

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	0874300676		
法人名	特定非営利活動法人 福祉サポートセンター 県西さわやか		
事業所名	グループホーム 県西さわやか	ユニット名	()
所在地	茨城県猿島郡境町1762-1		
自己評価作成日	平成30年12月15日	評価結果市町村受理日	平成31年 4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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/08/index.php?acti.on.kouhou.detai.2011.022.ki.hon=true&Ji.gyosvoCd=0874300676-00&PrefCd=08&Ver.si.onCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内
訪問調査日	平成31年2月7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)】

本人たちの「できること」を意識し本人たちの自立を目指すと同時に自立を目指すことにより認知症ケアに繋げていく。そしてできる限り地域に出向き横の繋がりを広げる事を意識しています。更なる地域参加を心掛け取り組んでいます。

【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)】

事業所は社社に隣接し、東屋を中心に植えられた木々に囲まれた庭には鯉や鶏を飼育しているなど、四季の移り変わりを楽しめる環境となっている。職員は家庭的な雰囲気の中で利用者に寄り添い、行動を制限することなくその人らしい生活ができるよう支援している。自立に向けて「トイレで排泄をする」「食事は自力で食べる」を掲げており、利用者のほとんどが実践している。管理者は日頃から職員に話しかけてコミュニケーションを図り、何でも話せる関係と働きやすい職場の環境づくりに力を入れているとともに、職員同士も信頼関係を築いている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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

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	毎月1日には申し送り時に唱和し、玄関の目に付くところに掲示してある。	理念を玄関に掲示するとともに、申し送り時に唱和をして、職員間で共有している。	
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	毎朝の庭先の掃き掃除を含め、近所の散歩、地域のイベント参加など積極的に参加している。最近では近所の方に頼み利用者数名と農作業をしてくれている。	自治会に加入し、地域のイベントに参加するほか、大正琴やコーラスグループ等のボランティアを受け入れている。家で畑仕事をしていた利用者が、入居後は地域の畑で住民と一緒に農作業を行うなど、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	認知症啓発イベントにも参加している。地域のイベントにはできる限り参加している。		
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	2か月に1回開催し事業所の取り組みなどを報告している。同時に評価を得ている。町役場、地域包括支援センターを始め理事や地域住民等で開催し、運営状況や利用者状況や行事報告等を行っている。課題を提案し話し合っている。	町の職員や地域包括支援センター職員、民生委員等が参加し、奇数月に開催している。行事や事業所の取組み等について話し合っている。会議の議事録には出席者名や会議の内容について記載するまでには至っていない。	会議の議事録に出席者名や開催時間、会議で話し合った内容等を記載することを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	3か月に1回町内の認知症対応型共同生活介護全事業所と町役場、地域包括支援センター等が集まり情報交換を行っている。各課題を持ち合いその課題について話し合いや情報交換を行い解決に繋げていく。交流する目的も強い。	3ヶ月に1回町役場主催で、認知症対応型共同生活介護事業所と地域包括支援センターが集まり、情報交換を行っている。事業所から職員の確保についての相談を受け、行政と一緒に対策を話し合っている。	
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	安全対策委員会(身体拘束廃止委員会)を2月に1回開催している。その中で身体拘束をしないよう話し合いを行っている。委員会内でも身体拘束の理解を深め、定期的に拘束に関する庄内研修を開催している。	安全対策委員会を2ヶ月に1回開催し、全職員で身体拘束に関して話し合い、理解を深めている。身体拘束に関する規程(指針)を作成し、職員は研修を受けている。家族等へも説明を行っている。	
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	その通りである。		

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	H30年12月15日現在1名の日常生活自立支援事業の利用している。社会福祉協議会担当者と連携を取り、疑問に思ったことは聞きながら理解を深め職員にも伝えている。		
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	必ず行っている。		
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	利用者からは日常の会話や話しやすい関係を構築し、家族からは毎月利用の支払いは施設で行いその際に聞いている。意見は月1回の会議で話し合い検討している。年1回の家族会の際にも意見や要望のアンケートを実施し、検討している。	利用者や家族等が意見や苦情を言える機関を、運営規程と重要事項説明書に明記し、家族等からは面会時や毎月利用の支払時に話を聞くようにしている。利用者からは日々話しやすい雰囲気を作るよう努めている。年に1回家族会時にアンケートを実施している。	
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	管理者との距離が近いため意見を聞いている。毎月1回の会議や日々の業務での中にも聞く時間があり、話しやすい状況にある。要望には迅速に対応している。	日頃から職員とのコミュニケーションを大切にしており、意見を聴き、少しでも要望に応えるようにしている。勤務体制の変更には迅速に対応している。消毒についての見直しの提案を実行している。	
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	社員の意見はよく聞き少しでも要望に沿えるよう労働環境の向上に努めている。		
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	常にケアに向上心を持ち指導している。毎月1回は荘内外研修を行っている。必要な研修機会には職員の参加を促している。月1回の会議時に研修も同時に開催する場合がある。		
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	3か月に1回町内の認知症対応型共同生活介護全事業所と町役場、地域包括支援センター等が集めり情報交換を行っている。他にも事業所間での交流機会には必ず参加して意見の交換を行っている。		

