

令和 4 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	1691000234
法人名	株式会社天正
事業所名	イエローガーデン城端
所在地	富山県南砺市是安1151番地1
自己評価作成日	令和4年10月1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）】

令和4年度事業所目標『利用者の想いを聴こう』を掲げ、入居者一人ひとりの想いを汲み取り、入居者の満足感、達成感、安心感に繋がるその方らしい自立支援に向けて取り組んでいます。又、入居者の皆様が安心・安全に過ごせるように尊厳を守るケアを大切にしています。心豊かに楽しみのある生活ができるように屋外活動や行事に力を入れてレク活動の充実に努めています。入居者参加型のカレーライスづくり、家事支援を通して役割や生き甲斐の発揮できる場を提供、活気溢れたホームを目指します。

※ 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）】				う」「チーム支援の質を高める」が、職員間で共有されており、一人ひとりの利用者に行える支援を考え、役割支援や利用者の意向が反映された介護計画が作成されている。コロナ禍においても、手作りの食事や外出機会の確保、季節の行事等、利用者に楽しみを感じてもらえる取り組みが実践されており、家族の満足度にも繋がっている。 また、職員に欠員が出た時等には、法人内での応援体制がとられ、職員間でも相談しやすい関係性が構築されており、働きやすさを感じている職員が多い。
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11月17日	評価結果市町村受理日	令和4年12月20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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 自己	外部 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	「感謝」「楽笑」「尊厳を守る」を理念に掲げ、職員の目のつくところに貼っている。全体会議で職員間で理念の共有はできている。	「感謝」「楽笑」「尊厳を守る」の理念に加え、今年度は「利用者の想いを聴こう」「チーム支援の質を高める」という事業所目標を掲げ、毎月の全体会議や朝のミーティングでも唱和し共有されている。定期的に利用者の想いを聴き、できる支援を考え、介護計画を作成し、理念や目標の実践につなげている。	
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	地域の方の協力により、納涼祭に案山子を展示。芋掘り体験を通して地域の方と交流した。地元の食品スーパーを利用し配達してもらっている。ご家族からも野菜の差し入れがある。	コロナ禍以降、地域との交流機会は減っているが、地域行事の案内を確認している。事業所の納涼祭では地域の方が作製した案山子を展示したり、地域の畑で栽培しているサツマイモを収穫したりする等の交流を図っている。また、地域のつながりで地元のスーパーから食材を配達してもらっている。	
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	運営推進会議を活用して、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、ご家族との意見交換ができない状況にある。ヒヤリハット、ホームの活動状況を書面にて郵送している。		
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	今年度はコロナ感染症の影響で運営推進会議は実施できていない。二カ月に1度書面にて郵送している。運営に関する取り組みは書面や面会時に意見を頂き、職員に伝え共有している。	コロナ禍以降、会議は開催していないが、2か月毎に、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、駐在所、全家族に事業所の行事活動や状況等を報告している。参加者から、コロナ禍での外部との交流、傾聴ボランティアの受入れ等の意見をもらい、法人としてできることを検討して対応している。	
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	市町村の連絡会・地域合同研修会に参加し助言をもらっている。	市町村の連絡協議会が年2回程度開催している、研修会や事例検討会に参加している。地域包括支援センターには、事業所で行う成年後見制度に関する研修の相談を行い、関連資料の紹介をしてもらう等の連携を図っている。	
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	一年に2回身体拘束の研修を実施。三カ月に1回身体拘束廃止委員会を開催し、ケアの見直し、解除の方向等を検討している。	身体拘束防止についての指針を整備し、市町村から提示された関連資料と合わせて職員間で共有を図っている。1～2か月毎に開催している委員会や、年2回実施している研修では、スピーチロックに関する事例を確認したり、センサーマットやベッドのL字柵の使用状況の見直しを検討したりする機会をつくっている。また、委員会や研修議事録は、職員間で共有している。	
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	虐待アンケートを実施、振り返る機会をもった。日頃から言葉の虐待、態度を意識している。		

