

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	1691000028		
法人名	株式会社 せせらぎ		
事業所名	グループホーム 柿の華		
所在地	富山県南砺市高宮5106		
自己評価作成日	令和6年9月10日	評価結果市町村受理日	令和6年11月8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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=1691000028-00&ServiceCd=320
----------	---

【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6年9月24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)】

事業所の周辺には田んぼや畑があり、四季を感じながらゆったりとした気持ちで生活することができるようにしています。家庭的な雰囲気の中で、洗濯物を干したり、たたんだり、食事の準備をしたりするなど、利用者が自身の出来る事を活かして、役割を持ち出来る限り自立した日常生活が過ごせる様に、職員は見守りながら、必要な支援を行っています。

外出や行事の写真を毎月、季節の飾りと一緒に貼り替え、楽しい時間を思い出したり、他の利用者と話したりして、次の外出先や行事の楽しみを持って、生活の質を向上できるように支援しています。

【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)】

地域とのつながりを保ちたいということや、利用者個人に寄り添うという理念のもと支援を行っており、利用者はゆったりと穏やかな表情で過ごしている。事業所の運営には運営推進会議を重要視しており、時間をかけて行っている。また、参加人数が多く、会議記録は丁寧にまとめており、開示されている。代表者管理者ともに介護現場に実践者としてかかわっている。

敷地内には自家発電装置を設置しており、緊急時に備えている。

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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外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				

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	地域密着型サービスとして、これまで暮らし続けてきた地域の中で生活しながら、人や自然と関わり合い、また地域行事への参加が途切れることなく行えるような理念の実践に取り組んでいます。	理念は、地域とのつながりを深めることを目的に、3つの項目で具体的に文章化されている。事業所内に掲示されており、職員や家族など誰もが共有できる。職員は理念の内容をよく理解し、日々の介護支援に生かしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	今年から地域のお祭り【熱送り太鼓】がホームへ回ってきてくれて、6名の方が太鼓を叩いてくれました。また感染症対策(密集を避ける)を行いながら、地域の動物(山羊)との触れ合いや、花畑の見学に行き、その際に地域の方に会々と声をかけていただけています。近隣の方の畑で採れた野菜や果物を持ってきていただける事もあります。	事業所はゆったりとした農村地域に位置しており、敷地内の活用でいろんな行事もできる。地域行事の来訪もあって利用者の喜ぶ顔も見られる。災害発生時に備え、自家発電装置を敷地内に設置した。利用者への声掛けや野菜などの差し入れなど地域住民とのつながりも増しつつある。	各種の災害が多発している現在において、できるだけ多くの地域住民の協力が大切である。BCPをもとに地域とのつながりをより深めていくことが望ましい。
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	認知症について運営推進会議を通し、症状と対応した内容を伝え理解を得る様にしています。「こういった場合は？」と相談があれば必要なケア方法や対処(連絡先やサービス種類など)を伝えていきます。その際に相談や頼み事があれば、出来る限り直ぐに相談にのるように心がけています。		
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	2ヶ月に1回開催し、利用者の状況や状態、行われた行事や今後の予定等を話し合っています。家族・地域包括・民生委員・区長又は副区長・地域代表の方・損害保険担当者等の意見を聞きながらより良い生活が送れる様にしています。ご家族の方からの意見が得られるよう運営推進会議への参加を毎回促しています。コロナも収束してきた事で、家族さんの参加もしやすくなり家族の視点からコロナ対応も含めてサービスへの意見を取り入れられる様に心掛けています。	敷地内の建物で2ヶ月ごと定期的にコロナ感染の影響を受けにくい会場で開催されている。参加者人数が多く、2時間程度かけて運営状況報告や意見交換がなされる。会議記録は丁寧にまとめられており、職員の他、誰でも閲覧できるように開示されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	不明な点がある時には、市の地域包括ケア課・砺波介護保険組合に連絡し相談しています。市職員の方には運営推進会議にも参加していただいているので会議の中で相談しています。	市の担当職員には毎回、運営推進会議に出席してもらい事業所の運営についての理解や助言・相談をお願いしている。介護相談員2名の派遣も毎月受けている。日常で相談があればその都度連絡できるような関係を大切にしている。	

