

令和 7 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	1690900095
法人名	(株)ウォームハート
事業所名	はあとふるケアあさがお
所在地	小矢部市西中野694-1
自己評価作成日	令和7年1月13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8年3月5日	評価結果市町村受理日	令和8年4月17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）】

事業所独自の方針を設定し、職員は「サービス基準」の具体的な指針(自立を支援する事に向けた取り組みの一環として、利用者の残存機能を把握し、無駄に触れる事や出来る事を奪うケアはしません)に沿って利用者一人ひとりの状態に合わせた支援を行っている。学習療法、歩行練習、自宅で生活していた時の趣味を生かした日常生活の中でのリハビリに取り組んでいる。一方、身体的・体力的に座位保持が難しい利用者には、一日の中で個人のペースに合わせた臥床時間を設け、安楽に過ごせるよう配慮している。利用者の思いを傾聴し、その思いに近づけるよう支援介護が出来るよう心掛けている。また、外国人技能実習生の継続的な受け入れを行い、雇用の安定化に努めている。

【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）】

事業所のスローガンと心得を策定し、より具体的な方針も作っている。その方針は全職員に配布し、会議の際に唱和し浸透に努めている。チームワークを大切にしており、職員が笑顔でいられるように皆が協力し、助け合える環境になるようにしている。利用者と一緒に作り上げる装飾品にも力を入れており、今までの作品は所狭しと共有フロアや各自の居室に飾られている。編み物が好きな利用者と職員で1年かけて作品を作り上げるなど、時間をかけてでも利用者の出来ることを継続している。職員間の人間関係も良好で協力しあうことが根付いている。

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 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、活き活きと働けている。 (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	理念については、毎月開催されるフロア会議でスローガン・心得を読み上げ確認し職員全体が共有し理念に沿ったケアが出来るようにしている。また事業所独自のサービス方針を状況により、項目を加えながら、職員間の自覚や成長に繋げるように努めている。	事業所のスローガンに加え、心得も6項目策定している。より具体的な内容をサービス方針として会議の際に唱和して確認している。職員全員に配布しており、フロアにも掲示し常に意識するようにしている。契約時に家族にも説明したり、ホームページにも掲載するなどし、外部への発信にも努めている。	
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	コロナ禍が過ぎ、月1回の介護相談員さんの来所受け入れを再開した。地域のボランティアさんに来所して頂き、クリスマス会(コーラス)を再開した。また、あさがおの全体新聞に関しては、継続として地域包括支援センターや地元の病院の掲示板に貼らせてもらっている。	月1回、介護相談員2名を受けいれ、利用者との会話等の協力をしてもらっている。また年に1回行事の際にボランティアを呼んでいる。法人として広報誌を毎月発行したり、フードロス活動をされている移動訪問販売も受け入れ、地域の方へ紹介している。	
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	認知症相談窓口を開き、認知症に対する相談を受け付けるように取り組んでいる。地域の病院等にあさがお全体新聞を貼らせてもらっている。		
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践、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	2か月に1回、管理者、福祉課職員、支援先事業所、民生委員、利用者家族などが参加して行っている。全体連絡事項・事故報告・グループホーム、小規模利用状況を報告し意見交換を行っている。	運営推進会議の参加要請は全家族にメールでお知らせしているが、予定が合わず出席できない家族もいる。ヒヤリハットの報告や外出許可についてなど、質問や意見交換が行われ災害時の安否確認にメールでお知らせするよう検討している。	参加できない家族へ議事録を送付するなどして、事業所の活動報告や、運営への意見を聞き取れるように期待したい。
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	行政の担当者とは、運営推進会議を通して事業所の活動状態を報告している。また、管理者は、小矢部市グループホーム連絡協議会に参加し、健康福祉課の窓口に出向いた時には、様々な相談にのってもらえるような関係性を築いている。	介護相談員の受け入れや、事故報告書の提出などメールでやり取りをしている。定期的に管理者が訪問し、利用者の紹介や様々な相談を行っている。	
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	身体拘束ゼロ委員会を設置し、3ヵ月ごとに委員会を開催している。委員会の議事録をフロア会議でも報告し、また、年2回の勉強会も行い、職員全員で共有する事に努めている。日中の玄関の施錠はしていない。	身体拘束廃止の方針を定め、3ヵ月ごとに委員会を開催している。サービス方針の中にも身体拘束廃止の項目が定めてあり、常に身体拘束をしないよう意識している。研修に関しても、職員がマンネリを感じず、自ら考えられるようにクイズ形式にするなど工夫している。	