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	成年後見制度の研修は行っていない。今後職員間で話し合う予定。		
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	入居前に見学してもらっている。契約時に一つひとつの項目を説明し、理解納得していただいたことを確認している。		
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	玄関に相談ポストを設けている。ご家族から面会時に意見や要望を聞き取りしている。利用者からも意見や要望を聞き取りし改善を図るように努めている。	家族からは、面会時や2か月毎に取りまとめている運営推進会議の際に、意見や要望を確認する機会をつくっている。季節に応じた衣類の着用の要望や、県外に住む家族からの面会の要望に対して感染症対策を講じて面会できるようにする等、意見が反映されている。	
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	日常のケア、業務の改善提案はその都度職員から聞き取りし、全体会議で共有、改善に努めている。又、管理者会議の場で提案、助言をもらっている。	管理者は、月1回のカンファレンスや日常業務の中で職員が意見・提案できる環境作りをしている。意見は法人内の管理者会議で検討され、利用者の重度化に対応できるようスライディングボードや貴重品等を管理するロッカーの購入、食材価格の予算の見直しが図られる等、職員の意見が反映された事例がある。	
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	人事考課制度の体制が整っている。これから改善すべき点を振り返り、自ら気づく機会となっている。目標を持って取り組める環境が整っている。		
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	定期的な研修の機会を設けている。資格取得や外部研修の希望を把握している。勤務調整して研修に参加しやすい環境に努めている。		
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	地域ケア合同研修会に参加。事例検討の勉強会参加、同業者と意見交換できた。		

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	アセスメント作成時、ご本人を交えて本人の思いを聞き取りしている。安心して過ごして頂けるよう信頼関係を築いている。		
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	困りごとや介護の悩みを聞き取りし、ホームでどのような対応ができるか提案し、家族の介護軽減に努めている。		
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	アセスメント作成時、ご家族との話し合いを実施。ご家族の意向を十分に聞き関係を築いている。		
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	家事支援や共同作業を通して利用者同士が関われる環境に努めている。		
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	電話や面会を通して安心できるように精神的サポートを家族と共にやっている。面会時には家族写真を撮って、日頃の様子を伝えている。ブログで施設の様子を伝えている。		
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	面会制限の中、事前連絡を頂き、ご家族、近所や昔の職場の方の訪問がある。 電話や手紙、暑中見舞い、年賀状の交流を図っている。	家族や親せき、友人とは、感染症対策を講じて柔軟に面会できるようにしている。定期受診後に自宅で家族と趣味活動や食事を共にする方もいる。また、電話や手紙等で関係継続を支援したり、毎月事業所での様子や行事活動等をまとめた「おたより」を送ったりして、馴染みの関係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	利用者同士の意見が対立してしまった時、個別で話しやすい雰囲気をつくるよう心掛け不満や不安の解消に努めている。家事支援や共同作業等を通して利用者同士が関われる環境に努めている。		

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	契約終了後もご家族の相談にのっている。他施設へ変わられても連絡をとって情報交換している。		
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	アセスメント作成の時に意向の確認を行っている。意思疎通困難な方には家族から聞き取りしている。C1-2シートの記入。本人の気持ちの変化を把握している。	サービス利用時のアセスメントにおいて、C1-2「私の姿と気持ち」シートを記入している。以降、介護計画の更新時期等に、新たに確認した意向は、シートに追記したり、個人記録に残したりしている。着物の仕立ての内職をしていた利用者には、サービス利用後も継続できるよう支援した事例がある。	アセスメントにおいて本人の意向の把握に努めているが、思いや意向の共有(記録)方法について、職員間で共通対応の検討が図られることに期待したい。
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	ケアマネジャーの情報、ご家族の面談や訪問、日々の関り、ご本人の話されることから把握するようにしている。在宅での生活の様子は、入居時にセンター方式アセスメントの記入をご家族に依頼し、把握している。		
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	生活リズム・心身の状態把握に努めている。ADL、体調に変化がみられた時はケアの見直しを検討している。		
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	モニタリングは介護職員に実施してもらっている。職員の意見や介護記録を通して介護計画を作成している。状態が変わったら随時見直しを行っている。	基本的には6か月に1度介護計画を更新している。各利用者の担当職員がモニタリングを行い、事前に確認した利用者や家族の意向を反映させて、計画作成担当者が介護計画を作成している。作成した介護計画は家族の面会時等に説明を行い同意を得ている。	
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	ケース記録を個々に記録している。5月に観察の視点を活かした介護記録研修を開催した。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	急な受診などご家族が対応できない場合は、通院介助等、柔軟に対応している。		

