

令和 5 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	1690900145
法人名	株式会社いろどり
事業所名	ケアサポートいろどり
所在地	富山県小矢部市浅地583番地
自己評価作成日	令和5年12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）】

「自分で出来る喜びを守るケア」を施設の方針に上げ、自立支援に向けた取り組みを行っている。学習療法、歩行練習等を行い、残存機能の維持にも努めている。また、家庭的な環境の中、洗濯物たたみや食器拭き等をして頂くことで、自分の役割を持って貰えるように支援している。新型コロナウイルス感染症の緩和に伴い、ご家族との外出やドライブに行ったりと、四季を感じて頂けるようにもなった。誕生日やイベント毎では、手作りおやつを提供し楽しんで頂けるように支援している。

※ 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	
----------	--

【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）】

周辺環境は静かで、散歩中に近隣住民と会えば会話を交わしている。法人理念の他に事業所のサービス基準を設けており、過介護をせず、利用者の有する能力に目を向けた支援を行い、チームとして利用者視点のサービス提供を実践している。法人の方針と管理者の想いが職員に浸透するとともに、近隣住民にも利用者や職員の関わり方が伝わり、働きやすい職場として認識されている。資格取得の補助制度を充実させ、サービスの質の向上や職員の育成に取り組んでいる。

【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6年2月7日	評価結果市町村受理日	令和6年3月21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 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る。 (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拡がったり深まり、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、戸外に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	理念に基づいて、施設内でサービス基準を定め「自分で出来る喜びを守るケア」に取り組んでいる。月1度開催されるフロア会議では、管理者を中心に職員間でサービス基準の見直しをする事で、統一した介助が出来るように努めている。	玄関と各ユニットには、法人理念、基本方針を掲示しており、いつでも職員や来訪者が確認できる。また、毎月のフロア会議などの場では、定められたサービス基準を満たすサービスが実施されているかを全員で確認している。	
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	地区の自治会に加入し、回覧板を利用者と一緒に届ける事で近隣の人との関係性が出来ている。また、運営推進会議に自治会長や民生委員に参加して頂くことで地域の一員として暮らせるように心掛けている。	開設当初より地域の駐在所との関わりを持ち、近隣には利用所と一緒に回覧板を届けることで顔の見える関係性ができている。以前は高校の福祉科から実習生を受け入れていたが、現在は季節性感染症のまん延予防を鑑みて実施されていない。再開の検討をしている。	
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	運営推進会議時に地域の人に対して日頃行っている事や研修等の報告をしている。		
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	運営推進会議では、自治会長、民生委員、市職員、利用者家族に参加してもらい、取り組みや状況を報告している。また、日頃から家族の意見を職員間で話し合い、サービスの向上に活かしている。	全ての家族に日程を知らせ、出席者は固定していない。家族のほかに、自治会長、民生委員と、毎回、福祉課の職員が参加しており、参加できない場合は議事録を送付している。事業所内の事故や職員研修についての報告をし、参加者から出た意見は事業所で共有している。	
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	月1度、また、福祉課に出向いた時には、情報提供や様々な相談に乗って貰えるような関係性は出来ている。市の連絡協議会等に参加したりと関係を築けるように心掛けている。	福祉課に出向き新型コロナウイルス感染症のまん延防止の相談や運営についての相談を行ってきた。過去には、利用者が退居し自宅へ戻った際の相談を行い、利用者が地域で安心して生活できるように、市担当者と協力してサービスを検討するなどの連携を行った。	
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	事業所のサービス基準に基づき「身体拘束をしないケア」について、月1度、職員全体で見直し、身体拘束、言葉の拘束をしないケアに取り組んでいる。現在、身体拘束は、行っていない。	身体拘束は行っていない。特に、虐待に結びつきやすいスピーチロックには全員で気を付けている。適切ではない言動がみられた時には、お互いに注意をし合える関係性ができている。身体拘束等の適正化のための指針も整備され、3か月に1回は委員会の開催も行っている。	身体拘束適正化委員会の議事録を欠席者等へ配布するなど、事業所から発信する体制づくりに期待したい。

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
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。		
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	日頃より、サービス基準に沿って日常生活自立支援に意識的に取り組んでいる。また、管理者、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出来るよう努力している。成年後見人制度については、理解しているとはいえない。		
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があれば、わかりやすい説明を行うよう努力している。改定などによる利用料の変更についても書面を作成し送付し、家族の理解を得ている。		
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	日頃から家族の意見、要望に関しては、その都度職員間で共有し、話し合いを行い反映するようにしている。	家族の状況に合わせ、電話やメッセージアプリ、メールなど、連絡手段を選んでもらい、連携がとりやすい工夫をしている。過去に、利用者の身だしなみについての要望があった時は、職員全員で共有し改善できた。このようなサービスの改善などは運営推進会議を活用し発信している。	
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	管理者、リーダーが中心となりフロア会議や個別的に職員の意見や要望を確認するなどの機会を作っている。意見、要望は、その都度代表者に報告すると共に、月1度のリーダー会議を通じて法人全体に周知している。	職員の様子を見て「いつもと違う」など気付いた時には、管理者から積極的に声をかけ随時個別に面談を行い、話を聴く時間をつくっている。職員からの提案に対して、事業所内で解決が難しい時には、管理者が直属の上司に相談できる体制となっている。	
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、事業所に入入りした際は、職員との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している。また、管理者から情報をこまめに聞き、個々の状況を把握している。		
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	職員の力量を把握し、その職員に合った研修に参加している。また、施設内部研修を行い、職員のスキルアップに努めている。		

