

### 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	1691600165		
法人名	株式会社ミタホーム		
事業所名	ありがとうホーム上市		
所在地	富山県中新川郡上市町旭町1282番地		
自己評価作成日	令和元年7月25日	評価結果市町村受理日	令和元年10月28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	
----------	--

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	令和元年8月20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)】

理念や方針にあるように特別な幸せではなく毎日の幸せが実現できるように支援しています。一人ひとりの思いや意向に沿えるように、「いくつになっても その人らしく、生き生きと」を大切にご本人・ご家族・職員が協力し合っています。いろいろな事に職員が関わったり参加したり全員で作っている『ありがとうホーム』です。

#### 【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)】

- ・一日一日を「ありがとう」の気持ちでサービスを提供する理念の具現化に向け、利用者・家族はもとより、職員にとっても互いに感謝し合える日々となるよう取り組んでいる。
- ・町内新年会に管理者出席をはじめ、地区祭りに利用者とはかけたり、毎月ホームで認知症カフェを開催させて頂いているなど、地域の一員となれるよう取り組んでいる。
- ・毎月、職員会議後に倫理や介護技術、安全管理等の資質向上に向けた勉強会を実施している。
- ・介護記録書の簡素化やモニタリング票のチェック方式変更にも着手し、読む側の立場に立った書き方や表現の仕方の均一化を図り、よりの確な情報共有とともに、自身の業務を省みたり、新たな気付きのきっかけとなるよう取り組んでいる。

### 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. ほとんどできていない
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				

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	年間の勉強会で理念・方針について話し合う時間を設けている。理念である『ありがとう』の心を職員全員で共有し実践に繋げていけるよう心掛けている。	理念の「ありがとう」は、「ありがとうございました」の過去形ではなく、「ありがとうございます」の現在進行形であり、感謝の心を忘れず、利用者に正しい介護を提供する事と意義づけし、理念と方針の共有に努め、サービスの質の向上に繋げるべく取り組んでいる。	
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	町内より民謡の会の方々や町委託の『おれんじカフェ』でボランティアの来訪があったり、施設内の行事(納涼祭)に参加の言葉かけを行ったり、祭りに出掛けたりしている。その他町内会の会合にも参加している。運営推進会議では意見などもお聞きしている。	ホームは、地域住民の一員であるとの認識のもと、町内自治会に加入し新年会や地域行事にも積極的に参加している。日々の暮らしの中で町内の人たちが立ち寄り、遊びに來たりする間柄が構築され、ホーム自体が地域の一員となるよう運営をしている。	
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	昨年よりおれんじカフェをホームで行い、気軽に地域の方々々が訪問出来るよう心掛けている。		
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	ホームで取り組んでいる内容について報告し、意見や要望・アドバイスをもらうようにしている。また会議で取り上げられた検討事項は経過報告を行っている。	運営推進会議において管理者は、ホームが地域密着型のサービスとその役割を果たすため、ホームの取り組み内容や具体的な改善課題を参加者と話し合うとともに、地域支援を得られるよう、参加者全員での協議に努めている。	
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取り組んでいる	運営推進会議で意見を頂いたり介護保険の諸手続きや困難事例・分からないことなど、直接アドバイスを求めたりしている。	管理者は行政担当者に、今ホームが直面している利用者の健康面や医療面の改善についてアドバイスを求めるなど、ホームの考え方や問題点、実情等を率直に伝え、適切な協力関係が構築できるよう努めている。	
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	身体拘束防止について3ヶ月毎に検討会・勉強会を行い、職員全体で身体拘束に対する意識を高めている。一人ひとりに合った見守りを重視し自由な暮らしに心掛けている。	身体拘束防止のマニュアル整備とともに、ヒヤリハットや事故報告書も活用しながら、権利擁護や身体拘束に関する勉強会を毎月の職員会議後に実施している。日頃より利用者の人権を護り「どんなことがあっても、身体拘束を行わない」方針の徹底に努めている。	

