

# 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	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	平成30年1月25日	評価結果市町村受理日	平成30年3月30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23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)】

地域密着型の強みを生かし、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、様々なボランティアの受け入れを行なっています。認知症介護の情報の発信拠点として、次年度から認知症カフェを開催予定です。施設側から地域の文化祭や公民館行事に参加することもあります。また、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)】

・理念「私たちはその人らしさを支えるため、創意工夫を持った考える介護に努めます。」を掲げ、利用者本位の暮らしの実現に向け、職員一人ひとりが考え協力し合う介護に取り組んでいる。利用者の生活歴や残存能力を活かした自家農園での畑仕事や、調理の下準備等の家事・趣味を活かした活動など、生活に楽しみを持っていただくよう取り組んでいる。  
 ・役場、社協と連携し「RUN伴：認知症を知ってほしい、地域で支え合うことの大切さを広めたい」という目的でタスキをつないでいくイベントの活動や、次年度から予定している「認知症カフェ」など、地域の認知症介護情報の発信拠点として役割に取り組んでいる。  
 ・法人は、初任者・実務者・中堅リーダー研修など職員の介護力に応じた研修会・資格取得を推進し、定期的に人材管理部長が直接職員の意見・要望・悩みを聞く個人面談など、職員の質向上や働きやすい環境作り力を入れている。

## 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 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 3. 家族の1/3くらい 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 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 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
<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	事業所としての理念は施設内の休憩室や事務室、フロアに掲示し職員の目に留まるように心がけている。会社全体としての理念は自社のホームページに記載されている。	職員の意見を取り入れた理念を掲げ、職員・家族・外部訪問者と共有できるよう、ホーム内に掲示している。新人研修の理念説明やフロアミーティングでの個別ケア検討など、理念に沿ったサービス提供につなげるよう努めている。	理念に沿ったサービス提供ができていないか、サービス内容の振り替えりや個別ケアに活かす更なる取り組みに期待したい。
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	舟橋村の社会福祉協議会と連携し、夏休み中の小中学生のボランティア体験を受け入れている。また、公民館の花植えには2年連続で参加させていただいている。クリスマス会には、日赤奉仕団の方が歌や踊りを披露しに来て下さっている。	町内会に加入し、地域行事の情報収集に努めている。地元の小、中学生との交流や公民館行事の参加や地域ボランティアの受け入れをし、地域の祭り時には神輿の来所があり、ホーム納涼祭には地域の方々に参加されている。散歩、買い物時に顔なじみの地域の方々や挨拶を交わすなど、交流の場を多く持つよう努めている。	
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	傾聴ボランティアの方が来られた時や介護相談員の方が来られた時に、認知症の方への声掛けの仕方や対応についてお話している。また、学生のボランティア体験の際も、認知症とはどういった症状なのか、どう対応したらよいかを説明している。		
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	2ヶ月に1度開催する運営推進会議では、利用者の状況(入所や退所、待機状況)や実際行なった行事について主に報告している。自治会長や役場の職員、家族代表から「もっとこんなボランティアがある」「こんな行事がある」等アドバイスを頂いている。	会議は2ヶ月ごとに開催し、ホームの運営状況や活動内容を報告し、活発な意見交換が行われている。委員よりボランティアや地域行事の情報をいただき、運営やサービスに反映している。	
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	近くに舟橋村役場があり、社協の職員が直接待機状況を聞きに来たり、「こんな方がおられるんだけど…」と相談をしに来られることもある。ラン伴などでも協力関係を築くことができた。	運営推進会議出席や「RUN伴:認知症を知ってほしい、地域で支え合うことの大切さを広めたい」という目的でタスキをつないでいくイベント」の連携で、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。	
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	玄関の施錠は夜間のみとし、日中は利用者様が自由に入出りできる環境を作っている。また、新人教育の一環とし、入社した職員にはリーフレットを配布している。	身体拘束防止マニュアルや研修会などで具体的な身体拘束内容やリスクを理解し、フロアミーティングでサービス内容を振り返り、日々のサービス提供時、職員間で確認しながら身体拘束をしないケアに努めている。身体拘束はしない方針であるが、利用者の生命に危険がある場合のみ、短期間身体拘束する手続きも準備し、利用者の安全安心につなげている。	
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	身体の虐待はもちろんだが、言葉の虐待がないように職員同士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	施設内に成年後見人制度を活用しておられる方がおられるため、保佐人の方にしていただけるとはどんなことなのか等、口頭で職員に説明している。また、保佐人の方にも必要な支援をして頂いている(主に金銭管理)。		
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主に用いて、分かりやすい言葉を心がけ説明している。不安や疑問に思われることは、しっかり理解していただけるまで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	利用者様の受診時や、面会時に家族の方と話をする時間を設け、利用者様の現状や会社としての取組み等、説明している。その中から出た意見は全体ミーティング等で職員へ報告し、会社の運営に反映している。	毎月家族に広報誌・ホーム生活状況・職員のコメントなどを送付し、ホームでの暮らしぶりを知っていただいている。家族会での意見交換や面会時には積極的にコミュニケーションを図り、その意見・要望は記録し、職員全員で共有し、運営・サービスに反映している。	
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	管理者・リーダー・エリアマネージャーでリーダーミーティングを行い、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、事業所本部に人材管理部があり、人材管理部長が直接職員の悩みや意見を聞く機会がある。	職員はフロアミーティングや全体ミーティング・自己評価後の法人担当者との個人面談で、意見・要望を直接言う機会を持っている。職員の意見・要望はリーダーミーティングで検討し、管理者が月1回の「法人ホーム長会議」で報告し、運営やサービスに反映している。職員の気づき・提案等は、その都度敏速にサービスに反映するよう努めている。	
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	年に2度人事考課があり、職員がやりがいをもって働けるよう自己評価を尊重しつつ、もっとこうしたら良くなる、といったアドバイスを行なっている。また、パート職員の働き方にも柔軟に対応している。		
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	法人内で初任者研修や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、人材育成委員会では法人外から講師を呼び、中堅リーダー研修を行なっている。		
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	中新川介護支援専門員協会の研修や地域密着型サービスの連絡協議会、中新川医師会が開催している研修に参加し、同業者と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
<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が困っていることやどうしたいか等お聞きし、ケアプランに反映させている。また、入所後も職員の情報共有のためのシートを用いて、利用者様が過ごしやすい環境を作ることができるよう配慮している。		
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	入所前の面談時や入所時の契約の際、家族様が不安に思われることや「家でこうしていたのでホームでもこうしてほしい」といった要望をお聞きし実際のケアに反映させている。		
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当事者様の状況をお聞きし、状況に見合ったアドバイスができるよう心掛けている。(GHでの支援のほか、小規模多機能、サ高住での生活の可能性など)		
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	利用者様には、調理・掃除などの家事を職員と共に行なうことで、生活における役割を担っていただいている。		
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	希望される方には往診の付き添いや入浴介助、食事介助に来ていただき、本人様の状況をお話ししながら共に本人様を支える環境づくりができています。また、月末の家族様へのお便りでも本人様の状況を共有している。		
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	ご家族に協力していただき、以前からのかかりつけ医や美容室へ行く機会を設けている。また、面会時間に制限を設けず、家族や知人がいつでも気軽に訪問できるようにしている。	家族に正月・お盆の外出泊や馴染みの理美容院の利用で協力を得ている。家族や馴染みの方の面会は時間限定をせず、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮している。自宅周辺や思い出の地に出かけるなどの個別外出支援を行い、利用者の要望に沿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	利用者様の性格や相性を考慮し、座席の配置を考えている。また、利用者様同士で会話ができるよう、職員が間に入り橋渡し役となり、話題を提供している。		