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
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	年に1回は研修を行い職員がお互いに再確認し、身体拘束がやむを得ない時以外に起きない様に話し合っています。 夜間以外は玄関等も施錠せず出来るだけ見守り等に対応し安全に配慮しています。2カ月に1度は、身体的拘束適正化委員会を開催しチェックを行っています。	「身体拘束とはどんなことか」ということを職員間で共通認識した上で、身体拘束適正化委員会の開催、職員研修、専用のチェック用紙により職員は自己評価を行っている。理念に沿った介護実践を日常的に心がけている。	
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	年2回の研修を行い虐待について再確認を行い、日々のケアの慣れや多忙から虐待に発展してしまう事がない安心して生活を送っていただける様、言葉使いや行動に気を配るように職員全員で話し合っています。また、2カ月に1度の身体的拘束適正化委員会において、虐待防止を伝えるようにしています。		
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	制度については、職員に理解・経験の差があるが、外部研修などを利用し学ぶ機会を作り理解を深めるようにし、問合せ等の対応は知識のある職員が対応し、必要に応じて地域包括支援センター等、関係機関に相談しながら活用の必要な方に支援する対応としています。		
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	契約時には必ず重要事項説明を行い、直ぐに契約せず一度自宅で重要事項と契約書の内容を再度ご確認ください。その都度分からない所や不明な所等を、納得・理解出来るまで確認していただいています。また、事前にホームを見学していただいたり、不安や疑問点についても、随時お答えできるようにし、ご家族・本人の理解を得た上で契約・同意していただいています。利用された後でも不明な点については随時対応しています。		
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	利用者の普段の会話以外にも、表情や動作、話し方等で心境の変化や思いや願いが見受けられた時は、利用者が話しやすい職員と1対1で話し合い、意見を聞き出せるようにしています。家族の方にも面会の時や運営推進会議、会議終了後、意見や要望が聞けるようにしています。家族の意見を聞ける家族会はコロナ以降中止となり行っていません。	利用者の目線に立つことを理念とする観点から、利用者の気持ちをくみ取れるよう職員全体で取り組んでいる。家族には運営推進会議の参加を毎回呼び掛けている。	
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	今年度からは1か月に1度は会議を行い、その都度職員の意見を聞くようにしています。また、日々の気付いた事に関しては、先延ばしにならない様に、朝・夕には代表者又は管理者がケアに携わっているその都度確認出来るようにしています。それでも時間が合わない場合は申し送りノートやグループLINEを使用して意見交換を行っています。	代表者および管理者は日勤、夜勤ともに現場で介護を実践しているため、身近に職員と意見交換できる。職員全員と情報を共有するという目的でグループLINEを活用している。	

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
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	管理者との話し合いや個々の職員と面談を行う事で、一人ひとりの現状を把握し、今後のケア内容や思いを話し合うようにしています。個別の職員の思いや悩みなどまとめ、職場環境・条件の整備に努めています。キャリアパスを行い、年2回の自己評価をしてもらい、自分自身の気づきと向上心、また自身が向上する事で給料や手当が増額し、やりがいをもてるようにしています。		
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	外部研修に参加したい職員には積極的に参加してもらえるよう研修費用の負担や勤務の調整を行っています。またその研修の資料や内容を全職員見られるようにファイリングし、いつでも確認できるようにしています。研修で学んだ事を、業務の中で活かせるように代表者・管理者・研修担当者が他の職員と一緒にケアしながらその都度伝える様にしています。施設内の研修を月1回行い、日頃の疑問等を話し合える様にしています。		
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	地域ケア会議や地域リハビリテーション研修会へ参加し交流を図っています。分からない事は他施設の同業者の方へ連絡を取り、お話を聞きながら教わっています。コロナの為、中止となってしまいましたが他のグループホームさんとの施設見学、意見交換による質の向上を行う予定もありました。		
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	ホーム利用希望の相談があった時は、必ずご本人とお会いして、要望や利用にあたっての不安等を聞き、実際に生活するホームを見て生活のイメージを感じていただく事で、出来るだけ不安が少なく、ご利用いただけるように心掛けています。ご本人とご家族の意見の違いについても出来るだけ話し合って解決出来るようにしています。必要に応じて何度でもホームを見学していただき、ホームの様子や雰囲気を覚えてもらえるようにしています。		
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	初期の段階でまずホームを見学していただき、当ホームとして出来る事と出来ない事をお話しし、ご利用者の生活に合っているか、生活の方向性を確認し、場合によってはその方に合うグループホームや他にも合うサービスがないかをゆっくり話をしています。		

