

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 | 2872200809 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人はりま福祉会 | | |
| 事業所名 | せいりょう園グループホームまどか | | |
| 所在地 | 加古川市野口町長砂1076 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 4年 2月 10日 | 評価結果市町村受理日 | 令和5年3月23日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人福祉市民ネット・川西 | | |
| 所在地 | 川西市小花1-12-10-201 | | |
| 訪問調査日 | 令和5年2月26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)】

平成13年の開設以来医療、看護、介護が連携、情報を共有し利用者の健康を第一に考え、安心して日常生活を送って頂けるよう支援している。
 高齢でも認知症があっても一人の社会人として地域の一員として、住み慣れた場所で暮らし続けて頂いている。日中は玄関の施錠をしていない。
 「看取り」もご希望されれば最後までご対応させていただきます。

【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)】

事業所は2001年6月に、母体の法人が運営する複合福祉施設から車で5分程離れた距離に開設した。法人開設以来約36年の長きに亘り全体を統括していた理事長が昨年4月に勇退し、続いて、法人が社会福祉連携法人の賛助会員法人となり、連携法人の理事長が法人の新理事長を兼ねることとなった。連携法人と人的な交流体制が敷かれ、法人内の各事業所の独立性が推奨されるなどの新しい運営環境の中、前理事長から薫陶を受けたベテランの職員も健在であり、利用者と適度な距離を測りながら、利用者の個性と社会性が最大限に発揮されるような個別ケアを実践している。法人内の別のグループホームの管理者から、新しい管理者が12月に着任し、現在、業務の見直しを行っている処であるが、今後とも、管理者とベテラン職員が一体となり、事業所を更なる高みに導かれるよう期待している。

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 ↓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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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) | <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(コロナ禍の為) |
| 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) | <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) | <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 | 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 |
| I.理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | 社会福祉法人はりま福祉会 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 | 法人の理念に基づき、利用者を一人の社会人として、また、地域の一員として捉え、それぞれの持っている力を十分に発揮して頂けるよう支援している。その為の環境づくりにも配慮している。 | 開設時以来の法人の介護理念と法人のグループホーム共通の倫理綱領を、玄関やリビングに貼りだしている。倫理理念は10項目からなる長文であり、職員に周知して具体的なケアに生かす目的からは、若干乖離しているきらいがある。 | 職員間で話し合い、現在の倫理綱領の内容を踏まえたうえで、周知徹底がし易い事業所独自の理念を決められたらどうだろうか。 |
| 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 | 自治会に加入しており、自治会費も納入している。毎月広報誌や回覧も届けて下さっている。コロナ禍のため、地域の行事に関しては、現在は自粛し参加出来ていない。 | 自治会に加入しており、広報誌や回覧などで地域の情報もたらされる。コロナ下で、内外の催し物が中止され近隣住民との接点が少なくなっているが、事業所の周りを散歩している際などに、お互いに声を掛け合いながら、コロナが収束してからの交流復活に期待をつないでいる。 | |
| 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 | 以前開催していた法人全体の行事なども休止しているため、地域の方々への発信の機会はない。コロナが落ち着けば地域の方々との交流と認知症カフェ等も開催したい。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議は今年度より開催している。再開した11月10日に4回目を開催した。今回はコロナの予防対策などを報告する。地域代表、ご家族代表、市の職員に参加して頂き意見交換を行った。 | コロナ下、文面開催が続いていたが、今年度の第1回開催から対面開催を再開した。法人の事業所(特養、グループホーム2事業所、サ高住)が合同で開催しており、会議の委員を含めて約30名が出席している。開催時間は90から120分であるが、それぞれの事業所にとっては、テーマ、時間とも不十分であり、来年度からは事業所単位での開催が決定している。 | 事業所単位での開催を機に、事故とヒヤリハットの簡単な内容と、職員間で話し合った再発防止策を発表してください。全家族に配布する体裁の議事録にするとともに、次回開催を通知する際に、家族や委員からの意見や質問を引き出す工夫をお願いします。自治会役員へ、出席依頼をされたらどうだろうか。 |
| 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取り組んでいる | 運営推進会議の案内は毎回送付している。議事録も必ず介護保険課に届けている。介護保険の更新や区分変更などの手続き代行も行っている。 | 利用者の家族からの苦情に苦慮したケースがあり、行政を交えて話し合っ解決した。年に1度開催していた2市2町の事業所総会の本部を、法人の本部に置いていたが、今年度から辞退しており、開催もコロナ下で休止している。 | |
| 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「介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 | 毎月の定例会議で拘束についての会議を行っている。拘束対象の利用者については早期の解除を検討している。全職員が拘束に対しての意識も周知している。また、玄関の扉の施錠はしていない。 | 医師の指示に基づいた「内転防止クッション」の使用以外は、センサーマットも含めて身体拘束に該当する器具は一切使用せず、見守りを強化することで対応している。 | |

