

1 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	1690900095		
法人名	(株)ウォームハート		
事業所名	はあとふるケアあさがお		
所在地	小矢部市西中野694-1		
自己評価作成日	平成30年1月10日	評価結果市町村受理日	平成30年5月29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	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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成30年2月5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)】

住み慣れた場所で共に生活するパートナーとして、日常的な関わりを大切にしている。利用者の自立支援に向けた取り組みの一環として学習療法や歩行練習、マシンを使っの軽運動等に取り組んでいる。地域密着に向けた取り組みとしては市、自治体の行事(桜祭りや公民館祭り、あさがお交流会等)やボランティアさんを招いてのイベント等に取り組んでいる。また、利用者の想いや要望に応じて、弁当持参でドライブに出掛けたり、外食に出掛けたりすることで、本人さんの思いに充分に沿える支援ができるように心掛けています。

【外部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)】

開所時に掲げた法人理念を基本として、運営方針、スローガン、心得、サービス基準を設定し、職員は「サービス基準」の具体的な指針にそって利用者の支援を行っている。利用者への言葉遣いや向き合ふときの姿勢など、ベテラン職員や新入職員を問わず誰でもが、利用者のよきパートナーとして最低限の基準を持つことで、利用者や家族からの信頼を得、職員間のチームワークの良さにつなげている。昨年度、車椅子2台が乗る車両を購入し、花見や食事会、買い物や遠出など、利用者が希望する場所への外出の機会が多くなった。併設する小規模多機能施設の利用者とは、合同開催の行事や筋力強化が期待されるマシンの利用などで交流し、また、広報誌の配布、運営推進会議への民生委員出席や、事業所行事への参加協力を通して、地域住民と日常的な交流を図っている。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、生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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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				

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

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	
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	理念については、月1度開催されるフロア会議で読み上げ確認する事で、管理者含め職員全体が共有し、理念に沿った個別ケアができるようにしている。また、サービス基準を立てて職員間の自覚や成長に繋げるように努めている。	法人理念を基本とした、運営方針、スローガン、心得、サービス基準を設定している。毎月のフロア会議では、誰もが同じサービスを提供できるよう、ケアの基本となる「サービス基準」を読み上げて共有し、実践につなげている。		
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	今年度は、自治体の公民館祭りや神輿祭りや小学校の運動会、学習発表会等に参加したり、地域のボランティアの方々を受け入れたり積極的に地域の人達と関わるよう努力した。また事業所主催で「あさがお交流会」という行事を開催し、利用者、家族、民生委員、ご近所の方等に参加して頂き、運営推進会議等で意見交換している。	事業所の活動やボランティアとの交流などについて、隔月発行の“あさがお便り”を通し、地域に発信している。秋の“あさがお交流会”には、ご家族、近隣住民、民生委員、三味線ボランティアの方等が集うなど地域との交流を深めている。		
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	運営推進会議時に地域の皆さんに対して、日頃行っている利用者の支援方法や、機能改善に向けての取り組みを画像や映像を交えて発信している。			
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	運営推進会議には、民生委員、健康福祉課の職員、他施設の職員、利用者家族が参加し活動報告や活動予定、事故報告、研修報告、日頃行っている利用者の支援方法や、機能改善に向けての取り組みや火災訓練の様子を報告し、意見等を頂いている。また、会議報告書を全家族に郵送し報告している。	隔月開催の会議は、併設の小規模多機能事業所と合同開催し、活動報告、事故報告、行事案内、避難訓練の報告等を行っている。会議の中で、災害対策として、避難経路のスロープ設置について提言があり、実現に至ったという事例がある。		
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	運営推進会議には、健康福祉課の職員に参加して頂いている。管理者が健康福祉課の窓口に出向いた時には、様々な相談にのってもらえるような関係はできている。	行政の担当者が運営推進会議に出席し、事業所からは活動報告をしている。また、管理者は小矢部市グループホーム連絡協議会に参加し、地域包括支援センター等行政の担当者とは積極的に協力関係や連携を深めるよう努めている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	日中は玄関を施錠していない。日常生活においてもサービス基準を作成し身体拘束、言葉による拘束も含めた内容を盛り込んだ職員間でのルールを作り、意識向上を図っている。	身体拘束をしないケアの実践マニュアルは作成されていないが、職員間で共有し文書化している「サービス基準」をケアの基本にして、利用者への否定的な言葉遣いをしない、玄関の施錠はしない等を含めた身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束をしないケアについての外部研修報告、内部研修実施報告等、職員間で共有しやすい書式や記録方法とともに、マニュアルの整備についての検討を期待したい。	
7		○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	日常生活の中で、全職員が虐待防止に努めている。			

