

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	1691100307		
法人名	株式会社 ウェルファイン		
事業所名	風乃里水戸田		
所在地	富山県射水市水戸田966-1		
自己評価作成日	平成29年10月16日	評価結果市町村受理日	平成30年2月6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	平成29年11月17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)】

ご利用者様一人ひとりのニーズを把握し、その人の人生観、生き方や自己決定を尊重し、本人のペースに合わせ、生活支援に努めている。日々の体調管理には留意し、24H対応の訪問看護ステーションとの連携及び総合病院との連携により緊急時の対応に柔軟に対応している。
ご家族様には毎月発行している『風乃里水戸田通信』を発行し、ホームでの様子を伝えている。

【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)】

・施設内には、グループホームの他にも小規模多機能事業所とサービス付き高齢者住宅があり、合同行事をはじめ、施設内の全利用者・全職員が日々交わりながら明るく賑やかな暮らしが営まれている。
・職員は、利用者一人ひとりの人柄や症状に応じて寄り添えるよう努めており、毎月全利用者対象のモニタリングを実施するなど、本人・家族の要望が叶えられるよう取り組んでいる。
・提携医療機関の民間病院と当該病院系列の訪問看護事業所は24時間対応で、医療支援体制を充実させている。

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	毎朝の朝礼時に社是、経営理念を唱和し、実践に向けて取り組んでいる	事業所の玄関と事業所内のホール中央に理念が掲示されている。毎朝の申し送り後には全員で理念を唱和し、毎月末に開催されるユニット会議で実践について確認されている。	
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	地元の行事に参加したり施設行事に招待している	地域開催の納涼祭や文化祭には利用者が参加されているが、他はないようである。また、事業所の納涼祭やおわら踊り会等には地域の方の訪問が見られるが、他はほとんど見られない。毎月自治会を通して事業計画や同報告を会報として回覧されている。会報には事業所理念も併せて記載されている。	地域との交流があまり見られないので、地域の方の事業所への理解・啓発に努められ、交流の機会を増やすことを期待したい。
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	地域行事や施設行事に参加し、地域の方への認知症の理解を深める機会となっている		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。活動状況や利用者の利用状況など様々な内容を話しあっている。また、委員の皆様意見やアイデアを頂き、取り組みに活かしています。出来る事を発信し、地域社会とのつながりを深めています	会議には自治会長、民生委員、行政、地域包括支援センター(2名)、家族代表等が出席し、隔月毎に開催されている。会議では行事計画や同報告、事業所利用者の状況等が報告されている。事業所として委員からの要望等を聞くように努められているが、ほとんど聞かれないようである。	地域自治会は戸数が480戸余りと非常に多いが、地域を代表する委員は自治会長と民生委員の2名である。地域の方に事業所を理解していただくためにも会議構成員について検討されたい。
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	実情やケアサービスの取り組みを伝えながら市主催の勉強会に参加し、運営につなげています	推進会議には行政、地域包括支援センター2名と市町村関係者3名が毎回出席され指導相談等を受けている。欠席の場合は、会議録写しを持参し説明する等して、日頃から相談等をしやすい関係を築くよう努めている。	
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	休日は職員が手薄の為、日中施錠させて頂いている。又、見守りを重視し、安全に行動ができるようにしています	身体拘束防止マニュアルを作成し、身体拘束防止についての研修会も定期的実施されている。玄関は小規模多機能型施設と併用されているために玄関ドアに施錠されていることが見られる。	
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	勉強会やミーティングで、身体拘束だけではなく、言葉の虐待や放置、無視などの心理的虐待もしてはならないと話している。その要因となる職員の疲労やストレスがないか？など精神状態も管理者は確認している		

