

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	1690800139
法人名	(株) ハートフル
事業所名	ケアタウンとなみ
所在地	富山県砺波市庄川町青島208-1
自己評価作成日	令和3年10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3年10月28日	評価結果市町村受理日	令和3年11月18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）】

当事業所は小規模多機能型居宅介護を併設しており、コロナ禍で容易に外出や面会ができない中でも、昔馴染みの在宅の方が通い利用され、地域の情報や季節に合わせた話題など、ご利用者間での交流が活発に行われています。また、同年代の方が元気に自宅で生活されている様子を見て「負けてられない」とそれぞれのご利用者が、立位訓練や滑車運動、歩行訓練などのリハビリ活動や、塗り絵や絵葉書などの文化活動・レクリエーション活動に積極的に参加されていることが特色の活気のある施設です。
--

【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）】

リビングには高窓があり、日の出や日没の時間には陽の光が差し込む温かい空間がある。そこは併設する小規模多機能型居宅介護の利用者も一緒に過ごすことができる空間であり、どちらの利用者ということは関係なく日常の時間を共にしている。滑車運動や歩行などの訓練に個別にプログラムを組んで取り組む姿も見られ、筋力低下を予防している。一方でレクリエーションにも力を入れており、バリエーション豊かなメニューでみんなで和気あいあいと過ごせる時間も作っている。管理者とスタッフの関係は良好で相談しやすい環境も整えられており、それがスタッフの働きやすさにつながっている。スタッフ一体となって理念の中にある地域で親しまれる施設に向けて邁進している。
--

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)	○	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)	○	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				

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	法人理念や行動基準をもとに、ケアタウンとなみ独自の理念を作り、常にご利用者の皆様に目を配り、事故防止や認知症による不安が少しでも軽減して過ごせるようさりげない気配り、心配りの声かけや援助を実践している。	法人と事業所それぞれに理念や行動基準が作られており、法人理念はカードで入社時に配布、事業所理念はスタッフルームに掲示している。入社時には指導職員が理念や行動基準に沿ったケアを行うよう指導し、浸透を図っている。		
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	消防避難訓練へは、地域の自主防災会の方に参加いただき、職員目線では気づかない部分の指摘をいただいている。コロナの終息を待って運営推進会議の実施やボランティアの受け入れを再開していきたいと思っている。市役所主催の地域ケア会議では地域の福祉に携わる方々との意見交換などの活動は現在も続けている。	コロナ禍のため地域との交流は限られているが、運営推進会議で自治会や自主防災会、民生委員らとの関係を維持している。地域ケア会議の参加を通じ、地域の福祉サポーターや居宅介護支援事業所、薬局などとの交流も大切にしている。		
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	コロナ禍のため、地域福祉のための行事も中止が続いてはいるが、市の福祉計画策定のための会議には、管理者が参加し、地域で暮らす高齢者の生活を豊かにするためにどのようなサービスや支援があったらよいかの提案を行っている。			
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	コロナ禍のため、運営推進会議の開催を予定していても、参加者が集まらないなどの問題を抱えており、議事録の配布や報告のみを行っている状況。自治会長さんや民生委員さんにはなるべく手渡しすることとし、その時に地域の状況なども 聴くことができる機会を設けている。	コロナが落ち着いた10月より会議を再開し、利用者や地域の居宅ケアマネジャー、家族代表、民生委員、自治会長、自主防災会長、地域包括支援センターが参加した。民生委員からは「いきいき百歳体操」で筋力低下を予防してはどうかという提案もあった。	現在、出席者中心に開催案内や報告が周知されている。参加者が今より幅広く、また、より広い関係者に事業所の取り組みを知ってもらえるように周知報告に対しての工夫に期待したい。	
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取り組んでいる	市主催の勉強会やサービス事業所連絡会への参加で顔をつなぎ、地域包括支援センター担当者からの新規利用者の相談も寄せられ、その都度対応可能範囲の調整をしている。	地域包括支援センターとは利用相談があったり、家族のことを相談したりと日頃より協力関係にある。また、市主催のサービス事業所向けの勉強会にも参加するなどして、より近い関係構築に努めている。		
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	夜間以外、玄関は常に開放している。新規採用スタッフはじめ全職員に対し、どのような行為が身体拘束に当たるのかプリントを回覧し、勉強してもらったり、危険行為を防ぐため、身体拘束以外の方法(布団に鈴をつけるなど)の検討をしてもらったりしている。また、言葉による抑制に関しても、お互いに気付いたら、報告しあい対応方法について相談している。	月に1回開催しているミーティングや利用者カンファレンスで身体拘束をしないために、どのようなケアを行えば良いか常々話し合っている。新規採用スタッフにはマニュアルを通して身体拘束について学んでもらっている。	身体拘束について理解を深めるための全体研修会や身体拘束廃止委員会等の開催記録の書類整備に期待したい。	
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	情報は回覧しており、不自然な内出血など入浴の際などに注視している。また、転倒や接触により、今後内出血が起こりそうな出来事があった時には申し送りなどを利用して、情報の伝達をし、虐待であるのかの判断をしている。			

