

令和元年度

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	1670700226
法人名	有限会社 さくらい
事業所名	ホームさくらい
所在地	〒938-0023 黒部市堀高27-1
自己評価作成日	令和元年10月15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	令和元年11月7日	評価結果市町村受理日	令和元年12月15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）】

「さわやかな笑顔」「くらしやすい環境作り」「らしさを活かす生活の提供」「いたわる心を忘れずに」の4つの基本理念を常に職員が共有し、住宅地域の恵まれた環境の中で、家庭的な雰囲気大切に、入居者がそれぞれのペースで穏やかに生活できるように支援を行っている。20代から60代までの幅広い年代層のスタッフがそれぞれの持ち味を出しながら、できるだけ入居者に寄り添い、四季の移ろいを感じながら、日々笑顔で暮らせるように努めている。

【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）】

玄関を入ると、理念、献立の写真等が来訪者を迎える。共用空間はリビングとダイニングがそれぞれの機能を果たし、高い天井とともに落ち着いた雰囲気が漂う。4つの理念は、ホーム「さくらい」の4文字をもとに作成した。わかりやすく具体的な文言は、個々の職員に浸透し、笑顔、環境整備、その人を大切にしたい個別ケアとして日々の取り組みに活かされている。利用者の高齢化、重度化、恒常的な職員不足等の中、毎月開催のユニット合同会議では、更なる研修や話し合いの機会の確保等について、職員から率直な意見が表出され、同時開催のケア会議では、利用者の現状・課題・対応方法について丁寧に検討するなど、運営や支援方法についてチームで課題を乗り越えている。また『自分がされて嫌なことはしない』を信条に上げ、ケアの中で振り返りの原点としている。出席率の高い家族会は年4回開催し、運営状況や取り組みの報告を行い、家族との信頼関係を深めている。

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ます。 (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. 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、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
<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	月1回のケース会議や合同勉強会でホームさくらの基本理念を再確認し、常に念頭に置きながら、日々の仕事に取り組んでいる。	理念や運営方針について、毎年度初めに社長から時間をかけ丁寧に伝え、職員と共有している。月1回の2ユニット合同勉強会では、理念に基づき、よりよいケアにつながる日々の言葉づかいや利用者への対応について話し合い、実践につなげている。	
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	町内行事への参加や幼稚園の運動会などの見学、小学生や地域ボランティアの慰問を受けたり、地域との交流を活発に行っている。また、近隣の店への買い物や散歩などを通じ、ご近所さんとも積極的に交流するように努めている。	町内会に加入し、広報や運営推進会議に参加の町内会長、民生委員から地域情報を得ている。町内の納涼祭参加やフラダンス、踊り、歌のボランティア受け入れ、幼稚園児の来所、近隣散歩時の挨拶等々、地域とは日常的な交流が行われている。	
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	地域住民の皆さんにより開かれた施設として、気軽に見学できるように解放し、介護の悩みや対応方法等の相談に応じている。		
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	運営推進委員会を2か月に1回開催し、入居者の状況、活動報告を行い、委員からの意見や提言等をサービス向上に活かしている。	隔月に1回、町内会長、民生委員、行政担当者、家族代表が参加して開催。運営状況や写真を多用した活動報告が主内容であり、話し合いの中から、広報誌が定期的に届くようになったり、市の防災ラジオが準備されるなど、運営推進会議がサービスの向上に活かされている。	運営推進会議開催の周知、会議後の内容報告など、会議をサービスの向上に活かし、入居者やすべての家族と共有できる取り組みに期待したい。
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	市福祉課や新川地域介護保険組合とは、定期的に情報交換を行い、地域の現状や事業所の実情を報告したり、相談・助言をもらっている。また、市福祉課の職員に運営推進委員会の委員に就任してもらっており、会議を通じて意見交換を行っている。	市の担当者は運営推進会議に出席して、運営状況や活動内容の報告を受けるだけでなく、事業所からの災害時避難方法の相談、介護保険改定に伴う問い合わせへの対応など、日常的に相談・協力体制を作っている。介護相談員の訪問は年に1回実施している。	
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	身体拘束の内容と排除について、適正化の指針を定め会議等で理解に努め、日々のケアの中で活かしている。ご家族さんへの説明を行う中、常に利用者の人権を大切に、いたわる心を忘れずに日々の生活介護に努めている。運営推進委員会を活用した適正化委員会を設置し、随時身体拘束等の状況報告を行っている。	身体拘束等適正化委員会は、運営推進会議の中で開催し、研修会はユニット合同勉強会で実施している。やむを得ず拘束を実施するにあたっての書類、経過記録を整備し、家族の了解を得ている。身体拘束をしないケアのための研修は職員勉強会で開催している。	運営推進委員会を活用した適正化委員会を3か月に1回開催し、また話し合いの内容を分かりやすく整備するなど共有化の工夫を期待したい。また、研修の定期的な開催について検討を期待したい。
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	管理者、リーダーの指導のもと、職員は虐待の防止への正しい理解を常に持って業務に当たっている。		

