



1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2874003326		
法人名	社会医療法人 恵風会		
事業所名	ケアホーム みどり (A・Bユニット)		
所在地	姫路市西今宿5丁目3番8号		
自己評価作成日	令和4年11月16日	評価結果市町村受理日	

【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)】

「認知症の方々に安らぎのある生活を それが私たちの願いです」を理念に掲げ、日々認知症高齢者に寄り添い、入居者を主体として考え、その人らしい生活を送れるように支援しています。その人その人にあつた個別ケアを行える様に関わりを大切にしています。有資格者が多く専門分野で発揮できています。また、法人内全体での勉強会やオンデマンド研修も受けています。

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2874003326-00&ServiceCd=320&Type=search

【第三者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)】

開設18年目を迎える事業所は、母体法人の高岡病院グループ(病院・心療クリニック・介護老人保健施設・通所リハビリテーションなど)のグループ事業所として、地域の医療・福祉の拠点となっている。事業所の理念「入居者の方々にやすらぎのある生活を、それが私たちの願いです」を掲げて、個別ケアの充実を図り、アットホームな雰囲気の中で笑顔の絶えない介護支援に努められている。長引くコロナ禍の影響で地域交流(運営推進会議など)や家族交流(茶話会、家族会など)、外出支援など自粛が余儀なくされる状況であった。最近買い物支援や地域の秋祭りも再開され、状況を見ながら少しずつさまざまな取り組みが再開予定されている。今後も高齢化・重度化を踏まえたサービスの質の向上に期待したい。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和4年12月14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 ↓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)	<input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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		

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己 者 第 三	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	理念を詰所内の職員の目のつく場所に掲げ、常時意識付けしていると共に年間目標及び毎月の目標をミーティングで話し合っている。職員の態度や言葉遣いについてはポジティブ・フィードバックし合える環境にしている。 職員間は毎週月曜日に行うミーティングで入居者に関する検討会を行い情報を共有している。統一したケアを行う事で一人一人が苦痛なく穏やかに過ごせるようにしている。	理念である【「入居者の方々に安らぎある生活を」それが私たちの願いです。】にもとづいて、年間目標と毎月の目標を掲げミーティングのなかで検討している。また、毎月の目標を掲示することにより共有し、実践に向けて日々個別ケアに照らし合わせて評価を行っている。ミーティングは毎週月曜日に実施され、理念に沿った支援がおこなえるよう、個別ケアの検討と実践を繰り返している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	コロナ禍で地域でのボランティア活動や行事、催事等が行われなかった為、実施できなかった。先々月ようやく3年ぶりに行われた高丘神社の秋祭りには見学で参加出来た。清掃活動も感染予防の為、自粛していたが4月より敷地内での再開をしている。	過去には小学校への運動会の参加やふれあい喫茶などが実施されていたが、現在はコロナ禍の影響により、地域との繋がりがもてない状況となっている。今年度は3年ぶりとなる高丘神社の秋祭りの見学や清掃活動においても、4月より敷地内で再開しながら、地域との繋がりに努めている。地域の自治会とは法人を中心に関わりをもっており、地域で開催される、いきいき百歳体操へ職員を派遣して、認知症の理解に向けて講習を行っている。	
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	コロナ感染予防の為、地域での活動は行われなかったが、2年ぶりに行われた運営推進会議で意見交換を行った。		
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	コロナ感染予防の為、電話による聞き取りや意見交換を行った。10月は2年ぶりに民生委員や地域住民、利用者家族の代表に参加してもらい、コロナ感染対策等の状況報告や意見交換を行った。地域の他グループホームの運営推進会議にも参加し、互いに意見交換を行っている。	新型コロナウイルス感染症に伴う、運営推進会議の実施においては、電話による聞き取りや意見交換を行うことにより、書面による運営推進会議を実施されている。この度2年ぶりとなる10月度に運営推進会議を開催することができた事例がうかがえた。	書面や参集型の運営推進会議においても、参加者の一定の関与が重要であるため、参加者に対する議事内容の周知とともに意見を募った、議事録を作成するなど、双方向性の書面会議に期待したい。
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者とは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	分からない事は、介護保険課や地域包括支援センターに問い合わせをして解決するようにしている。	前回の目標達成計画に掲げた、行政との関係協力については、同一法人内で姫路市から受託している地域包括支援センターとの連携が行われている。4月より新たに着任した管理者は法令に関する不明点やコロナ禍による疑問点など、介護保険課や監査指導課、保健所などへの問合せを行い、連携に努められている。12月には姫路市グループホーム連絡協議会主催の研修会(Zoom)にも参加されている。	
6	(5) ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	職員が法人内の身体拘束委員会に所属し、身体拘束についての勉強会やスキルアップ研修会を行い職員全体に内容や弊害を理解するようにしている。玄関の施錠は外気浴の際、開錠している。通常は家庭での防犯上の施錠と認識している。 足元不安定にて転倒の危険性がある方には、夜間センサーマットを使用しているが、日中は使用せずに見守りで経過している。	法人で組織される身体拘束委員会に所属し、月1回開催される委員会へ事業所からも参加しており、会議で話し合われた内容は議事録で職員へ周知を図っている。また、年間を通じた年2回の法人内の研修会へ参加し、身体拘束について学んでいる。管理者より、来年度は法人内で実施される研修会と事業所内で独自で行う勉強会を行う予定であることをうかがった。玄関は防犯を目的として施錠している。	

