

### 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	1670102779		
法人名	グループホームこのゆびと一まれ茶屋		
事業所名	特定非営利活動法人 デイサービスこのゆびと一まれ		
所在地	富山市茶屋町441番3		
自己評価作成日	令和2年12月20日	評価結果市町村受理日	

※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3年1月14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)】

「 ゆっくり、いっしょに、たのしく 」 をモットーに入居者一人ひとりのらしさを大切に、地域や家族の見守りのなかで共に支え合いながら暮らす あったか〜い家です。

#### 【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)】

- ・利用者が地域の一員として日々の生活を送れるような事業所理念が、平成16年の開設当時から培われてきている。
- ・認知症介護の専門分野として、職員の対応や組織の運営に『ゆっくり いっしょに たのしく 笑って』を掲げており、その実践が、利用者一人ひとりのその人らしく過ごしている様子からも窺える。
- ・利用者本人や家族、地域、職員の連帯感が醸成されており、家族からも「安心できる」、「サービスに満足している」、「話をよく聞いて、支えてくれる」等の高い評価を得ている。

### 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	地域に溶け込み、地域に助けられ、地域の困った声に応える。「笑う門には福来る」をモットーに入居者・職員相互に「ゆっくり、いっしょに、たのしく」を体現できるよう実践に努めている。	事業所理念の下、地域との関係を大切にしており、地域の一人として町内の役割も担っている。また、理念は掲示され、日々実践に活かされており、利用者及び職員が共に穏やかに日常を過ごしている。	
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人として日常的に交流している	町内会の一員として、町内行事(清掃、運動会、忘年会etc.)に可能な限り参加交流し、相互の理解を深めている。	開設時からの思いを大切にしており、町内での役割や行事等にごく自然に参加している。また、利用者も事業所周辺へのお出かけ等、日常的に地域の人々と触れ合う中で、穏やかな気持ちになっている。	
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	利用者も一緒に行事へ参加したり、日常的に周辺を散歩するなどして、馴染みの関係を築き、認知症への理解が深まるよう努めている。		
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	利用者の現状を報告する中で、出席者各々の視点から意見や助言をもらいケア向上の一考としている。	運営推進会議は2か月ごとに開催し、町内組織の各部門から(会長、民生部長、防災部長等)、地域包括支援センター、職員5名程度で行っており、主に利用者の現状について意見交換をしている。会議では利用者のありのままを話し合うため、家族の心情を考慮した上で、家族からの参加は求めていない。(利用者家族については、月に1~2回以上の面会があり、希望や要望があれば個別に職員と話し合うことができるようにしている。)	運営推進会議への家族の参加は、事業所理解を深めてもらうこと、また、利用者の声を代弁するといった観点からも重要であるため、今後の会議の在り方として検討されることに期待したい。
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	市町村担当者との直接の連携はないが、会員である富山県グループホーム連絡協議会を通し、間接的連携はある。	市の担当課とは、相談や報告事項があれば連携が取れる状況にある。また、地域包括支援センターとも連携が図れており、介護相談員の訪問も受けている。	
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	現状、危機回避のためにやむを得ず施錠をしているが、常に利用者の現状に則った利用者にとっての最善を考えたケアに取り組んでいる。	法的な身体拘束禁止の対象となる具体的な行為等については、管理者が日頃から全職員に周知することを念頭に置いており、新人教育もOJTで行っている。玄関と食堂の仕切りの引き戸については、必要最小限で施錠している。	利用者の状況により、やむを得ず玄関から食堂への施錠をする場合、玄関に施錠理由を掲示する等、事業所の方針を家族へ工夫して伝える取り組みを期待したい。併せて、事業所としての身体拘束マニュアルの作成も期待したい。