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
8		○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	今年度から特に、日常生活自立支援に意識的に取り組んでおり、出来るだけ利用者のニーズに合わせた支援ができるよう努力している。成年後見制度については理解できているとはいえない。		
9		○契約に関する説明と納得 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	契約書や重要事項説明書に沿って口頭で説明し疑問等があれば、わかりやすい説明を行うよう努めている。利用料に結びつくオムツ(パット)など新規に使用する時は、家族に説明して理解を得ている。		
10	(6)	○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	運営推進会議や面会時に意見や要望を聞いて、職員全員で共有している。県外在住の家族に関しては、事業所に連絡があった際、利用者の近況等を報告し意見や要望を聞いている。また苦情や要望を記載する用紙を玄関に設置している。	意見や要望を出しやすいよう、玄関に用紙を置き、日常的には面会時に家族と気軽に話し、意見を聞くよう努めている。出された提案などは、そのつど職員間で話し合い、反映すべき結果をフロア日誌に記載し共有している。	
11	(7)	○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	月1回開催しているフロア会議で出された職員の意見を持ち寄り、リーダー会議で検討し業務改善に努めている。また、管理者は個別面談により職員の意見や要望を聞いている。	月1回のフロア会議で意見を出し合い、リーダー会議で検討している。また、管理者との個別面談が年に1度実施されるなど、職員は運営に関する意見を述べる機会があり、代表者や管理者は提案を反映させるよう努めている。	
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	代表者は事業所に入入りした際は、職員とコミュニケーションを取りながら日々の様子や状況を把握するよう努めている。		
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	職員のスキルアップの為、昨年度より外部研修及び内部研修の機会は増えている。		
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	今年度は、取引業者のご協力により勉強会を開催した。		

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
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	管理者、ケアマネジャー、リーダーが中心となり、入所前、入所後も本人と話をし、不安や希望、これまでの暮らし方が把握できるよう努めている。		
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	受付時より、家族の困っている事や不安な事を傾聴し、丁寧に説明し少しずつ理解して頂きながら、安心できる関係づくりができるよう支援しています。		
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	相談時、利用者や家族との思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応を行っている。		
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	利用者は、人生の大先輩であるという事を念頭において、利用者主体の生活が送れるように努力している。		
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	面会時等で、利用者の日常の様子を伝える事で本人と家族の関係を大切にしている。利用者の病院受診時には、基本的に家族に依頼している。		
20	(8)	○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	家族の協力を得て、自宅の外出泊や行きたい場へ外出し馴染みの場や人と交流して頂いている。また、利用者の友人や知人が気軽に訪問できるよう、訪問時には事業所内で、ゆっくりと過ごして頂く配慮をしている。	家族と一緒に床屋、お正月の外泊、盆の墓参りなどに出かける等、絆を深める機会を大切にしている。また、利用者の近所の友人・知人が来訪し、居室に椅子を持ち込み、お茶を提供するなどゆったりと過ごしてもらえるよう努めている。	
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	日々の交流や、レクリエーション等を通じて利用者同士の交流を図っている。		

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
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	契約終了後であっても、必要に応じて情報提供や相談にのれる支援体制はできている。		
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	(9)	○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	入所時にセンター方式(生活史シートや暮らしの情報シート)を家族に記入して頂いている。家族情報や日々記録している生活状況、言動を担当職員がアセスメントシートに整理し暮らし方の希望や意向の把握に努めている。また日頃の会話や表情から汲みとった思い等を、できるだけ本人の希望に沿えるよう支援方法や生活を見直している。	入所時に家族や本人から、これまでの生活史や暮らし方の意向、好きなこと、苦手なこと、嗜好などについての把握に努めている(情報シート)。入所後は、随時情報収集し、毎日の様子を記録し(24hシート)、職員間で共有している。	
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	入所時には家族にセンター方式(生活史シートや暮らしの情報シート)を記入してもらい、生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境を把握している。入所後は本人の思いや家族からの情報で、その人らしい暮らしができるよう努力している。		
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	日々のバイタル測定や排便の状態、食事量、水分量等を把握し、利用者が健康に過ごせるよう配慮している。		
26	(10)	○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	毎月職員全体でモニタリングを行い定期6ヶ月毎、心身変化時は随時に介護計画を見直している。サービス担当者会議では、家族、ケアマネジャー担当で協議し、より良い生活を送れるよう努力している。	月1度のフロア会議で、利用者の現状について話し合い、必要時にプランの見直し等について検討している。6カ月に一度、サービス担当者会議には家族も参加し、計画について話し合い、個々の状態に沿った介護計画を作成している。	
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	日々の生活を24時間シート(センター方式)を活用し、時系列に沿って詳細に記録をとり、職員間で情報共有している。また担当職員のモニタリングによるミーティングにより、その都度介護計画を見直している。		
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	基本的には外出や病院受診等は家族の付き添いを依頼しているが、本人や家族の状況に応じて外出や通院等のサービスを行っている。		

