

令和元年度

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	1690200546
法人名	医療法人社団明寿会
事業所名	あっとほ～む米島
所在地	高岡市米島329-3
自己評価作成日	令和元年10月28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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和元年11月28日	評価結果市町村受理日	令和元年12月27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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自分のペースで生活できるよう個別に支援することで、安心して生活が出来ている。 ・利用者から訴えがあれば傾聴し、言動を否定せず受け止め、落ち着いて生活できるよう個別に支援している。 ・職員がリスクや感染予防を意識し、業務に取り組んでいる。

【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）】

<p>今年度も引き続き事業所の理念である『寄りそう・知る・理解する』を事務所や玄関に掲示し、日々の生活の中で意識するよう心掛けており、職員が利用者の立場に立ってケアする姿勢の大切さに重点を置いている。また、利用者の真に必要としている支援の取組みへ向けて、カンファレンス等で指導を行い、職員全体のレベルアップを図っている。</p> <p>事業所は医療法人の方針の基に、コンピューター技術を活用した事務の効率化に取り組み、業務に関わる全ての記録をパソコンソフトに入力している。介護記録、会議や研修報告、伝達事項、事故やヒヤリハット等について、全職員が画面を通して認識できるようになっているなど、徹底した事務管理が行われている。</p>

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ます。 (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	利用者と職員と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、安心して暮らしている。 (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	法人の理念「個別ケア、町の中での暮らし、ケアサービスの向上」を基にホーム目標を年度初めに職員間で話し合い、決めたものを目につく所に掲示してある。月一回のミーティングや社内メールで職員全員が共有し実践に繋げている。	法人理念『個別ケア・町の中の暮らし・ケアサービス』を基に、前年度のホーム独自の理念を振り返り検討した結果、今年度も引き続き『寄りそう・知る・理解する』を理念として事務所や玄関に掲示し、日々の生活の中で意識するよう心掛けている。また日々の生活の中で理念から外れた対応が見られた時は管理者が、その都度指摘している。	
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員として日常的に交流している	地域住民の方から公民館の催しや地域行事のお誘いがあり、参加させて頂いている。又、ホームからもあっとほーむ祭への参加を声かけ、地域住民を招待している。	米島地区の自治会に加入し、回覧板や掲示板に行事のお知らせを掲示したり、町内の方から行事の案内を頂く事で地域行事(法話会、公民館祭り、ギター教室等)に参加している。また、あっとほーむ祭りの時には地域住民も参加され、日常的に地域住民との交流を図っている。	
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	運営推進会議での意見は、利用者の立場に立った見解や支援方法を伝え、認知症の理解に繋げている。		
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	2か月に1度開催し、自治会長、老人クラブ会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族が参加し活動内容や事故報告、意見交換等を行っている。全家族に案内と結果報告を出している。会議で出た意見は、ケアサービスに活かしている。	2か月に1度開催される運営推進会議には自治会長、老人クラブ会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族の参加がある。活動内容や事故報告、アンケート結果について報告、参加者より服薬についての意見を頂き誤薬を避ける手順の見直しに繋がった。また、議事録は全家族に郵送している。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員へは、運営推進会議への出席を依頼し、活動報告や事故報告、情報発信等を行っている。又、分からない事があれば市町村に確認している。	市の職員とは、事故報告等の内容について話し合う等、協力関係を築くよう努めている。市が主催の研修や地域ケア会議には参加できていないのが現状である。	介護相談員の派遣についての確認や、市町村主催の研修、地域ケア会議等にも積極的に参加され、より市町村との連携を図ることに期待したい。
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	身体拘束については法人全体で取り組み、委員会にも参加しその内容をカンファレンスで報告し学びを深めている。又、事業所から交替で研修を受け、事業所内で勉強会時に学びを還元しケアに活かしている。	3か月に1回、法人全体の身体拘束適正化委員会を開催している。会議内容についてはカンファレンスで伝達し職員間で情報共有し、拘束につながらないケアに努めている。また新人オリエンテーションや外部研修で学んだ内容についても内部勉強会で伝達講習している。	
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	虐待についての研修に参加し、学ぶ機会を設けている。何気ない言葉や何が虐待になっているかを理解する為、勉強会で学ぶ機会を設けている。		

