

平成25年度

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	1490100078	事業の開始年月日	平成19年12月10日
		指定年月日	平成19年12月1日
法人名	有限会社祥		
事業所名	サードハウス虹の我家		
所在地	(230-0078) 神奈川県横浜市鶴見区岸谷2-14-2		
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	19名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	12名
		宿泊定員	4名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成25年7月25日	評価結果 市町村受理日	平成25年12月2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で閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1490100078&SVCD=730&THNO=14100
----------	---

【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)】

小規模多機能の特性を生かし、利用者への個別対応を徹底しております。認知症キャラバンメイトの会員や、認知症実践者研修を受けた職員もおり、認知症に対しての知識や経験は豊富です。1階のレクリエーションルームには、「足湯」を完備しており、24時間ご利用できます。又、床暖房になっております。地域介護の中核になれるよう、地域に密着したきめ細かいサービスを展開していきたいと思っております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年9月6日	評価機関 評価決定日	平成25年11月14日

【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、京浜急行「生麦」駅より徒歩10分程の閑静な住宅街の一角にあります。近くには学校や消防署、弁当屋、コンビニ、ラーメン屋などもあり便利です。鶴見区で一番最初に出来た小規模多機能型居宅介護施設です。

<優れている点>

理学療法士によるリハビリに力を入れています。職員も利用者にもマッサージをしたり、生活リハビリにも力を入れています。立位の取れなかった利用者が、どんどんADLが上がり、入浴時に段差のある浴槽の中まで自力で入れるようになったりと効果を上げています。結果として、要介護5から4になった人や、要介護4から3になった人もおり、家族にも喜ばれています。

利用者の通院介助や院内介助をしています。

利用者のことを「お客様」と呼びお客様第一主義を貫いています。

レクリエーションルームには、24時間利用可能の光明石(天然鉱石)の足湯があります。神経痛などに効果があり、温まるので好評です。

<工夫点>

教育室長や事務職員、調理師を置いています。教育室長は職員の相談相手であり、社長や管理者とのクッション役となっています。調理師がいるので、職員は介護に専念できます。訪問時には、家族の介護力アップのため助言などを行うことも好評です。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	サードハウス虹の我家
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。 (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
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、安心して暮らしている。 (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