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
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	管理者は他施設へ訪問したり、電話等で連絡を取り合い情報交換を行っている。また、職員は外部研修に参加したりと、サービスの向上に努めている。		
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、ケアマネージャーが中心となって、入居前、入居後も本人と話し、不安や希望、またこれまでの暮らし方を把握できるように努めている。		
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をして頂きながら、安心できる関係づくりが出来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	相談時に利用者や家族の要望の把握に努め、可能な限り柔軟に対応を行っている。		
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	面会時に、利用者の日常の様子を伝えたり、書面で伝えたりと本人と家族の関係を大切にしている。利用者の病院受診について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	馴染みの床屋に出掛けたり、自宅で過ごしたり家族との時間を大切にしている。面会に関しては、時間制限、人数制限はあるものの、面会室を設置したことで、家族や親戚、馴染みの人も参加でき関係が途切れないようになった。	3人の利用者が馴染みの床屋に出かけている。携帯電話の持ち込みも自由となっていて、これまでの関係を継続できるよう支援されている。利用者の友人が訪問してきた事もあるが、現在では感染症予防の観点から、予約の上、面会室を利用している。	

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
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。		
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出来ている。		
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	入居時にセンター方式(生活史シートや暮らしの情報シート)を家族に記入して貰い、これまでの暮らしの方向や、好きな事、苦手な事を把握している。日常の様子や反応を職員間で共有し、一人ひとりに出来そうなこと等をフロア会議等で話し合っている。また、出来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。	入居当初はセンター方式を家族に記入してもらい、それまでの暮らし方や本人の意向の把握に努めている。本人の希望や意向はフロア会議で話し合い共有している。事業所のサービス方針にもあるように、過介護はせず、利用者の意向を汲みながら、本人の力が発揮できるよう支援を行っている。	
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)を記入して貰い、生活歴や馴染みの暮らし、生活環境を把握している。入居後は本人の思いや家族からの情報で、安心した暮らしができるよう支援している。		
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、利用者が健康にす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	1ヶ月に一度モニタリングを行い、利用者の現状についての気づき等をフロア会議で共有している。また、個々の状態に沿った生活が出来るよう努力している。	職員が自分の担当利用者についてモニタリングを行い、計画作成担当者に報告している。モニタリングは毎月1回実施し、計画作成担当者は、利用者の変化に合わせた介護計画書を作成している。カンファレンス記録や支援経過記録も保管され、職員が共有できている。	
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	日々の生活の記録をとり、職員間で共有している。また担当職員のモニタリングにより、その都度介護計画を見直している。		

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
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。		
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	地域にある駐在所には、常々お願いをしている。		
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	施設の主治医との連携は構築されており、体調不良時には24時間対応可能な体制となっており、利用者は適切な医療をいつでも受ける事が出来る。また、他科受診の際は、利用者や家族の状況に応じて、送迎や同行の支援を行っている。	主治医はこれまでのかかりつけ医の継続か、事業所の協力医療機関への変更かを選択できる旨伝えている。事業所の協力医療機関とは24時間連絡がとれ、深夜でも対応可能な体制となっている。常勤、非常勤含め3名が看護師として勤務しており、往診、受診の際、医師には利用者の状況を書面で伝えている。	
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	施設内に看護師が配置されており、利用者に体調の変化が見られた時は、看護師に相談したり、主治医を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、入院時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出来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、看取りは行わない方針である事、重度化に対する対応について説明し、同意を得ている。また、利用者の心身の状態の変化時には、主治医、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。	現在のところ看取りは行わず、重要事項説明書にもその旨記載をして説明もしている。事業所での生活が困難であると診断された時には、協力医療機関と連携し転居先への情報提供を行い、利用者や家族の意向に沿った生活が継続できるよう支援を行っている。	
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	施設管理者、防火管理者による急変時の対応や火災の初期消火等の内部研修を行っている。		

