

## 令和 6 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   | 1691000119              |
| 法人名     | メディカル・ケア・サービス東海株式会社     |
| 事業所名    | 愛の家グループホーム南砺福光          |
| 所在地     | 〒939-1610 富山県南砺市福光777番1 |
| 自己評価作成日 | 令和6年9月1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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階 |            |           |
| 訪問調査日 | 令和6年10月4日                              | 評価結果市町村受理日 | 令和6年11月5日 |

### V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します。

| 項目  | 取り組みの成果<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、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目 : 23, 24, 25)    | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>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、信頼関係ができる。<br>(参考項目 : 9, 10, 19)   | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>○ 3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目 : 18, 38)            | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>○ 3. たまにある<br>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。<br>(参考項目 : 2, 20)                    | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度ある<br>○ 3. たまに<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目 : 4) | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>○ 3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目 : 36, 37)    | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働けている。<br>(参考項目 : 11, 12)                                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>○ 3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどない     | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどない  |
| 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。<br>(参考項目 : 30, 31)       | 1. ほぼ全ての利用者が<br>○ 2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどない     | 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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>○ 3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどない  |
| 62 利用者は、その時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。<br>(参考項目 : 28) | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>○ 3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどない     |   |  |

### 【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）】

入居者本意で、その人らしく快適で穏やかに過ごせるよう、職員全員が会社の理念「『快適』で『穏やか』な生活を支援する」を目指し、日々のケアの中で職員間で話し合うようにしている。また、入居者さんが、慣れ親しんだ故郷、地域で生活を維持できるよう努めています。具体的には、全体会議で理念について話し合いをしています。日頃の会話の中でどこか遊びに行きたい所があれば外出し、何か美味しいものを食べたいと思えば、食べに行ったり、入居者様もスタッフも一緒にになって楽しめるような取り組みをしている。

## 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<br>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<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  | 理念、目標の確認は、ユニット毎に目の付く場所に掲示し、日々、その理念、目標を意識し、実践している。                                       | 月に1回の全体会議で、管理者から理念の提示を行っている。また、事業所の理念に基づいて職員と管理者で話合い、ユニットごとの理念を作成している。作成した理念は、職員が意識できるよう、各ユニットの目に付く場所に掲示している。                               |  |
| 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に交流している   | 初詣や、花見などを通じ、季節を感じながら地域との交流を実践しています。   | 近隣の散歩などで顔を合わせると挨拶をする。事業所にも地区の回覧板が届くため、中学校、保育園の運動会を見学したり、お祭りの時は、事業所の前が神輿の通り道であることから、利用者にも季節行事を楽しんでもらうことができている。同じ地区の職員からも情報を得て、地域との連携を心がけている。 |  |
| 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  | 新型コロナ感染症のリスク管理の為、実践できませんでした。  |   |  |
| 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                                     | 施設の困りごとを参加者方からアドバイスを受け、サービスの改善向上に努めています。  | 運営推進会議には地域包括支援センター、民生委員、町内会長や副会長、家族らが参加をし、不参加者へは議事録で共有している。保険者へも都度議事録を提出し、意見を求めている。事業所の体制の変更など、サービス内容に変化が生じる時は、運営推進会議を活用し理解を得ている。           |  |
| 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   | 介護認定の変更申請や、ホームでの困りごとなどを運営推進会議を含めて、その時々、市町村担当者の所へ訪問し、ホーム実情報告や相談等を行っている。                  | 介護相談員を活用し、現在は月に1回の訪問がある。利用者からの意見は管理者が聞き、サービスの見直しを行っている。最近では、利用者のマイナンバーカードへの切り替えについて自治体に相談し、ホームでの手続き方法を確認したり、変更時期を検討したりしている。                 |  |
| 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 | 3か月毎に虐待チェックシートにて自分自身やユニット全体のケアを、各ユニットで振り返り、今後のケアに活かしています。また3か月に1回高齢者虐待について書面で研修を実施している。 | 職員全員がチェックシートを実施し、管理者が集計と分析を行い委員会でフィードバックをしている。検討内容と対策は職員全員が議事録を確認しているため、身体拘束廃止、虐待防止に対する意識は高まっている。研修は法人が作成した資料を元に実施している。                     | 法人が作成した資料と共に、事業所の実態に即した内容の研修も検討するなど、より身体拘束廃止・虐待防止が身近な取組みとなることを期待したい。 |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|---|---|--|-------------------|
|    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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注意を払い、防止に努めている      | 3か月毎に虐待チェックシートを元に、各ユニットで振り返り、全体会議でも目指すケアについて、話し合いの場を設けています。   |  |                   |
| 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 | 事業所内研修にて権利擁護に関する制度について学んでいる。現在必要性のあるご利用者様はいないが、今後必要な方がいたら制度の説明をしていく。  |  |                   |
| 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                      | 入居相談時、入居契約時に料金やホーム内で生活をしていて起こり得るリスク、重度化や医療連携や実施等については説明し、同意を得ている。又、事業所のケアに関する考え方や取組、退去を含めた事業所の対応可能な範囲も説明している。 |  |                   |
| 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                  | 面会時に家族様と話す中で意見を頂いたり、アンケートを実施し意見を頂いたりしている。また、介護相談員を派遣して頂き、入居者様の訴えを聞いて頂き、改善をしている。                               | 1年に1回、家族へのアンケート調査を実施し、集計結果を職員にも共有している。面会の際に家族からの要望や意見があった場合は、管理者や他の職員へ共有し、改善を検討している。これまで、面会の場所を共有スペースに制限していたが、希望により居室での面会が実施できるよう改善に取り組んでいる。 |                   |
| 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                                   | 1~2か月に1度はスタッフと面談をし、その中で出てきた意見や提案等を運営に努めている。   | 1年に1回、職員が上司を評価するアンケートを実施している。また、職員とは1~2か月に1回の個別面談を行い、働きやすい職場作りを目指している。資格取得やスキルアップなどの相談もあり、事業所で解決できない場合でも、エリアマネジャーなど法人全体でのフォローバック体制を整えている。    |                   |
| 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くよう職場環境・条件の整備に努めている    | キャリアアップの基準を明確にし、評価機関には個々の能力等を評価し、次に繋げられるように取り組んでいる。   |  |                   |
| 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      | 毎月の全体会議の場などで勉強会を実施している。また、社外研修への参加も推奨している。  |  |                   |

