

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	2871300451		
法人名	医療法人 敬愛会		
事業所名	ひかみシルバーホーム		
所在地	丹波市氷上町絹山1		
自己評価作成日	令和 3年 3月26日	評価結果市町村受理日	令和3年10月5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	http://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/28/index.php		

【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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	令和3年3月31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)】

入居者が安全、安心して過ごせるよう医療との連携がしっかりとれている。
新型コロナへの感染が収束し外出、外泊の規制が解除となれば地域との連携を今以上図ることができるよう努めていきたい。

【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)】

同じ敷地内にある地域に根差した総合病院を法人としており、地域住民からもその医療連携が安心・安全の事業所となっている。1ユニットの小規模な事業所であり、利用者同士、職員も含めての顔馴染みの関係が作れている。利用者はそれぞれに役割を持ち、職員の支援で洗濯物を干したり、畳んだり、食器洗い、掃除など積極的に家事に参加している。外出の機会が減り、脚力の保持を目指して利用者は事業所の広い廊下を歩き、窓越しで裏山の地神様詣りを日課としている。数年前に、法人の指示ではあったが、職員全員の知恵を集めて『認知症ケアマニュアル』を生み出した。日々の支援に参考にできる内容となり、具体的で後進のためにも良い手引書となっている。他では見られないそういった取り組みに、感染症対策や日々の支援に追われる中、1冊のマニュアルとして形にしたその情熱に拍手をしたい。内容の更新はまだ続いているようで、完成の日はまだ未確定だが、ぜひ何らかの形で発信をして頂くことを期待する。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○	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、活き活きと働けている (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、安心して暮らしている (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				

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

自己 評価	第 三 者 評 価	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	理念をホール、職員室に掲示し、実践に努めた。	「その人が穏やかで生き生きと生活が流れるようにパートナーとして接することを日々努力します」他2項目の開設以来の理念をホールと職員室に掲げ、各自携帯して意識している。利用者が毎日役割を持って暮らせるように、全員が何らかの当番を努められるように配慮されている。	
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	毎年、近隣の小学校、こども園に運動会や七夕の行事に招待され参加しているが、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染予防のため外出、外泊が法人において禁止され、地域の行事も軒並み中止となり参加できていない。	感染予防対策のため、地域とのつきあいが無くなっている。運営推進会議のメンバーとのつながりで文化祭に出展することが決まり、利用者も張り切って作品を作っていたが、開催が見送りとなり残念な結果となった。今は事業所内のホールに展示しているが、次回はもっと大きな作品に挑戦したいと、利用者と職員は思っている。	
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	運営推進会議において、当事業所での認知症の人への対応や勉強会での資料を通して報告している。		
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	運営推進会議は年4回開催、自治会長、市相談員、介護保険課課長が参加し取り組み状況等について話し合いをもっている。その内容は、来訪者がいつでも見られるよう当事業所の玄関に貼り出している。	運営推進会議は3か月ごとに開催し、行政、知見者、法人職員が参加している。事業所内で開催していた際には利用者の参加もあったが、コロナ禍で、現在は事業所とは別棟の法人会議室で開催しており、利用者と家族の参加がない。家族に議事録を配布していない。	議事録を全家族に送付して、意見などの返信がもらえる様子を工夫されてはいいか
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に取り組んでいる	丹波市介護保険課職員とは、運営推進会議やGHネットワーク会議を通して連絡、相談を密にとっているが、ネットワーク会議についてはコロナ禍であることから開催されなかった。	コロナ下、顔を合わせることは少なかったが、市からの情報提供が多く、相談、連絡などで密接に繋がっている。2021年度の制度改正で、リハビリについての変更があり、外出の出来ない利用者の筋力保持に効果をもたらす改正であるとの情報をもらった。	
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	職員は、法人設置の身体拘束廃止委員会に加わっており、年間2回の研修、勉強会を通し理解に努めた。ケースに応じ玄関の施錠はある。	前回の第三者評価のアドバイスにより、身体拘束廃止に関する指針と同意書を作成した。事業所の拘束をしない方針を家族に説明し、そのことによるリスクについても家族の納得を得ている。全居室内にトイレがあるので、夜勤職員は利用者の気配に気を付けており、必要な場合は支援に駆け付けている。	

