

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番1号		
自己評価作成日	平成27年6月24日	評価結果市町村受理日	平成27年10月22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.kaigokensaku.jp/16/index.php?action_kouhvu_detail_2014_022_kihon=true&JigyosyoCd=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27年7月21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、その人らしく暮らすことが出来るように環境を整えています。 職員はいつも笑顔で寄り添い、家庭的な雰囲気作りをしています。 地域のボランティアを受け入れ、地域との活動や交流を図り、地域に密着した施設づくりを行なっています。
--

【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"> ・経田地区のボランティア団体との交流が定期的にかつ活発に行われており、利用者とも馴染みの関係ができています。近隣の住民との畑作りを通じた交流や野菜等のおすそ分け、小学生との交流があり、地域の役割等にも利用者と共に参加されている。「地域・隣近所とのつきあい」を通して利用者が地域の一員として暮らせるように努めている。 ・「私の暮らしのまとめシート」には、克明に本人や家族の希望や意向が挙げられている。それを生かし日々の生活につなげるように職員間で話し合われている。
--

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)	○ 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、生き生きと働いている (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	玄関先に理念を掲げ、職員は元より家族様や来訪者様にも分かるようにしている。 理念をファイルに貼り個々に毎日目を通す。	職員への意識づけを目的に、毎日手に取るケース記録ファイルの表紙裏に理念を貼っている。「家庭的な雰囲気の中でその人らしい生活」が送れるよう、グループホームが家という感覚でできることを引き出しながら実践に取り組んでいる。	ケアサービスを提供していく上で大切にしている事を、ケアに密着した自分たちの言葉で表現し、拠り所となる新たな理念づくりへの取り組みに期待したい。
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	・地域のボランティアや小学生等の交流がある。 ・回覧板により地域の行事を把握し参加している。 ・自治会の草むしりや、公民館掃除には利用者とともに参加している。	経田地区ボランティア年間活動計画書により、定期的に利用者と地域住民との交流が図られている。近隣住民とは野菜や花のお裾分けや畑作りでの交流、小学生と一緒に玉ねぎ植えや収穫をする等のふれあいもある。文化祭への作品展示や七夕祭り等地域の行事へも参加している。	
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	・直接来所された方や認知症で悩む家族の方に対して相談に乗ることがある。 ・高齢のボランティアさんに対し、地域との繋がりをもてるような交流の場を提供したり、健康や近況を気にかけている。		
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	・月2回の開催している。その中で、ホームの現状や問題があれば提示し、委員の方の意見を求め対応している。	2か月毎に開催されている。困難事例対応の報告や、守秘義務や地区の防災について、会議のメンバーが会議以外で事業所と交流したいときはどうするのか等の意見について話し合われている。家族は1家族が2年間固定で参加しており、他の家族への会議内容の報告はされていない。	全家族への議事録まとめの配付や事業所内に議事録ファイルを置く等、多くの家族に会議内容を知らせ、興味を持ってもらい、サービスの向上につなげていく取り組みに期待したい。
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	・月2回の運営推進会議に参加して頂いている。また、必要に応じて相談や問い合わせを行っている。	会議参加時に事業所や利用者情報の報告、困難事例等について相談している。介護認定更新の際には担当窓口へ出向いて話し合っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	・玄関の扉はオートロックになっている。(広間から死角になるため目が行き届きにくい為) ・身体拘束に関しては法人で取り組んでいる。	身体拘束にならないよう事業所内で問題になりそうな状況時や社会的ニュースになった事例をもとに話し合っている。職員は利用者の安全のため玄関の鍵や、離床センサーマット使用については必要と考えている。センサーマットの使用については家族との話し合いや経過記録を残すよう検討に入っている。	安全優先のあまり行動が制限されないようなケア等の工夫が求められる。予測されるリスク等について利用者・家族と話し合い、自由で安全なケア実践に努めてほしい。
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	・法人全体で取り組んでいる。 ・職員も常時問題意識を持ち介護している。		