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	在宅中から行っていた着物の仕立ての内職を継続希望され、進められた。1日の取り組み時間、針の管理は利用者と相談して無理のない範囲で行った。		
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	受診時情報提供表と三則表を提供。暴言暴力の制御困難さがみられた事例は、ホームの生活状況を適切に伝えるために、適時受診の付き添いをした。 ご家族の希望で訪問歯科の往診があった。	協力医は月に1度の往診に加え、緊急時に対応してくれる体制となっている。かかりつけ医への受診には家族に付き添いを依頼しており、バイタル値、水分摂取量、排泄状況等をまとめた一覧表や、利用者の様子等をまとめた「受診相談記録」を渡して、かかりつけ医に状態を伝える支援を行っている。	
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	常勤で看護師常駐。 専門的な対応と身近に相談できる環境は整っている。		
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。	入院時介護サマリー、要望あればケアプランを提供している。病院の地域連携室を通して退院時情報提供してもらっている。退院時のカンファレンスにも必要時参加している。		
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	入所時看取り指針について説明している。重度化や状況に応じて意向の確認を行い、医師や看護師と連携し対応している。 昨年看取りをした。11月に看取りの研修を予定している。	看取りを行う方針としており、要望があれば家族も居室に宿泊できるよう対応している。また、年1回看取りに関する研修を実施している。重度化した場合等、状態の変化に応じてその都度、家族には意向を確認するようにしている。終末期を迎えた利用者がトイレでの排泄を希望された時は、本人の思いを尊重し、可能な限りトイレに行くことができるよう支援を行った。	
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	救急車が到着するまで適切に対応できるよう救急蘇生について9月に実技を学び、冷静に行動できるように努めている。		
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	10月に消防署立ち合いのもと消防訓練を実施。火災通報電話機の使用について説明を受けた。自然災害発生に備えた事業継続計画があり、行動方針を明確化している。	今年度は、消防署に立ち会ってもらい、日中の火災を想定した避難訓練を行い、通報機器の使用法等について指導を受けている。自然災害の発生に備え、事業継続計画を策定し、水や食料を備蓄している。また、有事の際には避難協力をしてもらえるよう地域住民に相談している。	夜間の火災想定や、自然災害時の事業継続計画に基づいた避難訓練の実施について検討されることに期待したい。

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
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	プライバシーについてアンケートを実施、振り返る機会となっている。自分がされて嫌なことはしない。一人ひとりを尊重して、利用者の立場になって関わるよう心掛けている。	事業所目標にもある「利用者の想いを聴こう」から、一人ひとりの意向や能力、役割支援等が反映された介護計画が作成されている。また、年1回プライバシーの保護に関する研修を行い、トイレや入浴中の関わり方、利用者の居室に入る際の対応等について振り返る機会をつくっている。	
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	ドライブの希望を選択、コーヒータイムの飲み物の選択、午睡の希望。随時利用者に自己決定してもらっている。		
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	個人の生活リズムに合わせて起床してもらっている。無理強いせず本人のペースに合わせて支援している。		
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	パーマの希望に添えないため、思いに応じて髪を編み込み、髪型を変えておしゃれを楽しんでもらっている。季節に合った洋服を一緒に選んでいる。		
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	利用者と一緒に野菜の皮むき、カレーライスづくり、梅干しをつけた。旬の食材を活かしたメニュー、行事食を提供している。食器拭きをお願いしている。	利用者の意向やその日にある食材に応じて献立を決めており、職員が毎食手作りしている。利用者には野菜の皮むきや味付け、食器拭き等の役割を担ってもらっている。午前中には好きな飲み物を選んでもらったり、バーベキューやそば打ち、稲荷寿司や干し柿づくりを行ったりと食事を楽しむ機会をつくっている。	
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	食事形態・提供確認表を作成。利用者個々の特徴に応じた食事を職員が把握、提供できるようにしている。ミキサー食で栄養が摂れない方には栄養補助食品を補給し、トロミを付けている。		
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	自力でうがいができない方は、口腔ティッシュを使用し2度口腔内を拭き取って清潔の保持をしている。その方に応じてできることをしてもらっている。		

