

令和 3 年度

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	1671100020
法人名	ネットワークウェルフェア株式会社
事業所名	イエローガーデン作道
所在地	富山県射水市作道909 - 2
自己評価作成日	令和3年12月1日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和4年1月18日	評価結果市町村受理日	令和4年2月28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）】

ミーティングやカンファレンス、日々の様子等、利用者一人ひとりについてその都度話し合いながら職員の意思統一を図る事で、その方にとってより良いケアとなるよう取り組んでいる。日々の関わりの中でも、利用者と共にいたり思いを傾聴する事で安心して本人のペースでゆったりと過ごして頂けるような雰囲気づくりを心掛け、利用者の出来る事・出来ない事を見極めながら支援している。また、コロナの為に必要最小限となっているが、近隣の小中学校や保育園等との交流により地域に密着したホームとなるよう努めている。

【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）】

コロナ禍の影響で、地域の児童生徒、ボランティア慰問などを受けることができず、家族の面会も思うようにいかない状況の中で、今、事業所として何が出来るのかを考え、できる範囲でさまざまな工夫をして利用者の生活を支えている。事業所は小学校、保育園に近く、ホームに居ながらにして子どもたちの元気な姿や声が聞こえてくる。また、登下校時には子どもたちがホームの前を通るため、子どもたちの見守りにも繋がっている。
地元、地域を大切にしており、買い物は地域のお店を利用したり、地域防災訓練へ参加したりするなど、地域とのつながりが途切れないよう努めている。

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 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ます。 (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	利用者と職員と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回程度ある 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. 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)	○	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、生き活きと働いている。 (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				

1 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	「地域や関係機関・団体との連携を図り、地域福祉の充実に貢献します」を事業所理念とし、管理者と職員は申し送りやミーティングで、また、関わりの時に理念に触れながら確認しあうようにしている。	理念の共有を図るため、職員がいつでも目に留まる場所に掲示している。日々の申し送り時には「利用者一人ひとりが自立した生活を送れるよう創意工夫を持って支援します」の理念に沿ったケアであるか確認し、日々のケアの指標となっている。	
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	コロナ禍で交流する機会は少ないが、地区の中学校が育てたもち米を毎年提供してもらい、おやつや食事に活用することで利用者との話題づくりになっている。定期的に交流や社会科学習についての連絡も頂けている。また、買い物等は地域の店を利用している。	コロナ禍前は月に一度小学校と交流の機会があったが、コロナ禍で直接の交流が難しい状況である。その中でも、小学校の児童から手作りマスクケースが届き、お礼状を郵送した。また、地域の商店での買い物や郵便局の利用、ボランティアグループから干しぶどうが届けられる等、以前からの付き合いが継続できている。	
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	コロナ禍であり最小限ではあるが、地域の方々や入居相談に来られた方、また地元である利用者の家族との関わりの中で、認知症サポーターとして啓発に努めている。		
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	運営推進会議については、了解を頂いた上で書面にて事業所からの活動等を行政、地域包括支援センター、地域住民や利用者家族等に定期的に報告している。	奇数月の第3水曜日に開催していた運営推進会議は、活動状況等報告書を郵送し、電話で確認を行っている。また、運営に関して、日頃の様子や連絡の手段に携帯電話のメッセージ機能やビデオ通話アプリ活用の要望が寄せられ、取り入れている。	
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取り組んでいる	市主催の研修会に参加し、最新の動向を加味しながら取り組んでいる。市担当、地域包括支援センター、病院の地域医療連携室、市内の居宅介護支援事業所とも連携を取りながら協力関係を築いている。	行政機関とは、運営推進会議(現在は報告書の提出)をとおして事業所の取り組み等を伝えることができている。必要な時にはいつでも相談できる体制があり、3回目のワクチン接種についても行政担当機関と密に連携を取っているため、手続きがスムーズに進んでいる。	
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	ミーティングや申し送り等で毎日のケアを振り返り、自覚のない拘束が行われていないかを確認している。日常生活において、さりげない声掛けと見守りを行うことで、安全面と精神面に配慮し、玄関の施錠は行っていない。一人ひとりの傾向や癖等を把握し、きめ細かく対応している。委員会の実施(年4回)。	3ヶ月ごとに、身体拘束につながるようなケアになっていないか、委員会で話し合っている。フロア日誌等から身体拘束となる具体的な行為、身体拘束にならないためのケアの工夫など、細やかにテーマを決め計画的な研修を行っている。	
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	ミーティングや関係カンファレンスにおいて、常に本人のケアについて話し合いながら取り組んでおり、高齢者虐待防止法に関する理解は浸透している。		

