

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	1691100067		
法人名	株式会社 アンジュケア		
事業所名	射水ハッピーホーム		
所在地	富山県射水市上条299-1		
自己評価作成日	令和2年7月10日	評価結果市町村受理日	令和2年12月2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2年7月29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)】

射水ハッピーホームでは、ご利用者が今までの人生を振り返ったときに「あーいい人生だった」と思えるような支援を行っています。
家庭的で温かな雰囲気の中で、職員とご利用者がお互いを認め合い尊厳のある日々を送っています。たとえ心身の状況が変わっても自分らしく毎日をリラックスして過ごしていただける事が大切と考え、利用者、ご家族、職員が共に考えて取り組んでいます。

【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)】

- ・運営理念の「あーいい人生だった」を、事業所で働く職員一人ひとりが、日々の言葉かけ、態度、記録などで振り返り、継続的な支援と地域との関係を重視して、意見の統一を図っている。
- ・代表者及び管理者は、事業所の運営や決定事項に関して、現場職員の意見を反映して行くため、職員休憩室に意見箱を設置している。また、社会保険や厚生年金への加入、負担なしの忘年会、退職金制度などを整備し、働く意欲の向上やサービスの質の向上に繋げている。
- ・利用者が終末期に向け、重度化した場合や支援について、段階ごとに家族・かかりつけ医など、ケア担当者とは意向を確認しながら、対応方針の共有を図り、安心と納得した最期を迎えられるようにしている。

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
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	事業所理念は、誰もがわかりやすく共感出来る言葉で表現し、共有意識付けできるようにしている。いつでも振り返れるように玄関に掲げてある。朝のミーティング時に「社長からの一言」として読み上げている。	理念内容は「あーいい人生だった」であり、立場や経験に関わらず、事業所で働く職員一人ひとりが、理解し実践している。また、日々の言葉がけや態度を記録などで振り返り、地域生活の継続的な支援と地域との関係性を重視しながら、ケアについて意見の統一を図っている。	
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	毎年七夕作りを開催し、地域の子供や父兄と交流している。地域とは散歩の時などに挨拶を交わすなど普段のお付き合いを大切にしている。職員は利用者の友人の事も把握し、家族以外でも気軽に面会に来てもらうようにしている。	事業所は、共に暮らす地域住民の一員として、日常的に散歩や買い物などに出かけ、地域の人と挨拶を交わしたり、会話をしたりしている。今年はコロナ禍のため、近所の子もたちと、一緒に七夕飾りが出来なかったが、利用者は例年通りに願い事を書いた短冊を竹に飾り付けた。	
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	入所の申し込み時に、在宅介護を行っている家族へ認知症の理解や援助方法を助言している。近所の方から、相談を受ける事もあり、助言や相談窓口を紹介している。また、地域の認知症キャラバン養成講習会にも講師として参加している。どんなことでも気軽に相談してもらえる様な対応を心がけている。		
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	運営推進会議の場を利用し利用者の日々の生活の様子の写真をパソコンで表示し、具体的に紹介している。頂いた意見は、施設ケアに役立てている。また、地域との交流に関する行事や施設運営について具体的に協議している。	運営推進会議では、事業所からの報告と共に参加メンバーからの質問、意見、要望などを受け、前回の会議で取り上げられた検討事項や勘案事項について、その経過を報告し合い、運営に活かしている。今期は、コロナ禍ではあるが、事業所管理者の主導で運営内容を整理した書類を関係先に送付している。	
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取り組んでいる	事業所の稼働率や待機状況などを市へ報告している。災害時の対策等も事前に打ち合わせし、事故や感染症の報告及び運営推進会議の内容を書面で報告している。	管理者は、事業所のより良い運営やサービスの質の向上を目指し、市町村の理解と支援を得るため、情報の開示と共有化を進めている。今期は、新型コロナウイルス感染症の予防を中心に取り組んでいる。	