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	制度のことについては、幹部職員に限り理解して知る状態。現在の所、金銭管理等についてはご家族や親せきの方の管理でまかなえている状態。昨年は個人財産についての相談があり、ご家族と成年後見制度導入を検討するケースがあったが、導入には至らなかった。		
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	契約の際には重要事項として説明し、料金改定や、加算条件の変更があればその都度、連絡・報告を行っており、今までのところ混乱はない。また、話しやすい環境づくりに努め、ご家族の不安や疑問について気軽に聞いてもらえる関係を築ける様、日頃から気を付けている。		
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	運営推進会議ではご家族、利用者をはじめ、市地域包括支援センター職員や地域の常会長、民生委員さん、他の介護事業所代表の方にご参加いただき、会議を通して直接外部者に伝える機会が在り、施設全体の地域交流などの行事への参加につながっている。また、会議に出席できないご家族の方などの意見も汲み取ることが出来る様、意見箱の設置をしている。	家族からの意見・要望は電話等で受けることが多く、その情報は申し送りノート等に記載し、職員に共有されている。家族からの要望で個別の福祉用具を導入したり、リハビリ目的に外部施設を利用するなど柔軟に要望に応えている。	
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	管理者も現場に入ること、実状の把握や、直接現場スタッフの意見を聞く機会を持っており、すぐに対応できることに關してはすぐに対応し、法人代表に報告しなければならない事であれば、管理者から法人代表へ報告し、意見を反映できるように努めている。	管理者も現場に出ており、一緒に仕事する中で相談を受けたり、SNSのやりとりでも意見・要望が発信されている。また、施設長は玄関先の事務所で執務に当たっており、出勤時や退勤時にいつでも気軽に相談できる環境である。把握された意見等は内容によって法人代表等とも検討し運営に反映されている。	
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	今年からキャリアパスが導入され、能力によって給与水準が変わることにより、個々の職員が自分の出来る事を増やし、能力の向上へ向けての意欲につながっていくと思われる。キャリアパスの段階の確認については管理者、法人代表、職員本人で定期的に確認を行っていく予定である。		
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	全ての職員がサービスの質を向上させていけるよう定期的に参考資料などの作成・配布・回覧をし、コロナ禍で外部講師の誘致ができない分を補っているほか、それぞれの職員が習熟度や経験に合わせ、外部の研修に参加するための休日調整や出勤日扱いにするなどの支援をしている。		
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	グループ内の研修や市の研修・事業所連絡会など交流の機会は持つことが出来ており、他の事業所での対応方法などを聞き、導入できるものはすぐに導入したり、こんな方法があるということをカンファレンスやミーティングで話し合ったりして、質を向上していけるよう努めている。		

