

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	1690900095
法人名	(株)ウォームハート
事業所名	はあとふるケアあさがお
所在地	小矢部市西中野694-1
自己評価作成日	令和2年1月10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27日	評価結果市町村受理日	令和2年2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）】

サービス基準を設定し、職員は「サービス基準」の具体的な指針に沿って利用者の支援を行っている。また、住み慣れた場所で共に生活するパートナーとして、日常的な関わりを大切にしている。自立支援に向けた取り組みの一環として学習療法や歩行練習、マシンを使っての軽運動等に取り組んでいる。地域密着の取り組みとしましては、あさがお交流会にご近所様をご招待したり、ボランティアさんを招いてのイベント等に取り組んでいる。また、利用者の想いや要望に応じてドライブに出掛けたり、外食に出掛けたりすることで、本人の思いに十分に沿える支援ができるように心掛けています。

【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）】

事業所の職員は、開設当初から勤務している職員が約8割であり、利用者、家族、また地域住民とも顔なじみの関係が築かれており、さらに職員のチームワークの良さがうかがえる。その結果の1つとして、事業所が主催する「あさがお交流会」は、事業所の職員が地域の1軒1軒にチラシを配ることによって地域住民の参加人数が増えており、地域の一員として住民と交流している。また、職員はサービス方針として掲げられている「サービス基準」を毎月全職員で確認し合い、利用者1人1人に合った支援ができるよう努めている。

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
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	理念については、月1度開催されるフロア会議で読み上げ確認をし、職員全体が共有し理念に沿った個別ケアができるようにしている。また、サービス基準を立てて職員間の自覚や成長に繋げるように努めている。	法人理念をもとに「スローガン」と「心得」を掲げ、さらに具体的な内容を「サービス基準」に提示している。また、その内容をフロア会議で職員で確認し合っており理念の実践につながるよう努めている。	
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	今年度も、地域の神輿祭りに参加したり、地域のボランティアの方を受け入れたりと地域の人達と関わる努力をした。また、事業所主催で「あさがお交流会」という行事を毎年開催し、利用者、家族、民生委員、他施設、ご近所の方等に参加して頂き、会を重ねる毎にご近所の方の参加が増えていっている。また、運営推進会議等で意見交換している。	事業所が主催している「あさがお交流会」に向け、地域住民のもとへ1軒1軒チラシを配っており、年々参加者数が増えている。また、地域の神輿祭りにも参加しており、地域の一員として顔の見える関係が築かれている。さらに、地域の小学校の運動会や発表会への参加等も、事業所側から交流するよう働きかけており、地域の一員となるよう、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	運営推進会議時に地域の皆さんに対して日ごろ行っている利用者の支援方法や、機能改善に向けての取り組みを画像等で発信している。		
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	運営推進会議には、民生委員、健康福祉課の職員、他施設の職員、利用者家族が参加し活動報告や活動予定、事故報告、研修報告、行事案内、避難訓練等の報告を行っている。また、日頃行っている利用者の支援方法や機能改善に向けての取り組み等を報告し、意見を頂いている。会議報告書を全家族に郵送し報告している。	運営推進会議では、各ユニットから、詳細な内容の活動報告をしている。また、会議開催の案内は、全家族にされ、会議の報告も全家族に郵送で送っている。会議の際に出された意見や提案は、事業所の会議で全職員に周知され、サービス向上につながるよう努めている。	
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	運営推進会議には、健康福祉課の職員に参加して頂いている。また管理者は小矢部市グループホーム連絡協議会に参加する等して健康福祉課の窓口に出向いた時には、様々な相談にのって貰えるような関係性はできている。	運営推進会議の際に市の職員に参加してもらっていることから、事業所の詳細な活動内容を報告しており、顔の見える関係が築かれている。困ったことがある場合にはすぐに相談できたり、市から事業所に相談される等、協力関係が築かれている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、三ヶ月毎に確認、状態の見直しをしている。またフロア会議でのサービス基準の見直しや身体拘束委員からの報告を確認することで職員全員が共有し身体拘束しないケアに取り組んでいる。日中の玄関の施錠はしていない。言葉の拘束についてもサービス基準に沿って取り組んでいる。身体拘束廃止マニュアルは作成している。	3ヶ月に1回、研修会を開催している。特に、スピーチロックについて力を入れており、「サービス基準」に記載してある内容を確認するとともに、自分達が実践している支援方法についても振り返っている。さらに、リスクがある方についての支援方法についても、身体拘束をしない支援方法を話し合い、実践している。	
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	日常生活の中で、全職員が虐待防止に努めている。		