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	・権利擁護については、勉強不足であると思っているので、勉強する機会を設けたい。		
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	・十分に時間をかけ、疑問にも答えながら納得して頂けるように説明している。		
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	・利用者とは日頃から対話を持ち、意見や思いを伺っている。また、家族とも面会時やカンファレンス時に要望や思いを伺っている。内容を職員に周知させるように口頭並びに書面で伝達している。	利用者には生活の中で献立や外出等の要望を聞いている。家族とは年に1回家族会を開催し、殆どの家族の参加を得て、聞く機会を設けており、日常的には面会時やお便りで生活の様子を伝えている。	意見、要望以外に不満や苦情等がないか検討し、積極的に家族等に聞く機会を設けたり、言いやすい環境づくりへの取り組みにも期待したい。
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	・毎日のミーティング時や月1回全体のカンファレンスを行っているので意見を出し合っている。また、気付いた事などは随時連絡ノートに記入し、全員が回覧している。	職員は早番、遅番、夜勤等各シフト毎に分かれており、全員で顔を合わすのは月1回だが、記録類や各シフトのリーダーからの情報をしっかり共有し、意見が言いやすい環境作りに努めている。	職員休憩室がなく、現在休憩時間には、自分の車の中や脱衣所のソファで休んでいる。職員からはプライベートの休憩室が欲しいとの要望があり、職員の意見が反映されるよう検討が望まれる。
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	・法人で人事考課を行っている。(評価・面談) ・各時間帯ごとにリーダーを決め、各時間帯からの意見や連携を図っている。		
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	・法人内や事業所内で適宜研修を行なっている。		
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	・グループホームの研修には時間が合えば参加している。また、富山県認知症グループホーム連絡協議会の会員になっており、情報交換出来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
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	・仮利用期間を設けている。 ・なるべくマンツーマンで対応し、傾聴の姿勢で少しでも早く信頼関係を築けるようにしている。		
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	・面接時以外でも家族に声をかけている。 ・時間をかけて信頼関係を築けるように務めている。		
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	・担当介護支援専門員やサービス事業者などから情報を得るようにしている。		
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	・当ホームの方針であることから、常時情報の伝達を行なっている。		
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	・面会時など本人の状態について報告し、情報の共有を図っている。また、行事などにも声をかけ共に楽しめる環境も提供するようにしている。		
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	・職員は日頃から訪問しやすい雰囲気づくりを心がけている。 ・家族にも協力してもらい、外出する機会や面会の機会を作ってもらっているようにしている。	家族と共にカラオケに行ったり、受診後に外食やデザートを食べに来られるなど、家族の協力が得られている。事業所としては地域のお店で食材を買ったり、毎年楽しみにしている大岩山へドライブへ行く等、馴染みの人や場と接して暮らせるよう支援している。	
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	・利用者同士の関わりを見守っているが、時には会話の提供を行ったり、テーブル席の配置を考慮することもある。また、利用者間でのトラブルがあった時には必要に応じ仲介に入り、大事にならないようにしている。		

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	・その後の経過情報を時々収集している。要望があれば、相談に乗っている。		
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	・本人との会話の中で何を望んでいるのかを聞き取るようにしている。また、思いを言えない場合もあるので本人の行動などからの気づきで対応している。実現可能であれば実施するようにしている。	暮らしのまとめシートに克明に、本人や家族の希望や意向が挙げられている。それを生かし日々の生活につなげるように職員間で話し合われている。ほとんどの人は口頭や態度で意思表示がされている。	
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	・本人との会話の中で話を聞き取りしたり、家族や担当介護支援専門員などからも情報を得ている。		
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	・昼夜を通じての記録や活動の中で、本人の状態の把握を行い、申し送りや連絡ノートで情報の共有を図っている。		
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	・担当職員はいるが、ケアプランを作成するにあたり、全職員から情報を得て、本人の立場に立ち立案するように心掛けている。	介護認定後、担当者が中心になり、職員や家族の意見を反映した介護計画を策定しており、3月毎にモニタリングを実施している。	
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	・日々の様子や気づきを記録し、ケアに活かしている。また、家族との面談や主治医との情報交換内容についても書面にて情報共有出来るようにしている。		
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	・面会時などに利用者の状態を報告し、そこで新たに生まれた問題や要望に対し、できるかぎり柔軟に対応できるように相談に乗っている。		

