

## 令和 7 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   | 1690500184 |
| 法人名     | 一般社団法人中央舎  |
| 事業所名    | ケアホームまどか   |
| 所在地     | 氷見市栄町18－12 |
| 自己評価作成日 | 令和7年2月28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）】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営理念である「利用者が第一であることを忘れない」「利用者の不安をできるだけ取り除くケアを提供します」「利用者の話をよく聞く」に沿って利用者がその人らしい生活が送れるように職員一人ひとりが努めています。天気が良い時はドライブ、地域の商店へ行き買い物、隣接しているこども園の園児が園庭で遊んでいる様子を眺めたり、園児と一言であるが挨拶や会話を楽しんでいます。2～3ヵ月には地域ボランティアの皆さんが慰問に来て、歌オカリナ演奏を披露してもらっています。また、月3回機能維持、向上を図るために、作業療法士による個別リハビリをしています。職員が出来る指導してもらい毎日の個別リハビリに取り入れています。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 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 |  |
|----------|--|

## 【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7年4月23日                              | 評価結果市町村受理日 | 令和7年6月4日 |

## 【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）】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の隣に、同法人が運営するこども園があり、子供達が遊ぶ様子を見られたり元気な歌声が聞こえてくる。その子供たちから野菜が届けられたり、園庭で遊ぶ子供たちに声をかけたり日常的に交流がある。地域のお祭りでは事業所に獅子舞が訪れたり、近くのごんごん祭りに出かけたりと地域との交流を通じて、グループホームとして地域の役をになっている。また、近隣の在宅医や訪問看護と連携を取りながら看取りの対応も行なっている。食事は開設当初からの美味しい食事を提供したいとの思いから、手作りで提供されており、カウンターから調理する音やにおいが漂い、一緒に買い物に出かけ、作り食べる食の楽しみを毎日提供している。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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<br>↓該当するものに○印 |                | 項 目 |                                                                              | 取 り 組 み の 成 果<br>↓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<br>掴んでいる。<br>(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<br>めていることをよく聴いており、信頼関係ができ<br>ている。<br>(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  | 利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面があ<br>る。<br>(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<br>人々が訪ねて来ている。<br>(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。<br>(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<br>とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解<br>者や応援者が増えている。<br>(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<br>情や姿がみられている<br>(参考項目：36, 37)   | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働いている。<br>(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<br>(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<br>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<br>過ごせている。<br>(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<br>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<br>支援により、安心して暮らしている。<br>(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<br>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                                                          | 事業所の運営理念は玄関、各ユニットにも掲示しており、職員が常に意識できるようになっている。カンファレンスなどでケアの見直す時にも理念に発ち振り返り検討している。                 | 法人理念とグループホームの理念は玄関や各ユニット、事務所に掲示し、いつでも確認できるようになっている。また、入社時には管理者から入職者へ理念の説明を行い浸透を図っている。                  |                   |
| 2           | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                          | 感染状況をみながら、ボランティアの受け入れや園児との交流、地域の行事などに参加している。また、地域の商店へ行き食材で足りない物、本人が食べたいおやつを職員と買い物に行っている。         | 地域から歌やオカリナのボランティアさんを受け入れたり、お祭りの際は獅子舞も訪れる。近隣のこども園から野菜が届いたり、お寺さんによる毎月の読経と法話の時間があったりと、地域との密接なつながりが見える。    |                   |
| 3           |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                        | 認知症地域相談窓口を設置しており、電話での相談やグループホームはどこなところ？グループホーム以外の施設などは？など聞かれることもあり質問に対して対応している。                  |                                                                                                        |                   |
| 4           | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 状況をみながら対面での会議を再開している。自治振興委員長 居宅介護支援事業所管理者 福祉課介護保険担当 家族代表が参加し、利用者状況や活動報告 ヒヤリ・はっと 事故報告 意見交換を行っている。 | 自治振興会長や市の福祉課、家族代表の他に利用者が参加することもある。最近ではITの活用や補助金のことが話題に上がり、情報共有が図れたことにより職場環境の改善へとつなげている。                |                   |
| 5           | (4) | ○市町村との連携<br>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 地域包括支援センター主催のグループワーキングや各種研修への参加し情報交換を行っている。介護相談員の受け入れの依頼が昨年はなく、依頼依頼があれば受け入れていきたい。              | 市が段取るワーキンググループ主催の研修に参加したり、会合で情報交換を行なっている。それ以外にも事業者の連絡協議会や運営推進会議でも市とのコミュニケーションの機会があり、随時協力しあう関係が構築されている。 |                   |
| 6           | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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ており、普段からの業務で身体拘束や不適切なケアなどないか振り返っており、施設内での勉強会を行い職員間の意識統一・向上を図っている。                     | 定期的な委員会を開催し、事故の検証など行なっている。また、年に1度は職員に身体拘束に関するアンケートを行い、身体拘束をしない取り組みを行なっている。今年度の勉強会ではスピーチロックに関する内容を行った。  |                   |