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
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	夜間帯以外は、玄関の施錠は行っていない。その日の利用者の身体状況により転倒などの危険が生じた場合も関わりや見守りを強化し、また、その原因を多方面から考察し解決することで、身体拘束しないサービス方法が定着している。全職員に参考資料を用い、職員会議で話し合い、知識を深め確認し合っている。	事業所周辺は、自動車の往来が頻繁にあり、河川も流れているため、夜間の玄関施錠が必要な立地環境となっている。また、「ヒヤリハット対応」記録については、職員参加の検討会で共有しており、「身体拘束をしない」マニュアルも整備され、定期的に勉強会を開催している。今期は身体拘束の事例もなく、入居者の安全を確保しつつ自由な暮らしが支えられている。	
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	高齢者虐待防止法についての資料をもとに会議し、学びの機会を確保している。管理者や介護主任は、その場その場で、認知症への理解や対応方法について指導し、利用者の不穏な行動で、介護職員が疲弊しないように配慮している。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修に参加し知識を深め、必要と思われる利用者に対し、それらの制度の利用を支援している。		
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	契約時は、契約書を読み上げるだけでなく、具体的な例を補足し分かりやすくするよう努めている。改定の際にも内容を説明し、納得していただけるように努めている。契約に関するQ&Aも活用している。		
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	利用者の家族に、メールで要望受付をできることを案内している。また、面会時には最近の利用者の様子を伝え、意見や要望を聞いている。ケアプランの作成時にも気づきや要望を確認している。また家族が気軽に尋ねられるような信頼関係が築けるよう努めている。職員は、利用者の普段何気ない発言や態度から、希望や要望を汲み取り管理者に報告して希望に沿うようにしている。	入居時のヒアリング調査、ケアプラン作成時や変更時の聞き取り、行きたい所や食べたいものの調査など、利用者と家族の要望・意見を引き出す努力が見られる。また、利用者の願いや家族の意見は、運営推進会議の中で伝えている。事業所には、意見や要望をしっかり受け止め、活かしていく姿勢が見受けられ、事業所運営の指針として、「家族の絆と関係強化」も掲げている。	

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
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	代表者、管理者と職員は、風通しも良く些細なことでも話しやすい雰囲気を作り出し、日々情報の交換を行っている。職員の気づきや提案は、毎朝のミーティングで話し合っている。また職員休憩室に意見箱を設置し、要望や提案ができるようにしている。	代表者及び管理者は、事業所運営や決定事項に関して、現場職員の意見を活かしていくため、職員休憩室に「意見箱」を設置している。また、職員の体調に合わせた調理椅子の設置、社会保険や厚生年金への加入、会社負担の忘年会、退職金制度などの整備も行われ、働く意欲の向上やサービスの質の確保に繋げている。	
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	やりがいをもって働けるよう施設運営に関する意見や要望に答えている。昇給や賞与で職員の頑張りを評価している。また、職員が頑張っている時は、その都度言葉で感謝や評価を伝えている。得意な事、やりたい事が実現できるようにしている。		
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	職員のケアの経験や技術の向上を目的として、定期的に施設内の勉強会や外部研修にも参加している。また、職員には毎月ユニットの目標と個人の目標を設定してもらい、さらなる向上を目指している。資格取得の際は、休暇について便宜を図っている。		
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	同業の施設と交流を深め、サービスの向上に努めている。		
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	家族や介護施設、病院からの情報は職員間で共有している。 入所当初は、利用者も環境の変化などからの不安が多く、関りを多くするなど工夫している。その中で要望や困りごとなどは本人や家族と話し合い解決できるよう支援している。他の利用者と仲良く出来るように、関係作りに努めている。		
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	家族も利用者同様、入所当初は不安や困りごとが多い場合も多く、必要な助言を行っている。特に状況報告を密に行っている。また、気軽に何でも相談下さいと家族に伝え、話し合っている。		

