

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	1690900087		
法人名	社会福祉法人 手をつなぐとなみ野		
事業所名	共生型グループホーム らぶあげぼの		
所在地	小矢部市綾子5599番地		
自己評価作成日	令和4年11月25日	評価結果市町村受理日	令和5年2月24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4年12月19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)】

<p>障害の有無にかかわらず、その人の人格と人間としての尊厳を護られながら、生まれ育った地域で住み続けたいという思いを大切にしている。 「共に生き、共に働き、共に暮らす」を理念とし、障害者と認知症高齢者がふれあい、いたわりあい、支え合いながら一つ屋根の下で暮らす共生社会の実現をめざしている。</p>
--

【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"> ・共生型グループホームとしてその役割を果たせるよう、日常運営の中でも運営推進会議などをおして努力している。 ・隣接の法人デイサービスとの連携や事業所2階の障害者による居室清掃協力などがある。
--

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	法人理念を玄関と事務所に貼りだしており、毎月の職員会議では職員全員で唱和している。又、基本方針も倫理綱領、職員行動指針と共に掲示しており、理念と一緒に唱和し、常に基本に立ち返るようにしている。	法人理念は「共に生き、共に働き、共に暮らす」である。掲示や職員会議を通して職員全員が共感し、実践に結び付けている。	
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	3年ぶりに神輿祭りがあり、「わっしょいわっしょい」の掛け声はなかったが、利用者全員もりあがった。気候のよい日は散歩に出かけ、地域の住民の皆さんと挨拶を交わしている。	地域の中で共生することを事業目的としており、感染症の状況に注視しながら地域内の散歩をしたり、二つの自治会に加入して地域活動に参加する機会を得たりしている。	コロナ収束後、地域との連携を深めるための方策を、今から検討していくことが望ましい。
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	地域貢献と言えることはあまり行っていない。		
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	昨年同様、家族を含めた支援が必要なケースの相談を行った。又、医療的な相談を行ったところ、行政(地域包括支援センター)の方から、ヒントとなる意見をいただいた。	運営推進会議は別棟の会議室で2か月ごとに開催している。地域包括支援センター、地域住民、家族等の参加があり、利用者の日常的な暮らし方について報告し、出席者から意見をもらっている。	
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	運営推進会議を通じて、事業所の情報の提供を行っている。	共生型のサービス提供であり、三市(小矢部市、砺波市、南砺市)の担当者から相談があったり、事業所から助言を求めたりすることがあり、協力関係を保っている。	
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	身体拘束を行う場合は、家族に説明し、同意を得ている。職員間においては、ケア会議、職員会議で、その都度対応を検討し、ケアに反映している。	実際に身体拘束となった例はないが、センサーマットの使用や外玄関の日中のロックは利用者の安全のため必要であることを事業所内で話し合っている。家族等には説明し了解を得ている。	
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	法人で虐待防止の講演会を開催、参加した職員は、その後「それって虐待じゃない？」と言い合える関係でいなければならないと話し合い、参加できなかった職員に伝達研修を行った。		

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	成年後見制度を活用している利用者2名、日常生活自立支援事業を活用している利用者2名が在籍している。権利擁護の制度についての研修や情報交換に努めている。		
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	契約締結、解約、改定等の際は、利用者、家族の周知、不安の軽減に努め、分かりやすい説明を行い、理解・納得を図っている。		
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	コロナ禍で家族の来設が以前ほどはなくなっているが、電話等を通して日頃の様子を伝えるようにしている。又、家族の意見は職員の連絡ノートに記入し、職員間で周知している。	運営推進会議に毎回家族等の出席があり、要望や意見を聞くことができる。コロナ禍のため短時間ではあるが面会の機会を持っている。家族と事業所職員が話す時間も設けている。	
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	職員には年2回自己評価をしてもらい、自身の思いや目標などを聴いている。又、月2回の会議でも個々の意見を言ってもらっており反映に努めている。	職員の退職者が少なく、代表者や管理者との関係づくりが保たれている。管理者は、会議の場でも発言しやすいような雰囲気づくりを心掛けている。	
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	管理者は、職員個々の勤務状況や仕事に対する姿勢、利用者に対する態度、成果などを法人代表者に随時報告し、モチベーションが上がるような言葉をかけてもらっている。		
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	資格取得や外部研修の希望を把握し、勤務調整して働きやすい環境に努めている。		
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	コロナ禍という事もあり、そのような機会はなくなってきた。ただ、質問がある時はメール等を利用して行っている。		