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
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	勉強会で学ぶ機会を設けている。今後は研修に参加する等し、学ぶ機会をもつよう努める。成年後見制度については、現在は制度を利用する利用者はいない。		
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	利用者や家族に文章に基づき口頭で説明している。不明点があれば、その都度説明を行い、理解に繋げている。		
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	年1回家族アンケートを実施。結果は職員間で還元し、ケアに活かしている。家族から要望や意見があった場合は、日誌やメールに上げて職員間で共有しケアに活かしている。	面会時に把握した家族の意見や要望については、パソコン上での業務日誌やメールに入力し情報共有している。年に一度、家族アンケートを実施し職員の言葉づかいや服装についての意見等を頂き結果については、職員に伝達し改善に繋げている。アンケートから「職員の顔と名前が一致しない」という意見があり玄関に職員の写真を貼り出した。	
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	管理者は日頃から職員の意見や提案を聞くようにしている。必要時はカンファレンスで皆で意見交換したり、メールで意見を聞く等行い、日々の業務に反映させている。	年度末に管理者が個人面談を行い、自己評価を基にした人事考課制度の中で運営についての意見を聞く機会があり意見の反映に努めている。また日頃から管理者は直接意見や要望を聞ける風通しのよい雰囲気作りに努めている。	
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	不必要な時間外労働を避けられるよう、業務分担やパソコンの音声入力等の労働環境の改善を行っている。又、キャリアパス要件に従い、処遇改善を行っている。		
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	勉強会や外部研修参加への勤務配慮、又研修費の補助を行っている。月に1度勉強会を開催し、知識を深める機会を設けている。		
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	同法人で月1回の主任会議、感染症委員会、リスク委員会、勉強会へ各担当者が参加している。そこの学びや必要事項の伝達等は現場に伝え、ケアの質向上に努めている。		

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
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	入居前、本人や家族の話聞き、希望や要望、困りごと、不安事項等を伺い、生活の中で提供できる支援の方向性を考え、安心が確保できるよう努めている。		
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	入居前に本人や家族と面接し、要望や思い、困りごと等を確認している。それらを職員間で共有し、ケアの方向性を検討していく。家族とお互いに確認、相談しながら進めていく。		
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	入居前の面接や聞き取りにより、本人や家族の困りごとや要望を確認。施設に対して望むことをふまえた暫定プランを作成し、入居後アセスメントを行い、1か月後に評価した後、本プランを作成している。		
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	一人一人の出来る事、出来ない事、得意な事等を見極め、活動や役割を提供している。利用者同士のコミュニケーションを媒介したり、活動を通じて各自が喜びを感じられるよう声かけを行ったり、互いに声を掛け合う等支援している。		
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	外部受診や散髪等は家族に依頼している。又本人の意向を伝え、外出や外泊、面会の機会が持てるよう連絡や説明を行い、協力を得ている。		
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	昔近所に住んでいた人や友人等の面会がある人もいる。馴染みの美容室に行ったり、地元の祭り見物の為の外出等を家族に依頼することもある。又、携帯電話で家族や友人と交流を楽しむ人もいる。	友人や近所の知人の面会、家族の協力のもと地元の馴染みの美容院に行く利用者や、地元の祭りや伏木のけんか山に参加される利用者もおり、馴染みの関係継続が図られている。また、一名の利用者は、携帯電話で家族や友人と交流を楽しむなど、それぞれの関係性が途切れない支援に努めている。	
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	利用者間の関係性を把握し、座席を調整している。日々のコミュニケーションや共同作業の中でも、利用者同士が交流できる場面を作っている。		

