

令和 5 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	1691000192
法人名	(株) ハートフル
事業所名	ケアタウン福野
所在地	富山県南砺市柴田屋396-11
自己評価作成日	令和5年11月15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）】

現在の入居者は自発的に活動できる利用者様が多い為、残存機能を有意義に活用し精神的な拘束感を出来る限り無くすように自己判断での施設内活動を行える様に職員が配慮している。また、介護ボランティアや高校生の実習をなるべく受け入れる事での職員のケアに対する認識や接遇に対する見直しを行える環境を整え、利用者様にも施設外の方々と触れ合える時間を設ける様にしている。利用者様とゆかりのある方々の訪問に関しても受け入れを継続して行っている。

※ 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）】

利用者の尊厳や個々に発する言葉を大切に、『利用者様一人ひとりにフィットする質の高いケアサービスを提供する』を理念に掲げ、幅広い年代の職員がいきいきと働いている。キャリアパスの導入・活用を検討されており、介護の質の向上にも努めている。職員が成人式の晴れ着姿で利用者達と記念撮影を撮るなど、信頼関係も上手に構築されている。地域行事や市が主催の講習会への参加も積極的に行っており、地域への浸透に努力されている。

【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6年1月11日	評価結果市町村受理日	令和6年2月22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	法人理念を基に、職員一人一人が、入所者に対する愛護的な目配り、気配り、心配りを念頭においてケアを実施している。また、共有出来るように、スタッフが何時でも再認識できるように掲示している。また、家族からの問いかけに対しても、利用者同様に対応するように心がけている。	玄関先や台所横の壁に職員が目にしやすいように、理念と、毎年法人が考える重点目標を掲示している。入社時には職員に理念や目標を名刺サイズの携帯プレートにしたものを配布して、周知するように努めている。	
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	運営推進会議、地域行事(柴田屋地区行事)の参加や地域・学生ボランティアの受け入れなど、職員と利用者と一緒に地域交流できるよう配慮している。近隣との天候による助け合いの場等も必要に応じて行っている。	コロナ禍により、一時は繋がりが途切れたが、地域行事や運営推進会議の再開により以前の繋がりが戻ってきている。地元高校の実習先として実習生を受け入れており、地域交流されている。	事業所の方からも、出来ること、必要なことなどをどンドン情報発信して、より一層災害対策などへの協力体制を構築できるように期待したい。
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	徘徊SOS、地域との情報交換や、地域の懇親会への協力など、地域の方々への認知症への理解に向けての取り組みの援助を行っている。		
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	コロナ禍により、区長との連絡により運営会議による集まりが行なえていなかったが、本年11月より対面での会議を再開予定。施設活動への助言やご利用者様の参加できそうな地域行事や、地域の高齢者向けの活動等の紹介は電話等での対応を行っている。	コロナ禍では文章の提出のみであったが、自治会長が事業所に顔を出してくださったこともあり、地域との絆が感じ取れる。家族へも運営推進会議議事録を送付し、運営への理解と協力を得ている。	
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	地域包括支援センターの担当者に運営推進会議に参加いただき、事業所の実情や取り組みの紹介をされており、逆に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など調整している。また、講習会活動への参加も行っている。	講習会、ケア会議、徘徊SOS、空き情報の提出など日頃から協力関係を構築している。不審者発見や事故確認のため、市や警察に防犯カメラ映像を提供し協力している。	
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	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、知識の統一をはかっている。また、おおむね2ヶ月に1回の会議を開催し利用者の危険な行為も含めて安全な方法の工夫などを検討していくようにしている。また、言動による対応に関しても、職員同士で話し合い、お互いが心地よいケアを行う様に心掛けている。	指針を策定し、委員会も定期的開催している。研修会も行い、身体拘束防止にむけて努めている。管理者から口頭でスピーチロックなどを注意することもあり、職員間でも注意し合うような環境のもと、日頃から職員は身体拘束防止を意識するように心掛けている。	

