

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30年11月1日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

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30年12月21日	評価結果市町村受理日	平成31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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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）】

<p>グループホームは4階建ての4階フロアにあり、階下には小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型通所介護、居宅介護支援事業が併設されている。エレベーターでグループホーム専用フロアに着くとホームの玄関があり、玄関から続く畳敷の廊下は転倒時の衝撃の軽減につながっている。完全バリアフリーの「安心と安全」に配慮された生活環境となっている。</p> <p>入居者の方の身体状況・性格、過去の習慣や経験に合わせて、料理、洗濯、掃除への参加、編み物、塗り絵、計算ドリル、カラオケ、銭湯、晩酌など「その人らしい日常生活」となるように支援し、心身機能の維持に努めている。</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ます。 (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回程度ある 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、生き活きと働いている。 (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				

1 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。	グループホーム玄関に掲示し、共有と周知に努めている。また、介護計画作成やケアの実践で職員が対応に迷った時、管理者は理念に基づき指導し、理念の実践につなげている。	
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	地域の納涼祭に参加。本町の納涼祭等の年間行事に参加。避難訓練時の地域協力隊の活動。回覧板など利用者と一緒に回しに行っている。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所、通所介護事業所と合同で行う行事への地域の方の参加がある。また地域の行事へグループホーム入居者が職員とともに参加している。地域の保育所、小中学校のボランティアを受け入れ、交流している。	
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	中学校からの「14歳の挑戦」の受け入れ。認知症カフェの開催等行っている。		
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、地域の方、行政、家族代表、包括の方に参加してもらい、事業報告・取り組み状況・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している。	2ヶ月に1度開催されている地域運営推進会議では、事業所から日頃の活動状況、取り組みについて報告し、地域代表の方より地域の行事案内などの情報提供を受け、入居者が参加している。運営推進会議の内容を回覧し職員へ周知している。また事務所に据え置き、ご家族も見られるよう情報開示している。	運営推進会議の議事録を事務所内にて開示されているが、参加できなかった家族や関係者が見やすく、運営推進会議の参加が促進できる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	運営推進会議に市町村担当者にも参加して頂き、事業所の取り組みや実情を伝えている。	市より派遣されている、あったか相談員(介護相談員)の受け入れをしている。市には2ヶ月に1度の運営推進会議でホームの取り組みを報告している。地域包括支援センターや併設の小規模多機能居宅介護支援事業所と連携、協力して「たんぼぼカフェ(認知症カフェ)」を開催している。	
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み取り、外出したそうな時は声を掛け、行動制限することなく、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人全体研修計画の中に「身体拘束・虐待」について策定されており、職員へ周知徹底が行われている。グループホームでは、施錠による閉じ込め、直接の身体拘束以外に日々の関わりで「言葉による行動制限」を行わないように職員へ周知、指導を行っている。	
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	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、制度を利用している方が居られたが、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、十分な説明を行い、理解納得した上で契約を結んでいる。		
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	面会時にケア記録を見てもらい、利用者の様子を伝え、家族の意見要望を聞き取り記録に残し、職員間で情報を共有し、サービスに反映させている。	面会時に声掛けし、個別に意見や要望を伺ったり、家族参加の親睦会を年4回開催し、ご家族の要望を聞く機会を作っている。例えば家族参加の親睦会は、開催回数や時間、参加費用についても要望を確認しながら、負担なく参加しやすいように行われている。	
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1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、運営やサービスに反映させている。	ミーティングや個人面談の他に、管理者は常に現場にいたので、職員はいつでも相談しやすい環境であり、管理者から職員に話しかけ、職員は気づいた事などを提案しやすく、運営に生かされている。	
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	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、誰でも参加出来る。法人外の研修は、能力や勤続年数に応じて研修が受けら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。法人内のGHIに訪問したり、情報交換を行ったりして、サービスの質を向上させる取り組みをしている。		