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	施設を退所された後でも、必要に応じて家族様の相談に応じたり、病院や他の事業所に情報の提供を行なっている。		
<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	介護記録に24時間シートを採用し、一人ひとりの生活のリズムや意向の把握に努め、特に、利用者様の訴えや表情の変化等を見逃さないように記録している。	記録の勉強会を実施し、利用者の表情・仕草や言動を本人の言葉でありのままに記録し、内容の充実を図り、事業所独自のアセスメントシートに整理して、暮らし方の希望や意向の把握に努めている。アセスメントシートは、定期6ヶ月ごと、心身状態変化時には随時見直し、本人の希望・意向に沿えるよう努めている。	
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	本人様はもちろん、家族様や前任のケアマネージャーからも聞き取りを行ない、アセスメントを作成し職員間で情報の共有を行なっている。		
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	24時間記録シートを採用し、本人様が一日に行なったことや気持ちの変化等を記録し現状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	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、日々の様子は介護日誌に記載し、週に1度のフロアミーティングでは情報の共有やケアへの提案を行ない、再アセスメントに繋げている。	日々の記録やフロアミーティングでの意見交換からサービス変更・追加を先行させながら、定期6ヶ月ごとに心身状態変化時に随時、モニタリングや見直しを行い、ケアマネージャーが現状に即した計画を作成している。家族の意見や要望は、サービス担当会議や計画説明時に聞き取り、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	ケアプランに沿った介護記録を書くことができるよう、ケアプランを分かりやすいよう介護記録に表記している。また、気づいたことは介護記録に記載し、その記録をもとにフロアミーティングを行ない情報を共有、見直しを行なっている。		
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	基本的に受診は家族様にお願いしているが、どうしても難しいときは職員が受診に付き添っている。また、病院への送迎等も可能な限り対応している。		