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
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	理念を基にケアに努めている。虐待に対する意識を高めるため年間の研修計画に取り入れ定期的に勉強会を行っている。		
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	年間の研修計画で学ぶ機会を設けているほか、職場内にはマニュアルやパンフレットがいつでも見れる状態になっている。		
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	事前申込時・入居時・利用中においても家族の不安を傾聴し話し合いの機会を設けている。特に起こりうるリスク・ケアに関する事業所の考え方や取り組みについて詳しく説明し、同意を得ている。		
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	入居時・面会時・ケアプランの更新時や運営推進会議等で意見・要望を聞いている。不満や苦情については意見箱を設置している。	管理者は、これまでの利用者や家族との信頼関係を重視し、様々な機会で見聞や要望を収集して来たが、十分とは言えないと認識している。今後は、事業所独自の「家族アンケート」を実施し、家族の心情や利用者の思いを察知して、出された率直な意見を前向きに受け止め、ホーム運営に活かして行きたい意向である。	
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	毎朝の申し送り時や毎月のミーティング時に意見・要望を聞く時間を設けている。時には個別に面談を行い意見を聞く機会を設けている。内容によって、管理者を通して管理職会議で検討するなどしている。	法人代表者は、県内外の保養地や景勝地で親睦会を開催するなど福利厚生にも傾注し、職員間の融和を尊重した組織運営に努めている。また管理者もミーティング、勉強会、個別面談を行い職員の意見を聴くようにしているが、職員不足も課題となっている。	これまで、職員の人員確保にあたって大変な苦勞をされているが、ホームには、福利厚生面を始めとして、良い面が数多く認められるので、今後職員の確保に向けて更なる努力を期待したい。
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	職員による自己評価や管理者による他己評価を定期的に行い、勤務状況・仕事に対する姿勢・取り組みなどを把握するとともに個々の強みを活かせるような職場環境に努めている。また資格取得にも積極的に言葉がけを行っている。		
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	入社前後の経験や力量を把握し外部の研修に積極的に参加している。研修後はカンファレンスで他職員へ研修報告を行い、知識の共有を図っている。		

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
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	県GH連絡協議会、地域包括支援センター他事業所等、地域のネットワークに積極的に参加し、ケアの質の向上に取り組んでいる。研修会の積極的な参加の促しを行っている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前申込・入居前面談時に本人の思い・不安・心配事を傾聴し、ご家族・利用サービスの担当者から情報を収集している。入居前の生活から不安なく暮らせるよう個々に合わせた関係づくりを行っている。		
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	事前申込・入居前面談時にご家族の状況、これまでのサービスの利用状況や経緯など情報をお聞きしながら、現在抱える不安や心配事、その他ホームに求める事柄、生活の意向・要望等を傾聴している。		
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	面談時、ご本人の状況を確認し、ご家族を含め支援の必要性を提案している。場合によっては他のサービスを提案したり他事業所に繋げるなど対応をしている。		
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	本人との会話の中から趣味や出来る事を見極め、なるべく家庭生活の延長が保てるよう努力し、生活の中に役割や出番を作っている。		
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	面会の際に日々の様子や変化などを伝えたり、体調不良の際はその都度状態の変化や経緯を伝え受診をお願いしたり同行したりしている。また請求書発送時に本人の写真付きの手紙に近況を報告している。		
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	入居前のかかりつけの医療機関や美容院をご家族に協力を得ながらこれまでの関係が途切れないように努めている。また友人や知人の面会もして頂けるよう働きかけている。面会時には飲み物を提供している。	家族やこれまで利用者を支えてくれた友人・知人の訪問や面会が頻繁にあり、接点を持ちながら関係を継続するための支援がなされている。しかし、本人が支えてきた地域社会との関係継続には、当地に赴く必要もあるため、職員不足の現況化では個別支援が充分とは言えず、今後の課題としている。	

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	共有スペースや個室で過ごす様子を把握し、気の合う仲間同士の席づくりを心掛けている。よりコミュニケーションが取れる環境作りのため居室で談話中は飲み物や食べ物を提供したり、職員が間を取り持つこともある。		
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	契約終了時は、支援状況やアセスメントなど情報提供を行い、退居後の生活が最小限のダメージで済むように心がけている。		
<b>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</b>					
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	日々の生活の中で関わりを持ちながら思いを傾聴し本人の意向に沿えるよう努めている。また意思疎通の困難な方は表情や行動などから思いに寄り添うよう心掛けている。	職員個々の利用者の思いや意向の引き出し方、汲み取り方の差異を、個別介護記録の表現や書き方の均一化を図ることにより見える化し、新たな気づきを促している。また、よりの確な情報共有を図り、職員全体の介護の質の向上にもつながるよう取り組んでいる。	
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	入居時にご家族・利用前サービス担当者より情報を収集するほか、入居後もその都度毎に質問をしたり情報提供してもらっている。それらの情報は職員がいつでも閲覧できる状態になっており、職員は状態を把握できるよう努めている。		
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日の暮らしのあらゆる場面から本人の生活のリズムやパターンの把握に努め、本人の体調に配慮しながら出来る事からしてもらえるように心がけている。また得意な家事や楽しみ事が毎日の日課となるよう支援している。		
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	日々の生活の場面から課題を見出し、本人やご家族の思い・意見・要望を取り入れ反映させるようにしている。アセスメントに基づき、職員の意見交換を行ったりモニタリングを行っている。	介護計画は、作成担当者が毎月の職員会議で検討したモニタリング結果や担当職員の見解、本人・家族の意向も踏まえながら半年毎に更新している。健康管理を主体に、身体能力の変化にも応じながら、少しでも本人が望む暮らしぶりとなるよう作成している。	
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	個々の毎日の記録には食事量・バイタル・体調の変化を始め、日常の様子も記録している。特に職員間で情報を共有したい事柄についてはユニットごとのノートを活用している。		