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
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	権利擁護の重要性が増す中、日常生活自立支援事業や成年後見制度等について研修会等で学ぶ機会を設けて、今後の対応や相談に応じられるように努めていきたい。		
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	契約時にしっかりと説明しているが、不安や疑問点等があれば電話や面会等でも気軽に相談できるようにしている。利用者へは、日々の会話で疑問などを傾聴し解決できるように努め、家族・利用者・職員と気軽に話し合える雰囲気作りに配慮している。		
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	年4回家族会を開催し、意見交換したり要望等を聞いている。また、面会時には、利用者の日々の変化や言動、要望等を説明、今後の支援を話し合っている。利用者、家族等の意見要望等については、全職員で話し合い、施設運営に反映するよう努めている。	家族会では、現状、活動報告、行事予定、法改正への対応等を報告している。面会時、家族から、職員の言葉づかいや対応について提言があった時には、ユニット合同勉強会を開催し、改善に向けた取り組みを話し合い、意見をサービスの向上に反映させるよう努めている。	面会時に聞き取った、運営に関する家族の要望や意見を、わかりやすく記録に残すなど、共有を図る取り組みに期待したい。
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	ケース会議や合同勉強会などで、意見や提案を聞く機会を設けている。又、随時職員の個人面談を行い、要望や意見等を聞き、できる限り施設運営に反映させるように努めている。	毎月のユニット合同勉強会(職員会議)では、業務打ち合わせ、ケース会議、研修会を行いながら、それぞれの場面で職員の意見や提案を聞いている。また、管理者は思いを抱えている個々の職員と随時話し合い、意見を運営に反映させるよう努めている。	
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	一人ひとりの勤務状況や生活状況等を踏まえ、働く環境整備に努めている。処遇改善加算の取得と併せて、給与表や昇給・昇格基準を設定し、やりがいのある職場づくりに努めている。又、職員の資格取得に伴う費用の補助や勤務シフトに配慮するなど、職員のスキルアップに向けた支援を行っている。		
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	それぞれの職員に合った研修や経歴や経験年数によって参加できる研修などに積極的に参加させて、資質向上に努めていきたい。		
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	富山県認知症GH連絡協議会へ加入し、様々な勉強会や研修会に参加できるようにしている。今後は、事業所間交流や独自に他グループホームとの交流を行い、サービスの質の向上に取り組んでいきたい。		

