

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	1691100240
法人名	ユニバーサル株式会社
事業所名	ケアホーム新湊あいの風（認知症対応型共同生活介護）
所在地	富山県射水市海王町21-5
自己評価作成日	令和3年8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3年9月8日	評価結果市町村受理日	令和3年11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）】

少人数で家庭的な雰囲気の中、馴染みのスタッフと洗濯、掃除、買い物など共同生活を送ることによって、認知症の症状を緩和させ、穏やかに日常生活を送る事が出来る様、支援しています。認知症であっても尊厳を大切に、自分らしく生き活きと信頼・笑顔・安心のある場所となる様、日々努力しております。また法人理念でもある利用者様、ご家族様の最高のパートナーとなる事を目標に取り組んでおります。看護師、医療との連携を密にし、本人様が安心していただける様、ご家族様、ご親戚、地域の方々気軽に来いただける様な温かい雰囲気作りにも努めています。海王丸パーク、新湊大橋、きときと市場などが近くにあり、環境に恵まれ、窓越しに見える新湊大橋やドライブ、外出など利用者様の楽しみになっています。

【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）】

法人の理念である「ご利用者様ご家族様の最高のパートナーとして存在したい」をもとに事業所の理念「自分らしく生き活きと信頼・笑顔・安心」を掲げ、パートナーとして存在するためには利用者の生活においてどんな支援が必要か、職員はどんな風に関わりを持つことが大切かをミーティングや防災委員会・献立委員会等において話し合い、コロナ禍で限られた状況のなかで目先やとらえ方を考え、今できることを支援している。利用者と一緒に過ごすなかで重度化や看取りも経験し、家族・医師・看護師・介護をつなげる「つながりノート」を各利用者が持ち、人生の最期の時までパートナーとしてあり続ける努力をしている。

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 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、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、接遇について目のつく所に貼り、常に意識することで共有を図り、理念に沿わない支援がみられたら管理者が中心になって改善を図っている。	「自分らしくいきいきと。信頼、笑顔、安心」を事業所の理念に掲げ、月1回のミーティングで、自分たちの支援が利用者、家族の最高のパートナーとして信頼していただけるように検討し実践に繋げている。	
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	自治会がないので地域交流に苦慮しており、コロナウイルス感染拡大による祭礼等、地域行事の中止も重なり地域交流の機会は無くなっている。地域の理容院による訪問理容を月1回行っている。	事業所が住宅地から離れた場所に立っており、コロナ禍で外部からの訪問を禁止しているため交流は難しい。訪問理容院の方のお話や、市が発行する情報誌から職員が周囲の様子を伝えるなど、地域とのつながりを続けられるよう工夫されている。	
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	認知症の人の理解や支援の方法を職員間では勉強を行っているが、地域の人々に向けては活かされていない。		
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	コロナウイルス感染拡大の為、運営推進会議は行われておらず話し合いの場はない。定期的に家族様と連絡を取り意見を聞いたりしてサービス向上に努めている。	運営推進会議は実施されていないが、市や地域包括支援センター等には、事業所の状況や利用者の活動の様子を収めた写真とともに報告書を提出している(2ヶ月毎)。家族には定期的に連絡し要望を聞き、ミーティングで話し合いサービス向上に努めている。	
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	コロナウイルス感染拡大の為、運営推進会議は中止となっているが、2か月に1回活動報告書を作成し、地域包括支援センターや市に事業所の取り組みなどについて報告をしている。	運営推進会議が実施されていないため、市に報告書を届けている。市のハザードマップをもとに、職員が災害時の避難場所などを利用者によりわかりやすいよう掲示したり、地域包括支援センターや居宅支援事業所のケアマネジャーには利用者の様子を伝え連携を図っている。	
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	3か月に1回、身体拘束についての勉強会や話し合いを行い、施錠や身体拘束をしないケアの取り組みに努めている。日中は玄関の施錠は行わず、防犯上夜間のみ施錠している(19:00~翌朝7:00まで)。	身体拘束等の適正化のための指針は同法人の他事業所のものを参考にしながら作成した。委員会は運営推進会議内で行うことになっているが、現在は実施されていないため、フロアミーティングなどで職員の勉強会を企画し、ケアに活かしている。	
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	3か月に1回、高齢者虐待についての勉強会を行ったり職員のストレスチェックを行ったりしている。日ごろのケアの中でも虐待が見過ごされる事のない様注意を払い防止に努めている。		

