

令和 6 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6年8月15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6年9月13日	評価結果市町村受理日	令和6年11月7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）】

入居者は自発的に活動できる利用者様が多い為、残存機能を有意義に活用出来る様に、行動面、精神面での拘束感を無くす様に自己判断での施設内活動や家族、知人との交流が行える様に職員が配慮している。また、感染症対策を行いながら、介護ボランティアや高校生の実習をなるべく受け入れる事で職員のケアに対する認識や接遇に対する見直しを行える環境を整えている。また、利用者様にも施設外の方々と触れ合える時間を設ける様にしている。
--

【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）】

利用者、家族のつながりの継続を図るために、面会時に感染対策をして満足していただけるよう対応している。法人全体で職員の資格の取得や研修会の参加を推奨し、職員教育に取り組んでいる。職員同士で情報を共有し、チームワークで利用者の支援を行っている。高校の福祉実習生を毎年受け入れ、将来につなげるよう努めている。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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. 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 過ごしている。 (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	法人理念を基に、職員一人一人が、入所者に対する愛護的な目配り、気配り、心配りを念頭においてケアを実施している。また、共有出来るように、スタッフが何時でも再認識できるように掲示している。また、家族からの問いかけに対しても、利用者同様に対応するように心がけている。	法人理念、基本方針、行動指針、行動基準を名刺サイズの冊子にまとめ職員が携帯し、毎年、各事業所で理念を基に実践できる目標「10の行動」を話し合い作成している。また、人間力トレーニングシート等を掲示し、職員はケアに反映できるよう努めている。	
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	運営推進会議、地域行事(近隣の地区行事)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。近隣との天候による助け合いの場等も必要に応じて行っている。	地域の自治会に加入している。地域の祭りの獅子舞、ボランティア(民謡踊り)の訪問や、近隣からチューリップの球根の寄付、また、隣接している市営団地の敷地の除雪や事業所の夜間緊急時、災害時の避難等の協力関係を構築している。高校生の実習の受け入れも行っている。	
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	徘徊SOS、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。		
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	施設活動への助言やご利用者様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行っている。また、運営推進会議に出席できない家族には利用者からの手紙や、会議録を送付し、意見を受けられるようにしている。	運営推進会議は区長、民生委員、地域包括支援センターの担当者、家族の参加で2か月毎に対面で実施している。会議では事業所の現状や行事の写真を添付し報告している。参加できない家族には報告書を送付している。地域包括支援センターより「北部地区地域づくり協議会」という広報誌にて広域での防災訓練や介護教室活動を知り、参加を予定している。	コロナ禍で運営推進会議が開催できず、また、地域区長の交代で、地域との交流が希薄になっているため、事業所の特徴、地域住民の協力の必要性や合同での防災避難訓練等の情報を提供し、地域の協力体制の向上を期待したい。
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に取り組んでいる	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。	北部地区とのかかわりや広報の提供、事故報告やアクシデント等の事例報告を随時行っている。講習会や南砺市地域ケア会議に参加している。以前より必要に応じて防犯カメラの映像を提供している。	
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	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、知識の統一をはかっている。また、おおむね2月/回の会議を開催し利用者の危険な行為に対しても含めて安全な方法の工夫などを検討していくようにしている。また、言動による対応に関しても、職員同士で話し合い、お互いが心地よいケアを行う様に心掛けている。	指針の作成や2か月毎に委員会を開催している。委員会の内容は職員に報告し、朝の会で研修を行っている。欠席者には研修内容を回覧し共有している。全員で身体拘束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
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注意を払い、防止に努めている	利用者の情報の共有、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、今後起こりそうな状態についても、情報の共有をし、必要があれば医師、地域包括支援センターへの報告相談し判断をしている。		
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	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	入所前に契約書、重要事項の説明、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、パンフレットによる施設の場所確認や名刺等により連絡先を細かく伝え、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	運営推進会議はご家族、地域包括支援センター職員や区長、民生委員、他介護事業所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。また、入所者から家族への手紙と活動内容の写真を送って様子を伝える様にしている。(ご要望・ご意見等は電話での対応をその都度、行っている)	面会や日常の様子を知りたいという要望に対しては、タブレットや写真で一人ひとりの様子を提供できるよう対応している。来所時や電話で意見を聞くようにしている。	
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	実状の把握や、直接現場スタッフの意見をその都度聞きとり、必要な事柄への対応を行っている。また法人代表に報告しなければならない事柄であれば、報告し、相談した上で意見を施設運営に反映できるように努めている。一ヶ月に一回グループ内での施設長・管理者会議を実施している。実施後は職員に報告している。	日頃から、管理者は何でも話しやすい雰囲気作りに努め、また、カンファレンス等での意見や提案は法人代表や月1回の法人グループの施設長・管理者会議で報告を行い事業所の環境整備に努めている。会議の内容は職員に報告、共有している。資格取得や研修の参加ができるよう配慮している。	
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	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	職員がサービスの質を向上させていけるよう施設内研修を行ったり、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。(認知症介護実践者研修等)		