| 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 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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     | 施設内研修や毎日の業務の中で不適切なケアがないかカンファレンスにて話し合っている。                                |                                                                                                                                |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 成年後見人制度を利用している方がおられる。施設内でも権利擁護について学ぶ機会を設け取り組んでいきたい。                      |                                                                                                                                |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                      | 入所時に契約書、重要説明書で説明を行っており、入所後も疑問 不安なことがあれば、その都度対応している。                      |                                                                                                                                |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | 玄関にはご意見箱を設置している。家族からは面会時や電話連絡するときに意見・要望を聞き取り、利用者からは日常生活の中から聞き取り情報共有している。 | 家族からの意見は面会時や電話で要望を聞くことが多い。また、本人には利用者アンケートを行った。アンケートでは自宅に行きたい、外出したいなどの要望があり、その方の自宅周辺にドライブすることにつながった。                            |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | 日頃から職員とのコミュニケーションを大切にしている。働きやすい環境づくりに業務を見直し、職員と話し合い実施している。               | 管理者が日ごろからスタッフに声をかけ、積極的にコミュニケーションをとるようにし、その中で意見が上がってくる。プライベートな相談は事務所にて行い対応している。相談内容によっては管理者から施設長へ相談を行い、相談への返答は書面等でフィードバックされている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | 管理者が必要に応じて面談の機会を設け、職員の要望を聞き入れ報告している。                                     |                                                                                                                                |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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      | 職員一人ひとりの能力 経験に合わせて外部研修に参加しスキルアップに繋げている。                                  |                                                                                                                                |                   |

| 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<br>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 | 社会福祉協議会主催の研修に参加し地域の事業所の方々との勉強会に参加し意見交換している。                                                       |                                                                                                                    |                   |
| <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<br>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           | 入所前からの情報などケアマネジャーからの情報を提供して頂き、入所後は、本人が施設での生活を不安なく過ごせるように本人の意向・思いを聞き取り、コミュニケーションを取っている。            |                                                                                                                    |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 入所前に施設見学をして頂いたり、現在困っていることや不安なことを伺っている。入所されてからは施設での本人の状況、様子など伝え家族が安心して頂くよう努めている。                   |                                                                                                                    |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 入所前に頂いた情報をもとにアセスメントし利用者一人ひとりのにあったプランを作成。どのような支援が必要か検討し、必要なサービスが見出せるよう努めている。                       |                                                                                                                    |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 自分でできることは継続して行っており、できないところは職員と一緒にいるなど共に生活する関係づくりをしている。                                            |                                                                                                                    |                   |
| 19                         |     | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>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                   | コロナ感染対策のもと、家族との交流の場を設けている。感染状況により電話 ビデオ通話を通して近況報告 相談など家族との情報を共有している。                              |                                                                                                                    |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | コロナ感染対策のもと家族 親戚 親しい知人など面会ができるようにしている。また、希望があれば外出 外食もできるようにしている。月1回の移動図書館の利用や家族送迎にて馴染みの美容院へも行っている。 | 感染対策のもと面会を行なっている。また、事業所にかかってきた電話を取り次いだり、年賀状が届いたりこれまでのつながりを継続させている。また、獅子舞が訪れたり、地元のごんごん祭りに出かけたりなど地域の馴染みとのつながりを続けている。 |                   |

| 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                                                                            |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 本人の思いを尊重し、居心地の良い環境をつくり、利用者同士のトラブルが起きないように座席の配慮したり孤立しないように、職員が間に入ったりしている。                                                                                                                                      |                                                                                             |                                                                                              |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 契約終了後も、家族からの相談があればいつでも応じられるように努めている。                                                                                                                                                                          |                                                                                             |                                                                                              |
| <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<br>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                                           | 日々の関わりの中で、会話や表情などから本人の思いをくみ取るようにつとめている。利用者の思いや要望は職員間で話をして共有し、送りノートやケース記録にも記載して確認できるようにしている。また、3～6カ月ごとの計画の見直し時に本人の意向を確認し、ケアプランに意向を記載している。希望や意向の把握が困難な場合は、今までの生活習慣などから本人が求めていることを推測したり、家族から話を聞いたりして意向の把握に努めている。 | プラン作成時に本人に直接聞き取ったり、日常のやり取りの中で意向を把握している。また、利用者には年一回の意向アンケートを行い、その中から自宅へ帰りたいなどの思いを汲み取ることもあった。 |                                                                                              |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメントの生活歴や家族 本人に聞きながら、これまでの生活の把握に努め職員間で共有できるように努めている。                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                              |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | 一人ひとりの生活のリズム 心身の状態など日々の記録をモニタリングし、情報の共有を図っている。                                                                                                                                                                |                                                                                             |                                                                                              |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 利用者や家族の要望のもとに、カンファレンスやサービス担当者会議の際に職員で話し合い、ケアプランに反映させている。必要に応じて、主治医や訪問看護師、作業療法士からも意見を伺っている。毎月、担当者がモニタリングを実施し、3～6カ月おきに計画を見直している。状態に変化が見られた場合も、その都度見直しを行っている。                                                    | 面会時や電話で確認した家族の意向をもとにカンファレンスを行い、プランを作成している。評価は毎月担当の職員が行い、6か月ごとに担当者会議を開催し見直しを行なっている。          | 担当者会議当日は参加していないが、利用者や家族の意見も電話や対面で確認し反映させていること、また、職員全員で確認し情報共有していることがわかるように、今後の記録や回覧方法に期待したい。 |