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	現在、成年後見制度を利用している方がおられるが、それについて学ぶ機会や話し合う機会を設けていない。今後、職員の理解を深め、活用出来るようにしていきたい。		
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	契約締結時に、契約書や重要事項の説明を十分に行い、利用者・家族様の理解を図っている。利用開始後や入院時などにもその都度、不安や疑問点の確認、質問の受け入れを随時行っている。		
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	利用者に対しては日々の関わりの中から思いを汲み取る様努めている。家族とは電話等で積極的にコミュニケーションを図り、意見や要望を聞き対応している。	利用者の要望や意見などは発語のまま介護記録に記載し検討されている。内容により医療に繋げる事もある。県外在住の家族とはメールや電話で要望を聴き、対応に活かしている。	家族の安心や信頼関係を構築し、貴重な意見が届くよう、日ごろの利用者の声や生活状況等、楽しい写真と共に家族に発信する方法を検討されることに期待したい。
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	日々の業務の中やフロアミーティングにて意見や要望を聞き、必要時には個別面談を行ったり管理者よりホーム長へ報告し意見を反映できる様にしている。	毎月1回ミーティングを開催し職員個々に発言できる時間を設けている。職員から朝・夕の時間限定での応援依頼については、管理者からホーム長に伝え、他の部署からの応援が実施される等迅速な協力体制がある。	
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	代表者はホーム長の報告により管理者、職員の勤務状況を把握、給与水準、労働時間、休日など各自が働きやすい環境となるよう整備し努めている。		
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	法人内にて実務者研修の実施を行ったり、フロアミーティングにて必要な勉強会を行ったりしている。外部の研修にも必要に応じて参加し、他の職員にも周知出来る様にしている。		
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	コロナウイルス感染拡大の為、交流の機会はあまりないが、ホーム内の委員会活動などを通してサービスの質の向上に努めている。		

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
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	利用前に事前面接を行い、本人様の意向や心身状態、生活環境の確認をし、本人様に安心してお話し頂ける様な関係作りを心掛けている。		
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	利用前に家族様に現在の状況や今までの経過などを事前にお聞きし、家族様の意向に耳を傾けながら関係づくりに努めている。		
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	事前面接において本人様や家族様が必要としている支援を見極め、入居後においても常にニーズの把握をし、出来る限り思いに沿った支援が出来るように努めている。		
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	利用者様のペースで家事作業や食事を一緒に行ったりして一方の立場におかず、24時間暮らしを共にする者として安心できる環境を築くよう努めている。		
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	コロナウイルス感染拡大の為、家族様との面会はあまり出来ていないが、受診の付き添い等のご協力をいただいたり、電話連絡などで情報を共有し、家族様の意向をお聞きしながら共に支えていけるよう心掛けている。		
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	以前は家族様、親戚、知人などいつでも気軽に来ていただける雰囲気作りに努め、地域の祭礼などにも出掛けていたが、現在はコロナウイルス感染拡大による外出、面会の制限や地域行事の中止の為、あまり出来ていない。	コロナ禍前は本人からの要望を聞き、地元のファミリーレストランなどに出かけていた。現在は人が少ない時間帯などに散歩に出かけたりしている。また、馴染みの理髪店の出入りは継続し、地域の方との交流の場となっている。	
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	利用者同士の関係を職員が把握し、職員が共通の話題を提供したり、レクリエーションや作業などを一緒にしたりしていただいたりして、お互いに関わり合い、支え合えるような支援に努めている。		