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
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	月1回開催しているフロア会議の中で、毎回サービス方針の中に含まれる「否定や命令はしない」「触れる時は優しいタッチで、掴むようにしない」など読み上げ確認している。		
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	日常生活自立支援に関しては、「できる事を残していく」と毎月のフロア会議でも話し合いに出し意識的に取り組んでいる。成年後見人に関しては、実際に後見人制度を利用している利用者が過去にいた、後見人の法律事務所に相談にのってもらった経緯がある。		
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	契約書や重要事項説明書に沿って、口頭で読み上げ、疑問等あればわかりやすい説明を行うよう努めている。改定などによる利用料の変更についても、口頭と書面にて説明し家族に理解を得ている。購入品などは、事前に家族に伺い承諾を受けてから購入している。		
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	運営推進会議に参加した家族の意見を聞いたり質問に応じたりしているが、家族からの直接の意見が出た場合は、その都度電話で対応し、毎月のリーダー会議で報告している。また、家族の面会時や受診時には、利用者の近況を報告している。家族の要望もふまえ、11月から飲食を伴う外出や外泊、居室での面会を解禁した。	面会時に家族から意見を聞き取るようにしている。家族からの要望もあり、面会、外出、外泊、外食なども昨年の11月に解禁とした。また、これまで面会に来られた方にお礼がしたいとのことで、家族に面会された方をお知らせした。	
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	リーダーが各職員と面談の場を設け、意見や要望をきいている。職場の悩みは職場でしか解決出来ないことをフロア会議で伝えていつでも相談にのれる環境作りに努めている。リーダーからは、細かいことも管理者に報告相談を行っている。2ヶ月に1度、業務改善委員会も行うようになり、職員から意見を聞いている。	リーダーとはすぐ話ができる環境となっている。人間関係や勤務変更、プライベートな悩みまで良好な関係性が構築されている。物品の購入に関しても入浴補助具の購入など、運営者にリーダー会議で提案し購入することとなった。	
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	リーダーが各職員と面談の場を設け、意見や要望をきいている。職場の悩みは職場でしか解決出来ないことをフロア会議で伝えていつでも相談にのれる環境作りに努めている。また、勤続5年、10年で永年勤続表彰、記念品の授与を行っている。		
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	職員のスキルアップの為、職員に応じた外部研修と内部研修を受けている。今年度は中間リーダー研修に参加し、感染予防対策、正しい消毒のやり方の講習を行った。		

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
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	他施設との交流は、来られた際や出向いた際に近況報告や情報交換を行っている。		
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	面談に伺い、本人の置かれている状況と、環境を見せていただきお話をきかせてもらっている。入居されてからは、本人の希望や、興味のあるものを把握して、また話を聞きながら不安なく生活出来るようサポートに努めている。		
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、面談を通して家族の困っている事や不安に思われている話を伺い、サービスについての説明をし、安心出来る関係づくりに務めている。		
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、利用者や家族の思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応を行っている。		
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ことを念頭に置いて、日々の日常生活でも役割を持って生活していただけるよう努めている。		
19		○本人と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	ホームに入居されても、家族の面会や、本人から欲求があった時は、電話対応をお願い出来るか伺っている。本人の気持ちの安定と、家族に状況を見ていただき離れていても、家族との絆を大切にしていけるよう努めている。		
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	11月から、居室での面会や、飲食を伴う外出外泊制限を解除し家族との時間を大切にしていたべく支援に務めている。またマスク着用や、短時間の面会に協力を求めるなど感染予防対策にも努めて行っている。	面会は短時間ではあるが、居室にて人数制限を設けず受け入れている。外泊や墓参りをされた方もいる。携帯電話を使用し家族と連絡を取られている方や、遠方の家族と年賀状や手紙で交流されている方もいる。いつでも電話を繋ぐことも可能としている。	

