

1 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	0872400262		
法人名	株式会社 ウェルビー		
事業所名	あつとホームきりん荘	ユニット名(
所在地	〒302-0118 茨城県守谷市立沢950-1		
自己評価作成日	令和 3 年 12 月 27 日	評価結果市町村受理日	令和 4 年 3 月 11 日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0872400262-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和4年2月18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)】

私たちは入居者一人一人が”その人らしく暮らす”ための支援を考え、実践することに日々取り組んでいます。職員は入居者及び家族との関わりの中で信頼関係を得られるように努めています。これまでの暮らし方を本人、家族から聴き取り”その人らしさ”を職員間で考え関わっています。生活の中で本人が力を発揮し、楽しみを継続していけるよう、入居者のできることに着目した支援を行っています。生活を共にする入居者同士の良好な関係を作るため、入居者の意見を取り入れながら共に協力し関わりながら企画を行っています。最期まで”その人らしさ”を考え、寄り添いながら、入居者が生活感を持って暮らせる環境づくりを心掛けています。

【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)】

事業所は閑静な住宅地の中に立地し、利用者は事業所周辺の散歩時に近隣住民との挨拶や住民が育てた野菜のお裾分け、逆に職員と利用者として作った焼き芋を御礼として配るなど日々地域住民と交流し穏やかに楽しく暮らせる環境となっている。管理者は利用者に向合う担当職員を決め、家族等が何でも言える環境を作っているほか、全職員が利用者の変化や気づきを記載できる「生活記録」から利用者の変化に応じた詳細な介護計画書を作成できる仕組みを導入して支援にあたっている。コロナ禍の中、外出支援が困難な為、職員からの提案でコーヒー豆を挽いて部屋中良い香りを漂わせたり、アロマ入浴など嗅覚を活かした支援方法で利用者の笑顔が多く得られているほか、日々管理者は職員の提案や意見をすぐ反映し利用者の喜びに繋がるよう努めている。

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 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. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の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		

自己評価および外部評価結果

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	理念は玄関に掲示し会議や申し送りで復唱することで共有できるよう意識づけしています。理念を基に入居者一人ひとりがその人らしく暮らせる環境づくりをしています。	職員が理念の重点項目を決め、利用者一人ひとりがその人らしく暮らせる環境作り、利用者を笑顔にする支援を心がけている。	
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	地域を散歩し挨拶を交わすうちに顔馴染みの方もでき、立ち止まって会話することが増えています。野菜を頂いたり、焼き芋をお礼に配るなど地域交流しています。	散歩時に挨拶を交わし、野菜をいただくなど交流を日々行っている。野菜のお礼に事業所で作った焼き芋を地域住民に配っている。コロナ禍前は法人主催の祭りに地域の方々を招待していたが、現在は中止している。	
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	施設見学ではご家族より相談を受けることがあります。認知症の方の行動や発言によりご家族の悩みを伺うと共に認知症の方が感じている不安や行動に対して支援の工夫を伝えています。		
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	運営推進会議は2カ月に1回資料配布し地域包括支援センター、民生委員、地区の方、ご家族への活動報告を行ってきました。会議が再開となり、直接いただいたご意見を基に認知症の方の面会方法について検討を始めています。	コロナ禍でも一時感染状況が落ち着いていた時は対面での開催を実施しているが、現在は書類で報告している。コロナ禍での面会について考えて欲しいとの意見を基に、面会方法について検討を始めた。	
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	運営推進会議では、担当者の方に事業所の取り組みや実情を定期的に伝えています。事故の対応については電話や窓口にて直接相談できる連携、協力関係を築いています。	介護認定更新時に窓口へ訪問し、相談する他、運営推進会議へ参加依頼(対面時)、電話連絡時などで信頼関係が構築されている。	
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	内部研修の受講や資料を用いて部署への伝達研修を行っています。定例会議での振り返りを重ね身体拘束による弊害について職員が理解し身体拘束ゼロのケアを実践をしています。やむをえない場合に備え家族の承諾書類の整備や身体拘束廃止委員会を設置し定例会意義を開催しています。	身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月1回以上開催し、身体拘束適正化指針の作成や職員研修を年2回以上実施している。やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合に備えた書類を整備している。	