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	サービス利用契約が終了しても、これまでの関係を断ち切らない様努めている。		
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	日々の本人様との関わりの中で本人様の表情、会話の中から思いを受け止め、記録にて情報の共有が出来る様努めている。困難な場合には、ミーティングなどで話し合い検討している。	本人の表情や日常的な会話、新たな情報、気になる情報等を介護記録や申し送りノートに記録し、ミーティングに取り上げて、共有している。また、職員は、普段と違う様子から今の思いに気づけるように努めている。	
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	入居時アセスメントにおいて、本人様や家族様より聞き取りを行っている。また、随時本人様、家族様との関わりの中から情報を収集し、記録に残す事で職員間の共有・把握に努めている。		
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	毎日の関わりの中で本人様の言動や状態の変化などを個人記録に残し、職員間で情報の共有を行う事で現状の把握に努めている。		
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	新しく出てきた課題に対してはミーティング等を行い話し合っている。6ヵ月ごとにモニタリングを実施し介護計画を作成し、家族様にご意見をお聞きしている。	職員が聴いた利用者の声や気になった情報を参考にミーティングで話し合い、新たな課題等を反映した介護計画を作成している。モニタリング、介護計画は管理者が作成し、家族への説明を行っている。	家族には介護計画は説明されているが、今後は利用者の声や家族の要望、そして現場の状況等も話し合うカンファレンスの開催を検討し、多角的に話し合われた課題をチームで介護計画に反映されることに期待したい。
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	日々の様子やケアの実践等を個人記録に記載し、毎日記録に目を通し、情報共有に努めている。日頃から気づきの大切さを浸透させ記入する様、促している。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者、家族の希望に応じ柔軟に対応している。緊急時の病院受診の送迎などにも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	地域の理容院による訪問理容の活用、あったか相談員とのオンライン面会を行っている。		
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	主治医は本人様・家族様の希望を尊重しているが、入居前の医師を継続される方が多く、家族様、利用者様も顔馴染みの関係で安心されている。又、受診や入院時には情報提供を行ったり、必要時には職員が受診に同行したりして適切な医療が受けられる様連携に努めている。	受診ノート(つながりノート)には各利用者の日ごりの様子をまとめて担当職員が記入し、医師や家族と情報交換している。必要に応じて職員が受診に同行し、状態を伝えている。また訪問看護と連携を図り医療を受けられる体制づくりもされている。	
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	介護職員は些細な変化でも記録や申し送りにて情報の共有を行い、適宜、訪問看護師に連絡、相談し、適切なケアが出来るよう努めている。		
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。	入院に至るまでの経過、介護サマリーを記入し、詳細に申し送り出来る様努めている。又、入院中も家族や地域連携室と密に連絡を取り、円滑に退院し元の生活に戻れ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	契約時に重度化、終末期対応指針に基づき家族に説明している。適宜、本人様、家族様と話し合い、医療との連携を図りながら方針を共有し支援に取り組んでいる。	終末期看取り指針を精査し、内容を見直した。看取りへの心構えや緊急連絡先の把握など話し合いを重ね、それぞれの役割を検討し二人の看取りをおこなった。部屋の環境を整えたり、思い出の写真を家族にお渡ししたり等、終末期ケア、グリーフケアの支援を行った。	
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	急変時のマニュアルや連絡先等を事務所に掲示し、フロアミーティングにて話し合っている。		
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	年2回、日中、夜間想定避難訓練を実施しているが水害や地震については未実施である。ハザードマップの掲示、避難所の把握をしているが全職員が避難出来る方法を身につけていない。地域との協力体制も築けていない。	市から配布されたハザードマップを参考に防災委員会が中心となり、利用者に分かりやすいよう避難場所までの距離や目印などを大きく書き直して廊下に掲示している。コロナ禍で訓練は実施されていないが、職員・利用者が災害時に避難できるよう意識を高めている。	

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
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	ミーティング時に接遇についての話し合いを行い、利用者様の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心掛けている。	法人の理念である利用者のパートナーとして、行動を制止するような言葉遣いにならないように管理者が気になった時はすぐに意見交換している。また、同性介護を希望される方については信頼関係構築を目指し、言葉かけや対応について話し合い、異性介護を受け入れていただけるようになった。	
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	日頃の関わりの中から信頼関係を築き、思いを引き出しやすい様な関係作り、自己決定しやすい様な声掛けを心掛けている。		
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	本人様のペースを出来るだけ尊重し、思いに沿えられる様努めている。		
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	家族様の協力のもと、季節に合った衣服を用意して頂き、可能な方には、ご自身で選んで着て頂いている。整容、整髪に気を配り、訪問理容を利用される方もいる。		
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	調理は厨房で行っているが、職員と一緒に食事をしたり、茶碗拭き等の片付けや米研ぎなど、出来る事はして頂いている。検食簿を記入し、利用者様の意見を業者等に情報提供したり、季節、行事に合わせた特別メニュー等の提供をしたりして食事が楽しみなものになる様支援している。	利用者にその日の食事について感想を聴き、検食簿に記録をしている。2か月に1回の献立会議にて検食簿の記録を元に話し合いをし、利用者の希望に添えるよう努めている。敬老の日には「ありがとう」のカードを添えたり、正月のおせち料理には折り紙で折った箸置きなど飾ったりと楽しんでいただくよう工夫されている。	
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	一人ひとりの状態に合った食事の量や食事形態などを把握し、水分量については摂取量をチェックしながら十分に摂取出来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、声掛けにて出来る所はご自分でして頂き、出来ない所は介助を行っている。状態に応じて口腔ウェットや舌ブラシでのケアも行っている。		

