

令和元年度

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	1691600090
法人名	ユニバーサル株式会社
事業所名	ケアホーム舟橋あいの風
所在地	富山県中新川郡舟橋村舟橋67-1
自己評価作成日	令和2年1月9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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和2年1月29日	評価結果市町村受理日	令和2年3月25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）】

地域密着型サービスの強みである地域とのつながりに力を入れ、社会福祉協議会や近隣の利用者様のご家族様の紹介を受け、近隣のボランティアの受け入れを行なっています。施設側から地区の行事に参加することもあります。認知症カフェ（オレンジカフェ）を年に1回開催し、地域の方や家族の方とふれあい、認知症の方を支援する施設としての役割を担いたいと考えています。舟橋あいの風では、主治医や家族の協力のもと、看取り介護を行なっています。施設内はたくさんの光が差し込み明るく開放的で、晴れた日は窓から立山連峰がとてもきれいに見えるため、利用者様からとても喜ばれています。住み慣れた地域で、利用者様が最期まで楽しく笑って生活することができるよう、職員一人ひとりが認知症の人の立場に立って考え、協力し合う介護に取り組んでいます。

【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）】

事業所は法人理念の他に事業所職員で決めた理念「不安（ふあん）や悩みを深く考え、仲間（なま）意識を大切にし、はきはき（はきはき）元気よく、信頼（しんらい）の得られる支援を行います」を行動規範とし、日々のケアに生かしサービス提供に努めている。本人及び家族の希望があれば看取りケアが行える体制が整い、かかりつけ医、協力病院、法人内の訪問看護ステーション、事業所職員の支援連携で今年は5名の看取りケアを実施した。また、「認知症カフェ」を開催し地域の認知症介護情報の発信拠点として役割を担っている。法人は無資格者に対してのキャリアアップ体制が確立しており、新人職員は日々のケアへの充実感と責任感、介護福祉士資格取得へ向けて意欲的である。

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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人全体の理念とは別に舟橋あいの風独自の理念を職員全員で考え、事務室やフロア、廊下に掲示目玉に留まるようにしている。	「ふ・な・は・し」4文字を頭文字に舟橋あいの風独自の理念と、法人全体の理念を行動の規範とし、両理念を玄関、フロアに掲げ周知を図っている。日々のケアの中で振り返り理念に沿ったサービスの提供に努めている。新人職員には入職時に理念の説明を行っている。	
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	社会福祉協議会と適宜連絡を取り合い、公民館の行事(年に一度の6月の花植え)に参加させていただいたり、夏休み中の小中学生のボランティア体験の受け入れを行なっている。クリスマス会には、毎年日赤奉仕団の方が来所されている。	町内会に加入し地域行事の情報を集めている。地元の小・中学生との交流、公民館行事の参加、地域ボランティアの受入が多数あり、地域の祭礼では神輿の来所がある。また、買物や散歩時には地域の方々と挨拶を交わすなど交流の場が日常的にある。	
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	社会福祉協議会と連携し、年に一度「オレンジカフェ」を事業所で開催している。近所の方やボランティアの方が、利用者さんと関わることを通して認知症を身近なものとしてとらえていただけるよう、職員が間に入り会話をする時間を設けている。		
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2か月に一度行ない、利用者の入退去状況やレクリエーション・行事の活動報告を行なっている。舟橋村でこういった行事がある、こんなボランティアさんがいる、もっと自治会を巻き込んでほしい、等貴重な意見をいただいている。	2ヶ月毎に介護保険者、地域包括職員、家族会・利用者代表、自治会長、民生委員等の参加で開催。事業所の運営状況、活動内容を報告し、地域と事業所の情報交換や意見・提案をいただく場として活かされている。会議報告書は事業所玄関に掲示している。	
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に取り組んでいる	社会福祉協議会や役場の生活環境課の方と会う機会が多く(近くに役場があるため)、今回は特に利用者様のお祝い(米寿・白寿)のため密に連絡を取り、村長に来ていただくことができた。	社会福祉協議会からのボランティア紹介や、役場生活環境課の運営推進会議出席などを通し日頃から運営や活動内容について相談・助言を頂ける関係にある。また、2~3カ月ごとに介護保険者から介護相談員2名の訪問を受け、日頃の入所者の生活の様子を見ていただいている。	
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	玄関の施錠は最低限とし、利用者様の希望に応じて極力自由に入出りできる環境を整えている。	身体拘束をしないケアについて法人全体の委員会に参加して、「身体拘束防止マニュアル」を元に勉強会を開催している。日頃のケアの中でも「身体拘束チェックリスト」を活用して、不適切なケアを行っていないかをミーティングで確認し改善できるよう取り組んでいる。	「身体拘束をしないケア」を基本とした取り組みについて、そのリスクについて職員全員で共通理解ができる、わかりやすい書類整備・仕組み作りを期待したい。
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	虐待防止についての勉強会を行ない、身体は当然だが、言葉の虐待がないように職員全体で声を掛け合っている。		