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	地域の訪問理容サービスやボランティアの方々(傾聴ボランティア・三味線ボランティア)に来ていただき、顔なじみの方と顔を合わせることで本人様に安心していただけるよう努めている。		
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	利用者様のほとんどが入所前からのかかりつけ医を継続して受診している。また、状況に応じてケアマネや看護師が同行している。受診時には、施設での生活状況を記載した「受診手帳」を用いて情報の共有を行なっている。	入居前のかかりつけ医での受診を継続していただき、受診手帳での情報提供や、必要時の受診同行を行い、適切な医療が受けられるよう支援している。緊急時には、常勤看護師がかかりつけ医と連絡を取り、状態を判断し対応している。	
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、看護師に報告・相談し指示を仰ぎ、必要な処置や受診に繋げている。		
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。	入院時にケアマネ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、入院先の担当者に渡している。また、約一週間おきに病院に電話連絡を行ない、現在の状況や退院のめどなどを尋ねている。		
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	入所時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」について説明し、主治医と家族の協力が得られる場合は看取りを行なうことができる、とお話ししている。また、法人内に訪問看護ステーションがあり、自事業所の看護師の支援体制も整えている。	契約時に事業所の「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき、重度化・終末期対応の事業所のできる事・できない事を説明し、理解を得ている。看取りケアの勉強会を実施し、かかりつけ医・家族の連携協力・法人内訪問看護ステーションの支援を得て、看取りケアが実施されている。	
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	地域の消防署で行なっている心肺蘇生の講習に参加している。また、法人内で統一した「緊急時対応マニュアル」があり、連絡体制や処置の方法が一目でわかるようになっていく。		
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、消防署の協力のもと火災避難訓練を行なっている。今年度も近隣の特養への避難を行ない、実際どの程度の職員の人数と時間がかかるのかを計測した。	年2回、消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練(日中・夜間想定)を実施している。災害時に対応ができるよう、近隣特養を含む緊急連絡網を整備し、火災訓練時に特養で避難訓練を実施し、所要時間・課題の把握が行われている。	地域に氾濫危険性河川があるので、防災ハザードマップを活用し、地区の避難場所へ避難訓練を実施し、所要時間・課題を把握する取り組みや運営推進会議で地域の協力体制について話し合うことに期待したい。

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	利用者様一人ひとりの性格や生活環境に考慮し、命令口調や指示的な口調にならないよう、職員同士で声を掛け合っている。認知症の方への対応をみんなで勉強する機会も設けた。	認知症の特性・接遇方法の勉強会を開催している。日々のサービス提供時には職員間で言葉遣い・口調を確認しながら、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。特に排泄や入浴のケアに留意している。	
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	利用者様が自分の思いを職員に伝えやすいよう、日頃から利用者様との会話の機会を多くし、なじみの関係の構築に努めている。また、水分補給の時間や昼食会の際、好きなものを選んでいただく機会を設けている。		
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、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	本人様の生活リズムに沿って、レクへの参加や自室での休息を促している。業務マニュアルは優先せず、利用者様本位を心掛けている。		
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、本人様にお好きな洋服を着ていただけるよう、声掛けを行なっている。また、床屋の際も希望のある方はそのようにしていただいている。		
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、利用者様に食べたいものをお聞きし、要望に応える昼食会を企画している。その際、野菜の下ごしらえや食材の買い出しも可能な限り職員と利用者様で行なっている。また、ピクニックにも行くことがあり、その際はお弁当を持って外出し、いつもと違う楽しみを取り入れている。	月1～2回、利用者の希望を取り入れた「昼食会」を設けている。利用者のできる調理の下準備などを一緒に行い、職員と食卓を囲み会話を楽しみながら食事している。季節ごとの手作りおやつや、自家農園で収穫した野菜を利用し献立に加えたり、誕生日の手作りケーキや行事食を楽しむ機会を設けている。天気の良い時には弁当持参でピクニックに出かけるなど、食事が楽しみになるよう努めている。	
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	一人ひとりの状態に応じて食事の形態を工夫し、なるべく自分の力で食べることができるよう介助を行なっている。また、水分が進まない方にはゼリーでの水分補給を取り入れ、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、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	起床時と毎食後に口腔ケアを行なっている。本人様の状態に合わせて介助を行ない、義歯を使用される方には週に一度義歯消毒を行なっている。		

