

1 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	1691100067		
法人名	株式会社 アンジュケア		
事業所名	射水ハッピーホーム		
所在地	射水市上条299-1		
自己評価作成日	令和5年6月7日	評価結果市町村受理日	令和5年10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7月13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)】

・射水ハッピーホームではご利用様が今までの人生を振り返った時に「あーいい人生だった」と思えるような支援を行っています。
 ・家庭的であたたかな雰囲気の中で、職員とご利用様がお互いを認め合い尊厳のある日々を送っています。たとえ心身の状況が変わっても自分らしく毎日をリラックスして過ごしていただける事が大切と考え、ご利用様、ご家族、職員がともに考えて取り組んでいます。

【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)】

・管理者を中心に日々のミーティングが実施され、ユニット、職員それぞれの目標(月間)を定め、振り返りを行い、細やかな意思疎通が図られている。その目的は、基本理念『「あーいい人生だった」と思える生活支援を行う』を具体化するためであり、利用者の思いに寄り添い、笑顔を引き出す支援を提供する取り組みとなっている。利用者、職員共に「あーいい人生だった」と思えるよう、チームワークが発揮されている。
 ・「すまいる通信」にて利用者一人ひとりの様子と事業所の情報を家族等に毎月発信している。また、様々な通信機器を利用しながら、家族等との継続的な繋がりを深めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 (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				

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	事業所理念は、誰もがわかりやすく共感出来る言葉で表現し、共有・意識付けできるようにしている。いつでも振り返られるように玄関に掲げてある。朝のミーティング時に「社長からの一言」として読み上げている。	基本理念「『あーいい人生だった』と思える生活支援を行う」を掲げ、玄関に掲示、運営規定に記載している。また、理念の共有と実践に向け、朝の申し送り時に理念、月間目標(ユニット毎)、個人目標を皆で読み上げ、日々意識するよう習慣づけている。	
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	七夕作りを開催し、地域の子供や住民と交流している。地域とは散歩の時などに挨拶を交わすなど普段のお付き合いを大切にしている。	開設より15年余りが経過し、交流行事以外にも、長寿会の方が事業所前道路の草むしりを買って出る関係性が構築されている。コロナ禍で疎遠になった関係を再構築すべく、交流について検討を進めている。	
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	入所の申し込み時に、在宅介護を行っている家族に認知症の理解や援助方法を助言している。近所の方から相談を受けることもあり、助言や相談窓口を紹介している。どんなことでも気軽に相談してもらえる様な対応を心がけている。	/	/
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	運営推進会議の場を利用し、利用者の日々の生活の様子をパソコンで表示し、具体的に紹介している。いただいた意見は施設ケアに生かしている。また、地域との交流に関する行事や施設運営について具体的に協議している。	6月に、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、行政職員等が参加して、3年8か月ぶりに対面形式での会議が実施された。その際、自治会長より地域における行事等の検討状況について説明を受けている。コロナ禍は書面での報告を継続し、議事録は保管されている。	家族等が遠方にお住まいの方も多く、家族等の参加は見られない。今後は、運営や理念を具体化する上で家族の理解が欠かせないことから、地域住民や行政、専門性のある方々が検討した会議内容が、利用者や家族に周知され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に取り組んでいる	市に事業所の稼働率や待機状況などを報告している。災害時の対応等も事前に打ち合わせし、事故や感染症の報告も行っている。	市担当課には、運営推進会議への出席を呼びかけ、事業所に足を運んでもらい運営状況や地域との関係性を伝えている。また、代表や管理者は、些細なことでも担当課への相談・報告を行い、相互に顔の見える関係性が出来ている。	

