

令和元年度

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	1691000044
法人名	株式会社 天正
事業所名	イエローガーデンいのくち
所在地	富山県南砺市蛇喰1261番地
自己評価作成日	令和2年1月14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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和2年3月3日	評価結果市町村受理日	令和2年4月23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）】

利用者様1人ひとりの尊厳を大切に、個人の生活スタイルに合わせ自宅で過ごされていた時のように、日々の家事、洗濯たたみ等を利用者様と行っている。地域交流の一環として「14歳の挑戦」「高校福祉課介護実習」「地元小学校中学年授業ボランティア」「地元ボランティアグループ」「山間部、過疎地移動販売」等の受け入れなど積極的に行っている。また、利用者様が重度にならないように、医師・看護師・薬剤師・病院・病院地域連携室・家族・スタッフが連携をとり、日々の健康観察・引継ぎ・報連相を行っている。利用者様や家族の希望があれば終の棲家として看取りも行い、本人様が出来るだけ安楽に最期まで過ごせるように医師・家族・スタッフが一丸となり対応をしている。

【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）】

事業所の理念である「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」は玄関、2階への踊り場、各ユニットフロアに掲げて、何時でも誰にでも目に入り、確認できるようになっている。利用者に笑顔で楽しく過ごして頂きたいため、職員は笑顔で声をかけ、笑顔で調理し、笑顔で介護を提供等、理念に伴う介護が実践されている。職員間の連携は、記録を通しての共通理解にとどまらず、全体会議での話し合いや法人の各事業所職員や管理者が参加するランチミーティング等からの新情報や話し合い結果等も取り込んだ介護によって維持されている。高齢化が進む近隣住民から頼られる職員、事業所を目指して、散歩中の高齢者に声をかけてお茶に誘ったり、移動スーパーの駐車場や災害時の避難場所等に提供して、信頼関係構築に努めている。

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、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「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」を掲げ、目につく場所に掲示。常に職員が意識を持ち、何が実践できるか研修や会議の場で話し合い確認をできるように努めている。	理念は誰の目にも自然に目に留まるように切り絵の中に自然に書かれて玄関に掲示してあった。職員は出勤時や帰宅時にも笑顔で挨拶する心がけから始まって、利用者のみならず、近隣の登下校時の子供達や高齢者等にも気軽に優しく声をかける等、理念の共有につとめ、実践に繋がってる状況であった。	
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	地域の小中学校の授業の一環で認知症のお年寄りとの交流や「14歳の挑戦」「高校福祉課介護実習」の受け入れを行っている。又、週2回の移動スーパーの駐車場解放をし地域の方々も買い物ができるようにしている。	地元小学校の子供達は、福祉教育の活動場所として来所の度に検討を重ねた出し物で利用者と楽しい交流を深めている。「14歳の挑戦」の中学生や「福祉介護実習」の高校生との優しい交流も定着していた。移動スーパーへの駐車場の開放は、近隣住民とも一緒に買い物する等楽しいお付き合いの機会になっている。	
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、入居申し込み、事業所見学に来られた方々にホーム内を案内し見て頂き、認知症の方の理解や支援の方法を伝えている。「南砺市グループホーム認知症相談窓口」「こども110番の家」の登録も行っている。		
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	運営推進会議では区長、民生委員、行政、包括支援センター職員、駐在所、家族に出席して頂き近況報告、意見交換等を行いサービスの向上に努めている。	2か月ごとに開催されている運営推進会議においては、利用者の状況やヒヤリハット内容、行事報告等を説明して、参加者に事業所を理解して頂く機会となっている。参加者からは近隣住民の福祉介護についての疑問点の発言があり、介護サービス利用への基本を話し合い、新たな情報を地域に発信する機会としたり、駐在所職員からの熊の出没情報等は利用者の安全な外出に活かされている。	
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	運営推進会議の際に事業所の取り組み等近況報告をしている。また、行政主催の連絡協議会や年2回のグループホーム協議会、研修会に参加し、地域包括や居宅等とも連絡を取り協力関係を築くようにしている。	運営推進会議での話し合いはお互いに情報交換の機会となっている。定期的なグループホーム地域連携会議やケアマネ関係者の事例検討会等に参加して情報収集の機会のみならず、迅速に連携できる関係が維持できるように努めている。	
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	行動指針を職員の目のつく所に掲示、マニュアルを整備し事業所内で研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「行動指針」は各フロア等目に入る場所に貼って、身体拘束をしないケアを実践するために、振り返りができるようになっている。身体拘束廃止委員会により研修会も年3回開催し、職員間の情報共有に努めている。利用者の体調の変化に応じて福祉用具等を使用したい時は、事前に家族に説明し同意を得たうえで期間限定で実施している。	
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	行動指針、マニュアルを通し、事業所内で虐待をしないケアに取り組んでいる。		