| 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 |
| 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 | 個室で個別の介助が多いので、利用者の表情を常に観察している。虐待は犯罪であることを全職員に周知する努力をしている。事業所内で研修も実施している。 | スピーチロックを口にしない代わりに、どのような言葉掛けが有るか？に関して職員アンケートを2月に実施し、結果を集約してフィードバックした。「座っていて」には「どこにいかれますか？」、「立たないで」には「どこかに行きたいのですか？」、「動かないで」には「どうしましたか？」など多くの表現方法が集まり、職員にとって考える機会になった。年に1度、法人が実施する職員の定期健診の際に、ストレスチェックの問診票を提出して産業医が診断するシステムがある。 | |
| 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 | 成年後見制度は現在1名の方が利用している。事例として後見人変更の際にはご家族にも最大限協力した経験がある。制度に対して資料は設置しているが、職員全員に周知は出来ていない。 | 入所後に成年後見制度の利用を始めた利用者がある。利用者が後見制度を利用していることを職員は知っているが、制度に関する知識レベルは不十分であると管理者は考えている。制度を概説した資料を準備しており、契約説明時に渡している。 | 準備している概説資料を職員も目を通すことによって、知識が深まるのではないであろうか。 |
| 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 | 契約前に十分に聞き取りをし、情報交換をし事前に来所頂き、施設の雰囲気を見て頂いている。又施設の理念で日々の生活の中で起こりうるリスク、拘束しないことにより、起こりうるリスク等を説明し、納得して頂いた上で契約している。 | 契約時に支払う保証金の扱いに関して2通りの方法があり、その辺りに関する質問が多い。「看取りに至る介護への同意書」に、「かかりつけ医の指示やご家族の依頼があれば、救急車による緊急入院の手配や指定病院への連絡を行う」と記載されているが、この表現が家族にとって「DNAR(心肺蘇生法を試みない意向)」として意識されているか、疑問がある。 | 主治医や看護師と相談のうえ、DNARとしての書式を整え、入所中の利用者の家族を含めて、定期的に内容の再確認と更新をされるようお勧めします。 |
| 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 | どなたでも、いつでも意見を頂けるように玄関にご意見箱を設置している。また家族が来訪された際はモニタリングと、定期的に作成しているケアプランを提示して、日頃の利用者の状況を報告し、ケアについて要望等を聞いている。 | 意見箱に意見が投入されたことは無い。催し物の時に家族会を開催し意見を聴いていたこともあったが、コロナ禍以降中止している。コロナ下で面会を制限していたが、家族からの要望も汲み、短時間ではあるが利用者の居室内で面会できるようにした。 | |
| 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 | 各事業所、法人内に意見箱を設置している。日々の業務の中では朝、夕に申し送りを行い職員間の連携を取っている。また、月に一度のまどか会議で意見交換をしている。 | 事業所全体の会議を毎月1回開催しており、その中で職員の意見を聴く機会を作っている。ノーリフト運動の一環として、利用者が座った入浴用の椅子を電動で横にスライドし昇降させることで、浴槽に浸かったり出られる設備を導入し、職員の身体的な負荷を軽減させた。 | |
| 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 | 資格取得のための研修などの参加には勤務調整をして参加が可能に配慮している。資格を取得した際には報酬にも反映される。又自己評価、人事考課等で能力に応じて昇給賞与に繋げている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事業所ごとに会議、勉強会を行っている。全員参加を義務としている。各テーマに沿って担当者が進行役を担い、活発な意見交換が出来る。また、現場では抱えない介護としてノーリフトを勧めかなり定着してきた。 | | |
| 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 | コロナ禍のため外部施設との交流が従来のように出来ていない。今年度のグループホーム総会(2市2町)は開催され、著名人の講演も有り有意義な総会となった。勉強会も状況を見ながら実施を考えている。 | | |
| 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 | 入居契約時に本人や家族、関係者から情報を聞き取りフェイスシートを作成し全職員が共有している。 入居後も本人の現存能力が発揮し、家族がどのような生活を望んでいるのかを聞きながら支援している。 | | |
| 16 | | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前に本人、家族が何に不安や心配事として思っているのか聞き取り、安心して生活して頂く為の支援に役立っている。 入居後も色々な問題が発生した際には、その都度話し合いをし、より良いサービスを提供し、信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 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 | 入居時に得た情報を基に、本人に再度意向を確認した上で、家族の思いを聞きながら現存能力を十分発揮出来るサービス計画を作成し対応に努めている。 | | |
| 18 | | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々の生活の中で出来ること出来ないことを全職員が十分把握し、過剰な手出しは控えている。 施設内の掃除や自身の洗濯物を干したり、たたむ等の作業を各々をお願いしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 家族と連絡を密にしながら情報を共有している。必要な日用品の購入をお願いしたり、受診の付添も依頼している。家族によっては定期的に処方持参もある。サービス計画書作成の際は本人、家族の意向を聞きながら作っている。又モニタリング作成時にも都度希望を伺っている。 | | |
| 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 | コロナ禍のため友人や馴染みの方との交流は少ない。時々、昔、地域で習い事をしていた友人から電話があったり直接来園された折には、も窓越しから携帯電話でお話を頂く方もある。 | 利用者を担当する職員が、毎月、近況を書いて家族あてに送っているほか、問題があればその都度、密に報告することを心掛けており、家族からのアンケートでも好評である。コロナ下で外出が制限されていたが、3月になれば家族と一緒にの外出が可能になるようにしたいと管理者は考えている。 | |
| 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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 入居してから馴染物関係になった方は同じテーブルに席を取り、途切れることなく話が弾んでいる。コロナ禍のため1階と2階を別々にして生活している現状なので少し寂しい感じがある。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 契約が終了しても近くに来られた際にはお立ち寄り頂くようお話している。中には退所され初盆を済ませたとの報告をいただく家族もある。時々近隣の商業施設等でお会いすることもあり、相談があれば法人の相談室にも繋げている。 | | |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 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 | 出来るだけ本人の想いに沿ったケアを心掛けている。認知機能の低下により、ご自身の想いを表出出来ない方には日々のケアの中で細かく観察し、質のいいケアを提供に努めている。 | コミュニケーションが難しい利用者の場合、日々のケアをしている際の利用者の普段の顔色を認識しておき、それとの比較で、利用者の心身の状況を推し測っている。リビングでの利用者同士の会話や振舞から相性を判断し、座席の位置や距離感を判断している。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 最近の入所の傾向性として、入院治療が終了し在宅生活が困難になり入居する方が増えている。病院からの情報を得たり家族から生活歴や暮らし方のこだわり等は家族に充分に聞き取りをして思いにかなう生活を支援致します。 | | |