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	利用者の情報の共有、不自然な内出血など入浴の際などに注視し、記録、経過観察が必要になる事柄に関しては申し送りをしている。また、転倒や接触による、今後起こりそうな状態についても、情報の共有をし、必要があれば医師、地域包括支援センターへの報告相談し判断をしている。		
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	制度のことについては、幹部職員に限り理解している状態。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。		
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	入所前に契約書、重要事項の説明、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、パンフレットによる施設の場所確認や名刺等により連絡先を細かく伝え、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	運営推進会議はご家族、地域包括支援センター職員や区長、民生委員、他介護事業所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、入所者から家族への手紙と活動内容の写真を送って様子を伝える様にしている。(ご要望・ご意見等は電話での対応をその都度、行っている)	家族が面会時などの際に要望等を聞き取るようにしている。要望等はタブレットの申し送り事項として記録され、全職員が確認できるようにしている。	
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	実状の把握や、直接現場スタッフの意見をその都度聞きとり、必要な事柄への対応を行っている。また法人代表に報告しなければならない事柄であれば、報告し、相談した上で意見を施設運営に反映できるように努めている。一ヶ月に一回グループ内での施設長・管理者会議を実施している。	申し送りノートへの記入やカンファレンス時に意見や要望を汲み取るようにしている。月1回管理者会議を開催し、事業所ごとに問題提起や意見交換して、その議事録を職員に公開している。	
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	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	職員がサービスの質を向上させていけるよう施設内研修を行ったり、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。(感染対策を十分に考慮しての実施となっている)		

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
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	病院、地域包括支援センターの研修・事業所連絡会、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たりして、質を向上していけるよう努めている。		
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	入所前に数人の職員で面談に伺い、本人や家族に状況や問題点、解決方法の提案等を行っている。利用者側の求めるケアの導入が行える様に努めている。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	入所前に本人と家族の訴えを別々に聞く機会を設け病院、在宅生活等での不都合な点を把握し、入居後の生活に不便を感じない様に、今後の希望等の聞き取りを入居生活に生かせるように配慮している。		
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	ご自宅、施設に入所している状態でも、何故当施設への入所が必要になっているかをキーパーソン等に確認して、よく話し合っどどのサービスが適正なのかも場合によっては提案している。場合によっては行政からのパンフレットを提供し相談者の問題を解決に近づけられる様にしている。		
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	施設内生活内での「役割」を持って共生していることを実感してもらうことを目的として、本人の同意のもとでIADLの機会を設けている。また、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の無理のない範囲でのご支援を頂いている。コロナ禍において遠方にお住まいであったり、直接お越しになれないご家族にもお手紙を送ったり、電話での対話を行い、本人との繋がりを絶やさないうようお願いしている。		
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	入所者との関係性を確認したうえで、新型コロナ感染対策も行いながら面会も行っている。利用者の親類や知人の面会があった場合は、家族への伝達も行っている。また、状況に合わせて関係性の持続を行う為に、電話や手紙や写真を使い支援を行っている。	利用者の以前住んでいた場所までのドライブや近所のスーパーへの買い物同行などを行って関係が途切れないように支援している。地域の獅子舞も事業所に訪問する機会がある。	

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や身体能力・趣味・趣向・宗教等を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。		
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、1ヶ月までは居室を空けている事を入居前に説明している。また現状の把握のためにも病院地域連携課や家族からの現状把握(病院カンファレンスの内容)に努め利用者や家族の負担が少なくなるように努めている。		
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	暮らし方の希望については、身体的、能力的に危険がない範囲で受け入れをしており、受け入れができない場合には理由もしっかり説明している。家族にもその旨を伝えている。その時々で発せられるサイン(表情・行動・声)を受け止め、職員間で共有することで、その方の喜びや嫌なことなどを把握するようにしている。	担当職員を中心に日々の支援経過や記録を職員全員でアセスメントしている。家族からの情報収集も行いカンファレンスなどで、情報共有するようにしている。	
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	入所前の生活歴が把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から今までの嗜好品や、活動、地域との関わり等を伺ったり、入所前に関りのある病院、事業所等から情報を積極的に聞き取りを行う様に努めている。		
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	電子記録により日々の介護記録の中で、食事の時間や余暇活動に何をしていたか等確認でき、バイタルサインの状態や食事量の変化、水分量も把握できるようにしている。また、生活を観察する中で些細な気付きを大切に、本人の出来る力・わかる力を把握するよう努めている。不明な時は、医療経験者や通院中の医師に確認をしている。		
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	定期的に本人家族の希望等も伺いながら、モニタリング・アセスメントを行い、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や調剤薬局の意見等を参考にし対応している。また、ちょっとした変化時にも記録を行い職員で共有するようにしている。	日頃の支援経過記録や、申し送り事項などをもとに、3か月に1度のペースで評価表を作成しながらモニタリングしている。薬剤師が居宅療養管理で連携しているため、相談し意見をいただいている。	
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	経過記録に本人の発言や対応の記録を行い、全職員が確認できるようにしている。上手くいったことに関しては、ケアカンファレンスの際などに新たに介護計画に加えるなど、記録を計画の見直しに活用している。		