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
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	管理者が外部研修で学んだ事等職員に伝え、今後活用できるように勉強会を設けて行っている。		
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	契約時に時間をかけて説明し、疑問、質問、要望があれば出来るだけ聞き、理解の上で契約を交わしている。		
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	家族の面会時に利用者の近況報告や体調等と報告している。又、家族からの要望、意見を出来るだけ聞くようにしており、ミーティングなどで共有、ケアや運営に反映している。	家族の面会時に直接、家族の要望や意見等を聴き、遠方の家族については、電話で本人の状況を報告した時に要望等を聴くように努めている。寒さ対策等への意見や要望については、簡易湯たんぽを準備して毎晩提供する等、出来る事は迅速に対応に繋げている。	
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回全体会議を行い、その都度、意見交換を行っている。定期的に個人面談を行ったり、各事業所スタッフが集まるミーティングを行い幹部と職員の意見や提案を出し合う機会を設けている。	職員は統括者に直接要望等を話す機会がある。さらに各事業所職員や管理者が参加できるランチミーティングでは、介護しやすい方法や福祉器具の活用等を話し合い、適時情報を取り込み介護技術の向上や働きやすい環境に繋げている。	
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	定期的に個人面談を行い個々の能力に応じた待遇に努めている。		
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	個々の能力や希望に応じ、資格が取れるように勤務調整や補助金制度を設けている。		
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	行政や県等の研修会に職員を出席させたり、他事業所等へ業務支援などに行きサービスの質の向上の取り組みをしている。		

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
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	入居時に家族から入居前までの生活歴を記入して頂き日々の暮らしのケアに活かしている。また、日常の様子を観察し不安や要望があれば傾聴し安心して過ごせるような関係づくりに取り組んでいる。		
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	入居時、面会時に家族の意見、要望を聞き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	家族、本人、スタッフで話し合いを行い、何が必要か、何を求めているのかを見極め支援している。		
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	個人を尊重し支え合える関係に努めている。		
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	病院受診、外出時には家族の協力を得ながら共に支え合える関係に努めている。		
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	家族の協力を得ながら、自宅への帰省、以前通われていた場所へ出かける等の支援をしている。また、面会時には本人と面会に来られた家族みんなと一緒に写真などを撮るようにしている。	家族の協力で、お盆や正月には自宅に出かけ、ひ孫さんと一緒に外食を楽しむ等家族の絆が保たれている。年賀状の購入から代筆、携帯電話でのやり取り等知人との関係維持にも努めている。かつて温泉に行くことを楽しみにされていた利用者には毎年一泊二日の温泉旅行が企画され、家族も職員も一緒に温泉気分を味わう旅が継続中である。	
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の把握、日常生活での関わり、お互いが、お互いに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	契約が終了しても、行きあつた時に近況を聞いたり、相談や、支援に努めている。		
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	本人との関わりを通し、思い、要望、希望の把握に努め、その人らしい暮らしが出来るように支援している。言葉で表現できない方は表情や動作等で把握するように努めている。	入居時に家族や本人から意向を聴いている。入所後も利用者が話しやすい雰囲気作りに努め、日々声をかけ意向の変化等の把握に努めている。各利用者の思いや意向はフロア日誌に記載して職員が共有し、できる支援は迅速に実践に繋げている。	
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、入居前に家族から今までの様子の聞き取りや生活歴、アセスメントを取ったり、前ケアマネジャーの方に連絡を取り自宅での生活の様子を聞いたりして日々の記録を通し一人ひとりの暮らし方に努めている。		
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	1日を通して、表情、言動等で状態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	現状に沿った記録を書き、介護計画を作成している。また、日常生活の中で気づいた本人の様子や家族の思いや要望を反映させるように努めている。	月に1回開催される全体会議は各利用者の状態や介護状況が記録内容を基に報告され、モニタリングの場となっている。病院からのサマリーを参考に話し合った内容も介護計画に反映している。	本人の思いや要望等は利用者の日々の生活状況から、把握され記録し全体会議で話しあい、モニタリング、介護計画へと繋がっている。今後は、本人の状態の変化に伴う家族の意向や要望の変化等も反映した介護計画作成を期待したい。
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	日々の生活様子、ケア等を個人記録に記入し、担当者会議、モニタリングを行い共有、実践し介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況により病院受診を往診に変更したり、処方薬を薬局と家族と連携を取り配達支援等を行っている。		

