分に話し合いを重ね、解決に向けて一緒に考えている。実践後はこまめに状況報告を行い、都度、話し合いを行っている。		
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	本人様、家族様と面談を重ね、可能であれば、見学して頂いたり、これまでのご様子についても丁寧に聞き取りを行い、適切なアセスメントを行うよう努力している。		
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	利用者様が出来る範囲内で、お手伝いをお願いし、労いや感謝の言葉を忘れず、支えあう関係を築けるよう努めている。		
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	ご家族様と状況情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮しており、本人と家族の絆を大切にしている。		
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	本人とのなじみの関係が途切れない支援ができるよう心かけている。コロナ禍では、面会や外出制限のため電話やタブレットを活用した。	家族とは感染症対策を講じて面会できるようにしている。また、家族とは法事や受診、馴染みのある美容院に外出する機会をつくってもらっている。電話や手紙等での交流支援も行っている。事業所での様子や行事活動をまとめた書面を毎月家族に送っていたが、メッセージアプリに手法を変更して、その都度、写真や動画で様子を知らせている。	
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ご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	利用者の相性を把握し、テーブル席の配置などに気を配っている。また、利用者様全員で同じテーブルを囲んで活動する機会を多く取り入れ、利用者様の関わりを大切にしている。		

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	退所された後も、ご本人やご家族との関係性を大切にしており、ご家族様の了承を得て、施設入所された方の面会に伺ったり、退所されたご家族からの連絡があった時は、入所していた時と変わらない対応をしている。		
<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	アセスメント時に希望や意向の把握に努め、その後も日々の関わりや会話を大切にし、その方の想いを把握するように努めている。利用者様の新たな気づきは「気づきシート」にて職員間で情報共有している。把握が困難な時は、本人の日々の行動、表情、仕草から汲み取るよう努めている。	利用者に関する新たな気づきは「気づきシート」に記録し、思いや意向は、ユニット会議や各委員会で共有している。すぐに対応できることは申し送り、実践に繋げている。また、職員が利用者の立場を疑似体験する機会をつくり、本人の思いに沿えるよう、関わり方の改善を図っている。	
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	ご本人やご家族、ケアマネより、これまでの歩みを丁寧に聞き取ることで、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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を把握し、少しの変化を見落とさないよう、心身状態の変化に留意している。また、本人ができたこと、難しかった事等、申し送りや「気づきシート」を使って職員で情報共有している。		
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	利用者様の意見、家族の要望、希望を取り入れ、日中、夜間の状況を把握しながら、利用者毎の担当者を含め、情報収集をして、モニタリングを行っている。利用者様の担当職員を含め、ユニット会議でケアのあり方についても話し合い、6か月ごと(変更が必要な場合を除く)に介護計画の見直しを行っている。	基本的には6か月に一度介護計画を更新している。各利用者の担当職員がモニタリングを行い、事前に確認した利用者や家族の意向を反映させて、計画作成担当者が介護計画を作成している。作成した介護計画は家族の面会時や電話等で説明を行い同意を得ている。	利用者や家族の意向については、アセスメントシートでも確認できるよう、書式の検討に期待したい。
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	個別の介護記録の他に、連絡ノートに情報共有事項を記入し、フロア日誌に要約の記録を書き、出勤したら確認してから業務にあたるようにしている。また、気づきシートを活用し細かな気づきや対応の様子なども情報共有し、支援方法の検討や実践に活かしている。		
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	利用者の心身の状態の変化に対応するよう心掛けており、事務員、管理者、看護師も協力して、その時その時の利用者の状況に合わせて柔軟な対応を心かけている。ご家族への対応も同様、柔軟に対応している。		

自己	外部	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	
