

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		
所在地	〒302-0118 茨城県守谷市立沢950-1		
自己評価作成日	令和 5年 12月 20日	評価結果市町村受理日	令和6年3月21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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=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6年2月19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。職員はそれぞれ入居者の担当を持ち、入居者、家族との関わりの中で信頼関係を得られるよう努めています。これまでの暮らし方等を本人、家族から聴き取り、その人らしさを職員間で共有し、関わっています。入居者様が楽しみを継続しながら、力の発揮が出来るよう支援しています。最期まで “その人らしく” 生活が送れるよう、寄り添い安心して頂ける環境づくりに努めています。

【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、同建物には通所介護、短期入所介護、居宅介護支援があり、大きな施設になっている。各事業所はお互い協力関係にあり、職員や利用者の安心に繋がっている。利用者がその人らしく暮らすために、管理者や職員、利用者で話し合い理念の再構築を行った。新理念を基に日々実践に取り組んでいる。施設長は看護師や清掃スタッフを介護職員とは別に配置するなど、職員が安心して余裕を持って利用者に向き合えるよう考慮している。全職員は利用者の変化や気づきを記載する「生活記録」などをタブレットで記入し事務所のPCで管理するようになったため、いつでも情報を確認でき日々のケアに繋がっていると、職員に時間的余裕が出来た。管理者は職員と日頃からコミュニケーションを図り、何でも話し合える関係を築いており、職員同士も良好な関係になっている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	スタッフ間で意見を出し合い、理念の再構築を行いました。新たな理念を職員間で共有し、理念の基に入居者様が安心して生活ができる環境づくりをしています。	長年使われてきた理念を現在の状況に合わせて、管理者と職員、利用者で話し合い理念の再構築を行った。朝礼時に唱和して確認し、共有している。	
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人として日常的に交流している	お散歩をした際に、近隣の方へ挨拶をしたり、畑作業をされている方と顔見知りになり、お野菜やお花を頂いたり、お礼に飲物を差し入れる等、地域交流をしています。	コロナ禍の影響でボランティアの受け入れ体制が出来ていない。今後体制を整えてから受け入れを行う予定である。市のひな祭りスタンプラリーに参加したり、地域のふれあい祭りに参加して地域住民と交流を行っている。	
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	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言動など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の支援の工夫などをお伝えしています。		
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ヶ月に1回開催し、地域包括支援センター、民生委員、地区の方、ご家族へ活動状況の報告を行っています。また、頂いたご意見を日々の生活に活かしています。	家族等の代表や利用者、市職員、民生委員等が参加して開催している。施設の垣根の手入れに困り相談し、区長が協力してくれたり、コロナ禍での面会について考えて欲しいとの意見に、施設内で面会の方法について検討をした。	
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取り組んでいる	きりん荘内においてコロナ感染者が出た際には、市役所の窓口へ状況の報告を行った。ライフ加算について相談に行く等、連携をとっています。	介護保険更新時やコロナの状況の報告など窓口で訪問し、相談したりと市の担当者とは、日頃から電話にて相談、意見交換なども行い良好な関係を築いている	
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	内部研修の受講や動画研修、資料を用いて部署への伝達研修を行っています。離設等の事故を未然に防いでほしいという家族の思いもあり、玄関は施錠、開いている時には人感センサーが鳴るようにしています。	各部署の代表者が15人参加して身体拘束排除委員会を毎月行っている。現在まで事例はないが職員の振り返り研修を行っている。年2回内部研修の受講、動画研修など伝達研修会をしている。不適切ケアに関する資料配付して確認テストを行い理解を深めている。	

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
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	“不適切ケア”に関する資料の配布、動画研修の受講、確認テストを行い、理解を深めています。また、対応に悩んだ場合にはスタッフ間で相談、報告しています。		
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	守谷市が配布している“認知症サポートブック”等資料を配布し理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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付け、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も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	体調変化時やケアプラン更新時には、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。10月には試食会を開催、ご家族からの意見、アンケートを回収し運営に反映させています。	重要事項説明書に事業所の苦情相談窓口と責任者及び公的機関を明記している。苦情を受けた場合、部署内で相談・判断をして管理者が速やかに対応している。	
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	毎月会議を行い、職員からの意見や提案を議題として挙げています。提案により企画や年間の活動計画を立て、実践、振り返りを行うことで、課題の抽出を行い、今後に繋げています。	定期的に面談を行い目標や今後何をしたいかを聞いてスキルアップできる協力体制を整えている。利用者のプライバシー保護のための対策などを提案し、実行している。	
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い相談を受け、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作りに努めています。動画研修や部署異動を行い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外部研修の受講、また個別の課題に合った動画研修の視聴等も行っています。		