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
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	夜間帯以外は玄関の施錠は行っていない。その日の利用者の身体状況により、転倒などの危険が生じた場合も、関わりや見守りを強化し、またその原因を多方面から考察し理解することで、身体拘束しないサービス方法が定着している。全職員に参考資料を用いて職員会議で話し合い、知識を深め確認し合っている。	身体拘束防止の指針とマニュアルを作成し、その実践のため協力医を中心とした委員会を定期的に開催し、議事録が作成されている。玄関施錠(夜間を除く)をしない、認知症状による行動障害などにも、早期に要因をひもときながら支援内容を検討し対応するなど、心も身体も拘束しないケアに努めている。	
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	高齢者虐待防止法についての資料をもとに会議し、学びの機会を確保している。管理者や介護主任は、その場その場で認知症への理解や対処方法について指導し、利用者の不穏な行動で、介護職員が疲弊しないように配慮している。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修に参加し知識を深め、必要と思われる利用者にそれらの制度の利用を支援している。		
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	契約時は契約書を読み上げるだけでなく、具体的な例を補足しわかりやすく努めている。改定の際にも内容を説明し納得していただけるように努めている。契約に関するQ&Aも活用している。		
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	利用者の家族にメールで要望受付ができることを案内している。また面会時には最近の利用者の様子を伝え、意見や要望を聞いている。ケアプラン作成時にも気づきや要望を確認している。また家族が気軽に尋ねられるような信頼関係が築けるよう努めている。職員は利用者の普段の何気ない発言や態度から、希望や要望を汲み取り管理者に報告し希望に沿うようにしている。	管理者は利用者支援に関わることで、利用者の意向を直接聞くことができる。また、家族等からは、来所・電話(管理者携帯への直通含む)・メール、どのような形式でも受け付け、意向や要望の把握に努めている。代表は、運営推進会議に参加し、それらの内容について運営に反映するため共に検討している。	家族等との距離感は、コロナ禍のため、社会的にソーシャル・ディスタンスを余儀なくされた環境であった。今後は積極的に家族に対して運営推進会議への参加や個別面談等を提案し、要望の引き出しや運営、暮らしについて共に話し合いを重ねる取り組みに期待したい。

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
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	管理者と職員は、風通しも良く些細なことでも話しやすい雰囲気を作り出し、日々情報の交換を行っている。職員の気づきや提案は毎朝のミーティングで話し合っている。また職員休憩室に意見箱を設置し、要望や提案ができるようにしている。	管理者は毎朝職員と、事業所運営や利用者支援、業務内容、環境等についてミーティングを実施している。代表者は、要望等を速やかに改善できるよう管理者に裁量権を与えている。洗濯が乾きにくいとの問題には衣類乾燥機を増設し、節電について職員と検討し取り組んでいる。就労環境などについても、個別にいつでも相談できる体制が定着している。	
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	やりがいをもって働けるよう施設運営に関する意見や要望に応えている。昇給や賞与で職員の頑張りを評価している。また職員が頑張っているときは、その都度言葉で感謝や評価を伝えている。得意な事、やりたい事が実現できるようにしている。		
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	職員のケアの経験や技術の向上を目的として、定期的に施設内の勉強会や外部研修にも参加している。また、職員には毎月ユニットの目標と個人の目標を設定してもらい、さらなる向上を目指している。資格取得の際は休暇について便宜を図っている。		
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	同業の施設と交流を深めサービスの向上に努めている。		
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	家族や介護施設、病院からの情報は職員間で共有している。入所当初は利用者も環境の変化などからの不安が大きく、関わりを多くするなど工夫している。その中で要望や困りごとなどは本人や家族と話し合い解決できるよう支援している。他の利用者と仲良く出来るように、関係作りに努めている。		
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	家族も利用者同様、入所当初は不安や困りごとが多い場合も多く、必要な助言を行っている。特に状況報告を密に行っている。また気軽に何でも相談下さいと家族に伝え話し合っている。		