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>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	契約前に、本人・家族を含めた関係者と話し合い、本人に関する情報を把握し、ケース会議等で全職員に周知している。利用後も日常生活の気付きや本人並びにご家族さんからも聞き取るように努め、新たな情報を職員全員に周知している。		
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	契約前に事前の情報や生活歴などについて十分な話し合いを行い、双方納得するまで話し合いをしている。又、入居前後に関わらずこまめに連絡をとり、良好な関係作りに努めている。		
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	様々な相談内容に応じて、双方が納得できるように対応している。又、内容によっては、新川介護保険事業組合、市役所などに相談・助言を求め、本人・家族さんとの意向を踏まえ、話し合いをしている。		
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	各利用者さんのアセスメントを行い、本人が出来ることを主体に行っている。又、日々の気付きや変化を記録したり、ケース会議等で見直しを行い、支え支えられる関係を築いている。		
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	各利用者さんの状態及び状況の変化に対応し、常に連絡・相談を行っている。又、家族会でも家族と一緒に過ごす時間の大切さを繰り返し伝え、共に本人を支えていく一員であることを認識していただいている。		
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	馴染みの方が来られた時は、職員一人ひとりが感謝を示し、時間を問わず対応している。利用者さんの会話や訴えの中から、馴染みの場所にドライブへ行ったり、買い物に出かけたりしている。家族さんへは、外出や外泊は自由であることを伝えている。	家族の面会に制限はなく、いつでも気軽に訪問し、来所時にはお茶を出して利用者や家族が、ゆとりのある面会となるよう支援している。希望する利用者は、通っていた美容院にでかけ、かかりつけ医もまた昔なじみの主治医とするなど、馴染みの人や場所との関係継続の支援に努めている。	
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	一人ひとりの個性の見極めと他者との関係を把握し、日々の生活や様々な行事、作業などでも各利用者さん同士の交流が出来るよう努めている。		

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
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	サービスを終了した利用者さん、特にご家族さんは、退去後であっても相談に来られるケースがあるので、気軽に相談できる体制をとっている。		
<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	日誌やノートには利用者さんの表情や行動、仕草等を書きとめ、本人の思いやその声を見逃さないように努めている。又、家族さんからの情報も申し送り、会議などで共有している。意思疎通が困難な場合は、家族さんや関係機関からの情報を得たりして本人が納得いくように対応している。	入居時の基本情報・暮らし方の意向を本人や家族から聞き取った記録とともに、日々利用者とのかかわりの中で気づいたこと、課題、要望など把握した内容は、申し送りノートや日誌へ記載し、毎月のケース会議では把握した情報を検討し共有に努めている。	
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	入居前の面接やご家族さんからの情報を元に一人ひとりの状況を把握している。又、日々の暮らしの中での会話等で情報収集が出来たときには職員全員が把握できるように、回覧ノートや申し送り、会議などで伝えている。		
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	全職員が、日誌やノートに各利用者さんの細やかな気づきを記入しまとめることで、1日の内容が把握できている。又、日々の職員同士の申し送りや会話で各利用者さんの生活の把握に努めている。		
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	ご本人によりよく過ごしていただく為の課題とケアについては、月1回のケース会議や運営推進委員会、家族会等で話し合い、必要があれば関係機関並びに家族さんや職員とも話しあっている。又、本人の意向や日々の気づきや変化、様々な情報とあわせて介護計画を作成している。	月一度のケース会議では、利用者全員の様子を話し合い、スタッフの意見や本人の様子を記録に残している。状況が変化した場合には、そのつど検討し、かかりつけ医の意見をもとに家族と話し合っている。	本人や家族と話し合い、チームで作る介護計画の作成に期待したい。計画の見直しの期間、内容について、より現状に沿ったものとなるよう検討され、カンファレンス、モニタリング等の記録の整備を期待したい。
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	日誌やメモ、引継ぎノート等に日々の様子やケアの実践・結果、気づきなどを記録し、全職員で把握している。又、それらを各担当者がまとめ、介護計画の見直し及び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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	共用型認知症対応型通所介護のほか、認知症対応型短期利用共同生活介護の受け入れも行っている。また、地域の要望や総合支援事業での取り組み、その時々ニーズに柔軟に対応している。		