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	近隣の児童、生徒、学生、地域のボランティアグループ、移動スーパーなど楽しみが持てる支援に努めている。		
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	入居時、退院時に家族、病院と相談をしながら決めている。月1回の往診、前日までにDrに報告や、受診時は状況報告の手紙や当日外来連絡し指示を仰ぎ対応している。家族が受診、搬送等付き添えない場合は了解を得て同行をしている。	入所当初はこれまでの主治医との連携を維持し、状態に応じて家族や主治医と相談して往診可能な開業医院に変更する場合がある。近隣の公立病院の地域連携室が要となって受診や入退院の情報が速やかに共有できる連携が維持され、家族が同行しても安心して受診できるような体制ができている。	
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	週1回訪問看護の看護師の健康チェックがある。前日、当日朝までにナース相談表を作成、日常の気づき、往診、受診結果、受診前相談等の連携に努めている。		
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。	入院時、早急に地域連携室に連絡を取り、介護サマリー等必要な情報の提供や退院前の情報収集、状態が変わった方のカンファレンス参加をし、早期に入退院が出来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、事業所です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	立ち上げがら約9名の看取りを経験。医師。看護師、家族、訪問看護師、病院等と連携を取りながら看取りを行うことが出来た。入居時に看取りの説明や重度に近くなってきた利用者家族、担当医師と話し合いの場を作り、最期まで気持ちよく看取りが出来るようにスタッフと話し合い、相談をしながら支援に取り組んでいる。又、利用者本人が元気なうちにどのように最後を迎えたいか話し合うようにしている。	入所時に重度化した時の家族の意向が確認されている。職員は日々心身の状態の把握に努め、24時間対応可能な訪問看護師に報告や相談等を介護に繋げ、状態に応じて利用者、その家族、主治医、病院等と話し合い、その都度家族の意向とその対応について確認した連携が実施されている。	
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	会議などで意見交換や利用者の状態確認を行い、緊急時対応が出来るように意識を高めている。		
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	年二回避難訓練を行い内一回は消防署が立ち合い、夜間、災害を想定。消防署の方の指導のもと訓練を実施している。	日中及び夜間想定避難訓練が消防署の立ち合いで、年2回実施されている。事業所本部が事業所ごとに作成したハザードマップに沿って安全に避難ができるように訓練されている。備蓄食品は飲料水、米、卓上コンロやブルーシート等が準備され、副菜を調理出来たら食事ができる体制が整っていた。	

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
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	利用者、一人ひとりを尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けに努めている。	近隣在住であった利用者間にはなじみの方言での交流の経緯があるが、職員は理念である「尊厳を守る」「楽笑」「感謝」を基本に、方言を選んでプライドを傷つけないように声をかけている。研修会時には、馴染みの言葉であっても配慮の必要性のある方言等を話し合い、実践に繋げている。	
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	利用者の思いが表現できるように関わりを持ちながら、自己決定が出来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	利用者のペースに合わせ、自由に安心して過ごせるように支援している。		
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	月1回の美容師訪問にてカット、カラー、髭剃り等本人の希望を聞いている。また、入浴後、外出時の服など自分で選べる方には選んで頂いている。		
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	家族、近所、スタッフから自宅の畑から収穫した野菜を頂き利用者と献立を考えたり、一緒に盛り付けなどを行っている。月のイベント時の食事をワンフロアで一緒に食べ、バイキング形式で食への楽しみになるように工夫。食後に使用した食器拭きなどを一緒にしている。	利用者の好みを聞きながら、地元の野菜をふんだんに使い、懐かしい献立を日々検討して、提供している。移動スーパーの来所は、利用者も一緒に食材を選んで調理に繋げる楽しい機会としている。誕生会やクリスマス会等、月1回の行事時は季節感や好み、そして消化の良いもの等を、たくさん作って、たくさん食べて頂く食事を継続している。	
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	個々の食事形態をスタッフ全体で把握し、状態に合わせた食事を支援している。制限などある方は偏りや脱水にならないように支援している。		
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	出来る方には声掛けをし、支援、介助が必要な方はスタッフが支援している。		

