

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	1691100059		
法人名	社会福祉法人 射水万葉会		
事業所名	射水万葉苑 本町サポートセンター 認知症対応型共同生活介護		
所在地	富山県射水市本町3-17-8		
自己評価作成日	平成29年1月20日	評価結果市町村受理日	平成29年3月17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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成29年1月27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>・本人の意向を尊重しながら日々の生活を過ごせるよう援助している。また軽作業をしながら出来る事を楽しみ身体能力の維持にも努めている。</p> <p>・家族や知人、地域の関わりを断ち切らないように、人とのふれあいを大切にしていきます。</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)】

<p>現在の事業所理念は、職員が話し合い、当初の理念を見直して作り上げたものである。管理者と職員は、理念の文言“地域の一員として、利用者と共に歩みます”を、常に念頭に置きながら、利用者の思いに応える取り組みをしている。利用者と近所のスーパーへ晩酌用の酒やおかずの買物に行く、銭湯好きな利用者と一緒に馴染みの銭湯に通う、などをはじめ、利用者一人ひとりの“自分らしさ”を、職員の行動力で支えている。</p> <p>登下校時の見守り活動、地区祭りや敬老会への参加、避難訓練時の地域協力隊との連携など、地域との交流も活発に行われている。家族との共同行事である忘年会、バーベキュー、手作りおやつの日などの家族参加率は高く、職員と家族、利用者を中心とした信頼関係づくりに日々努めている。</p>

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
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	玄関に掲げ実践に繋げている。月1回のケア会議でケアの検討を行い、理念に沿ったケアの実践に努めている。	グループホームフロアの玄関横に掲示している理念は、当初の理念を見直し、職員が意見を出し合い作り上げた。毎月のケア会議では、理念を規範にした話し合いが行われるなど、理念の共有と実践につなげる取り組みがある。	
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	地域の納涼祭に参加。小学校の下校時の見守り隊を地域の方と共に行っている。本町の夏祭り等の年間行事にも参加して頂き地域の方との交流を深めている。	地域の方と一緒に行う下校時の見守り隊の活動や、避難訓練時の地域協力隊の活動など、協力体制が作られている。また地域祭りでの相互交流や、多様なボランティアの来訪などを通じた、日常的なつきあいがある。	
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	中学校からの「14歳の挑戦」の生徒の受け入れ。実習生の受け入れを行っている。今年度は認知症カフェを開催、認知症の方の理解や支援方法を地域の方に向け活かしている。		
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	二ヶ月に一度開催しており、事業報告・行事予定・ひやりはっと報告等を行っている。質問・要望を話し合いサービスの向上に活かせる様にしている。	地域の方、行政、家族の代表が参加する会議の中で、包括支援センターが提案した認知症カフェの開催が実現し、利用者も参加して回想法を楽しむことができた。会議録は職員間で回覧して共有し、提案や意見をサービスの向上に活かすよう努めている。	会議開催予定や会議内容を、参加できなかった家族にも周知し、共有できるような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に取り組んでいる	運営推進会議に市町村担当者にも参加して頂き事業所の実情や取組を伝えている。	市の長寿福祉課職員や地域包括職員とは、運営推進会議を通して、事業所の取り組みやケア内容、空き状況等について、随時報告し、日常的に協力体制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	施設の構造上エレベーターで一人で外出することは出来ないが、利用者の思いをしっかりとくみとり、外出したそう時は声を掛け安全面に配慮して自由な暮らしを支えるようにしている。	職員は、建物の構造の問題から利用者が気軽に外出することが困難な状況を理解し、日頃から利用者とのきめ細かい関わりを心掛け、一人一人の行動の特徴や思いを把握し、見守りや寄り添いを図りながら行動制限することなく、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	身体拘束をしないケアの根拠となる理念を学び、あらためて共有を図るなど、研修や学習の機会を作る取り組みに期待したい。
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修の機会があれば職員を参加させている。研修資料を回覧している。		