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
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、不安のないよう声掛けを多くし、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に努めている。		
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	茶碗拭き・洗濯物干し・掃除など一緒に行い、共に協力し合う体制作りを努めている。		
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	親睦会を開催し、おやつ作り・ランチ作り・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	昔から利用している理容院・銭湯に職員と一緒にいったり、地域神社への初詣、同じ館内に親しかった利用者が居られたりすると会いに行ったり、一人ひとりの思いに答えるよう支援している。	利用者の入居前の生活習慣や、馴染みある場所などの情報を、本人や家族から聞き、職員と一緒に出掛ける機会を作っている。地域の昔から馴染みある祭りが行われる神社への参拝、晩酌の習慣のある方への支援など、馴染みの生活を支援している。家族の面会時は周囲の人に気遣うことなく、ゆっくりと過ごせる空間がある。	
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、席の配慮をしている。利用者同士会話をされない方も居られるが、職員が間に入り、利用者同士の関係が上手くいくように、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	他事業所へ移られた場合は、アセスメント・ケアプラン・支援情報等を提供している。退所された後も来訪された時は、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)を活用し、会話や表情を観察、職員の気付き等ケア会議や申し送り等で共有し、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。	日常の関わりの中で聴きとった本人の言葉、本人の思い、変化などを記録しているほか、介護計画の更新時にはセンター方式シートへ情報を整理し、思いや意向の把握に取り組んでいる。	
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	毎月ケア会議を行い、話し合っている。6か月に1回、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。見直し時には本人・家族の思いも確認している。	グループホームで毎月行っているケア会議で、一人ひとりのホームでの生活の様子を話し合い、本人らしく生活の支援ができていないか課題を整理し、介護計画の見直しを行っている。介護計画の期間内であっても状況に応じて、介護計画の変更を行い、必要とする支援につなげている。	
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	日々の生活での気付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ず、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送迎など、必要な支援を行っている。		

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	近くの公園、図書館、スーパーに日常的に出掛けたり、近所の家に回覧板を届けに行ったり、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	入所前からのかかりつけ医となっている。定期受診時には本人の状態を報告し、Drからの指示(情報)はその都度聞き取っている。週1回訪問看護の訪問があり、バイタル測定を行ってもらっている。	入所時に、本人、家族が希望のかかりつけ医を利用している。受診時は普段の様子や、主治医に確認したい内容などを、書面にて情報提供を行い、適切な診療が受けられるように支援している。状況に応じて主治医に直接電話にて確認している。	
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	週1回訪問看護の訪問があり、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。施設内の看護師にも相談し、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、本人の情報を医療機関に提供している。退院前にカンファレンスを行い、情報を受けている。		
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、家族に説明している。	入所時に説明をしている。また重度化し看取り期に入り看取りを希望されていても、状態に応じて主治医の意見と家族の意向を確認しながら、本人、家族が納得できるよう支援している。	
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、消防災害訓練を実施している。地域の方々にも参加してもらい、利用者の避難誘導を行ってもらっている。	夜間を想定した火災避難訓練、地震・津波の自然災害を想定した避難訓練をそれぞれ年1回ずつ実施している。地域の自治会の方、隣接するJAの方の協力を得られている。また、非常食を備蓄している。	