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
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	排泄チェック表をつけて排泄の間隔を把握し、トイレで排泄ができるように誘導などを行っている。また、全介助の方でも座位が取れる方は出来るだけトイレで排便が出来るように支援している。	排泄チェック表を活用して排尿リズムや排泄物の状態の把握に努めている。トイレ誘導が必要な利用者には体の動きから誘導のタイミングを逃さないように見守る支援がされている。便秘対策として、各利用者の排便間隔に応じて便座に座って頂き、ゆったりとトイレでの排便を促す介護が実施されている。	
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	便秘予防として、水分補給や植物繊維の摂取を心掛けている。便の状態、排便の周期を把握し、看護師や主治医に相談をしながら、便秘予防に努めている。		
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	入浴日はある程度決まっているが、体調、受診、往診、外出など個人の予定に合わせて入浴日や時間を調整し、出来るだけ希望に沿った入浴が出来るように支援している。又入浴剤を使い、色、香りなども楽しんで頂けるように工夫している。	入浴日は月火木金の週4回、時間は午前と午後の日に2回となっているが、体調や受診、外出等に合わせ柔軟に変更して、安心して入浴できるように配慮されている。地元のゆずを入れたゆず湯や好みの入浴剤を入れたりして、季節感を感じながら快適な入浴を提供している。	
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	体調や状態に合わせた休息の支援や室温、明るさの調整をしながら安心して眠れるように支援している。		
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	体調の変化を確認し何かあれば主治医、看護師、薬剤師に相談をしている。		
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	生活歴や利用者の能力に合わせ、役割、家事、レクリエーション等の支援をしている。		
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	利用者の希望を聞き、家族の協力を得ながら外出支援をしている。	家族の協力でお盆の墓参りに行く時は、体調を確認しながら安心して外出できるように支援している。天気の良い日には花見等近隣に出かける事もある。週2回の移動スーパー来所時は外気に触れながら、各自が自分の欲しいものを選んで買ったり、近隣の高齢者とも楽しく触れ合う機会となっている。	

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	管理できる方には家族と所持金を決めて本人に所持してもらい、買い物が出来るように支援している。管理の難しい方は家族から少量のお金を預かり買い物など必要な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	入居時家族から預かった携帯電話やホームの電話などを使用し連絡を取り合ったり、年賀状など節目のときには宛名書きや、返信を書く支援などを行っている。		
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	利用者の状態や関係性に合わせ、家具、テーブル、椅子、ソファー等の配置、窓辺や壁などに季節の飾りなどを取り入れ季節感を出したり、使いやすい空間、居住環境を作り心地よく過ごせるように工夫している。	光が射し込む広い窓からは見慣れた山並みや近隣の田園風景が見え、椅子にすわっていても心地よい環境となっている。壁には地元の小中学生との交流写真やボランティアさん手作りの手芸品が展示されていた。共有スペースは安心して移動ができるようにテーブルや家具が配置されている。	
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	その時々に合わせて場所、部屋替え、席、席替え、気の合う人同士で過ごせるように工夫している。		
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	自宅で使用していた家具や家族写真、孫、ひ孫さんたちが作った工作や絵などを飾り、心地よく過ごせるように工夫している。	居室により壁紙が異なり、備え付きのベッド、タンス以外にも自宅から持参された家具等によって、ゆったりと安心して過ごせるような居室となっている。壁にはお孫さんの作品や写真も飾って、各利用者が家と感じて頂けるように配慮されている。	
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	心身の状況、状態により家具の配置、ベッドの位置を工夫し安全に自立出来るように支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 イエローガーデンいのくち

作成日: 令和 2 年 3 月 31 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	利用者の状態の変化に伴った家族の思い・意向・言葉などがスタッフ間で分かりやすく共有できる記録や書類などの整備ができていない。そのため、介護計画・モニタリング・ケアプランに家族の思いも含め反映されていない。	家族の面会時や電話連絡・カンファレンス時のやり取りをこまめに記録し、モニタリングやカンファレンス・ケアプラン作成時の参考資料として作成する。	家族等のやり取りがあった際は(面会時・受診時・カンファレンス参加時)その都度記録を整備し、介護計画作成に家族の思い・意向・要望などを取り入れていく。	12か月
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。