

令和 2 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2年10月26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2年11月13日	評価結果市町村受理日	令和2年12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）】

当事業所は富山型通所介護サービスを併設している。グループホームは1ユニット9名ですが閉ざされた環境でお過ごしいただくのではなく、通所介護スペースに行き来し、人と人との交流を行えるようにしたり、積極的に外出をしたりなど日々の生活に変化や刺激があることが特徴であると考えています。また、看護師や理学療法士による身体・健康管理による生活上での活動向上にも力を入れております。

【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）】

施設長が理学療法士のグループホームであり、理学療法士は計2名在籍している。その専門性を活かした取り組みにより、開設(平成30年1月1日)以来2名の利用者の在宅復帰を実現した。利用者・家族の望みを叶えるため、これまでの暮らし方を可能な限り継続し、身体機能を維持・改善できるように、感染対策を徹底しながら、ドライブや散歩を楽しみ、おやつ作りや毎日のレクリエーション体操を欠かさず行うなど、利用者の暮らしが満ち足りたものであるよう、日々支援している。職員研修、職員間の話し合いは随時行い、その記録と共有が課題ともなっているが、近々にオンラインのシステム導入を控え、記録する、共有する、残していく、等の充実が期待されている。

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、活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				

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	法人理念をもとに、常にご利用者の皆様に目を配り、事故防止や認知症による不安が少しでも軽減して過ごせるようさり気ない気配り、心配りの、声かけや援助を実践している。また、家族からの問い合わせに対しても即時に対応出来るように心がけている。	法人理念、基本方針、行動指針は玄関、事務所、フロアに掲示し、職員は入職時に説明を受け、名刺サイズの理念(クレド)を常時携帯するなど、日常的に意識できるよう工夫している。課題が表出したときには、共有した理念を基本に話し合い、実践につなげるよう努めている。	
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	消防避難訓練や運営推進会議、地域行事(柴田屋地区への講義活動)への参加や地域・学生ボランティアの受け入れなど、職員と利用者が一緒に地域交流できるよう配慮している。また、演芸クラブ、老人会の慰問などの受け入れも行っている。しかし、現在はコロナ感染の予防の観点から受け入れていない。	近隣への散歩や外出の機会には、道行く人と気軽に声を掛け合い、回覧板、草刈りの支援、獅子舞やボランティア来訪等、多様な交流があるなど、利用者が日常的に地域の風を感じる事ができるよう支援している。	
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	運営推進会議での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。(コロナ発生以降は行っていない)		
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	運営推進会議には地域の地区長をはじめ、民生委員の方にご参加いただき、施設活動への助言やご利用者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をうけ、地域交流の手段として活用している。(コロナ発生以降は行っていない)	区長、民生委員、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、家族代表の出席のもと、状況報告、活動報告、ヒヤリハット報告、意見交換を行っている。出席者からは、喫緊の地域の行事や活動案内等の情報を得るなど、会議を事業所の活動に活かしている。	運営推進会議の案内文、報告書を作成し、出席者へ届けているが、会議案内や話し合った結果を利用者家族全員と共有し、サービスの向上に活かしてくような工夫と取り組みに期待したい。
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しており、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。(コロナ発生以降は十分には行っていない)	地域包括支援センターとは運営推進会議での情報共有の他、入退所の連絡相談、徘徊SOS緊急ダイヤルの活動、地域ケア会議での事例検討、レクリエーション用具の貸し出しについて等々、日常的に連携し協力体制を築くよう努めている。	
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	玄関は、夜間以外は常に開放している。新規採用スタッフはじめ全職員に対し、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、危険行為を防ぐため、身体拘束以外の方法(寝具や戸に鈴をつけるなど)の検討をしていくようにしている。また、言葉による抑制に関しても、職員同士で監視し合い、お互いに指摘している。	事業所としての指針を作成し、身体拘束をしないケアの根拠としてその指針を共有している。ミーティング時には身近な事例の検討を通して、職員間の気づきを得るよう話し合い、施設内接遇研修では、言葉かけについて学ぶなど、心身の拘束のないケアの実践に取り組んでいる。	身体拘束をしないケアの実践について、共有をより図っていくことができるよう、書類の整備等について期待したい。
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	情報は回覧しており、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、今後内出血が起こりそうな状態についても申し送りなどを利用して、情報の共有をし、虐待があるかの判断をしている。		