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
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事を念頭におき、言葉遣いに注意している。	毎年1回法人全体で研修が行われており、指導の取り組みがある。日常の介護現場では排泄支援や入浴支援にあたり、言葉かけは特に注意を払っている。	
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	本人の意志を尊重し、自己決定が出来るように選択肢を与え、自己決定しやすい声か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	本人のペースを大切にし、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	馴染みの床屋・美容院に行ったり、お化粧の好きな利用者には、口紅・眉・マニキュアなど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、手作りランチ・おやつ等で材料を切ったり混ぜたり、できる範囲で手伝ってもらい、一緒に食べている。茶碗拭きは、毎食後手伝ってもらっている。年3回、家族と共にランチ・おやつ作り等を行い、食事を楽しめるよう取り組んでいる。	厨房で調理された物を提供し、利用者は盛り付け配膳などに参加している。月に2回、手作りランチの日を決め、グループホームのキッチンで利用者と職員が協働で調理している。そのほか外食やおせち、ひなまつり、クリスマスなど季節行事に応じた献立がある。	
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	栄養士による栄養バランスを考えた食事が提供されている。一人ひとりの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、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	毎食後口腔ケアを行っている。声掛けし、出来る事は自分で行ってもらう、出来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、排泄リズムを把握し、トイレの声掛けを行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、タイミングの良い言葉がけによるトイレへの誘導を行っている。排泄動作の自立に向けて、介助をしすぎて本人の力を損なうことのないように支援している。	
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	毎日牛乳寒天を提供。便秘の方にはオリゴ糖を提供。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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の体調や希望に合わせて週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。銭湯に行きたいと希望のある利用者は、銭湯に行っている。	毎日入浴できる体制があり、少なくとも3日に1度入浴支援を行っている。要望があれば毎日入浴ができる。入浴予定日に気が進まない時は無理せず、時間をあけたり、日を変えるなど柔軟に対応している。	
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	本人の好きな場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よう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すぐわかるようになっている。薬の変更や追加があった時は、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。レクや行事・外出などを通し、楽しみが持てるよう支援している。お餅・刺身・お酒等、本人の食べたい物を一緒に買い物に行き、夕食時晩酌したり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	天気の良い日にはドライブ・散歩に出かけている。本人の欲しい日用品・食べたい物などを買に行き、銭湯に行きたい利用者とは一緒に銭湯に行く等、個々に対応している。	毎月ドライブ週間があり、降雪時期を除いて外出の機会を積極的に作っている。近くにスーパーや公園があり、日常的に買い物や散歩に出かけている。また家族との外出を支援している。	

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
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、各自で所持する事は困難だが、買い物の際に、時には、本人にお金を渡し、自分で支払い出来るよう支援している。		
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。(代筆している利用者もいる)電話は本人の希望があれば、いつでもかけられるように支援している。		
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	共用のフロアでは、軽作業・レクリエーションを行ったりしている。お風呂はヒノキ風呂で気持ちよく入浴できる。フロアからテラスへはバリアフリーになっており、洗濯物を一緒に干したり、椅子に座り、日光浴をすることが出来るようになっている。	グループホームは建物の4階にあり共有のフロアは、障子を開けると大きなガラス窓から明るい陽射しが入り見晴らしも良い。フロアの床は床暖房となっている。廊下は全面畳敷であるため、家庭的な雰囲気がある。不快な匂いもなく清潔な環境が保たれている。	
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	フロアにソファ・人数分より多めの椅子を置いたり、廊下・玄関に椅子やベンチを設置、思い思いに過ごせるよう工夫している。面会時には、居室以外でもくつろげるよう、談話ルームも作っている。		
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はしているが、必要最低限の物しか持参されていない。自分で作った作品、家族で写した写真などを貼っている。	窓には障子が入り、広い室内には洗面台が据え付けられている。一人ひとりの状況に応じて、ベッドの配置や向きの工夫がされている。居室が居心地良く過ごせるよう、家族へ協力を促すなど取り組みを進めている。	
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	居室やトイレなどが分かるよう張り紙をしたり、目印をつけたり、分かるように工夫している。		

2 目標達成計画

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

作成日：平成 31年 1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	3	運営推進会議の内容を回覧し職員には周知しているが参加できなかった家族や関係者にはいつでも見られるよう事務所に据え置き、センターだよりも(事務所に会議録がある)と記載しているが、事務所では見に行きにくいのではないかな。	参加できなかった家族にも会議の内容が分かるようにする。	議事録を事務所内だけでなく、4階にも置き、面会時にいつでも見られるようにする。	1ヵ月
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、行を挿入して下さい。