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	どのような地域資源がどのような頻度で必要なのか、アセスメントを通して把握し、地域資源を活用できるよう働きかけを行っている。また、新たな地域資源を発掘できるよう常に心がけている。		
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	契約時に協力医の情報を提供し、利用者、家族様の希望を尊重して、かかりつけ医が選択できる。家族の受診同行時には、情報提供を行い、必要時は職員が同行して症状を伝えている。	入居時に、これまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか確認している。協力医は往診や24時間相談が可能な体制となっている。個々のかかりつけ医への受診は家族が付き添うことを基本としているが、状況等によっては看護職員が付き添うこともしている。	受診時の情報提供の方法として、口頭のみならずより確かな方法の検討に期待したい。
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2名を配置し、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、連携体制を整えている。		
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、本人の情報を必要な限り提供し、安心して入院、治療できるよう連携をとり、早期退院できるよう医療機関と連携を取っている。又、入院中は必要に応じて、医療機関と情報共有を行っている。		
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、事業所ですることが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	入所前に「重度化、終末期指針」に基づいて、事業所ですることができる事できない事を説明し、理解を得ている。重度化した場合は、本人様、ご家族様、主治医と相談しながら対応している。入院時には、家族、病院と連携を図り、春らんまんの生活継続を支援している。	家族からの要望や、かかりつけ医の協力、事業所での対応が可能と判断できたケースでは看取りを行った事例はあるが、積極的には看取りは行わない方針であることを利用契約時に説明し、同意を得ている。座位保持や経口摂取が難しい状態になった場合は、受け入れが可能な施設や病院等に繋ぐ支援を行っている。	
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	症状別緊急マニュアルを作成し、全職員に周知を図っている。迅速な行動を取れるよう日々取り組み、速やかに管理者、医師と連携がとれる体制を整えている。また、夜間帯も看護師にオンコールできる体制を取っており対応している。		
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	消防署の協力のもと、年2回(日中、夜間想定)利用者様と一緒に、避難、火災訓練を行っている。ハザードマップを掲示し、避難場所についても全職員で把握しているものの、水害訓練については十分に行なえていないので今後力を入れて取り組みたいと考えている。地域には「地域も高齢化しているため、避難の協力は困難」と言われているが、連携は取って行き、地域の防災勉強会に参加させて頂く予定。	年2回、消防署の指導を受け、避難訓練(日中・夜間の火災想定)を実施している。また、水や食料を備蓄している。有事の際に備え、地域への協力を求めているが、地域の高齢化が課題となっており、具体的な協力体制は構築されていない。しかし、地域の防災研修に参加し、状況を共有する予定としている。	ハザードマップ上、浸水区域に指定されていることから、水害についての避難計画の整備や避難訓練の実施について検討を進めることを期待したい。

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	利用者様の意見を尊重し、プライバシーや羞恥心に配慮した支援は職員で意識している。また言葉使いを常に意識し、日々対応している。権利擁護、プライバシー確保の理解を深め、職員同士で注意しながら、プライバシーに配慮した支援に努めている。	年間に行っている各研修や日常業務、申し送り等で不適切な行為(トイレの開けっ放し、プライバシーに関する話題の音量等)に関して、指導を行っている。また、異性の入浴介助を嫌がる利用者には同性の職員が対応するよう配慮している。	理由なく利用者を下の名前で呼ぶこともあるということから、再度呼称について検討されることに期待したい。
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	利用者様の想いや要望を傾聴し、生活のすべての場面で、一方的な問いかけにならず、利用者で選択できるような働きかけをしている。入浴日は設定しているが気分がのらない時は変更したり、入浴後に着ている衣類は一緒に選んだりしている。		
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	利用者様優先とし、本人が望まない、嫌がられる事は無理にせず、本人のペースを大切に支援を心がけている。日々の活動についても利用者の意向を大切にしている。		