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	入居者の行動や発言に対してどのように対応すべきか対策に悩む事例は、定例会議や申し送りの場などで報告、相談するようにしています。日常のケアを都度振り返り、職員が互いに意識して虐待防止に努めています。		
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	認知症高齢者の権利擁護について施設内研修を開催し理解を深めています。また認知症の方にとって権利擁護とは何か資料を配布し、個々の支援に繋がるよう振り返っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入所時契約の説明は文章と口頭で、不安や疑問な点を確認しながら行っています。入居後も随時相談を受け必要な説明を心がけています。契約書類の改定にあたっては当該箇所を明示し理解が得やすいように説明を行っています。		
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	体調変化やケアプランの更新時にはご家族の意見や要望を確認し反映するようにしています。運営推進会議ではご家族から意見をいただくことがあり、利用者本人だけでなく事業所全体の活動にも生かすようにしています。	コロナ禍前は家族等と定期的に面談や懇親会の際、話を聴くようにしていたが、現在は家族アンケートを実施している。家族等からの意見を受け職員の異動等について書類を送付することにした。	
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	職員から意見を求め年間の活動計画を立てています。会議だけでなくアンケートを行い職員の意見や提案を取り入れ議題として挙げています。提案により企画を決め実施することで、振り返りや今後に生かす課題も見つけ意欲向上に繋がっています。	コロナ禍で外出支援ができないことから、職員からの意見で、利用者の楽しみに繋がるようコーヒー豆を挽いてコーヒーを淹れたり、アロマ入浴など臭覚を意識しながらの楽しみを導入している。	
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	職員と定期面接を行って相談を受け目標を持ち取り組めるよう指導しています。職員からの意見や要望、部署内の課題もリーダーを中心に相談できる関係づくりに努めています。部署異動も行いながら互いのスキルアップや協力できる体制を整えています。		
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	OJTの実践やプリセプターシップにより職員教育、指導を行っています。年間の研修計画を決め、必要な研修を受講できるようにしています。個別に必要な課題を見つけ動画視聴なども行っています。		
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	関連事業所のネットワーク(GH)を活用しています。相互訪問を行い、互いの課題を相談したり取り組みを参考にするなどしています。		

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
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	本人の要望や思いを知るために担当者を決めています。担当者が中心となり各職員からの情報をもとに困りごとや入所後の意向や不安の把握に努めています。職員の名前や写真を掲示して分かるようにしたり、こまめに声を掛けて顔なじみとなるように関係づくりをしています。不安が強い時はセンター方式を活用してアセスメントを実施、行動や言動を観察し本人の理解を深めるための支援をしています。		
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	入所前よりご家族との面談を持ち、サービス導入までの生活状況、家族の思い、困りごとの把握並びに入居後の不安や希望など要望を聞く機会をもち関係づくりに努めています。家族関係や生活歴、背景を踏まえ、暮らしの様子を家族に伝え、本人だけでなく家族の不安解消に努めています。		
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	初期対応では入居前のサービス利用状況や担当の介護支援専門員、関係機関からの情報も参考にして、必要な支援を見極めています。関係継続が必要なサービスや関わりを断ち切ることなく入居生活を始められるよう関係性の理解に努めています。		
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	入居者間や職員が協力し支え合える環境づくりに努めています。得意なことやできることを見極めて役割分担し、入居者が体験を通じて意欲が向上するような声かけを行い次に繋げています。利用者がお茶を入れて職員に出したり一緒にお茶を飲んで休憩したり談笑する機会も楽しんでます。		
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	各家族のおかれた環境を理解し、どのような関わりを継続できるか確認しています。認知症の進行により関わりが難しく感じるケースや看取り対応に迷う方など、ケースに合わせた助言や関わり方を提案しています。家族の関わりが継続できるよう働きかけをしています。		
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	親戚や知り合いの方との面会や外食、家族との墓参りなど馴染みの場所や人との関係が途切れない支援に努めています。近隣を散歩中、知り合いに声を掛けられたり、地域のイベントで偶然会うこともあり馴染みの関係が継続しています。	利用者によっては、馴染みの人との交流があっても忘れてしまうので、家族等や親類と交流があった際には、写真付きの日記形式でファイルしながら記録し、利用者に見せている。	
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	入居者の社交性や性格、認知症によるBPSDも踏まえながら相性をみて昼食の席や外出の組み合わせを決めています。また固定せず誰とでも関わることができるよう言葉の理解度、聴力の状態等コミュニケーション能力に合わせた支援をしています。		