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	本人やご家族の希望・要望は出来る範囲で支援を行い、その時の状態に応じて柔軟な対応に心掛けている。		
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	運営推進会議には町内代表(区長・民生委員)を始め、行政・包括支援センター職員の参加があり、意見交換や情報提供等により協力関係を結ぶことが出来ている。		
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、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	受診は基本的にご家族にお願いしているため、かかりつけ医を変更されていない方が多い。受診の際は日々の様子を記したものを持参いただくようにしている。緊急時はご家族の希望により職員が同行することもある。	家族付き添いによる入居前からのかかりつけ医への継続受診が主体だが、ホーム提携の医療機関や総合病院からの定期訪問診療を利用している方もいるなど、症状や家族事情に応じ柔軟に対応している。今後は訪問看護事業所と提携して、全利用者対象の毎月の健康管理も検討している。	
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	現在、看護師が不在の状態。訪問看護ステーションとの連携を検討中。		
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。	入院時は入院前の状態を情報提供している。入院中は病院担当者やご家族と情報交換を行いながら入院による認知症の著しいダメージやADLの著しい低下がないよう、早期退院に心掛けている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	事前申込時・入居契約時の段階から重度化した場合について話を設けている。	看取りはしていないため、入院や重度化傾向が見られる早い段階で、ケアを継続しながら日頃交流のある医療機関との地域連携や療養型医療・看護施設、特養施設等への移行を本人・家族と相談しながら進め、納得の行く終末とな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	緊急時対応マニュアルを完備し、職員が常に目につきやすい場所に設置している。定例ミーティングで勉強会を行っている。AEDの使用法は職員の入れ替わりもあり全員が周知できていない。		

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	年に2回、日勤帯・夜間帯想定での消防避難訓練を実施。訓練を行う職員も順番に経験している。また災害・火災時は公民館を貸していただけるようお願いし了承いただくことが出来た。	消防避難訓練は年2回行っており、日中・夜間の時間帯や火元を毎回変えて実施している。通報をはじめ水消火器による初期消火、利用者も含めた駐車場への戸外退避等、一連の適切行動を確認しており、3年毎に消防署員立ち会い訓練も実施予定としている。また、災害マニュアルや備蓄品も整備している。	備蓄・防災品の見直しと充足、及び適切な保管場所を検討され、また、地域・近隣住民との協力体制の構築にも取り組まれることを期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個々の思いを尊重しながら無理強いのないよう心掛けている。排泄の言葉がけも他者に配慮し耳元で言葉を掛けるようにしている。	共同作業をお願いする時は一番に声かけをする方がいたり、目的の方とお話する前には、隣の方にも声かけをした後に始めるなど、利用者間で不快な思いが生じないよう、一人ひとりの人柄や相性に合わせ、入居者全員が望む暮らしぶりとなるよう努めている。	
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	本人の思いを傾聴し尊重しながら個々のペースで生活出来るよう支援している。意思疎通が難しい方は表情から思いをくみ取ったり、選択出来る言葉がけを行っている。		
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	一人ひとりの思いに寄り添い話を聞きながら、その時々に行いたいことを出来る限り対応している。		
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	入浴時・手洗い時は鏡を見てもらえるよう言葉を掛けている。鏡を見ながらの整容に笑顔がみられる。これまでの習慣・こだわりなど本人のスタイルを尊重している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理済みレトルトを使用し温めと味噌汁作りは職員が行っている。盛り付け・食器洗いや食器拭きを体調面・精神面に配慮しながら手伝ってもらっている。個々の誕生日や施設行事には入居者に聞きながらメニューを作成し楽しい行事となるよう心掛けている。	ホームではごはんと味噌汁を作り、惣菜は委託業者のレトルト食品を加熱し刻みや一口大に切り分け、粥やごはんの固さ・量も個別に盛って提供し、また利用者にも盛り付けや配膳、後片付けに加わってもらっている。食事中は検食1名を含め、職員が誤嚥や食べこぼしなく完食できるよう見守っている。	食本来の楽しみである、献立作りから買い出し・調理・盛り付け・配膳等の一連の作業を利用者と職員と一緒に、出来上がりも皆で食卓を囲みながら団欒のひと時を過ごす取り組みを、定期的実施されることを期待したい。
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	専門職によるカロリー・栄養面を考えた献立(調理済レトルト)を使用し、個々の身体面や・体調面に沿った量を提供している。またキザミ食・ミキサー食など状態に合った形態にしている。		

