

令和 4 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5年2月17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、利用者と共にゆったり思いを傾聴したり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。

※ 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	
----------	--

【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）】

排泄時毎の清拭対応や入浴の支援を通して疾患の予防に努め、利用者が快適に過ごせるよう支援している。また、利用者一人ひとりの思いに耳を傾け、できることを考え役割をもって過ごしてもらえるよう介護計画に反映させて支援を行っている。コロナ禍以降、外出や面会を制限している状況でも、利用者の様子については、様々な手法で家族に連絡対応が行われており、家族の満足度にも繋がっている。外国籍の人材を積極的に受け入れ、精神的なケアにも配慮した人材育成が行われており、正規雇用への転換や利用者からの信頼を得られるまでの実績に繋がっている。また、地域の中学校からの職業体験の受け入れや介護に関する相談対応等で、地域と双方向の交流の機会を持っている。

【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5年3月8日	評価結果市町村受理日	令和5年3月29日

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、活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、戸外に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なっている。	事業所の理念はユニット内や職員トイレ内に掲示し、月1回程度実施しているミーティング時や日々の申し送り時等に確認する機会をつくっている。また、外国人労働者にも分かりやすい「目を見て接する」「笑顔で接する」等の接遇目標をユニット別に掲げて、理念の実践に取り組んでいた時期がある。	理念の実現に向けて、継続的な実践や共有方法の工夫を検討されることに期待したい。
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。今年度は14歳の挑戦を受け入れており、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。	コロナ禍以降、地域との交流機会は減っているが、自治会からは行事等の案内をしてもらったり、近隣の中学校とは「14歳の挑戦」の職業体験として学生を受け入れたり、中学生が収穫したもち米を寄付してもらったりと双方向で交流する機会がある。また、近隣住民からの介護等に関する相談にも応じている。	
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。	2か月に一度、利用者状況、行事や研修活動状況、事故報告等について、市や地域包括支援センター、民生委員や児童委員、地域のボランティア、全家族に書面で報告している。家族からの面会の要望に対して感染症対策を講じて面会できるようにする等、意見が反映されている。	
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。	事業所で感染症が蔓延した際に、市へ感染拡大防止に向けての対応相談を行っている。また、家族からの要望等に対し、対応が難しい事案に関して市と連携して支援した事例がある。市主催の研修にも参加している。また、次年度は介護相談員の受け入れ再開を予定している。	
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	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)	年4回委員会を開催し、身体拘束に関する基本事項や事業所の状況を確認している。また、年2回の研修や日常の業務において、利用者の行動を制限しない対応の確認や環境整備、注意喚起を行っている。身体拘束に該当しない範囲でベッド柵やセンサーマットを使用する場合でも、利用者や家族に説明し同意を得るようにしている。	

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
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。		
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	現在は退居されているが、成年後見制度の利用者があり、担当の行政書士の方との関りがあった。短期間で退居となった為、職員全員が学ぶ機会は持てなかった。		
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	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。	家族からの面会の要望に対してオンラインの活用や距離を取るなど感染症対策を講じて面会できるように対応している。また、「家に帰りたい」利用者には、外に出る時間をつくって気分転換を図っている。「〇〇が食べたい」利用者には行事食の準備や、レクリエーション活動等を通して楽しみが持てるよう対応している。	
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。	管理者は月1回程度実施しているミーティングで職員の意見を確認している。エリアマネジャーは職員の様子に応じて面談の機会をつくっている。感染症の拡大防止のためにユニット別に休憩室を設ける、空調の整備を行う、業務の習得状況等や意向を考慮して雇用形態を変更する等の対応が行われている。	
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	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。		

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
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。		
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ー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		○本人と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。	コロナ禍以降、家族との面会は感染対策を講じて行っているが、流行状況により制限する期間もあり面会頻度は減っている。そのため、利用者や家族の希望に応じて電話、手紙や葉書、オンラインツールを活用し、家族と交流を図っている。また、月1回写真やメールで本人の様子を家族に伝えている。定期受診の際には自宅に立ち寄る機会をつくってもらうこともある。	

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
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で把握し、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。		
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	サービスが終了されても継続的な付き合いが出来るよう心掛け、家族の相談にもものっている。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。	把握した利用者一人ひとりの思いや意向は、個人記録やフロア日誌に記録し、申し送りやカンファレンスで共有している。思いを上手く発信できない方には表情や様子、生活歴等から考慮している。したいことやできることから役割を持ってもらえる支援を行ったり、好きな活動を共に行う中で思いを引き出したりと工夫している。	
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。	基本的には3か月に一度介護計画を更新している。各利用者の担当職員がアセスメントを行い、事前に確認した利用者や家族の意向を反映させて、計画作成担当者が介護計画を作成している。作成した介護計画は家族の面会時や電話、郵送する等して、説明を行い同意を得ている。	
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。		