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	本人の話をしっかり受入れ信頼関係に努めている。		
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	家族の話をしっかり受入れ信頼関係に努めている。		
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	第一優先の支援を見極め本人・家族に安心してもらえ得るよう支援している。		
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	本人に少しでも寄り添う関係づくりを行っている。		
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	家族と本人の関係を今まで以上に築けて行けるよう支援している。		
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	今までの暮らしを継続していくという考えで支援している。本人を尊重しケアを行っている。今まで農作業をしていたので農作業をしたいと話せば近所の人と行っている。外出が頻繁だった方にはできる限り外出機会を設けている。	利用者のこれまでの馴染みの関係は、本人や家族等の話から把握している。家族等と外食や墓参りに出かけたり、馴染みの店で買い物をするなど、これまでの関係が継続でき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	孤立している利用者には職員が間に入り関係を取り持っている。		
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	退所後の家族と顔を合わせた際には故人の話をフリートークで行っている。フォローに繋がっている。		

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
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	アセスメントはもちろん、日常の支援の中から会話や行動から本人の意向や思いを抽出し、さらに家族との会話からもヒントに抽出している。	日々の生活の中で、利用者との会話や仕草、表情から、また、家族からの聴き取りからも把握している。把握したことは個人記録に記載し、職員同士で共有している。自立支援を意識し、本人のペースでこれまで取り組んでいたことや役割を行っている。	
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	生活歴や馴染みの暮らし等はインテーク時を含め日常の会話や家族から聞き濃いものにしていくよう心掛けている。		
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	食事・水分量・毎日のバイタル測定・月1回の体重測定など記録し状態把握に努めている。さらに日常の表情など観察し本人把握に努めている。		
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	スタッフ以外にも担当医や歯科医、リハビリ従事者の意見を取り入れ介護計画に取り入れている。3か月に1回のモニタリングはケアマネとスタッフで行っている。本人の状態に変化等が確認された時には、随時計画の変更も行っている。	アセスメントをし、原案を作成して家族等に意見を聴き、担当者会議を行い、介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、本人の状態に変化があれば、随時変更を行っている。	
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	各々利用者の介護経過記録に日常の記録や気づきを記録し、介護日誌にも記録し職員の情報共有をしスタッフ間の意見や記録から介護計画に反映している。		
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	本人の話をしっかり受入れ信頼関係に努めている。その時その時のニーズは出来る限りサービスに繋げるよう常に意識して取り組んでいる。		

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	近隣の神社や散策や町内のイベントに積極的に参加、本人のニーズに合った資源に繋げている。		
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	かかりつけの病院にスタッフの付き添いのもと受診している。 他病院の受診は基本家族だが付き添いが困難な場合はスタッフが付き添い、受診内容は家族とスタッフに報告している。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能であることを説明しており、2ヶ月に1回職員付き添いで通院している。職員が付き添いをしているので、医師との連携は取れている。	
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1～2日の出勤となっているが、出勤時にはその都度体調面を含めた利用者状態を報告するとともに日誌や申し送り等をうけ適切な判断を仰いでいる。		
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。	長期入院時には本人の状況を直接確認しながらNSなど医療従事者に状態を確認するとともにSWとも連絡を取りながら状態把握、退院調整を行っている。		
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	要介護3程度の受け入れを行っている。 事業所では看取りは行っていなく重度化した際には他施設に紹介をしている。 状態の変化が見られた時にはかかりつけ医や協力医療機関に入院している。 急性期症状を発症した場合の確認書を書面を確認している。	看取りを行わない事業所であることを重要事項説明書に明記するとともに、重度化や看取りに関する同意書を整備している。緊急時対応マニュアルや自己対策マニュアルを作成している。	
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	急変時のマニュアルを作成し職員に周知している。		
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2回の避難訓練を行っていたが一時期防火間管理者が退職となり不在の為実施できる状況ではなかったが新たに防火管理者を立てたため計画中である。	年2回の避難訓練を行っておらず、現在計画中である。災害に備えた備蓄品は理事長の自宅に保管している。	夜間や水害想定を含む避難訓練を年2回以上実施し、実施記録を作成するとともに、反省会を行い課題について話し合ったことも記録に残すことを期待する。

