

令和 3 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3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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和4年2月4日	評価結果市町村受理日	令和4年3月31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）】

事業所独自の方針を設定し、職員は「サービス基準」の具体的な指針に沿って利用者一人ひとりに合わせた支援を行っている。また、自立を支援する事に向けた取り組みの一環として、利用者の残存機能を把握し、無駄に触れる事や出来る事を奪うケアはしません。学習療法、歩行練習やマシーンを使つての軽運動等に取り組んでいる。一方、身体的・体力的に座位保持が難しい利用者には、一日の中で個人のペースに合わせた臥床時間を設け、安楽に過ごせるよう配慮している。利用者の思いに十分に沿える支援が出来るよう心掛けている。

【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）】

サービス指針として『自分でできる喜びを守るケア』を目標とし、そのための具体的な5つの行動指針を明文化し、周知しており、職員がケアを実践する上で指標となっている。職員の定着率もよく、業務改善に向けた提案など意見が言いやすい風土が感じとれた。また、利用者のプライバシーに配慮し、2カ月に一度発行の新聞は利用者毎に作成し、家族にのみ届けられている。事業所全体の活動状況をまとめた「あさがお新聞」は、医療機関、関係機関などに配布するなど目的に応じた情報発信をしている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、その時々々の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スローガン・心得を読み上げ確認している。職員全体が共有し理念に沿ったケアが出来る様になっている。また、事業所独自のサービス方針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。	事業所独自のサービス方針には、目標『自分でできる喜びを守るケア』と明文化されている。さらにその実践に向けた行動につながるように5つのポイントが具体的に記載され、ケアの実践に活かしている。	
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	コロナ禍で、あさがお交流会やボランティアを招いての活動は行っていない。外出・面会も制限している。担当者会議で家族が来られた時は、玄関ではあるが、サインを頂き、利用者の最近の写真を渡している。利用者の近況を伝える一つの手段となり家族には喜んで頂いている。	新型コロナウイルス感染症対策のため、これまでのような直接対面での交流ができなくなっている。総合病院、地域包括支援センターなどには、併設事業所(小規模多機能型居宅介護)と作成した全体新聞を配布している。	
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	認知症窓口を開き、認知症に対する相談を受け付けれる様に取り組んでいる。地域の病院等にあさがお新聞を貼らせてもらっている。		
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	運営推進会議は行っていない。2ヶ月に1度、全家族にあさがお新聞を郵送して、近況の写真と行事や体重なども報告している。	現在は、新型コロナウイルス感染予防のため、地域代表者、家族が集う会議は行っておらず、事業所代表者、管理者、スタッフで開催している。会議の内容は、書面にて家族等に報告している。	
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取り組んでいる	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。	行政の担当者とは、運営推進会議を通して事業所の活動状況を報告していることもあり、連絡相談しやすい関係がある。コロナ禍においては、行政と連携し、利用者及び職員のワクチン接種をスムーズに行うことができた。	
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	身体拘束ゼロ委員会を設置、三ヶ月毎に委員会を開き状況確認を行う事を継続している。またフロア会議でも、身体拘束ゼロ委員からの報告を確認することで職員全員で共有し身体拘束しないケアの取り組みも継続している。日中の玄関の施錠はしていない。「言葉の拘束をしない」取り組みについても、サービス方針に沿って、毎月のフロア会議で確認している。身体拘束廃止マニュアルは作成している。	委員会会議録は回覧し、押印により確実に職員が目を通す仕組みがある。また、日常のケアで身体拘束につながるようなことが無かったか、フロア会議での確認を行っている。特に、行動抑制につながるような言葉がけになっていないか、安全な立ち上げのために使用しているベッドL字柵が適正であるかなど、細やかに確認している。	
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	月1回の、フロア会議で、サービス方針の中にも含まれる項目[否定や命令はしない][触れる時は優しいタッチで、掴むようにしない]などを読み上げ、確認している。身体拘束ゼロ委員会の定例会議でも、事例を上げて確認してフロア会議で報告し、職員の周知に努めている。		