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	契約終了後、同法人への移動の場合は様子を見に行く場合はあるが、それ以外はあまりない。家族からの要望や相談があれば、応じている。		
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	入居前に家族や本人から生活歴や趣味、特技、どのように生活したいか等を聞き、全体像の把握に努めている。入居後は日常の会話や本人の様子から、意向の把握に努め、メールや日誌、キープで職員間で情報共有している。	入居前にケアマネと管理者が本人や家族に聞き取り把握した、暮らし方の希望、日常生活動作、思いや意向などの情報は、フェイスシートに記入したり、日々の関わりで把握した思いなどはその都度業務日誌・メールに全職員が入力し、いつでも職員間で情報共有できるようになっている。把握した情報をカンファレンスで検討し日々のケアに繋げている。	
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	入居時の本人や家族とのオリエンテーションで情報収集を行い、メールやパソコン入力した情報を印刷し個人ファイルに綴ったもので共有している。収集した情報はメールやキープ、日誌に上げケアに活かせるようにしている。		
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	利用者一人一人の状態や過ごし方を観察し、気になる事は特記に上げ、職員間で情報共有している。個々の好みや力量に応じた活動提供に努めている。		
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	課題については、利用者個々について気になる事や気づき、日頃の会話等から職員間で意見を出し合いカンファレンスシートに記入し検討している。家族には面会時に本人の近況を伝え、希望を尋ね、それらを汲んだ介護計画を作成している。計画はパソコンシステム内の介護計画に保存し、情報共有している。	計画は3か月に一度見直しを行い課題の検討をしている。計画見直しの前には、全職員が日常生活の関わりから得た思いや意向をカンファレンスシートに記入し、計画作成担当者がその情報を分析しケアプランに反映させている。ケアプランはパソコン内に保存され、いつでも職員間で情報共有できるようになっている。	
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	日々の様子や気づきを日誌やメール、キープで職員間で情報共有し実践や介護計画の立案や見直しに役立てている。		
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	本人や家族からのニーズや本人の状態が必要がある事項は、様々な方法を検討し他部署とも相談等しながら、施設で可能な最大限のサービスを活用し提供している。		

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
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	地域行事への参加や、地域ボランティアの依頼、スーパーへの買物、散歩等、楽しい時間を過ごせるよう支援している。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医の診察を受けている。10月からは訪問看護を契約し、月2回はNsが来居し利用者の様子を確認している。異変があった場合は、その都度電話で相談し、状況によってはNsが本人を確認し指示を受ける等している。	月2回事業所協力医に7名の利用者が往診を受け、協力医に対しての情報提供は『往診時連絡票』で行っている。他のかかりつけ医の受診は基本的に家族同行でお願いし、つながりノートで情報提供を行っている。10月からは訪問看護を契約し、月2回の来所と24時間オンラインで利用者の健康管理と緊急時の対応が行われている。	
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	Nsは各週訪問し、利用者の状態で気になる事を相談している。異変のある利用者で様子観察が必要な時は、電話で伝えたり、その都度訪問してもらったりしている。		
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。	入院時は管理者や法人の相談員が出向き、詳細に情報を伝えている。入院後も面会に行き、円滑な退院に向け情報収集している。		
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	終末期は本人や家族の要望を念頭に置き、かかりつけ医の診断も含めて皆で検討し、本人にとって最善の支援が行われるようにしている。	『重度化対応に関する指針』が整備されているが、現状では看取りケアが行える体制が整っていない。医療ニーズが高くなると家族の思いや本人の状態等に合わせて医師・看護師等と話し合い、可能な限り家族等の思いに沿える柔軟な対応をしている。	
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	リスク対策、急変時に関することは定期的に勉強会で学んでいる。又、法人内で実施している救命救急の勉強会参加も2年毎に参加を促している。		
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	消防訓練は年に2回昼夜想定で行い、内1回は消防署の立会の元行っている。又、災害時を想定したレクリエーションを行い、防災への認識に働きかけた。	年2回、夜間・日中を想定した火災訓練を実施し、実施時には回覧板や掲示板を通して地域・自治会長に知らせている。災害時の適切な避難場所等については、運営推進会議で話し合われている。また、備蓄の準備も整っている。	水害時の訓練として、併設されるサ高住の2階に避難するなど身近な避難場所等の検討、訓練に期待したい。また、地域の防災訓練などに参加することにより、地域との協力関係を築ききっかけとなることに期待したい。

