

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	1690900053		
法人名	株式会社 そよかぜ		
事業所名	グループホーム いろいろ		
所在地	富山県小矢部市今石動町1-2-9		
自己評価作成日	平成27年12月23日	評価結果市町村受理日	平成28年3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	http://www.kaiokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&JigvoNoCd=1690900053-00&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28年1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)】

利用者の特性に合わせた生活が送れるよう個々に対応している。社会との関係が途切れないよう、外出支援や外部サービスの受け入れ等を行っている。医師・訪問看護ステーションとの連携により、利用者の健康管理に努めている。職員からの意見・要望を聞く機会を増やし、職場環境の向上を目指している。

【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)】

・利用者の身体状況を把握することにより、開設当時出来なかった個別ケアがある程度出来るようになったとの自負心が職員の皆さんに見受けられる。
 ・職員は全員介護職員であるが、職員に看護師1名、准看護師2名の有資格者がいる。月2回の訪問看護の受け入れと診療所医師の往診と情報交換等により、利用者は安心して生活できると事業所は考えている。

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	職員へは入社時に理念の説明及び配布を行っている。玄関・各フロアへ掲示し、普段からの意識付けに努めている。	理念を玄関に掲示し、毎月第3水曜日に開催される全職員による定例カンファレンスに於いて確認している。新規採用職員には管理者から採用時に説明している。地域の自治会長は毎年交代するので最初の運営推進会議において説明している。	
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	運営推進会議では必ず町会長・民生委員に出席してもらい情報交換を行うことで、お互いの行事等へ参加しやすい環境を作っている。	地域自治会は個人会員45人と26法人会員で構成している。当事業所は法人会員となっている。自治会行事等への参加呼びかけは殆んど見られないので、自治会員に「いろどり通信」を発行して事業所への理解が深まるように努めている。町内には獅子舞行事が無く、自治会長に近隣町内の獅子舞訪問をお願いしている。	
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	町内向けの施設便りを作成し、回覧することで地域の人々への認知症の人及び施設の理解に努めている。		
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	運営推進会議へは、可能な限り入居者家族もしくは入居者に参加してもらい、生の声が話し合いに反映されるよう努めている。	会議は、管理者及び行政、自治会長、民生委員、家族代表1名で行われ、年に1回は利用者代表が加わり直接利用者の意見等を聞く機会を設けている。会議では主に運営状況や利用者状況等について報告審議し、欠席者には会議録の写しを送付している。	
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	運営推進会議では、事業所の取り組み等の報告に対する意見をもらい、改善に努めている。また市からの要請等にも協力的に答えている。	運営推進会議には、市から毎回出席があり、連絡・相談等がしやすい関係にある。事業所では主に管理者かケアマネジャーが担当している。市との相互連携を見ることができる。	
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「介護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	「介護指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」についてはマニュアルに明記し、全員に意識付けをしている。玄関の施錠については利用者の状態に応じて対応している。	利用者個々に応じたケアに心掛けているので、身体拘束を要する利用者は見当たらない。拘束の無いケアについて事業所の目標計画に掲げ、介護指定基準の禁止対象となる行為等についてマニュアルを作成し勉強している様子を伺うことができる。	玄関は施錠されてないが、ユニットフロア入口のドアは施錠されている。事業所が旧国道に面しており、交通安全の面から理解はできるが、施錠をしない方法について工夫・検討されることを期待したい。
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	管理者が高齢者虐待防止に関する研修・勉強会に参加し職員へ内容を伝える事で防止に努めている。		

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	現利用者において、市との協力のもと成年後見制度を利用している。		
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	契約時には書面をもとに十分な説明を行い理解を得ている。契約後においても随時再度説明を行う旨伝えている。		
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	施設玄関には苦情受付箱を設置し、いつでも意見できるようにしている。また運営推進会議では利用者家族もしくは利用者に対し、日常生活で困ったことや要望はないか等、必ず施設から質問をしている。	利用者との日常の会話や家族の訪問時及び運営推進会議には各家族が交代で出席していただき、意見・要望等を聞くように努められているが、ほとんど聞けないようである。意見・要望等は職員会議等で協議し直ちに実施に努められている。	利用者家族と一緒に集まること無いため、利用者家族に事業計画や日常生活の状況等についての説明する場を設けるなど、意見・要望等の言いやすい雰囲気作りの検討に期待したい。
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	毎月1回全職員と個人面談の機会を設け、職員の意見を聞いている。	定例カンファレンスのほか毎月の後半に職員の勤務状況に合わせて全職員を対象に個別面談を行っている。面談では主に業務改善や利用者への対応、職員間等について話し合われている。意見や要望等については、直ちに実施するように努められている。	
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	個人面談であげられた職員の意見・要望等には極力迅速に対応し、業務改善できるよう努めている。		
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	施設内においてはミーティングの中で外部研修の報告会や必要に応じて勉強会を行い、外部研修の情報を開示するとともに、力量に合わせ個別に研修への参加を勧めている。		
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	市やクラブホーム協会その他が主催する管理者研修等に積極的に参加し交流・情報交換を行っている。		