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	以前制度を利用されている方が1名居られたが、現在は制度を活用している方は居られない。必要に応じて話し合い活用できるよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約前に施設見学をしてもらったり、十分な説明を行ったりして、理解納得して頂いた上で契約をしている。		
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	面会時にケア記録で状況を説明しながら家族の意見・要望を聞きとり記録に残し、職員間で情報を共有しサービスに反映させている。玄関には意見箱を設置し、匿名で記入できるようにしている。	面会時にはケア記録を開示しながら利用者の様子を伝え、同時に家族・利用者の思いや要望を聞きとっている。また家族・利用者との忘年会、バーベキュー、おやつバイキング等でも自然な形で意見交換を行い、運営に反映させている。	
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	月一回のミーティングを行い意見を聞いている。自己評価(年2回)後の管理者との面談で個別に意見・提案を言う機会がある。意見提案は管理者会議で検討したり、法人役員が出席する定例会議で報告し運営サービスに反映している。	職員は、毎月のケア会議、年2回実施の人事考課と面接で、運営に関しての意見や提案を率直に述べる機会があり、日常的にも、管理者が意見を出せる雰囲気づくりに努めている。必要時には、出された意見を本部に上げ、運営やサービスに反映させている。	
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	年2回の人事考課を行い、職員が向上心を持って働けるように働きかけている。		
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	法人内で研修が毎月計画されており誰でも参加できる。法人外の研修は能力や勤続年数に応じて研修が受けれるよう配慮している。		
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	研修に参加し交流する機会を作っている。		

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	事前面談で生活の状態を把握するよう努め、不安のない様声掛けを多くし、本人の思いを傾聴し安心して過ごせるよう努めている。		
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	家族の思いを傾聴し安心してサービスを利用できるよう努めている。		
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	入所申し込み時本人にあったサービスを提示し選んでもらっている。		
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	調理や掃除など一緒に行ない共に協力し合う体制づくりに努めている。		
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	家族の家庭事情もくみ取り本人が寂しくないよう、また関係性が壊れないよう配慮している。バーベキュー・おやつ作り・忘年会等家族と共に過ごせる時間を設け、本人の日頃の様子などを報告・相談している。		
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	身体上行く事が困難になっている方も居られるが、昔から利用している理容院・銭湯に職員と一緒にいたり、毎月の命日には外泊されたり、一人一人の生活習慣を尊重している。	家族との外食、馴染みの銭湯への外出、晩酌の継続、地域神社への初詣等、個々が持つニーズに合わせて、その都度、会いたい人や行きたい場所、食べたいもの、などを把握し、一人一人の思いや願いに応えている。	
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	会話が出来るよう席の配慮している。職員が間に入り話題を提供したり、利用者同士の関係が上手くいく様に調整役となっている。		