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
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	電話や来所にて相談を受け、ホームの利用が出来ない状況であったり、当ホームでは対応が難しいと判断した時は、他のグループホームやサービスを紹介したり、協力施設に希望するサービスがあれば利用状況を聞き、紹介やアドバイスをしたりしています。		
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	ご利用者の方の能力に応じた生活作業を行い、難しい部分は他の利用者や職員が補う様にしています。出来る方が困難な方の支えとなり、互いに協力して生活を送っています。また昔から行ってきた事や得意な事を教えてもらうなど、会話を通して関係作りを行い、得意な事などを生活作業に取り入れる様にしています。		
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	ご利用者の状況により必要に合わせてご家族と連絡を取り合い、心配事や頼み事等をご家族に無理がかからない程度で、本人の為に出来る事を相談しより良い解決方法を検討するようにしています。また面会時にはご利用者の状況を伝える他に、ご家族様の思いなども気軽に話せる様にしています。 本人・家族・職員が一緒に食事を楽しみ、気軽に相談や悩みが話せるように家族会（食事会）も行っていました。が、現在まだ再開には至っていません。		
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	ご利用者が友人宅・同窓会・冠婚葬祭・行きつけの店・行きたかった場所等に希望が出た場合は、家族と相談しながら対応を検討しています。友人など第三者が関わる場合には連絡し了解を得てから一緒に同行し、出来るだけ疎遠にならないように支援しています。地域の祭り、買い物等へ出かけ、地域の方と会える場を作っています。現在はコロナで買い物は行っていません。	コロナ感染発生前ほどではないが、家族の希望があれば適宜対応している。訪問美容、訪問販売などを利用したり、戸外散歩や近隣へ積極的に出かけるように努めている。	
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	利用者同士での会話や職員を含めて皆で会話をする場面がありますが、その方の状態や気分を考慮して行うようにしています。毎日一人ひとりに声掛けをするように心がけ、また一人で過ごす時間も尊重しつつ、あまり一人の時間が長くないようにしています。		

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
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	ホームが開催する家族会(食事会)へ招待する事で参加していただいたり、野菜や果物を持って遊びに来てくれる方も居られます。また近隣に来られた時や法要後に訪ねて来てくださる方も居られ、利用者様の生前の思い出を語る事が出来る場所にもなっています。コロナ以降は気軽に立ち寄る事も出来ず疎遠になりつつあります。		
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					
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	話の内容や表情から、その方の思いを把握し小さな変化を見逃さない様に意識している。職員には話さない利用者同士の会話からも把握できるようにしています。また意見や思いを聞いた際には職員同士が共有できるように記録に残し、重要な事はグループLINEや申し送りノートを活用したり、直接管理者に話したりすることで他の職員に伝えてもらう様にしています。	入所時に本人や家族から情報を収集している。意思疎通が困難な場合は表情やしぐさ、行動などで検討している。申し送り時、職員で話し合い意見を交換し全職員が利用者の把握に努めている。	
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	入居の際に関係先(主にケアマネジャー)からの情報提供と、本人・ご家族からの聞き取り・情報提供を頂いています。これまでの様な生活をされていたのかを把握し、可能であれば今まで生活していた様子を確認したり、実際に行動していただいたりしています。		
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	一人ひとりの行動や言動をよく観察して生活のリズムを把握するようにしています。変化が見られた場合には何が原因で出来なくなっているのか、必要な声掛けや支援、場合によっては一部介助などを、その都度検討し出来ないから止めるでは無く、出来る所まで取り組んでいただく様に方向性を決めています。		
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	計画見直しの際は、家族の面会時や受診等の来所の際に、モニタリングした結果、日々の生活の過ごし方を伝え、意見をもらえる様に話し合っています。本人の希望や思いを知っていただき、より良い生活を過ごせる様にしています。職員も計画を確認して現状の支援が合っているかを日頃から考え、自身が考えるケア内容やアイデアを意見として反映できるようにしています。	管理者、ケアマネジャー、全職員でモニタリングを行い一人ひとりのケアについて話し合っている。家族や医師からは事前に意見を聞き、担当者会議で介護計画の評価について話し合い、本人や家族の思いに沿った支援に努め介護計画を作成している。	