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
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	入所前、入所時のカンファレンスでの情報により、支援内容の優先順位を見定め、より必要な支援ができるよう努めている。		
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	利用者同士や職員は家族にはなりえないが、一つ屋根の下に暮らす仲間として利用者同士、利用者と職員が家事や季節のイベントなどを話し合っって企画し行っている。		
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	家族と利用者の絆を大切にできるような面会、外出、外泊は時間的制限を設けず行えるようにしている。利用者と家族がそれぞれの立場で役割が果たせるよう支援している。入所したことで、家族関係の絆が深まるように介入している。		
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	希望する方には入所後も馴染みの接骨院への通院介助や法要の段取りの支援を行ってきた。馴染みの美容院へ通う事や自宅の除草や墓参り、家族の見舞いなど多岐にわたって支援している。	事業所では、馴染みの場所への外出や個人の希望に合わせた支援が日常的に行われており、日頃から中、小グループで出かけて行く機会も多い。施設内では、利用者と職員が一緒になって楽しくゲームに興じる姿が見受けられた。	利用者一人ひとりが過去に培ってきた人間関係や、社会との関係が継続していけるような外出の機会を作るなど、個別的な支援を今後も継続して実施されることに期待したい。
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	入所初期から、職員は、陰ながら友人作りを支援している。利用者同士の交流が円滑に行われるよう、共同で行うことができる楽しみの場を提供している。また性格が合わず、どうしても不仲が生じた場合は食事の席を変更したり、ユニットを変更し主たる生活場所を変え関係の修復を図っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退所後に病院や施設に移る場合は、利用者も家族も不安が大きいので出来る限り多くの情報を提供している。施設や家族と退去後も気軽に相談できるような関係作りに努め、次の生活の場に早く馴染めるように支援している。 退去後も居宅のケアマネと密接に連携を取り、入所先を探す支援も行っている。		

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
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	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望や意向について、利用者や家族から話を聴いたり、観察により把握に努め職員の共通情報として利用者の希望している生活を支援している。表現の困難な方には、性格やその時の心情の把握、家族からの情報を基に話し合い意向に沿った介護が提供できるようにしている。	一人ひとりとのコミュニケーションを大切にしており、知り得た情報は、職員間で共有すべきものは記録に残し、出来る限り本人の意向に沿えるように支援している。希望や意向の把握が困難な場合は、職員それぞれが利用者の表情や行動から受け止め、ミーティングなどで共有を図っている。	
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	家族から情報収集したり、本人の話から生活歴を把握して支援に役立てたりしている。集めた情報は記録し、職員間で共有している。入所時は、利用者の馴染みのものを入所時又は、入所後なるべく早く持ってきてもらえるよう家族に協力してもらっている。また、生活歴や一日の過ごし方のアセスメントシートを活用している。		
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	日々の観察と記録や申し送りにより、すべての職員が心身の状況を把握できるようにしている。その有する能力に合った役割を持っていただいたり、その場の状況にあった支援方法を選択したりしている。		
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	介護計画は、利用者の望む生活、生き方を柱に作成されている。関係者は利用者のやる気を引き出す支援も行っている。日々、状態を把握し、新しい課題が生じた場合は、本人や関係者と話し合いケアのあり方、支援方法の変更を必要に応じ行っている。	介護計画は、本人がより良く生活するための課題を、ミーティングやカンファレンスで話し合い、得た情報は記録に残しながら、介護支援専門員が介護計画に取り入れている。また、計画は定時及び変更のある時にも、本人・家族に説明を行い、署名をもらっている。	
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	細かなことであっても見逃さず記録するように指導している。介護と看護の記録を一本化し身体状況を踏まえた介護が出来るようになっている。記録されたことは、介護計画にも反映されている。また、業務上の連絡などは連絡帳を活用し、情報の共有化を図っている。		