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
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	ミーティングで利用者各々のケアを振り返る中で、拘束や虐待の有無にも注意を払い、皆で検討している。		
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	現在2人の利用者が成年後見制度を活用しているが、親族が包括している制度についての詳細は理解しておらず、今後は制度について理解を深めることも必要とする。		
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・改定などの際は、家族への説明を行い理解・承諾を図っている。		
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	隔月で、市の介護相談員を受け入れ利用者の思いが傾聴されている。	日常生活の場や家族面会時に、利用者や家族が意見を気安く話せるよう全職員が心掛けている。また、利用者の思いを、外部の立場から聞いてもらうことを目的に、介護相談員の制度を利用している。	
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	月に一度のミーティングにより、ケア向上のための意見交換の機会がある。	月1回ミーティングを開いている。運営に関することについて話し合う他、全利用者のサービス内容について検討し、職員の意見を収集している。	
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	介護する喜びややりがいなどがもてるように事例を通して話し合っている。		
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	主として、OJTにおいて各々に必要な研修を行い外部研修の機会もある。		
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	富山県グループ連絡協議会の勉強会などの参加を通しケア向上に努めている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者の安心・居場所を確保すべく、思いに耳を傾け、信頼関係づくりに努めている。		
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	それまでの家族介護の苦労や思いなどに耳を傾け、気持ちを共有することで関係を構築している。		
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	本人・家族の思いを聴き取り、また表情や行動にも注視し「今」必要な支援を見極めるよう努めている。		
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	人生の先輩である利用者からは日常を通し、物を大切にし、他人を慈しむ心など教わることも多く共に支えあう関係である。		
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	本人の思いと同様に家族の思いを大切にし、その家族の力も大いに借りながら支援している。		
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	馴染みの場所へ出かけられるよう手配したり同行したりしている。	コロナ禍の中にあっても、家族等の面会を制限しておらず、感染防止に配慮しながら家族との面会が継続できるよう、支援に努めている。	
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	利用者同士の関係を円滑にするための潤滑油となり、適度な距離感をもって見守り支援をしている。		

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
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	(これまでの契約終了は死亡による) 時々連絡を取りあう家族もあり、良好な関係が継続している。		
<b>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</b>					
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	本人もしくは家族からの聞き取りに努め、困難な場合も日常の中から探るよう努めている。	アセスメントシートから、本人や家族の思いを汲み取り、ミーティング等で話し合い、把握に努めている。意思疎通が困難な方には、日常生活を送る中で、表情等から意向の把握に努めており、家族との会話からも情報を得るようにしている。	
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	家族や本人の話、これまで利用していたサービス内容から暮らし方を把握している。		
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	日々の関りや職員同士の情報交換により現状の把握に努めている。		
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	担当が作った計画を元に本人・家族・他職員の意見を取り入れ制作している。	介護計画は担当者がモニタリングを行い、計画責任者と話し合っ作成しており、見直しもしている。また、月1回、個別カンファレンスを行い、運営推進会議で問題点を挙げており、本人、家族からの意見や要望があれば計画に取り入れている。	
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	申し送りやミーティング・記録による情報の共有に努め、日々のケアに活かしている。		
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	「今」必要な支援に対し可能な限り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	近所の商店の理解・協力を得て、入居者が付き添いなしで外出を楽しむことができる。		
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	家族に代わって受診の付き添いをしたり、頼りになる協力医の往診を受け適切な医療を受けられるよう支援している。	全員が協力医療機関を希望され、月1回の訪問診療を受けている。緊急時には協力医に連絡し、職員が付き添って受診したり、状態によっては往診を受ける等、適切な医療を受けられる体制が整っている。また、家族にも連絡し、報告を行っている。	
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	常勤の看護師がおり、体調面での変化があれば速やかに報告・相談し指示を仰いでいる。		
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。	かかりつけ医の協力のもと医療機関を協働し適切な治療と早期退院とその後に向けての支援を行っている。		
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、事業所の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	適時、かかりつけ医・家族・事業所との話し合いを設け、方針の共有をはかっている。家族の納得がいくまで、また希望に添えるように話し合いをもつよう努めている。	重度化した場合は、かかりつけ医や家族、職員が話し合い、本人や家族の想いに寄り添った支援を行っている。また、終末期には、泊まりの部屋で家族と布団を並べ、看取ることができる体制を整えている。	
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	急変が想定される場合は、事前に対応手順を共有するよう努めている。		
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	定期的に年に2回(春・秋)火災避難訓練を行っており、町内からの参加・協力もある。	火災訓練は年2回、夜間帯に自治会や地域を交えて行っており、備蓄品は3ヶ月分を保存している。避難場所が公民館で徒歩15分の場所にあるため、今後自治会や地域への協力体制を更に築いていく意向である。	今後は、震災の対応マニュアルを職員間で検討して作成し、運営推進会議等を通して自治会や町内の協力を得られるよう話し合いを重ねられることに期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	状況によっては、くだけた口調での会話もあり、距離が近いことがあるが、常に尊厳を念頭においてその場に応じた対応に努めている。	一人ひとりを尊重し、状況に応じた対応を心掛け、名前は「さん付け」で呼んでいる。常に相手に寄り添い、目線を合わせて話すよう努めている。	
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	本人が思いや希望を表出し易い言葉がけを心がけ、また表情を読み取り、思いを理解するように努めている。		
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	毎日、一人ひとりに100%出来ているか自信がないが、可能な限り各々のペース・思いを大切に優先させるように努めている。困難な場合はそれに代わることを支援するなど、できるだけ思いを大切にしよう努めている。		
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	利用者の能力に応じ一緒に服の買い物に行き選ぶこともある。選ぶことが難しい方には好みを考えながら、季節や着心地にも配慮し援助している。		
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	旬の物を大切に入居者と一緒に調理や片付けを行っている、メニュー作りに意見を取り入れたりしている。各々の咀嚼・嚥下に応じた食事を支援している。	献立は前日に決め、職員が買い物に行き、調理を行っている。また、近隣から新鮮な野菜を買い利用者と一緒に野菜を切ったり、洗い物や片付けを行っている。アセスメントシートからも嗜好や嚥下障害等を把握して、一人ひとりに合った支援に努めている。	
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	摂取量は一日トータルでとらえ体調なども考慮して過不足なく摂取できるよう支援している。		
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	朝・夕に口腔状態に応じたケアを行っている。		