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	定期的に訪問理美容を利用して頂いたり、誕生会などで、化粧をして頂いて写真を撮ったりと、外出時はもちろん、日常的に、その時にあった洋服を着て頂いて、おしゃれを楽しんでもらっている。季節の衣替えはご家族のご協力を得ている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員は同じテーブルで同じ食事を摂っていたが、コロナ禍においては職員は距離を取って食事している。口腔体操を行いながら、食事に対する会話をしたり、楽しく、美味しく食事ができるよう支援している。食後の茶碗拭きを一緒に行っている。おやつ作りを一緒に行い楽しんでいただいている。	ご飯とみそ汁は職員が作り、副菜に関しては基本、外部業者に委託して、湯煎したものを盛り付ける対応となっている。利用者には、茶碗拭きを手伝ってもらっている。利用者の希望や季節に合ったおやつ(桜餅、ホットケーキ、焼きそば等)と一緒に作る機会をつくっている。また、事業所で収穫した野菜を副食に添えたり、家族と外食する機会をつくってもらったりしている。	
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	毎日の食事量、水分量の確認をしている。水分量が確保できるよう、お好みの水分を提供したり、時間や量を工夫するなど、水分摂取量には留意している。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	毎食後口腔ケアを実施し、介助が必要な場合は介助にて対応している。ご自分で口腔ケアを行われる方に関しても、了承を得て定期的に口腔内の状態を把握させて頂いている。又、就寝時は利用者様の義歯をお預かりし、消毒を行っている。		

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
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、トイレ誘導や声掛けを行っている。できる限り布パンツの使用やトイレでの排泄ができるよう支援している。	利用者の排泄状況を把握し、トイレで排泄できるよう、間隔を考慮し必要な方には声掛けを行っている。ユニット会議等で、紙パンツ類の使用に関して見直した事例がある。また、自宅での生活と同様にポータブルトイレを設置する等、利用者の状態等に応じた排泄支援を検討している。	
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	毎日、排便状況のチェックを行っている。水分補給や散歩、体操等の運動による自然排便を促しており、本人やご家族様のご希望があれば、個別に牛乳や青汁を提供して便秘予防に努めている。		
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	利用者様のペース、要望にできるだけ合わせ入浴を実施している。季節に合わせて袖子を入れたり、入浴剤を使用したり、身体状況が悪い日でも機械浴で入浴して頂いて、一人ひとりの状況にあった入浴支援を行っている。	基本的には、月～土で週2回、午前中に入浴してもらっている。気分が向かない方や体調が優れないとき等は、清拭や曜日を変更したり、発汗等の状況によっては追加して入浴してもらったりと柔軟に対応している。足の都合が悪い方でも浴槽につかれる設備があり、入浴剤やゆず湯等で、入浴を楽しむ機会をつくっている。	
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	1人ひとりの生活リズムを把握し、本人の意向や生活リズムを大切にしている。日中は心地良く活動して頂くことで昼夜逆転の予防に努めている。		
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	処方された薬は服薬ファイルに目を通して、用途や副作用を理解するように職員全体で実施している。受診後、薬の変更があった時は、しばらく本人の様子観察に努めている。		
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	負担にならない程度に、役割(掃除、洗濯ものたみ、食事の片づけなど)と、楽しみごと(歌、塗り絵、間違い探し、カラオケ、散歩など)を持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	買い物、近所の散歩などその日の状態に応じて出かけ、町内会の協力で美術館に絵画鑑賞に行ったり、ご家族様と一緒に外食、外出していただいたりしているが、コロナ禍ではこれらは制限してきた。今後、再開して行きたいと考えている。	天気が良ければ、事業所周辺や近隣の美術館に散歩に出たり、敷地内でお茶会や日光浴等を実施したりしている。また、桜や梨園、呉羽山等、季節の花を見にドライブに行く機会もつくっている。コロナ禍前に実施していた利用者との食材の買い出しについても、今後再開する予定にしている。	

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