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
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	日常生活自立支援に意識的に取り組んでいる。ケアマネージャー、職員で話し合い、出来るだけ利用者のニーズに合わせた支援ができるよう努力している。成年後見制度については、理解しているとは言えない。		
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に沿って口頭で説明し疑問等があれば、わかりやすい説明を行うよう努めている。改定などによる利用料の変更についても、口頭と書面にて説明をし家族に理解を得ている。購入品などは、事前に家族に承諾をうけて購入している。		
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	運営推進会議や面会時に意見や要望を聞きフロア日誌に記載し共有している。また、その都度職員間で話し合い反映するように努めている。県外在住の家族に関しては、事業所に連絡があった際、利用者の近状等を報告し意見や要望を聞いている。また、全家族にアンケートを送付し記載して頂いた意見や要望を共有している。	毎年度末に、全家族にアンケートを実施し、満足度調査を行っている。その結果を全職員に周知し、改善策を話し合い、サービスの向上に努めている。	
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	月1回のフロア会議で意見を出し合い、その意見をリーダー会議で検討し業務改善に努めている。重度化による入浴問題には、新たにリフト浴を導入し改善している。	利用者の状態の変化に応じた対応策を検討し、サービス向上につなげている。日常的には、管理者に提案しやすい雰囲気づくりに努めている。提案された意見は、リーダー会議を通じて、法人全体に周知している。	
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	代表者は、事業所に入入りした際は、職員とコミュニケーションを取りながら日々の様子や状況を把握するように努めている。また、賞与時には個別に面談をすることで職員個々の近状を把握している。		
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	職員のスキルアップの為、その職員にあった外部研修に行く機会は、増えている。		
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	同業者との交流する機会としては、自施設主催の「あさがお交流会」に参加して頂いたり、また他施設の納涼祭やお楽しみ会などに参加させて貰っている。他施設に行き良いところを見習うことでサービスの質の向上をしている。		

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
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	管理者、ケアマネージャー、リーダーが中心となって、入所前、入所後も本人と話をし、不安や希望、これまでの暮らし方が把握できるよう努めている。		
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	受付時より、家族の困っている事や不安な事を傾聴し、丁寧に説明をし少しずつ理解して頂きながら、安心できる関係づくりができるように努めている。		
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	相談時利用者や家族の思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応を行っている。		
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	利用者は、人生の大先輩であるという事を念頭に置いて、利用者主体の生活が送れるように努力している。		
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	面会時等で、利用者の日常の様子を伝えることで本人と家族の関係を大切にしている。利用者の病院受診時には、基本的に家族に依頼している。		
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	家族の協力を得て、お正月の外出やお盆の墓参りなど、馴染みの場や人と交流して頂いている。また、利用者の友人や知人が気軽に訪問できるよう、訪問時には事業所内でゆっくりと過ごして頂く配慮をしている。	設立当初からの利用者が多く、車椅子の方が増え、家族との外出が難しくなり、外へ出る機会が減っている。馴染みの方には、事業所に気軽に來ていただけるように努めている。	
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	日々の交流や、レクリエーションを通じて利用者同士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
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	契約終了後であっても、必要に応じて情報提供や相談にのれる支援体制はできている。		
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	入所時にセンター方式(生活史シートや暮らしの情報シート)を家族に記入してもらい、これまでの生活史や暮らし方の意向、好きな事、苦手な事、嗜好などについて把握に努めている。また、毎日の様子をセンター方式(24時間シート)に日頃の会話や表情から汲み取った思い等を記録し、職員間で共有し、できるだけ本人の希望に沿えるよう支援方法や生活を見直している。	入所時に、家族にセンター方式を記載してもらおうと共に、職員からも聞き取りをしている。また、日常の会話や行動から汲み取られる意向は、24時間シートに記載され、利用者の生活に対する意向を把握している。	
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	入所時には家族にセンター方式(生活史シートや暮らしの情報シート)を記入してもらい、生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境を把握している。入所後は本人の思いや家族からの情報で、その人らしい暮らしができるよう努力している。		
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	日々のバイタル測定や排便の状態、食事量、水分量等を把握し、利用者が健康に過ごせるよう配慮している。		
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	毎月のフロア会議で、利用者の現状について話し合い、必要に応じてプランの見直しを行っている。また、サービス担当者会議では、家族、ケアマネージャー、担当職員で協議し、個々の状態に沿った生活が送れるよう努力している。	生活・看護記録と24時間シートの内容をもとに、6ヶ月に1回見直しが行われている。サービス担当者会議で、利用者の意向を再確認したうえで、介護計画の見直しが行われている。	
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	日々の生活を24時間シート(センター方式)を活用し、時系列に沿って詳細に記録を取り、職員間で情報共有している。また担当職員のモニタリングによるミーティングにより、その都度介護計画を見直している。		
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	基本的には外出や病院受診等は家族の付き添いを依頼しているが、本人や家族の状況に応じて外出や通院の送迎等のサービスを行っている。		