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
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	排泄の間隔やパッドの使用方法など各々に合わせた工夫で支援している。	排泄チェック表を使用し、個々のペースに合わせて自立に向けた支援を行っている。日中は布パンツや紙パンツで過ごしており、夜間は紙オムツやパットを使用し、睡眠を妨げないよう工夫をしている。	
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	毎朝ヤクルトを摂り、排便を促す食材を意識したメニュー作りをしている。		
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、個々にそった支援をしている	季節や体調に応じて各々の入浴間隔を決めている。その日の希望でも入浴できるように支援している。	利用者の体調や希望、季節に合わせて入浴支援を行っており、全介助の場合は、回転シートを利用する等、工夫し入浴を行っている。また、入浴に抵抗のある方には、シャワー浴へ変更する等、個々に沿った支援で対応している。	
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	各々の生活リズムの中で自由に休息をとってもらい、必要時に促すこともある。夜間の安眠を促すため寝具類などの環境整備も支援している。本人の就寝パターンや体調に合わせて対応している。		
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	薬の目的・用法は理解している。新たに使用した薬については、症状観察に努めている。		
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	各々の得意を活かした役割への支援をしたり、以前していた趣味を促してみたり、一人ひとりに合った役割・楽しみごとがあるよう支援している。ビールが好きな方は晩酌を楽しんでいる。		
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	本人の希望に添う外出を支援したいが、コロナ禍のため現状できていない。	コロナ禍から外出を控えているため、散歩程度の運動しかできていないが、筋力低下予防のために丸椅子に座って体幹を強める等、室内での運動に努めている。コロナ禍以前は、温泉に泊まったり、ファミレス等で食事を楽しんでいた。	

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	個人で財布を管理して、自由に買い物を行っている方もいる。		
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	電話は希望があれば自由に掛けてもらっている。手紙のやりとりも自由にしてもらっている。		
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	オープンキッチンにし、生活の音や匂いを大切にしている。トイレなどの汚れは放置にならないよう心掛けている。現在、入居者のこだわりにより花など置けないが、状況をみて飾りたい。	玄関から居間に入るとぬくもりが感じられ、台所からはいい香りがして、家庭的な空間となっている。トイレには暖房と扇風機を備え付け、加湿付きエアコンで温度と湿度の管理もなされている。週4回、午前中に外部から清掃が入り、清潔感が保たれている。	
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	リビングテーブルを囲むスペース以外にソファを設け、和室など好きな場所で思い思いに過ごしてもらっている。		
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	使い慣れたものを持ち込み安全かつ使いやすいよう配慮したしつらえがなされている。居室を自分の好みに飾り付けたりしている。	エアコン、ベッドは備え付けであるが、テレビや桐タンス、家族の写真等、馴染みの品を持参してもらい、利用者は穏やかに過ごされている。趣味の手芸や水彩絵など飾っている利用者や、使い慣れた好みの寝具を使われる利用者もあり、居心地よい部屋作りとなるよう支援している。	
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	台所の流しは低めにしつらえてあり、炊事がし易くなっている。お風呂・トイレ・廊下には手すりを設け、自助を促す支援をしている。		

## 目標達成計画

作成日：令和 3年 4月 20日

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	震災時対応マニュアルの未整備。	・マニュアルの整備。 ・備蓄品の充足。	立地・施設の現状等に応じたマニュアルの作成を職員間で協議する。	3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。