| 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 |
| 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 | 新型コロナウィルス以降、実施がほとんどできていない。   |   |                   |
| <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           | サービスの利用については、相談があった時は、本人家族の意向を直接聞き取り、信頼関係に努めています。  |   |                   |
| 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                      | 入居前にはご本人、ご家族様に要望等の話を聞き関係づくりに努めている。   |   |                   |
| 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                  | 入居前に、本人家族へホームで出来る事出来ないことをお伝えし、入居者さんが公平で平等なサービス利用を受けられるように努めています。また、運営推進会議等を含めて多方面からの意見を伺い対応に努めています。                              |   |                   |
| 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                                  | ホームにおける食事の盛り付け、掃除等の家事については入居者様の状態と入居者様同士の状況に合わせて、出来る限り実施している。  |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を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                   | 職員と家族のより良い関係づくりの為に、家族の思いにより沿いながら、施設の実情を踏まえて、本人様と一緒に支える関係づくりに努めています。  |   |                   |
| 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                               | 面会の機会だけでなく、手紙やはがきなどの近況をお伝えするなど、相互交流に努めています。一方、新型コロナ感染以降、本人様が今まで行かれていた地域との交流が途絶え、現在も、家族様を含めた交流が出来ていません。しかし、感染状況をみて面会などをオープンにしている。 | 月に1回程度、職員が手伝いながら、家族に手紙やはがきを送っている。利用者が自分で書ける場合は書いてもらい、家族との関わりを感じられるように工夫している。携帯電話の持ち込みも自由にしている。これまで、利用者の希望で墓参りや初詣に対応したり、自宅が見たいとの希望にも職員が同行した。 |                   |