自己	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	法人内の研修を通して虐待防止についての理解と勉強会でも虐待について取り上げ、虐待防止を徹底している。	法人の委員会で身体拘束排除と虐待防止について年間計画を立て、研修と伝達研修を行っている。職員面談は基本、年1回実施しており、個人目標の策定から達成までの相談に乗っている。職員のストレスチェックを法人として実施しており、ストレス該当者は法人医師の受診を勧められる。	
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	成年後見人制度についての勉強会を実施、資料も備えている。	前回の第三者評価のアドバイスにより、制度のパンフレット、資料を取り寄せて玄関に配置しており、契約時には家族に渡している。職員は制度に関して一定の理解をしているが、知識を深めるためにケアマネが講師になって勉強会を開催した。	
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	契約時、重要事項説明書に目を通してもらいながら丁寧に説明している。	申込時に、管理者が面談をして概略を説明し、利用者の見学を奨めている。時間をかけて丁寧に説明して、同意書等にサインをもらっている。緊急時対応として心肺蘇生法を試みない意向(DNA R)についての説明もしており、その時点での意向を確認してカルテに記入している。	
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	家族会でのアンケート、面会時に意見、要望を口頭で聴いているが、家族会は開催できず、面会時にも運営に関する要望や意見はなかった。	前回の第三者評価のアドバイスにより、家族会を開催した際に配布しているアンケート回収の方法を工夫していたが、コロナ禍で開催が中止となった。家族から面会をしたいとの要望が多く、窓越しの面会を工夫し、ほとんどの家族が面会出来ている。	
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	行事計画書、伺い書をもって実施できるよう努めている。	月1回のカンファレンスで職員の要望を聴く機会を設けており、備品を購入したり修理を行っている。コロナ禍を機に、各居室に空気清浄機を設置し、エアコンを新しいものに入れ替えた。従来の浴槽ではお湯に浸かれない利用者が増えてきたので、機械浴が可能なように浴室をリフォームした。	
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	法人の就業規則に基づき勤務している。有給休暇の取得にも努めている。		
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	職員は、年間を通し法人内の研修会に参加し、都合で参加できない職員に対しては、研修内容を伝達することによりトレーニングを行っている。		

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
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	ネットワーク会議を通しての情報交換は、未開催となりできなかった。電話、ファックスによる情報交換に留まった。		
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	入居前に見学、来訪を勧め不安のない入居につなげている。職員一人一人が声をかけるようにしている。		
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	入所申込み時に、困りごと、不安、要望など聞きながら当事業所に対応できることできないことを伝え関係づくりに努めている。		
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	入所申込み時の面談において、家族が必要としている支援に対応できないと思われる時は、他のサービスと連携し紹介している。		
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	掃除、洗濯、洗い物などの家事を一緒に行い一緒に生活している者としての関係を築いている。		
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	コロナ禍において面会の制限がある中、窓越しではあるが顔を見せてもらうよう連絡をとったり電話での会話を勧めている。		
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	友人、知人など家族以外でも窓越しの面会は可能となっている。次回の来訪も呼び掛けている。	外出自粛のため、行きつけの美容室に行くことが出来ず、法人出入りの訪問美容師にカットを依頼した。家族や知人から手紙や年賀状が届くことがあり、職員が返事を書く支援をしている。習字を楽しむ人が多く、月に1回お手本を見て全員が練習しており、リビングの壁や居室に作品を展示している。	