| 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 |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                                     | 日々の記録はタブレットを活用している。また、職員間での申し送りノートにも記録 共有し適切な対応、本人が安心できるケアを提供できるように努めている。                                 |                                                                                            |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | 2ユニット合同で施設行事など参加している。一人ひとりのニーズに合わせ家族や本人と外出の機会を設け支援している。                                                   |                                                                                            |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域ボランティア 隣接しているこども園との交流 散歩 買い物など地域住民と交流がもてるよう務めている。                                                       |                                                                                            |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | 本人家族が希望するかかりつけ医に定期的に訪問診療してもらっている。家族と定期受診に行く際は、状態など記載したものを書面又はファックスで情報提供している。家族が希望される場合は、職員が付き添い現状を報告している。 | 希望するかかりつけ医に受診してもらっている。家族との外来受診時には事業所で準備した書面を持参いただくか、事前にFAXを送り状況を伝え、家族を通じて受診内容を確認している。      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 週1回、訪問看護師による健康チェックや、緊急時にも相談対応してもらえるよう体制を整えている。                                                            |                                                                                            |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には医療関係者と連携を図り、本人の情報交換を行っている。退院後も速やかに施設での生活に復帰できるよう支援している。                                              |                                                                                            |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 契約時に、重度化や終末期の説明を行っている。看取り期になった時は改めて説明し家族の同意をもらっている。家族本人の望む支援に取り組むため、主治医 訪問看護師 事業所が連携を図り支援できる体制がある。        | 看取り指針を入居時と看取り期に説明し、同意を得ている。看取りのマニュアルも整備され、看取り期の計画書と記録は別書式で残されている。看取り後はカンファレンスで振り返りを行なっている。 |                   |

| 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 |
| 34                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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           | 普段から情報共有をし緊急時の手順とマニュアル 情報シートをファイルにまとめている。また、救命救急講習会にも参加している。                                                             |                                                                                               |                   |
| 35                              | (13) | ○災害対策<br>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回の火災訓練 水害避難訓練を実施。火災訓練では、消防士指導の下行っている。今回は夜勤想定にて初めて行った。消防署への通報、火災報知器の止め方を全職員が周知している。非常災害時の対応として出勤していない職員にはメールにて送信連絡している。 | ハザードマップでは洪水エリアに該当、令和6年能登半島地震の際は実際に隣接することも園の2階に避難した経験もある。自治会長を通じて地域との協力関係の相談も行なっている。           |                   |
| <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<br>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                   | 一人ひとりの個性を生かし本人らしく過ごせるように日々の生活の中で言葉がけ、否定しない 自尊心を傷つけない対応に努めている。                                                            | プライバシーの勉強会を開催し職員に意識づけをしている。それ以外にも職員会議で言葉がけに対しての話し合いをしたり、排泄チェックシートが利用者の目に触れないように置き場を配慮したりしている。 |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 押し付けることなく、環境を整え自分で選択 決定できるように声掛けをしている。                                                                                   |                                                                                               |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 一人ひとりのペースや体調を考え希望に沿い寄り添いながら支援している。                                                                                       |                                                                                               |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その人の個性を大切に、身だしなみができるように心掛けている。また、自身で整容が難しい方は職員が声をかけ一緒に行っている。                                                             |                                                                                               |                   |
| 40                              | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食材は地域の商店から仕入れている。旬の食材を提供し季節を感じてもらう。利用者のリクエストも取り入れメニューを変更している。野菜の皮むきや盛り付けを職員と共に行っている。                                     | 食材を地域の商店から仕入れ、食事を手作りしている。利用者と野菜の皮剥きなどの調理を行ったり草餅を作ったりしている。誕生日などは希望のものを提供し、旬のタケノコを食べたりしていた。     |                   |

