

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	1690500184		
法人名	一般社団法人中央舎		
事業所名	ケアホームまどか		
所在地	富山県氷見市栄町18番12号		
自己評価作成日	令和元年7月26日	評価結果市町村受理日	令和2年1月16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9月3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)】

隣接して幼稚園があるため、園児の訪問や行事への参加等で子供達と関わる機会が多くあります。また、代表が住職なので、利用者と一緒にお経を上げたりする機会もあります。利用者一人ひとりが安心・安全に尊厳のある生活を送れるよう職員一同努めています。訪問看護ステーションとの医療連携を図っており、緊急時も安心して対応する体制が整っています。

【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)】

- ・幼稚園が隣接しているため、園児と触れ合う機会が多い。
- ・法人代表者が住職のため、利用者と一緒に3~4回お経を読む機会があり、安らぎの時間になっている。
- ・食事は敷地内の菜園から収穫したものを活用したり、調理も素材からの手作りを利用者が一緒に行っている。
- ・施設内は清潔で明るい。天井も高く広々と見受けられる。

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
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	玄関の上に掲げているが、全員が常に意識出来ていない。	法人及び事業所の理念を玄関に掲げている。理念とは、その事業所が目指すサービスのあり方を示したものであるが、職員がそれについて話し合ったり、共有するための取り組みがされていない。	事業所が2ユニットになり、業務の多忙化から自己流でのケアに任されていることが少なくない。理念を掘り下げて職員全体で話し合い、ケアについての意見の統一を図るなど期待したい。
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	隣接する幼稚園の行事への参加や園児との交流、慰問の受け入れを行っている。地区からは 納涼祭への招待を受け参加している。今後ももっと交流を増やしていきたいと考えている。	町内会や老人会への参加がないが、事業所所長が地域の方々との関係性が深く、公私に関わらず情報が集まりやすい。また、地域の納涼祭の参加や近隣住民から作物の差し入れがある。	町内会や老人会への参加などを通して、事業所と地域との関係性を深めるための工夫や働きかけを期待したい。
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	今年度認知症サポーターキャラバンメイトの資格を所持したので、養成講座のお手伝いに積極的に参加している。		
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	運営推進会議を通して地区の代表・家族・行政・施設、それぞれの意見を聞いて運営に反映している。	運営推進会議では町内会長・老人会長・家族代表・行政・職員が話し合い、開催している。議事録は本年度より記録に残しているため、話し合いの結果がケアに活かされているとは考えにくい。	議事録を継続的に記録し、職員間で共有するなど話し合いの結果がケアに活かされることを期待したい。
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取り組んでいる	氷見市認知症高齢者等地域生活支援ワーキンググループ会議やSOS訓練への参加を行っている。また、介護相談員の訪問が年1回ある。	オレンジカフェの参加、地域住民を巻き込んだ高齢者見守り・SOSネットワーク模擬訓練への参加、もの忘れ認知症相談会の実施などを行政と一緒に取り組んでいる。介護相談員の訪問は年2回あり、2～3名の相談員が来所している。	
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	身体拘束防止についてカンファレンスで話し合ったり、日頃から利用者の状態の変化について話し合い身体拘束にならず安全も確保できるよう検討している。日勤者退社後、玄関の施錠を行う。	身体拘束についてマニュアルにそって勉強会を開催している。日勤者退社後、玄関は施錠され、朝8時に開錠されている。利用者の安全確保のために監視カメラを4か所(各ユニットホール・事業所玄関・駐車場)に設置し、見守りに役立っている。	
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逃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	外部、内部の研修で学ぶ機会を設け職員の理解を深めている。		