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、普段の居場所となる自席は相性などを考慮して席選びの支援に努めている。共通の憩いスペースとしてソファを設置しつづけるような環境作りに努めている。		
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	契約時に、あさがおで過ごされることについての家族の意向を聞いている。日々の関わりの中で、本人の意向や職員の気づきなどタブレットに記入している。具体的な話し合いは、月1回のフロア会議で職員が意見を出し合って支援の方法を決め支援している。	センター方式のC-1-2様式を使用し、本人から思いをあまり表現されない方でも、口癖になっているキーワードなどを記録するようにしている。また、日頃の利用者との会話も記録するようにしており、思いを聞き取るようにしている。	
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	入居前の生活歴や、暮らし方の希望を、家族や病院の地域連携から情報を提供していただいている。入居後は、本人の思いや、担当者会議での家族の話から情報をいただき、その人らしい暮らしに近づけるよう支援に努めている。		
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	日々のバイタル測定や排便の状態、食事量、水分摂取量をタブレットに記録し、利用者が健康に過ごしているか、現状を把握している。また、疾患を持っておられる方や体調不良が見受けられる方に対しては、主治医、かかりつけ医の指示を仰いでいる。		
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	月1回のモニタリングと、利用者の現状について話し合い、必要に応じてプランの見直しを行っている。ケアプラン担当者だけでなく、フロア会議で利用者の現状を話し合い、職員全体でプランの確認を実施し本人の現状にあった生活が送れるよう努めている。サービス担当者会議では、家族にプランと利用者の近況を説明している。	毎月のユニットごとのユニット会議にてモニタリングと現状を話あっている。サービス担当者会議には必ず家族が参加できるように日程調整し開催している。	
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	日々の生活記録を、タブレット形式で記録入力し、職員間で情報共有している。月1回のフロア会議では、利用者についての関わり方や、気づき、工夫について、その都度話し合い、細かいことの見直しや、実践に繋げている。		

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、利用者の日用品や嗜好品は、家族に準備してもらっているが、消耗の激しい物や、常時必要な嗜好品については、職員が買い物代行を行ったり一緒に買い物に行ったりしている。		
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	最寄りの駐在所には、行方不明者が出た場合も想定し、事前に協力を依頼している。また、消防署には、避難訓練の協力を依頼している。		
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	入所時に、本人家族希望の主治医を伺っている。その上で当施設の訪問診療協力医院である井上内科主治医による、日々の健康管理である全体往診や体調不良時の往診、24時間連絡出来る体制で適切な医療を受けることが出来る説明を行っている。外部受診に関しては家族が付き添うことになっているが、救急搬送時の付き添いや、家族が来るまで職員が立ち合いを行う場合もある。	現在は全利用者が協力医を主治医としているが、契約時には選択可能であることを説明している。往診時には看護師から情報を提供しており、受診後の結果等もタブレットに記録され職員が共有できるようにしている。協力医の専門外への受診はそのまま継続されている。	
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	常勤看護師も非常勤の看護師も配置されている。利用者に体調の変化が見られた時には、看護師に相談したり、主治医と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、入院中の現状などの情報を提供してもらいながら連携を取り、退院後に安心して戻って来れるよう働きかけている。退院後の利用者の居場所を確保する為に、30日間は、居室をキープすることが出来る。		
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、家族に重度化や終末期のあり方について、事業所で出来ること出来ないことを説明し理解を得ている。また終末期に対しては看取りは行わない方針と契約書に記載されているが、重度化した場合、医師、家族、職員、ケアマネで話し合いの場を設け、主治医の指示の元、看取りを実施したケースもある。	重度化や終末期に向けた指針を策定し契約時には家族に説明している。条件が整えば看取りまで行うことが可能としている。看取りへの研修参加や職員が協力しあえるように職員間でメッセージアプリを活用したりと環境整備をしている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、職員間で共有している。また、救急搬送時の対応については、訪問医療協力医院である井上内科に連絡して、医師の指示を仰いでいる。		