自己	第三者	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	(6)	○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の虐待が見逃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	法人内のオンデマンド講義にて、個々に勉強や自己視聴し学ぶ機会を作っている。また、法人内の虐待防止委員会にも所属している。	法人で組織される虐待防止委員会に所属している。ストレスチェックの実施や法人内で行われるオンデマンドによる講義を受けながら、高齢者虐待についての認識を図っている。職員との面談は特に行なわれていないが、管理者も一緒にお昼休みをとり、話しやすい雰囲気をつくりながら、日常会話や悩み事などを随時、聞き取っている。	
8	(7)	○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	成年後見制度を玄関に掲示すると共に、オンデマンド講義にて個々に勉強を行い権利擁護や日常生活自立支援事業等を学んでいる。	現在、成年後見制度を利用される方が2名おられる。玄関先には成年後見制度に関する情報を掲示したり、年間を通じた研修においても学ぶ機会を設けている。その他、オンデマンド研修を職員個々に受講して、高齢者の権利擁護について学ぶ機会としている。	
9	(8)	○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	見学時には口頭で説明を行い利用開始時には契約書を文章で提示し説明を行っている。改定時には変更点を書面で説明する事で同意を得ている。契約し入居後、分からない事があればその都度丁寧な説明や対応を心掛けている。	直近1年で9名の方の契約を行った。申込時点では、法人パンフレットや事業所のパンフレット、入居時の所持品や料金表などが示された資料を用いて情報提供している。見学ができないコロナ禍においては、玄関先で内部を見てもらったり、パンフレットを使って説明を行っている。今後、タブレット端末などを使いながら、写真やビデオ通話による見学を検討している。入居の際の契約は、契約書や重要事項説明書を用いて、「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」の説明を行い同意を得ている。	
10	(9)	○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	コロナ禍により家族会や茶話会は開催されなかったが意見箱の設置と共に面会時や計画変更時に家族の希望を確認するようにしている。また、面会時等に現状報告と希望等を確認するようにしている。	「月刊みどり通信」や担当する職員からの近況報告を毎月請求時に送付することにより、家族からの意見をうかがえるように工夫している。玄関先に意見箱を設置しているが投函はない状況である。一時的に面会を再開してきたが、現在は窓越し面会となっている。例年実施していた、茶話会、家族会が実施出来ない状況下にあるため、家族の思いを確認するための取り組みとして、コロナ禍における、面会や家族参加型の行事のあり方についてのアンケート調査を実施していることが確認できた。	
11	(10)	○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	毎日のカンファレンスやミーティングの他、個別に話をする機会の中で業務に関する思いや不安に聞き取りを行い、ミーティングの議題に取り上げ改善に努めている。	日々の申し送り(カンファレンス)と毎週月曜日に実施するミーティングのなかで、職員の意見を聞いている。具体的な職員からの意見として、正月の門松づくりや生花など、利用者の生活の質の向上に向けた取り組みを実践したり、実践に向けて計画されている事例がうかがえた。	
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	自己評価をもとに管理評価を行い賞与や給与面に反映できるように努めている。介護部門担当の看護副部長に相談できる体制である。		