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	・地域住民やボランティア、民生委員、交番、商店などからの協力を得ている。		
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、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	・受診を基本としているが家族の希望で往診の方もおられる。 ・受診時に主治医宛に情報提供することもある。	医療機関受診は家族同伴のため、受診情報提供書や家族、主治医の面談記録などを持参して、お互いが医療情報を的確に共有されるなど、支援が行き届いている。	
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	・看護師不在のため、法人内の看護師に相談することがある。		
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。	・入院した場合は関係者と情報交換を行っている。		
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、事業所ですべての情報を十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・重度化、終末期においては、契約時に当ホームでのケアは出来ないことを説明している。その場合は、十分に話し合い、支援の方向性を検討し、次の環境への移行支援に務めている。	重度化や終末期ケアは行っておらず、入居時には家族にその方針を示している。また必要な時々で説明して支援方法を相談している。	きたるべきニーズに備えて、重度化や終末期ケアに対する職員理解や取り組みに期待したい。
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	・緊急時対応について、わかりやすい処置方法は掲示している。また、救急講習にも参加し知識を高める努力を行っている。 ・普通救命講習に自主的に参加し修了証を保有している職員が多数在籍している。		
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	・年に3回の避難訓練を行っている。その中には夜間を想定したものや災害を想定したものをやっている。	災害訓練は併設デイサービスと年3回実施されているが、地域の人の参加には至っていない。前回の課題である緊急連絡網に近隣やデイの職員など夜間の協力体制が作成されず問題解決に至っていない。海辺に近いことも不安と感じている。	運営推進会議で地域を巻き込んだ災害対策の体制を話し合われ、近隣の方とどのように協力できるのか、津波や高波対策は身近な事で早急に自治体とも具体的な方法について話し合うことが望まれる。

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	・全職員毎月自己チェック表をチェックし、振り返りを行っている。	「食事の後は全員で片づけましょう」の標語があり、それに添って、利用者全員が役割分担で動いている。少々やらされている感が否めない状況であった。	認知症予防の作業や活動においても、個々の意思や希望が尊重されることが望ましい。
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	・利用者本人に意思決定出来るような声かけを行っている。また、職員の意思を押し付けるような言動をしないよう気を付けている。		
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	・予め決まっている行事以外の日の活動に関しては、基本一人ひとりのペースで過ごしてもらうが、職員側からは、提案を行い支援している。		
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	・家族や本人からの要望があれば訪問理美容を依頼している。		
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	・週2回の買い物時に利用者の要望のメニューを作るようにしている。 ・食事の準備や片付けは同じ人にならないように声かけを行っている。 ・朝、夕の食事は職員と一緒に利用者も手伝い作っている。昼食は給食センターからの配食になっているが、盛り付けは利用者が行っている。	事業所は昼のみは給食サービスを利用しているので、利用者は積極的に昼食時前の盛り付けに参加している。食後は職員が役割を示すと手馴れた様子で動いている。朝、夕は献立から買い物まで利用者と職員が共同で作っている。その際は、旬な野菜を取り込んで食卓に出している。	
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	・定期的に法人の管理栄養士にメニューを確認してもらっている。 ・硬い食材は食べやすいように刻んだり、食事を楽しめるメニューを考え提供している。 ・水分量を確保するため、お茶だけでなくゼリーなども提供している。		
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	・毎食後口腔ケア用品の準備を行い見守りや声かけを行っている。また、夕食後は義歯洗浄剤を使用している。		