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	声かけは指示的ではなく、お願いするかたちを心がけている。又、スピーチロックについて勉強会で学び、尊厳やプライバシーを損ねない言葉かけに努めている。	スピーチロックについて内部勉強会を行い、日々の生活の中で優しい言葉での声掛けを意識している。パソコン上のタイムカード入力画面にスピーチロックのスローガンが見られるようになっており、職員が常に意識できる仕組みになっている。	
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	活動の促しは、二者択一や〇〇しませんか？等の、本人が自己決定できるような声かけで提案している。又、自分の思いを言葉で明確に表出できない方にも、その言動や周辺の様子等から思いを探り、声かけして確認し、思いに沿えるよう努めている。		
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	本人が自己決定できるような声かけを心がけ、可能な範囲で本人の希望に沿えるよう支援している。		
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	入浴や着替え時は、本人と一緒に服を選び、その人らしいおしゃれが出来るよう支援している。		
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	一人一人の出来る能力に合わせて、盛り付けや片付け等を分担して行っている。一人で食器を洗う事が困難な場合は、職員と一緒に行う事もある。	食事については調理済みおかずが業者から一括して届き、ご飯とみそ汁は調理して提供している。行事食として手作りおやつを食べたり、家族の協力のもと外食に出かける利用者もおられる。また、給食評価表で食事内容をチェックしてそれを基に栄養士が日々の献立を検討している。	
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	法人内の管理栄養士が作成した献立で提供している。10時と15時にティータイムで、コーヒーや緑茶を提供している。個々に応じた食事形態で提供し、安全に摂取できるよう支援している。		
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、声かけや見守りを行い、本人の能力に合わせて口腔ケアを行っている。		

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
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	一人一人の排泄量と時間をパソコン入力し、排泄パターンの把握に努めている。職員間でそれらを情報共有しながら、傾合いを見て排泄の促しや誘導及び必要な介助を行い、トイレでの排泄や自立に向けた支援に努めている。	自立の利用者1名その他、布パンツにパットを使用している利用者が多い。ケアシステムの中の『排泄チェック表』に、個々の利用者の排泄時の状態(時間・介助者・パット使用量等)を入力し、個々の排泄状態に応じてトイレ誘導している。排便コントロールについては、朝食時に乳製品を摂って頂いたり、主治医に相談し下剤等で調整している。	
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	毎日排便の有無を確認し、パソコン入力している。3日間排便が無ければ下剤を追加しコントロールしている。水分摂取や運動を促し、予防に取り組んでいる。		
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	毎日風呂を沸かしており、1人週2回を基本として入浴支援を行っている。又、受診や外出等の利用者の予定と入浴が重ならないよう配慮している。	基本的に1対1の介助で週2回の入浴体制ではある。但し、本人の希望等を受け入れ日時の変更は臨機応変に対応している。入浴できない方に関しては清拭や着替えを行っている。また5種類の入浴剤を使用する事で入浴を楽しむ工夫をしている。	
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	一人一人の体感温度に応じて寝具や室温の調整、ベッドのギャッチアップ等を行なっている。睡眠パターンを確認し、一人一人のその時の状況に合わせて対応している。活動や休憩時間を確保し、生活リズムを整え、安眠できるよう支援している。		
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	服薬一覧表をフロアの棚に設置し、薬効や副作用をいつでも確認できるようにしている。薬の変更があった場合は、メールや日誌で職員全員に周知させている。個々の状態を観察し、変化があれば主治医に報告している。		
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	年間計画に基づく行事の他、ボランティアの催し物、家事、各自の好みの活動等に参加し、楽しみや喜びを感じてもらえ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	施設車を使つての外出は、年間計画に基づいて行なっている。天気の良い日は散歩し、気分転換を図っている。又、家族の協力が得られる場合はお願いし、外出もして頂いたりしている。	年間計画に基づいて、氷見方面へのお花見やおやつを買いにスーパーまで出掛けるなどの外出機会がある。家族の協力が得られる利用者に関しては、頻回に家族と一緒に外出される利用者もおられる。また天気のよい日には、事業所周辺を散歩し近所の方と挨拶を交わしている。	