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
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	退所手続きの際には、相談を受け必要な支援をしています。看取りによって退所となる方が多く、ご家族の体調や生活など精神面などもフォローしながら関係継続に努めています。		
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	本人の言葉や行動を記録に残し、会議や申し送りなど職員間で話し合う機会を持ちアセスメントをしています。	センター方式を導入し、入居時の聴き取りや生活歴から把握、日々の関わりの中利用者との会話や行動、仕草から意向を把握し、フェイスシートや業務日誌、生活記録に記載して職員間で共有している。	
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	センター方式やカンファレンス、面会等を活用してご家族から生活歴や馴染みの暮らし方を聞いて情報を得ています。サービス利用の経過は関係機関から情報確認をしています。		
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	個人のADLに合わせて何が出来るのかをアセスメントしています。残存機能を把握した関わりの中から生活歴を踏まえ好むことを見つけプランに反映するようにしています。		
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	ADLの変化や生活の様子で新たな課題が生まれていないかモニタリング、評価しています。医師や看護師、家族からの意見を確認しながら担当介護職員が中心となりケア見直しを検討しています。情報は評価表や支援経過表にまとめチームで共有しています。	職員がそれぞれ記載した「生活記録」から利用者一人ひとりに合う詳細な計画書を作成している。半年ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っている。	
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	計画書は生活記録と共に、職員が共有できるように工夫しています。計画書をもとに行動や言動を観察し行ったケアを記入しています。関わり方の工夫や気づきなど職員間の意見交換をして必要な見直しを行っています。		
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	入居者の重度化に伴い家族の付き添いによる受診や外出が困難なケースが増える傾向にあり、希望者との契約を行い個別のニーズ(付き添い支援)に対応しています。		

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
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	フラワーショップやコンビニ、喫茶店など近隣の地域資源を活用し暮らしに繋がる支援をしています。散歩中店舗に寄る事もでき個別の満足感にもつながっています。		
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	契約時に家族と事業所協力医療機関をかかりつけ医にするかどうかの確認をしています。協力医療機関では毎週往診医が訪問し、月1回の診察を行っています。体調不良時の臨時診察や受診など医療との適切な連携を図ることができています。	法人にアテンドサービスというものを独自に作り、家族等に説明をして契約を結び、急な受診など希望に応じて病院までの付き添いを有料で行っている。	
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	利用者の体調変化は施設看護師と連携し対応しています。報告相談と指示を受け経過観察を行い住診や受診に繋がっています。		
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。	利用者が入院する際はADLや環境変化によるBPSDや施設での対応など情報提供しています。入院中は医療連携室から情報を入手して、治療経過や回復と退院の見込み、ADLなどの基本情報を確認し退院時期を相談しています。施設では医療機関からの情報に基づく生活リハビリに取り組み早期退院をサポートしています。		
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	入居時に重度化や終末期、看取りについての説明を行っています。本人の状態変化がある時にも意向や要望を再度確認して、事業所でできることの理解を得るようにしています。情報はチームで共有できるよう記録をまとめ経過が分かるように工夫しています。	看取り医師意見書(利用者にあつた看取り介護について記載)をもとに看取り介護同意書を得ている。看取り介護終了後には、職員に対して看取りケア振り返り記録を書いてもらい、次回に結び付けている。	
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	急変や事故発生時の対応が学べるように定期的に施設内研修を行っています。		
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	事業所内の防災委員が中心となり消防署の指導のもと年2回の避難訓練を実施しています。避難方法や誘導時間など内容を記録し評価をしています。災害に備えた備蓄品は定期的に入居者が消費してローリングストックしています。炊き出し訓練は企画実施を検討しています。	年2回の避難訓練を行っているが、夜間想定を行うまでに至っていない。災害に備えた備蓄品を管理している。毎年3月には近隣住民も参加して炊き出し訓練を行っている。	夜間想定を含む年2回以上の避難訓練が望まれる。