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
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	施設入所者の中に成年後見制度を活用しておられる方がいらっしゃるため、職員には、管理者から成年後見人ができることとできないことを口頭で説明している。また、後見人の方には金銭管理・適宜面談をお願いしている。		
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を用いて、専門用語ではなく分かりやすい言葉を心掛け説明している。不安なことや疑問に思われることはしっかり理解・納得していただけるよう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	主に管理者、看護師、フロア代表が利用者様の受診時や面会時に家族と話をする機会を設け、利用者様の現状報告やケアに対しての要望をお聞きするようにしている。その中で出た意見はミーティングにフィードバックし、みんなで考え、運営に反映させている。	年1回の家族会では事前は無記名アンケートを実施し意見・要望を聞く機会を設けている。毎月家族に広報誌のほかに施設での暮らしぶりや健康状態の記録を郵送、面会時にも気軽に話せる環境づくりに努めている。出された意見・要望は個別記録に記載し、職員全員で共有後サービスに反映させている。	
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、フロア代表、エリアマネージャーでリーダーミーティングを行ない、職員間で出た意見やホーム長会議での伝達事項などをまとめ、全体ミーティングに反映させている。また、法人の代表がヒアリングを行い、職員の意見を直接聞く機会がある。	職員は全体ミーティングやフロアミーティング、自己評価後の個人面談で直接意見・要望を言う機会がある。職員から出た意見・要望はリーダーミーティングや管理者会議で報告し運営やサービスに反映している。気付きや提案等はその都度ホーム長が解決しサービス向上に努めている。	
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	職員一人ひとりが気持ちよく働けるよう、勤務時間には柔軟に対応している(日勤正社員など)。また、年に2度人事考課があり、職員の自己評価を尊重しつつ来期に向けてのアドバイスをこなっている。		
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	法人内で実務者研修を実施しており、希望者は研修を受けることができる。また、法人外の認知症関連の研修にも参加できている。また、人材育成委員会では外部から講師を呼び、「アンガーマネジメント研修」を開催した。		
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	中新川介護支援専門員協会の会長として研修へ参加したり、地域密着型サービスの連絡協議会、中新川医師会が開催する研修に参加したりしている。また、職員は中新川広域行政事務組合が開催する研修に参加している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前の面談時に本人様とお話する機会を設け、困っていること、不安なこと、今後どうしていきたいかをお聞きしアセスメントを取っている。また、入所後も職員全員で情報共有ができるよう、個人のシートを用いて信頼関係の構築に努めている。		
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	入所前の面談時に家族としてどう関わっておられたか、施設利用にあたり不安なこと・心配なことはないか、こうしてほしい、など要望はないか、を聞き取り、実際のケアに反映している。		
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	家族様が施設の見学に来られた時に、本人様や家族様の状況をお聞きし、当施設への入所だけでなく、他のサービス利用を含めた可能性についても話をするよう心掛けている。(グループホームへの入所を迷っておられる方は多いため、在宅生活の可能性の幅を広げるお手伝いをしたいと考えている)		
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	利用者様と一緒に調理や掃除、買い物を行なうことで「共に助け合い生活している者」という関係を築くよう心掛けている。		
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	受診は基本的に家族様にお願いし、家族同士のふれあいの時間が持てるよう配慮している。また、希望される方には往診の付き添いや入浴・食事介助に来ていただき、本人様の様子をお話し、情報共有に努めている。月末には「家族へのお便り」を作成し、看護師・介護士から本人様の状態報告を行なっている。		
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	ご家族様に協力していただき、入所前からのかかりつけ医への受診を継続している。また、面会制限は設けず、家族や知人がいつでも気軽に面会できるようにしている。	買い出しやドライブを兼ねて通いなれたスーパーや出身地の祭礼へ出かける支援を行っている。散歩中に顔見知りの方と出会うことができ、友人や、地域の方が気軽に訪問できる環境を整えている。また、家族の協力の元、かかりつけ医の受診や墓参りなどの外出支援が行われている。	
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	利用者様の個々の性格や相性などを考慮し、食事やレクリエーションでの座席の配置を考えている。また、利用者様同士で会話をしたり、歌を歌ったり等できるように、職員が間に入り橋渡し役となり、雰囲気盛り上げている。		

