

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	1670400082		
法人名	社会福祉法人 新川老人福祉会		
事業所名	グループホーム しんきろうハウス		
所在地	富山県魚津市東町12-1		
自己評価作成日	平成30年8月12日	評価結果市町村受理日	平成30年11月1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	http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JigvosvoCd=1670400082-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【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30年9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)】

<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの声に耳を傾け、その人らしい暮らしができるように、また、自分のできることを見つけて行えるように環境を整えています。 笑顔で寄り添い、安心・安全の下、家庭的な雰囲気作りをしています。 家族や地域の方との繋がりを大切に、一緒に活動する機会を設け地域に密着した施設づくりをしています。
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> 利用者に役割として仕事を分担し、「役に立っている・私の役目」と感じるからか、利用者が生き生きと作業をしている様子が見受けられる。 自立に向けたカリキュラムで脳トレーニングを活用する中で、達成感や利用者同士教えあうなどの効果が見られる。 昼食は職員全員が同席し、日常会話を交わしながら和気あいあいとした雰囲気の中で食事をしている。
--

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	・玄関先に理念を掲げて来訪者にも分かるようにしています。また、日頃から職員間で気をつけて取り組んで行くことを、広間と記録ファイルに掲示し朝/夕の申し送り時に唱和しています。	玄関・共有スペースに理念を掲示している。ケース記録のファイル表紙に理念を貼り、朝夕の申し送り時には全員で唱和をしている。	
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	・小学校/保育園との交流が毎年行われています。また、地区の文化祭や祭りにも参加しています。 ・地域のボランティアには定期的に訪問してもらい活動を支えてもらっています。	地域ボランティア「輪の会」を中心に、お手伝い(ドライバーかけ・外出付き添い)や書道、紙芝居、お茶会など関わりがある。地元公民館の文化祭に作品を展示している。地元企業より年2回掃除手伝いの訪問がある。	
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	・直接訪問された方からの相談に乗っています。また、玄関先に認知症のパンフレットを設置し閲覧できるようにしています。		
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	隔月に開催し、写真入りの資料を作成し運営状況がわかりやすいようにしています。その場で委員の方からでた意見を参考にしています。	2か月に1回開催している。会議参加者に役割を設け、参加意識を高めている。家族代表は2年交代制としている。参加者から他事業所の参考事例を聞いたり、避難訓練の情報があつたりと活発な話し合いを行っている。	議事録は作成するも本部回覧、職員回覧に留まっている。結果が見えないので、会議出席者へ配布したり、自由閲覧資料として設置するなど工夫されたい。
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に取り組んでいる	運営推進委員会に市役所の方にも参加していただいているので、その時にわからないことや困ったことがあれば質問等しています。	運営推進会議メンバーに市役所・民生委員・経田地区社会福祉協議会より参加があるのでその折に質問している。	
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	身体拘束について職員間や運営推進委員会で議題に出し意思統一出来るように取り組んでいます。ただ、玄関の施錠に関しては職員の見守りのもとでの施錠解除を行っているが、普段は立地条件等考慮し施錠せざるを得ない状況である。	事業所周辺は車の往来が多く危険のため、玄関は施錠している。天気の良い日には職員の見守りのもと施錠解除し、散歩している。委員会を設置し、身体拘束防止についてポスターにまとめ、トイレなど目につきやすい場所に啓蒙資料を掲示している。	
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	法人内で研修を行い取り組んでいます。職員も言葉遣いなどお互いに気をつけています。		