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
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	施設内だけでは十分な援助が出来ない場合は、他のサービス機関や居宅支援事業所、医療機関と連携を図っている。それぞれの家族の事情により買物や裁縫、病院の付添、衣替えなど必要な支援を行い、不自由のない生活を提供している。		
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	介護相談員の方に2ヶ月に1度訪問してもらい、家族や利用者から話を聞いてもらったり、ボランティアによる法話会を行ったりしている。		
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	家族や利用者の希望があれば継続してかかりつけ医の診察が受けられる。受診についても家族と話し合いの上付き添っている。家族の付添が困難な場合は、通院介助を行っている。必要あれば総合病院や認知症専門医などの他科への受診介助も行っている。他の病院への受診の際は協力医から、情報提供をお願いしている。医師への状態報告や指示受けを確実にを行い、適切な医療を受けられるようにしている。	1ヶ月に4回、協力医療機関の医師が来所しており、2ユニットのため、交互に月2回の診察となっている。専門科や歯科については、かかりつけ医や総合病院へ受診しており、職員が付き添うことが多い。	
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	看護師は、疾患ごとの観察ポイントについて指導している。介護職員は、普段と違う様子があれば記録するとともに看護師に報告している。看護師は、とらえた情報を記録や回診情報など日誌に青字で記入している。申し送りや業務中に必要な情報の共有化を図り、健康管理や適切な医療を受けられるようにしている。		
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。	総合病院や専門科への受診時や入院時はかかりつけ医より情報提供を行い、施設職員も同行し、普段の心身状況を医師や看護師に伝え、適切な処遇について話し合っている。カンファレンスにも参加している。また退院時も退院後の留意点や継続治療の有無など必要な情報のやり取りしている。		

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
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	家族には、利用者に重度化の兆しが見られた時に、今後考えられる身体の状態を話す機会を持ち今後の方針を決めている。終末期には、医療機関から治療の方法を確認し、家族や利用者やグループホームでの援助方法について話し合い、本人、家族が納得した支援方法が提供できるように努めている。状況の変化に応じて何度も話し合いを行い本人、家族の価値観や介護の方針を共有している。	入所時に看取りも行っているグループホームであることを説明している。また、重度化や終末期を迎える利用者の家族には、納得のいくよう説明を行い、協力医等とも調整を図っている。開設以来、看取りは数事例あり、職員の看取りに対する理解も深まっている。	
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	緊急時マニュアルを作成し、利用者の急変の勉強会を行っている。		
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	年2回通報、消火、避難訓練を実施している。水害避難訓練も行っている。火災の際は、施設外へ避難した利用者の見守りを地域住民に依頼してある。消防職員によるこの地区における火災、水害、地震などに対する具体的な指導をしてもらっている。災害時の非常食としては、米と水を3日分備蓄している。	年2回火災訓練が実施されており、施設外での見守りと避難については、地域住民の協力を依頼している。また、水害時の避難についてはマニュアルを作成し、射水市へ提出済みであり、水害が予想される場合は早めに避難を行うよう、日頃から職員に意識づけをしている。備蓄として3日分の米と水が準備されている。	
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	声かけ方法や接し方など、利用者本位の支援をするよう指導している。個々に合わせた声掛け方法を見つけるために、職員もどうすれば良いか考えながら業務にあたっている。プライバシーや尊厳について話し合っている。	理念に基づき、利用者一人ひとりの生活を大切にして「あーいい人生だった」と思ってもらえるよう、一人ひとりの人権の尊重とプライバシーの確保を全ての職員が日々心掛けながら接している。	
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	利用者が選択できる聞き方の話し合いを行い、小さな事柄も自己決定できるよう支援している。言葉で選択できない利用者に対しても表情や感情に注意し、思いを汲み取れるように努めている。		
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	その人のペースで生活できるよう個別の生活リズムを把握している。また、過ごし方についても柔軟に対応している。		