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	人格を尊重し丁寧で分かりやすい言葉でコミュニケーションを図っている。	人権尊重や守秘義務について、管理者がケース会議や職員会議で話をして注意喚起している。個人情報に関する同意書を整備している。書類は鍵のかかる書棚に保管している。	
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	話しやすい雰囲気作りに努め、入居者とスタッフがコミュニケーションを取ることで、御本人の思いや希望に添うようにしている。		
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	自立支援を常に意識し本人のペースを優先し行っている。		
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	自分で選択できる方はしているが、なかなか選択が困難な方はスタッフが一緒に考え支援している。 2か月に1回出張理容師が来ている。		
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	配膳・下膳は利用者が行っている。食べる事はもちろん食後にはスタッフと利用者で会話する時間をもうけ楽しみの一つとして提供している。	宅配業者が栄養計算した献立で、食材が届き、朝夕は職員が、昼は調理専門の職員が作っている。野菜の皮むき等を手伝う利用者もいる。食べる時はもちろん食後にはスタッフと利用者で会話する時間を設け、楽しみの一つとして提供している。	
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・レシピの配達を業者に委託している。事業所でそのレシピに添い調理している。 摂取量や水分量は毎食事記録している。本人の好き嫌いも把握し柔軟に対応している。		
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	訪問歯科診療による治療や指導を受けている。毎食後必ずブラッシングを行い夜間はポリドントに着け置きしている。		

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	排泄チェック表を個人単位で製作し排泄パターンを記録し把握していき、失禁がなくなりトイレでの排泄を支援している。現状トイレ利用者100%である。	排泄の個人表を作成し、それに基づいて声かけ誘導した結果、ほとんどの利用者が自力でトイレに行けるようになった。	
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	3食しっかり摂取し水分量も必ず1日1リットル以上摂取できるよう摂取し1.5リットル以上摂取できるよう検討段階である。 体操や、屋内や室内の散歩を行っている。		
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	入浴順を毎回変更している。(記録用紙有)本人の湯加減に合わせ温度調節を行い、ペースに合わせて入浴している。着脱の際も個々の可動域や介助するポイントも把握し統一している。	入浴は週3回午前中を基本としている。入浴を好まない利用者には、時間や職員を替えたり、着替えを促し、浴室へ連れて行くなど工夫をしている。	
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	無理に入眠を促すわけもなく本人の入眠時間を尊重している。入眠される方には熟睡できる環境を提供している。		
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	看護師がで服薬管理を行っている。服用時はスタッフが手渡し見守りを行っている。 処方箋もすぐに確認できる場所にファイリングしている。		
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	家族会や四季折々の外出を行っている。それに加え気分転換を意識し考えることによりいつもと違った内容をスタッフが作り出せる。 本人たちのしたいことを提案し希望を取る。		
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	家族やスタッフが希望を取り、又は提案し本人たちが希望した際には出かけた、怒外散歩も頻繁に行っている。季節の催し物も提供している。	天気の良い日は近隣を散歩している。全員で出かけ、二組に分かれて歩いている。庭にある東屋でお茶をしたり外気浴を楽しんだり、庭で飼っているにわとりや鯉に餌やりをしている。季節ごとに、初詣や花見、花火大会などに出かけている。	

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	希望があれば自分の物品は自ら購入するよう付き添い支援を検討していく。		
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	本人からの希望があれば電話の貸し出しを行っている。		
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	事業所全体が施設感がなく居心地のいい環境となり、木々に囲まれているので常に四季折々の風景が眺められる。日中過ごしている場所や居室からも眺められることができる。	手入れされた木々に囲まれた環境の中に事業所があり、食堂や廊下の窓から四季の移り変わりを感ずることができる。廊下は広く手摺が設置されている。談話室があり食事の後に利用者が集まり寛いでいる。ウッドデッキに食堂から出入りができるようになっており、洗濯干しをしながら外気浴を楽しんでいる。庭には東屋があり寛げる場所になっている。	
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	気の合った者同士の席の配置、一方で会話を苦手な方には職員が丁寧に対応している。		
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	入所時や入所後でも家族や本人には持ち込む物は何でも持ち込んで自宅に近い環境を作って下さいと提案し、実際にダンスや布団やハンガーなど自宅に使っていたものを持ち込んでもらっている。	居室にはベッドや整理筆筒、クローゼット等が備え付けられ、一人ひとりの部屋が広くゆったりとしている。利用者はそれぞれに使い慣れたものを持ち込んでいる。	
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	本人が自立できるようハード面で環境を整えている。廊下のバリアフリー、手すり、トイレの手すり等である。歩行や排泄行為の自立に繋がっている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 福祉サポートセンター 県西さわやか

作成日 平成 31年 4月 14日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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組み内容	目標達成に要する期間
1		夜間や水害想定を含む避難訓練を年2回以上実施し、実施記録を作成すると共に反省会を行い課題について話し合ったことも記録に残す。	年2回の開催を目標とし、内1回は夜間想定とする。	消防計画を見直し、具体的な内容で実施計画を作成する。それに沿い避難訓練を実施する。同時に緊急連絡網も見直しする。	10ヶ月
2		会議の議事録に出席名者名や開催時間、会議で話し合った内容等を記載する。		現在は出席者名、開催日時、内容を議事録として保管している。	ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。