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
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	個人記録は食事水分量・排泄・日常の様子等を本人が発した言葉・行動をそのまま記録するようにしているので、その時に何があったのか、対応や関りによってどのような反応があったのか等やり取りが分かるようにしています。また、記録は職員がいつでも閲覧できるようにしており、ケアの振り返りや介護計画時の検討にも活かしています。		
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	本人の要望や思い、ご家族の要望等に応じられるように勤務者数を変更したり、時間を調整したりしています。急に職員が必要な時は、可能な限り対応出来るようにする事で柔軟に支援できるようにしています。		
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	運営推進会議にて民生委員や区長・地域代表より地域資源についてアドバイスをもらい活動や行事への参加を行っています。またご家族やご親戚、友人の面会の方から、親戚や友人にボランティアを行っている方を紹介いただいたりして楽しみを増やせるようにしています。		
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	利用者が希望する病院への受診は基本的に家族の方をお願いし継続されています。ただし都合が悪い時や緊急時には職員でかかりつけ医への受診や往診を行っています。現在は往診以外でも緊急時に日中夜直ぐにかけつけてくれる当ホームの協力病院をお願いされている方が多いです。	かかりつけ医には家族と受診されている。家族から受診の結果報告を受け全職員に周知している。緊急時は協力医の往診を受けられる体制を築き、支援に努めている。	
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	担当医院の医師・看護師にいつでも相談できるようになっています。また、訪問看護ステーションとの契約にて、支援協力をしてもらっています。		
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。	1～2ヶ月間の待機期間を設ける事で、またホームへ戻ってこれるという安心感が持てるようにしています。入院中の本人の状態をご家族や医療連携室への電話連絡などを利用し確認しています。退院がスムーズに行われる様に、ご家族・地域連携室・その他関係者との相談により、必要になるであろう対応方法や品物を事前に揃えるようにしています。		

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
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に、医療行為が行えないことや、今のホームで対応出来る在宅医療などを伝え、どの様に最期を迎えるか、望まれているかを確認しています。またその内容は担当医院に伝えて、重度化や終末期には当ホームとしてどう対応出来るかを話し合っています。実際に終末期に近付いた時には、再度本人・家族・担当医・職員にて話し合い、よりよい選択を確認しています。また、いつでも本人や家族の希望に合わせ変更できる事も伝えています。	入所時、延命治療は行っていないことを説明している。コロナ禍からは居室での面会は断っている。玄関先のマスク着用での5分の面会と、窓越しからの面会がある。看取りは行っているが、希望があれば本人や家族と話し合っており、医療機関や自宅で看取りができるように支援を行っている。	
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	訓練は定期的には行われていませんが、外部にて講習を受けた職員が施設内研修を行ったり、マニュアルにより管理者と主治医への連絡を、戸惑うことなく速やかに対応出来る様にしています。配置薬を備えており、必要に応じて応急手当をしています。		
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	マニュアルや計画を確認しながら話し合うようにしており、BCPの作成により万が一の際に自身が何を優先し、どう動くのか等、担当割りなどを確認し見直しを行っています。運営推進会議等でも地域の方に災害時の協力をお願いしています。避難訓練を年2回行い、うち1回は消防の方の立会訓練を行っています。職員は極力参加し、参加出来なかった職員にも訓練の報告と確認をしています。	年2回、地震発生後の火災を想定した避難訓練を実施している。また、その中で食堂から中庭にでる訓練も行っている。災害、感染症のBCPを作成している。災害時要支援者施設として地域の方の受け入れを可能としている。今後、区長や地域の方と話し合っており協力体制の構築を検討している。	区長や地域の方との話し合いの場を設け、地域との協力体制を築いていくことが望ましい。
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	一人ひとりに合った声掛けを行い、本人が好ましくないと思っている会話などは避けています。また家族に相談し気分を害する会話・人・場所を知っておくようにしています。	個人情報を守るよう個人情報保護方針を事業所内に掲示している。また、言葉遣いに気をつけて対応している。お便りに載せる写真などは、家族に確認して掲示している。	
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	本人から思いや希望を口に出された時は、その思いや希望を叶える為に必要な物や支援等をゆっくりと伝えながら、自身で決めていける様にしています。		
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	基本的な一日の流れはありますが、利用者一人ひとりに合わせた時間配分等によって、家事や作業を行っています。本人の気持ちを尊重し一人ひとりが自由に過ごせるようにしています。		