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
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。相互の運営推進会議に参加し互いの課題を相談したり取り組みを参考にしています。		
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。担当者が主となりご家族や職員からの情報を元に本人の意向や不安の把握に努めています。信頼関係が築けるよう積極的に声を掛け、状態変化があった際にはセンター方式を活用し言動の観察を行い理解を深めるようにしています。		
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	入所前に面談の場を設け、これまでの生活状況や家族の不安や思いの把握、入居後の生活における心配事等、要望を聞く機会を持ち、関係作りに努めています。また、電話やメール、きりん荘便りで暮らしの様子を伝え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、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、職員が協力し支え合える環境作りに努めています。個々のできる事、得意な事を見極め職員と協働し、生活する事が楽しみとなるよう声掛けをしています。コーヒー豆を挽いて淹れるところまでを職員と共に行い一緒にコーヒーを飲む機会を作っています。		
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。認知症の進行による戸惑いや、入院中の不安、看取り対応に迷う方等、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	コロナ感染拡大による面会制限も緩和され、親戚や知り合い、友人との面会や外出、家族との墓参り等馴染みの場所や人との関係が途切れないよう支援に努めています。散歩中の近隣の方との交流も継続しています。	生活歴も大切にし、馴染みの関係を継続できるように家族等に馴染みの友だちを教えてもらい面会の場を設けたことがある。馴染みの人などを忘れないように写真などを見てもらっている。	

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
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	入居者ひとりひとりの性格や認知症によるBPSDを踏まえ、相性を見て食事の席や外出の際の組み合わせを考えています。		
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い為、ご家族の体調や生活など精神面等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、申し送りや会議にて職員間で共有、話し合い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し、日々の関わりの中で利用者との会話や行動、仕草から意向を把握して、業務日誌や生活記録に記載し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	入居時にはご家族にセンター方式の記入を依頼し、本人の生活歴や馴染の暮らしなどの情報を得ています。入居されてからも、面会の際等を活用し情報を得ています。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ADLIに合わせて何ができ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職員が中心となってケアの見直しを検討、会議にて共有しています。情報は評価表や支援経過表にまとめ共有しています。	本人や家族等から希望や意向の聞き取りを行い職員が生活記録を参考にプラン作成している。基本半年間で見直しを行っている。食事が減ったなど看護師から医師に報告があり、それをもとに介護プラン作成に活かしている。	
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	計画書は生活記録と共に綴じ、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付きなど、職員間の意見交換やアンケートを行い見直しを行っています。		

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
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。また、看護師、栄養士と連携をとる事でケアの充実を図っています。		
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	守谷市内で行われたひな祭りやオカリナ演奏会等、地域資源を活用し、楽しめる支援をしています。守谷市マラソンの際には外へ出て応援する事が楽しみとなっています。		
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行っています。協力医療機関では毎週往診医が訪問し、月に1回の診察を行っています。体調不良時の臨時往診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。	月1回の訪問診察がある。法人のアテンドサービスと契約することで、急な受診など希望に応じて有料で対応してもらえるようになっている。	
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	入居者の体調変化時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往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や施設での対応等の情報提供をしています。入院中は医療連携室から情報を入手し治療経過や回復と退院の見込み、ADL等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、事業所の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その都度意向や要望を確認し、事業所のできる事の理解を得るようにしています。また最期をご自宅で迎えさせたい等の相談にも応じています。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。	契約時に利用者や家族等に重度化や終末期、看取りに関する説明をして同意を得ている。看取りに関するマニュアルがあり重度化した場合や終末期のあり方について、本人や家族等と話し合い、家族等の意向や主治医の意見を確認しながら、方針を共有して支援に取り組んでいる。	
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	11月より3か月にわたり、守谷市消防署にて普通救命講習を受講、AEDの使用法や応急手当、初期対応の訓練を行っています。		

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
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しています。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。炊き出し訓練も実施しています。	定期的に避難訓練を行っているが訓練後反省会を行い、次回に向けた課題について話し合うまでには至っていない。地域住民の協力が得られるような働きかけは行っていない。	反省会を行い次回に向けた課題について話し合った結果を、実施記録に記載し、次回訓練に繋げることが望ましい。地域住民の参加呼びかけも期待したい。
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	事業所の年間計画に権利擁護の研修を組み入れて継続的に行っています。また入居者の名前を花の名前に置き換えて話すことで、プライバシーを損ねないように努めています。	誇りやプライバシーを損ねないように考慮し、利用者の名前を花の名前に置き換えて話すようにしている。事業所の年間計画に権利擁護の研修を組み入れて継続的に行っている。	
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	衣類の選択や散歩のタイミングなど、日常生活の中で自己決定の機会が持てるよう働きかけています。言動や表情の変化を読み取り、したい事や思いを汲み取って理解するように努めています。		
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	起床や就寝はひとりひとりの生活習慣を元に支援しています。朝食はお部屋で食べたい、昼食後はお部屋で休みたい、天気の良い日には散歩へ行きたい、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	日常の会話の中で、好きな服やおしゃれなどについて聞いたり、家族からも情報を得て、移動美容室でのカット、カラーをしてその人らしさが出るように支援しています。化粧品や整髪料等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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	月に1~2回お楽しみ献立や特別メニューを入居者に選んでもらい食の楽しみに繋げています。近隣の方から頂いた春菊をお浸しにするまでの工程を職員と共に行い、本人、他入居者へも配り楽しく食べることが出来ました。	利用者はそれぞれできることを手伝っている。台拭きは自分の仕事として行う利用者もいる。特別メニューやお楽しみメニューを取り入れ好きなものを選んでもらい、食の楽しみにつなげている。	