| 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  |
| 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、支えあえるような支援に努めている                                    | 円滑で親しみやすい関係づくりを図る為、個別に話を聞いたり、みんなで楽しく過ごす時間や気の合う者同士で過ごせる場面を作るなど、入居者様の関係性が上手くいくようにスタッフが調整役となっている。                  |  |  |
| 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                     | 退所時にホームでの生活をまとめた記録を作成し、次に利用されるサービス事業所に情報の提供を行っている。  |  |  |
| <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<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  | 花咲プロジェクトを活かし、日々の関わりの中で声をかけ、思いを聞き取るように努めている。言葉や表情等から、その意思を推し量ったり、それを確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、ご家族や知人から話を聞くようにしている。 | 花咲プロジェクトには、本人の思いや意向を聞き取り職員が書くことが多いが、自分で書く利用者もいる。自分の気持ちを言葉に出せない利用者の思いは家族からも聞き取り、花咲プロジェクトに追加して実現に向けて検討している。実現できたものには達成日を書き入れて、新たな思いや意向の聞き取りを行っている。 |  |
| 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  | 入居時のフェイスシートや、日頃、本人様自身の話し、また、家族、知人等の来訪時など、その人の生活歴などの情報の把握に努めている。   |  |  |
| 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  | 日々の関りの中で、その人の行動や動作などを観察し、その時々の心と体の変化を見て、その都度、職員間で現状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<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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人様やご家族様の意向を伺い、日々、スタッフ間で出来る事、出来ないとの情報共有してケアに活かしています。また、カンファレンス時にそれぞれの意見やアイディアをケアプランに取り入れるように努めている。             | 利用者と家族の思いを実現するために、申送りノートや記録システムで情報共有している。利用者一人ひとりのモニタリングを実施し、ケアの方向性を決めているが、職員が個別に工夫することもある。  | 利用者一人ひとりの意向が反映されている「花咲プロジェクト」の実現を目指し、利用者のより良い暮らしに向け、チームでの取組みを実践することに期待したい。 |
| 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                         | スタッフの気づきや、入居者様の状態変化には個々のケア記録を記載し、職員間の情報交換を図っている。  |  |  |

| 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 |
| 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、その時々に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                           | ノーティス記録を活用して、ご本人様やご家族様の状況に応じて、通院や送迎など必要な支援は、家族様の介護状況を考慮し、柔軟に努めている。  |   |                   |
| 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                                      | 月に1度の訪問理美容サービスや往診の利用している。新型コロナウイルス流行時から、外部サービスを利用した楽しみを提供は出来ていない。   |   |                   |
| 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                                 | 基本的にはご本人様やご家族様の希望するかかりつけ医となっている。一方で、可能な限り訪問診療を受けられる診療所への移行も相談している。受診等は家族同行の受診となっているが、出来ない時はスタッフが代行している。             | 入居時に家族がかかりつけ医を選択している。受診の時は家族が立ち会うが、訪問診療の時はホームで対応し、家族へ情報共有を行っている。訪問看護も週に1回の訪問があるため、アドバイスがあった場合は、都度家族と主治医に共有している。   |                   |
| 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                          | 週に1回、訪問看護の看護士へ情報共有したり、ナースステーションに電話連絡するなど、入居者様、健康状態や状態変化に応じた情報共有し、連携を行えるようにしている。                                     |   |                   |
| 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、本人様へのケア方法に関する情報を提供し、また、入院時の状態などの情報提供しています。また、今後考えられるケアについて、家族様との情報交換を行い、本人の状態に応じた、生活場を提案しています。                |   |                   |
| 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  | 重度化に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応できるケアについての説明をおこなっている。本人様の気持ちを大切にし、家族様と話し合い、家族、本人様が安心して終末期を迎えるように努めている。地域関係者とのチームケアの支援は出来ていない。 | 入居時には、重度化した場合の指針と意思確認書を作成し、ホームでの対応範囲についての説明を行い、同意を得ている。重度化した場合は家族の意向を聞き取り、かかりつけ医の診断に沿って細やかな話し合いを行っている。ホームでの看取りも実施しているが、対応が困難な場合は、家族と共に他のサービスを探すなど、最後まで支援を行っている。 |                   |
| 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  | 急変や事故発生時の対応について、マニュアル作成し、また、研修をおこない、適切に対応できるよう努めている。  |   |                   |