| 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 |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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              | 一人ひとりの食事形態や食事量のチェックしている。毎月体重測定を行い、栄養状態が不十分な方は主治医訪問看護師に報告相談し栄養補助食品を提供している。                 |                                                                                          |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                      | 毎食後 一人ひとりに応じた口腔ケアを実施している。磨き残しのある方は声掛けや職員が手伝い清潔保持に努めている。状況に応じ訪問歯科を利用し治療、ケアを行っている。          |                                                                                          |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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       | 利用者の排泄状況を記録しており、一人ひとりの排泄パターンを把握している。自発的にトイレに行かない方には、その方の行動 しぐさなどのサインを逃さないようにして排泄支援を行っている。 | 排泄チェックシートで個別の排泄パターンを確認し対応している。排泄が自立できるよう自室にポータブルトイレを設置したり、トイレ位置の案内を工夫したりなどの支援を行なっている。    |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 個々の排便状況を把握し下剤での調整 水分補給 適度な運動を行っている。便秘気味の方はヨーグルト 牛乳など提供をしている。                              |                                                                                          |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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回の入浴を基本としており、安全に入浴できるよう入浴前には、バイタル測定 体調 気分などの健康状態をしっかりと確認し実施している。また、身体状況に応じたリフト浴も行っている。  | 職員と1対1でゆっくり入浴いただいている。リフト浴もあり、身体介助が必要な方もゆっくり入浴いただけるように整備されている。時節の折には菖蒲湯やゆず湯などで楽しんでもらっている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                        | 一人ひとりの生活のリズムや本人の希望に合わせて自室にて休息している。不安な気持ちにならないよう声掛けしたり室温の調節や照明にも注意し安眠できるよう支援している。          |                                                                                          |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                   | 薬剤情報を個別にファイルしており、職員が薬の内容を確認できるようになっている。薬の変更時には症状の変化に注意を払っている。薬のチェックは職員2人で確認し、ダブルチェックしている。 |                                                                                          |                   |

| 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 |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                                                  | 一人ひとりに合った作業を提供している。また「楽しかった」と感じてもらえるよう、レクリエーションやイベントを企画している。                  |                                                                                                    |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | その日の天候状況によってドライブしたり、施設の周りを散歩している。家族の希望があれば感染対策をしっかりととり外出し、家族との交流を大切にしている。     | 植物園や二上山、雨晴海岸など日常からドライブに出かけている。また、食材を買いにいくのに一緒にスーパーに出かけたりもしている。散歩も日常となっており外の空気に触れる機会を作っている。         |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | 預かり金は極力預かっていない。本人が欲しい時には事前に家族に連絡して、職員と一緒に出掛け近くのコンビニやスーパーへ行き立て替えて購入している。       |                                                                                                    |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 家族友人からの電話をかけてこられた際には対応している。携帯を所持している方は自由に話をされている。手紙のやり取りなど苦手の方もおり、支援している。     |                                                                                                    |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節にあった壁紙 花を飾ったりして季節感を味わってもらっている。換気 空気清浄機 加湿器 エアコンなどで温度調節し居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 六角形の特徴的な建物の形をベースとしており、中は梁やテーブルなど木材の温かみを感じられる作りになっている。天窓から自然光が差しこみ、壁には季節ごとに作成されたちぎり絵が飾られ、楽しむことができる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | フロアでの座席の配置は気の合う方々と同じテーブルになるようし穏やかに楽しく過ごせるよう工夫している。                            |                                                                                                    |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 入所時に利用者の希望に応じてテレビや日用品 家族写真を持参している。安全に快適に生活できるように同線を考えてベッドの位置や物品を配置した工夫をしている。  | 家族の写真や自分の作品を飾ったりして、それぞれが居心地よい部屋を作っている。また、人によってはテレビなどを持ち込んで、生活しやすいようにカスタマイズされている。                   |                   |

| 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 |
| 55 |    | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | 共有トイレ 居室場所などに表示をつけ利用者が認識しやすいように工夫している。安全にフロア内を移動できるようにテーブル 椅子の設置、動線上に障害物を置かないように環境整備に努めている。 |      |                   |

## 2 目標達成計画

事業所名 ケアホームまどか

作成日： 令和 7年 5月 28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   | 利用者や家族の意見を電話や対面で確認し反映させる。また、職員全員で確認し情報共有したことがわかる記録や回覧方法がうまくできてない。 | 利用者や家族の意見 意向を聞き取り、ケアプラン評価表にて欄を設け、職員全員が情報を共有できている。 | ケアプラン評価表の中に利用者や家族の意見意向を記入する欄を設けて職員全員が閲覧できるようにする。カンファレンスの際にも共有していく。 | 6ヶ月        |
| 2        |      |                                                                   |                                                   |                                                                    | ヶ月         |
| 3        |      |                                                                   |                                                   |                                                                    | 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。

### 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<br>( ↓ 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( )                                             |