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
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	火災を想定した避難訓練を11月に1回行った。自然災害の備えとして、河川が近いことからハザードマップや避難場所の確認を行っている。地震に対しては、食器や棚の中の物が落ちた経験により固定出来るところは固定した。非常食は、水とご飯を3日分備蓄している。3月に2回目の自主訓練を行う予定である。	ハザードマップでは水害地域となっているため、利用者と共に避難場所まで避難経路を確認しながら移動した。避難場所が近所の小学校であるが、それより高い場所を想定したほうが良いか検討中である。3月には机上訓練を行う予定である。	避難場所の検討を含め、地域の方や協力施設と共同した避難計画を策定し、より具体的な計画となるように期待したい。
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	理念に基づいたサービス方針を掲げ、言葉がけについても、マイナス的な発言は避けポジティブな発言に変換するよう意識して声掛けしている。毎月のフロア会議でもサービス方針を読み上げ確認し合っている。利用者の気持ちに寄り添い、命令や否定にならないように、人生の大先輩という気持ちを持って関わるよう努めている。	排泄時の扉の開閉確認やカーテンを閉めるなど細部に気を使っている。利用者の自立度に合わせて一旦その場を離れたりして、プライバシーと尊厳を護るように心がけている。	
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、利用者の言葉や表情から、思いや希望に耳を傾け自己決定出来るように務めている。		
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	職員中心の生活にならないよう、利用者1人1人のペースを大切にしている。利用者の希望に沿った生活リズムを大切にしている。特に食事時間に関しては、個人の身体状況や、事情などに留意し、本人のペースに合わせるよう務めている。		
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	その人らしい身だしなみが出来るよう、本人の希望を聞いて、入浴準備したりしている。利用者が自分で整容しやすいように居室以外に、洗面所にも櫛を置いている。髪のカットのタイミングも、本人の希望を聞いてから予約している。		
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	日々の食事は、外部委託になってしまったが、ご飯と味噌汁は出来立ての物を提供している。食事形態は、利用者それぞれの身体状況に合った物を提供している。介助が必要な利用者には、声掛けしながらの食事介助の支援に努めている。手作りおやつは継続しており、おはぎやケーキなど喜んでもらっている。台所仕事を手伝うことが好きな利用者には一緒に手伝ってもらっている。	ご飯と味噌汁は手作りとし副食は外部委託の湯煎タイプでの食事となっているが、盛り付けや食器洗いなどは利用者と共に行っている。また、利用者の嚥下機能に応じて、きざみ食、ミキサー食、ゼリー食など状態に合わせて提供出来るようにしている。誕生会やおやつなどは手作りで提供するようにしている。	

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
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	毎日の食事量や水分量は、タブレットに記入している。食事形態に関しては、利用者個人の状態を見て、常食、きざみ、ミキサー、ゼリー等と必要に応じて変更している。また、著しい体重減少などが見られた場合は、医師に報告相談し、栄養剤の処方も受けている。		
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	毎食後、1人1人に応じた口腔ケアを行い、口腔内の清潔維持に努めている。義歯を使用されている利用者は、寝る前に義歯洗浄剤で消毒し、歯茎のみの利用者はスポンジブラシを使用している。歯ブラシは、月に1回交換している。		
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	介護記録を使用し、利用者の排泄パターンの把握に努めている。尿意がある人はトイレ誘導を行い、失敗尿があってもトイレに行かれる習慣を大切に支援を行っている。尿意のない利用者に対しては、時間を見てトイレ誘導を行っている。日中は、紙パンツトイレ誘導、夜間はテープ付きを使用しゆっくり休んでいただくなど柔軟な対応も心掛けている。	日中はトイレで排泄するように声かけを行い誘導している。夜間はポータブルトイレの使用やオムツ対応となる方もいる。タブレットに記録することで排泄間隔を確認している。できないことのみ介助するようにして自立支援に繋げている。	
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	適度な運動を促すために歩行運動の声掛けを行ったり介護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。便秘傾向の利用者に関しては、主治医に報告して緩下剤や下剤の処方を受けている。日々の、排便状況を見ながら排便コントロールを行っている。		
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回の個別入浴を基本としている。曜日はあえて決めずに体調や本人の希望で順番に行っている。一般浴が難しい利用者に関しては、シャワー浴＋足浴を行っている。体調不良が続いている場合は、全身清拭で清潔保持に努めている。	本人の希望に沿うように週2回以上入浴できるようにしている。入浴設備は一般浴のみのため、またぎが不可能な方はシャワー浴と足浴で対応している。乾燥を防ぐために保湿クリームを塗布するようにしている。	
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	食事、おやつ、入浴時間以外は自由に過ごしてもらっている。共有スペースのソファでくつろがれたり、居室に休みに行かれたり、車椅子を使用されている利用者に関しては座りっぱなしにならないよう日中の臥床時間を設けるなど個々にあった支援に努めている。居室は、遮光カーテンを使用し、安眠できるよう配慮している。		
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、容量、用法、副作用)を把握、確認出来るよう、服用薬品名カードを個人ファイルに保存している。全員の服薬している薬の一覧表も作成して毎日確認してセットしている。錠剤が飲み込めなくなった場合は、医師に報告して散剤にしてもらうなど服薬支援に努めている。		