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	現在は成年後見制度の利用者がいない為、職員には都度再確認を行う。		
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	利用申し込み時から事前に利用料金や起こりうるリスク、事業所での取り組みや考え方、退居を含めた対応可能範囲について丁寧に説明している。		
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	コロナにより、あったか相談等、外部からの情報収集は行えなかったが、タブレットによるオンラインでの家族との面会や電話を取次ぎ話して頂いたり、希望があればホームでの利用者の様子を写真でお知らせしている。11月から短時間、人数限定であるが事務所での面会も再開している。	コロナ禍のため家族が面会に行くことが難しい状況だが、事業所から電話をする機会が増えたため、その際に要望を伺っている。携帯電話のメッセージ機能を活用した連絡や利用者の様子を写した写真の郵送は、家族の要望を取り入れ実践している。	
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	ミーティングで職員の意見を聞き反映するように心掛け、質の向上に繋げている。定期的に個別面談も行っている。	ミーティングでは、職員が提案できる機会を作っているほか、エリアマネージャーによる個別面談での提案の機会がある。マスクの定期配布やコロナ禍での職場環境(休憩場所)の改善、職員が希望する研修の把握をしている。	
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	定時昇給の実施、資格取得に対する手当等の支給。有給休暇の取得しやすい環境作りに努めている。		
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	各種研修会への参加の機会を設けるように努めている。		
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	ネットワーク作りの機会を持つよう他事業所と交流を行っている。		

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
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	可能な限り事前面談で本人に会い、心身の状態・生活状態を把握している。本人の置かれている状況を理解し、不安や困っている事を把握しながら、本人の思いや家族の思いに向き合い、受け入れられるような関係作りに努めている。		
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	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況等、経緯についてゆっくり聞きながら、家族の求めているものを理解するようにしている。事業所としてどのような対応が出来るか話を聞くことで、信頼関係を作る事に繋げている。		
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	相談時、本人や家族の思いや状況を確認した上で、可能な限り柔軟な対応を行い、信頼関係を築きながら必要なサービスに繋げている。地域包括支援センターや地域のケアマネジャー等とも連携を取り、必要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	職員は利用者に寄り添い、それぞれの不安や喜び等を知る事に努め、お互い協同しながら和やかに生活できるような場面作りや声掛けを工夫している。また、生活の場で教えて頂いたり、昔の話を聞くことで笑いや感動を共有しながら暮らしている。		
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	本人の状態を話し理解して頂きながら、ケアプランの説明時にも家族の思いを傾聴し、共に本人を支えていく為の協力関係を築けるよう努めている。		
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	昔から利用されている病院等は馴染みの関係が継続出来るよう家族の協力を得ている。遠方の知人や兄弟とはハガキや手紙、年賀状のやり取りを継続して行えるよう支援をしている。	コロナ禍のため、馴染みの場所への外出や、人に会うことが困難な状況のため、できるだけ電話での会話を支援している。また、手紙・はがきの文面を代筆し、利用者には名前を書いてもらうなど、つながりが途切れないように工夫している。	
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	利用者同士の関係性について情報を共有し、全ての職員が連携し支援出来るようにしている。日々の生活での様子を申し送り把握し、利用者同士の関係や個性を活かす配慮をしながら、職員も一緒に関わりを持つよう努めている。		