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
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	入所前、入所時のカンファレンスでの情報により、支援内容の優先順位を見定め、より必要な支援ができるよう努めている。		
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	利用者同士や職員は家族にはなりえないが、一つ屋根の下に暮らす仲間として利用者同士、利用者職員が家事や季節のイベントなどを話し合って企画している。		
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	利用者と家族がそれぞれの立場で役割が果たせるよう支援している。入所したことで、家族関係の絆が深まるように介入している。		
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	希望する方には入所後も馴染みの接骨院や通院介助や法要の段取りの支援を行ってきた。馴染みの美容院へ通うことや自宅の除草や墓参り、家族の見舞いなど多岐にわたって支援している。	コロナ禍で外出や家族・知人等との面会制限を余儀なくされた期間にも、利用者の思い出の場所、暮らした場所、気になる場所等をめぐるドライブに取り組み、職員は利用者がこれまでの暮らしに触れることができるよう配慮している。	
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	入所初期から職員は友人作りを支援している。利用者同士の交流が円滑に行われるよう、共同で行うことが出来る楽しみの場を提供している。また性格が合わず、どうしても不仲が生じた場合は食事の席を変更したり、ユニットを変更し主たる生活場所を変えたりして関係の修復を図っている。		
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	退院後に病院や施設に移る場合は利用者も家族も不安が大きいので出来る限り多くの情報を提供している。施設や家族と退去後も気軽に相談できるような関係作りを努め、次の生活の場に早く馴染めるよう支援している。退去後も居宅のケアマネジャーと密に連携を取り、入所先を探す支援も行っている。		

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

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
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	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向について利用者や家族から話を聴いたり、観察により把握に努め、職員の共通情報として利用者の希望している生活を支援している。表現の困難な方には、性格やその時の心情の把握、家族からの情報をもとに話し合い意向に沿った介護が提供できるようにしている。	職員は、利用者との日頃の会話や入浴時のゆったりとした中で話される思いや意向を、申し送りや記録にし、情報として共有している。利用者は食に関する希望が多く、職員と一緒に食事の時に聞かれる「今度はあれが食べたい」という希望を叶えるように検討している。	
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	家族から情報収集したり本人の話から生活歴を把握して支援に役立てている。集めた情報は記録し職員間で共有している。入所時に利用者の馴染みのものを持参してもらえるよう家族に協力してもらっている。		
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	日々の観察と記録や申し送りによりすべての職員が心身の状況を把握できるようにしている。その有する能力に合った役割を持っていただいたり、その場の状況にあった支援方法を選択している。		
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	介護計画は利用者の望む生活、生き方を柱に作成されている。関係者は利用者のやる気を引き出す支援も行っている。日々、状態を把握し、新しい課題が生じた場合は、本人や関係者と話し合い、ケアのあり方、支援方法の変更を必要に応じ行っている。	介護計画作成者は利用者の意思、意向を重視し、安定した生活が送れるように、日頃の様子を職員からの申し送りや介護記録で把握し、援助目標やサービス内容を詳細に作成している。主治医の往診時にカンファレンスにて状態、状況の把握に努めている。	
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	細かなことであっても見逃さず記録するように指導している。介護と看護の記録を一本化し身体状況を踏まえた介護が出来るようになってきている。記録されたことは介護計画にも反映されている。また業務上の連絡などは連絡帳を活用し、情報の共有化を図っている。		
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	施設内だけでは十分な援助が出来ない場合は、他のサービス機関や医療機関と連携を図っている。それぞれの家族の事情により買物や裁縫、病院の付き添い、衣替え、など必要な支援を行い不自由のない生活を提供している。		