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
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	入居前のアセスメントにおいて、入居者本人・家族双方から生活歴や要望について情報収集を行っている。		
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	入居前のアセスメントにおいて、入居者本人・家族双方から生活歴や要望について情報収集を行っている。		
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	利用者個人での介護タクシー利用や医療マッサージの利用等個々の要望に合わせた対応に努めている。		
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	利用者の能力・意思に合わせ、家事等への参加を積極的にすすめている。		
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	季節毎の衣類の入れ替えや行事への参加を依頼する事で、施設へ足を運ぶ機会を作り、利用者と家族の関係が途切れないよう努めている。		
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	時間に制限なく友人や知人、家族の訪問を受け入れている。利用者と一緒に食事や行事なども楽しんでもらっている。	友人・知人の訪問時には再度の訪問をお願いしたり、時には利用者と一緒に食事をして楽しんでいただくように努めている。また、ハガキ等の交流は年賀状が主で、出来るだけ利用者を書いていただき、書けない部分は協力するように努めている。	
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	入居者同士の関係性を考慮し、座席を決定・変更している。ソファで座る位置も利用者同士の相性等考慮した上で誘導している。		

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	入院により退所となった方には、退院後の再度受け入れ相談を優先的に受けている。		
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C-1-2シートの使用を検討し、現在数名の利用者に対し試行を行っている。	ケアマネージャーを中心にセンター方式を使ってアセスメントする事で、利用者一人ひとりの思いや気持ちを細かく把握するように努めている。日常の中の小さな気づきや発見があれば職員間の生活リズム表に書きとめ情報共有を図っている。	
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	入居前、入居後に本人・家族からヒアリングを行い情報収集に努めている。居宅時のケアマネージャー・MSW等からも情報をもらい参考にしている。		
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	生活リズム表を作成し、個々の生活に合わせた支援ができるよう努めている。		
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	状態変化のあった場合にはその都度、特変のない場合については6か月毎に担当者会議を行い、職員・家族と検討の上、計画を立てている。	来所時や連絡時に家族の要望を聞いている。更新時に担当者会議を開催し、身体状況が変化した際は主治医や家族と話し合っって計画を見直している。毎月のミーティングで利用者個々について話し合いを行いモニタリング評価をしている。	
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	センター方式C-1-2シートの使用を検討し、現在数名の利用者に対し試行を行っている。		
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	本人や家族の都合に合わせて、食事・入浴等の日常的なスケジュールの変更は個々に対応している。		

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	入居前、入居後に本人・家族からヒアリングを行い情報収集に努めている。居宅時のケアマネジャー・MSW等からも情報をもらい参考にしている。		
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	かかりつけ医の決定は全て本人・家族に委ねている。月2回の定期及び臨時の往診を行ってもらえる近隣の医師をかかりつけ医に選ぶ事もできる。	ほとんどの利用者が協力医をかかりつけ医とし安心できる医療対応で訪問診療を受けている。24時間連絡可能な訪問看護ステーションとの連携体制を整えて本人・家族が気軽に相談できるようにしている。	
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と24時間連絡体制をとっており、必要に応じ相談等行っている。月2回の健康チェックでは事前に健康状態を報告し、当日意見・指示をもら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。	入院時は入院時情報提供書により、入院に至る経緯、現在の心身の状態、施設での生活の様子等なるべく詳しく伝えている。地域連携室とは入院後の利用者や新規入居希望者等について密に相談を行っている。		
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	重度化した場合については、家族・かかりつけ医と相談の上対応していく旨、看取りについては現在行っていない旨を、契約時に説明を行っている。	入居時に終末期・看取りについての説明を行っている。現状では看取りは行っていないが、希望があればできる限りの対応を行う。重度化が進んでいく中で医療的な処置の必要性や食事が食べられなくなるなどの身体状況の変化がある時は、事業所での対応が難しくなる事もあり家族とかかりつけ医を含めた話し合いを行い方向性を決めている。	
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	該当する研修会の報告等をもって職員の知識や意識を高めている。		
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	日中想定、夜間想定火災訓練を消防署の指導のもと行っている。地域の方にも見学してもらう事で協力を促している。	駐車場が道路に面しているため避難場所の玄関と庭までの誘導で訓練している。地域の方には見学してもらったり運営推進会議で報告するなど協力を依頼している。地域の河川水害や地震対策などは把握できていないのが現状である。飲水・米の備蓄はあるが非常用の備品や食料品などの設置はない。	災害対策は事業所のみで行うのではなく地域の対策を把握した上で地域と共に連携される事が望ましい。また、地域の防災訓練に参加したり、ハザードマップや避難場所の確認など日頃から地域住民から情報を入手するよう期待したい。