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
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	外部研修等で学んでいる職員はいるが、実際に活用する機会はまだない。		
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	契約時、十分な説明を行い、理解を得た上で同意の捺印を頂いている。		
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	面会時にご本人の様子を伝えご家族様からも話しやすい雰囲気を作れるよう努めている。	家族への接し方を職員間で共有しており、訪問時には積極的に話しかけている。また、玄関わきに利用者の行事写真を貼り、帰られる際に写真の様子を丁寧に説明し、見送っている。	
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	所長による個人面談の実施。	所長が個人面談を実施しており、話がしやすい環境である。職員からの要望で、補助金制度を利用し、浴場に介護リフトの導入を行ったこともある。	
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	研修の機会を提供しやりがいにつなげている。 働きやすいよう個々の事情に合わせて柔軟に勤務時間の設定を行っている。		
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	外部の研修へ積極的に参加するよう促している。		
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	外部研修や会議などの際に、同業者との交流を図り情報交換したことを持ち帰りサービスの向上につなげている。		

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
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	本人が安心して過ごせる環境となるよう、他者との相性を見て席の配置を行う。生活歴等も把握したうえで、ゆっくり丁寧に話しかけ、本人の思いを傾聴している。		
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	不安や要望等をじっくりと傾聴し安心して利用して頂けるよう努めている。また、いつでも職員に相談してほしいと伝えている。		
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	本人、家族の状態を把握し、最善と思われるサービスの紹介や提供を行っている。		
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	本人の残存機能や趣味、生活歴等を把握し、できること好きなことは自分で行えるよう支援している。		
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	家族のこれまでの関係性を理解し、家族ができることは協力を仰いでいる。		
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	知人の面会もあり居室で談笑を楽しまれる方もいる。ドライブの際は、馴染みの場所を回ったりしている。	ドライブに出かける際は、本人の希望を聞き、自宅に立ち寄ったり、周辺を散歩したりしている。訪問理容があり、新しい馴染みの関係が築かれている。	
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	個々の性格や相性、関係性の変化を観察し、必要に応じて随時席替えを行っている。		

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
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	退居が決まっても最後まで丁寧に相談支援を行う。退居後も気軽に相談してほしいことを伝えている。		
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	改めて意向を聞くだけでなく、普段の表情や言動からも本人の思いをくみ取り把握している。	利用者に何をしたいか問いかけながら日々の支援につなげている。意思疎通が困難な場合は家族や職員から支援方法について情報を収集し、利用者の思いの把握に努めている。	
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	入居時にアセスメントを行っている。入居後も本人、ご家族様との会話の中から情報収集に努めている。		
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	一人ひとりの個性を大切に、日々の観察や情報共有で現状の把握をしている。		
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	計画作成担当が中心となり、日々の意見交換や担当職員からの聞き取り、本人や家族の意向確認を行い、計画に反映している。	利用者向き合って話す機会を設けている。カンファレンスなどで職員からの意見や意向を聞き、利用者や家族の要望に応じた支援の見直しが行なわれている。	
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	日誌や介護記録、申し送りノートを活用し、情報の共有を行っている。		
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	利用者やご家族の要望、意向等に合わせ柔軟にサービスが提供できるよう努めている。		