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
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	ボランティアによる法話会を再開する予定にしている。今後の新型コロナウイルスの感染状況に合わせて地域のサロンなどへの参加を検討していきたい。		
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、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	家族や利用者の希望があれば継続してかかりつけ医の診察が受けられる。受診についても家族と話し合いの上付き添っている。家族の付き添いが困難な場合は通院介助を行っている。必要があれば総合病院や認知症専門医など他科への受診介助もを行っている。他の病院への受診の際は協力医に、情報提供をお願いしている。医師への状況報告や指示受けを確実にいき、適切な医療を受けられるようにしている。	入所時に利用者・家族に事業所の主治医に変更できることを提案している。各ユニットに月2回、計4回往診があり、その時にカンファレンスを行っている。他科の受診は主治医の紹介状で職員が付き添い受診している。平日は看護師が在中し、医師の指示を受け、利用者の状態把握や健康管理に努めている。	
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	看護師は疾患ごとの観察ポイントについて指導している。介護職員は普段と違う様子があれば記録するとともに看護師に報告している。看護師はとらえた情報を記録や回診情報、日誌に青字で記入している。申し送りや業務中に必要な情報の共有化を図り、健康管理や適切な医療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。	総合病院や専門医への受診時や入院時はかかりつけ医より情報提供を行い、施設職員も同行し、普段の心身状況を医師や看護師に伝えて適切な処遇について話し合っている。カンファレンスにも参加している。また退院時・退院後の留意点や継続治療の有無など必要な情報のやりとりをしている。		

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
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、事業所の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	家族には利用者が重度化の兆しが見られた時に今後考えられる身体の状態を話す機会を持ち今後の方針を決めている。終末期には医療機関から治療の方法を確認し、家族や利用者やグループホームでの援助方法について話し合い、本人、家族が納得した援助方法が提供できるように努めている。状況の変化に応じて何度も話し合いを行い本人、家族の価値観や介護の方針を共有している。	利用者・家族には契約時に重度化、終末期について指針を基に説明を行い、看取りを行っている。重度化のケアについては主治医と家族、事業所で話し合い支援している。職員には予測を立て、対応に困らないよう指導し、管理者や主治医は24時間対応できるようになっている。家族には終末期を一緒に過ごせるように配慮している。	
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	緊急時マニュアルを作成し、利用者の急変時の勉強会を行っている。		
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	年2回通報、消火、避難訓練を実施している。水害避難訓練も行っている。火災の際は、施設外へ避難した利用者の見守りを地域住民に依頼してある。消防職員によるこの地区における火災、水害、地震などに対する具体的な指導をしてもらっている。災害時に非常食としては、米と水を3日分備蓄している。	消防署の指導を受け、年2回夜間を想定した避難訓練を行っている。また運営推進会議で地域の方に協力を依頼している。地震時はまず座位になることを避難行動としている。また8月に自然災害での避難場所への移動を計画している。備蓄品の米を炊くこと、井戸水の活用など職員と情報を共有している。	
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	声かけ方法や接し方など利用者本位の支援をするよう指導している。個々に合わせた声かけ方法を見つけるために、職員もどうすれば良いか考えながら業務にあたっている。プライバシーや尊厳について話し合っている。	利用者の尊厳やプライバシー、関わりについてユニットや各自の目標を定め、意識し支援している。入所時に接遇や情報の守秘義務について説明し、特に携帯での撮影やSNSに投稿しないこと等、誓約書を交わしている。不適切な声掛けが確認された時は注意を行い指導している。	
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	利用者が選択できる聞き方の話し合いを行い、小さな事柄も自己決定できるよう支援している。言葉で選択できない利用者に対しても表情や感情に注意し思いを汲み取れるように努めている。		