自己	者	第三	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	
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	法人内の勉強会に参加や外部研修に参加する事でスキルアップが出来るようにしている。研修会参加については職員の希望を聞いている。			
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	2年半ぶりに運営推進会議を開催したり、他施設の管理者訪問時や、電話での意見交換会を行い質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	入居前の面接時より本人と家族の希望・生活歴の聞き取りを行い、これまでの馴染んできた生活の流れが少しでも継続できるように取り組んでいる。			
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	入居申し込みがあれば、現状の確認を行うと共に入居待機中も連絡を行い現状の確認を行っている。			
17			○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	申込みの時点で入居が困難と思われる場合は、病院併設の施設の紹介や担当ケアマネとの情報交換を行い状況に合わせて適切なサービスに繋げている。			
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	一緒に生活を送る者同士と考え、家事や活動を通して同じ時間・空間・悲しみ・楽しみを共有している。			
19			○本人と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	面会時に情報交換を行い、共に入居者の方を支えて行く関係作りをしている。			

自己	者	第三	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	
20	(11)		○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	コロナ禍でこれまでにしていた馴染みのスーパーへの買物等の外出は出来ない状況にあったが、利用者が書いた手紙やはがきを家族に郵送したり、窓越し面会を行った。	馴染みの食品店やスーパーなどへの買い物についてはコロナ禍の影響で困難な状況となっている。現在は、手紙のやりとりの支援をはじめ、電話や窓越しの面会が家族や馴染みの人との関係継続の機会となっている。		
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	入居時は他入居者に紹介し、気の合いそうな人との橋渡しや、仲の良い方は近くの席に誘導するなど、入居者同士で馴染みの関係が作れるように環境調整を行っている。			
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	他施設入居や転院にて契約が終了した後でも、相談に乗ることが出来ると家人へ伝え、状態が良くなれば再入居したいとの問い合わせもあった。			
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	(12)		○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	何気ない日々の関わりや会話の中で思いや意向を尋ね把握した上で、プラン立案時に反映できるようにしている。言葉で表現する事が困難な入居者には家人より情報を得たり日常の行動や表情から読みとり理解するようにしている。	利用者の思いや暮らし方の希望については、日々の利用者との会話や関わりの中で確認している。また、介護計画の見直しにもなう、アセスメントの内容について見直しをおこなっている。認知症による意思疎通が難しい方に対しても、利用者家族や入居時の情報をもとに思いや意向を大切に支援を行っている。	思いや意向の把握については、入居後の生活においても継続して知り続けていくことが重要であり、利用者一人ひとりの思いを全職員が把握したり、思いの変化を職員間で共有できる仕組みにしておくことが期待される。	
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	面会時に家族との情報共有を行い馴染みの生活を継続出来るようにしている。面接や、初回利用者には生活歴等の資料作成を依頼しこれまでの暮らしの把握を行い役立てている。			
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	みどりでの基本的な生活リズムをもとに、入居者それぞれの生活リズムで日常生活を送られている。その時々でできる事や、介助が必要な場合は記録に残し情報共有し、申し送りや検討会で統一したケアが行える様にしている。			
26	(13)		○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	入居者ごとに担当する職員を決めており介護計画作成時には、担当者だけでなく同ユニット職員や管理者にも相談し、その人にあったプラン立案が出来るようにしている。	利用者を担当する職員を中心に介護計画の見直しがおこなわれている。介護計画に基づいた支援に対する進捗状況は3か月に1回のモニタリングにおいて確認しており、介護計画に沿った支援と課題の達成状況の評価が行われている。	介護計画のモニタリングにおいては、課題に対する支援内容の評価と課題解決に向けた目標の到達状況の確認が重要であるため、日々の記録においても介護計画の内容に沿った記録を行うことが期待される。	