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	病院、地域包括支援センターの研修・事業所連絡会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して、質を向上していけるよう努めている。また、グループ内での人事交流も実施している。		
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	入所前に数人の職員で面談に伺い、本人や家族に状況や問題点、解決方法の提案等を行っている。利用者側の求めるケアの導入が行える様に努めている。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	入所前に本人と家族の訴えを別々に聞く機会を設け病院、在宅生活等での不都合な点を把握し、入居後の生活に不便を感じない様に、今後の希望等の聞き取りを入居生活に生かされるように配慮している。		
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、何故当施設への入所が必要になっているかをキーパーソン等に確認して、よく話し合っどどのサービスが適正なのかも場合によっては提案している。場合によっては行政からのパンフレットを提供し相談者の問題を解決に近づけられる様にしている。		
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	施設内生活内での「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のご支援を頂いている。面会も制限無く実施し、面会部屋の設置も行っている。また、手紙を送ったり、電話での対話を行い、本人との繋がりを絶やさない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	入所者との関係性を確認したうえで、感染対策も行いながら面会も行っている。利用者の親類や知人の面会があった場合は、家族への伝達も行っている。また、状況に合わせて関係性の持続を行う為に、電話や手紙や写真を使い支援を行っている。本人の希望があればドライブの際に自宅近くに行ったり、買い物に行ったりしている。	感染対策に注意を払い、家族や親族の訪問や居室での面会、家族との外出や外泊にできる限り対応できるようにしている。利用者が書いた手紙や写真の送付、持参の携帯電話や電話の対応で馴染みの関係の継続を支援している。	

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
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。		
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、1ヶ月までは居室を空けている事を入居前に説明している。また現状の把握のためにも病院地域連携課や家族からの現状把握(病院カンファレンスの内容)に努め利用者や家族の負担が少なくなるように努めている。		
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	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ている。家族にもその旨を伝えている。その時々が発せられるサイン(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。	入居時に以前の生活の様子、思いや意向を詳細に聞き取りを行っている。確認した日々の思いや希望は、申し送りや業務日誌に記録し、職員で共有し実践できるよう検討している。	
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	入所前の生活歴が把握困難な場合もあるが、ご家族や本人から今までの嗜好品や、活動、地域との関わり等を伺ったり、入所前に関りのある病院、事業所等から情報を積極的に聞き取りを行う様に努めている。		
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	電子記録により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に努めている。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	定期的に本人家族の希望等も伺いながら、モニタリング・アセスメントを行い、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対応している。また、ちょっとした変化時にも記録を行い職員で共有するようにしている。	担当制を取り3～6か月毎の更新時にモニタリング、評価表を作成し、カンファレンスを実施している。また、担当者会議で利用者、家族の意向を確認し生活担当者、看護師の参加、かかりつけ医や薬剤師の意見を参考に作成している。	
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	経過記録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。		

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	入所者や家族からの申し出に応じて、施設外の活動援助など、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たり、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、その都度の各方面との連絡・相談に取り組んでいる。(感染症対策を考慮しての実施となっている)		
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	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く等、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。		
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	受診は、本人、家族の希望の通りになるように対応している。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を行っている。	入居時にかかりつけ医について説明し、同意書をもっている。協力医を希望する方の訪問診療は、月2回訪問看護事業所が来所し健康管理を行っている。かかりつけ医の受診は家族の協力で現況を記録したものを渡している。受診結果は調剤薬局の医療連携で確認することもある。	
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。病院からもどのような状態まで戻れば施設に戻れるかや、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	施設利用契約時点から、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、終末期のケアは行にくい施設環境・設備である事を説明して入居についての熟慮を頂いている。常に協力医、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地域医療並びに協力医との連携を伝えている。	契約時に、重度化した場合の対応を指針を基に説明し、医療処置が必要な時は事業所では対応できないことを伝えている。重度化や終末期には主治医、家族、事業所と話し合い、利用者にとって適切なケアが受けられるよう支援している。	
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	緊急時の対応の指導並びに、常に手の届くところに「手順書」を備え付けている。転倒時などのチェック項目を設けている。必要があれば、地域医療と協力医に連絡し、指示を仰ぐようにしている。		