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
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	サービス導入前に本人や家族に面談に伺い、状況や困りごとに傾聴し安心感を与えると共に、サービス導入時にどのような話をしたら本人が楽しく過ごせるか参考としたり、居室や食堂の席の配置など、身体の状態に合わせて環境を整えてお迎えしたりするようにしている。		
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	導入前の時点で在宅生活での不都合な点や、こういったことで困っておられたかをご家族の立場で伺い、入所後の生活の心配事や、本人にどのような生活を送ってほしいと考えているかの確認を行っている。		
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	小規模多機能も併設しているので、グループホームへの入所にこだわらず、もう少し家族との時間を過ごせるように、小規模多機能で泊まり、通いなど無理のない範囲からサービス開始することも含めてお話しするようにしている。		
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	手指消毒後に食器ふきや洗濯物たたみなどの作業を再開して、自分の居場所や役割を持ち、安心して生活できる場作りができています。そのほかにも壁面制作や季節毎の飾り作りなど、本人の持てる力を発揮できる機会を設けるようにしている。		
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	季節毎の衣類の入れ替えや、病院受診などご家族に無理のない範囲で本人を支える援助を頂いている。遠方にお住まいであったり、直接お越しに出来ないご家族にも、お手紙を送って頂いたり、電話で直接お話しするなど、本人との絆を絶やさないようにしている。		
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	コロナ禍で、外部者との面会を中止しているため、現在行われている支援は、かかりつけ医への受診や施設から地域のイベント(お花見、菖蒲祭りやコスモスウォッチング)へのドライブに限られている。小規模利用者など、地域の情報を持っている方は来所しており、昔の話や共通の知人の話など、その地域ならではの会話を楽しめるように心掛けている。	コロナ禍の中、ガラス越しに家族や知人と面会できるようにしたり、電話や手紙を通してなじみの人や場所とのつながりが途切れないよう工夫している。コロナ禍でありながら、孫の結婚式に参加したいという意向を叶えるため、感染予防策を万全にして参列していただいたというケースもあった。	
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や身体能力・趣味等配慮した上で座席や居室の配置の工夫をし、お互いに相談したり、話し合ったりが出来る関係を築ける様配慮している。レクリエーションなど、席を移動するときにも気の合う方同士が隣り合うよう配慮している。		

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
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	入院などの中断の際には特段の身体状況の変化がない限り、ご家族からの要望があれば1ヶ月までは居室を空けて、退院後再利用を開始できるようにしている。また1ヶ月を超える場合であっても、希望に応じて、グループホームの空きが出るまで小規模で待機し、慣れた環境で暮らし続けられるよう支援している。		
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	(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	ケアマネージャーが現場に入ること、ご本人の生活に関しての意向や本人のできる範囲の確認を行い、危険のない範囲で、本人の意向に沿うよう努めている。うまく言葉に表すことができない方に関しては、本人の目線に立って、どうしたいのかを尋ねながら、意思の確認を取るようになっている。	日々の様子や会話等から意向をくみ取り、生活記録や業務連絡簿等に記録しスタッフ間で共有している。また、申し送り時に内容を確認し、迅速に意向に沿えるよう検討している。	
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	一人暮らしであった方など、これまでの暮らしの把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から職歴や結婚歴などの生活歴や、趣味として行ってきたこと、仲の良いお友達のことなどを伺ったり、入所前のサービスがあれば以前のケアマネージャーから情報を送って頂き、本人の嗜好やこれまでの経緯を把握したりするようになっている。		
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	記録用紙が変わり、特変のない場合には一日の生活の流れを記録されることがなくなってしまったため、ケアプラン3票を各担当者で作成し、一日の生活の流れを把握できるようにしている。		
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	定期的にモニタリング・アセスメントを行い本人家族の意向も伺いながら担当者会議を実施している。その他、病院受診時の医師の意見を参考にしての変更や身体の状態が急激に変わった時など不定期に現状に合わせたプラン作成のためのカンファレンスを行っている。	3ヶ月でモニタリング、6ヶ月でケアプラン・アセスメント更新というサイクルで見直しを行っている。日常の連絡の中で家族の意向を確認し、また、利用者の意向は日頃の記録等から把握して、その情報をもとに職員間でカンファレンスを行い状態に合ったケアプラン作成につなげている。	
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	電子カルテ化し、家族連絡・業務連絡といった区分けや伝えたいことを申し送り項目に登録することで、職員間での共有は容易にはなっている。御家族からの意向や、連絡も家族欄に残すことができおり、介護計画の見直しの際に役立っている。		
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	買い物支援や外出・受診の援助など、本人・家族の状況に合わせ対応を行っている。また、希望者は近医の訪問診療が受けられたり、身体の状態に合わせて、福祉用具の購入をする際の販売業者との連絡など、多岐にわたっての連絡・相談に取り組んだりしている。		