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
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知る状態。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	契約の際には重要事項として説明し、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、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	運営推進会議では代表ご家族、利用者をはじめ、地域包括支援センター職員や地区長、民生委員、他介護事業所代表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。(現在はコロナ感染予防により、書面での報告となっている。意見等は電話での対応を行っている)	コロナ禍のため面会を控えているが、通常時は家族来訪時に気軽に声を掛け意見を聞くよう努めている。また電話での連絡相談、利用者の状態変化時にはこまめに報告をしている。意見は共有し、反映させるよう取り組んでいる。	家族や利用者の意見、相談の経緯や結果について、共有しやすい記録や仕組み作りに期待したい。
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	現場に入ることで、実状の把握や、直接現場スタッフの意見を聞く機会を持っており、すぐに対応できることにってはすぐに対応し、法人代表に報告しなければならない事であれば、報告し、相談した上で意見を反映できるように努めている。	職員の働き方、物品請求、外出計画、おやつや食事について等々、職員からの意見は随時ミーティングで共有し、可能なことから実現させるよう努めている。また、法人代表と人事考課の話し合いを年1回実施している。聞き取った職員意見は可能な限り反映させるよう努めている。	
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	今年から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	全ての職員がサービスの質を向上させていけるよう事業所内での勉強会や、施設内研修を行い、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。		
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	グループ内の研修や市の研修・事業所連絡会など交流の機会を持つことが出来ており、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、質を向上していけるよう努めている。		

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
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	サービス導入前に面談に伺い、本人や家族に状況や困りごとを伺い、話を傾聴し安心感を与え、と共に、サービス導入時にどのような話をしたら本人が楽しく過ごせるかの参考としたり、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したり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	導入前の時点でご本人とは別にお話を聞く機会を設け在宅生活での不都合な点や、どういったことで困っておられたかをご家族の立場で伺い、入所後の生活の心配事や、本人にどのような生活を送ってほしいと考えているかの確認を行っている。		
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、何故当該施設への入所が必要になっている状態かをキーパーソン等に確認して、よく話し合ってどのサービスが適正なのかも場合によっては提供している。		
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	食器拭きや洗濯物たたみ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本人を支える援助を頂いている。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、送って頂いたり、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	基本的には、ゆかりのある方の面会も受け入れている。コロナ禍において、面談禁止となる事もあったが、感染対策等を万全に行って頂くことをご家族にお伝えして、状況に合わせて関係性の持続を行っている。時に地域の催し(獅子舞、菊祭り、コスモス祭り)に出掛けている。	利用者の希望に添い、毎月、“出したい人”宛てに、手紙を書いている。自ら書けない利用者の言葉は代筆し、日々の様子がわかる写真を付けて相手に届け、思うような面会が叶わない知人や家族に喜ばれるなど、馴染みの人とのかかわりが途切れないよう支援している。	
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。		

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	入院などの中断の際にはご家族からの要望があれば1ヶ月までは居室を空けて、退院後再利用を開始できるようにしている。また現状の把握のためにも病院の地域連携との連絡や家族からの現状を伝えあえる様にしている。		
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	本人の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、理解を得るようにし、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。	これまでの暮らし方を大切にしながら、日々本人や家族から聞き取ったり、職員が気づいた本人の思いや暮らし方の意向について、「利用者生活記録」「フロア日誌」等で共有を図り、利用者本位の支援につなげるよう努めている。	
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	一人暮らしであった方など、把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から職歴や結婚歴などの生活歴や、趣味として行ってきたこと、仲の良いお友達のことなどを伺ったり、入所前のサービスがあれば以前のケアマネージャーから情報を送って頂いたりして、本人の嗜好やこれまでの経緯を把握するようにしている。		
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づきを大切に、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	定期的にモニタリング・アセスメントを行い本人家族の意向も伺いながら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て対応している。また、ちょっとした変化時にも記録を取り職員で共有するようにし、カンファレンスを行うようにしている。	モニタリングを毎月実施し、計画は3か月に一度見直している。本人や家族の要望は見直し時に把握し、遠方の家族や来所できない場合には電話で意向を聞くなどの工夫をし、現状に即した計画立案に努めている。状態の変化には随時対応し、計画の見直し等を検討している。	
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	個別記録の特記事項の欄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。		
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	買い物支援や外出・受診の援助など、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、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、各方面との連絡・相談に取り組んでいる。		