| 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 |
| 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 | 昼・夕食の時間以外は自由に過ごして頂いている。利用者との関係の中でその時々と言動を十分に観察しながら心身の状態把握をし、記録に残している。自由参加ではあるが、ラジオ体操や造形教室などを勧めている。 | | |
| 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 | それぞれの利用者の担当者を決めており、年に2回を基本としてケアプランの見直しを行っている。 1ヶ月に一度モニタリングを実施し、本人の現状とケアの内容を説明し、納得して頂けたらサインを頂いている。 ケアの追加や体調の変化などがあれば(入退院・ADLの低下)都度、変更を努めている。 | 1人の職員が1~2名の利用者を担当し、居室の整理、季節ごとの衣類の交換や消耗品の補充に関する家族への依頼、近況報告、毎月のモニタリング作成などを行っている。ケアは、全職員が自分が担当するユニット内の全利用者のケアを行っている。半年ごとに行う計画の作成に先だって、家族の意見を面会などの来訪時や電話で聞き取って反映させている。モニタリングする項目欄と介護計画の利用者のニーズ欄の記載を、内容的に一致させる方向でケアマネは計画している。 | |
| 27 | | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 各々の利用者のケース記録に日々の状態を細かく記録し、全職員が共有している。 日誌、健康ノート、連絡ノート等を活用し、状況把握や、連絡事項の周知に努めている。 | | |
| 28 | | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 週に一回造形教室を行っている。又食事以外に10時と3時にお茶の時間を設けているが、おやつのリクエストを聞き、出来るだけ希望に添えるようにしている。ショートケーキ、回転焼き、栗饅頭等が特に好評である。週に一回法人内の訪問看護ステーションからの訪問があり健康チェックを依頼している。 | | |
| 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 | 玄関の施錠はしていないが、コロナ禍である為外出は控えて頂いている。屋内での生活が総てであるので時間を作って訪室し、会話の時間を設けている。 窓越しに見える庭で季節の移ろいを感じていただいている。 | | |