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
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	他の事業所へ移られた場合、アセスメント・ケアプラン・支援情報などを提供している。退所された後も来訪され時は、話を傾聴している。		
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	センター方式のアセスメントシート(C-1-2.D-1-2.4)を活用し、会話や表情を観察、職員の気づきを記録し、その人らしい暮らしの把握に努めている。	利用者の日々の言動やそのケア記録、センター方式の活用で得た情報等を、ケア会議や申し送りで共有するなど、職員は一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。	
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	家族に事前に情報提供をしてもらい把握に努めている。面会時にも家族との会話の中から情報収集に努めている。また本人からも昔話を聞き把握するようにしている。		
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	パターンシートを活用しながら利用者の一日の過ごし方を把握するよう努めている。日々の関わりの中でADLを把握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	毎月ケア会議にて話し合い、6か月毎に担当職員がモニタリングを行い、介護計画書の見直しを行っている。また状態が変化した場合は随時見直しを行っている。計画書は家族に説明し、その際の意見も反映させている。	利用者の日頃の様子、家族の思いを踏まえ、月1回のケア会議では、個々の介護計画について話し合っている。担当職員は6か月ごとにモニタリングを行い、変化があれば随時見直すなど、現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の生活で気づきをケース記録に残し、職員間で情報を共有し、そこからモニタリングし計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況に応じて通院の付き添いや送迎など、必要な支援を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
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	図書館や公園、スーパーに定期的に出掛けたり、近所の方に回覧板を届けたり、顔馴染みの関係が出来ている。		
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	入所前からのかかりつけ医となっている。定期受診時には身体状況を家族に伝え医師に伝えている。受診は原則家族だが、不可能な時は職員が付き添うこともある。	本人や家族の希望による、かかりつけ医である。家族対応の受診時には、本人の情報を提供し、受診時の情報はそのつど聞き取っている。事業所には週1回、訪問看護が入り、健康管理をはじめ適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	訪問看護ステーションより週1回来てもらいバイタル測定や相談にのってもらい健康管理を行っている。また施設内の看護師にも相談し健康管理や状態変化に応じた支援が行えるようにしている。		
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。	入院時には本人の支援経過などの情報を医療機関に提供している。		
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	重度化・看取り方針を入所時に説明している。身体状態の変化を見ながら必要な援助・医療について、その都度家族、医師、職員で話し合っている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」が備わり、契約時に説明している。家族の協力とかかりつけ医のバックアップがある場合には、看取りを受け入れる体制をとっているが、現在までの実績はない。今後も、そのつど関係者で話し合い、個々の状況に沿った対応に努めていく。	
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	急変時・事故発生時に備えてマニュアルが備えてある。		
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回の消防災害訓練を実施している。地域の方も参加して協力してもらっている。	年2回、夜間と日中想定火災訓練を実施している。内1回は消防署が立会い、地域協力隊として、地域関係者が利用者の避難誘導の支援を行うなど協力体制を築いている。尚、事業所は、地域住民の避難場所として指定されている。	地域との協力で火災時の避難訓練が実施されているが、地震や水害などの災害対策を検討し、更に安全な避難方法の構築を期待したい。

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	人生の先輩であるという意識を持ち羞恥心に配慮し、言葉遣いに注意している。	排泄や入浴介助時には、羞恥心を感じさせないように、さりげない言葉かけや視線への配慮などの心遣いに留意している。ケア会議では、プライバシー確保のため、個々への声かけについて、対応の成功例から学ぶ話し合いが行われている。	
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	本人の意思を尊重し自己決定が出来るように選択肢を与え、自己決定がしやすい声掛けをするよう努めている。		
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	本人のペースを大切に希望に沿った過ごし方が出来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	お化粧の好きな利用者には、口紅・眉・マニキュア等のお手伝いをしている。		
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	毎月の手作りランチ・おやつ等で材料を切ってもらったりお手伝いしてもらい、利用者と職員と一緒に食べている。、毎食時の片付け・茶碗拭き等も一緒に行っている。	食事は厨房で作り、利用者はみそ汁の具材を切るなどを手伝っていただいている。また、月一度のランチの日には、下ごしらえを職員と一緒にやっている。希望により、出前や外食を楽しみ、家族と一緒に忘年会やバーベキュー、手作りおやつなど、食事を楽しめるよう取り組んでいる。	
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	栄養士による食事が提供され、好みや食べる量に応じて配膳している。		
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に、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	食後には必ず口腔ケアを行っている。声掛けし自分で出来る事は自分で行ってもらい、できない事は介助している。		