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	施設を退所された後も、必要に応じて病院や他の事業所との情報共有を行なっている。また、家族様から「もう一度入所したい」といったケースがあり、再度入所されたケースがあった。		
<b>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</b>					
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	介護記録は24時間シートを使用し、一日を通して利用者様の生活リズムや気持ちの変化が把握できるようになっている。利用者様のお話される言葉には特に注目し、「どうしてそういった発言をされたのか」「どのような気持ちでそうお話しされたのか」を職員間で話し合っている。	一日の介護記録に利用者の表情、しぐさ、言動をありのままに記載し、生活リズムや思い、気持ちの変化が把握できるように工夫している。月2回のフロアミーティングではその記録を基に利用者の思いや意向を把握し職員間で共有している。担当者はケアプラン作成時にも活用している。	
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	入所前のアセスメントや家族様からの聞き取り、入所後の本人様とのかかわりを通して、本人様の生活歴や入所への経緯を把握しアセスメントにて職員間で情報共有している。		
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	介護記録の24時間シートを使用しひとりひとりの生活習慣を把握している。また、レクリエーション・家事手伝いなどでできたことなどを記録に残すことで本人様のできることを職員間で共有している。		
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	ケアプランは原則的に半年ごとに見直しを行なっている。また、状態変化があった場合は家族に相談の上、病院の地域連携室や外来看護師等を通じて受診に繋げ、ケアへのアドバイスをいただき、ケアプランに反映している。	日々の介護記録やフロアミーティングの意見から、モニタリングや計画の見直しを定期6ヶ月毎、状態変化時はその都度行っている。家族の意見や要望は、サービス担当者会議や計画説明時にフロアリーダーやケアマネジャーが聞き取り、計画に反映している。	
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	介護記録には日々の様子や本人様がお話しされたこと、職員がどう声掛けを行なったかなどを記載し、成功事例を職員間で共有し、ケアプラン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	家族様の受診付き添いが難しい場合や、入退院時の送迎が難しい場合など、希望に応じて出来る限り対応している。また、家族の希望で職員が受診に付き添うケースもある。		