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
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	毛染めやパーマ、お化粧を自由に装えるように支援している。四季に応じた洋服を準備し、おしゃれを楽しんでもらっている。訪問理容や馴染みの美容院で、希望の髪形にってもらっている。気持ちがあっても一人で出来ない方には、お手伝いしている。また本人と一緒に洋服等の買い物に行っている。		
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	季節感のある献立を取り入れるよう工夫している。畑でとれた野菜や旬の食材を、一緒に調理して楽しく食べている。誕生日やお正月のメニューも一緒に決めている。食べたい物のリクエストにも、すぐに対応するようにしている。また、本人の摂取能力に応じた食事形態への対応を行っている。アレルギーや好き嫌いにも個別に対応している。	栄養管理された食材の提供や、調理された食事を専門の業者から受けて提供している。近所や家族から野菜をいただくこともあり、エンドウ豆のご飯は利用者に好評であった。おやつは手づくりが多く、作る喜びを感じる利用者も多い。また、その人に合った食事形態で提供しており、勤務する職員も一緒に食事をしている。	
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	必要な利用者には、水分摂取記録を活用し水分確保に努めている。苦痛なく摂取できるように、好みの飲み物を提供するなど工夫している。 毎食の食事量を記録し少ない場合は、間食や補助食品で補っている。また極端に食事量が低下した場合は、本人の好むメニューを提供して食欲が戻る様に支援している。食事時間も本人に合わせている。		
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	いつまでも美味しく食べられるように歯の健康に力を入れている。 毎食後の口腔ケアを推奨し、根気強く必要な援助をしている。歯科への通院介助や訪問歯科の往診を依頼している。 歯科にて歯みがき指導を受け、歯間ブラシやワンタフトブラシなど歯の状態に合った歯みがき用品を使い個々に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	排泄チェック表にて、排泄パターンを把握し、出来るだけトイレで排泄できるように誘導している。利用者が排泄ケアについて理解しやすいように、想定される経過と結果を説明し目標が持てるようにしている。個別の排泄ケアを提供する事で、尿意や便意が回復し排泄が自立できるよう支援している。状態の改善や悪化に合わせ、排泄ケアの方法を話し合っている。	布パンツで過ごす人が複数人いる。一人ひとりの排泄パターンを大切に、トイレでの排泄ができるように支援しており、排便についても個別の支援に心掛け、食べ物や飲み物の工夫を利用者と話し合いながら支援している。	
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	下剤だけに頼らず、水分量の確保や適度な運動を生活に取り入れ、便秘の予防に努めている。かかりつけ医と定期的に、内服内容の見直しをしている。ひどい便秘の利用者には、こまめな水分補給、運動、カフェイン量のコントロール、正しい排便姿勢での排泄を支援している。		
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	季節に応じて、ゆず湯やクールバスクリンなどの入浴剤を取り入れている。1対1で入浴し、くつろぐことが出来る。お風呂は週4日沸かしている。また、入浴したくない時は、翌日に振り替えられるように対応している。	浴室は清潔に管理されている。手すりが複数個所に取り付けられており、利用者の個別に合わせた使い方ができ、安心と安全が得られている。また、入浴時も個別支援の機会として捉え、利用者との会話を大切にしている。	
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	自由に生活できるよう日中の生活時間帯は厳密に管理していないが、活動的に過ごせるように工夫をしている。寝るまでの時間も自由に過ごせるようになっている。夜間、不安や昼夜逆転などの症状が現れた場合は、医師と相談し適切な支援が出来るようにしている。		
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	内服薬の内容を各ユニットで管理し、いつでも確認できるようにしている。特殊な使用方法の薬は1包1包に説明書きを付けている。誤薬や飲みこぼし防止の対応マニュアルを作成し、職員指導をしている。かかりつけ医と定期的に、内服内容の見直しをしている。		