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	月1回の地域ボランティアの慰問や小学生や園児の訪問などのほか、近隣商店街への買い物や地域行事への参加など、地域の協力を得ながら生活している。		
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	本人・家族の意向を踏まえ、担当医と受診後も連携をとっている。また看護師を常勤させ日頃の状態把握に努め、体調不良時などは家族に受診を促し緊急性がある場合や家族が対応できない場合は事業所に対応している。また、事業所の協力医を担当医としている方は半数以上おり、月1回の訪問診療を受けている。	契約時にかかりつけ医の選択について確認し、希望に沿ったかかりつけ医となっている。事業所の協力医は月に1度訪問診療があり、その他、市民病院、昔なじみの町の医院については、受診時家族対応としている。受診時には必要であれば情報を文書にして家族に持参してもらっている。	
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	看護職員との連携や相談を密に行い、各利用者さんの日常の健康管理や医療活用の支援を行っている。又、必要であれば、担当医に連絡をとり指示を仰いだり、必要であれば受診を促したりしている。		
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、本人に関する情報を医療機関に提供している。又、状態把握の為、病院関係者や家族さんとの話し合いを行っている。退院時には担当医・病院関係者・家族さん等が出席されるカンファレンスに同行させていただき、注意点や疑問点の解消に努めている。		
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	現在は、看取りケアはしていないことを家族会でも説明している。入居者さんの重度化や家族の要望もあり、必要があればかかりつけ医に相談している。	入居時、家族会開催時(年4回)に、医療ニーズの必要な看取りケアはしていないことを口頭で説明し伝えている。利用者の重度化、高齢化の現状の中、本人や家族の要望に応じていくことを踏まえ、協力医とも相談しながら具体的方針の在り方を検討しているところである。	重度化や終末期に向けた対応について、現状ではどこまでできるのか、またできないことは何かなど職員全体で話し合い、事業所としての指針を文書化するなど、家族の意向を踏まえた取り組みを期待したい。
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	施設内にAEDや自動火災通報装置を設置し、研修等で職員全員が初期対応の仕方を把握している。又、急変時や体調変化時の対応については、毎月のケース会議などでも振り返りの場を持ち今後に活かせるよう取り組んでいる。		
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	年2回防火避難訓練を行っている。訓練は、消防署の指導を受けながら、利用者の安全を最優先に取り組んでいる。今後は、水害や地震を想定した訓練も必要になっており、マニュアルの見直しも含め現状に即して対応していきたい。	今年度は6月と11月に、消防の立会いを得て火災訓練を開催。訓練時には、家族、運営推進会議のメンバーの参加、地域の建設会社舗装部からの応援があった。水害、地震の災害対策計画は作成しているが実地訓練はしていない。備蓄として、水、乾パンを用意している。	地震や水害等の災害時の対応について、実効性のある取り組みを期待したい。

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	常に利用者の人格を大切に相手をいたわる心を忘れずに対応できるように、職員の共通認識として確認し日々の介護にあたっている。又、職員の気になる言動があれば、その都度管理者やリーダーが指導したり、全職員が気付いて会議や勉強会等で見直したり、考える時間を設けている。	個人の能力に合わせ、一人ひとりの思いに沿った言葉かけや支援となるよう、管理者は申し送りや日常の支援の中で随時職員と確認している。本人の言葉を遮らず、職員優先の対応ではなく、威圧的な態度はしない等々、日常的に気づきを得るよう職員との共有に努めている。	
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	日常生活の中での様々な場面で、本人の能力に合わせた場面作りを心がけ、本人の思いを出来る限り傾聴し、本人の思いや希望に沿って物事ができるように努めている。		
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	本人の意思を尊重し、無理に止めたりせず出来る限り見守っている。また、本人からの散歩や外出、買い物等の希望があれば出来る限り希望に沿うようにしている。		
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	日々の衣類を自分で選んでもらったり、選びやすいように場面を設定したりしている。介護者側の判断や押しつけにならないように、対応している。又、利用者さんのカットは、近隣の美容室から出向いてもらい、希望を聞いてもらい行っている。		
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	食事は、季節を感じられる食材を使用したり、メニューを工夫して行なっている。食事の盛り付け・配膳、下ごしらえ・食材切り等や片付け等は、利用者さんに手伝っていただいている。	庭で野菜を栽培し、夏には多様な野菜を使った副菜、秋は畑で収穫したさつま芋を使ったおやつ、干し柿づくりなど、季節感のある食事を楽しんでいる。朝夕はユニットで調理し、昼食は併設のデイサービスから運ばれ、利用者と一緒に盛り付けを行っている。外食やバラエティー豊かな手作りおやつを楽しむ機会も多い。	
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	食事摂取量を記入し、水分量は日誌に記録すると共に摂取量の把握をしている。栄養バランスに関しては、栄養士の立てた献立に基づき調理を行っている。		
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、各利用者さんの状態や能力に応じた声かけや見守り・介助にて、口腔ケアを行っている。夜間は、本人の意向を確認し義歯を預かり洗浄している。		

