

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 4年 3月 1日	評価結果市町村受理日	令和5年4月28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.nhl.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5年3月29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。認知症があっても、その人らしい生活の支援に努める。

【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)】

事業所は平成12年に開設され、のどかな田園地帯に位置し、同法人の救急病院と老健が隣接している。病院はかかりつけ医として定期的または緊急時の受診がスムーズであるほか、「認知症疾患医療センター」を備えており、専門の相談員が助言、相談を行っている。また、終末期や看取りにも対応し、24時間体制の医療支援が、利用者、家族、職員にとって安心感を与えている。車いす使用の利用者が増えてきているため、毎日下肢の運動を取り入れ、筋力維持と転倒防止に取り組んでいる。また、利用者一人ひとりの自主性を重んじ、能力や好みに合わせて自分の役割をもっていただくように支援している。今後も、地域の拠点として、蓄積された認知症ケアの知識と実践を活かし、積極的に地域へ情報発信していただきたい。

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
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、生き活きと働けている (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、安心して暮らせている (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)	○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。	「なじみの仲間、なじみの環境を作ります。その人のできることを尊重し、プライバシーを守ります。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。」という事業所の理念は、開設時に作られたもので、認知症ケアの理念にも通じ、職員は各自携帯し、業務にあたっている。	
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	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。	コロナ禍以前は、近隣のこども園や小学校の運動会などの行事に招待されるなどの交流があった。また、法人主催の「丹波のまつり」では、職員が出し物をしたり、お弁当をふるまうなど、入院、入所している家族に楽しんでもらっていた。	
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。	コロナ禍であっても、年4回、法人内で運営推進会議を開催している。元区長、元市相談員、介護保険課課長、地域連携室の職員等が参加し、活動報告、入居者の動向のほか、取り組み状況を話し合う。議事録は作成しているが、参加者に送付していない。	運営推進会議の議事録を家族に送付し、意見を募る取り組みをされてはどうか。また、議事録の中に、対策を含めた事故報告書の事例を紹介していただきたい。
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	感染対策をとり、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	グループホーム連絡会が年2回開催され、市から情報をうけたり、各事業所の職員と情報を共有している。コロナ禍における対面による面会、外出の工夫など議題にあがり、参考にした。	
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、勉強会を通して理解に努めた。ケースに応じ玄関の施錠はある。	身体拘束廃止の指針とマニュアルを整備し、法人設置の身体拘束廃止委員会に参加している。年2回の研修があり、今回は全職員が身体拘束廃止についてのDVDを視聴した。事業所内では拘束に該当する利用者はいない。夜間のみ玄関を施錠している。	研修後、職員の理解度を確認する工夫が必要ではないか。

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
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を深め、虐待防止を徹底している。	法人の委員会で身体拘束廃止と同様に虐待防止についての研修を行っている。認知症マニュアルの中に、「個人の価値をおとしめる行為」として具体的な内容が記されている。職員にはストレスチェックを毎年行っており、必要があれば法人の医師と相談できる。	
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。	現在、成年後見制度を活用している利用者はいない。パンフレットは準備しており、契約時に家族に渡したり、誰でも手にとれるよう玄関に設置している。	
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	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。	契約時は重要事項説明書を見ながら説明している。利用料金や重度化した場合の質問が多い。重度化した場合の対応に係る指針や医師や医療機関との連携体制を説明した上で、同意書ももらっている。また、緊急時の対応については、すぐに目につくように基本情報に記入している。	
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。	「丹波のまつり」に参加した家族に、アンケートを渡して意見を聞いていた。コロナ禍では面会についての意見が多く、様子を知りたいという要望に対して、窓越し面会を工夫したり、毎月家族に写真を掲載したホーム便りを送っている。	
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。	リフォームなど設備に関するものは事業計画として申請し、電化製品等の買い替えや修理については伺い書で行っている。マニュアル等で、事業所ごとの判断に委ねられているものについては、職員の意見を反映して作成することもある。	
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。職員の有給休暇も取得できている。		
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参加を促し、感染対策のため、リモートやDVDにより研修内容の理解に努めている。		

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	ネットワーク会議に参加することにより、他施設との情報交換、交流を深めた。		
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	コロナ禍により、事業所の外からの見学になるが、グループホームの雰囲気を感じていただき、要望や不安材料に答えるよう努めている。		
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手伝っていただき、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、入居者から年賀状や暑中見舞いを家族に送るなどしている。		
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での面会は可能となっている。また、住み慣れた地域をめぐるドライブも実施した。	以前に入居していた利用者の家族が差し入れをしたり、昔の仕事関係の知人が毎月訪ねてこられる利用者がいる。また、生まれ育った地域を車でドライブをして懐かしんでもらった。	

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。入居者同士で体操への参加や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。	自ら思いや意向を表出できない利用者は、アセスメント用紙を活用し、身体面、精神面、社会面を合わせた上で、「これまでの暮らし方」を参考に思いを把握するようにしている。		
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	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。	法人共通のアセスメント用紙を活用し、職員は毎日目標に対してサービスができたかチェックし、担当者は3か月ごとにモニタリングを行う。担当者会議では理学療法士や栄養士による専門職の意見も取り入れながら、ケアマネジャーが介護計画を作成する。		