自己	第3	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	個別に記録を行い交代ごとに申し送りを行っている。周辺症状や状態変化等があるとミーティングで検討し気づきや工夫を伝え合い、情報共有をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	母体である高岡病院やけいふう診療クリニック・歯科・老人保健施設と連携し受診等や必要に応じた対応を行っている。		
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	コロナ前は地域での祭りや、防災訓練等の行事や他地域住民によるボランティア、地域包括支援センター主催の催事にも参加していたがコロナ禍にて、その後は行っていない。		
30	(14)	○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	コロナ禍前は、家人に入居前のかかりつけ医受診を依頼していたが、現在は感染予防の為、法人内の医師に週に1回訪問して頂き診察・処方して頂いている。	かかりつけ医は全員が法人内の医師が主治医となっている。法人内の医療機関から週1回の訪問診療が受けられる体制となっている。また、看護師が週3日勤務しており、他科受診など必要に応じて、適切な医療が受けられるように、医師へ相談できる体制となっている。また、月1回歯科衛生士が訪問されており、口腔ケアや必要な援助を受けられる体制を整備されている。	
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	看護師が週に3日出勤し、意見交換や情報共有を図り、健康管理に努めタイムリーに医師に相談している。定期検査や予防接種等は計画的に実施している。		
32	(15)	○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入・退居時は、みどりの担当Drや地域連携室、HP相談員と連携を図っている。又、情報提供書を作成し退居に至る経緯や日々の状況などを伝え情報交換が行える様にしている。	直近1年間での入院事例は数例ある。医療機関への入院された場合においては、情報提供書を医療機関へ送付されるとともに、地域医療連携室の担当者との連絡調整を行っている。現在、緊急時の意思確認については行われていないが、必要に応じて緊急搬送している。	
33	(16)	○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	入居前の見学時と契約時に「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」の説明を行い同意を得ている。重度化した場合には併設の老人保健施設への入所を勧めている。看取りに関しては法人内の介護医療院との連携をとっている。現在は、看取りを行っていない。	母体である医療法人の考え方のもと、重度化した場合や終末期においては隣接する介護老人保健施設や介護医療院への移動をすすめられており、現在事業所での看取りを行っている事例はない。契約時には「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」について説明を行なっているが、看取りをしないという指針や方針の転換前に入居された利用者や家族に対しては口頭での説明がおこなわれており、電子カルテにその内容を記載している。	