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
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	サービスを終了されても継続的な付き合いが出来るよう心掛け、家族の相談にも乗っている。次のサービスを利用されている利用者には面会等の機会を持ちフォロー出来るよう努めている。		
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	日々の関わりの中で本人の言葉や表情等からその真意を推し量りながら把握し、アセスメントしながらケアプランに活かしている。把握困難な方には家族の協力を得た上で本人の視点に立ち、カンファレンスで話し合いながら検討している。	日頃の関わりの中で、聞き取った本人の思いを個人記録に記載し、職員間で共有し、介護計画作成に活かしている。介護計画に変更があった時は職員が把握しやすいように赤字で記載するよう工夫し、情報を共有している。家族にも協力を得て、本人の意向の把握に努めている。	
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	入居時、家族に本人の生活歴やサービス利用時の経過等を聞いたり、関係者から情報を得たりしている。本人自身の語りや家族との信頼関係を築きながら、その人独自の生活歴やライフスタイル、個性等を把握しながらサービスに繋げている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、行動や小さな動作から感じ取る気付きに努め、毎日の排泄やライフチャートを記録し支援している。出来る事、解る事、本人の力を暮らしの中で活かせるよう、全体の把握に努めている。		
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	本人や家族には日々の関わりの中で思いや意見を聞き反映するようにしている。アセスメントにおいては情報提供を受けながら本人の視点に立ち、カンファレンスを行い適宜見直ししながら現状に即した介護計画を作成している。	定期的な介護計画期間ごとの実施状況の確認とプランの見直し、また、利用者の急な状況変化に応じて介護計画期間内であっても状況を確認し、計画を修正している。介護計画のモニタリング時には、個々の介護記録、担当職員の意見、本人及び家族からの要望を確認しながら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	個別のファイルに食事量・排泄・身体状況・日々の暮らし等の状況を記録している。職員の気付きや言葉掛けによる本人の発した言葉やエピソードを記載し、ミーティングや申し送りで情報を共有した上で実践や介護計画を作成している。		
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	本人・家族の状況に応じて、通院の必要な方は家族の付き添いにて馴染みの病院へ、家族の都合がつかない場合にはホームより通院し、医療連携体制にて24時間健康管理をしながら柔軟に対応出来るよう努めている。入院された時の支援も行っている。		

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	コロナで現在は殆ど行えていないが地域の小学校や保育園の訪問、運動会や学習発表会の招待、地域のお店の活用で協力関係を築いている。		
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、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	契約時に主治医の説明は行うが、本人や家族の希望するかかりつけ医も選択できるよう柔軟な対応をしている。基本的には家族同行による受診となっているが、不可能な場合は職員が同行している。また、症状や服薬・既往歴等の情報提供をし複数の医療機関と連携を取っている。	契約時に本人・家族の意向により主治医を決めており、職員は円滑な医療を受けることができるよう支援している。家族が主治医の変更を希望する場合でも入居と同時に変更せず、2～3ヶ月生活環境の変化による健康面への影響などを経過観察し、現在の主治医と相談しながら移行することを勧めている。	
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	利用者の状態変化については看護職員に報告し、状態に応じた健康管理を支援している。また、主治医と常に連携を取りながら、日頃の健康管理や医療面での相談・対応を行っている。職員も日常の関わりでの気付きや洞察を持つよう話し合っている。		
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。	入院時、医療機関に対して情報提供し、医療連携室または医師と連絡を取りながら回復状況等を把握し、速やかな退院支援に結び付けている。家族にも安心感を持って頂けるようホームでの対応が可能な段階で退院に向けての三者一体となった体制を取っている。		
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、事業所です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、家族には重度化や終末期の対応について説明し理解を得ている。利用者の心身状態に変化があった時には家族・主治医・看護師・管理者で今後の方針を話し合い、支援している。長期入院となった場合は、医療連携室・家族・ホームで話し合い、次の施設へと繋げている。	加齢による身体機能の低下、認知症症状の進行により重介護となってもできる限り支援し、ホームで看取るケースもあるが、常時医療的処置が必要な状況になった場合には、主治医の意見、本人・家族の意向を確認しながら今後についての方針を話し合い、次の提案をしている。	重度化、終末期の対応について説明し理解を得ているが、書面での契約や指針、マニュアル、看取り介護計画を整備、職員研修を行うなど、看取り体制を整えることでより充実したケアになることを期待したい。
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	怪我・骨折・発作・誤嚥・意識不明等の対処方法は看護師より訓練を受けているが、実際には一部の職員に頼っている状態である。		
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	自治会や地域消防団に協力頂いている。隣接の小学校が避難場所になっている。火災訓練は行っているが地震や水害等の訓練は不十分である。	利用者も参加する事業所での避難訓練や、その他に職員が地域の一人として地域防災訓練に参加している。また、非常災害用の食料備蓄も徐々に進め、現在は、利用者の嚥下機能に応じた食料の備蓄も検討している。	