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
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	入居者同士の言動が、トラブルに発展する前に職員が介入している。入居者同士でアクティビティ、入浴など誘い合えるよう支援している。		
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	入院や他の施設への入所により契約が終了しても、面会したり事業所での生活の様子を伝えるなど関係を継続している。		
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	法人共通のアセスメント用紙を活用し希望、意向など入居者本位でアセスメントしている。	数年前からケアマネ主導で、「認知症ケアマニュアル」を作成しており、経験から生まれた具体的な内容で職員の手引書となっている。介護者が言ったことが伝わらない場合の対応方法などが具体的に示され、利用者がどんな気持ちでどういう行動をとっているかを学べるようになっている。新しい知見があれば都度入れ替え、いつも新しい情報に更新されている。	
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	入所申込み時の面談において、家族やケアマネの情報提供書により情報収集を行っている。		
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	介護記録、ケアプラン実施記録、定期受診時の記録などにより把握している。		
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	担当職員、他職種、家族(面会時などに希望、要望の聞き取り)によりケアマネ主催で担当者会議を開き、モニタリングを行い介護計画を作成する。	サービス実施記録、モニタリングシート、ケアプラン変更についての記録等は法人の共通様式を使用し、3か月毎のモニタリング、6か月のプラン変更に繋げている。計画に関する家族からの要望は、面会時や電話で聞き取って反映させている。	

自己 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
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	食事摂取量、入浴、排泄の有無、アクティビティをチェック表に記入し、職員間で情報を共有しケアや計画の見直しに活かしている。		
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	受診時の付き添い、入退院の補助、理容、買い物など当事業所で行っている。		
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	病院、認知症医療疾患センター、西部包括支援センターからの支援や小学校、こども園の行事、自治体の文化祭への参加などで交流を図っている。		
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	隣接する病院の医師が主治医となる。体調の変化にも数分以内に受診可能となっている。医療連携を通じ、看護師や薬剤師にも相談に応じてもらう。	かかりつけ医の選択は自由であるが、母体法人の病院が隣接しており、全ての利用者がかかりつけ医にしている。毎月1回、外来の内科や外科で定期的に診察を受ける際には、管理者が付き添い、受診結果を申し送りノートと介護記録に記載し、家族には電話で知らせている。他科受診には、基本、家族が付き添う。歯科に関しては、必要に応じて家族が連絡して往診を依頼している。	
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	隣接する病院の看護師と医療連携を通じ、24時間、365日にわたり相談可能。主治医とも連携を取り合い適切な医療を受けている。		
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。	入院病棟に出向き、担当医、看護師、理学療法士から情報収集し、退院後の支援内容など聞き取りを行っている。	毎年、数名の入院事例が有る。疾病によっては主治医の指示によって法人以外の医療機関に入院する事もある。法人の病院に入院した場合は、職員が頻回に病棟を訪問して洗濯物を届け、相談員や地域連携室と情報を共有している。退院時にはケアマネが病棟看護師と情報共有し、退院サマリーに沿ったケアプランを策定している。	

自己 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
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	契約時に「重度化した場合の対応にかかわる事業所の指針」を説明し確認をとっている。医療的ケアが必要となった時点で隣接する病院に入院となる。延命処置については意向をカルテに記入している。	看取り期に至った時点で「重度化した場合の対応に係る事業所の指針」を説明して確認を取っている。医療的ケアが必要となった場合は、隣接する病院に入院することとなる。延命処置に関する利用者や家族の意向確認を進めており、家族の意向をカルテに記載しているが、意向を確認した日付を記載していない。	延命処置に関する意向を確認した日付を明記しておき、一定の期間ごとに確認を更新して下さい。
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	「事故発生時対応マニュアル」「急変時対応マニュアル」を策定。研修、勉強会を実施している。		
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	「防災マニュアル」に基づき避難訓練を実施。避難手順により職員全員把握している。	火災や土砂災害が発生したことを想定した避難訓練を、隣接事業所と合同で年間2回実施しているが、夜間を想定した訓練が出来ていない。夜間の火災発生時には、隣接事業所の夜間管理者に先ず一報を入れる等の防災マニュアルを整備しているが、利用者が居室から避難済みかどうかを識別する法人共通のルール化が出来ていない。Webで確認した県のハザードマップでは、裏山からの土砂災害の恐れが有り、避難訓練では山から離れた方へと水平避難している。隣接事業所が福祉避難所になっており、3日分の食料と水を法人のセントラルキッチン内に備蓄している。コンパクト化した非常持出ファイルを作っていない。	印刷されたハザードマップを市から入手して職員に周知するとともに、事業所に貼り出されることをお勧めします。介護保険情報、緊急連絡先、介護計画、処方薬の情報など最低必要な書類を非常時に持出せるファイルを工夫して下さい。
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	理念にも掲げており、当事業所の認知症マニュアルにも職員の心得として入居者への尊厳、敬意をもって仕事に臨むとし、職員一人ひとりが心がけている。	法人のマナー委員会が活動しており、事業所の職員がメンバーになっている。同姓の利用者に呼び掛ける際には、フルネームを使っている。洗濯機は脱衣場と離れた家事室に置いており、入浴時の利用者のプライバシーが守られている。体系化された認知症対応マニュアルがあり、「個人の価値をおとしめる行為」として、子ども扱い、急がず、無視する、からかうなど17項目を上げ、日々のケアをする際の注意点として職員に周知している。	
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	職員が決定するのではなく、入居者本人が選択できるように声かけすることを心がけている。		