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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	生麦中学校区で介護の中心となる理念を実現しようと努力している。	「お客様、介護者は、ともに幸せな人生の手本となるべきである。生麦中学校区の地域社会において介護の中核となる。」という法人代表の思いがこもった理念は、職員に浸透しています。地域密着とは地域貢献であるとの考えで実践につなげています。	
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。	近所のゴミ拾いをしている。ボランティアの参加をいただいている。床屋や接骨院医療関係の方々との日常的に関係を深めている。又、近所にあるあじさい弁当を活用している。	雪の日に近所の雪かきを率先して行ったり、週1回のゴミ拾いなどを通して、近所とのつながりを深めています。町内会の人とも職員を通して交流を深めようと努力しています。地域の弁当屋、床屋、接骨院とは日常的に交流をしています。	
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。	県や市の実習者の受け入れをしている。所長は認知症キャラバンメイト会員である。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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・家族からの質問相談はじっくりと答え日々の業務にいかしている。	2ヶ月に1回、利用者、家族、行政職員、民生委員等が集まり、活動報告や意見交換が行われています。1階のレクリエーションルームを地域に開放したらどうかなどの意見も出たので、前向きに検討し、1階にトイレを新設しています。	
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。	積極的に事業者の実情を訴えている。成年後見人が必要な利用者に対し横浜市弁護士会に協力をお願いした。	常日頃から市や区の担当者とは密に連絡を取り、事業所の実情を話して、アドバイスをもらっています。鶴見区のケアマネジャー連絡会や横浜市の小規模連絡会に出席しています。講師の大学の先生からアドバイスを受けてケアに活かしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	玄関等は施錠せず、職員の介護力で身体拘束しないケアを実施している。	玄関や泊まりの部屋の窓の施錠はしていません。職員は利用者に常に気を配り、頭などにタンコブを見つけた場合などは、すぐに家族に連絡を取り、原因を特定しています。安全との兼ね合いで難しいケースは、職員全員で話し合い解決策を模索しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	虐待防止の研修を実施している。外傷等は常にチェックし、原因の検討をおこなっている。		
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。	権利擁護事業や成年後見人の必要な方にはお知らせしている。横浜市弁護士会との協力も行った。		
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。	利用者・ご家族を含め、疑問に答えたり、出来ないことの説明を行っている。		
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並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。	契約の際に苦情受付機関や、行政担当者をお知らせしている。	利用者、家族共に意見を言いやすい環境になるよう努めています。おやつメニューや外出の希望など、利用者の意見は出来るだけ実現しています。以前、日曜日は定休日だったのですが、家族の要望で、1年365日営業となりました。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、社内ミーティングを行い意見を交換している。連絡ノートなども活用している。	職員は、日頃から気づいた事などを管理者へ伝えていきます。利用者のプラスになる事はすぐに反映しています。壊れたトイレの手すりもすぐに修理しています。現在は、職員からの意見の車いす型シャワーチェアへの購入について検討をしています。	
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。	実績や勤務状況により、給与水準に差をつけている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	スキルアップのための研修は積極的に受けるよう、勧めている。現場において管理者が1対1で一人一人のスキルを把握し一緒に指導している。		
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つくり、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組みをしている。	市の連絡協議会主催の小規模多機能連絡会に積極的に参加している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	家族の要望を良く調べている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	サービス前に家庭訪問をし、利用者のニーズを聞き、ご家族とのコミュニケーションに務めている。事前にご本人とご家族に見学をしていただき安心して利用して頂けるよう努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	出来ること、出来ないことを説明し他のサービスが良い時はそちらを勧めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は同じ目線で利用者に対応している。生活リハビリ（洗濯たたみなど）をとともに行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	職員は家族の気持ちに寄り添い同じ目線で接している。		
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。	なじみの場所や大切にしている人との関係が途切れないよう、なじみの美容室を利用したり、なじみの友人に訪問してもらえよう働きかけている。	利用者が自分の家のように自由に過ごせるように支援しています。孫がひ孫を連れて会いに来ることもあります。また、近所の馴染みの床屋や美容室に行く利用者もいます。今までの馴染みの関係を継続出来るように支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	席順を変更したり、利用者同士のかかわりに重きをおいている。		
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。	契約終了後も相談があれば応じ、季節の挨拶状などを出すよう努めている。終了者やご家族から感謝の手紙を頂いたこともありました。		
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。	職員は常に利用者第一を考えながら行動し、利用者のニーズには素早く対応している。	職員は利用者をよく見守り、観察しています。利用者と話をしたり、仕草などを見て思いを推し量ったりすることもあります。職員が見て、どうもおかしいと思った利用者を、婦人科の医者に繋げたこともあります。家族とも情報を共有しています。	
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。	積極的に利用者・ご家族と対話し把握に努めている。		
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。	個別レクや、個別介護記録などで現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	初期アセスメントから利用になるまで、信頼関係を築けるように努めている。	6ヶ月に1回、利用者、家族、医師、看護師、職員の意見を出し合ってケアプランを立てています。様々な関係機関と連携を取り合い、色々なケアを組み込んで、訪問看護に繋げることもしています。主治医の通院介助や、院内介助もしています。	
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。	全職員と看護師が個別記録と看護記録を記入している。		
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。	個々のニーズに出来る限り対応し、おおむね1日10時間程度の支援をしている。		
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。	ボランティアの受け入れや、お花見・外出レク行事等に参加している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	個々の主治医との連絡調整を行っている。通院介助・訪問・訪問看護との医療連携が増えてきている。	利用者のかかりつけ医はそのまま継続しています。事業所の近くの病院を希望される方には、複数の病院を紹介しています。訪問時には家族と極力同行して、状況を報告しています。診断結果は家族にメモで渡し、共有しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	時間外なども対応し、看護師より気がついたことを報告している。		