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
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	権利擁護について学ぶ機会を設けていない状況です。		
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	説明後に不明な点がないか確認しており、不安に思われることがあれば後からでも説明しています。		
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回満足度アンケートを行ったり、家族会を開催したり、カンファレンスや面会時に要望や何か困っていることなどないか伺っています。	年1回、家族会を開催している。アンケートも実施している。家族が気軽に話しやすい雰囲気づくりを心がけ、声かけを行っている。	
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	毎月カンファレンスを開催し職員の意見を聞いています。また、普段から申し送り時や連絡帳を利用して意見交換しています。良い意見は即実行しています。	毎月のカンファレンスで職員の意見を聞いています。職員の勤務時間帯が異なるので、それぞれ申し送り時に意見交換を行っている。また、スタッフの連絡帳を活用している。	
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	・法人内で人事考課を実施しています。 ・職員からでた意見は良いと思えば即実行しやりがいを持てるようにしています。また、感謝の言葉を忘れないようにしています。		
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	法人内外の研修やグループホーム連絡協議会の研修に参加するようにしています。		
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	・富山県認知症グループホーム協議会の会員になっており、情報交換や研修に参加させてもらうことがあります。		

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
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	・馴染みの関係づくりが出来るようにできるだけマンツーマンで対応するようにし、傾聴の姿勢で聞き取りを行い、要望や不安など理解するようにしています。また、家族の協力を得て安心できるようにしています。		
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	・面会時には職員から声をかけ知りたい事や心配事がないか聞いています。 ・話しやすい雰囲気づくりや訪問しやすい雰囲気作りを心がけています。		
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	・事前に本人/家族から要望や日課にしていることなどを確認し、アセスメントを取りケアに反映させるようにしています。		
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	・今まで家庭で行ってきた家事仕事や役割を通して一緒に暮らす仲間の関係づくりを心がけています。		
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	・家族も参加できる行事を行ったり、外出/外泊を勧めています。 ・面会時には近況報告も行い、協力をお願いすることもあります。		
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	・どなたでも/いつでも来訪していただいて良いことを最初にお伝えしています。また、来訪者には「また、いつでも来てください」と心をこめてお伝えしています。	事業所を訪れるボランティアや関わりのある方へは利用者が言葉を書き、しんきろうハウス一同として日頃の感謝の気持ちに変えて賀状を郵送している。来訪者には職員が心をこめた言葉で再訪を促している。	
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	・関係性を考慮したテーブル配置や話の仲介、皆で楽しめる余暇活動の提供を行っています。 ・職員が話しかけ孤立しないようにもしています。		

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
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	その後の経過を伺う機会があれば確認しています。また、相談があればお答えしたいと思っています。		
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	・普段の行動や会話の中で本人が望んでいることを聞きとったり確認しています。家族にも聞き取りを行っています。情報は「暮らしのまとめ」シートに書き込んでいきます。	入所時と要介護認定更新時に家族から聞き取り調査を行っている。また、日常生活の中で利用者の思いを知り、そのことを「暮らしのまとめシート」に書き込んでいる。利用者の望むことを大切にして、日々の介護に活かしている。	
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	・本人や家族に聞き取りを行ったり、他のサービスを利用していた時はサービス提供者から情報を収集します。		
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	・「暮らしのまとめ」24時間シートやアセスメントシートを利用し本人の能力や希望/身体/精神状態の把握に努めています。		
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	・ケアプラン作成にあたり、本人/家族/職員で何が課題となっているかどうやって支援していくか話し合います。出来上がったものを確認してもらい実践していきます。大体3ヶ月に1度の頻度でモニタリングし家族へ説明しています。	利用者の日頃のこだわりや言葉を聞き取り、家族の声も含めた「暮らしのまとめシート」を3か月毎に見直している。生活全体の課題を、短期及び長期目標にまとめ、目標を明確にし、気付いたことをチェック表に記入している。職員全体で話し合いを重ね、家族の意見も取り入れながら介護計画に反映している。	
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	・ケース記録に日々の様子や気づいたことを記録しています。申し送り時に気になった事柄を話し合うこともあります。決まったことは連絡帳に記入します。また、家族や主治医との話し合いの結果など書面にて回覧し情報共有します。		
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	・面会時やカンファレンス時や電話連絡時に状況報告し、新たな要望や課題が生じた場合は、即対応できることは行うなど柔軟に対応するよう心がけています。		