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	年末近くから、家族に同意を得てアンケートを送付させてもらっている。結果は、職員にも伝えて良いところ・悪いところを話し合っている。また、玄関に「あさがお苦情箱」を置き、苦情があれば受け付ける様に備えている。	現在は、家族から電話で要望を伺う機会が増えている。コロナ禍においては、地域の感染状況と家族からの要望も踏まえ、面会制限や面会方法を工夫している。今後は、コロナ禍でも安心して面会できるように、面会室の増設を予定している。	
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	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。今年度は、職員の意見により屋外ゴミ箱の追加設置と、職員の年末年始手当の支給を検討事項にあげ、反映された。	日常的に職員が提案や発言しやすい雰囲気をつくり、業務改善や備品の要望などを代表者に伝える機会があり、職員のやりがいにも繋がっている。	
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、事業所に出入りした際は、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。職員からの具体的な意見は、リーダー会議の「検討事項」にあげて、話し合いの場を設けている。		
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、職員に応じた外部研修と、内部研修(認知症について)を行っている。内部研修に関しては、少人数で数回に分けて行った。		
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	他施設との交流は、来られた際や出向いた際に近況報告や情報交換を行っている。		

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
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	面談をした時に、本人の置かれている環境を拝見したり、生活の中で興味のある事や困っていることなどの話を聞かせていただいている。入居されてからは、本人に話を伺いながら希望や好みを把握して、状況を見ながら不安なく生活できるようサポートしていけるよう努めている。		
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と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	本人と、家族どちらの意向も伺いながら関係を築いているが、利用者と家族、お互いの意見が合わない時は、「出来るだけ本人の気持ちに沿うように対応していきたい」と話し、家族に理解を得るよう努めている。		
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	コロナ禍で、外出・面会が制限されているが、窓際面会や、オンライン面会などで家族との関係が途切れない様に努めている。また、車椅子の生活になり、家に帰れず、家がどうなっているのか心配する利用者には、家の中の写真や通帳のコピー等持ってきてもらい利用者の不安の軽減に繋がるよう努めている。	利用者毎に作成する新聞には、ホームでの様子や月間の予定を写真も交えて掲載し、定期的に家族に送っている。また、法事など利用者にとって大切な行事への参加希望があれば慎重に検討し、感染対策を講じながら、可能な範囲で対応している。	
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	利用者同士の普段の居場所になる自席は、居心地よく過ごしてもらおう事がとても大切であると考えている。それぞれの性格、相性などを考慮して気持ちよく関わられるよう席選びの支援に努めている。		