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
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	事業所の年間計画に組み入れて継続的に権利擁護の研修をしています。会議やアンケートで不適切ケアに繋がる事例を振り返り入居者のケアを検討しています。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない声掛けに配慮している。人権尊重や守秘義務について規程等を定め、研修を行っている。個人情報に関わる書類は鍵のかかる書棚に保管している。	
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	衣類の選択やセレクトおやつなど、日常生活で自己決定の機会がもてるように働きかけています。言動や行動だけでなく表情の変化を読み取り、したいことや思いをくみ取って理解するように努めています。選択肢を用意して選びやすくする工夫をしています。		
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	起床や就寝は個人の生活習慣をもとに支援しています。朝はゆっくり起床し居室で食事をしたい、夜はゆっくりテレビを観て過ごしたい、疲れてしまうので日中も休みたい、好きな時に散歩して歩きたい、天気がいいからどこか行きたい、など希望に沿った活動や支援をするため、職員の動きや予定を調整したり工夫をしています。		
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	昔の写真や雑誌、買い物に行く機会を活用して好きな服やおしゃれについて聞いたり、家族からの情報をもとに日常の服選びや美容室でのカットなどその人らしさが出るように支援しています。化粧や顔の手入れ髪の色など、好みや習慣を継続できるよう家族と相談して日用品を揃えています。		
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	用意された献立のレシピを基に利用者と職員が一緒に準備から食事片づけを行っています。個々の能力に合わせて協力を作業できるよう働きかけています。またお楽しみ献立や特別メニュー、テイクアウトなど入居者の意見をもらい食の楽しみに繋げています。	宅配サービスから献立と食材が届き職員が厨房で調理し、温かい食事を提供している。特別メニューや月一回お楽しみメニューを導入している。現在外食ができないのでテイクアウトなどを利用している。	
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	食事・水分量は生活記録に記載量の把握が出来るようにしています。足りない場合は嗜好品や形態を変えて工夫しています。家族へ相談し差し入れなども協力してもらい、必要量の摂取を促しています。自立を促すとともにその日の状態を判断し必要な介助をしています。		
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	口腔内の状態を把握して一人ひとりに合わせた支援をしています。うがいやブラッシングなど出来ることはしてもらい、状態を観察し変化は家族に伝えています。希望により歯科医師とも連携し治療やケアを受けることもできます。入歯は定期的に洗浄剤を使用し清潔に使用できるようにしています。		

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
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	排泄の失敗が続いてもすぐにオムツを使用することはせず、排泄パターンの評価をして、失禁前の誘導に繋がるよう支援をしています。オムツの方も排便リズムを考え定期的にトイレに誘導し、排便を促しています。	排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、できるだけトイレで排泄ができるよう支援している。便秘予防と解消のため適度な運動や腹部マッサージを導入している。	
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	生活リズムを整え、食事で不足しがちな食材や乳製品をおやつで補うようにしています。定期的な誘導や適度な運動、腹部のマッサージなどを行って自然排便を促しています。またご家族に相談しサプリメントを試すなど便通改善に取り組んでいます。		
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	体調変化や時間帯など個人に合わせて入浴に誘っています。気分に合わせて時間を換えたり翌日にするなど意向に沿うようにして週2~3回入浴しています。季節に合わせてたゆず湯、菖蒲湯のほかアロマ風呂を希望者、状況に合わせて実施しています。	フットマッサージやアロマ風呂を取り入れている。デイサービスの機械浴を使用する等安心安全に入浴ができるよう配慮している。	
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	起床や就寝は個人の生活習慣や状態の変化に合わせて変えています。食後の休息は自室だけでなく居間の畳やソファなどくつろげる居場所が選べるようにしています。夜間寝付けない方には眠くなるまでリビングで一緒に過ごし、お茶を飲んだりテレビ鑑賞などをして寄り添い、安心できる環境づくりに努めています。		
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	処方内容が分かるようにケアプランとともにファイルに綴じ内容を確認できるようにしています。作用・副作用を理解し服薬介助を行って、体調変化を観察しています。医師、看護師への報告により処方薬の継続や変更の相談、減薬などの評価に繋がっています。		
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	家族からの情報を基に生活歴や嗜好を把握して、役割や楽しみにつながる支援を考えケアプランに反映しています。食器洗いや簡単な調理など得意なことを生かし役割が持てるように支援しています。花を育てること、音楽鑑賞、本を読むことなど個別の関わりから交流する楽しみや気分転換にもつながっています。		
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	日々の生活では天候や希望に合わせて施設の周辺を散歩したり、中庭で外気浴をしています。公用車を利用し少人数でのドライブや花見、公園に寄ることもあります。入居者の希望を聞きながらご家族との外食機会も検討し行っています。	施設周辺を散歩したり、中庭でお茶を飲みながら外気浴をしている。気分転換を兼ねて公用車でドライブや花見に出かけている。家族との外食を検討して行っている。	