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
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	・地域住民やボランティア/民生委員/交番/商店/市役所などから必要に応じて協力を受けています。		
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	・入所前から受診されているかかりつけ医に継続して受診してもらっています。必要に応じて情報提供しスムーズに受診できるように心がけています。家族の希望で往診してもらっている方もおられます。	入所前からのかかりつけ医に継続して受診している。家族の希望で歯科往診や訪問診療もある。受診付き添いは家族が行い、薬などについても情報を共有しながら健康維持を図っている。	
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	・事業所には看護師がいないので、異常を感じたときには家族へ連絡し受診依頼をしたり、往診してもらっています。		
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。	・入退院時に状態の情報交換を行っています。		
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	・看取りを行っていないことや介護が重度化した場合については契約時に説明しています。また、実際その時が来た場合はその時々で話し合い相談に乗っています。	入所時に看取りはしないこと、重度化した場合の対応について説明している。実態として認知症の重度化や歩行困難など、日常生活に支障が出てきた場合に、家族とも相談しながらその後の対応を行っている。	
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	・毎年救急蘇生法やAEDの使用手順の研修を行っています。また、応急処置の仕方や緊急対応の仕方をわかりやすく見やすい場所に掲示しています。		
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3回避難訓練を行っています。火災や水害、夜間想定での訓練を行っています。また時々、余暇活動時にヘルメットのある場所の確認や被り方、どう動いたらいいか等利用者と一緒に考える時間を設けています。	火災や水害、地震を想定し年間3回の避難訓練を行っている。うち1回は夜間を想定し訓練を行った。先般の大雨の際、市の避難勧告に従い、系列の施設に避難し、一夜を過ごした。ホームは平屋であり、近隣に高い建物がなく、避難所は遠方にあり苦慮している。地震については居間にヘルメットを常設している。	火災時などの避難経路は玄関のみとなっている。台所から戸は開くが、周りの塀により外へ出ることができないため、対策が望まれる。避難所が遠方であり、早急に地域の住民などの連携・協力を構築すること、水害への対応を図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	・感謝の気持ちやねぎらいの言葉をかけています。	一人ひとりの思いを大切に、利用者がやりたいことを一緒に気持ちよく行っている。脳トレ、習字、ぬり絵、折り紙、読書等いつでもできるように準備をしている。また、掃除なども本人の仕事をしたいという思いに沿って行ってもらい、「ありがとう」「助かった」とねぎらいや感謝の言葉をかけている。	
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	・何かしようとする時は、「するか」「しないか」意思確認を行っています。本人の意思を尊重するようにしていますが、自分で意思決定できない方にはとりにあらず参加して頂き様子を見ています。		
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	・行事の入っていない時には何をしたいと思っているか皆さんに伺います。なかなか自ラしたいことを言われないことが多いので幾つか候補を出し選択してもらっています。基本的には本人のペースで過ごしてもらえようように配慮しています。		
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	・必要に応じて訪問理美容サービスを利用されています。 ・入浴後の衣類選を各自(出来る方)に行ってもらいます。		
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	・週2回の買い物時には食べたいもののリクエストを伺っています。 ・おやつ作りを行ったり、野菜切や盛り付け、洗い物など職員と会話しながら行っています。	食事の盛り付け、配膳、お茶入れなど一人ひとりが行い、食事中は職員も一緒に食べ、おかずのこと、おいしいデザートのことなど話題を広げ、食事を楽しんでいる。食後の片づけはお茶碗洗い、お盆拭き、布巾洗いや、食事後の床掃除など、ほとんど全員が行っている。	
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	・本人の食べる能力に応じた食事形態を提供しています。また、食べられないものがある時には代替食を提供しています。 ・水分確保の為お茶以外にコーヒーやジュース/ゼリー/アイス等提供しています。		
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	・毎食後口腔ケアを行っています。 ・希望者には訪問歯科の受診を受けています。 ・個々に舌ブラシやマウスウォッシュなども使用しています。		