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	入所者や家族からの申し出に応じて、施設外の活動援助など、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、福祉用具の検討、通所で使用している機材を使用している。また、その都度の各方面との連絡・相談に取り組んでいる。(感染症対策を考慮しての実施となっている)		
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	入所前からお付き合いのあった友人や知人と連絡を取り合ったり、地域行事への参加や地域のボランティアさんに慰問頂く等、地域資源を活用し、地域との関わりが途絶えないよう支援している。		
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	受診は、本人、家族の希望の通りになるように対応している。施設での現状を伝える必要がある場合は書面にて報告をし、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を伺い、訪問診療可能な医師へと引き継ぎも行っている。	月2回の往診の他に、発熱時や便秘でも往診医師が駆け付けて対応していただけるうえに、専門医へもすぐに紹介状を書いて繋いでもらえる協力体制がある。家族には安心感をもっていただけるような医療連携が出来ている。	
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	日々気付いたことはすぐにリーダーや看護師に報告・相談し、必要に応じて受診や、訪問診療、訪問看護師による処置を受けられるようにしている。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、病院からの要請に従い必要な報告を行っている。病院からもどのような状態まで戻れば施設に戻れるかや、地域連携室との連絡を取り合いながら、その旨をご家族にも必要に応じて伝え、お互いに相談しながら退院の調整に協力できるように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	施設利用契約時点から、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、終末期のケアは行いにくい施設環境・設備である事を説明して入居についての熟慮を頂いている。常に協力医、病院と連携をとり、可能な限り本人家族の希望に寄り添っている。状態悪化時には入院できるよう地域医療並びに協力医との連携を伝えている。	入所時点から事業所として終末期ケアを行い難い点を説明されている。医療的処置が必要になった場合や、病状の変化に合わせて対応できるよう、看護師の配置や薬剤師との協力体制を構築している。	
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	緊急時の対応の指導並びに、常に手の届くところに「手順書」を備え付けている。転倒時などのチェック項目を設けている。必要があれば、地域医療と協力医に連絡し、指示を仰ぐようにしている。		

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
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2回定期的に行っており、災害時訓練も同様に避難誘導の仕方や、誘導場所などを確認している。現在は行えていないが、地域との合同訓練を、今後検討していく予定。氾濫警戒時は自治会長との連絡を行っている。	運営推進会議などでも地域との協力体制を構築するように努めている。近隣で避難場所に使用しても良いと提案をしていただいたこともあり、現在法人にて作成中のBCP計画(業務継続計画)に活かそうと検討中である。	事業所の地域(柴田屋地区)が広範囲であり、現実的に災害対策を実行する際には地区だけではなく、隣接している住民の方々との協力体制の構築を期待したい。
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ねない言葉かけや対応をしている	認知症についてや倫理、パーソドセンタード・ケアについて研修等を行い、個々の生活歴、趣味等を元に、現状の残存能力、精神状態の把握に努めている。生活内でのプライバシーが守られる様にその都度、利用者の要件をお聞きし、お互いに無理なく継続できる施設生活が過ごせる様に配慮している。	風呂場の入口扉前にも目隠し用のパーテーションを置き、出入りの際までプライバシーに配慮している。日頃から親しみある言葉使いを心掛けスピーチロックにならないように注意して介助している。	
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	日常生活の中での活動を誘導するが、本人の意思を確認してから行ってもらう様にしている。また、外出や家族との面会に関しても家族等の意向も確認しながら行っている。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、自分の為の時間がもて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、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、その時々個々の希望に添うようにしている。食事の時間・内容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。場合により詳細な変化も家族とも電話で相談も行っている。		
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コスメやヘアケア用品を持ってきて頂いたり、減ってきた際にはご家族に連絡をし、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	利用者に確認をとりながら、不公平にならない様に、お茶くみや盛り付け、食材切り、食器拭きなどを行っている。時に簡単に作れる食事を共に作るようにしている。レクリエーションの一環としてホットプレートを使用しておやつ作りをしている。また、月に2回はパン食を選ぶように準備している。	味噌汁の具材を切ったり、ズイキ(芋茎)の下準備などを台所や共有スペースで職員と一緒に、利用者が協力しあっている。行事の際には手作り料理でカレーを調理するなど工夫している。今後も行事食での調理は計画されている。	
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	食事・水分量の記録をとり、その方の適正な食事量を見出している。病気による制限、嚥下機能不全に合わせて、おかゆ、刻みやトロミがけなどの支援をしている。		