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
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	新型コロナの影響もあり、直接的な交流は行っていない状況ではあるが、もう少し状況が落ち着いてきた時点でボランティアの慰問を受け入れていきたいと思っている。そのほか、読書をしたい方のために図書館で本を借りるなど、今できる地域資源の活用方法を検討中である。		
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	受診は、なるべくこれまで通っていた病院の主治医にご家族と通い、文書等で状態報告をし、適切な処置を受けられるよう支援している。ご家族・本人の希望があれば、身体の状態など主治医の判断で紹介状をご用意いただき、訪問診療可能な医師へと引き継ぎも行っている。	入居前からのかかりつけ医を継続することを基本にしながら、希望があれば法人の協力医を紹介する対応を行なっている。外部医療機関の受診は家族同行を基本としているが、家族の都合によっては職員が同行している。訪問看護師とは24時間のオンラインになっており、緊急時に備えている。	
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	入浴や排泄の介助の際などで気付いたことはすぐにリーダーに報告・相談し、必要に応じて受診へ行ったり、看護師に指示をもらい処置を受けられたいようにしている。また、継続的に処置が必要な場合には処置方法を介護士とも共有し、適切に処置を受け続けられるようにしている。		
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。	入院した際には地域連携室を通して、ADLレベルや日々の過ごし方、食形態などを病院にお伝えしている。病院からもどのような状態まで戻れば施設に戻れるかの問い合わせがあり、お互いに相談しながら退院の調整に努めている。		
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	利用開始時点から、当施設には寝浴の設備がなく、重度化した場合は本人の身体的負担も考慮し、転居などのご相談をする方針は伝えている。また、嚥下困難などの理由で口からの栄養摂取ができなくなった時などにはこちらでは対応ができないことをお伝えしている。	看取りが行える体制を整えることが難しく、契約時に医療ニーズが高くなったときは、より適切な施設に移行するなどを踏まえた説明を行い了解を得ている。その時点においては、事業所側から丁寧に相談や説明を行い、利用者・家族が混乱しないように配慮している。	事業所としてどのような状態まで対応可能かなど、重度化の対応をより具体的に利用者、家族にわかりやすく示すことができるような工夫に期待したい。
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	誤嚥などの急変時にはタッピングの方法など新規入職者に対応方法の指導を行っている。また、転倒時などのチェック項目を設け、バイタルサインの異常や発熱、頻脈などの症状があったり、痛みや腫れなどあったりした時には看護師に連絡し、指示を仰ぐようにしている。		
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、防災避難訓練を年3回定期的に行っており、避難誘導の仕方や、誘導場所などもこれまで参加していない職員を中心に確認している。消防避難訓練では日中・夜間それぞれの想定での訓練を実施し、それぞれの場合の避難誘導方法を確認している。水害時の避難先としては隣の会社の会議室を使用させてもらえるよう協定を結んでいる。	コロナ禍のため今年は自主防災会等の参加を見送り、事業所のみで避難訓練を行なった。水害時には隣の会社を避難先とする協定を結んでおり、実際に隣の会社への避難訓練にも取り組んでいる。訓練後は報告を自主防災会等に行い周知している。	