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
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	・排泄チェックを行い、個々に合わせたトイレ誘導をしたり、声がけを行っています。また、パンツやパッドの汚れの確認も行います。 ・自分でパッド交換できるようにトイレに予備を置いておくなどの工夫をしています。	半数が一人でトイレにいけるが、パンツやパッドの汚れなどをさりげなく確認し、排泄チェック表の一人ひとりのトイレ誘導の時間帯などを工夫をしている。トイレ内にパッドを置き自分で交換できるようにしている。	
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	・食物繊維のあるものや野菜ジュースを取るようになっています。 ・トイレに行った時に便座に少し長めに座ったり腹部マッサージしたりします。 ・身体を動かす時間を設けるようになっています。		
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	・気の合う方と入浴できるように配慮しています。 ・入浴剤を数種類用意しています。	浴場は広く、2～3人が一緒に入ることでも楽しんでもらっている。週2～3回の入浴は季節のしょうぶ湯やゆず湯、地元のリンゴを使ったりしている。小学生持参のバラの花を浮かべた湯はとても喜ばれた。入浴拒否の方には時間帯を変えるなど工夫しながら入浴を促している。今後、利用者と職員の負担を軽減するためリフト浴ができるように準備中である。	
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	・週1回リネン交換を行っています。部屋の掃除も毎日行っています。 ・部屋の空調の調節も行い快適に過ごせるようになっています。 ・就寝時間は決まっていません。		
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	・毎回処方を受けられた時に薬情を頂いています。お薬ノートを利用して薬の変更を記載しています。 ・特別なことがあれば連絡帳や面談記録に記載します。		
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	・家事仕事全般で何かしら関わる機会を設けています。また、余暇活動で裁縫や畑仕事等得意なことを行って頂いています。 ・嗜好品は家族に準備して頂いたり、買い物に行った時に購入することもあります。		
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	・天候や体調を見て外出する機会を設けています。(散歩・ドライブ) ・家族や知り合いの方との交流を大切にしているので外出や外泊の機会を設けています。 ・季節感のある行事を計画し外出する機会を設けています。	週2回の食べ物の買い出しはドライブを兼ねて近くのスーパーへ順番に出かけている。また、日常的なゴミだし等も一緒に行っている。季節折々の遠出や地域のお祭りなどは系列事業所の大型車を借りて楽しんでいる。また、家族にも協力をお願いして知人との交流や小旅行なども行っている。	

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
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	・お金の管理をすることが難しいケースが殆どで、必要に応じて施設管理をしています。買い物時に何か購入したいものがあれば職員の見守りのもと支払いを自分で行うこともあります。(最近は殆どなくなった)		
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	・希望があれば電話の取り次ぎを行います。また、本人の要求を代弁することも行います。		
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	・広間にはソファをを設置し誰でも座ることが出来ます。また、夏にはゴーヤカーテンを行い涼をとっています。食事作りをしているのでご飯の支度時に出る音や匂いがあります。 ・共同作品や個人の作品を展示し温かみを出しています。	本人と職員共同作成の可愛い布製のツリーやティッシュ箱があちこちに飾られ、全体が手作りの温かさに包まれている。居間にはソファが置かれ、ゆっくりおしゃべりを楽しむ空間になっている。窓際にはゴーヤなど緑のカーテンが光を和らげていて、食事作りのにおいが漂い家庭のような温かさで落ち着いた雰囲気を出している。	
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	・個室なので一人になりたい時には部屋に入られています。また、気の合う方同士でソファに腰掛けたりテーブル席に座ったり思い思いの場所で過ごされています。		
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	・入所時には馴染みのものを持参されるよう声をかけています。個々で好きなようにレイアウトしてもらっています。	居室は整理整頓されている。なじみの洋服が掛けられ、壁には孫の写真や自身の塗り絵などの作品が貼られている。個々で好きなようにレイアウトされている。押し入れは広く、布団類や着替えの入った整理箱が並べられている。	
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	・表示で分かりやすいようにしたり、台所には自由に入れるようになっています。共同生活スペースの環境整備を行っています。		

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	4	隔月に開催している運営推進委員会の議事録を家族に対し公表していない。	家族がいつでも閲覧できるようにする。	ファイルを作り玄関横に常時設置しておき、来所時に閲覧できるようにしておく。	1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。