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
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	・排泄のチェックを行っているので、おおよその排泄間隔を掴み、声かけを行うようにしている。	利用者の3～4人は誘導で日中はほぼ排泄は自立している。紙おむつ使用者も、夜間のポータブル使用者も声かけでタイミングを把握している。	
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	・食事量・水分量・排泄のチェックを行ない、必要に応じて排便コントロールを行っている。また、活動量も増やすようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・入浴日・時間帯は決まっているが、その中でも一人あたりの入浴時間や入浴するタイミングは個々に合わせている。	利用者は週3回入浴を楽しんでいる。曜日や時間帯の選択は出来ないが、当日入れない人には清拭や足浴で対応している。ボランティアさんが髪を乾かしてくれるときに交わす会話を楽しみにしている。	入浴の曜日や時間帯の希望に関して、柔軟に対応できるような工夫に期待したい。
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	・就寝時間を決めてはいない。 ・週1回以上の寝具の洗濯を行ない清潔に努めている。 ・日中の活動性を高めるように心がけている。		
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	・わからないことがあれば主治医に確認している。症状に変化が見られた時には情報提供を行なっている。		
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	・家事全般に関わりを持ったり、畑や針仕事など個々にあったものを取り込み、張り合いを持って生活できるよう支援している。嗜好品も家族に持参して頂いたりして、要望に答えている。		
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	・季節を感じられる外出行事を計画し、ボランティアや家族に協力を得て実行している。また、天候など見ながら個別に散歩やドライブなどにも出掛けている。	月に1回以上ドライブで地域の名所などを利用者の要望で出かけている。近所の海辺に散策に行ったり、畑で野菜を作って近所に分けたりの支援をしている。	

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
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多く、必要に応じて施設管理している。本人や家族の思い、管理能力に合わせ個人で金銭を所持しているケースもある。		
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	・いつでも要望があれば電話を取り次いだり、代わりに要件を伝えたりしている。		
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	・広間は明るさや清潔感に気をつけている。日中、自然と広間に集まっていることが多い。	居間から畑への出入り口や倉庫ドアなどに「立ち入り禁止のマーク」が掲示されている。食堂や居間台所は一体になっている。生け花が癒しにつながり、環境調節への配慮がなされている。	利用者にとっては家である居場所に「立ち入り禁止マーク」は精神的圧迫になりかねない。施設内の掲示に関して、工夫されることが望ましい。
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	・共有の空間では、一人になりにくいですが、ソファを設置したり、椅子の準備をし思い思いに過ごせるようにしている。		
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	・入所時や随時、馴染みのものなど家族に持参してもらっている。	それぞれの部屋はベッドや家具が持ち込まれ、その人らしく装飾されている。布団や衣服は季節毎に利用者と家族が入れ替えの管理をして清潔に保たれている。	
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	・出来るだけ廊下には物を置かないよう環境整備している。また、職員による見守りや付き添いでも安全性を保持している。自立性を高めるために、壁などに表示をするなどの工夫も行っている。		

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	36	薬品や掃除用具等を保管している倉庫に鍵がついておらず、いつでも誰でも戸を開ければ触れることができる。また、畑へ出るドアを開けると、階段になっており手すりが設置されていないので、転倒・転落の危険がある。	安全且つ家庭的な雰囲気を大切にする。	<ul style="list-style-type: none"> ・禁止マークは取り外す。(済) ・入所者の状況に合わせて危険と思われる箇所について対応していく。(圧迫感のないように配慮) ・薬品など危険と思われるものの置場を考えなおす。 ・畑へ出る階段部分には手すりをつけてもらえるよう予算立てをする。 	10ヶ月
2	35	避難訓練時に近隣の方の協力を得られるように参加要請するが参加協力が無い。	近隣の方にも避難訓練に参加して頂けるように理解を得る。	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練の案内を出し、声がけをしていく。 ・町内の避難訓練に参加していく。 ・町内の行事に出来るだけ参加して顔見知りになる。 ・町内の自主防災組織を利用していく。 	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、行を挿入してください。