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
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	外出時・入浴時・着替え時等本人の意向で決めています。外出時には急いで準備する事の無いように、余裕をもって日時を伝え、本人が納得の出来るおしゃれになるまで待つようにしています。2ヶ月に1度の訪問理美容サービスを、希望する方は利用しています。コロナ前は、ご家族と一緒に馴染みの理美容院へ出掛けられる方もおられました。		
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	コロナ感染が始まってから黙食となり職員からの声掛けは最小限となり食事中は物静かですが、食事前はご飯の内容を伝え、食べ物の好き嫌いの会話等を楽しみながら、盛り付けや、テーブル拭き等の食事の準備をし、食事への認識、関心を高め、食後も食器洗浄やテーブル拭きを行い、食事の感想や美味しかったという満足感を感じてもらえる様にしています。また季節行事に合わせて行事食なども提供して食事に楽しみを持てる様にしています。	一部チルド食品を用いた献立もあるが、利用者と一緒に畑で採れた野菜を使った手作りの献立も併用しており、栄養バランスを考慮した献立になるよう工夫している。また、季節にあったおやつ作りを楽しんでいる。	
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	本人の状態に合わせ量を調整し、最後まで残さず食べたと感じてもらえる様にしています。またキザミやムース等、本人の摂取状態から本人、家族、嘱託医と相談し、食事形態を変更して最期まで口から食べる事を心掛けています。水分は毎食、15時にはお茶、10時にはココア、コーヒー、ジュース等数種類から選んで飲まれ、水分量は記入し不足分は1日の中で摂取してもらえる様にしています。		
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、口腔ケアの声掛けを行い見守り、声掛け、一部介助、全介助を能力に合わせて行っています。夜間に関しては口腔ケア後に、義歯の漬け置き、マウスウォッシュの使用を職員が支援、介助を行い口腔内衛生を心掛けています。口腔状態が悪化してきた際には協力歯科医による往診により確認してもらう事も出来ます。		
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	トイレ時間を記入し、排泄時間の間隔・一日の平均回数を把握して支援を行っています。夜間トイレに間に合わないことがになり、眠れないと相談された方には(寝ている時に部屋へ入って来られるのは嫌という事から)夜間のみポータブルトイレを設置し排泄の失敗と夜間不眠の解消する等、本人に合わせて支援しています。また自宅でポータブルトイレを使用していた方でも、トイレまで誘導が可能と判断出来た場合は、本人・ご家族に相談し了承を得てトイレでの排泄を支援しています。	タブレットにて排泄の記録を行い、全職員で共有している。利用者の自立に向けて積極的にトイレ誘導を行っている。不眠の解消や、転倒防止のために夜間はポータブルトイレを使用し、個別の対応をする場合がある。歩行が困難な利用者が毎日のトイレ誘導で歩けるようになった事例もある。	

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
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	食材の工夫を心がけ、食事量、食物繊維や水分を多く取ってもらえるようにして、朝食時には乳製品(ヨーグルト、ヤクルト)の摂取を行っています。また飲み物は数種類を用意し飽きがこない様にしたり、身体を動かし腸の活動がよくなる様に心掛けています。		
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	基本的な曜日や時間帯が決まっていますが、希望があれば入浴の回数、午前・午後、曜日の変更が出来る様にしています。危険が無いように出来るだけ見守りを重視して対応し、出来ないところを支援しています。また一人で入浴したいと言われる方には家族に相談し了解を得た上で見守りを行いながら一人で入浴を楽しまれています。	週2回以上、利用者の希望に応じて入浴を楽しめるように支援している。車椅子の方も個浴でゆっくりと入浴を楽しめるように介助者2名で支援している。羞恥心がある利用者には同性の介護者が付き、一人ひとりに寄り添った支援をしている。	
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	一人ひとりに合った生活習慣に合わせて休まれています。特に就寝時間なども決めていないため、1日の終わりに新聞を読み返す、ニュースを観る、1日の出来事を記入する等、一人ひとりが自身の時間で休まれています。		
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	薬剤情報を職員は必ず確認し、効果と伴う副作用を把握する様にしています。必要に応じていつでも再度確認できるようにしています。服薬の際には、職員より手渡しし、服薬できているかを確認しています。		
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	家事・外作業等一人ひとりがこれまで自宅で行ってきた事を、そのまま役割として行われています。本人の経験・知恵を発揮できる様に得意な畑仕事や、編み物、書き物などを行い、その都度本人の気分がよくなる言葉を伝えています。出掛ける事が楽しみな方も居られ、外出を多く取り入れて気分転換につなげています。		