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
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	紛失やトラブルの心配があり、基本的には所持していない。しかし自己管理ができる方で希望があれば、家族の了承の元、所持している。欲しい物や必要な物は家族に依頼して持参して頂くか、立替金で購入している。		
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	本人より希望があれば、電話の取次ぎは行っている。携帯電話を所持している人も居り、自由に連絡を取っている。手紙、ハガキ等の希望があれば対応している。		
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	花を飾ったり、季節に応じ壁装飾、利用者の作品を掲示している。又、室温や湿度、テレビの音量やカーテンでの遮光等を調整し、居心地よく過ごせるよう配慮している。	リビングは加湿器等で室温の調整に気くばりされており、居心地の良い空間になっている。過度な装飾もなく利用者が作成した季節に応じた壁装飾や習字、天皇陛下や朝乃山の新聞の切り抜きが掲示しており、落ち着いた共有スペースになっていた。	
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	テレビ前にはソファを設置し、利用者同士が和めるように工夫している。居室は全室個室の為、一人になりたい時はそこで自由に過ごすことが出来る。		
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	居室には家族の協力の元、家族写真や本人の作品、家具等を持ち込み、それぞれが居心地良い空間となるようにしている。テレビや冷蔵庫を持ち込んでいる人も居る。	ベッドや鏡付の洗面台が設置されたフローリングの居室に、テレビや冷蔵庫を持ち込んでいる利用者もおられる。また家族の写真が飾ってある等、居心地の良さに配慮した居室になっている。	
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	トイレや風呂、自席の貼り紙を設置し、一人一人の出来る事、分かる事等の残存能力を發揮しながら出来るだけ自立して生活できるような環境作りを行なっている。又、職員と一緒にいる事で出来る事や、どの場面でどのような介助が必要なのかを把握し、出来る喜びを感じられる生活に繋がるよう支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 あっとほ～む米島

作成日： 令和 1 年 12 月 27 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	市が主催の研修や地域ケア会議に参加できていない。	市町村主催の研修や地域ケア会議に参加する。	高岡市に市主催の研修でGH職員対象の研修があるかを確認する。①介護サービス事業者連絡協議会が年2回と、②地域密着型サービス事業所対象の研修が毎年3月にある。①に参加する為、3月中に市役所に入会届(押印)を出しに行き、以降年2回の研修に参加する。又、②の研修にも参加する。	3ヶ月～7ヶ月
2	13	水災害時の訓練は、ホーム内でレクリエーションの一環として、ヘルメットの着用や机の下にもぐる、非常口から屋外への避難等を行なった。しかし、実際の身近な避難場所を想定した訓練は行っていない。	実際の身近な避難場所を検討し、そこに避難する訓練を行う。	併設のサ高住の2階を避難場所に設定できるか検討し、実際にそこまで避難誘導してみる。9～10月中に、水災害時の避難訓練日を予定し実施。当日出勤者で、利用者の避難誘導及び手順、必要物品等の確認を行う。	10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。