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
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	休息、離床などできるだけ自由に行えるよう援助している。事業所の都合を優先したり職員のペースで動かないと「心得」にある。		
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	化粧品やおしゃれについては禁止事項なし。化粧品の持ち込みも家族に依頼している。		
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	法人のセントラルキッチンで調理された献立を毎食提供している。盛り付けや片付けを職員と一緒に入居者が行っている。	法人のセントラルキッチンで調理された献立が毎食事ごとに届く。事業所のキッチンでは利用者ごとに盛り付けるとともに、炊飯して汁物を作っている。自炊の日を毎月1日設けており、利用者が調理に参加できる巻きずしや、施設では珍しい献立にしている。事業所の菜園で作った季節の野菜が食卓にのぼることもある。月ごとの利用者の役割分担の中に、その日の献立書き、盛り付け、お盆拭き、テーブル拭きなどを決めており、和気あいあいとした雰囲気の食事を楽しんでいる。	
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	栄養カロリー、食事量は当事業所担当の栄養士が計算し決定している。献立も立てられている。 摂取量、水分量をチェック表に記入し健康を管理している。		
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	食後の歯磨き、義歯洗浄の声かけ、見守りを一人一人行い、できない入居者には援助している。虫歯や義歯の調整が必要な場合、家族から協力歯科医に往診を依頼してもらっている。		
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	排泄パターンの把握に努め、早めに声かけやトイレへの誘導を行っている。オムツ使用者に対しては、職員が多い日勤帯にトイレでの排泄にトライしている。	オムツを使用している利用者も含めて、日中は全ての利用者がトイレで排泄している。殆どの利用者がリハビリパンツを使用しており、職員が排泄チェック表を見ながら適時にトイレへ誘っているが、ほぼ自立して自分でトイレへ行く利用者が半数ある。トイレで立位や座位を保てるようにと、毎日、簡単な体操や生活リハビリを続けている。	
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	主治医に相談し、便秘薬を処方してもらったり栄養士にアドバイスをもらい予防に取り組んでいる。		