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
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	移動図書館の利用やスーパーへの買い物、ボランティアセンターを通しての慰問等を開催し、たのしむことができるよう努めている。		
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	協力病院はあるが、本人、ご家族様が希望するかかりつけ医で継続して診て頂いている。基本受診付き添いは家族だが、事情に合わせて職員が付き添いや送迎を行っている。主治医には本人の状態を伝え連携を図っている。	予防接種は高島クリニックの往診をうけており、定期受診は家族が付き添っている。緊急時の対応は主治医の指示により、他医療機関に紹介受診している。また、診療情報についても他医療機関とも連携がなされている。	
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	施設の看護師は非常勤のため、出勤時に状態の報告等を行い情報共有や相談を行っている。訪問看護ステーションとの連携を行っており、週1回の訪問と緊急時や相談時には電話で連絡をとっている。		
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。	入院中は地域連携室と連絡を取り必要な情報の交換を行っている。また、こまめに面会に行き、病棟の看護師や家族、本人からも情報収集を行っている。		
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	重度化し医療行為が必要になり退居された方が数名おられる。今後、看取りに対応できるよう勉強会や研修へ参加し体制を整えていきたい。	利用者の思いや家族の思い等を話し合っており、家族の要望から、住み馴れた場所で終末期を迎えた利用者もいる。主治医の往診や訪問看護との連携を図り、終末期の看取り介護に取り組んでいる。	看取りに向けて、全職員が重度化の対応や終末期の対応ができるよう研修を重ねることが望ましい。
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	利用者の急変や事故が起こった時は連携の訪問看護師に24時間連絡が取れるようになっている。看護師に指示を仰ぎ対応している。		
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	マニュアルを設置し、年2回消防署立ち会いの下避難訓練を行っている。	消防訓練や避難誘導等は手順に沿って町内会や老人会、地域の協力を得ながら実施されている。また、AEDは事務所に設置され年2回の研修を受けている。居室のカーテンは防災用を使用している。	災害時に備えて、自然災害を想定した訓練の実施や備蓄品の見直しなど検討されたい。また、隣接する幼稚園や地域住民と、避難、誘導に対する協力体制を強化することを期待したい。

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
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	一人ひとりの人格を尊重し、ケアの際は自尊心やプライバシーに配慮した対応を心がけている。	広報誌や展示物については、家族の理解を得て掲示しており、個人情報が一ひとり尊重されている。	
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	利用者の思いを傾聴し、できるだけ自己決定の機会を持てるよう努めている。		
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	食事、入浴、レク、体操と1日の流れは決まっているが、個々のペースに合わせて変更し、無理強いしないよう努めている。		
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	入浴の準備時は本人と一緒にいき、好きな服を選んでいただいている。		
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	季節の食材やメニューを取り入れている。落の皮むきや破竹の皮むきなど香りも楽しみながら一緒に作業を行っている。調理や盛り付け、片付けも職員と利用者が一緒に行っている。	敷地内の菜園で職員と利用者が一緒に野菜づくりを行い、新鮮な野菜を使って調理している。また、下ごしらえから調理、配膳も利用者と一緒にいき、楽しそうな様子がうかがえた。職員は利用者の食事時間を大切にしている。	
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	個々の状態に合わせた食事形態を提供している。お茶以外の飲み物も提供し、水分摂取を促している。		
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	毎食後口腔ケアの介助を行っている。磨きが不十分な方には職員が介助を行っている。毎夕食後、義歯は預かり義歯洗浄剤につけている。		

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
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	個々の排泄の間隔をつかみ声掛け誘導を行っている。自立されている方にはプライバシーを配慮しながら、失禁等の確認を行っている。	排泄パターンを排泄チェック表で一人ひとり確認されている。また、紙パンツ利用者には不快感を与えないような着脱を工夫している。下半身にはバスタオルを使用しプライバシーの配慮がなされている。	
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	便秘時は看護師やかかりつけ医に相談し指示を仰いでいる。普段から体操や水分摂取を促して便秘の予防を図っている。個別に起床時に牛乳を提供している方もおられる。		
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	身体機能に合わせて個浴、リフト浴を行っている。入浴は週4回行っており、本人の気分や予定に合わせて調整をしている。	利用者の希望に合わせた支援を行っている。入浴剤や、季節に合わせてリングや菖蒲湯などで入浴を楽しめる工夫がされており、入浴リフトも導入されたことで、利用者の状況に関わらず入浴を楽しめるようになった。	
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	明るさ、室温を本人の心地よい設定に調整している。夜間の安眠が図れるよう、午睡時は時間をみて離床の声掛けを行っている。		
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	薬状はカルテに挟み、いつでも確認できるようになっている。個々の状態に合わせた服薬介助を行っている。協力の薬局があるため、名前、日付、薬剤名が薬袋に記入されており、薬の変更時の作り直し等もスムーズに行えている。		
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	生活歴を知り、特技や趣味を生かした役割が持てるよう支援している。		
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	散歩、ドライブ、買い物は日常的に行っている。その他、外食の機会や季節の花や祭りなども楽しめるよう努めている。	職員は、利用者と一緒に買い物に行ったり、利用者の行きたいところへドライブに出かけしており、家族が同行できる機会も設けている。天気の良い日は、声掛けをしながら草刈りや野菜作りを楽しまれ、自分らしく生き生きと過ごされている。	