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	排泄の記録をつけ、排泄リズムを把握しトイレ誘導や声掛けを行っている。衛生管理委員会を中心に本人に合ったパッドの見直しを行っている。	月1回開催している衛生管理委員会で、一人ひとりの排泄や睡眠状況等を考慮して、尿取りパッドの選定やポータブルトイレの設置等について検討している。また、日々の排泄回数等の状況はタブレット機器に記録し、支援が必要な方には、間隔や様子を見てトイレでの排泄を促している。	
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	乳製品・オリゴ糖・食物繊維(大豆・ひじき)を積極的に取り入れたメニューを提供している。体操や歩行、活動の機会を持つようにしている。		
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	入浴拒否や受診と重なる時は順番を変更、翌日に入浴、ご本人のペースに合わせてゆっくり入浴してもらっている。入浴剤、ゆず湯等変化をつけている。	月曜から土曜の間で週2回入浴してもらっている。気分が向かない方には、時間や曜日を変更する等、柔軟に対応している。足の都合が悪い方でも浴槽につかれる設備(リフト浴)があり、入浴剤の使用やゆず湯で入浴を楽しむ機会をつくっている。皮膚疾患がある方や、寒い時期には足浴しながら体を洗う支援をしている。	
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	座位時間が長くて姿勢の崩れや疲れが見られた時は随時ベッドに案内している。冬は冷えを解消するために湯たんぽを提供して安眠に繋げている。		
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	タブレットに個人別で服薬情報を管理、いつでも見られるようになっている。追加処方、薬の変更は、ケース記録・業務日誌で申し送り共有。体調や言動の変化を観察、異常時は看護師に相談している。		
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	縫物の経験を活かし、着物の端布を使ったモチーフづくりを楽しまれる。雑巾縫い、ズボンのほつれ直しを手伝うこともある。馴染みの歌、発声練習は毎日ホームに元気に響いている。5月に青空弁当会、8月に納涼祭、11月に一人1作品展示に向けての取り組みは、利用者の活力となっている。		
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	花見、ひまわり畑見学等ドライブに出かけている。受診後、家族と一緒に昼食を摂られたり自宅に寄ってカラオケを楽しまれる等ご家族も協力的である。希望に沿った対応をしている。	希望や天候に応じて、事業所周辺の散歩や敷地内でのお茶会、日光浴等を実施している。また、コロナ禍の中ではあるが、桜やチューリップ、ヒマワリ等の季節の花を見にドライブに行ったり、桜ヶ池公園に出かけたりする機会をつくっている。弁当を持っていき外出先で食べてくこともある。	

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	ほとんどの方は家族からお金を預かり施設で管理している。1名の方は利用者本人が金銭を管理、往診代、散髪代を払ってもらっている。利用者の要望があれば買い物を代行している。		
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	利用者から要望があればいつでも電話をかけるよう対応している。携帯電話を所有し、ご家族と会話されている方もいる。新聞ちぎり絵を用いた暑中見舞い、年賀状で交流している。		
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	共有の空間は毎日清掃、アルコール消毒を行い、こまめに換気を行っている。玄関・洗面所には季節の花を飾り季節感を感じられるようにしている。空調を適度に保ち、過ごしやすい環境をつくっている。	利用者に配慮してテーブルを配置したり、寛げるようソファを置いたりしている。行事や外出時の写真や利用者が作った作品、季節の飾りがよく掲示されている。利用者はユニット間を自由に行き来して交流を図ったり、食事の準備を行ったりしている。共有空間の清掃は職員が行っているが、利用者にはテーブル拭きを担ってもらっている。	
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	玄関・トイレ横にイスを設置。一人になれる空間を作って気分転換を図れるようにしている。ソファに座って休息したり、利用者同士会話されたりしている。ユニット内を自由に行き来できるようにしている。		
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	家族写真や家族フォト、TVの持参、これまで使ったこられた家具やパズルを思い出の品として持参され居心地の良い生活ができるよう工夫している。	エアコン、ベッド、タンスが準備されている。利用者の希望に基づいてテレビや日用品、家族写真、装飾品などが自由に持ち込まれ、過ごしやすく生活ができるような居室になっている。季節の節目には、衣替えの協力を家族に依頼している。できる方には、利用者自身でモップ掛けを行ってもらっている。	
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	利用者が自分で行いたいと思っていること、意向を聞き取り、実現できそうな目標と必要とされるサポートを検討し自立に向けた取り組みをしている。トイレの入口にトイレだとわかるように張り紙をした。		

2 目標達成計画

事業所名 イエローガーデン城端

作成日: 令和 4年 12月 15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	23(9)	アセスメントにおいてC1-2シートを用いて本人の意向の確認を行っているが、記録方法や職員間での共有、対応が不十分である。	利用者の思いを知りその人らしい生活ができる。本人の意向を汲みとりケアに繋げる。	利用者の思いや意向、心に変化があった時は介護ケース記録に記録する。 C1-2シートにも同様に記録する。 それらを職員間で共有、提供できるケアを検討し実践する。	12ヶ月
2	35(13)	年に2回の消防(防火・防災)訓練を行うのみとなっている。夜間の火災想定訓練・地域主体での自主防災訓練実施もなく連携不足の状況が課題。	地域の防災訓練などに参加することにより、地域との協力関係を築く。	地区代表者と相談し避難訓練、夜間想定訓練を実施。消防署立ち合いの基、地域住民や利用者家族も合同での参加を目指す。	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、行を挿入してください。