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
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	入浴は週3回となっているが、希望に応じ入浴は可能である。個浴槽に改修され安全に一人でゆっくり浸かることができ、入浴を嫌がる入居者が減った。	昨年、浴室を改造して浴槽の側面が開閉するタイプの機械浴を設置した。それまでは常にシャワー浴だけだった利用者も湯船に浸かることが出来、重度化した利用者を介助する際の職員の負荷も軽減されたので、安心して安全な入浴が実現した。	
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	日中においてもその日の状態に応じて休息と離床を援助している。		
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	月1回の定期受診により主治医が処方する。 薬の説明書により理解し与薬している。 病院薬剤師による薬剤管理指導を月2回受けている。		
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	入居者の趣味や在宅中に担っていた役割など参考に手作業や家事を行ってもらうことで張り合いのある一日を過ごせるよう援助している。		
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に支援している	毎週木曜日「外出、買い物日」と定め、午前中に近くのスーパーマーケットに出かけたりドライブを楽しんでもらっていたが、外出が禁止され実施できていない。当事業所内を歩き窓から見える窓から見える地神さんを参拝している。	コロナ禍における法人の方針によって、外来受診以外での利用者の外出は控えている。利用者は、広いリビングと長い廊下を一体化させた歩行コースを考えて、コースを歩きながら窓から見える「地神様」を拝んでいる。隣接する病院の外来を受診する際に、職員は利用者を引率しながら、以前とは少し遠回りするコースを歩き、利用者に少しでも外出気分を味わって貰っている。	
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	現在、金銭を管理できる入居者はいない。病院事務所で預かり金として管理されている。希望や必要に応じ出し入れできる。		
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	希望されれば職員室より自由に電話をかけてもらっている。 手紙、はがきに返信できる入居者には、職員が手伝い書いてもらっている。		

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
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	職員が持ち寄り、四季折々の花や入居者が作成した掲示物でなごめる空間を飾る。	吹き抜けの高い天井の効果によって事業所全体に開放感がある。リビングホールの出窓に季節の花が置かれ、壁面には利用者が職員と一緒に作った今年の干支や季節の貼り絵、習字の作品、タペストリーのような大きな手製のカレンダーが飾られている。広いリビングホールに大きなテーブルが3台置かれ、利用者はディスタンスをとりながら食事をしたり寛いでおり、四畳半の畳の間も有る。大型の空気清浄機能付きオゾン生成器を設置し、清潔な環境を作っている。	
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	食事の際の席は、月ごとの席替えにて偏った付き合いにならないよう援助している。それ以外の時間では思い思いの席に着き過ごせるよう配慮している。		
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食器や家具布団、家族の写真やアクセサリなど持ち込みは自由とし、不安なく落ち着いて過ごせるよう援助している。	全居室がフローリング仕様である。各居室に付けられた花の名前に合わせて職員が作ったペーパークイリングが、名札ボードの上に飾られている。事業所からは、空調機、ベッド、照明器具、洗面台、整理ダンス、床頭台、防災カーテン、折りたたみ椅子が準備されている。コロナ下で、各室に小型の空気清浄機器を増設した。利用者は、ハンガーラック、誕生日に贈られた色紙、家族と一緒に写真、届いた葉書、お気に入りの人形などを並べ、それぞれにとって過ごし易い空間を作っている。	
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	トイレの場所やそれぞれの居室など、家族の了承を得て大きく表示している。掃除や洗濯物を干す取り込む、食器洗いなど安全に行えるよう、職員は見守りながら一緒に行っている。		

(様式2(1))

事業所名：ひかみシルバーホーム

目標達成計画

作成日：令和3年5月10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	運営推進会議の議事録を全家族に送付指定、意見などの送信がもらえる様式を工夫する必要がある。	運営推進会議の議事録を家族に配布する事で、家族の意見も参考にサービス向上に活かす。	3か月毎に開催する運営推進会議の議事録を意見記入用紙を付け、家族に送付し、返送して頂いた意見を次回の会議で発表する。	開催月毎
2	33	延命処置に関する意向を確認した日付を明記しておき、一定の期間ごとに確認を更新しておく。	延命処置に関する意向を一定期間ごとに確認し更新する。	年度ごと、あるいは家族からの申し出があった際に、意向を確認し、その日付をカルテに明記する。	年度末
3	35	ハザードマップを入手して、職員に周知し、事業所に貼り出す。介護保険、処方薬の情報、介護計画、緊急連絡先など最低必要な書類を非常時に持ち出せるファイルの工夫が必要。	ハザードマップを貼り出し、非常時持ち出しファイルを作成し有事に備える。	玄関の壁にハザードマップを掲示する。利用者の介護保険の写し、処方薬の写し、緊急連絡先表、ケアプランをファイルにまとめ更新しながら保管しておく。	3か月
4					
5					