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
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」を用いて一人ひとりの排泄リズムや汚染の状況を確認し、使用するパットの種類の選定を行なうなど職員間の情報共有に努めている。	「排泄・水分チェック表」にて、利用者一人ひとりの排泄パターンをスタッフが共有し、トイレの回数や汚染状況に応じ本人に合ったパットの選定や誘導間隔など工夫し実践に繋げている。また、できるだけ自然排便ができるよう水分摂取や適度な運動、牛乳等を摂取して頂くなど状況に応じ対応している	
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、薬に頼らない方法(食事療法・運動療法)を考えている。慢性的な便秘の方には、その人にあった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ず、個々にそった支援をしている	日曜日以外は、毎日入浴できるようになっており、原則的に週2～3回は入浴できる。また、入浴剤の使用やゆず湯の開催など、気持ちよく入浴していただける環境づくりにも努めている。	利用者の希望や体調に合わせ、週最低2～3回を目安に、職員と1対1でゆっくりと利用者のペースに合わせ、入浴している。身体状態で清拭やシャワー浴・足浴を実施している。また、浴場内に、車いす対応リフトが整備され、身体状況変化時にも対応している。	
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	利用者様の体調に応じて、随時居室での休息を促している。また、夜にゆっくり休めるよう、日中はフロアでの活動参加を促している。		
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	薬剤情報が綴られたファイルを用いて、職員が薬をセットする際に食後や眠前薬などの情報を照合している。服薬の変更時には、看護師が介護職員に服薬の内容や副作用を口頭や書面で説明し、状態の変化を介護記録に記載している。		
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得た情報をもとに、以前から好きだったことやよく行なっていたこと(家事・編み物など)をレクに取り入れ、少しでも楽しく、いきがいを持って生活が出来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	お花見で常願寺公園に出かけたり、ピクニックでオレンジパーク舟橋に出かけたりなど、外出の機会を作り季節を感じて楽しむ機会を設けている。また、近隣の公園に散歩へ行ったり、スーパーに出かけたりといった対応も行なっている。	年間行事計画を作成し、季節ごとの花見や弁当を持参したピクニック、気分転換を図るドライブ、天気の良い日の散歩、買い物・外食など外出の機会を多く持ち、利用者の要望や季節感を大切に、利用者の楽しみになるよう努めている。	

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
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	御家族様から一定のおこづかいをお預かりし、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自由に電話を利用していただいている。家族の方からご本人様に年賀状が届くこともある。		
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	共用リビングには、季節を感じられるよう塗り絵や折り紙等の装飾が施され、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。	共有空間は広々と、大きな窓から季節ごとに姿を変える立山連峰や田園風景、自家農園を見ることができ、利用者と一緒に制作した季節ごとの作品(貼り絵・書道など)や外出時の写真が掲示されている。温度・湿度に配慮し、利用者が思い思いに過ごせるよう、ソファや椅子が適所に配置され明るくゆったりした空間になっている。	
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	フロア内の環境を適宜見直し、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、家に居た頃から使い慣れている家具や置物が持ち込まれており、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。	居室にはベッド・エアコンが整備され、光が降り注ぎ明るい雰囲気である。自宅からの持ち込みは自由で使い慣れた家具や家族写真・好みの装飾品が持ち込まれ、自宅居室のレイアウトを参考に使いやすさに配慮し、「自分だけのお部屋作り」に取り組んでいる。	
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	必要な場所に手すりや案内表示(トイレ・自室が分かるような名前の看板の掲示)をし、利用者様がなるべく自分でできることはできるよう、配慮している。また、転倒リスクの高い方には離床センサーを設置し、安全な生活が遅れるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 ケアホーム舟橋あいの風

作成日: 平成 30 年 3 月 15 日

## 目標達成計画

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(1)	事業所の理念に関しての振り返り、見直し等をしたことがなく、「考える介護」に対しても具体性がない。介護職の経験者・未経験者に関わらず、皆がわかりやすい理念を考え、共有し、振り返る機会を作る。	グループホームの特性である地域密着型らしさを取り入れ、みんながいつも心に留めておけるような理念を作成し、共有し、振り返る機会を作る。	4月の全体ミーティングで新しい理念を発表(3月の時点で皆に案を出してもらう)。フロアや事務所・廊下に掲示し、来客者にも舟橋あいの風の理念や取り組みを知っていただく。ひと月ごとに力を入れるテーマを掲示し、全体ミーティングで振り返る。	12ヶ月
2	35(13)	近くに氾濫危険河川(白岩川)があるにも関わらず、水害時の避難経路の確認や時間の計測などを実施したことがない。昨年、近隣の駐車場が浸水被害にあったこともあり、早急な対策が必要とされる。	水害のリスクがある時も、落ち着いて利用者さんを避難できるようにする。	春に水害時を想定しての訓練を実施。実際に社用車を利用しての舟橋村役場までの避難や車いすを押しての避難を行い、時間を計測する。また、避難経路を一目で分かるようにマップに記しておく。緊急用袋や備蓄などは法人内で話し合う。	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、行を挿入して下さい。