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
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、災害時訓練も同様に避難誘導の仕方や、誘導場所などを確認している。現在は行っていないが、地域との合同訓練を行う為に現在行政と話し合い中である。自治会に加盟している為に区長との連絡を行っている。	消防署の管理の下で防災避難訓練を行っている。ハザードマップや避難時の持ち出し品の場所をわかり易く掲示しており、水災害時は指定避難場所までの移動は困難なため、隣接している市営住宅への垂直移動や法人からの協力が得られる体制が整備されている。BCP(業務継続計画)は法人で作成し、事業所に合わせたマニュアルがある。備蓄品や水の確保はできている。	
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	認知症についてや倫理、パーソン・センタード・ケアについて研修等を行い、個々の生活歴、趣味等を元に、現状の残存能力、精神状態の把握に努めている。生活内でのプライバシーが守られる様にその都度、利用者の要件をお聞きし、お互いに無理なく継続できる施設生活が過ごせる様に配慮している。また、新しい情報を確認する為に研修等への対応も行っている。	認知症やケアについて毎月、勉強会を開催し、尊厳、プライバシーについて話し合っている。利用者が穏やかに生活が送れるよう支援に努めている。写真の掲示についての許可や配布時の配慮がされている。	
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、自分の為の時間がもて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、その時々の方々の希望に添うようにしている。食事の時間・内容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。場合により詳細な変化も家族とも電話で相談も行っている。		
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コスメやヘアケア用品を持ってきて頂いたり、減ってきた際にはご家族に連絡をし、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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者にお茶くみや盛り付け、食材切り、食器拭きなどを行っている。時に簡単に作れる食事を共に作るようにしている。プランターで野菜を共に作り収穫している。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回はパン食を選ぶように準備している。	食事は、業者からの主菜、副菜を利用し、ご飯とみそ汁は事業所で作っている。利用者はみそ汁の具材の準備や盛り付けを手伝っている。行事食やカレー作り、収穫した野菜の利用やおやつ等を利用者と一緒に行っている。また、朝食のパン選びを楽しみにしている。	

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
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を見出している。病気による制限、嚥下機能不全に合わせ、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。必要があれば、口腔外科等への聴取も行っている。		
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	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て下着・パットを使用して頂くなど、排泄の自立を助ける物品の導入をしている。ご自宅での日常生活が出来る様に配慮している。必要があれば医師への相談、家族への連絡も行っている。	排泄の記録はタブレットで記録している。自立されている方が多く、排泄記録を確認して声掛けし、職員は見守りながら利用者に合わせた支援を行っている。以前はトイレ内にリモコンを設置していたが、リモコンの誤操作などがあったため取り外し、安心して使用できるよう対応し、排泄状況が確認できるようにしている。	
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、飲水量、飲料内容の確認、記録を行っている。ときに嗜好品として、ご家族に依頼し、持参いただいている。必要があれば、医師や看護師、薬剤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、日々の身体状況や精神状態、受診、外出予定等を考慮して入浴曜日を決め、午前中に入浴としているが、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めるよう支援している。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。	事業所内には機械浴と個浴があり、デイサービスの利用者も使用するため毎日入れる状況にある。利用者の状態に合わせ週2、3回ゆっくり入れるよう支援している。	
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、休息の時間を取れ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、光量も快適に過ごして頂けるよう、その都度調整している。		
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	医院・病院・調剤薬局との個々の利用者に合わせた調整や助言を頻繁に連絡している。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いる。また、医師・薬剤師を中心に現状について必要時に話し合いも行っている。		

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
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を通して景色を見る等を主にし、1回/月程度で車で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	天候に応じて、施設周囲の散歩や車での季節毎のイベントや屋外催し等の観賞やドライブへ出かけている。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。	季節の花見(桜、チューリップ、コスモス等)のドライブに出かけている。庄川水記念公園や夕方からの夜高祭りを見に行くこともある。また、事業所の敷地内や周辺の散歩にも出かけている。	
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	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、時間の確認を行える理解を助け、寝起きも自己判断が出来るようにしている。温度調節も利用者の状態を確認しながら行っている。(感染対策による換気・消毒にも配慮している)	各居室から出ると共有空間が広がっている。天井の吹き抜けや長窓からの採光で明るく、収納庫が多く整理整頓がされている。テーブル3台とソファが置かれているが、歩行器や車いすの移動に安全なスペースは確保されている。湿度や換気を管理し環境整備に配慮している。	
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、ソファ等を自由に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、携帯電話、テレビ等も持ち込み可能で、ご用意いただいている。居室内は、居心地の良い空間となるよう、家族・本人・職員で危険なく安心して過ごして頂ける空間になるように心がけている。	居室前に表札として利用者の顔写真が貼られている。ベッド、ベッドサイド棚、エアコン、空気清浄機が設置され、自宅からテレビや整理棚が持ち込まれている。出入口の上に棚があり、整理整頓されている。事業所で作った作品や写真、家族の写真を飾り、楽しみに眺めている様子が見られる。	

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	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 6年 10月 30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	自4外(3)	地域住民、周辺住宅施設との交流、意見交換等を更に深める必要がある。	地域住民等の集いの場への施設職員の参加	・地域行事への参加や参画を、運営推進会議を通して、区長、民生委員に、職員が可能な催し物等を伝えていく。 ・施設周辺施設(市営住宅等の集合住宅)との念密な、災害・防災時の協力体制の確立	12ヶ月
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、行を挿入してください。

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	☐ 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た
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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、職員全員で話した
		☐ 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た
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話した
		☐ 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た
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話した
		☐ 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た
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()