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
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、活動内容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(コロナ禍であり参加できなかった)		
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。毎月の定期健診も実施している。	母体医療法人が訪問診療の主治医なることを説明し納得してもらっている。定期訪問だけでなく、毎月の定期健診、利用者の状態や家族の希望で訪問歯科の利用もできる。定期的な認知症専門医による診療体制、薬剤師による毎朝の健康チェックが行われている。	
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	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。	主治医を中心とした医療体制が整備され、入院回避を可能とする体制がある。やむをえない入院の場合は、利用者の状況をみながら可能な限り早期での退院を勧め、利用者が安心出来る環境を優先している。骨折後のリハビリ等については、専門職が事業所で個別に支援している。	

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
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。	入居時に事業所のできることでないことなどの方針を説明し、そのうえで利用者及び家族の重度化や終末期に関する意向を確認している。基本年度末には再度意向を確認するが、入院時や状態変化の際にも意向を確認し、医療関係者を交え状態把握、今後の対応等を確認している。	
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	「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。災害マップを掲示し、避難場所を把握している。	法人として隣接の病院と連携し、特に土砂災害への備えを強化している。利用者の避難方法については、危険度のレベルに応じて利用者がベッドに寝た状態で移動するなど、実践に即してシュミレーションしている。ハザードマップを掲示し、職員に周知している。	運営推進会議で訓練の状況や取組等を報告することで、地域との協力関係を築いていただきたい。
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。	法人研修として毎年、接遇やコンプライアンス研修で学ぶとともに、事業所としても認知症マニュアルとしてまとめた職員の心得を通じて意識している。居室のドアの開閉時の声かけ、排泄や入浴時の介助時の声かけなど、利用者の意向に応じて同性介助に配慮している。	
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	入居者の思いをくみ取り、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。		
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。		

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
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いき、食事の前に毎食、献立を説明している。	隣接の厨房から副菜を運び、事業所でご飯と汁物を用意している。利用者と器を選びながら一緒に盛り付け、後片付けをしている。夏祭りやクリスマスには、普段と違うメニューを楽しむ。毎月、利用者からのリクエストメニューと一緒に調理して食べることもある。	
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、大幅な体重の増減などみられたら栄養士に相談し、対応している。		
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	排泄チェック表により排泄パターン、失敗の有無を把握し、早めのトイレ誘導を行っている。	介護度によってはおむつを使用している人もいるが、昼間はトイレでの排泄を基本としている。入院時のおむつの状態を退院後のこまめな声かけにより、徐々に入院前の状態に戻す。夜間、ベッド横にポータブルトイレを置いて利用している人もいる。	
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。個浴槽での入浴で、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は少ない。	おおまかな入浴スケジュールはあるが、利用者の意向に応じて柔軟に対応している。以前とは違い、一人ひとりのペースでゆっくり浸かれる個浴となっており、利用者も気持ち良く入浴している。冬にはゆず風呂を楽しむ。	
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入居者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を活かし、手作業や家事を手伝っていただく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	外出制限のある中、ドライブでの車内からの花見、紅葉を楽しむ。事業所の敷地内での日光浴を実施する。	コロナ禍ではあるが、敷地内の散策は気候に応じて行っている。外気浴も兼ね、ドライブしながら季節の花を見に行ったり、自宅や馴染みの場所をめぐり、季節によっては、畑での野菜の手入れや水やりをしたり、収穫した野菜を調理して楽しんでいる。	
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	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。		

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
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。		
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、四季折々の生花や入居者が作成した掲示物でなごめる空間を飾る。	L字型のキッチンカウンターに冷蔵庫、食器棚が置かれた家庭的なキッチンスペースに畳敷きの和風のスペースもあり、広く開放的なリビングとなっている。共同の手作り作品からは季節感とぬくもりが感じられる。	
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	コロナ過であり一人一人が距離をとり密にならないよう、また、寒い時期にもかかわらず、窓を開け換気するといった感染対策をとってきた。		
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。	室内には小型の整理ダンスや小物入れ、ベッドが常備されている。使い慣れた椅子や折り畳みテーブル、ハンガーラックなど使い勝手良く置かれている。目のつく所に生花をかざったり、自分の作品や写真をお気に入りのところに掲示している。	
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	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)

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5年4月14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家族に送付し、対策を含めた事故報告書の事例を紹介していく必要がある。	運営推進会議の内容とインシデント、ヒヤリハットの対応策を家族に紹介する。	年4回の運営推進会議議事録を入居者の家族に送付する。	6月、9月、12月、3月
2	6	研修後、職員の理解度を確認する工夫が必要である。	研修内容の理解を深める。	引き続き、研修内容に対する感想などトレーニング個人記録として所属長に提出する。	随時
3	35	運営推進会議にて、避難訓練の状況や取り組みなどを報告することで、地域との協力関係を築いていく必要がある。	災害対策において、地域との協力関係を築く。	運営推進会議にて、避難訓練や災害への取り組みなど詳しい内容を報告する。	6月、12月
4					月
5					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()
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・5月に送付予定
		<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・4/28に提出予定
		<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・6/15運営推進会議にて報告予定
		<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)・6月の運営推進会議にて予定
		<input type="radio"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)・4/28提出予定
		<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()