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
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	個人のお金は普段は預かり、買い物の際に渡し、自分で財布から支払ってもらっている。		
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	希望があれば電話や手紙の介助を行っている。また、遠方の家族から届きもの等があった場合はお礼の電話ができるよう介助している。		
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	みんなで作った作品等を飾ったり、お花を飾ることで季節感ができるようにしている。また、小上がりには仏壇があり、みんなで集まりおつとめをしている。	天井が高く、窓が取り付けられているので風通しがよく明るい。利用者は趣味を生かして貼り絵やぬりえ、点つなぎを楽しまれ、壁には手作りカレンダーや富士山の貼り絵などが飾られている。また、週2回ほど住職の法話を聞いて穏やかに過ごされている。	
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	利用者同士の関係性を見ながら席を配置し、居心地よく過ごせるよう支援している。小上がりもあり、足を伸ばしに行く方もおられる。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には自宅で使っていた馴染みのものを自由に持ってきていただき、居心地の良い空間となるよう努めている。また、のれんをつけてプライバシーの配慮にも努めている。	居室に自宅で使用していた電気マッサージ器やダンス、家族の写真、テーブル、座布団など使い慣れたものを持ち込み、使用している。	
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	居室は個々に合わせて見やすい位置に名前を付けている。杖、車椅子、それぞれの方が移動しやすいよう通路を開けたり席を配置している。		

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	35	自然災害を想定した訓練、計画が不十分である	自然災害対策マニュアル及び計画の見直しと訓練の実施による職員への意識付けを行う	地域住民、幼稚園、消防署と話し合いマニュアルを見直し、利用者や職員の安全確保ができるように取り組む	12ヶ月
2	33	終末期の在り方について看取りについての対応	ホームでの看取りを希望された時は本人、家族、主治医、看護師との連携を図り納得のいく終末期を過ごせるよう支援ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対する内部、外部研修への参加 ・看取りに対する指針の策定 ・利用者一人ひとりの病気等職員が把握しカンファレンスを開く ・看取りに対する職員の意識の統一 	12ヶ月
3	13	利用者の身体状況に応じた移乗、移動援助動作の統一ができない	利用者一人ひとりの状態に合わせ、移乗、移動援助動作が統一できる	施設内講習、施設外研修、実技への参加カンファレンスでの話し合い	6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。

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	外部評価の方から食事時間中が静かすぎたり、職員が立って見ていると家庭の雰囲気が感じられないと指摘があった	家庭の雰囲気で温かく楽しい食事時間を作る	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時間になるとテレビを消していたが、テレビをつけたままその会話も楽しみつつ食事を楽しんでいただく。また、季節にあった音楽を流す日も作る ・職員は歩き回らず各テーブルに座って見守りを行う。いずれ職員も一緒に食事を摂るように検討していく 	6ヶ月
2	33	職員間で専門的知識、医療知識、経験値の差が大きく重度化や終末期の対応ができる体制がない。また、精神的にも不安が大きい職員がたくさんいる	全職員の知識の向上が図れ、看取りに向けての心構えができる	<ul style="list-style-type: none"> ・外部研修への参加 ・施設内研修 ・普段のカンファにて利用者一人ひとりの細かな状態把握や予後予測、持病について等を深く掘り下げ話し合っていく。 ・経験の多い職員は経験の浅い職員に持っている知識を伝える。また、看取りに対する不安や恐怖等の気持ちを受け止め、看取りの重要性や必要性を説明していく。 	6ヶ月
3					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。