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	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いたり等、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。新型コロナの発生により最近では慰問、ボランティアの訪問を受けていない。		
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	受診は、通院の継続を目的としてなじみの病院に家族と通い、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。	入所時に本人・家族の希望したかかりつけ医が利用者の主治医となっている。事業所の協力医は月に1～2回の往診があり、外部への受診が困難な場合には、協力医が主治医となることもあるなど、家族の都合や状態の変化に応じて、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	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。病院からどのような状態まで戻れば施設に戻れるのか、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	利用開始時点から、重度化した場合は本人の身体的負担も考慮し、転居などのご相談をしたり、終末期のケアは行いにくい事を説明したりしている。常に病院と連携をとり、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医療との連携をとっていくことを伝えている。	重要事項説明書に「重度化対応・終末期ケア対応指針」が記載されており、入所時に説明し同意を得ている。現状では、本人・家族、主治医の意見、看護介護体制などを考慮しながら、できること、できないことを、そのつど話し合い協力して支援していくこととしている。	
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	誤嚥などの急変時にはタッピングの方法など新規入職者に対応方法の指導を行っている。また、転倒時などのチェック項目を設け、バイタルサインの異常や発熱、頻脈などの症状があったり、痛みや腫れなどあったりした時には看護師に連絡し、指示を仰ぐようにしている。		
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、防災避難訓練を年2回定期的に行っており、避難誘導の仕方や、誘導場所などもこれまで参加していない職員を中心に確認している。消防避難訓練では日中・夜間それぞれの想定での訓練を実施し、それぞれの場合の避難誘導方法を確認している。	年2回、日中と夜間想定での火災訓練を実施し、また洪水対策として、指定避難場所(地域の体育館)迄、車での避難体験を行うなど、実践的な訓練を行っている。運営推進会議では災害対策の話し合いが行われているが、地域から訓練への参加には至っていない。	事業所の災害対策、事業所内外の協力体制等について、地域と話し合う機会を作るなどの工夫、取り組みに期待したい。

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
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	声掛けなどは、個々の利用者の気持ちを考慮した誘導を心掛けている。他者とのトラブル等にならない様に配慮した配席、声掛けにも心掛け、職員同士で対応についての話し合いを行い個人の状態把握を共有するように努めている。	排泄や入浴時などには、基本的なプライバシー確保のため利用者に『どうですか？』の声かけを行い、返答を待つケアをしている。フロアでは、机や椅子の配置を、利用者の気持ちや時々の状況に配慮して柔軟に変えていくなど、一人ひとりを尊重した対応を心掛けている。	
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、取り組め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し、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、その時々々の個々の希望に添うようにしている。食事の時間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。		
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化粧品の持ち込みもいただき、使用の声掛けを行ったり、減ってきた際にはご家族に連絡をしたりして、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	手指消毒を行い、利用者の気持ちが向いたときなどにお茶くみや盛り付け、食材切り、食器拭きなどのお手伝いをさせていただいている。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回はパン食を選べられるように準備している。	副菜の盛り付けや食後の片付けの手伝いを、できる利用者が職員と一緒にしている。季節の行事に合わせてホットプレートやタコ焼き器でおやつを作ったり、皆でおにぎりを作るなど楽しく食事するための工夫をしている。受診の帰りに家族との外食を楽しみにしている利用者もいる。	
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。糖尿病などの病気による制限のある方にはそれぞれの対応をしている。また、嚥下機能に合わせ、おかゆ、刻みやトロミがけなどの支援をしている。		
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	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。		