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
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	毎食後、個々の状態に合わせて言葉がけや促し・誘導・介助を行っている。義歯を使用している方は就寝前に消毒洗浄を行っている。残歯の磨き方を伝えながら磨く時もある。しかし嫌がる方の無理強いはしていない。		
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	一人ひとりの状態に合わせて言葉がけ・誘導・介助を行っている。排泄チェック表を利用し、排泄パターンを職員で共有している。	終日、布パンツで過ごされている方や就寝時に紙パンツとパットに変える方、オムツとポータブルトイレを使用する方など、一人ひとりの症状や身体能力に合わせた体調維持の管理に努め、プライバシーや自尊心を大切に、トイレでの排泄が継続するよう努めている。	
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	予防策に軽運動を行ったり水分摂取に努めて改善を心掛けている。個々に合わせた排便時の姿勢や腹部マッサージを行っている。また排泄チェック表より必要に応じて下剤の調整をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回の入浴を目安としている。無理強いせず、気持ちに寄り添いながら再度言葉がけを行っている。また本人の希望や体調・感情に寄り添いシャワー浴や清拭も行っている。	入浴は、日曜以外の午前中に週2回以上を目安にご利用頂いている。利用者個々の身体機能に応じ、曜日ごとにリフト付き浴室と一般ユニットバス浴室を使い分けており、入浴を嫌がる方も少なく、ゆっくりとくつろいで頂いている。	
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	個々の習慣や体調に合わせて休息時間を設けている。また夜間不眠の方にレクリエーション活動の参加の促しや体操・作業など日中の活動を増やすことで夜間の不眠解消に心がけている。		
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	個別に薬剤情報をファイルし閲覧出来る状態にある。服薬の変更時は個人記録や伝達ノートに記入し職員全員が情報を共有出来る状態になっている。		
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	職歴や生活習慣・趣味などを把握し個々が楽しみながら役割を持てるよう作業の提供を行ったり、余暇活動の支援を行いながら、生活にハリを見出せるよう支援している。		

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
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	日常の会話から聞かれる希望を取り入れたり、毎月季節に応じた行事を入居者の意見を伺い企画したり、楽しみが持てるよう心掛けている。また本人の希望を叶えるため本人に代わってご家族へ依頼し協力を得ている。	年2回、レンタカーで外食を兼ねた紅葉狩りや観光地への遠足企画を実施している。また、普段も利用者と回覧板を届ける以外に、月1回は近郊法人事業所からワンボックスカーを借りるなどして少人数で出かけられるよう努めている。今後は個別支援も視野に、外出機会をより増やす事を課題にしている。	
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	入居時やその時々で本人やご家族と話し合い少額を本人が管理されている方や施設預かりの方もいる。		
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	個々の希望に合わせて出来る限り対応している。本人の要望に沿えるようその都度ご家族と連携に努めている。		
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	季節の壁画づくりでは毎月季節をモチーフに入居者と共に作成し、時にはアイデアも貰っている。また季節に合わせた音楽や好みの音楽を掛け、一緒に唄ったりしている。温度湿度管理に気を配っている。	共有空間が広めの構造で、木目床材が温もりを感じさせ、利用者との共同作品が季節感を創出させている。形状が異なる椅子を数種置き、利用者のお気に入りの居場所にもなっている。窓開け換気を必須業務とし、安全衛生管理にも日々徹底を図っている。	
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	各所にソファやマッサージチェアを設置したり、居室でお茶やおやつをお持ちして気の合う仲間との時間や一人の時間を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	自分の作成した作品や写真を貼り、居心地が良い居室作りを行ったり、見慣れた家具や小物で安心した空間づくりが出来ようご家族に依頼し、持参して貰っている。	居室も広めの構造で、全室洋室で電動ベッドと木製4段小物タンスが備え付けになっている。危険物以外の持ち込みは自由で、馴染みや落ち着ける物を揃えられるようお勧めしており、家族写真や遺影を飾られている方などがいる。	
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	個々の状態や状況に合わせて出来る事や分かることを見極めて無理強いないように支援している。入居者の動線に合わせて手すりの設置を行ったり、個々に合わせた居室内の配置作りで安全に生活出来るよう努めている。		

### 目標達成計画

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	40	現在、行事・利用者誕生日には献立から利用者の思いを聞き取り、ホーム内で食事を作っているが、月によっては何も無い月もある。	自由献立の日を設定し実行する。利用者の楽しみ事を増やし、ホームの日程の1つにする。	月に1度決めた日にちの昼食を自由献立の日(おたのしみ)とし、半年後を目途に月に2回と回数を増やしていく。11月カンファレンス時に具体的な日にちや内容を決め、実行に移す。	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。