自己 自己	外部 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	排泄の声掛けなど、他者から聞こえないようにこっそりと誘ったり、歯磨きなど他の用事と合わせて他者に気付かれないようにお誘いしたりするようにしている。また、入浴拒否の強い方などは本人の気分の良いタイミングを見て納得した上で入って頂くようにしている。	リビングに面した脱衣場などはドアを開けても中が見えないよう暖簾を使用するなどしてプライバシーに配慮している。また、ケアの中で、利用者に対する尊重やプライバシーに対して気になる時は管理者がその都度スタッフに助言指導している。	
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	週1回選択ドリンクの日があり、その日の気分や本人の嗜好に合わせて飲み物を選んでもらっている。午前中のレクリエーションも塗り絵や、パズル、脳トレなど自分で選択し、取り組めるよう準備を整えている。		
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	他者の生活を脅かさない範囲で、その時々々の個々の希望に添うようにしている。食事の時間もその時の体調や気分に合わせて、時間をずらして摂取して頂くことも可能。夜間も眠くなるまでホールで過ごして頂くなど、個々の気持ちに寄り添えるよう努力している。		
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	基本的にはご家族に、これまで着ていた服を持参いただき、本人の好みに合わせて着用頂いている。ご希望のある時には化粧品の持ち込みもいただき、使用の声掛けを行ったり、減ってきた際にはご家族に連絡をしたりして、補充してもらっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	コロナ前までは盛り付けやお茶くみの役割も担ってもらっていたが、感染予防の観点から、現在は手指消毒の後、食器・お盆ふきのみご利用者と一緒に行っている。	食事の副菜は業者委託であるが、ご飯・味噌汁はホームで作っている。また、地元名産のゆずでゆずドリンクを作ったり、職員が持ってきた季節の野菜を味噌汁にしたりするなど食事にもつわる楽しさを提供している。	利用者が食べたいものを食べたり、自分で調理するという喜びが味わえるような機会を作ることに期待したい。
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	食事・水分量の摂取記録をとり、その方の適正な食事量を出している。糖尿病などの病気による制限のある方には、それぞれの病状に応じた対応をしている。また、嚥下機能に合わせ、刻みやトロミがけなどの支援をしている。そのほか、水分摂取量の進まない方には好みの飲料を個別管理の上、提供している。		
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	本人の能力に応じて声かけ、見守り、介助を行っており、磨き残し等があれば職員が介助して磨き直しを行っている。義歯を使用している方に関しては最低週2回は義歯消毒を行い、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	日々の記録とデータをもとに個々の排泄パターンを知り、日中は職員がトイレの間隔を確認しながら、その人に合わせたペースでのトイレ誘導をしている。自分でトイレへ行ける方にはパット折れなどがないパットを使用して頂くなど、排泄の自立を助ける物品の導入をし、自分で出来ることを増やして貰っている。	一人一人に合った尿取りパッドを使用したり、迅速な移動が難しい方にはポータブルトイレを使用いただくなど、できるだけ排泄が自立できるよう取り組みをおこなっている。また、記録をもとに個別の排泄パターンを把握し声掛け・誘導を行い、自立へ向ける対応も行なっている。	
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	飲水量の確認を行ったり、水分量の著しく入らない人については起床時に水分を提供したり、ご家族に依頼し、本人が好んで飲んでいたものなどを持参いただくとともに、医師や看護師に相談し緩下剤の処方を受け、便秘の予防をしている。		
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	受診予定や体調により入浴曜日の変更を行っており「もう少し後で」の希望も添えるようであれば希望に添った対応を行っている。	基本は午前中を入浴の時間にしているが、希望に応じて午後からの入浴や予定日以外の入浴にも対応している。また、気分や季節に合わせて入浴剤の使用や、ゆず湯にするなど、入浴が楽しめるようにさまざまな工夫をしている。	
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	身体の状態に合わせ、午睡やそのほかの休息の時間を取れるように対応している。居室の室温も快適に過ごして頂けるよう調整している。		
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	タブレットの記録ソフト内にお薬情報を取り込み、いつでもお薬の変更やお薬の用法・副作用の確認が出来るようにしている。また、8月からは管理薬剤師による療養管理指導が入るようになり、それぞれのお薬の飲みせ方の注意点なども相談できるようになっている。		
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	グリーンキーパーをしていた方とは一緒に外へ出て、草刈りや花の水やりをして頂いた。チラシを使つての紙細工を楽しまれている方も居る。そのほか、塗り絵やパズルなど、余暇の時間を楽しめる道具を準備している。		
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	コロナ禍の為、外出先で車から降りることはなくなったが、チューリップフェアの際にはブルーインパルスのテスト飛行を見に行ったり、お花見シーズンには桜並木の下の通り抜けをしてくたりしている。高齢化も進み歩ける方も少なくなっているが、玄関先まで出て日向ぼっこをしたり、歩きたい方は少し、外を歩いたりして頂いている。	ドライブで春のお花見やブルーインパルスの飛行見学など、季節やイベントに合わせて外に出かけている。また、近隣の散歩や日向ぼっこなどで屋外に出るなど日常的に外の空気に触れる機会を作っている。	