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
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乗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、家族からの情報シートを記入してもらい、フェースシートにまとめている。これまでの生活歴や暮らし方の意向、好きな事、苦手な事、嗜好などについての把握に努めている。また、毎日の様子をタブレットに記録して、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。	日々の関わりの中で聞き得た利用者の思いや、普段とは違う些細な変化を、介護記録入力用タブレットで記録・職員間で共有し、月1回のフロア会議でも意見交換し、介護計画作成に反映している。	
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	入居前の生活歴や、馴染みの暮らし方の希望を、家族や病院の地域連携室から提供して頂いている。入所後は本人からの思いを聞き、担当者会議での家族からの情報等で、その人らしい暮らしに近づける支援に努めている。		
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	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。また、疾患を持っておられる方に対してはかかりつけ医、主治医の指示を仰いでいる。		
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	月1回のモニタリングと、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、ケアマネージャーで確認し、個々の状態に沿った生活が送れるよう努めている。	計画作成者が作成した原案をもとに職員で協議し、利用者の状態に応じた介護計画となるように検討、作成している。モニタリングにおいても、日々の記録をもとに実施し、介護計画の見直しや必要な情報を共有し現状に即した計画を作成している。	より良い介護計画作成のため、モニタリング後のアセスメントシートなどの工夫を期待したい。
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	日々の生活をタブレット形式による記録入力し、職員間で情報共有している。月1回のフロア会議では利用者についての関わり方や、気づき、工夫についてその都度話し合い、細かいことの見直しや実践に繋げている。		
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に依頼しているが、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、行方不明者がした場合を想定し事前に協力を依頼している。また、消防署には、避難訓練への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、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、家族希望の主治医を伺っている。当施設の訪問診療協力医院である井上内科による日々の健康管理、往診、24時間連絡体制で適切な医療を受けられる事が出来ている。受診時は、基本的に家族の付き添いとなっているが、救急搬送などで家族がすぐに病院に来れない時は、家族が到着するまで職員が立ち合いを代行している。	かかりつけ医は、利用者、家族の希望に沿って選択している。家族の付き添いで受診する場合は、施設での日々の様子を書面にまとめ、医師に情報提供している。	
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	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。利用者にて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だりしている。		
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。	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、退院後に安心して戻ってこれるように働きかけている。退院後の利用者の居場所を確保する為に、30日間は居室をキープする事が出来る。		
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	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と契約書に記載されているが、看取りの希望があれば主治医に相談し、本人、家族の意向に沿えるようチームで取り組んでいくことになっている。	契約時に、重度化した場合の対応について説明している。終末期に入った段階で、改めて家族・主治医・事業所で話し合い、事業所ができることの確認を行いながら方針を共有し、利用者にとって最善の支援となるように取り組んでいる。	
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、救急搬送時の対応については、訪問医療協力医院である井上内科に連絡し、先生の指示を仰いでいる。		
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	コロナ禍の為、今のところ避難訓練は行っていないが、1月に施設内での自主訓練を行い、3月に消防署の立ち合いの元、避難訓練を行う予定である。	年2回、消防訓練の計画があり、1月に自主訓練を実施し、3月中に2回目の訓練を予定している。自然災害への備えとして、河川が近いことからハザードマップや避難場所、避難場所への移動時間の確認を行っている。非常食は水とご飯を3日間分備蓄している。	

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
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掲げ、言葉遣い等について日々意識する様努めている。利用者の気持ちに寄り添い、人生の大先輩という尊重の気持ちを持って関わる事を意識し、否定や命令はしないよう努めている。また、『危ない』というマイナス的な言葉を使わず、前向きな表現に置き換えて関わるよう努めている。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。	事業所の倫理規定に利用者の尊厳・自己決定の尊重・プライバシー尊重が明文化され、職員に周知する仕組みがある。特に、言葉遣いについて職員一人ひとりに基本形と丁寧語の一覧表を配るなど工夫している。	
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、利用者の言葉や表情から、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様、利用者一人ひとりのペースを大切にし集団生活の一くくりと考えない様、利用者の希望に沿った生活リズムを大切にしている。特に食事時間は、個々の身体状況の事情などにも留意して本人のペースに合わせるよう努めている。		
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。衣類に関しては、家族の準備してくれた物以外にも、寄付して頂いた物を、利用者に好みを聞いて選んで頂き、提供する時もある。		
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	日々の食事はフロア内キッチンで手作りしている。食事形態は、本人それぞれの身体状況にあったもので提供し、食事の前にはメニューを説明し楽しい食事時間を持てるよう工夫している。外出、面会などの楽しみが減っている分、手作りおやつ時間を増やし楽しんで頂けるよう努めている。	利用者のアドバイスを基に、トマト・大根・ネギなどを事業所の畑で栽培している。収穫した野菜は利用者と共に調理し、利用者の楽しみの一つとなっている。また、手作りおやつ(バナナケーキ・ミルクケーキ・ココアクッキーなど)で、作る楽しみ・食べる楽しみの工夫をしている。	
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	毎回の食事量、水分摂取量は記録して把握している。口から食べる事が難しくなってきた利用者に関しては、ドクターの栄養指導の下、栄養剤と、食事を小分けに提供する事で口から食べる楽しみを味わってもらえる様支援している。水分量の少ない利用者について、家族から預かっているお金で本人の好みの水分を用意し水分を多く取ってもらえるよう工夫している。		
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、一人ひとり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。清潔保持の為、ガーグルベースは、必要な人それぞれに用意したり歯磨きが苦手な人に関しては、子供用の歯磨き粉を使用したり工夫に努めている。		