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	言葉をかけられた本人、それを聞いていた他者が誇りを傷つけられたり、不快な思いをする事がないよう、対応には気を配っている。	排泄時はトイレの戸を閉める、居室でのオムツ交換は戸を開けたままではない、大声で呼ばないなど日常のケアの中で注意しながらプライバシーに配慮した対応を行っている。気づいた事があればその時その時に職員間で伝え合うようにしている。	
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	職員は、必ず利用者全員が同じ事をしなければいけないという考えは持たず、自己決定できるよう、本人の意向を聞いたり、個々に選択肢を設ける等働きかけている。		
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、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	体調等考慮した上で、できるだけ本人の思うように過ごしてもらっている。		
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	着替えは本人に選んでもらう。カットやパーマ、毛染め等を利用者の希望に合わせ、随時床屋に来てもらっている。		
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	メニュー等に応じて、下準備・調理・盛り付け・片付け等、積極的に料理に参加してもらっている。	利用者のできる事を見つけて声かけし、下準備や調理、後片付けの中からできる事をその日にできる人が行っている。食事は職員も同じテーブルを囲み、会話を交わしながら和やかに食べている。家族と定期的に外食に出かける利用者もあり、個々の希望に合わせた楽しみ方を大切にしている。	
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	食材の形態や量については、個々に合わせて提供している。		
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	口腔ケアは毎食後行っている。個々の状態に合わせたケアを行う為、家族へ協力を仰ぎ洗口液を使用している方もいる。		

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
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	必要な利用者に対し、集中的に個々の排泄パターンの記録をとり、それをもとに支援計画を検討している。	個々の排泄パターンに合わせた声かけや誘導を行っている。使用するパッドやパンツ等の選定は、期間を決めて24時間の排泄チェックを行い、量や回数に合わせた物を選び介助方法を定める取り組みを行っている。	
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	排泄記録をもとに、便秘の状況を訪問看護や医師の往診時に報告し、アドバイスや指示を利用者個々に対し受けている。		
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	基本、曜日や午前中に行う事は決まっているが、その日の体調や気分、用事に合わせ、曜日・時間の変更等柔軟に対応している。	入浴したくないと言われた時は時間を変えたり、担当を変えて誘う事で入浴されることや、次の日誘って入浴できる時もある。入浴できない時は着替えや清拭で対応するなど無理強いせず促している。	
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	本人の意思を尊重し、希望される時間、場所で休んでいただけるよう努めている。		
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	個人ファイル毎薬剤情報提供書を綴っており、現在使用している薬の内容はいつでも確認できる。		
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	家事その他、利用者個々の能力に合わせた役割をなるべくそれぞれに持ってもらい、張り合いのある日々を過ごせるよう努めている。		
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支援している	外出の希望には個別対応している。家族の協力が得られない場合は、買い物・受診等職員同伴で行っている。	外出については個々の希望を聞いて家族と相談しながら対応するようにしている。利用者の希望に合わせて職員が付添って買物や散歩に出かけたり、外部ボランティアや知人と一緒に出かける時もある。一人で介護タクシーに乗っての外出などできるだけ希望が叶えられるように支援している。	個別対応で外出支援を実践している中で、本人の希望がかなった事や、外出の楽しみが持てた事など、家族にも情報共有する等の方法を検討された。

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
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	金品所持の有無については、本人の希望や症状の程度により、家族との相談の上、個々に定め管理を行っている。		
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	家族からの制限がなければ、本人からの家族への連絡は自由にできるよう支援している。		
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	温度・音等の管理は職員が行い、快適な空間を心掛けている。壁等の飾り付けで、季節感を出せるようにしている。	共用空間で午後に体操やレクリエーションをする事が日課になっている。手作業が好きな利用者も多く、今年の干支が書かれたはり絵を何枚も制作している。また、感染症を事業所に持ち込まないために夜間帯での清掃消毒を毎日行い環境整備している。	
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	座席の位置は、テレビの観やすさ等個々の希望を聞いたり、利用者同士の相性を考慮し決めていく。ソファを会話しやすい配置に組んでいる。		
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	居室へ持ち込める物については、危険を伴う物以外制限はなく、馴染みの物等本人の希望に応じ、持ってきてほしいと家族に依頼している。	自宅で使っていた身の回りの品がある事で環境が変わっても利用者が安心できると家族に伝え持参してもらっている。ベッドは備え付けであるが、布団を使っていた利用者は部屋の外にベッドを出し布団を敷いて自宅と同じようにしている。中には仏壇を置きお寺さんに来てもらい月参りのお経をあげている方もいる。	
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	過剰な介助は行わず、残存能力を生かせるようそれぞれに合わせた援助を検討し、実践している。		

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	35	地域のハザードマップや避難場所が把握されておらず、河川水害や地震対策に不安がある。	職員が地域単位での防災対策を把握し、地域住民と協力しながら災害時の対応をすることができる。	施設に地域のハザードマップを整備し、職員に災害時における地域の対策や避難場所を周知する。	1ヶ月
2	6	現在ユニットフロア入口のドアが日中でも常時施錠されている。	安全かつ日中でも施錠の必要のない生活環境を提供する。	利用者全員の現状を把握し、施錠が必要かを定期的にミーティング内で検討していく。また、施錠を行わない場合においては、職員全員が危険意識をもつよう意識統一をはかる。	3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。