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
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	日頃から、備蓄は用意されている。今年度は、所轄の消防署の協力を得て、日中想定で火災による避難訓練を行った。3月には、夜間想定での避難訓練をする予定である。	毎年計画通り年二回の避難訓練を実施している。地域住民との協力体制を築くまでには至っていないが、以前、近隣で火災があった際には、消防署の協力を得て利用者全員が避難したことがある。	地域のために事業所が出来る事を提案するなど、相互に助け合う体制作りを期待したい。
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	施設の理念に基づいたサービス基準に沿って、利用者の意向を尊重し、嫌な事は無理強いないように意識している。月1回のフロア会議でサービス基準を見直し、職員全体が周知し理解している。また、不適切な言葉かけが見られた時はその都度注意し合っている。	人格の尊重やプライバシー確保についてはサービス基準に明記されている。毎月のフロア会議では日常のケアを振り返りサービス基準を満たしているかの確認をしている。プライバシーに関わる会話は、周囲に聞こえない様に配慮し、利用者に合わせてペースと言葉かけで一人ひとりを尊重している。	
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出来るように努力している。		
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に、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出来るよう、本人の希望を聞きカット等の対応を行っている。		
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	利用者、職員が共に食事することで、利用者の状態の変化等に対応でき、利用者の嚥下機能や口腔機能の状態に合わせた食事形態で対応している。また、準備や片付けを一緒にする事で残存機能を把握し、自立支援に心掛けている。	献立は利用者が見える場所に貼り出している。手作りの食事を提供し、食事の時間にはフロアに広がる料理の香りが食欲を誘う。希望により居室で食事を提供することにも対応している。季節感のある手作りおやつの日を月に4~5回設けており、希望によりお酒などの嗜好品も提供している。	
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	毎食事の食事量、水分摂取量は記録して把握している。水分量、水分量の少ない利用者には、水分摂取量を1日1350ccを目安に摂取できるよう支援している。		

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
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。		
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	排泄記録を付け、利用者の排泄パターンを把握している。自立の方は見守り、必要な方には声掛けをする等一人一人に応じた対応を行っている。	排泄チェック表はタブレットで管理しているため、プライバシーが守られている。トイレ誘導は一人ひとりに合う方法で、時間を決めず個別に実施している。モニタリングやアセスメントで排泄に関する変化があれば、布パンツに変えたりリハビリパンツを使用するなどの支援を行っている。	
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	毎日適度な運動を促したり、排泄記録で毎日の排便状態を確認し、水分摂取の確保に努めている。また、下剤の使用に関しては、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	利用者の体調を見ながら、希望や状況に合わせて入浴出来るように柔軟な対応をしている。また、入浴時は職員1人対利用者1人での対応でコミュニケーションを図りながら、楽しんで入浴してもらえるよう支援している。	毎日お湯を張り基本的に週に2回以上は入浴をしているが、断られた時には日時を変更するなど、無理強いをしない。皮膚への刺激に配慮して入浴剤は使用していないが、利用者と職員がコミュニケーションを図る時間として、個浴ならではの楽しみを工夫している。	
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	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、薬情報を個人ファイルに整理し、常に確認出来るようにしている。また、投薬時には職員間での二重確認、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。		

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
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	天気の良い時は、近隣に散歩に出掛けたり、花見ドライブに出掛けたりしている。また、家族の協力の元、行きつけの床屋に行かれたり、自宅に行かれたり等柔軟な対応をしている。	利用者の外出先の希望を聞き、季節を感じられるようにドライブを楽しんでいる。職員と利用者が一緒に回覧板を回したり、散歩などの日常的な外出で、近隣住民にはホームを知ってもらっている。また、家族との外出時には自宅へ戻ったり、買物や外食を楽しむこともある。	
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	金品の持ち込みは、遠慮して頂いている。買い物等の希望があれば、家族に連絡し持ってきて頂いている。		
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	本人の希望があれば、職員と共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次ぎをしている。		
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	フロアには、季節を感じて貰えるよう、季節のイベントの掲示物を掲示している。また、ゆったりと外を見て過ごして頂けるように窓際にソファを設置している。加湿器を設置し、乾燥や感染防止に努めている。	室内は広く、車椅子での動線も十分に確保されており清掃も行き届いている。造りつけの収納が充実しているため煩雑さを感じることなく、整理整頓されて落ち着いた空間となっている。フロアには季節の飾りつけがしつらえてあり、外が見える寛ぎの場と食事の場を分け、利用者は好きな場所で寛ぐことができる。	
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	居室内には、馴染みの物品を持ってきて頂き、居心地よく安心して過ごして頂けるよう支援している。	エアコン、ベッド、布団は付属となっている。居室への家具の持ち込みは自由で、利用者が馴染みのものを持参し、居心地の良い空間づくりの工夫をしている。	

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
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、施設全体がバリアフリーとなっている。また、個々の能力にあ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 ケアサポートいろどり

作成日: 令和 6年 3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	35	地域の為に事業所ができる事を提案するなど、相互に助け合う体制作り	地域住民と協力体制を築けるようにする。	事業所に何ができるのかを、駐在所の協力を得て発信していく。	12ヶ月
2	6	身体拘束適正化委員会の議事録を欠席者等へ配布するなど、事業所から発信する体制作り	身体拘束廃止委員会で話し合った事を、発信していく。	身体拘束廃止委員会で話し合った事を、運営推進会議を通して発信していく。	6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。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="checkbox"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="checkbox"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="checkbox"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="checkbox"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="checkbox"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="checkbox"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="checkbox"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="checkbox"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="checkbox"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="checkbox"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="checkbox"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="checkbox"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="checkbox"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="checkbox"/> ⑤その他()