| 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                                      |
| 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            | 本社が作成した災害時のマニュアルを活かし、年に2回以上避難訓練を実施している。地域との協力体制はあるが、地域を巻き込んでの訓練はできていない。  | 玄関にはAEDも設置しており、職員は救命救急の講習を受講している。夜間対応の避難訓練を実施し、利用者も参加している。  | 地域のハザードマップや避難場所を全職員に共有し、地域の協力体制を得ながら災害対策を実施することを期待したい。 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるため日々の支援</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                    | リーダーとホーム長が、3ヶ月に1度、不適切ケアなどで点検し、入居者様の誇りやプライバシーを損なわない対応を図っている。  | 不適切ケアの点検で気づいたことは、ユニット会議で検討している。プライバシー保護の研修は法人の動画研修を実施しているが、外部の研修への参加も検討している。ケアにおいて気になる点がある場合は、主にリーダーから管理者へ相談がある。管理者は職員と個別に面談し、プライバシー保護について指導している。 |  |
| 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                      | 日々の会話の中から入居者様自身が決められるようにその人のペースに合わせている。  |   |  |
| 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 | 基本的な1日の流れを作っているが、時間を区切った過ごし方はしていない。1人1人の体調に配慮しながらその日、その時の本人の気持ちを尊重し、出来る限り個別性をもった支援を行っている。特に、食事や排泄のペースを合わせるように声掛けしている。      |   |  |
| 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                                   | 衣類が汚れた時は、可能な限りその場で着替えるように努めている。外出時は本人様の意向を聴き声掛け介助などを行い対応に努めている。  |   |  |
| 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      | 入居者様と一緒に食事の盛り付けや茶碗洗いなど出来る範囲で手伝って頂くよう声掛けしている。また、1か月に1度は、好きなもの、食べたい物がある時は外食に行っている。   | 専任の調理職員が食事を作っている。利用者の希望も取り入れたメニューで、食べやすく馴染みのある食事を提供している。月に1回程度は外食をし、他に寿司屋からのテイクアウトや、弁当の日を設けるなど、花咲プロジェクトでの食の希望を取り入れている。手作りおやつを楽しむ日も設けている。          |  |
| 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           | 食事や水分の摂取状況を毎日チェック表に記録し、食事量や水分量が少ない時は、ノーティス記録を参照したり、朝夕の申し送り時に情報の共有に努めている。提供する食事の摂取量が少ない場合は、栄養補助食品を家族に相談し、個別的に持参して頂き、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 |
| 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、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                       | 入居者が自分でできる場合は、毎食後の歯磨きの声掛け促し状況により無理強せずに対応している。  |  |                   |
| 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       | 排泄の記録を確認し、尿意のない利用者にも時間を見計らって、誘導している。<br>本人の身体状態で、指示が有り、立位保持が出来る方は、トイレで排泄できるように支援している。<br>ケアプランにも反映している。                                | 排泄チェックは記録システムに入力し、全員が共有している。記録システム内で自動的にグラフ化され、日々の記録の他にも月単位の排泄パターンを確認できるため、個別課題がわかりやすい。トイレでの排泄を継続できる支援を実施し、おむつは夜間のみ使用するなど、一人ひとりの状況に合わせた排泄の自立支援を行っている。        |                   |
| 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                       | 食物繊維の多い食材を使用したり、牛乳や昆布茶などを提供し、その人の飲みやすい水分を多く飲んでもらっている。また、運動する機会を増やすなど、自然な排便ができるようにしている。   |  |                   |
| 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 | 基本的には3日に1度、入浴できるように努めている。入居者によっては毎日入りたい方もおられるが、職員の体制やタイミングで入浴を検討しているけれども実施できていない日が多い。入浴拒否や浴槽をまたげないなど身体可動域制限があったり、2人介助が必要な場合は清拭に変更している。 | 毎日2名～3名が入浴できる体制を整えており、希望があれば予定に関わらず誰でも入浴できるようにしている。可動式の手すりを採用しているため、一人ひとりの体格に合わせることができ、入浴時の不安を軽減できている。入浴前には2種類の入浴剤から選択してもらい、職員との会話を楽しみながらゆったりと入浴できる環境を整えている。 |                   |
| 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の状況に応じて、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                       | 夜間不眠の方は、日中の活動を促し、そうでない方には個々の判断で日中も休んでいただいている。室温の管理や飲み物の提供を行い、安心して休めるように努めている。  |  |                   |
| 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                   | 薬剤師からの情報提供を元に、医師、看護師とも共有しながら薬の用法、副作用などはカルテの薬情報を元に情報共有している。内服変更が有った場合はその状態観察をしている。  |  |                   |
| 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      | 一人一人が出来る事したい事を理解できるように、その人との会話の時間を作り、可能な限りその人の嗜好を取り入れた活動を心がけている。活動は、ホーム内又は、屋外の場を取り入れるなど、気分転換を図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 |
| 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                      | 天気や季節の代わりの気温、景色、行事などを肌で感じてもらえるように、その時々の天候や、その人の気分や状態に応じて、外出(散歩やドライブ)などを取り入れている。外出が難しい場合は、玄関先でおやつを食べるなどの機会を作り、自然を感じる機会を設けている。   | 天気や気温の状況に合わせて、午後に散歩の時間を設けている。また、外に出たいと希望があれば、利用者の気分転換も兼ねて、時間に関わらず個別対応を行っている。時には、医王山、五箇山、砺波など遠くへのドライブも実施している。庄川へのドライブがてらソフトクリームを食べるなど、自然と触れ合いながら楽しい外出となるよう工夫している。                   |                   |
| 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  | 金銭トラブルのもとになる可能性が有り、お金は立替管理している。<br>利用者が欲しいものが有れば同行して買い物に行くように努めている。  |  |                   |
| 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   | 入居者様の中では携帯電話を持っている方もおられ、自分の好きなタイミングでかけられている。リモートやオンライン面会は、職員の体制上、基本的に断りしている。   |  |                   |
| 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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | リビングの大きなガラス窓から眺める、田園風景の移り変わりの四季を感じられる空間があります。日常では明るく開放感をもち、かつ、利用者が作成した季節の展示などを掲示するなど親しみのある環境を作っている。また、茶碗の洗う音、ご飯の炊ける匂い等、共用の空間において生活感を感じられるようにしている。また、音楽やおやつ等で季節を感じられるようにしている。 | 共有スペースは十分な広さがあり、清潔で明るく開放的な空間となっている。長く広い廊下には、中央に手すりや家具を設置し、休みながら歩けるよう、利用者の安全面に配慮している。利用者と職員で季節ごとの飾りを作成し、窓から見える季節の移り変わりと共に、装飾でも季節感を演出している。居室前の廊下の装飾は抑え、プライベートゾーンとして落ち着いた空間作りを工夫している。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 玄関先にベンチの設置や、リビングなどにソファーを置き、入居者様同士が話される環境を整えている。また、一人で過ごせるように居場所が持てるように努めている。   |  |                   |
| 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  | こちらで用意させて頂いている箪笥以外は今まで家で使用して頂いたものをそのままホームにお持ちして頂いている。本人様が家と同じように居心地良く生活できるように、慣れ親しんだ物を居室に置いたり、日頃の作品を掲示するなど工夫している。  | 居室は窓からの採光で明るく、ベッドを配置してもゆとりがある広さとなっている。自宅で使用していた家具を持ち込むなど、慣れたものを身近に置き安心できる空間を作っている。冷蔵庫を設置し、家族からの差し入れを楽しむ利用者もいる。賞味期限の管理は職員と一緒にを行うなど、自由な中でも必要な支援を実施し、利用者の暮らしの継続を工夫している。               |                   |