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	
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	個々の排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を行い、日中は出来る限りトイレにて排泄をしていただいている。その日の尿量や失禁状態により、状態に合った排泄用品を選び支援している。	ライフチャートに記録された排泄状況から利用者の排泄リズムを把握し、声かけやトイレ誘導を行っている。トイレの出入口ドアが居室のドアと同じ色のため、トイレのドアを鮮やかな花紙で飾り、トイレという認識が迷わず出来るようになっている。		
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	飲水を促し、体操、歩行などでなるべく身体を動かす様にしている。また、医療との連携の元、下剤の調整を行っている。			
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回の入浴日を設定している。受診や当日の体調、気分に合わせて柔軟に対応している。職員と1対1でゆっくりと入浴していただいている。	風呂場はゆったりした空間にスライド式シャワーチェアが設置され、利用者の状態に応じて安心、安全な入浴ができるようにしている。香りがする入浴剤を複数準備し、お風呂の時間を楽しんでいただけるように工夫されている。		
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	不安が強い方には就寝前に不安な気持ちを傾聴したり、電気やテレビを付けたまま休んでいただいたりして安心して眠れる様努めている。室温や掛け布の調整やベッドマットレスの硬さにも気を配っている。			
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	薬の服用については正しく服用出来る様努めている。症状の変化に応じて、適宜ドクターと連携し服薬の変更がある場合には、その都度職員に申し送っている。			
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	個々に合わせた仕事をしていただく事で役割を持って頂いたり、家族様よりお預かりしている好みのおやつなどを食べて頂いたり、気分転換にドライブに出掛けたりしている。			
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	コロナウイルス感染拡大により外出は、ほぼ出来ない。まれに天気の良い日にドライブに出掛けたり、ホームの周辺を散歩したりしている。	コロナ禍で希望される場所に出かけることは難しくなっているが、施設周辺の散歩や、新湊大橋を渡るドライブに出かけている。また、外に出かけることが難しいため、事業所の中で納涼祭を開催し、流しソーメンやゲームを行い、外出した気分を味わっていただくなどの努力をしている。		

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
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	家族よりお金を預かりホームにて管理している。今はコロナウイルス感染拡大の為、買い物に出る機会はないが理容代など必要時に使えるようにしている。		
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	携帯電話をお持ちの利用者様には自由に電話をして頂いている。家族様からの手紙が来た時にはご本人様にお渡しし、返事を書かれる様支援している。		
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	季節に合った作品を掲示したり、室温や明るさにも気を配っている。利用者様の思いに沿ったテーブルや椅子の配置などをこころがけ、家庭的な雰囲気の中で居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	リビングから各部屋につながる廊下には、利用者と職員が楽しく交流できる場所としてクイズなどが飾られている。また、ハザードマップも掲示しており、部屋の行き来に会話をしながら、大切な情報を知って安心していただけるようになっている。必要備品が置かれているトイレ等も整頓され、すぐに取り出せるような工夫がされている。	
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	気の合う利用者様同士と一緒に心地よく過ごしたり、気分に合わせて独りになれる様な居場所を作る様工夫をしている。		
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	入居時に本人様の使い慣れた物を持参していただいたり、家族の写真や置物を飾ったりしている。状態に合わせて配置を変えたりして居心地のよい環境作りにも努めている。	家から使い慣れた家具が持ち込まれ、その人らしい居室となっている。また、職員が撮影した写真を壁一面に飾り、曾孫さんの成長ぶりや、大切な家族の絆が感じられるようにするなど個々への配慮がされている。	
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	施設内はすべてバリアフリーになっており、各所に手摺りが配置され、安全かつ自立した生活の支援に向け工夫している。トイレには分かりやすい様に「便所」の貼紙をしたり、お花を付けたりしている。		

2 目標達成計画

事業所名 ケアホーム新湊あいの風

作成日：令和 3 年 10 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	10	日頃の利用者の声や生活状況等が十分に家族に届いていない。	利用者の生活状況や外出、レクなどの様子を家族に発信し、家族の要望や意見等を聞く機会をつくる。	家族に向けてのお便りの発行。 家族からホームへの要望に関するアンケートの実施。	6ヶ月
2	26	介護計画について、家族には説明されているが、現場のスタッフ等チームでの話し合いがされていない。	利用者の声や家族の要望、現場の状況等を元にチームで話し合い介護計画に反映する。	スタッフとのケアプラン検討会の実施。	3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。