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
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	個別に必要な物を購入できるよう事前にご家族の承諾を得ています。嗜好品だけでなく日用品も欲しい時に購入でき、外出が可能な時は希望や能力に合わせて支払いもお願いしています。		
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	葉書の活用や希望を伺い電話を取り継ぎご家族や友人との交流が継続できるよう支援しています。本人宛に届いた荷物は内容を伝え、お礼の電話をすすめ取り継ぐなどとしています。		
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	トイレ(2か所)は廊下に配置され、食事スペースから離れた配置になっており、臭気や音など気兼ねなく入る事ができます。廊下の天窓は採光や換気だけでなく季節を感じることもできます。リビングからウッドデッキや畑に出ることができ、季節の花や近隣の景色を眺め楽しんでいます。また季節行事の飾り付けや写真を掲示して、季節や生活感を感じる工夫をしています。	居間兼食堂は天窓があり明るく開放感のある空間になっている。掃き出し窓からウッドデッキが続き、そこでお茶を飲みながら外気浴を楽しめるようになっている。食堂兼居間の一角に畳のスペースがあり、寛ぐことが出来る。廊下は広く手摺が設置され、壁にはイベントの写真などを掲示するなど、利用者が楽しみながら歩行訓練が出来るように工夫している。	
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	リビングや居間の共有空間を利用者が思い思いに過ごせるように工夫をしています。テーブル席は馴染みの方同士で食事もでき、配置を換え全員で鍋を囲んだり誕生会などもしています。居間に布団を並べ体を休めたり、縁に腰かけお茶菓子を食べながら談笑したりと自由に過ごしています。		
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	家族から入居前の暮らしをお聴きして、馴染みの環境について相談し協力を頂きながら環境づくりをしています。使い慣れたベッドやタンス、家族との思い出の写真、好きな人形などに囲まれ居心地の良い場所となるよう工夫しています。	職員は自宅の馴染みの物を持ち込んでもらえるよう家族等に伝えている。各自、ベッドや家具などを持ち込み、利用者自身が落ち着く位置に配置したり、絨毯やマットなど活動しやすい環境にしている。	
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	アセスメントから個人の理解力やADLに合わせたケアプランを作成しています。トイレや浴室の場所、自分の部屋が分かるように貼り紙や表札をつけて迷わずに行けるようにしています。手すりが各所にあり廊下の歩行やトイレでの立位ができます。トイレまでの動線を見守りできるように和室の障子を外し、自立支援と安全の確認が出来るようにしています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 あつとホームきりん荘

作成日 令和 4年 3月 11日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	夜間想定を含む年2回以上の避難訓練が望まれる。	事業所の活動目標に年2回の避難訓練を組み入れる。内1回を夜間想定で実施する。	3月中に今年度の夜間想定訓練を実施。次年度計画は、6月、12月の開催として事業所目標を作成する。	9 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。