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
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	最寄りの駐在所には、行方不明者が出た場合も想定し事前に協力を依頼している。また、消防署には、避難訓練に毎回協力を依頼している。		
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	入所時に、本人、家族の希望に沿ったかかりつけ医を決めてもらっている。かかりつけ医や事業所の主治医と連携して健康管理を行っている。事業所の主治医とは往診、24時間連絡体制があり利用者は適切な医療をいつでも受けることができる。受診時は、基本的に家族の付き添いとなっているが、家族が付き添えない場合は、職員が同行している。	基本的には、事業所の主治医の往診を受けている。かかりつけ医への受診は、家族の付き添いをお願いしている。車椅子の方で家族だけでは付き添いが難しい方には、送迎の支援を行っている。	
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	常勤の看護師は配置されていないが、非常勤の看護師は配置されている。利用者に体調の変化が見られたときは、看護師に相談したり、主治医と連携し指示を仰いでいる。		
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。	協力医療機関の地域連携室にADL基本情報を提供したり、入院中の現状等の情報を交換しながら連携を取り、利用者が早期に退院できるよう支援している。		
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	契約時には、家族に重度化、終末期の在り方について、事業所で出来る事出来ない事を説明し理解を得ている。また、終末期に関しては看取りは行わない方針であると契約書に記載されており、さらに口頭でも説明をし理解を得ている。利用者の心身の状態の変化時には、主治医や家族と話し合い、本人や家族の意向に沿った支援に努めている。	令和元年度までは看取りは行わない方針であり、契約時にも説明し、同意を得ていたが、来年度からは、看取りケアに取り組む方針としている。それに向け、終末期ケアの研修に参加したり、事業所内で研修会を開催するなどし、看取りケアを行うことができるよう準備を進めている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、職員間で共有している。また、定期的に消防署の職員に依頼し、初期対応についての訓練を実施している。		
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	消防署の協力を得て年2回、日中と夜間想定した避難訓練を行っている。正面からの避難や裏口からの簡易式スロープを使用している。また、運営推進会議で、緊急時には地域住民の方々に協力して頂けるように依頼している。また、備蓄品を整備し緊急時に備えている。風水害、地震災害を想定した訓練の実施はまだ行われていない。	年2回、火災に対する避難訓練を実施している。また、地域住民にも協力を依頼している。	地震や水害等の災害が起きた場合も想定し、ハザードマップを確認する等して、避難方法を確認されることを期待したい。