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
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	毎日の申し送りやミーティングでケアを振り返り、職員間の気付きや意見等で確認を行いケアに繋げている。職員の意識向上を図ると共に、日々の関わりの中でさり気ない言葉掛けや、自尊心・プライバシーを損なわないよう配慮しながら対応している。	日々の関わりの中で、職員の言動が適切でない場合には、管理者は速やかに個別指導を行い、事業所の理念に含まれている「利用者の意思を尊重した支援」の周知につなげている。特に排泄介助では自尊心・プライバシーを損なわないよう配慮しながら対応している。	
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	アセスメントで本人の好みや希望・思い等を把握しながら、傾聴し本人の力に合わせ支援している。職員は利用者との関わりを通して、表情を読み取ったり反応を注意深くキャッチし本人が選びやすい場面作りをしている。		
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	基本的な一日の流れはホームとしてあるが、一人ひとりの体調に配慮し、本人のペースを大切に見守りながら生活している。その時々本人の気持ちを尊重し支援している。		
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	朝の着替えや入浴時の着替えは本人の意向で決めて頂くようにし、支援の必要な方は一緒に準備している。家族の方にも衣替え時等、衣類のチェックを協力して頂いている。また、希望時には訪問理美容を利用し毛染めをされる方もおられる。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と一緒に収穫した野菜や近所の方から頂いた野菜等を食事に活用している。昼食時には利用者と職員が同じテーブルを囲み、会話をしながら楽しく食事が出来るような雰囲気作りを大切にしている。	1日3回の食事以外には、中学校から届いたもち米を使い、利用者とともにおはぎづくりを行った。また、行事ではケーキを談笑しながら食べる等の取り組みをしている。	
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	一人ひとりの食事量を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有している。個々の嗜好を把握しながら工夫し、食事や水分の摂取を促している。暮らし全体を通じての情報や気付きで本人の食生活を様々な面から支援出来るよう努めている。		
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	毎食後歯磨きの声掛けを行い、その人に応じて見守り・支援している。口腔ケアの重要性を職員が理解した上で、利用者の気持ちに配慮しながら個別に働きかけ、支援している。就寝前には義歯を預かり洗浄・消毒している。		