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
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	その人のペースで生活できるよう個別の生活リズムを把握している。また過ごし方についても柔軟に対応している。		
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	毛染めやパーマ、お化粧を自由に装えるように支援している。四季に応じた洋服を準備しおしゃれを楽しんでもらっている。訪問整容やなじみの美容院で、希望の髪型にしている。気持ちがあっても一人で出来ない方にはお手伝いしている。また本人と一緒に洋服等の買物に行っている。		
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	季節感のある献立を取り入れるよう工夫している。畑でとれた野菜や旬の食材を、一緒に調理して楽しく食べている。誕生日やお正月のメニューも一緒に決めている。食べたい物のリクエストにも、すぐに対応できるようにしている。また本人の摂取能力に応じた食事形態への対応を行っている。アレルギーや好き嫌いにも個別に対応している。	主菜は業者から届いたものを事業所で温めて提供し、それに加えて事業所の畑や近所から頂く野菜を使い副菜としている。また、月に4回程度、利用者の希望や季節に合わせた特別メニューを提供している。コロナ禍で外食できなかったため、利用者と一緒に稲荷ずしやおやつを手作りし、食事を大いに楽しみ、贅沢を味わっている。利用者の好み(ふりかけ、梅干し等)や形態に合わせた食事を提供している。	
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	必要な利用者には水分摂取記録を活用し水分確保に努めている。苦痛なく摂取できるように好みの飲み物を提供するなど工夫している。毎食の食事量を記録し少ない場合は、間食や補助食品で補っている。また極端に食事量が低下した場合は、本人の好むメニューを提供して食欲が戻るように支援している。食事時間も本人に合わせている。		

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、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	いつまでも美味しく食べれるように歯の健康に力を入れている。毎食後の口腔ケアを推奨し、根気強く必要な援助をしている。歯科への通院介助や訪問歯科の往診を依頼している。歯科にて歯みがき指導を受け、歯間ブラシやワンタフトブラシなど歯の状態に合った歯みがき用品を使い個々に口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェック表にて、排泄パターンを把握し、出来るだけトイレで排泄ができるように誘導している。利用者が排泄ケアについて理解しやすいように、想定される経過と結果を説明し目標が持てるようにしている。個別の排泄ケアを提供する事で、尿意や便意が回復し排泄が自立できるよう支援している。状態の改善や悪化に合わせ、排泄ケアの方法を話し合っている。	利用者一人ひとりの記録を1週間記録できるようにし、排泄パターンを一目で把握できるシートを活用している。またトイレでの排泄時、個々に合わせた介助や用品について講習や話し合いを行い適切な支援ができるよう努めている。	
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	下剤だけに頼らず、水分量の確保や適度な運動を生活に取り入れ、便秘の予防に努めている。かかりつけ医と、定期的に内服内容を見直している。ひどい便秘の利用者には、こまめな水分補給、運動、カフェイン量のコントロール、正しい排便姿勢での排泄を支援している。		
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ず、個々にそった支援をしている	お風呂は週に4回沸かしている。1対1で入浴しくつろぐことができる。入浴したくないときは翌日に振り替えるようにしている。	各ユニットに浴室があり、月火木金のうち週2回入浴できるようにしている。浴室や脱衣場の手すりの増設や、滑り止めマットを敷くことで、利用者が安全にゆったり入浴できるように配慮している。	
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	自由に生活できるよう日中の生活時間帯は厳密に管理していないが、活動的に過ごせるように工夫している。寝るまでの時間も自由に過ごせるようになっている。夜間不安や昼夜逆転などの症状が現れた場合は医師と相談し適切な支援が出来るようにしている。		

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
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	内服薬の内容を各ユニットで管理し、いつでも確認できるようにしている。特殊な使用方法の薬は1包1包に説明書きを付けている。誤薬や飲みこぼし防止の対応マニュアルを作成し職員指導をしている。かかりつけ医と、定期的に内服内容の見直しをしている。		
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	利用者自ら楽しみのある生活ができるようその方にあった家事作業や趣味などが行えるようにしている。洗濯干しが役割として定着し生き生きとした様子も見られる。野菜作りが好きな方には、苗の購入から植え付け、収穫などの作業も行えるように支援している。また自室で嗜好品も楽しむことができる。家族等からの差し入れも預かり提供している。		
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に支援している	個々の意向に応じて行き先を決めた外出を行っている。仲良しグループでカフェや神社にお参りなど、楽しんでもらっている。天気の良い日はお宮さんまで散歩したり、受診帰りの買い物や時計のベルト交換に同伴し外出している。	地域の神社までの散歩や、コンビニ店での買い物、利用者の希望でドライブに行っている。天候の良い時は玄関前のベンチで日光浴を行っている。今後も希望を聞きながら、ドライブやカフェでの楽しみなどの計画をしている。	
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	金銭の自己管理ができる利用者は常識的な範囲で自己管理してもらっている。支払う機会のある場合は自分で支払ってもらっている。		
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	希望があれば随時電話で話せるよう支援している。自室に子機をお持ちし、ゆっくり会話が出来るように配慮している。適切に使用できる方は携帯電話を持ち込んで自室で使用している。また手紙や贈り物のやりとりも支援している。		