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	排泄チェック表に記録し、各利用者さんの排泄パターンを把握している。本人の日々の状態や生活の質も考慮に入れながら、その時々でトイレでの排泄に取り組んでいる。また、一人ひとりの能力に応じたケアに取り組んでいる。	排泄チェック表を活用し、失禁状態、排泄の間隔など個々の状況を把握し、日中はトイレ誘導や声かけを行い、必要時のパット、紙パンツなどは本人の状態、機能に沿ったものを検討し使用している。誘導時の声かけはプライバシーを守るよう努めている。	
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	必要な方には、排便が定期的に出ているかチェックしている。便秘がちな方へは、下剤や座薬を処方していただきコントロールしたり、利用者さんにより牛乳や乳製品を摂っていただいたりしている。又、適度な運動や1日に必要な水分量に近づけるように水分補給も心がけている。		
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	基本的に入浴日は決めてはあるが、それにとらわれず、柔軟に対応している。入浴前には、職員と一緒に入浴準備や、入浴剤を利用者さんを選んでもらったりし、入浴を楽しめるように工夫している。	基本週2回の入浴を予定しているが、汚れや本人の希望があれば、シャワー浴や一般入浴ができるよう支援している。入浴と着脱は2人態勢で行い、浴室では1対1の会話をゆったりと楽しんでいる。また入浴剤の色や香りを楽しみ、季節のゆず湯も行っている。	
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	日中、居眠りが強いようであれば居室で休んでもらったり、畳コーナーで横になられたり、その時々状況に合わせて休んでいただいている。前日の夜間や直近の本人の様子を伺いながら、日中の臥床時間が長くなり過ぎない様になっている。		
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	利用者さんごとに薬箱を設け、薬の残薬量が簡単に確認出来るようにしてある。又、各利用者さんのファイルには処方された薬の内容、容量、副作用について記入しており、職員がいつでも確認できるようにしている。又、服用後の症状の変化などにも細やかな観察をして引継ぎをしている。		
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	各利用者さんの特徴を踏まえ、裁縫や畑仕事・台所仕事等、ご本人の能力を活かした役割を担ってもらい、張り合いのある生活環境に努めている。又、外食や散歩・ドライブ等で外出の機会を設け、楽しみや気分転換を行っている。		
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	外食、散歩や買い物、デイサービスでのボランティア慰問への参加、地域の行事に参加している。また、畑作業や掃除などで外気に触れ、気分転換が図れるように支援している。又、それぞれの思いや希望に寄り添い、臨機に対応して外出をしている。	ほぼ毎日、近所のスーパーまで職員と一緒に買い物に出かけ、天気のよい日には事業所の近隣を散歩するなど外気浴を楽しんでいる。また、季節ごとに、花見、イチゴ狩り、牧場、海へドライブに出かけ、正月には近くの神社へ初詣に行くなど、日常的な外出支援を行っている。	