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	地域の訪問理容サービスや傾聴ボランティア、三味線ボランティア等に来ていただき、顔なじみの方とお会いすることで安心していただけるよう心掛けている。また、介護相談員の方の来所もある。		
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	入所前からのかかりつけ医への継続的な受診をお勧めし、状況に応じてケアマネージャーや看護師が同行し状態報告を行なっている。また、受診手帳を看護師が記載し、病院と施設、家族間の情報共有を行なっている。	入所前からのかかりつけ医を継続的に受診することができる体制がある。受診の際には「受診手帳」に情報を記載し同伴する家族に説明、医師、事業所、家族での情報共有を行っている。事業所に常勤看護師がおり、夜間や緊急の際にも適切な医療が受けられる支援体制が整えられている。	
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	利用者様の体調変化や急変があった場合は、施設の看護師に相談し指示を仰ぎ、必要な処置や受診に繋げている。また、看取りの利用者様の状態に変化があった場合は、病院の看護師にも報告、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。	入院時にケアマネージャーもしくは看護師が施設での生活の様子をまとめたサマリーを記入し、入院先の担当者にお渡ししている。また、適宜病院の地域連携室を通じて本人様の状態報告を受け、退院のめどや退院後の環境整備等に努めている。		
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	入所時に「重度化対応・終末期ケア指針」についての書類を提示し、説明している。また、その際に施設での看取りを希望するかどうか、希望される場合は主治医・家族の協力が必要不可欠であることをお話している。実際に家族様の協力や病院との連携を得て、看取りを行なっている。	入居契約時に「重度化対応・終末期ケア指針」を基に、書類を提示し説明している。状況変化の早い段階から話し合いを重ね、家族の意向に沿える体制がある。家族、かかりつけ医、協力病院、法人内の訪問看護ステーション、事業所職員の支援連携で今年度は5名の看取りケアを実施した。	
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	法人内で統一した「緊急時対応マニュアル」があり、連絡体制が一目見て分かるようになっている。また、地域の消防署で心肺蘇生の講習を行っており、参加している。		
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	年に2回、日中想定・夜間想定火災訓練を計画し、利用者様と一緒に実際に避難を実施している。また、災害時に対応が出来るよう、近隣の特養への避難も実施。職員の動きの把握や実働時間を計測している。	消防署の協力を得て、年2回(日中、夜間想定)利用者と共に避難訓練を実施している。2019年9月に近くの河川(白岩川)が増水し、避難場所へ避難。全員で一晩過ごす体験をした。その経験は地区自治会や役場への連絡、協力体制の必要性と実効性のある災害対策を考える機会となった。	水害での一時避難の体験から、他の自然災害(地震想定)の訓練や、食料、飲料水、紙おむつ、毛布などの備蓄品準備についても検討されるよう期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症についての勉強会を開催し、認知症についての知識を深め、人として尊重することを忘れないよう職員間で声を掛け合っている。特に声掛けについては命令口調や指示口調にならないよう、心掛けている。	令和2年1月8日に認知症の特性、接遇について研修会を行い認知症について知識を深め共有した。日々のケア時には、特に言葉遣い・口調(大声や無理強いしない)を意識して職員同士で確認している。人格を尊重しプライバシーに配慮したサービス提供に努めている。	
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	利用者様が自分の思いを職員に気軽にお話しが出来るよう、日頃から利用者様と関わる時間を多く取るようにし、馴染みの関係作りに努めている。また、水分補給やおやつの中には、本人様の好きなものを選ぶ機会を設けている。		
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	ひとりひとりの生活リズムに合わせて、レクリエーションへの参加や家事手伝いの声掛けを行なっている。無理強いせず、休息を希望される方にはお部屋で休んでいただいている。		
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	外出時や入浴時など、本人様と一緒に洋服を選ぶ機会を設けている。また、床屋も本人の希望に応じていただいている。		
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	月に1~2回程度、利用者様の希望に応じた「昼食会」ないし「おやつレク」を取り入れている。食材の買い出しや下ごしらえ、盛り付けなども職員と利用者様と一緒にしている。また、畑で採れた野菜と一緒に収穫しに行き、献立に加えるなどの工夫もしている。	食材は業者から取り寄せ、食事形態に対応した調理が行われている。利用者の希望を取り入れた「昼食会」では、利用者は買い出し、できる調理の下準備、配膳、後片付けを職員と共に行い、食卓を囲み、食事を楽しんでいる。自家農園で収穫した野菜を献立に加え食を楽しむ工夫が行われている。	
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	一人一人の状態に応じてソフト食やミキサー食など食事形態を工夫し、自分の力で口から栄養が摂れるよう支援・介助している。また、水分摂取が難しい方には形態を変えて提供するなど(ゼリーにするなど)し、必要な水分量が確保できている。		
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に、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	起床時や毎食後に声掛けを行ない、口腔ケアを行なっている。介助が必要な方には義歯洗浄や歯磨きの一部介助を行なっている。義歯消毒剤の使用は週に一度である。		