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	排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄リズムを把握しながら、さり気ない声掛けや誘導を心掛けている。出来るだけオムツではなく、布パンツやリハビリパンツ・尿取りパッドにて対応し、トイレで排泄出来るよう支援している。	利用者ごとの24時間排泄チェックシートを使い、タイミングよくトイレ誘導を行い排泄の自立支援をしている。使用しているリハビリパンツ、尿取りパットなどは、一人ひとりの身体機能の変化などを考慮して選択している。	
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	毎日の記録から個々の状態、排便のリズムを把握した上で、職員の作った寒天や乳製品を提供し自然排便につながるよう取り組んでいる。下剤等を使用する場合には看護師と相談している。		
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	利用者のその日の状態を確認しながら入浴して頂いている。拒否された際は理由を理解し、入浴日を変更したり、言葉掛けや対応の工夫等により一人ひとりに合わせ、安全に入浴できるよう支援している。	入浴剤を数種類準備し、色や香りを楽しめるよう工夫している。身体機能が低下した場合でもリフト付の浴室があるため、安心・安全・安楽な入浴時間を過ごせ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	なるべく日中の活動を促し生活リズムが整うよう努めている。一人ひとりの体調や表情を考慮し、就寝に向けて夕食後はゆったりと過ごして頂き、寝つけない方には温かい飲み物を提供する等配慮している。		
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	服薬情報は個人カルテに綴じ、職員が内容を把握出来るようにしている。服薬時はその方の状況に合わせて手渡し確認、もしくは介助し見守っている。薬の処方や用量が変更になった場合、詳細に記録し申し送りにて確認している。		
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	利用者の生活歴から本人の趣味や得意そうな事を見つけ、力を発揮できる場を設けたり、軽作業等で出来る事は役割を持って頂けるようにしたりしている。		
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	日常的な外出支援はあまり行っていない。天候や気温が安定していればホームの玄関先に椅子を出し、日光浴や外気浴をする機会を設けている。	外出の機会が減っているが、感染対策を行いながら、天候の良い日はホームの前で日光浴・外気浴をしている。また、事業所のミニ菜園で野菜を栽培し、利用者と一緒に収穫している。	

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
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	基本的には家族・ホームで管理している。		
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	本人が電話を希望された時や、家族からの電話は可能な限り取次ぎ話して頂いている。娘さんに定期的に手紙を出したいと希望される利用者もおられ、手紙を出す支援を行っている。		
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	共用の場合は、いつも集まりやすい雰囲気作りを心掛けている。茶碗を洗う音や食事の匂いで生活感を、また季節感のある装飾を行い、暮らしの場を整える工夫をしている。	共有フロアは窓からの眺めが良く、採光も取れ、室温も程よく管理されている。また、居室へと続く廊下には、手作りの飾り物や行事の写真が掲示されている。	
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	共用空間で他の人の気配を感じながらも、一人になれる居室で過ごせるよう配慮している。好きな時に一人で過ごしたり、気の合う人と一緒にくつろいでいる様子もみられている。		
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	家族と相談し、家族の写真や家具等、馴染みの物や使い慣れた物を持ってきて頂いている。馴染みの物が少ない方には利用者と話しながら喜ばれそうな物を用意する等工夫している。	一人ひとりの身体機能に応じたベッドの配置や、個人の好みや習慣に合わせた居室となっている。テレビや机、椅子などの配置、飾り物があったり、または何も置かずにスッキリとした空間であったりと、個別性のある空間となっている。	
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	個々の出来る事や解る事をアセスメントで把握しケアプランに盛り込んでいる。本人の状態を把握しながら、リスクも含めできるだけ自立を意識し、可動域等の確認のもと安全に生活出来るよう支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 イエローガーデン作道

作成日: 令和 4年 2月 28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	1	職員の出入りが多いため理念の認識が不十分。	職員の定着に向けての取り組みと改善。	現在は派遣職員が多いが直接雇用につながるような体制作りを検討する。	6カ月
2	7	施設設備や利用者に対する提案よりも職員自身の待遇への要望が強い(コロナ禍では特に)。	社会人としての認識を持ち、チームとして取り組む体制にする。	個別面談も含め、職員処遇の検討を行い、ふるいわけを行う。 外国人就労者についても積極的に採用を行う。	6カ月 (随時)
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。