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	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。自力で立てない利用者に関しては、時間を見て介助しているが、本人から尿意や便意の訴えが聞かれた時や、仕草、行動を見極め、2人介助にてトイレ誘導を行い排泄の自立に向けた支援を行っている。	介護記録で排泄パターンを把握し、タイミングを合わせてトイレ介助を行うことで、排泄の自立支援に繋がっている。利用者の身体機能の状況や体調の変化に合わせて、使用するリハビリパンツ、オムツ、パット類の見直しを行っている。	
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	適度な運動を促す為に歩行運動の声掛けをしたり、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。便秘傾向の利用者に関しては、主治医に報告して緩下剤や、下剤の処方を受けている。日々の、排便状況を見ながら排便コントロールを行っている。		
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	週2回の入浴を基本としており、入浴時は1人ずつ入浴して頂いている。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。車椅子の方に対しては、シャワー浴と足浴を実施し、移乗などは、2人介助にて安全に行っている。冬場のヒートショックを防ぐ為に、脱衣所から浴室にかけて、夜中から暖房を入れて予防に努めている。	入浴時間は決まっているが、利用者の体調や気持ちを尊重し、柔軟に対応している。一般浴槽での入浴が難しい場合はリフト浴も可能であるが、リフト浴を好まない利用者には足湯やシャワー浴で体を温めるなど、各利用者に合わせて支援している。また、ゆず湯や菖蒲などの季節湯で入浴時間を心地よく過ごせるように工夫している。	
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	食事の時間以外は、ソファなどの共有スペースでくつろいで頂いている。車椅子の方に対しては、安楽に過ごして頂ける様、座る時間が長くない様に、臥床時間を設ける等、個々にあった支援に努めている。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れるよう支援している。本人の嗜好品を把握して、必要は物は、職員の代行で買い物に行っている。		
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	天気の良い日には、近所のお地藏さんの方まで散歩に出かけている。近所の住人の方と挨拶を交わすお花など「好きなだけ持っていかれ」と声をかけて頂いている。受診に関しては、車椅子対応出来る社用車で送迎の協力をしている。	コロナ禍前は、事業所の車での買い物や、花見、コスモスウォッチングなど、年間計画を立てて外出の機会を作っていた。現在は天候の良い日に事業所近くの散歩に出かけている。遠出は難しいが、可能な範囲で外出支援を行っている。	

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	
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	利用者の希望があれば、家族の理解を得て財布と本人が安心する金額のお金や、通帳を預かる場合もある。状況に応じて、職員の代行で買い物ができる様、個人個人の預かり金も、家族の理解を得て預かっている。			
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	利用者本人の希望に沿って、自宅に電話をかせせてもらっている。事前に、担当者会議等で家族に状況を説明している。			
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出来る。フロアに手作りカレンダーや大きく引き伸ばした写真を掲示している。フロア内にトイレは3か所あり、各居室からも行きやすい様になっている。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。	中庭を囲むように2つのユニットがあり、各ユニットの大きな掃き出し窓からは、中庭に作られた畑や花壇が見え、野菜の収穫を楽しみに眺めることができる。また、照明、室温、湿度を調整し、居心地よい空間となるよう努めている。		
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、大型テレビ置き、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。懐メロなどいつでも提供出来る様に、録画番組も揃えている。			
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	完全個室でエアコンが完備され、快適に過ごして頂けるよう温度管理されている。入居時に、ダンスやテレビを利用者の好みに合わせて持って来て頂いている。カーテンは、遮光の物を取り付け安眠できるようにしている。フロアの周りに各居室がある為、安全に留意する事が出来る環境となっている。	テレビや椅子、ダンス、愛着のある小物など、一人ひとりの好みやこだわり、身体機能に応じた居室環境が整えられている。各居室がフロアに面しているため、フロアとの室温差もなく、過ごしやすい部屋となっている。		
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 4 年 3月 16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	26	より良い介護を提供する為に、モニタリング後のアセスメントシートなどを工夫していく。	本人の、意向、希望に沿った介護計画を立てる。	本人の情報収集、再分析する為に、C-1-2シート(私の姿と気持ちシート)をケアプラン見直しの時期に書き加え、第2表の課題に活かす。	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。