自己 番号	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 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	緊急時の対応マニュアルや連絡について全職員が周知出来るように、AEDの使用や心肺蘇生法についての勉強会を行っている。		
35 (17)	○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	法人の災害時の連携体制を整備していると共に年2回の消火訓練の実施。年に1回は法人内の職員の参加し消防署との連携し避難訓練を実施している。	法人全体で火災を想定した、避難訓練と消火訓練が年2回行われている。備蓄品については、法人の栄養課で管理されている。災害対策に関する訓練は火災を想定されているのとなっており、地震や水害を想定した訓練の実施には至っていない。職員の安否確認の方法については、現在職員にメールで送信するための準備が進められている。BCP(事業継続計画)の策定は、今後法人全体で策定される予定となっている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36 (18)	○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	トイレ誘導や排便の有無の確認等は居室で行ったり、耳で尋ねたりする等、一人一人の人格とプライバシーを損なわないように注意している。 また、法人内の接遇委員会にも参加し接遇の大切さを学んでいる。	法人で組織される接遇委員会に所属し、月1回開催される委員会へ事業所からも参加しており、会議で話し合われた内容は議事録で職員へ周知を図っている。接遇委員会で定められた目標が掲げられ、半年に1回の評価を行っている。トイレ誘導や入浴介助など、異性介助を好まない利用者に対しては、勤務シフト上で曜日を変更したり、支援者を変更するなど、可能な限り同性介助が行えるように支援している。	
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	日々の生活の中から本人の思いを汲み取り、検討会で情報を共有し、本人の思いや希望が実現できるように支援している。		
38	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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	一日の基本的な流れはあるものの、その都度本人の希望や状況に合わせた対応が出来るように支援している。		
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	自宅から馴染みのある衣類を持参して頂き、入浴時や更衣時に本人の好む衣類を選び着用してもらっている。化粧や貴金属の利用も本人の希望であれば家族と相談しおしゃれを楽しんで頂いている。		
40 (19)	○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	季節の食材をメインとし食べたい物を会話を通して把握し、週2回の調理や朝食、手作りおやつで提供している。それぞれの利用者に合わせて、調理や食器洗い、台拭き等の役割が持てるように一人一人の能力に応じ支援している。	週2回は家庭的な食事を季節の食材や利用者の希望も取り入れた献立を考えて、手作りで利用者と一緒に取り組まれている。畑で育てた野菜なども活用されている。おやつ作りも毎週日曜日に行われている。誕生日には手作りのケーキが用意される。季節行事食(節分、母の日、父の日、敬老の日、クリスマス、おせち料理など)にも取り組まれている。それぞれの利用者ができることを職員と一緒に、準備、調理、盛り付け、後片付けなどが行われている。	

自己	第3	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 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	水分補給の時間を10時・13時半、入浴後、間食時、毎食時、希望時と設定している。水分量が少ない方には適宜お茶を勧め、1日トータル1500mlを目標。毎食時に摂取量のチェックを行い状態把握に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	入床、起床時の義歯洗浄や装着、歯磨きの援助や声掛けを行っている。 法人内の歯科受診による歯科診察や、月に1回、歯科衛生士による口腔ケアを行っている。また、口腔ケア委員会にも参加し助言や指導を受けている。		
43	(20)	○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	出来る限り自立した排泄が続けられるように使用物品の把握と一人ひとりに合わせた対応を行っている。	排泄の支援では、排泄チェック表を活用して一人ひとりの排泄のパターンや習慣を把握してトイレでの排泄(排尿・排便)や排泄の自立にむけた支援が行われている。パンツの使用状況では、布パンツで自立されている方が4名おられるが、多くはハビリアパンツでパット併用されている。おむつの方はいない。夜間のポータブルトイレ使用者は2名おられる。共用トイレは2か所あり、男女共用トイレが1か所、洋式トイレ(個室)が1か所ある。	
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	毎日、排便の確認を行うと共に便秘時には乳製品の提供、腹部マッサージの実施等で出来るだけ自然排便を試みている。排便確認が困難な場合は、腹部マッサージや腹部の状態を申し送りしている。		
45	(21)	○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	2回/Wの入浴が出来るように対応し季節風呂(しょうぶ湯・ゆず湯)が楽しめるように支援している。一番風呂の希望を聞いたり、拒否された場合は時間を空けて声掛けを行ったり職員を替えて声掛けを行っている。	入浴は週2回を基本としているが、利用者の状態や希望で日程や時間など柔軟に対応されている。浴室は2か所あり、一般浴槽で個浴で支援されているが、1か所は広めで重度の方でも二人介助ができる。入浴を楽しんでもらうために、季節湯(柚子湯など)も取り入れている。入浴拒否の方にはタイミングなど工夫をして支援されている。プライバシー配慮では、同性介助を基本としているが、同意を得て異性介助の時もある。	
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	無理やりの入床を勧めず表情や行動・意思表示等の確認を行い、入床入眠を勧めている。日中も本人の体調や状況に合わせて自室で休む事も提案している。昼夜逆転傾向の場合は、日光浴や活動量を増やす等の対応を行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	入居者一人一人の薬について、薬バインダーを活用し用法・容量を把握し変更があった場合にはバインダー更新をすると共に申し送りを行っている。薬セット時や服薬時は間違いが起きないように指差し呼称を2名で行っている。		