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、また、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。又は、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。	鶴見ふれあいホスピタル・岸谷歯科・新村医院・神奈川県病院・横浜リハビリテーションなどと連携を深めている。		
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。	重度化に伴う医療連携や、老健、特養などの申し込みや相談に応じている。	緊急時には、家族との連携を第一に、職員から近所の管理者に連絡し、更に家族・主治医に連絡して対処しています。連絡が取れない場合は緊急搬送を契約の病院に依頼しています。職員は心肺蘇生法とAEDの使用方法を消防署の指導で身に付けています。	
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。	年に2回岸谷消防署と連絡をとり、訓練指導を受けている。		
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。	岸谷消防署の協力をえて避難訓練を行っている。	避難訓練は年2回で、春は消防署が立会い、リビングがある2階の玄関から道路に避難しています。車椅子を抱えての避難や、水消火器による消火訓練も行っています。備蓄は非常食品、生活用品など揃えています。建物は耐震診断で安全を確認しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	管理者を中心に、現状を把握し利用者の気持ちを考えて指導している。教育室長を中心に個別の相談ものっている。	毎朝のミーティングで、名前を呼び挨拶をしています。外出、入浴、帰宅時間は一人ひとりの希望に沿って支援しています。食事の形態にも配慮をしています。また事業所内の教育室長が、別の視点で利用者の相談相手にもなっています。	
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。	個々のニーズを把握し、実行に務めている。難聴の方に筆談で会話をしている。認知症の方の心に寄り添い深い生命の読み取りに取り組んでいる。		
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。	生活歴や環境等を把握し実行に務めている。行きたいところへの外出。本人のサインを見極め個別に対応するよう努力している。		
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。	通所時の身だしなみやおしゃれのポイントを見つけ褒めている。		
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。	手作りの温かい食事を提供している。昼食は職員も一緒に食事をしている。	昼食は、管理栄養士が作るメニューに沿った食材を、調理師が作っています。腹7分目を目標とし、パンも一部取り入れています。夕食は近くの食堂の松華堂弁当箱ですが、持ち帰り家で食べる方もいます。必要により自宅での食事用意もしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ポカリスエット、お茶、コーヒーなど好みに応じて提供している。個別にエンシュアリキッド（経腸栄養剤）等の利用者もいる。飲水の困難な方にはその方に応じて声掛け、一部介助を行っている。		
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。	来所時、帰宅時行っている。出来る方出来ない方に応じたケアを行っている。		
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向けた支援を行っている。	看護師を中心に行っている。介護士もトイレの時間帯やパターンを見極めケアしている。	通いでは到着時と昼食前、さらに帰宅前を排泄するリズムとしています。仕草や表情を汲み取り、丁寧な言葉かけでトイレに誘導しています。麻痺している足を丁寧にマッサージし、自分で排泄できるようになった事例もあり、皆で喜びを共有しています。	
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。	運動や散歩等で便秘対策をしている。排せつパターンを記録している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	午後は足湯をご案内している。	週2～3回同性介助で入浴しています。1人で入浴できるように、浴槽の手すり、座って入浴しやすい手すり付きの座り台を設け、両手で安全に入浴しています。清拭やシャワー浴もあります。24時間利用できる足湯も喜ばれています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	休息を自由にとれるよう配慮している。昼夜逆転の方には散歩などして、夜に眠ることが出来る様に支援している。		
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。	看護師を中心に実施し、朝・夕の服薬支援も行っている。服薬ファイルをつくり、職員もわかるように徹底している。		
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。	外出レクやカラオケ、ドライブや散歩など実施している。出来る仕事をお願いし、張り合いのある生活にして頂けるように支援している。		
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。また、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。	一人ひとりの楽しみに合わせ積極的に外出している。	利用者の希望に沿って2、3人で近くの店に小物や洋服などの買物に出掛けています。接骨院や床屋にも行き、車椅子が利用できる美容院も利用しています。花見やドライブを楽しむ利用者もいます。事業所内でゆったり過ごすことを好む利用者もいます。	
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。	帰宅時に希望があれば買い物をしたり夕食の支援をしている。自分のお金を支払うことで社会性の維持につなげている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・暑中お見舞いを出す支援をしている。		
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。	家庭的な雰囲気を心がけ、トイレなど共通の場所は常に清潔を心がけ使用ごとに清掃している。1階は運動できる場所を設置している。	清掃を毎日2回行い清潔を保ち、さらに夜間にも行なっています。1階の機能訓練用の各器具も利用しやすいように配置されています。簡易ベッドでの立ち上がり訓練や手作りのアキレス腱延ばしも人気があります。今年度は1階にトイレを設置しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	1階のレクリエーションルームは常に解放し休息できる個室も完備している。		
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。	リサイクル品手作り品などを使って温かい気持ちで暮らしていけるような雰囲気作りをしている。	宿泊室は4部屋あり、洋室と和室があります。泊りは2階のリビングに隣接した部屋がよく利用されています。職員が見守りしやすい場所で過ごすので安心です。部屋には棚があり持ち込む荷物も置けるようになっています。	
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」や「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。	利用者のレベルに合わせ階段を使用している。トイレなどは分かりやすく表示している。必要な目印をつけたり配置している。		

(別紙4(2))

事業所名 サードハウス虹の我家

目標達成計画

作成日： 平成 25年 11月 29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	2	「サードハウス」の地域での認知度が低い	ゴミ拾い運動の充実を計る。	郵便局へチラシを置く 週一度の清掃活動を実施	6ヶ月
2	3	交流が少ないため利用者が増えない	運協への参加者を増やす。地域包括、地域の医療関係者との連絡強化	「サードハウス見学会」をその都度開く	12ヶ月
3	10	家族の意見、本人の意見を聞く時が少ない	連絡・報告・相談業務に力を入れる	月一度の家庭間スーパーバイザーを置く	12ヶ月
4	25	自宅にいる時の状況把握が少ない	積極的に相談の機会をもつ	月一度家庭訪問をする	12ヶ月
5					

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。