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
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	以前、成年後見人サポートセンターの方が来られて学んだ。必要な利用者に活用できるよう努力している		
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、解約に関する説明の際はトラブルにならないよう詳しく説明している		
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	日々の関わりの中で意見や要望を伺い、月ごとに手紙を送付し、変化のあった出来事など、家族様に伝えるようにしている	毎月の会報を利用者家族へ送付する際に、利用者の身体や生活状況等についても個々に記載し報告している。また、家族の面会時や利用者との会話の中で、介護時の要望等について聞くように努め、速やかに実施するように努めている。	
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	管理者との面談と朝礼時の意見交換を行い、又、常時、話し合える環境が整っている	毎朝の申し送りや毎月のユニット会議を始め、気軽に話し合える関係が築かれている。職員の発案によりリビング横の食器棚等の配置換えを行ったことにより、リビングが広く明るくなり利用者の快適な生活環境を伺うことが出来るようになった。	
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	職員と管理者はコミュニケーションを図り何でも話せる関係であり、管理者は代表者に皆の思いを伝えるよう努めている		
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	外部研修への参加、勉強会で学ぶ機会がある		
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	研修や勉強会等、交流する機会は増えている		

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	事前に面談を行ったり、本人や家族の話を大切に、アセスメントを行いカンファレンスで話し合いをしている		
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	ご家族と利用者の求めること等配慮しながらケアの方向を話し合っている		
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	色々なサービスの中から利用者のニーズに合わせた支援を行なえるよう対応している		
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	本人の出来ることは声え掛けしながら一緒に行なっている。教えて頂いたり同等の立場で支援しねぎらいの言葉やお礼も必ず言っている		
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	本人にとって一番大切な家族を理解しつつ、情報交換しながら一緒に支えていけるようにしている。また家族様に協力していただくことも多い		
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	友人や親戚の人達の面会を歓迎し、本人の気持ちにより次の面会も来ていただけるよう声かけしている	馴染みの人の訪問は2~3カ月に1回程度であるが、訪問時には歓待し、再度の訪問をお願いしている。利用者への手紙や年賀状については本人に任せていたが、最近はほとんど見られなくなった。	本人の意向を確認し、希望する場合は職員が手伝うなどして、手紙などによる馴染みの関係を継続できるような配慮を期待したい。
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	利用者同士の相性を把握し、テーブルの配置や孤立しないよう全員参加のレクなど声かけしている。また、暴言等にも職員が入り、協同生活がうまくいくよう支援している		

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
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	退所されたご家族様から、とれたての野菜を頂いたり、顔を見にきましたなどと言って来所され、関係作りを継続している。またその後の相談や支援に努めている		
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	一人ひとりの思いや希望に少しでも応じられるよう努力している。困難な場合は行動、表情、仕草からくみ取るようにしている	日々の関わりの中で、思いや意向を汲み取れように努めている。～に会いたい、～が食べたい、～をしたいなど、実際に口にされることがあれば、すぐできることはもとより、困難なことであっても、日をおいたり、家族とも相談するなどして、なるべく叶えられるよう努めている。	
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	これまでの暮らしを否定せず、サービス向上に努めている。家族からの情報を元にケアにつなげてカンファレンスなどで検討している		
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	1日の過ごし方や体調変化は申し送りにて把握している。又、生活のリズムに伴い、生活の質の向上のため、出来ることの支援を行なっている		
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	本人や家族の希望を取り入れより良いケアが出来るよう会議等で職員が意見を出し合い意向に沿えるよう努力している	毎月の職員会議にて全利用者一人ひとりの症状や健康状態、本人や家族の要望等を確認し、情報共有を図るとともにケアマネジャーが作成する半年毎のケアプランに反映させ、家族にも承認を取っている。途中状態変化があれば、随時変更にも着手している。	健康管理や身体機能維持以外に、本人がしたいことを実現するプランにも取り組まれることを期待したい。
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	介護記録には日々の精神状況や体調変化話した内容など詳しく記録している。それを日々の申し送りで情報共有をし実践に取り組んでいる		
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	出来る限り要望には答えている。個々に合わせ、その時の状況に沿ったケアを実践している		