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
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	本人の訴えの理解を深め、本人が安心、納得できるよう心がけ、不安を取り除く支援や対応をしていく事で信頼関係を構築している。		
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	面会や面談時に家族の思いや不安、要望などに応じている。職員間で情報を共有し、全職員が家族とのよりよい関係が持てるよう努力している。		
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	入居前の面談、家族、利用している事業所等からの情報提供を基にアセスメントを行い、必要なサービスを提供している。		
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	利用者一人ひとりの出来る事、協力し合っ出来る事を、家族の一員としての役割としてお願いしている。		
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	月に1度発行する「らぶあけ通信」で近況を報告したり、家族の面会や電話の際には最近の様子を伝えたりして本人と家族の絆を大切にしている。		
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	散歩に出かけた時に近所の方と顔なじみになり、挨拶や言葉を交わすなど関係を維持している。	コロナ禍で以前ほどの行動はとれていないが、馴染みの美容院に出かける利用者はある。散歩などでは地域の人と会話できるよう促している。	
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	利用者同士がコミュニケーションが取れるよう、お互いの話題作りに入ったり、気を遣わずに過ごせるよう支援している。		

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	サービス終了後も状況に応じて相談に応じている。		
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	日頃から本人との会話や訴えを通じて思いを汲み取っている。意思表示が困難な利用者については、表情やしぐさから推測したりして、職員間で共通理解している。	障害のある方も受け入れている。認知症が進行し、意思疎通が困難になった場合の対応について、全職員の共通認識に努めている。	認知症の対応マニュアルを作成するなど、全職員が認知症への理解を深めることが望ましい。
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	普段の会話や家族からの情報で生活歴や環境を把握、ケア会議等を通じて職員間で情報共有し、日々の支援に努めている。		
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	毎日の生活記録、排泄記録、バイタルや定期受診などにより、本人の状況を把握し、変わったことがあれば記録や連絡ノートで職員全員に周知するようにしている。		
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	月に2回のケア会議、職員会議、家族との面談、各担当者との意見交換を通して、介護計画を作成している。	毎月のケア会議と職員会議で、利用者の日常生活について全職員で話し合っている。モニタリング担当者は、家族の面会時に意見を交わして介護計画を作成している。また、見直しについても話し合っている。	
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	行動記録表に個々の状況を記録し、ケア会議、職員会議等で情報共有し、実践、介護計画の見直しを行っている。		
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、その時々にも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	受診、買い物、美容院等への付き添い等、個々のニーズを反映して、柔軟な対応を行っている。		

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
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	利用者の希望で馴染みの美容室へ行ったり、誕生日には地元の菓子屋で好きな商品を買ったりして満足してもらっている。		
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	基本的には入所前にかかっていた医院に受診している。受診時は本人の体調等を聞き、診察を受けている。家族が受診につき添う場合は、看護師が本人の最近の様子をまとめ、持参してもらっている。	かかりつけ医、または協力医院を利用している。家族等が付き添えない場合は、看護師や職員と受診している。家族と受診の場合は様子観察記録を持参し、結果の報告を受けている。	
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	日頃の気付きや体調の変化が見られる際はすぐに連絡を入れている。看護師の勤務日と月2回の会議、行動の記録を通し、情報を共有している。		
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。	入院時は本人情報をまとめたものを医療機関に提供し、利用者が不安に思っている部分は前もって病院に確認するなど、安心して治療を受けられるように配慮している。		
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	状態が徐々に悪化してくる時、家族に利用者の現状を話し、施設内での進行状況や主治医からのアドバイスも踏まえた上で早めに対応するようにしている。	入所時に、看取りを行っていないことを説明している。急変時は担当医に連絡をして救急搬送している。看取りを希望する家族もいるため、今後の対応について検討している。	重度化や看取りについて全職員で話し合ったり、医師との連携や体制を築いていったりすることを期待したい。
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	月2回の会議で利用者についての勉強会を行っている以外にも、急変時には、すぐに救急車が呼べるようにその手配の仕方を貼りだしている。		

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
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(うち1回は夜間想定)や、シェイクアウト訓練を行っている。	年二回、火災と震災訓練を実施しており、近隣の方に声がけをし参加を促している。備蓄品は敷地内の倉庫で保管している。リビングの入口にはヘルメットや非常用品、名簿などが備えてある。水害時はハザードマップで確認している。	近くに小矢部川があるため、消防署の協力を得て水害時の訓練を行うことが望ましい。
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	利用者一人ひとりが人生の大先輩であるという認識の基、丁寧でしかもアットホームな言葉かけを意識し対応している。	一人ひとりの尊厳やプライバシー保護について事業所内に掲示し、全職員が認識して実践につなげている。	
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	個々の思い、希望などを自発的に言えるような雰囲気作りに努め、焦らず、慌てず、まずは受け入れるように日々努力している。		
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、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	利用者一人ひとりのペースを尊重し、その人が望む生活が送れ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	季節やその日の気温に応じた服、肌着を着てもらっている。本人の好みを職員間で共有し、不足しているときは補充している。		
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	野菜の皮むき、盛付、テーブル拭きなど出来る範囲で手伝ってもらっている。温かいものは温かく、冷たいものは冷たくして提供している。	献立や食材は業者に頼み、職員が調理している。利用者は皮むきやお盆を並べたり、食後の片付けを行ったりしている。職員と利用者は同じ食事を共にしている。利用者は職員と一緒にプランターで野菜作りや収穫を楽しんでいる。	
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	刻んだり、とろみをつけたりを個々に応じた配慮をしている。また、糖尿病の利用者は主治医の指示に従い、主食の量を量って提供している。		