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
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	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で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(月・木曜)は義歯消毒を行い、口腔内の清潔保持に努めている。必要があれば、口腔外科等への聴取も行っている。		
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	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個々に合わせて下着・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ている。ご自宅での日常生活が出来る様に配慮している。必要があれば医師への相談、家族への連絡も行っている。	自立されている(布パンツを使用されている)方が5名いる。日頃からの記録をもとに、担当者、リーダー、看護師が摂取水分量を参考にし、声掛けによる排泄の促しによって自立継続に努めている。	
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	個々の活動量の把握、飲水量、飲料内容の確認、記録を行っている。ときに嗜好品として、ご家族に依頼し、持参いただいている。必要があれば、医師や看護師、薬剤師に相談し服薬の処方と管理を行っている。		
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	入浴は、日々の身体状況や精神状態、受診、外出予定等を考慮して曜日を定め、午前中の入浴としているが、入浴習慣、順番、湯温などに配慮し、マンツーマンでゆっくりと入浴を楽しめるよう支援している。入浴方法も本人の希望や能力にも添えるように努めている。	利用者の希望により介護者の性別まで配慮して介助するようにしている。また、強制することなく順番や湯温をその都度調整しながら利用者の希望に添えるようにしている。	
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	身体の状態に合わせ、休息の時間を取れるように対応している。また、ユニット内にソファを置き寛げる環境を作っている。ユニット内、居室の室温、光量も快適に過ごして頂けるよう、その都度調整している。		
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	医院・病院・調剤薬局との個々の利用者に合わせた調整や助言を頻りに連絡している。また、施設内では看護師が中心となり、お薬の変更があった時には、全職員が分かるように明記し、薬情を綴り、副作用や薬効を確認できるようにしている。また、医師・薬剤師を中心に現状について必要時に話し合いも行っている。		
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	利用者が興味のある事や以前行っていたことなどに着目しての余暇活動を行ったり、施設周囲の散歩などを通して景色を見る等を主にし、1回/月程度で車での外出を行っている。		

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
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	天候に応じて、施設周囲の散歩や車での季節毎のイベントや屋外催し等の観賞やドライブへ出かけている。施設での対応が難しい時にはご家族に報告し、協力を仰いでいる。	天候に応じて、事業所周辺を散歩したり、季節毎のドライブを企画し実践されている。家族との外出や外泊なども推奨しており、家族の協力も得られている。	
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	希望や能力に応じて、本人の希望する物があれば、家族に相談の上、施設のお金を一時的に使用し、買い物へ出かけた時、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	電話をおつなぎしたり、耳が遠く、聞き取りにくいようであれば仲介もしている。手紙やはがきもご自身で書き、請求・領収書と共に家族に送っている。書字が出来ない方も、施設内での様子の写真や本人の塗り絵などの作品をお送りしている。		
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。また、時間よっての照明の調整も行い、時間の確認を行える理解を助け、寝起きも自己判断が出来るようにしている。温度調節も利用者の状態を確認しながら行っている。(感染対策による換気・消毒にも配慮している)	大きい窓からの採光により、共有空間は全体に明るくなっている。吹き抜け部分もあり、ライトの色は電球色となっており、温かみが感じられるようになってきている。共有空間は広く、テーブルやテレビ位置も整頓されており、導線は広く確保され清潔感あふれ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	食卓、ソファ等自由使用できるように設置。また、窓際での日光浴等の各要望に合わせた対応を行ったりし、みんなが見えている環境作りをしている。		
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袋棚、馴染みの物、写真、携帯電話、テレビ等も検討し、ご用意いただいている。居室内は、居心地の良い空間となるよう、家族・本人・職員で危険なく安心して過ごして頂ける空間になるように心がけている。	携帯電話の満ち込みや無線LANの使用など通信環境にも配慮されている。居室にはロフト形式の物置きもあり、空間を自由に広く使えるよう配慮。	
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	椅子に座布団を引いたり、トイレの看板を設置したり、居室前に目印を設置し、自身で場所の認識が出来るようにしている。また、移動能力に合わせて、歩行器や車いすなどを使用し、自力での移動を行える様に努めている。		

2 目標達成計画

事業所名(株)ハートフル ケアタウン福野

作成日: 令和 6年 2月 19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	2-(2)	地域(柴田屋地区)との連携、BCP関連での共通認識が不十分で、協力体制の構築が未熟。	地域(柴田屋地区)との継続した話し合いを行う	地域災害対策(福野北部地区防災計画)に基づき、高齢者施設としての可能な取り組みを伝え、協力可能な事柄、物資等についての具体的な協力体制を书面化する。	6ヶ月
2					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()
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()