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
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	本人の気分や雰囲気に応じ、ドライブへ出掛けようとしています。また散歩や畑に行きたいと希望があれば、出来る限りその時に一緒に行くようにしています。本人の希望やTV・会話等で話が出た行ってみたい場所には、一度職員が下見に行き、移動距離・歩く距離・段差・トイレ等を確認し、支障がないと判断した場所にはご家族の許可を得て行くようにしています。またご家族との外出の際には本人の現在の状態、対処方法などを伝えています。本人・ご家族が不安を感じずに外出できるようにしています。	利用者の希望で城端のむぎや祭りやひまわり畑を見に行ったり、福光のコスモスや牧場のヤギを見たり、触れ合ったりしている。また、喫茶店にパフェやかき氷を食べに行き、楽しんでいる。	
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	コロナ前は一緒に買い物に行き商品を選んでもらったり、自分の欲しい物を購入してもらえる様に支援を行いました。また外出時にお土産を購入されたりし、お金を使用する機会を作っています。また、月2回、訪問販売も取り入れ、自分のペースでお金の支払いができる機会を設けています。		
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	月末には、家族にあててひとことメッセージを書いて送ったり、ハガキや手紙の返事を書いてポストへ投函する支援を行っています。また携帯電話の操作が出来ず、職員が支援する事で家族や親族との会話を楽しまれておられます。また面会時に手紙のやりとりを行われる方もおられますので、次の面会時までには職員と一緒に手紙を仕上げる等の支援を行っています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の草花や飾りを取り入れ、壁面パネルに今月・先月の写真を展示したりしています。季節にあった飾り付けを行い施設の中でも四季を感じられるように行っています。温度計・湿度計を確認して、不快にならない様に室内を調整しながら、施設や病院と感じるよりも自宅で過ごしているように感じて頂けるよう、自宅にありそうな物以外は極力目に付かないようにしています。	食堂兼居間は利用者の一番落ち着く場所である。そこには季節ごとの思い出の写真が飾られており、利用者のいきいきとした姿が見られた。写真はプライバシー保護のため、事業所内での掲示にとどめている。日中は装飾づくり、タオル畳みなどの作業をしている。毎年、神主がお参りに来られ絵馬を書いて奉納している。	
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	食堂と居間にはテーブルとTVを配置し、気の合う方のみで離れて新聞を読んだり、TVを観る事が出来る様にしています。少し他の方から目の届かない角の位置に椅子を設置し、気の合う方同士で話しやすいようにもしています。		

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
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	入居の際に、自宅より家具やタンスなどを持参していただき、本人・ご家族と一緒に配置を決めています。中には、写真やカーペットなど使い慣れた物を持参される方もいらっしゃいます。	能登半島地震から危険と思われる物は持ち込まないように本人や家族にお願いしている。居室でテレビを観たり、それぞれ自由な時間を過ごしている。	
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	一人ひとりの出来る事・出来ない事を見極めながら、職員が先読みしてしまい先に手を差し伸べる事を控え、まずは急がせず見守りを行い、本人の不都合や難しい場面にのみ支援を行い、出来る事を安全に行なってもらえるようにしています。座る場所の配慮や使いやすい道具、安全に運べる空間作り、その方に合った量の調整等を工夫しています。		

目標達成計画

作成日：令和 6 年 11 月 8 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	(2) (35)	地域とのつながりを広げ、災害時の協力体制構築 する必要がある	万が一に備えて相互作用で協力体制作りを行 う	運営推進会議等を活用して、事業所の自家発電 装置や備蓄品について自治会長や民生委員に情 報提供を行い、災害時に事業所として協力出来る 内容を伝える事で協力体制を構築していきたい	12ヶ月
2				認知症高齢者が居住している事、協力が必要な 事を、地域の方にお会いする機会がある度にお 伝えし協力をお願いしてみる。地域での災害訓練 等があれば参加する旨を伝え可能であれば参加 していきたい	12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。

(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	☐ 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
	☐ ②利用者へサービス評価について説明した
	☐ 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
	☐ 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
	☐ ⑤その他()
2 自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
	☐ 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
	☐ 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
	☐ 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
	☐ ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
	☐ 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
	☐ 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
	☐ ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ 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
	☐ 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
	☐ 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
	☐ 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
	☐ ⑤その他(②～④は今後運営推進会議開催時に予定している)
5 サービス評価の活用	☐ 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
	☐ 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)
	☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	☐ 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)
	☐ ⑤その他()