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
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	希望や能力に応じて、本人のお小遣いとしての現金をお預かりし、必要時、買い物に出かけたり、本人の希望の物を買ってきたりしている。		
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	電話番号が分かる場合には電話をお繋ぎしており、耳が遠く、聞き取りにくいようであれば仲介もしている。手紙やはがきも自身で書け、宛先もはっきりしている場合には、切手を貼って投函するなどの支援をしている。自分で書けない場合、文面を一緒に考えたり、本人の塗り絵などの作品や写真をお送りしたりしている。		
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	季節毎の手作りの壁面飾りや塗り絵作品などを掲示し、今の季節がいつであるのかを理解しやすくしている。共用空間には小規模多機能の利用者も通ってくるなどの出入りがあり、お客さんを迎え入れる気持ちで接しておられる。	リビングには朝陽や夕陽が差し込んでくる高窓があり、また、周囲には利用者が作った壁飾りなどの作品が並び、自然と温かみを感じられる。自室に迷う利用者には利用者目線の見やすい位置に名前を貼るなど安心できる環境を整え、居心地良く過ごせるような配慮がされている。	
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	食事席にこだわらずその時の気分に合わせて、共用空間内を移動し、好きな人とお話したり、カラオケや歌が好きな人同士が集まって歌を口ずさんだり、協力し合ってパズルを完成させたりと、自然と同じ趣味を持つ方が集まって過ごされている。		
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	入所時に本人の使いやすい衣装棚なども、ご用意いただいております。居室内に衣類等が散乱せずすっきりと片付き、居室内の移動の妨げにならないようにしている。また、ご家族思い思いに自分の部屋だと分かるように、本人の好みの飾りなどの持ち込みもある。	利用者の身体状況に合わせて、生活しやすいようベッドの位置を真ん中に置いたり、使いやすい衣装棚を持ち込んだりと利用者ごとにカスタマイズしている。	
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	手作りのトイレ看板を設置したり、居室前に立体の看板を設置し、自身で場所の認識が出来るようにしたりしている。また歩行能力に合わせ、手すりだけでは困難な場合には歩行器や車いすなど、現在の状況に合わせて準備の声掛けを行い自力での移動を促すようにしている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアタウンとなみ

作成日：令和 3 年 11 月 16 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	全家族へ向けての会議開催の通知を出しても皆さん不参加であったことから、運営推進会議への参加が限られたご家族様だけとなっており、会議の内容や行事予定などすべてのご家族に周知できておらず、報告も行えていない。	すべてのご家族や関係機関に対し、運営推進会議の内容や、話し合いで出た結果を報告できるようになる。	写真付きのお便りは毎月発行しており、会議の直後のお便り作成時に、今後の行事予定や地域の方からの提案などの会議報告を入れていく。	3ヶ月
2	6	身体拘束しないケアの実践として、カンファレンスやミーティングで、どのようにしたら身体拘束しなくても済むかなどの話し合いをしても個別の内容として、記録に残しておらず、全体的な報告書の中から拾い出すことしかできない。また、委員会がグループ全体での設置であるため、施設内に主となって活動する活動員がいない。	施設独自で、身体拘束廃止と事故防止について考える委員会や係活動の整備ができる。	グループ全体の委員会とは別に施設として身体拘束廃止に向けた取り組みを行う係員数名を選出し、勉強会や学習資料の作成、会議報告書の作成にあたることとし、係員の選出はすでに済んでいる。	6ヶ月
3	33	重度化や終末期に向けた方針について利用開始時や状態変化のあったときにどんな状態までであればお世話ができるか個別に口頭では説明をし、ご理解をいただいていたが、開設当初から利用の方にはどの程度お話ししてあるかも不明で、内容について覚えておられるかもわからない。	施設でお世話できる範囲を明確化し、ご利用者様、ご家族と共有できる。	現在の口頭での説明では思い違いなども多く、後々トラブルとなることも考えられるため、重度化や終末期に向けた方針についての同意書を作成し、ご家族に施設で過ごせる範囲を再確認していただくとともに、内容について同意をいただいたものを保管する。	3ヶ月
4	40	食事を楽しむことができる支援として、現在はケータリング業者から届いた副食を職員が盛り付け、みそ汁の調理も職員が行っており、食事作りや盛り付けに携わる機会がなく、みそ汁の具の選定や買い出しにも行っていない。	ご利用者と職員と一緒に食事の支度に取り組めるようになる。	コロナもだいぶ落ち着いてきたので、おかずの盛り付けなどの作業を再開していきたい。また、行事のおやつ作りやみそ汁の具を職員と一緒に選んだり切ったりの調理の機会も設けていく。	3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。