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・水分チェック表」を用いて一人一人の排泄リズムの把握を行なっている。また、トイレの回数や汚染状況なども職員間で共有し、誘導時間や適切なパットのサイズの選定の工夫を行なっている。	利用者の排泄パターンを「排泄・水分チェック表」で把握、スタッフで共有している。利用者のしぐさや行動から、誘導、声かけのタイミングを図り、さりげなく無理強いしない対応を心がけている。排泄状況に応じた排泄用品の選定をしている。	
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	主治医や看護師と相談しながら、極力薬に頼らないよう食事や運動を取り入れ、自然な排便に繋がっている。慢性的な便秘の方には、その方に応じて下剤の調整を行なっている。		
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	利用者の希望に沿い、週に2回は入浴ができる体制を整えている。職員と一緒にゆったりお話をする時間を大切に、個人のペースに合わせて入浴している。一般浴のほか、リフト浴があり、利用者様の状態に合わせて使い分けができる。	利用者の体調や希望にあわせ週2回を目安に柔軟な支援が行われている。一般浴槽とリフト浴槽があり状態にあわせ使い分けができる。職員と1対1で会話を楽しみながら、利用者のペースで入浴している。「ゆず」や好みの入浴剤で季節を楽しむ工夫が行われている。	
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	利用者様の体調に応じて、適宜居室での休息を促している。また、昼夜逆転の傾向にある利用者様については、夜にゆっくり休んでいただけるよう日中はフロアでの活動参加を呼び掛けている。		
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	服薬の内容が記載されている用紙のファイルを作成し、服薬のセットの際は薬の内容を照らし合わせながら行なっている。服薬変更時はその都度看護師が申し送りに記入したり、口頭で説明したりし、状態の変化等があれば介護記録に記入している。		
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	本人様やご家族様からの話をもとに、昔から習慣としてしておられたことや、趣味嗜好を加味したレクを取り入れ、施設でも楽しく、いきいきと活気のある生活ができ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	天気が良い日は積極的に外への散歩を呼びかけ、近くの公園まで出かけている。また、ご家族にお願いし、気分転換を兼ねた外出・外食を実施している。	外出で、季節を感じ、楽しむ機会を設けている。近隣の公園や神社、オレンジパーク舟橋等への散歩は日常的に行われている。家族の協力での外出や受診時の昼食を兼ねた外食で気分転換が図られている。	

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	家族様から一定のおこづかいをお預かりしており、職員と一緒に出掛けた時や自動販売機での飲み物の購入の際に使用していただいている。		
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	電話や手紙の制限は行なっておらず、家族様の理解を得た上で本人様から自由に電話を利用していただいている。利用者様から家族の方へ年賀状を書くことがあり、家族様からとても喜ばれている。		
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	共用リビングは、四季を感じられるよう塗り絵や創作品などの装飾が施され、外出時の写真なども飾られている。また、オープンキッチンのため台所からは食事の準備の様子が聞こえ、窓からは立山連峰が一望できる。施設内は光が多く取り込まれる設計になっており明るく、開放的である。	リビングは室温、湿度が適切に管理されている。大きな窓越しに立山連峰や田園風景、自家農園を見ることができ、室内にいながら季節の移ろいを感じることができる。壁面にはみんなで作った季節ごとの作品(塗り絵、書道)や外出時の写真が掲示されている。広いリビングはソファや椅子が適所に配置され、ゆったり過ごせる空間となっている。	
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	フロア内の環境を随時見直し、テーブルの位置やソファの位置など、利用者様が思い思いに楽しんで過ごせるような環境づくりに努めている。		
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	居室には、家で暮らしていた頃から使い慣れている家具や置物があるとご本人様も安心されることを家族様に説明し、持参していただいている。なるべく家に近い環境で過ごすことができるよう、本人様やご家族様と相談しながら配置している。	居室にはエアコン、ベッド、カーテンが用意されている。利用者は使い慣れたタンスや家具、家族写真や装飾品を持ち込むことができる。携帯電話の持ち込みも可能である。一人ひとりが、入居前と変わらない生活が継続でき、安心して落ち着ける、心地よい空間となるよう工夫されている。	
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	トイレや自室の場所が一目見てわかるように看板や名札を表示し、利用者様なるべく自分でできることはできるよう、工夫している。また、転倒リスクの高い方には離床センサーを設置し、安全な生活が送れるよう支援している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム舟橋あいの風

作成日： 令和 2 年 3 月 23 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	35	「身体拘束をしないケア」を基本とした取り組みについて、そのリスクについて職員全員で共通理解ができる、わかりやすい書類整備・仕組み作りに期待したい。	「身体拘束をしないケア」について、職員がより一層学びを深めることができる。	・身体拘束廃止委員会を開催した時の記録をまとめ、時系列でどのような話題が出たかわかりやすいようにする。また、定期的に「身体拘束をしないケア」についての勉強会を開催し、職員が知識を学ぶことができるように努める。	12ヶ月
2	6	水害での一時避難の体験から、他の自然災害(地震想定)の訓練や、食料、飲料水、紙おむつ、毛布などの備蓄品準備についても検討されるよう期待したい。	自然災害に備え、備蓄を準備する。	・人数分の簡易食料や飲料水、おむつ、毛布などをひとまとめにし、避難の際に持ち出すだけで良いようにしておく。	12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。