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	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たパットを使用し、自分で出来ることを増やして貰っている。	生活・看護記録にて、排泄状況(間隔、形状、量)や水分摂取量の把握をしている。個々に合わせたパットやオムツを使用し、一人ひとりの心地よい生活に結びつけられるよう、記録を活用した排泄支援を実践している。	
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	個々の活動量の把握や飲水量の確認を行ったり、水分を著しく摂らない人についてはご家族に依頼し、本人が好んで飲んでいたものなどを持参していただいたりしている。医師や看護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、曜日を決めているが、日々の身体機能や精神状態、受診、外出予定等を考慮して入浴曜日の変更を行っている。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。	ホームの一般浴槽と併設富山型デイサービスに設置している介護用浴槽があり、利用者の身体機能やその日の状態により選択することができる。日曜以外毎日午前中の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むよう支援している。	
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、居室の室温も快適に過ごして頂けるよう調整している。		
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	調剤薬局との個々の利用者に合わせて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おり、下痢などの症状があれば、緩下剤を中止するなどの対応も行っている。		
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したり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。		
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	1回/月程度で、車での各催し物や季節のイベントごとに合わせて、希望者と職員で外出している。地域のお祭りでの獅子舞を施設で行って頂き利用者楽しんでいただいている。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。現在は、コロナの感染状況に応じて実施。	毎月、季節の花や地域の行事に合わせてドライブでの外出を楽しみ、花見、菊まつり、記念公園、有名な寺社などへ出かけている。また、好天の日には積極的に近隣を散歩して住民と挨拶を交わしたり、事業所と向かい合うアパートの住民と仲良しになったりするなど、地域の人々とともに楽しむ姿がある。	

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
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、買い物へ出かけたり、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たりしている。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、今が夜であるのか昼であるのかの理解を助け、起きていたら良いか、寝ていた方が良いかの自己判断が出来るようにしている。	壁面には季節感のある装飾や、利用者の楽しそうな日常生活が垣間見られる写真が掲示されるなど、穏やかな日々の生活を感じる共用空間となっている。また、温湿度や換気の管理、感染防止対策、利用者によりやすい場所表示の仕方など、安心して過ごせるような工夫をしている。	
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裳棚、馴染みの物、写真、テレビ等もご用意いただいております。居室内は、なるべく自分の居心地の良い空間を家族・本人・職員で危険なく過ごして頂ける空間になるように心がけている。	居室からはフロアにいる他の利用者の姿や職員の動きを感じることができ、個室でも皆と一緒に、安心感がある。家族の写真を飾り、本人の衣装ケースやテレビ等を自由に持ち込むなど、本人らしさが感じられるような配慮を行い、心地よい空間となるよう努めている。	
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	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 ケアタウン福野

作成日: 令和 2年 12月 10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		各種チェック表、業務日誌、個人記録情報の集約ができているが、職員間での共有、残していく、等の充実が期待される。	記録の内容の共有を行うためにオンラインシステムを活用する	1.記録用紙の整備 2.記録の書き方の決まり事などを学べる勉強会の実施 3.デジタル記録の導入	2ヶ月
2	4 10 35	運営推進会議や避難訓練など、これまでは運営推進員のみで行い、議事録、施設内情報に関して利用者や家族全員との共有が十分には行えていなかった。	運営推進会議や行事等のご家族への事前案内や報告書をお送りする。また、ホームページを活用し、利用者家族、地域に発信できるシステムを構築していく。	1.全家族への運営推進会議の案内状、報告書の送付を行う。 2.避難訓練などの行事の際の事前案内を行う。 3.運営推進会議と避難訓練や、行事を行う日取りの設定の工夫をし、1人でも多くのご家族の方に参加いただけるよう配慮する。 4.ホームページでの伝達事項を話し合い、プライベートを保ちながらも、どなたでも閲覧可能なシステムを作成する。	6ヶ月
3	6	身体拘束をしないケアの実施について、講習会を実施しているが、書類の整備がしっかり行えていなかった。	日々のミーティング、年3回以上の講習会の開催を継続し、利用者の状態把握を行い、危険性・衛生管理・物品の使用等を共有する。	1.利用者の状態把握のためのミーティング記録の充実。 2.共有事項のオンラインシステムを活用した継続的な申し送りを行い、全職員共有事項とする。 3.研修資料の運営推進委員会での見える化による、利用者家族との施設内活動の情報共有を図る。	6ヶ月
4					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。