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
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	生花や季節の装飾を玄関に飾り、季節が感じられるよう工夫している。行事や外出した時の写真を掲示し、思い出を楽しむ会話をしている。光や室温なども利用者に合わせた空間になるよう配慮している。キッチンがリビングに面していて調理中のいい匂いを感じる事が出来る。施設の周りに花を植え、心地よい環境作りに努めている。	テーブルとソファが置かれている場所が区分され、それぞれにテレビを配置し、大きな窓から外の田園風景を眺め、くつろげるようにしている。全館の壁紙を貼替え、明るく清潔感があり、トイレは「心が落ち着くように」と淡いピンク色になっている。2ユニットは廊下でつながり自由に行き来できるようになっている。感染症予防として、空気清浄機(壁掛け、床置き)と窓の開閉等で空調管理を行っている。	
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	一人になれる共有空間は乏しいが、ベランダや裏庭への出入りは一人でも行えるよう配慮している。リビングのソファはくつろげるように3本設置している。窓際のソファは、外を眺め静かに過ごす事が出来る。		
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	個室はプライベートな空間であるため、利用者のおもいおもいに使ってもらっている。使い慣れたものや、好みのものを自由に配置・装飾して落ち着ける空間となっている。好みのイスを持ち込んでいる利用者もいる。仲の良い利用者を招いている場面も多い。居室の片付けが必要な場合は職員と利用者と一緒に行う。	広いスペースにベッド、大きな窓にレース付カーテンが設置されている。利用者の使い慣れたテーブルや椅子を置き、ぬり絵などの趣味が継続できるようにしている。整理タンスやテレビが配置され、家族の写真等はボードや額を使い飾られている。利用者の個性や趣味、思い出を大切にしたりリラックスできるように工夫している。	
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	施設内はバリアフリーでトイレや浴室、廊下に手すりを設置し安全に移動できるようにしている。浴槽とトイレの向きは2種類あり片麻痺があってもどちらかで対応できるようにしている。またわかりやすいよう、トイレの壁の色を変えてある。それぞれの症状に合わせて環境づくりし、一人で出来ることを大切にしている。利用者からの要望によりトイレ使用中の札を作成したり、浴室に手すりを増設している。		

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	4	射水ハッピーホームの運営方針や事業内容など、本人及び家族へPRして、利用者への援助をよりよくしていきたい。	本人や家族と事業所が連絡・連携を深め、利用者の自立支援や健康維持への支援を行える。	①毎月利用者家族向けに発行しているお便りに、射水ハッピーホームの運営理念を掲載し、法人理念の周知と理解を持ってもらえるようにする。 ②毎月利用者家族向けに発行しているお便りを通して、運営推進会議の日程や議題をお知らせし、運営や運営推進会議に関心を持ってもらえるようにする。 ③運営推進会議への参加を呼びかける。 ④運営推進会議開催の翌月に会議録を利用者家族に郵送し、会議内容や運営内容について周知を図る。 ⑤利用者やその家族と面談の機会を増やし、利用者の状況を踏まえた上で、家族の思いや意向を確認した援助が行えるようにする。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。

(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()