| 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 |
| 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 | 利用者の日頃の生活を観察し、身体状態を把握し、出来ることを引き出して、一人一人に応じた生活が送れるように工夫している。生活では、生活機能訓練の内容を実施したり、家事作業などその人の出来る事を、お願いし、出来ない事でもスタッフと一緒にやる事で持っている能力を低下させないようにしている。 |      |                   |

## 2 目標達成計画

事業所名 あいの家グループホーム南砺福光

作成日：令和6年11月7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るよう、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    | 10   | チームで作る介護計画とモニタリング | スタッフが担当入居者のケアプランを理解し、実施、評価できる。        | ケアプラン作成に参加する。<br>①担当入居者の目標をたてる。<br>②他のスタッフと、情報を共有し、実施評価できる。         | 12ヶ月       |
| 2    | 5    | 身体拘束をしないケアの実践     | 身体拘束を「0ゼロ」にする。                        | 現在の状況で、起こりうる可能性を具体的に列挙する。<br>各々自身のケアを振り返り、身体拘束、虐待に関連する要因を分析、対策を立てる。 | 1ヶ月        |
| 3    | 13   | 災害対策              | 災害を想定し、連絡体制を整え連絡できる。<br>災害時の避難誘導が出来る。 | 年2回のBCP訓練時に、連絡網を活用し、実際に連絡を取る。<br>年2回の、防災訓練を活用し、避難誘導をスタッフ全員で参加実施する。  | 6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             | ● 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( )   |
| 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( )   |