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	24時間パターンシートを使用し排泄のリズムを把握し時間を見ながら声掛けを行っている。	生活リズムパターンシートを使用して排泄リズムを把握し、個々の状態に合わせたケアをしている。羞恥心やプライバシーに配慮した声かけに心がけ、失禁回数を減らすなど排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	毎日牛乳寒天を提供。便秘の方にはオリゴ糖の提供。起床時に冷たい牛乳を提供したり個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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	利用者の体調や希望にあわせ週2～3回を目安に入浴。入浴する事を本人に伝え同意を得てから入浴してもらっている。	脱衣室は畳敷き、浴槽はヒノキ造りである。入浴時には、職員と一対一でゆったりと過し、ゆず湯を楽しんだり、好きな音楽をかけたりしている。なじみの銭湯に職員と出かける利用者もいるなど、個々に沿った支援をしている。	
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	本人の好きな所で過ごしてもらっている。昼食後は午睡を勧めている。夜間ぐっすり休める様一日の生活リズム作りに心掛けている。		
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	個々の処方箋を綴り、薬の内容や副作用などがすぐ分かるようになっている。薬の変更や追加があった時には症状・状態の変化を観察し記録に残し、受診時には情報提供している。		
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	利用者と共に出来る事は一緒に行い感謝の言葉を伝えている。レクリエーションや外出・行事などを通して楽しみが持てるよう支援している。		
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	お酒・刺身などを一緒に買い物に行き夕食に提供したり、お風呂の好きな利用者とは一緒に銭湯に行くなど個々に対応している。日常的に天気の良い日は、散歩やドライブに出掛けるようにしている。	季節ごとのドライブや外出、天候のよい日には散歩をしている。本人の欲しい日用品、食べたい物などの買い物に、近くのショッピングセンターまで出かける機会を作るなど、日常的な外出を支援している。定期受診の際に家族と夕食を楽しむ利用者もいる。	

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	現金は基本事務所で預かっている。紛失の心配もあり各自が所持する事は困難だが、買い物の際は時には本人にお金を渡し自分で支払い出来る様支援している。		
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	毎年年賀状を出せるよう支援している。電話は本人の希望があればいつでもかけれる様に支援している。		
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	室温や換気に配慮し、季節に応じた装飾を利用者と共に作成している。	建物4階にある玄関を開けると、畳敷きの廊下が目に入る。家庭的な畳敷きは転倒時の骨折リスク軽減にもなっている。床暖房の食堂では、軽作業やレクリエーション活動も行われている。眺めの良いテラスには、バリアフリーで出ることができるなど、居心地の良い場所となっている。	
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	気のあった利用者同士が談話できるよう廊下・玄関に椅子を置いたり、面会時には居室以外でもくつろげる談話ルームを作っている。		
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	入所時には、使い慣れた家具・馴染みの物を持って来て頂くよう話しているが、必要最小限のものしか持参されていない。アルバム等を後日持参してもらったり、自分で作った作品・写真等を飾っている。	居室には、洗面台と付随した鏡が設置され、眺めの良い4階の各居室は明るく開放的な趣がある。自宅からタンスや椅子などの家具を持ち込み、その人らしさを尊重し、居心地の良いものとなるよう工夫している。	
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	居室やトイレ等が分かるよう張り紙をしたり、目印をつける等し、動きやすいよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 本町サポートセンター

作成日: 平成 29年 2月 23日

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	3	身体拘束をしないケアについて、年に1度は研修・学習の機会を作る。	身体拘束をしないケアについて職員は理解しているが、振り返り研修や学習する機会を設ける。	ケア会議にて年に1度は必ず振り返り、学び共有を図る。また、毎月のケア会議でも身体拘束についての学習の機会を設けていく。	1ヶ月
2	5	前年度までは、センターだよりに運営推進会議の予定を記載していたが、今年度記載する事を忘れ記載していなかった。	センターだよりに会議日を記載。家族等に情報を開示し、さらなるサービスの向上に活かせるようにする。	開催日・開催結果をセンターだよりに載せ家族などへ情報を開示する。	1ヶ月
3	13	火災時の避難訓練は実施しているが、地震・水害時などの災害訓練を行っていない。	年2回災害訓練を行っているが、地震・水害などの訓練も取り入れていく。	年2回の災害訓練の他に、地震・災害などの訓練を行う。	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。