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
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	利用者自ら楽しみのある生活が出来るようその方にあった家事作業や趣味などが行えるようにしている。洗濯干しが役割として定着し生き生きとした様子も見られる。野菜作りが好きな方には、苗の購入から植え付け、収穫などの作業も行えるように支援している。また自室で嗜好品も楽しむことが出来る。家族等からの差し入れも一時預かり、提供している。		
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	花見、遠足、ドライブ、外食は定期的に関催している。不定期な外出も行って、個々の意向に応じて行き先も個別に設定している。仲良しグループで花公園に行く。動物園や神社にお参り、近くのお宮さんに行く、道の駅で飲食する等楽しんでもらっている。また利用者一人でも外出の希望があれば施設職員が同伴し外出している。家族旅行や外出が気軽に出来るように、車イスやポータブルトイレを貸出している。	コロナ感染防止で外出が困難になる前は、利用者全員だったり、2回に分けて車で出かけることを行っていた。少人数での外食やお出かけも希望があれば行って、家族とのお出かけも可能な家族にはお勧めしている。事業所周辺は散歩がしやすい環境となっている。	
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	金銭の自己管理が出来る利用者は、常識的な範囲で自己管理してもらっている。支払う機会のある場合は、自分で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	希望があれば随時電話で話せるよう支援している。適切に使用できる方は携帯電話を持ち込んで自室のみで使用している。お持ちでない方は、自室に子機をお持ちして、ゆっくり会話が出来るように配慮している。また手紙や贈り物のやりとりも支援している。		
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	生花や季節の装飾を玄関やリビングに飾り季節感が感じられるよう工夫している。行事や外出した時の写真を掲示し、思い出を楽しむ会話をしている。光や室温なども利用者に合わせて空間になるよう配慮している。キッチンリビングに面していて調理中のいい匂いを感じる事が出来る。施設の周りに花を植え、心地よい環境作りに努めている。	共用の空間は 食堂兼リビングと台所がワンフロアとなっている。リビングにはソファが配置され、テレビを楽しむことができ、室温の調整と換気は適切に行われている。玄関と事業所の前にはプランター栽培の花が楽しめるようになっている。	

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
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	一人になれる共有空間は室内に乏しいが、ベランダや裏庭への出入りは一人でも行えるよう配慮している。リビングのソファはくつろげるように3本設置している。窓際のソファは、外を眺め静かに過ごす事が出来る。		
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	居室はプライベートな空間であるため、利用者の思い思いに使ってもらっている。使い慣れたものや、好みのものを自由に配置・装飾して落ち着ける空間となっている。面会時は、お茶とイスを用意しているが、好みのイスを持ち込んでいる利用者もいる。仲の良い利用者を招いている場面も多い。居室の片付けが必要な場合は、職員と利用者と一緒に行う。	居室はすべてフローリングであり、ベットと空調が備えてある。また、好みのものや使い慣れたものを自由に配置してもらい、利用者の思い出や趣味が継続できるような空間が整えられている。衣類の整理も各人のやり方でしっかりと整理されている。	
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	施設内は、バリアフリーでトイレや浴室、廊下に手すりを設置し安全に移動できるようにしている。 浴室とトイレの向きは2種類あり、片麻痺があってもどちらかで対応できるようになっている。また、分かりやすいよう、トイレの壁の色を変えてある。それぞれの症状に合わせて環境づくりし、一人で出来る事を大切にしている。利用者からの要望により、トイレ使用中の札を作成したり、浴室に手すりを増設している。		

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	22	新型コロナウイルス感染症に対する感染予防として、家族との面会を自粛してきたが、感染対策を図りながら家族との面会ができるようにしたい。	利用者や家族が感染対策のもと、面会することができる。	①日々国内及び県内の新規感染状況を確認しながら、面会方法を定めていきたい。 ②利用者や家族に対しても現在の面会方法について理解と協力を図りながら、出来る限り面会できるようにしていきたい。 ③感染が拡大し、リモートによる面接が望ましい事態に備え、パソコンやタブレットなどの機器を購入する。	6ヶ月
2	20	新型コロナウイルス感染症に対する感染予防として、外出支援を自粛してきたが、感染対策を図りながら外出支援を行っていきたい。	利用者は感染対策のもと、外出できる。	①感染リスクの低い屋外などの外出を行ってきたい。 ②大人数での外出を控え、少人数で人混みを避けながら、楽しめる場所や懐かしい所への外出を行う。	12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。