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
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	利用者全員が義歯を使用しているため、口腔ケアの後、外れやすい利用者には安定剤を塗ったりして見守り、支援している。歯磨きが困難な利用者は洗口液を利用してもらっている。		
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	各利用者のトイレのペースに合わせて声がけし、介助が必要な利用者には、ここに合わせて支援している。	排泄チェック表で一人ひとりのペースを把握している。声がけやトイレ誘導を促したり、状態に応じて夜間帯はポータブルトイレを使用したりして自立支援に努めている。	
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	毎日の排便状況を確認し、個々に応じて下剤を投与している。便秘気味の利用者には水分を多めに摂ってもらったり、ヨーグルト、果物を提供するなど工夫している。		
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、個々に合わせた支援をしている	できるだけ受診日の前日に入浴している。拒否がある利用者に対しては、無理強いせず時間をおいて自ら入浴するのを待つ。	浴槽にリフトと手すりが備え付けであり、車椅子の方も安心して入浴できる。また、入浴剤を使用して楽しめる工夫をしている。入りたいときに入浴ができるよう、時間帯にも配慮している。	
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	個々の必要に応じて昼食後20～30分の休息を取ってもらっている。		
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	処方された薬の効能や副作用、用量について理解し、経過観察を行っている。投薬の際には職員が二人体制で確認し、必要に応じて服薬ゼリーを利用している。		
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	洗濯物干しや洗濯物たたみ、野菜の皮むき、料理の盛付など利用者一人ひとりに出来る事を手伝ってもらい、感謝の言葉を伝えている。		
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	日頃から、散歩、日光浴を日課の中に取り入れ、時にはドライブ、花見、芋掘り、柿狩りなど季節を身体で感じて貰えるようにしている。	家族と受診や行きつけの美容院に出かけたり、職員が所有している畑で芋掘りや柿とりを楽しんだりしている。また、施設周辺の散歩、ドライブ、花見など全員が出かけている。	

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
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	日用品等の購入の要求があれば、各自の小遣いから出金し、コロナ状況を見ながら買い物に付き添っている。商品を自分で選んでもらったり、お金を支払ってもらったりもしている。		
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	家族との電話や手紙のやり取りを支援し、年末には年賀状を書いてもらい、家族とのつながりを大切にしている。		
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	玄関先やリビングには季節の花を飾り、壁面には四季折々の装飾や、タペストリーで季節を感じてもらおうようにしている。	リビングは明るく、居心地よく過ごせるようになっている。利用者がその日の献立を書いたり、日めくりカレンダーを毎朝めくったり、貼り絵やぬりえなどで季節ごとに装飾をしたりしている。同じ法人の作業所で働いている利用者が掃除に来ており、清潔が保たれている。空気洗浄機を使用し清潔保持に努めている。	
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	リビングにはソファを設置しており、気の合った利用者同士で会話を楽しんだり、テレビを見たりと、思い思いの時間を過ごしている。		
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	居室には本人の馴染みの物を活かせるよう、本人や家族と相談しながら取り入れ、心地よく過ごせるよう支援している。	居室の前に花の絵を貼り自室が分かるように工夫している。家具等の配置は危険がないよう配慮している。昼寝をしたりアルバムを見て一人の時間を楽しむ利用者もいる。	
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可能な限りてすりを設置している。トイレ、浴室などは高齢者にもわかりやすい高さで表示が施されている。夜間の歩行に不安がある利用者には、トイレに近い居室に入ってもらっている。		

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	23	意思疎通が困難な利用者、物盗られ症がひどく、毎晩のように「財布無くなった」と訴え、夜間寝ない利用者、殆どの職員が頭を抱えている。職員がそれぞれ違った対応をしているため、利用者も混乱することがある。	全職員が共通認識に努め、対応を決めておくようにすれば、利用者も混乱することなくすむ。	ケア会議等で話し合い、対応の仕方を決めておき、マニュアルとして残しておく。	6ヶ月
2	35	年2回の避難訓練は実施しているが(うち1回は夜間想定訓練)いずれも火災訓練である。地震、水害風害、雪害などを想定した訓練も必要だが、なかなか実施できずにいる。	地震、水害訓練を火災訓練とは別に実施したい。	できる事なら、同法人の共生型デイサービス、他法人の生活介護施設にも呼びかけ消防署の協力を得て行いたい。	12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、行を挿入して下さい。