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	ボランティアの来訪や地域の方々との交流も行なっている。地域行事への参加		
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	月2回の往診があり、適切な医療を受けられるようになっている	24時間対応の提携病院による月2回の担当医の訪問診療があるが、入居前からのかかりつけ医の継続も支援している。また同病院の訪問看護事業所とも連携し、月3回の訪問看護で全利用者の健康管理を充足している。診療結果等は随時家族に伝えており、内科以外の専門診療は家族付き添いをお願いしている。	
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	24時間対応の訪問看護ステーションとの連携により主治医に直に連絡が行くなど情報共有が図られている		
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	入退院時に情報提供を行い、入院中は管理者が訪問し、退院を含め今後の方向性について話しあっている		
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	重度化した場合、本人、家族、主治医と相談し、施設での生活を可能な限り支援対応している	重度化した場合は、状態に応じて家族、担当医、訪問看護事業所とも相談しながら事業所としての方針を家族とホーム間で共有している。開設して3年、看取り事例はないが、医療設備や過度の介助を要しない限り、このまま支援を続けられるよう取り組んでいる。	
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	マニュアルがあり、急変時にも速やかに対応できるよう努めている		
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回の避難訓練を行い、消火器の使い方の訓練を行なっている。また利用者の避難方法についても訓練を行いながら身につけている	避難訓練は同一施設にある併設2事業所と合同で、春秋の年2回消防署立ち会いで、火元に応じた利用者の戸外退避と消火器訓練を実施している。地震や豪雨・大雪等の災害別マニュアルも整え、今後も当地に即した対策整備に取り組む方針である。	備蓄・防災品やライフラインリストの整備、近隣事業所・住民との協力体制構築等が望まれる。

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
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	職員は利用者の尊厳を大切にし、言葉がけ、言葉遣い、関わり方等に配慮するように指導している。また個人情報の取り扱いでは気をつけ、個人の写真等の掲示やお便りなどへの掲載も本人、家族の了解を得て行なっている	利用者一人ひとりの人柄や症状に応じて、少しでも気持ちに寄り添えるよう努めている。日々の業務でつい出てしまう声かけや言葉遣い、ケアの仕方において、配慮に欠けたサービスにならないよう毎朝の朝礼で確認し、気持ちを新たに臨んでいる。	
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	日常生活の中での会話の中で思いや希望を聞き自己決定できるよう努めている。本人の状況でなかなか言葉に出来ない人には出来る限り職員が思いを把握し、代弁できるようその人の希望を知る支援をしている		
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し、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	利用者の思いをくみ取り本人のペースに合わせた支援を行なっている		
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	入浴後など整髪時、気を配りドライヤーなどでセットしたり、季節に合わせた服装が出来るよう支援している。また髪が伸びた方には床屋を依頼し、施設内で床屋をし、本人の思いを大切にしながらカットしている		
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	利用者の状況に応じて下準備、味見、片付け、出来る事を出来る方と一緒にいき、食事作りの場面で利用者の力が発揮できるように取り組んでいる	献立と惣菜は業者手配で、ホームではご飯と味噌汁を調理している。職員は持参弁当と一緒に食べ、ミキサー食や食事介助をしている。近所からのくだものや野菜のお裾分けもあり、漬物や味噌汁にして食卓に載せている。時には回転寿司やファミレスの夕食、ホットプレートで囲んで味わう企画もある。	ホットプレートを囲む企画のように、料理が出来るまでの色や形の変化、音やにおいをそばで見て、感じる機会を増や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	月に一回体重測定を行い、健康面に気をつけている。個々の必要性に応じた水分、食事の摂取量の記録を行なっている。また、1日の水分摂取量を把握するために排尿記録も行なっている。水分量の少ない方には好みの飲み物等を聞き、少しでも多く摂取して貰っている		
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	口腔ケアの重要性を理解し、毎食後の口腔ケアは個々の能力に合わせ、声掛け、見守り介助を行なっている。夕食後は義歯の洗浄消毒も行なっている		