| 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 |
| 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 | それぞれ主治医を決め、月に1~2度往診してもらっている。受診に出掛ける際は家族が付添って出掛けている。 特変があれば日中、夜間に関わらず、主治医、訪問看護師と連携し対応している。 | かかりつけ医は、利用者や家族により、事業所の提携医のほか複数の中から選べる。毎月の訪問診療と、毎週の歯科往診は全員が契約している。他科の通院は原則家族が付き添うが、必要に応じて職員が同行する。訪問看護や薬局も事業所と提携し、医療の連携を図っている。 | |
| 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 | 事業所常駐の看護師がいないので、週に一回訪問看護師に健康チェックを受けている。日頃の様子を伝え、気になることがあれば相談し、アドバイスをもらっている。 特変時には看護師に報告し常に連携を取っている。 | | |
| 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。 | 家族、医療機関、職員が連携を取り、情報交換や相談をしている。退院時にはそれぞれの関係者が出席、カンファレンスを行い、内容は全職員が共有し、退院後の生活が安全で安心して頂けるように配慮している。 | 年間数名、骨折により入院するケースがある。コロナ禍のため、入院時にはFAXで医療機関に情報を提供し、退院時には、病院内でオンラインによるカンファレンスを行う。退院後は生活リハビリを通して再発防止に努めている。 | |
| 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 | 契約の際には希望があれば看取りも可能であることを話している。高齢者の施設であるので、入居した時から看取りは始まっていると捉えたい。家族の希望を聞きながら施設で出来ることを十分に説明し、ケアの方針を決めている。出来るだけ穏やかにその日が迎えられよう支援している。 | 契約時に、重度化した際の事業所の指針を説明し同意書をとっている。事業所での看取りを希望すれば、医療行為をしないことを前提に、家族、主治医、看護師、歯科衛生士、職員などチームでカンファレンスを行い、穏やかに「その日」が迎えられよう支援している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 急変時には敏速に対応出来るように全職員が利用者の状態把握に努めている。 また、毎日のミーティングや会議など職員間で情報共有し体調観察している。 応急救置は看護師の指示で行っている。 | | |
| 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 | 年に2回、夜間、日中を想定して火災避難訓練を行っている。又加えて自然災害に対する訓練も実施している。非常食も備蓄しており、消費期限の確認も定期的に行っている。災害訓練については地域の方にも積極的に発信したい。 | 昼間と夜間想定火災訓練を年2回行っている。災害に対しても、ハザードマップをもとに、避難場所や避難方法を確認している。備蓄は、ご飯、お粥、レトルト食品、缶詰、水、フリーズドライのみそ汁などを事業所で準備している。緊急時の持ちだしファイルも準備している。 | 今後、避難した利用者の見守りなどで、地域住民の協力を得るように運営推進会議でお願いされたらどうか。 |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの生き方や想いを尊重し、人としての誇りや尊厳を大切にされた対応に心掛けているが、とすると特に在所機関が長い方に対して気が緩み親しみの気持ちを勘違いして失礼な言動が見られる事がある。何回も研修時には注意しているので全職員が良く認識し自重したい。 | リーダーが受講した実践者研修の内容を使い、職員の認知症の理解が深まるように伝達研修した。職員は慣れ合いと親しみの違いを混同せず、優しい言葉かけ、優しい介護、安心と安全な介護を目指すよう管理者は指導している。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 認知機能の低下により、ご自身の思いや希望を表出出来ない方に対して私たち職員がその方の表情や行動を深く観察しながら、思いを汲み取りケアに努めたい。 | | |
| 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 | 昼、夕食の時間以外は特にスケジュールを決めていないので、それぞれのペースでホールや居室で過ごされている。入浴の声掛けをして気が進まない際には、時間を置いてから気持ちに寄り添い勧めている。無理はしない。また、起床や就寝時間にも配慮し希望に添っている。起床、就寝時間もまちまちである。 | | |
| 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 | 基本的には自身の好みの服を着て頂いている。認知症の進行により選べない時には、職員が当日の天気や気温など季節に合った物を選んで説明し提供している。また、必要な衣類は家族と相談しながら購入を依頼している。 | | |
| 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 | 一人ひとりの嚥下、咀嚼の能力に合わせて食材の形態を工夫している。ホールに対面した場所にキッチンがあり、調理の音やにおいを直に感じて頂いている。自身が食された食器は出来るだけキッチンに運んでもらっている。出来る限りメニューのリクエストも取り入れ食の楽しみを提供している。 | 栄養士が考えた献立の食材が届き、それを職員が調理するが、時にはアンケートを実施し、利用者の希望に応じたメニューを取り入れることもある。身体レベルが低下しても、できる限り食事を口から美味しく食べることができるよう形態を工夫している。おやつは果物を意識した手作りの物や、業者に旬のものを頼んで取り入れている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 毎食の食事量、水分量はこまめに記録し、全職員で共有している。摂取量が少ない方にはプリン、ヨーグルト等の代替品を食して頂いている。水分は一度に多く摂れない方には頻回に介助している。また、食事量が少ない方には高カロリーゼリーを提供している。 | | |