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
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	最寄りの駐在所には、行方不明者が出た場合も想定し事前に協力を依頼している。また消防署には、避難訓練時に毎回、協力を依頼している。		
30	(11)	○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	本人や家族の希望により、これまでのかかりつけ医や事業所の主治医と連携して健康管理を行っている。協力医とは往診・24時間連絡体制を築いている。受診時は、基本的には家族の付き添いとなっているが、家族が付き添えない場合は、職員が同行している。	入所契約時に、本人・家族の希望にそったかかりつけ医を決めている。定期受診対応は基本、家族が行うが、都合がつかない場合は、職員が同行している。事業所の主治医とは24h連絡体制があり、利用者は適切な医療をいつでも受けることができる。	
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	常勤の看護師は配置されていない。利用者に体調の変化が見られた時は、主治医と連携し指示を仰いでいる。		
32		○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。	協力医療機関の地域連携室と連携を取りながら家族とも情報交換し、利用者が早期に退院できるよう支援している。		
33	(12)	○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	契約時には、家族に重度化・終末期の在り方について、事業所の出来る事出来ない事を説明し理解を得ている。利用者の心身の状態の変化時には、主治医や家族と話し合い、本人や家族の意向に沿った支援に努めている。また、終末期に関しては看取りは行わない方針であると契約書に記載されている。	入所契約時に、重度化や終末期に向けた方針の共有について、説明している。事業所としては、現時点では看取りは行わない方針であることが契約書に記載され、本人・家族に同意を得ている。	
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	定期的に、消防署の職員に依頼し、初期対応についての訓練を実施している。		
35	(13)	○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	消防署の協力を得て年2回、日中と夜間を想定した避難訓練を行っている。また運営推進会議で、緊急時には地域住民の方々に、協力して頂けるよう依頼している。施設内では、経路を補正しスロープを設け緊急時に備えている。風水害を想定した訓練の実施はまだ行っていない。	年2回、それぞれ夜間・日中を想定した火災避難訓練を実施し、消防署の協力を得ている。地域住民や家族への参加協力について運営推進会議でよびかけたが、今年度参加には至らなかった。	地域との協力体制、備蓄品の整備、風水害対策、地震対策等について検討され、利用者の安心と安全の確保への取り組みを期待したい。