自己 番号	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 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	家族からの情報をもとに入居者それぞれの興味や趣味を取り入れたプラン立案が出来るようにしている。また、今まで在宅生活で行ってきた事が今後も継続出来るようにするには、どのような支援が必要なのかを考え対応している。		
49 (22)	○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支援している	コロナ禍にて外出やバス旅行、喫茶店利用が出来なかった。近隣の散歩や外気浴等は敷地内で行っている。清掃活動も敷地内で活動の継続をしている。	コロナ禍の影響で外出行事など自粛されていたが、日常的には近隣の散歩や敷地内の清掃活動などが行われている。最近、買い物支援が開始されて、近隣のコンビニエンスストアなどへ出かけている。10月には高丘神社の秋祭りが3年ぶりに開催されて、隣接の病院駐車場で神輿を見ることができて、利用者が感激していたとうかがった。ドライブでの外出支援などは、まだ取り組んでいないが、今後コロナ禍の状況を見て検討されている。家族支援での外出についても自粛されている。	
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	自己管理の希望される方には、家人・本人と相談し少な目の金額なら自己管理をして貰っている。小遣いは個々の財布で事務所管理としている。		
51	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族やと知人に手紙やはがきを希望される方には、投函等の郵送支援を行っている。		
52 (23)	○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	ユニットごとの食堂があり季節に合わせた装飾品や手作りの表札を掲げたり、ソファやテーブルの設置でくつろぎやすい空間にしている。日中は、多くの人が作業や会話を楽しんでいる。	共用空間のリビングはワンフロアで2ユニットが共用できるレイアウトになっており、利用者同士の交流スペースとなっている。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(ソファなど)がされている。壁面には「回想法」の一環として、昔の懐かしい写真やできごとなどを見ながら語り合える展示が行われている。感染症予防対策でも、温度・湿度・換気・消毒などが徹底され、清潔に管理されている。	
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	2~3人用のソファや少人数で過ごせるテーブルを設置し、それぞれの思い思いに過ごしてもらえるようにしている。		
54 (24)	○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	自宅で使用していた馴染みの家具の持ち込みだけでなく、家族の写真や手作りの飾り物や大好きなぬいぐるみを飾るなどそれぞれが、居心地のいい空間作りを工夫している。	居室の設えは、ベッド、冷暖房機、洗面台(鏡付き)、椅子、床頭台、ナースコールなどが備えられている。馴染みの家具【整理タンス、ハンガーラック(洋服掛け)】や寝具、テレビなどが持ち込まれ、家族の写真や手作りの作品、お気に入りの小物(ぬいぐるみなど)を飾って、本人が居心地よく過ごせる工夫がなされている。腰高窓でユニットにより採光(明るさ)が違う。事務所(スタッフルーム)は2ユニットの中央に配置されて見守りやすい。	

自己 番号	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 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	トイレや自室など、視覚的に理解できるように工夫すると共にトイレ・お風呂・廊下には手すりを設置し、ほぼ全てにおいてバリアフリーにしている。		

(様式2(1))

事業所名 ケアホーム みどり

目標達成計画

作成日: R5 年 1 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	運営推進会議を活かした取り組み	書面での報告・取り組み・意見をしっかりと行う	地域包括との連携と共に書面会議でも参加者が議事内容を周知出来るように書類作成をする	12ヶ月
2	23	思いや意向の把握	1人1人の把握を行い個別ケアに繋げる	センター方式書類を1部使用し思いに添った関わりが出来るようにする	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、行を挿入して下さい。