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
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	理念に基づいたサービス基準を作成し言葉遣い等について日々留意し、意識しながら行っている。利用者の気持ちに寄り添い、できる限り人格を尊重し本人の意思を大切にケアを、より意識して行っている。否定や命令形の禁止等をフロア会議で周知を図り、日々のケアで確認しながらサービスの提供を行っている。また、利用者にとって不適切な言葉掛けが見られた場合はその都度注意し合っている。	毎月のフロア会議で、「サービス基準」に記載してある内容を確認している。特に、言葉遣いや会話する際の目の高さ等に気を付け、実践できるよう周知している。	
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	常日頃から、利用者の言葉や思い、希望に耳を傾け自己決定できるように努めている。		
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	職員中心の生活にならないよう、利用者一人一人のペースを大切に、利用者の希望に沿った生活リズムを大切にしている。		
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	その人らしい身だしなみができるよう、本人の希望を聞きカットや髪染めの対応をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員がともに食事を摂ることで家庭的な雰囲気にならぬようにしている。施設中庭で収穫した新鮮野菜で漬物を作ったり、また、行事毎のお食事、手作りおやつ・外食・誕生日にはケーキでお祝いする等、食事が楽しみになるように工夫している。	リビングの一部にキッチンがあり、利用者が食事をする様子を見ながら食事形態を都度アセスメントできる環境であり、利用者1人1人の機能に合わせた食事形態を考えている。また、使いやすさや馴染みのものを重視するため、ごはん茶碗やおわん、お箸や湯のみは、持参してもらっている。	
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	毎食の食事量、水分摂取量は記録して把握している。食事量、水分量の少ない利用者については水分摂取量1日1350ccを目安に摂取できるよう支援している。		
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	毎食後、一人一人に応じた口腔ケアを行い、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	週間介護記録を使用し、利用者の排泄パターンを把握している。本人の気持ちや状態に応じて適切な排泄支援を行っている。また、その時々々の仕草や行動を見極めトイレ誘導や声掛けを行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。	利用者の排泄パターンを把握し、利用者にあった支援方法で排泄支援を行っている。	
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	適度な運動をする事を促すために歩行運動の声掛けをしたり、週間介護記録で毎日の排便状態を確認し水分摂取量の確保に努めている。下剤の使用については主治医と連携を取り、アドバイスを受けている。		
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	週2回の入浴を基本としており、入浴時は職員1人対利用者1人での対応をしている。体調等を見ながら希望や状況に合わせて無理なく入浴出来るよう柔軟な支援をしている。また入浴が楽しみになるように桃や柚子等の入浴剤を使用している。利用者の状態に合わせて一般浴やリフト浴にて入浴している。	お風呂は基本的には毎日沸いており、いつでも入浴できるようになっている。週2回の入浴を基本としているが、利用者の気分や体調等に合わせ、柔軟に対応している。また、一般浴での入浴が困難な場合は、リフト浴にて入浴してもらっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	今までの生活習慣と本人の希望を大切に、一人一人のペースに合わせて休息したり入眠できるよう支援している。また、居室の環境(明暗、室温等)にも十分に配慮している。		
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	職員が薬の内容(目的、用量、用法、副作用)を把握できるよう、処方箋を個人ファイルに整理し、常に確認できるようにしている。また、投薬時には職員間での二重確認、袋の色分けによる朝昼夕の識別の工夫、飲み込み確認をする等の配慮を行っている。		
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	自立支援の意識の元で、自分で出来る事に達成感を感じられ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	少数だが季節行事(墓参り、初詣)等に家族と一緒に外出に出掛けられる利用者もおられる。事業所としては、その日の天候と利用者の状態に応じてアウトレットに買い物や外食に行ったり、散歩、桜、菖蒲、コスモスウォッチング等を楽しんでいる。また、車椅子対応の大型車両を使用して重度者であっても外に出る楽しみを感じていただけるよう支援している。	年間の外出予定はあるが、それ以外に、利用者の状況や希望を聞くなどし、天候を見て、柔軟に外出している。外食や、稲葉山、海王丸パーク、コスモスウォッチング等、利用者の希望を聞いて出かけている。	

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
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	一部の利用者は札の入った財布を所持しているが、ほとんどの利用者は金銭を所持していない。買い物等の希望があれば、家族から預かったお金にて品物を購入している。		
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	利用者本人から、電話を掛けるケースは殆どないが、本人の希望があれば職員とともに利用できるよう支援している。家族や大切な人の電話や手紙は利用者に取り次ぎしている。		
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	リビングの大きな窓から望む畑では季節の花や野菜を育て、育成状況を見て季節感を感じることができる。フロアに手作りカレンダーや季節イベントの展示物を掲示している。また、加湿器を設置し乾燥や感染症の予防に努めている。室温と湿度には十分に配慮している。	利用者の目に留まる場所に畑を作り、野菜を育てており、生活リハビリの1つとなるよう支援している。また、加湿器を設置し、湿度を管理したり、温度にも配慮し、居心地よく過ごせる空間づくりに努めている。	
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	共有スペースでは、一人用の椅子やソファを置き、一人で過ごしたり気の合った利用者同士や職員と会話したりしている。		
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	自宅から使い慣れたタンスやテーブルを持ってきてもらい個々の意向に沿った配置をする事で自分らしくいられる空間作りをしている。また、フロアのリビングソファでも、のんびり過ごしてもらえよう支援している。	座椅子やTV等、馴染みのものを持ち込み、居心地よく過ごせる空間づくりをしている。また、利用者の動線と身体機能を見極め、手すりを設置するなどし、自分の部屋で居心地よく過ごせる空間づくりに努めている。	
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	その人に合った生活ができるよう、ホーム全体がバリアフリーである。また、個々の能力に合った支援ができるよう努力している。		

2 目標達成計画

事業所名 はあとふるケアあさがお

作成日: 令和 2 年 2 月 18 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	○火災や地震 地震や水害等の災害が起きた場合を想定して、ハザードマップを確認して、避難方法を確認する。	年2回の、災害に対する避難訓練と共に、地震や水害等の災害が起きた場合を想定し訓練をおこないます	○ハザードマップの確認 ○避難場所への移動時間等の確認	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、行を挿入してください。