| 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 |
| 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 | 各々に合ったケア用品を揃え、自力で出来ない方は介助を行っている。 週に1回は歯科衛生士の訪問を受けている方もあり、肺炎予防に努めている。 また、口腔内の保清について指導していただいている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的な言葉かけしながらトイレ誘導している。プライバシーの尊重を常に考えながら、出来るだけ利用者の負担にならないようにしている。 | 殆どの利用者がリハビリパンツを使用し、排泄表をもとに、排便コントロールを行っている。また、排泄パターンを把握して、それぞれの利用者に合わせてトイレ誘導をしている。各居室にトイレがあり、今はポータブルトイレを使用する人はいない。 | |
| 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 | 各々の排便状態を細かく記録する事でパターンを把握し職員全員で共有している。自然排便を促す為、積極的に水分を勧めている。それでも便秘傾向気味の方には、医師や看護師に相談し服薬でコントロールしている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 基本的には週2～3回位を勧めている。気が乗らない方には無理に介助はしないで、少し時間を空けて言葉掛けをしている。 入浴前にはバイタル測定して安全な入浴に努めている。 | 週に2回の入浴を基本にしており、お湯はその都度入れ替えている。普通浴槽に後付けしたレールに、入浴用の椅子を連結させて昇降できるタイプの機械浴は、浴槽の縁をまたぐことが困難な利用者や重度な利用者にとっても安全で気持ちよく入れる。シャンプーや石鹸などは、本人や家族のこだわりがあったり、皮膚トラブルを考慮して個別で準備している。 | |
| 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 | 一人ひとりの想いを大切に、ホールやそれぞれの居室でテレビを観たり、ゆったりとした時間を提供している。 夜間は不安で眠れない方には寄り添ってゆっくり話を聞いたり温かい飲み物を提供して安眠の支援に努めている。 | | |
| 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 | 薬情や健康ノート等を活用し、把握に努めている。 症状の変化が見られた時は主治医、訪問看護師に報告し、適切なケアが提供出来るよう努めている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 毎週外部の指導者に来訪してもらい、造形教室などを実施しており認知症予防にも力を注いでいる。自主的に洗濯物をたたんで下さる方もいる。毎日タンスの中を整理されている方もあり生活にメリハリがある。 | | |

| 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 | |
| 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に支援している | 従来だと庭を散策したり、春の花見や盆踊り等、家族と一緒に楽しんで頂いたり、地域の行事にも参加し交流を図ってきたが、本年度もコロナ禍の為、外出や交流も出来ていないが気分転換に職員と個別で散歩している。 | コロナ禍で、日常的には外出を控えているが、近くの公園まで散歩に出かけたり、庭にプランターを置き、大根や人参等を育て、食べごろには収穫して料理に加え楽しんでいる。今後は、誕生日のイベントで、希望する場所への外出や外食を実現させたいと管理者は考えている。 | | |
| 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 | お金に関心を持っている方もいるが、実際に所持している方は1名であるが、金額は確認していない。 何かを購入したいとの希望があれば、預り金があるので買って頂くことも可能である。 近くにコンビニもあるが、現在出掛ける方はいない。 | | | |
| 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 | 1階ホールに公衆電話を設置しているが、現在使用している方はいない。 家族から時々施設にかかってくるので、取次をしている。本人が直接電話をしたいとの希望があれば支援している。 | | | |
| 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 | 各々の希望の場所で雑談、テレビ鑑賞、飲食等をして過ごしている。 玄関、ホール、トイレには出来るだけ季節の花を置くようにしている。 ホールのガラス窓越しには広い庭があるので、木々や草花を見ながら季節の移ろいを感じて頂ける環境である。 | 1階のリビングの南側にある大きなガラス窓からは光がさしこみ、庭の景色から四季の移り変わりが感じることができる。料理の匂いや調理の音などを利用者は対面キッチンから直接感じることができる。壁には絵手紙や新聞の切り抜きが掲示され、全体的に落ち着いた雰囲気漂っている。 | | |
| 53 | | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | 1階、2階にはテーブル、テレビを設置しており、自室から出て来られ、一人でテレビを見ている方もいる。又家族の方と一緒にゆっくり過ごして頂ける場所でもあるが、現在は長時間の面会は控えて頂いているので、ご利用者のみが自由に過ごして頂いている場所になっている。 | | | |