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
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	排泄介助が必要な利用者の行動パターンを把握し、体調管理をするため、日々の排泄記録を残している。夜間でもそれぞれの排泄の特徴を把握するため、夜勤者は観察や誘導を行なうことで失禁などを減らすように努めている。関わり方や介助の方法をスタッフミーティングや申し送り等で情報の共有を図ったり相談したりしている	排泄チェックは全利用者が対象で、個々に応じた紙パンツと多種あるパットの活用を、夜勤者との申送りや毎月の職員会議で確認しながら、少しでも本人負担が少なくなるよう取り組んでいる。状態加減によっては担当医、訪看サービスにも相談し、全員のトイレでの自立排泄を実現している。	
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	利用者一人一人の排便チェック表を記入し、便秘予防に向け、毎朝、牛乳、おやつにはゼラチンを使ったスイーツを提供したりして、自然排便を促すようにしている		
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	曜日や時間帯は決まっているが、利用者の体調や希望により変更したり、入浴拒否の場合は無理強いせず、時間をずらして声掛けを行なっている	週2～3回の利用を目安に、日曜を除く午前中に2～3名の方の入浴支援をしている。浴場には機械浴室と一般浴室があり、他事業所と共用で使用している。重度の方は2人介助で、入浴剤の工夫もしている。その日入浴を嫌がる場合は無理強いせず、時間や日をずらしてお誘いしている。	他事業所と共用の浴場のため、入浴時間帯は浴場が騒然としている。入浴する時間帯や回数、着脱衣環境、入浴時間や浴室環境等を再検討され、ゆっくりと入浴を楽しむことができよう工夫されることを期待したい。
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	日中は散歩・体操・レクリエーション等に参加して頂いているが、疲れた場合や睡眠不足などで眠い場合は居室にて休んで頂いている。また夜間精神状態が悪化して寝れない場合は主治医に相談・家族に相談し、薬を服用している		
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	薬の処方箋は個々の服薬ファイルにて把握できるようになっている。身体状況に応じて主治医や薬剤師に相談しながら調整を行なっている。服薬が変更になった場合は連絡ノートに書き、職員の周知徹底に努めている		
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	本人の能力に応じ役割分担し、出来ることへの支援をしている。一人ひとりの気持ちの良い過ごし方で精神安定を図って気分転換している		
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	その日の個々の精神状態や体調に合わせて必要時には戸外に散歩に出かけたり家族の協力のもと外出できるように支援している	普段、玄関前でよく日なたぼっこをしており、バラ園や芝桜、七夕や紅葉などの季節毎の行楽行事も、全員が行けるよう2回に分けて出向いたり、併設事業所の利用者と一緒に繰り出したりしている。重度の方もおり、その都度工夫しながら企画し、外に出る機会を設けている。	全員で外出する企画に限らず、利用者と一緒に出かける個別外出の機会を増やされ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
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	トラブル防止のため、本人所持のお金はなく 買い物等、必要時は家族の了解のもと施設側で立替え支援している		
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	帰宅願望が強い人には話しを聞き、内容によっては家族に連絡を入れて対応。家族からの電話や手紙は常時受けとれるようにしている		
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	季節ごとに壁飾りを変えたり、音楽を流したり、居心地の良い空間を支援している	キッチンとリビングの間にあった棚を取り払い、好天日はカーテンを全開し、共用空間をより一層広く明るい雰囲気になっている。朝と夕方には消毒清掃をし、夏場は全窓を開けての自然換気、冬場は加湿器を多く活用して、いつも清潔で安心・安全な環境作りに努めている。	
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	フロアでは席の配置を工夫したり、TVの前にソファを置いたりして集まりやすいようにしている		
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	今まで使用しておられた物を持って来て頂き、自宅に近い雰囲気になるよう努めている。ベッドの位置、高さなども配慮している	全室日当たりがよい洋室でベッドが備え付けだが、病状によりベッドを取り払い、マット使用の方もいる。終日、共有空間で過ごされる方が多く、持ち込みの品は少ない。	
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	自室の場所がわからない利用者には自室がわかるように配慮し、ホールの壁には利用者の皆で作製した作品などを飾ったり、日々の生活に活かしている。また安全にスムーズに生活出来る様環境整備に努め、自立支援を行なっている		

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	34	誤嚥・窒息、心肺停止などの様々な緊急事態に即した具体的訓練を医療機関や消防機関等の連携も含めた形で全職員が知識としてだけでなく技術としても身につけるような取り組みを行なう	定期的に緊急時の対応についての勉強会を開催し、知識と技術を身につける	職場内研修の充実や外部研修への参加、救急救命講習の実施	6ヶ月
2	2	地域交流を目指し、事業所の行事等の案内を地域回覧板やお便りを活用し発信しているが、まだまだ地域との交流が少ない	地域の一人でも多くの方が事業所を訪れて下さるような取り組み、行事の呼びかけを行い、交流の機会を持ち馴染みの関係を作る	日頃の挨拶などを通し、馴染みの関係を作る地域回覧板などを活用し、事業所の行事の案内を呼びかける	6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。