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
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	職員は、本人がお金を持つことの大切さ・利用者さんによってお金に対する思いの違いを理解している。利用者さんによってはお金を所持している方もおられ、買い物等で支払いの機会を作り出している。		
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	本人の希望があれば、手紙のやりとりや、電話をかけたり、受けたり出来るようにしている。		
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	生活感や季節感を取り入れる為、お正月飾りやひな祭、七夕飾りなど季節ごとに壁装飾等に変化を持たせている。また、花見、いちご狩りに出かけたり、畑作業に出向いて汗を流したりと、暮らしの中で春夏秋冬の移り変わりを感じてもらえるように工夫している。	2ユニットは別棟にあり、ゆったりしたソファのある居間と、テーブルと椅子が配置されている食堂がそれぞれに独立していることと、外光や窓からの風の流れなどが居心地のよい空間を作っている。壁面には、地元力士の大きな写真、地元新聞のデザイン性のある広告などを掲示し、また季節感のある装飾がさりげなく飾ってあるなど、生活を楽しむことができるよう工夫をしている。	
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	居間の椅子やテーブルの配置に工夫を行ったり、時には食堂スペースも活用しながら空間作りを行っている。又、畳コーナーやソファ等設置し、日々、それぞれの思い思いの空間で過ごせるようにしている。		
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	入居時には、本人が使い慣れた家具等好みのものを持参していただけるようお話している。持参したアルバムを居室で眺められたり、縫い物をされていたり、TVを見られたり一人で過ごされる時間を大切にしている。	各居室は清掃が行き届き、窓からはそれぞれに緑や街の様子が見えている。居室の壁には、本人の誕生日を祝った職員手作りの色紙やレクリエーションで作ったもの、家族の写真などが飾られており、ほのぼのとあたたかい雰囲気を作るよう工夫をしている。	
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	建物内部はバリアフリーとなっており、居間やトイレ、浴室内・廊下などに手摺を設置し使用していただいている。また、テーブルやベッドの位置や高さも調整し、生活しやすく工夫している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 ホームさくらい

作成日： 令和元年12月2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	26	介護計画については、本人の意向や日々の気づきや変化等を職員で話し合い作成している。日々状況がかわる中、本人の状態をみながら家族とも話し合い、現状に沿った計画となるように適宜見直す必要がある。	日々変化する入居者の状態に対応した介護計画の作成に努める。	入居者の状態を把握し、見直しの期間や内容を検討し現状に沿った介護計画を作成する。	12か月
2	4 10	家族会や運営推進委員会からの意見、要望、提言等は職員に周知し、サービスの向上に活かしているが、会議の周知や内容などについて、家族や入居者と共有するなど、家族会と運営推進委員会との相互の連携が必要である。	運営推進委員会や家族会で出た意見や要望、提言等について、事業所の運営に活かすため、その内容について家族会と運営推進委員会とで共有化を図る。	令和2年3月に運営推進委員会と家族会を開催するが、相互の連携のため、合同会議として開催する。	6ヶ月
3	33	現在、看取りケアは行っていないが、入居者の重度化や高齢化が進む中、重度化や終末期における対応についての事業所としての指針の整備が必要になっている。	入居者の重度化や終末期における対応について事業所としても方針を整備する。	重度化や終末期における指針を作成する。	8ヶ月
4	6	身体拘束については、運営推進委員をメンバーとする適正化委員会を設置し、随時状況報告しているが、適正化委員会を3か月に1回開催し、内容をきちんと明確にする必要がある。また、職員の定期的な研修も必要になっている。	運営推進委員会を活用した身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催し、内容を明確化していく。	令和2年5月、9月、1月、令和3年3月に運営推進委員会開催時に、身体拘束適正化委員会を開催する。	15ヶ月
5	35	年2回の防火避難訓練を実施しているが、地震や水害を想定した訓練も必要になっている。マニュアルの見直しも含め、検討する必要がある。	地震や水害を想定した災害対策計画の内容見直し、実効性のある計画とする。	黒部川氾濫を想定した避難計画を策定する。	6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。