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
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	本人・家族の状況に応じて、通院の必要な方は家族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を行っている。		
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	コロナで現在は殆ど行っ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	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。嘱託医のオンライン診療あり。	入居時に、これまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の嘱託医に変更するか確認している。個々のかかりつけ医への受診は基本家族対応としている。嘱託医は月2回診察(1回は訪問、1回はオンライン)の体制となっている。事業所は医師に、日常の様子(水分や食事量、バイタル値等)を書面で伝えている。医師からの指示は職員で共有し家族に連絡も行っている。	
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、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。	基本的に看取りは行わない方針であることを利用契約時に説明し、同意を得ている。家族からの要望や、かかりつけ医の協力と事業所での対応が可能と判断できたケースでは看取りの対応を行った。基本的には常時、医療処置等が伴わない限りは重度化には対応する方針としている。	
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	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。		

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
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。	年2回消防署の指導を受け避難訓練(日中・夜間の火災想定)を実施している。避難訓練を行う際には地域に案内も行っている。また、自治会で行われている災害訓練にも参加している。火災以外の災害についての事業継続計画及び備蓄については検討中である。	ハザードマップ上、浸水区域に指定されていることから水害等の災害時についての避難訓練の実施や、事業継続計画及び備蓄の整備について検討を進められることを期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(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なわ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がっている。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。	利用者の排泄中はトイレの外で待つこと、入浴から上がった際は体にタオルをかけること等を日常の業務やカンファレンスの際に確認をしている。また、異性の介助を嫌がる利用者には、同性の職員が対応する等してプライバシーに配慮している。	
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	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、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	コロナ禍により限られた環境で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。	食事は基本、委託している外部業者の管理栄養士の献立に基づき、職員が手作りしている。個別の嗜好品を食事に加えたり、おはぎを手作りしたりと、食事が楽しみとなる工夫をしている。箸やコップは利用者個人のものを使用している。片づけは食器を重ねる等、利用者の一人ひとりのできる力を活かす支援をしている。	
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。		

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
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・援助している。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。		
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。	利用者の1日の排泄状況はチェック表に記録して職員間で共有しており、排泄間隔に応じて、必要な利用者にはトイレを促す支援を行っている。また、疾患の予防のため排泄毎に清拭を行っている。入院に伴い日常生活動作が低下しおむつを着用していた利用者が、排泄の自立支援により状態が改善されトイレでの排泄が可能となった事例がある。	
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。	基本は週2回、曜日を決めて午前中に入浴している。それに加え、利用者の発汗や排泄状況によっては、シャワーや清拭を行うこともある。また、利用者の身体状況に合わせてチェア浴設備を活用して浴槽につかる支援を行っている。数種類の入浴剤を準備し、香りや色を楽しむことができるようにしている。	
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
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えていない。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。	天気の良い日には、敷地周辺の散歩や日光浴を行ったり、桜の鑑賞やプランターの水やりを楽しんだりしている。コロナ禍以降、外出の頻度は減っているが、感染症の流行状況が落ち着いているときには、ドライブに出かける機会をつくっていた。定期受診の際に、家族と自宅に立ち寄る機会をつくってもらうこともある。	
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	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。	天気や季節を感じられるよう外の景色が眺められる大きな窓がある。壁面には、行事の写真や利用者の手作り作品が掲示されている。また、利用者が居心地よく過ごせるよう、好きな歌謡曲を流す等の対応を行っている。共用空間の清掃は職員が行っているが、利用者のテーブル拭きやモップ掛けの協力もある。	
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。	事業所の設備であるベッド、タンス、エアコンの他には、利用者や家族の意向に応じて、家族写真や自身が作った飾り、自宅から持参した家具やテレビやラジオ等の家電が配置されている。日記の記入や衣類のたたみもの等の日課を居室で行う利用者がいる等、居心地の良い居室となっている。	

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
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5年3月27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. 13	特定技能実習生を含め、現在多くの外国人就労者がいるため、日本語の理解が難しく正しい介護のあり方や職員間におけるコミュニケーション不足	外部の専門講師の訪問による技術の取得と理解の実施 業務中における日本語の読解力の向上	外部の専門講師の訪問(5月より実施予定)	12ヶ月
2	共通	感染対策における外部との閉鎖的空間	感染予防についての、見直しと傾向と対策	5類後、周りの動向や情報をより多く、収集し、出来る限りの解放を目指す	3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、行を挿入して下さい。

3 サービス評価の実施と活用状況

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】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 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(管理部門職員と話し合い、職員会議で話あう)
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
	<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
	<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
	<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)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<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()