| 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 |
| 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 | 入居の際は新しい物を購入するのではなく、これまで使用していたものを持参して頂いている。 日々の生活の中で必要な物があれば、その都度家族に連絡をして、持参して頂いている。 馴染みの物が身近にあることで、安心されるのではと思っている。 | 居室には、アルファベットの番地が付けられ木の表札がかかっている。各部屋にはトイレ、洗面所、ベッド、エアコン、防災カーテンが備え付けられ、2階はそれらに加えて、浴室・ミニキッチンが設置されており、浴室に洗濯機を置いている利用者もいる。ベッドを部屋の真ん中に置いて、テレビの視聴やトイレの動線を考えながら、空間を自由に使い、思い思いに暮らしている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | 施設内は全てバリアフリーに設計されている。必要な場所には手すりも設置している。1階～2階の移動はエレベーターを使用、車椅子方などにも安心して自立した行動が出来るように支援している。 | | |

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|--|--|---|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | 35 | 火災避難訓練、自然災害訓練など計画的に実施する際に同敷地内の隣家には、声かけをしているが、近隣周辺の方々には声をかけていない。 | 訓練を実施する際には、計画の段階に住民の方に相談し、日程調整する。また、利用者の状況なども自治会長などに紹介し、いざという時に備える体制を日頃から取る。 | 定期で開催している運営推進会議の案内を依頼したり、自治会での催しなどに積極的に参加し、コミュニケーションをとりながら、訓練の実施を伝えられる場をお願いする。 | 12か月 |
| 2 | 36 | 今期は、利用者の入退所が続き、個々人の人格や思いを把握しきれていないこともあり、職員の認識不足による言葉かけや間違った対応などでのコミュニケーション不足が課題となっている。 | 一人ひとりの思いをよく傾聴しながら、人としての誇りや尊厳を大切に。新しい利用者とのコミュニケーションを図り、常に安心のある介護を目指したい。 | 全職員がフェースシートを見直し、話し合いながら、新たに作成する。職員が一人ひとりの暮らしを楽しむことが出来る環境作りに取り組む。内容によっては家族に協力をお願いする。 | 12か月 |
| 3 | 51 | 今までは月1回の法人公報便りなどがあり、日々の生活や様子などをお知らせしていたが、本年より中止になり、また、コロナ禍においての様々な制限がこちらからの電話やメールでの一方通行になっている。 | 新しくまどかだよりを作成することで、季節行事や誕生会などのイベントを計画し、開催することで家族や地域の方々にも配布し、開かれた施設として取り組む。 | 行事委員会を中心としながら、各イベントの企画や運営を行い、まどか独自の公報紙を作成し、ご家族と利用者の支援に取り組む。 | 12か月 |
| 4 | | | | | か月 |
| 5 | | | | | か月 |

(様式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】 | | 取 り 組 ん だ 内 容 | |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 実施段階 | | (↓ 該当するものすべてに○印) | |
| 1 | サービス評価の事前準備 | <input type="radio"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ②利用者へサービス評価について説明した |
| | | <input type="radio"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした |
| | | <input type="radio"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した |
| | | <input type="radio"/> | ⑤その他() |
| 2 | 自己評価の実施 | <input type="radio"/> | ①自己評価を職員全員が実施した |
| | | <input type="radio"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った |
| | | <input type="radio"/> | ⑤その他() |
| 3 | 外部評価(訪問調査当日) | <input type="radio"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった |
| | | <input type="radio"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた |
| | | <input type="radio"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
| | | <input type="radio"/> | ④その他(面会など来所の際にいつでも閲覧して頂けるよう、玄関に設置し、説明する体制をしている。) |
| 4 | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="radio"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った |
| | | <input type="radio"/> | ⑤その他() |
| 5 | サービス評価の活用 | <input type="radio"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した |
| | | <input type="radio"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する) |
| | | <input type="radio"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する) |
| | | <input type="radio"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む) |
| | | <input type="radio"/> | ⑤その他() |