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	基本的には、施設で管理しているが、利用者によっては、お金を持つことで安心される方もいるので、自身で小銭程度を管理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	本人が希望する場合や必要時、電話を利用できるよう対応している。また、遠方のご家族様やご友人から電話を頂いた際は、利用者の状況を確認しながら、電話の取次ぎ等が出来るよう対応している。葉書や手紙を書きたい方には準備したり、配送の支援を行なっている。		
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。毎日の施設内の掃除、トイレ等の共有スペースの消毒を1日数回実施したり、湿度や温度の管理を行い快適に過ごして頂けるように心がけている。又、利用者と一緒に作成した季節に合った装飾を飾り、四季を感じることが出来るように努めている。	行事の写真や利用者が作った作品、季節の飾りがほどこく掲示されている。空調等で温度管理がなされ、定期的に換気も行われている。清掃は職員が行っているが、できる利用者にはモップ掛けを担ってもらっている。ユニット間の壁(仕切り)は、取り外し可能となっており、2ユニットの全利用者が一緒になって夏祭り等の行事を楽しむ機会もある。	
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	気の合う利用者様同士でコミュニケーションをとれるよう座席等を考慮している。テレビ周辺にソファを配置して、気の合う方同士、カラオケ、テレビを観たり、談笑されている。		
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	使い慣れた家具や小物等を持参して頂いて、なじみのものに囲まれて過ごせるよう配慮し、自宅居室を参考に、本人様、家族様の意見を取り入れたレイアウトにも配慮し、居心地良く過ごして頂けるようにしている。	エアコンとベッドが準備されており、利用者の希望に応じてテレビやタンス、家族写真、装飾品などが自由に持ち込まれている。また、かつてからの趣味や習慣を居室でも継続できるよう支援している。季節の節目には、衣替えの協力を家族に依頼している。	
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	建物はバリアフリーとなっており、廊下やトイレ、浴室に手すりを設置したりして、安全に移動できるようにしている。場所の表記を行う等の工夫をしている。		

## 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: 令和 5年 6月 12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	35	水害訓練において、ハザードマップや、避難場所については、職員周知できているものの、実際の避難訓練は十分に行なえていない面があり、課題だと感じていた。	実際に避難場所に行く等の水害訓練を行う。	①避難場所先に訪問し、事前に相談できる事柄についてお聞きし、情報交換を行う。 ②実際に避難場所までの移動を行う。 ③BCP委員会で計画を見直す。 上記の事柄に取り組みます。	3ヶ月
2	36	親しみと言う観点や、下のお名前で呼ぶ方が利用者様が喜ばれるという考えから、利用者様の下の名前と呼ぶ場面がみられる。親しみがあるから良いわけではないので、利用者様、ご家族様とよく話し合い、決めていきたい。	苗字呼びを基本として、また、利用者様を尊重したうえで、利用者様の呼びかたについて、職員、ご本人、ご家族と十分に話し合い、利用者様やご家族が一番望む呼びかたをしていきたい。	①基本は姓にさん付けでお呼びする。 ②下の名前にさん付けでお呼びする時は、ご本人の希望でありご家族にご了解を頂いている事を条件とする。 上記2点を全職員で共通認識とします。	1ヶ月
3	30	当事業所の嘱託医の場合はナースと嘱託医で連携が十分とれるが、主治医が当事業所の嘱託医ではない利用者の受診の際はご家族に口頭で状態をお伝えし、受診結果もご家族から口頭でお聞きしていた。	口頭だけではなく、書面等で利用者様の状態が詳しく分かるようにしていきたい。	①情報提供書の作成 ②記録等の提示 上記の方法や、ご家族、主治医が望ましいと思われる方法をお聞きして、確実に情報が伝わるような工夫を行います。	1ヶ月
4	26	介護計画において、利用者様、ご家族様に意向をお聞きし、それを元に計画を立てているが、ご本人やご家族の意向がアセスメントシートでも確認できたら良いのではないかとのご意見を頂きました。	計画書第一表にご本人様やご家族様の意向を記載していますが、アセスメントシートに記載する等、ご本人様やご家族様の意向を分かりやすく、確実に意向が反映される様にしていきたい。	①意向を確認して、反映させるためにはどのような書式が良いのか ②ご本人様やご家族の意向が全職員で共有するためにはどこにどのように記載すればよいのか 上記について、計画作成者や介護にあたる職員と話し合って改善したいと思います。	3ヶ月
5	4	運営推進会議を行っていることは契約時にお伝えしていたが、ご家族の参加は限られており、参加いただいていないご家族様には協議内容のお知らせがなされていなかった。	運営推進会議の協議内容を参加されていないご家族様にも周知したい。	①運営推進会議の日程をご家族様にお伝えする。 ②運営推進会議後は議事録を全ご家族様にお送りする。 上記の2点を実施致します。	3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( )