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
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・水分は生活記録へ記載し摂取量の把握が出来るようにしています。食事形態の変更等は栄養士に相談しながら行っています。また家族へも相談し差し入れなど協力してもらい、必要量の摂取をしています。		
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等出来る事はしてもらい、状態を確認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を取り治療やケアを受ける事も出来ます。義歯は每晚洗浄剤を使用し清潔に使用できるようにしています。		
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、失禁前の誘導に繋げるよう支援しています。昼夜オムツ使用だった方のADL向上により、トイレへの移行に成功しています。オムツ使用の方も排便リズムを考え定期的にトイレへ誘導、排便を促しています。	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に支援している。出来るだけオムツ使用はせず排泄パターンの評価をし、失禁前の誘導に繋げるよう支援している。リハビリ体操や腹部マッサージを行い自然排便を促している。	
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。嗜好品として毎日納豆を食べ便秘予防につながっている方もいます。また、適度な運動や腹部マッサージを行い自然排便を促しています。ご家族へ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	その日の体調や時間帯など個人に合わせて入浴へお誘いしています。気分によって入りたくない方へは無理強いせず、散歩などで気分を変えて入って頂いたり、翌日にずらすなど調整し、週に2~3回の入浴をしています。季節に合わせたゆず湯等も楽しんでいます。	入浴は基本週2~3回としているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。ゆず湯やアロマ風呂で入浴を楽しむ工夫をしている。入浴を拒む利用者には無理強いせず、声をかける時間や職員を替えたり、シャワー浴や清拭で対応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
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。食後や気分の様子によって、居室やフロアにある畳、ソファでゆっくり寛げる居場所を選べるようにしています。夜間寝付けない方へはリビングで職員と共に過ごして頂き、眠くなるまで傍で寄り添い安心できる環境作りを努めています。		
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	最新の処方内容が分かるよう個人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い、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品を把握し、役割や楽しみに繋がる支援を考えケアプランに反映しています。お掃除や食器洗い、簡単な調理など得意な事を生かし役割が持てるようにしています。散歩や音楽鑑賞等が楽しみや気分転換に繋がっています。		
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	日々の生活の中では、天候や希望に合わせて施設周辺を散歩したり、中庭や玄関先で外気浴をしています。5月には、潮来市へあやめ祭りを見るため、企画を立て外出しました。入居者の体調、希望を聞きながら、ご家族との外食の機会も相談しながら行っています。	天候や希望に応じて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楽しんだり、玄関先でオカリナ演奏をするなど、気分転換を行っている。公用車でドライブや花見に出かけている。	
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	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、外出が可能な時には職員と共に買い物へ行く事もあります。能力に応じ支払いをお願いする事もあります。		
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。本人宛に届いた手紙や荷物は内容を伝え、お礼の電話を取り継いだり、手紙の返事を書くなどしています。		

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
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ことが出来ます。廊下の天窓は採光や換気だけでなく季節を感じる事も出来ます。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、飛来してくるつばめの様子を眺め楽しんでいます。また、季節行事の飾りつけをする事で季節や生活感を感じる工夫をしています。	食堂兼居間の一角に障子をあしらった畳のコーナーがあり、懐かしさを感じられる家庭的な空間になっている。食堂のテーブルの配置は利用者のニーズに合わせて工夫されている。掃き出し窓からウッドデッキが続き、自由に出入りが出来るようになっており、お茶を飲みながら外気浴を楽しむことができる。廊下は広く手摺が設置され、壁には利用者の2、3年に渡るイベントや笑顔の写真が大きな1枚のパネルにまとめられ掲示されており、温かい雰囲気になっている。	
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工夫をしています。他者の視線が気になってしまう方、他者の歌声が気になってしまう方等への配慮をしながら馴染の方との食事をしています。和室も活用し縁に座りお茶を飲みながら談笑する場となっています。		
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の様子をお聴きして、馴染の環境について相談し協力して頂きながら環境づくりをしています。馴染みのある家具や、思い出の写真、お気に入りの人形等、好きなものに囲まれ居心地の良い環境になるよう工夫しています。	使い慣れた物を持ち込んでもらい、利用者の思いに寄り添った居室作りを支援している為、各々個性的な部屋になっている。居室内に温度計と湿度計があり職員により環境整備されている。	
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	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。浴室の場所、自分の部屋が分かるように張り紙や表札をつけて迷わないようにしています。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れるように和室の障子を外し自立支援と安全の確認ができるようにしています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

業所名 あっとホームきりん荘

作成日 令和 6 年 3 月 18 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	反省会を行い次回に向けた課題について話し合った結果を、実施記録に記載し、次回訓練に繋げることが望ましい。地域住民の参加呼びかけも期待したい。	具体的な目標と評価により実戦経験が活かせる訓練にする。	評価内容から次の目標に反映した訓練計画を立案する仕組みをつくる。訓練は地域住民より協力が得られる内容を具体的に立案し実践する。	6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。