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
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、自分で出来ることを残し、達成感を感じていただけるよう支援している。役割をもって職員と一緒に作業や作品作りをしていただいたり、職員と一緒に体操や外散歩などで気分転換を図るなど行っている。		
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	嗜好品の購入の希望があれば、買い物と一緒にいく支援、または嗜好品の買い物代行を行っている。毎日外に出て行きたい利用者に対しては、距離感を考慮し見守りを行っている。家族に連絡して欲しい希望が聞かれた時は、家族につなぐ支援をしている。	利用者の欲しいものを近所の店まで職員と買い物できるようにしている。近所にお地藏さんがおりそこまで散歩したり、駐車場で日向ぼっこしたりしている。花見のシーズンにはドライブしている。	
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	入居される際に家族に伺い理解を得た上で、フロアで預り金を所持させてもらっている。施設で生活していく上で必要なものや、本人の嗜好品などの購入の代行の支援を行っている。お金を預かっているので必要なものは買ってきますと利用者に伝えることで安心してもらえる支援に繋がっている。		
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	契約時に、本人が家族に電話を希望された時の電話対応が可能かどうか伺っています。家族に電話することで落ち着かれる、安心されるということを理解していただいた上、了承を頂き支援に繋がっている。		
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	リビングの大きな窓から望む外の景色で、天気や四季を感じられるようになっている。フロアを中心に、各居室やトイレやお風呂場が近く、行き来がしやすく、見守りもしやすい環境になっている。フロア内には、利用者が見やすいように手作りの大きなカレンダーを掲げている。エアコンや加湿器を使用し年中快適に過ごせるよう温度と湿度の管理には十分配慮している。	共有スペースは大きな窓からの採光もあり、明るい空間となっている。テレビの前にはソファが設置されており、各自のひざ掛けも置かれている。壁もいたる所にちぎり絵やカレンダーなど作品が張られている。	
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	共有スペースでは、1人用の椅子や、他利用者と一緒に過ごせるソファが置いてあり、思い思いに過ごせるようになっている。また、歌番組の録画を多数備えており、大型テレビで楽しんでいる。フロア内にトイレは3か所設置されている。		

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
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	完全個室でエアコンが完備され、快適に過ごしていただけのよう温度管理されている。入居時に、タンスやテレビを利用者の好みに合わせて準備していただいている。家具の置き場所は安全に考慮し、必要に応じて、置き型手すりや、PTイレを準備している。フロアの周りに各居室が連なっているため、安全に留意しやすい環境となっている。	介護ベッドとエアコンが設置されており、各自筆筒やテレビなど馴染みのものを持ち込んでいる。自分の作った作品を壁に飾っている方もいる。置き型手すりやL字柵を事業所で用意し安全を確保するよう努めている。	
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	その人に合った生活が出来るよう、ホーム全体がバリアフリーになっている。外には、監視カメラも設置して安心防犯対策に努めている。		

2 目標達成計画

事業所名 はあとふるケアあさがお

作成日： 令和8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	4(3)	運営推進会議に出席出来ない家族に対して活動報告が出来ていない。	家族全体に対して、活動報告をしていく。	参加出来なかった家族にも、メールを使用して議事録を送っていく予定。	6ヶ月
2	35(13)	避難が必要になった時に、地域の方の協力も必要であるが、話し合ったことがない。	いざとなったとき、地域の方の力も借りていきたい。	民生委員の方に、いざという時の協力を呼び掛けていく。運営推進会議に出席していただいた時に話し合いをしていく。	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合った
		☐ 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、職員全員で話合った
		☐ 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合った
		☐ 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合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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合った
		☐ 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()