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
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	利用者の気持ちに寄り添い、できる限り人格を尊重し本人の意思を大切にするケアを、より意識的に行っている。施設独自のルールを作成し、日頃から利用者にとって不適切な言葉掛けが見られた場合は、その都度指摘すると共にフロア会議で周知を図り、日々のケア時には職員同士で確認しながらサービス提供を行っている。	職員は、理念に基づいた「サービス基準」(6項目)をケアの基本として、言葉遣いなどについて日々留意し、互いに注意しあっている。否定・命令形の禁止、視線の合わせ方などを通して、利用者を尊重した対応を心がけている。	
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	常日頃から、利用者の言葉や思い、希望に耳を傾け自己決定できるように努めている。		
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	職員中心の生活にならないよう、利用者一人一人のペースを大切にし、利用者の希望に沿った生活リズムを大切にしている。		
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	その人らしい身だしなみができるよう、本人に希望を聞きカットや毛染めの対応をしている。		
40	(15)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	自立支援の意識のもと、食事の準備や盛り付け、片付け等を職員と一緒にし、職員とともに食事を取ることで家庭的な雰囲気に近づけられるようにしている。ホームの畑で収穫した新鮮野菜の利用や季節の手作りおやつ・外食・誕生会にはケーキでお祝いする等、食事が楽しみになるように工夫している。	献立と食材は業者から仕入れ、できる利用者は職員と一緒に準備や後片付けをしている。また、中庭の畑で採れた大根で漬物を作ったり、節分やひな祭りなどの行事食を作ったりしながら、利用者と職員は共に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	毎食時の食事量、水分摂取量は記録して把握している。食事量、水分量の少ない利用者については水分摂取量1日1500ccを目安に摂取できるよう支援している。		
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	毎食後、一人一人に応じた口腔ケアを行い、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
43	(16)	○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	週間介護記録を使用し、利用者の排泄パターンを把握している。その時々のお仕事や行動を見極めてトイレ誘導や声掛けを行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。	1フロアに3カ所の個室トイレがある。個々の排泄パターンは介護表(生活・看護記録)で把握し、本人の気持ちや状態に応じて随時、適切な排泄の支援を行っている。また便秘対策として、玄米や海苔を取れ入れるなどの工夫をしている。	
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	適度な運動をする事を促すために歩行運動の声掛けをしたり、週間介護記録で、毎日の排便状態を確認し水分摂取量の確保に努めている。下剤等の使用については主治医と連携を取り、アドバイスを受けている。		
45	(17)	○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	最低週2回の入浴を基本としており、入浴時は職員1人対利用者1人での対応をしている。体調等を見ながら無理なく入浴できるように努めている。また入浴が楽しみになるよう桃やゆずの入浴剤を使用している。利用者の状態に合わせ一般浴や機械浴にて入浴している。	週2回を基本としながらも、月～土いつでも入浴できる体制があり、利用者の希望や状況に合わせて柔軟な支援をしている。一般的な家庭浴槽のほか、小規模多機能に設置している機械浴槽を利用して、個々にそった入浴が安心してできるよう支援している。	
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	今までの生活習慣と本人の希望を大切に、一人一人のペースに合わせて休息したり入眠できるよう支援している。また居室の環境(明暗、室温等)にも十分に配慮している。		
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	職員が薬の内容(目的、用量、用法、副作用)を把握できるよう、処方箋等を個人ファイルに整理し、常に確認できるようにしている。また投薬時には職員間での二重確認、袋の色分けによる朝昼夕の識別の工夫、飲み込み確認をする等の配慮をしている。		
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	自立支援の意識の元で、自分で出来る事に達成感を感じられるよう支援している。		
49	(18)	○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	少数だが定期的に家族と一緒に外出に出掛けられる利用者もおられる。事業所としては、日常的に天気の良い日の散歩や桜・菖蒲等の花見・道の駅で足湯を楽しむ・買い物・外食する等外出支援を行っている。また、重度者であっても外に出る楽しみを感じていただけるよう、車椅子対応車両を準備している。	近隣への散歩、花見、牧場へのドライブ、菖蒲見物等、季節の移りかわりを楽しむことができるよう支援している。また隣接するアウトレット施設に出かけて食事を楽しむなど、年間予定等にとらわれず、利用者の様子、その日の天候などをみて気軽に外出を楽しんでいる。	

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
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	一部の利用者は小銭の入った財布を所持しているが、ほとんどの利用者は金銭を所持していない。買い物等の希望があれば、家族から預かったお金にて品物を購入している。		
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	家族からの電話、手紙は取り次ぎしている。利用者本人から、電話を掛けるケースは殆どないが、本人の希望があれば職員とともに利用できるよう支援している。		
52	(19)	○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	共有空間は広々と中庭から光彩が降り注ぎ明るく、季節の花や畑で育てている野菜の育成状況を見て季節感を感じることが出来る。またフロアに手作りカレンダーや季節イベントの展示物を掲示している。室温と湿度には十分に配慮している。	共用空間には、乾燥を防ぐため加湿器を2台設置し、感染症の防止等に努めている。リビングの大きな窓から臨む中庭の畑では、利用者と職員が一緒に季節の花や野菜を育てている。共用空間の壁には、外出時の写真や手づくりの季節感ある作品の掲示をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共有スペースでは、一人用の椅子やソファを置き、一人で過ごしたり気の合った利用者同士や職員と会話したりしています。		
54	(20)	○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	利用者や家族と相談し、使い慣れた物を持ってきてもらい個々の意向に沿った家具の配置にする事で、居心地良い空間作りになるよう支援している。	共用空間の周囲を囲む各居室には、自宅から用意したタンスやこじんまりしたテーブルなどが持ち込まれ、自分らしくいることができる場所となっている。食後は、居室やリビングのソファなど、思い思いの場所で、のんびり過ごしている利用者の姿がある。	
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	その人に合った生活ができるよう、ホーム全体がバリアフリーである。また個々の能力に合った支援ができるよう努力している。		

(別紙4(2))

事業所名 はあとふるケア あさがお

作成日: 平成 30年 3月 10日

目標達成計画

【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	7	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から家族と話し合いを行い、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。	家族関係間において、事業所方針を共有する取り組みを行います。	重度化、終末期に向けた方針について、契約書に記載し説明している。	3ヶ月
2	43	排泄の失敗や、オムツの使用を減らし一人ひとりの排泄パターン、習慣を活かしてトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	各利用者に応じた排泄の自立支援をおこないます。	利用者の残存機能を把握したうえで、その人に応じた排泄介助を行います。	6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、行を挿入してください。