

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	1272201748		
法人名	株式会社 マザアス		
事業所名	マザアスホーム だんらん柏・酒井根		
所在地	〒277-0053 千葉県柏市酒井根 21-6		
自己評価作成日	令和 1年 7 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和1年11月19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.kaijokensaku.jp/127/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号		
訪問調査日	令和 1年 10 月 8 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)】

この数年の間に、ご入居者の入れ替わりが著しくあり、お元気なご入居者が増えています。お一人お一人の状況に合わせた支援は継続しています。昨年度よりバス旅行も再開しています。季節に合わせた外出イベントや年数回行われる家族会など、ご入居者と一緒楽しめる行事を考えお楽しみいただける様に努めています。できるだけ自然に最後を・・・と希望されるご家族が多い中、事業所としても可能な限りお看取りをお手伝いさせていただいています。それには、主治医、看護師、本部の協力も不可欠でその都度、話し合いを持ちながら対応させていただいています。ご入居者には楽しく安心出来る環境での生活を一番に、ご家族には安心と信頼を、そして、職員にはいつも笑顔で関わられることを目指して今後も関わらせていただければと思っています。

【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)】

施設の優れた取り組みは、①利用者が楽しく過ごせるようにバス旅行など、様々な行事を企画し充実した生活に**取り組**んでいることである。家族も積極的に参加して利用者と共に全員の交流を深めている。また、家族会は定期的に開催し、施設の状況を資料にまとめ説明している。②利用者の健康を守るために、医師と連携して利用者の安全な生活を維持している。主治医の往診、認知症医、歯科医師、心療内科の医師の往診も受けている。また、法人の看護師が毎週訪れて、利用者に寄り添いながら適切に対応している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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		

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	「地域との交流を図り、気兼ねなく暮らせる第二の我が家」の理念のもと、その人らしく「今」を大事に支援しています。	理念を周知するために、事業計画を話し合う際に施設長から支援の基本として理解するように説明をしている。職員の話の中で、利用者が自分の家として安心して生活するように心がけていることが確認された。	
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	自治会に加入し、地域の清掃活動や文化祭での作品出品など参加に努めています。散歩時の挨拶や、隣の幼稚園とは、季節行事での交流があります。	自治会に加入して様々な交流を重ねている。近隣センターの催しに、利用者の風景画などの作品を出品している。地域の清掃活動では、ゴミを集めて協力をしているなど、地域との緊密な関係作りが行われている。	
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	柏市内の専門学校の実習を受け入れています。		
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	運営推進会議を年6回開催しています。町会長の出席もあり、地域の情報を得ています。近くのグループホームとは、お互いの運営推進会議に出席し情報交換に努めています。	運営推進会議は計画通り開催している。参加者は、行政、自治会役員、地域の方により意見を交換している。施設から利用状況、行事、研修など活動内容を説明している。地域の施設として理解を得るよう努めている。	
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	運営推進会議には、地域包括支援センターからの出席もあり、状況報告をしています。また、柏市グループホーム連絡会に加入し、研修会や交流会に参加しています。	行政には毎月入居状況の報告や、事故の発生の際は、対策内容を報告するなど連携を深めている。グループホーム連絡会に加盟して、年間2回の研修会で事業の管理などの指導受け学んでいる。	
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	柏市で開催される高齢者権利擁護研修会には、特に入職した職員に受講するようにしています。玄関の施錠はせず対応しています	地域の高齢者権利擁護研修で「高齢者虐待について専門職の視点から」を受講している。マザアスが行う身体拘束研修で、声かけなど具体的な注意点を学んでいる。身体拘束を理解する取り組みが定着している。	
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	事業所独自の研修会を開いています。また、虐待の芽チェックリストアンケートの実施により、常に自分自身を見直す機会をつくり、ミーティング等で確認しています。		

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
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、成年後見人制度を利用している方はいませんが、数年前には利用されている方が居ました。		
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	施設見学時には、管理者もしくはリーダー、計画作成者が立ち会い、疑問や不満に感じられる事にはお応えしています。契約時には、再度、ご説明をしています。		
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	ご意見ボックスを設置していますが、利用されたことはございません。家族懇談会や面会時に相談を含めた意見交換をしています。ご入居者により担当者ノートを設置しご家族からのご意見を常に聞けるよう対応しています。	家族会は定期的に開催し、施設の状況を資料にまとめ説明している。家族から「職員の資格について」「バス旅行で楽しく過ごした」ことなど意見を出している。家族とは、積極的に話し合う機会を設けている。	
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	毎月一度以上のミーティングを開き意見交換の場としています。ミーティングには、本部・運営課課長が参加することもあります。	ミーティングで、施設長から管理者会議の内容や、ケア向上委員会など、各委員会の活動報告をしている。行事の振り返りで、「弁当のご飯が硬かった」など意見があり、今後の改善が話し合われている。	利用者アンケートでは、施設のサービスに感謝する内容が多くあった。今後施設長が長年積み重ねた多くの技術の内容を、職員にノウハウ集で伝えていくことを期待する。
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	常勤職員は、年二回事業所独自のチャレンジシートに目標課題を記入し、目標の設定・達成を上司と確認する機会を設けています。非常勤職員にも同時期に面接を行い向上心が持てる様努めています。		
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	事業所内の研修に参加を促し、外部研修には参加の希望を募ったり促したりしています。また、参加時には勤務時間の調整など、参加しやすくしています。		
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	グループホーム連絡会での研修や交流会に参加を促しています。また、法人内での研修会にて他事業所の職員との交流も図っています。		

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
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	本人や家族の抱えている不安や要望などを聞き、受け止める努力をしています。入居前には、面談を行い不安の軽減や信頼関係を築くよう努めています。また、前任のケアマネージャーと連絡を取り引き継ぎを行っています		
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	入居前や入居時、面会時にはご家族の心配事やご希望を納得いくまで聞く体制をとっています		
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	入居時のアセスメントをもとに、本人、家族のご要望を聞き、必要に応じて主治医・本部職員に相談し対応しています。		
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	本人のできることを探し、役割を持っていただけるよう努めています。自宅ではやめていた家事など、入居後に職員と一緒に関わられる様、声かけしています。		
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	状態の変化や様子などは、面会時や必要に応じては電話でお知らせし、より良い対応をご相談しています。また、家族会などで様子を見て頂けるよう機会を作っています。		
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	馴染みの物や写真を部屋に置き、安心して暮らせるよう配慮しています。また、理髪店など馴染みの場所への外出など、個別にて対応しています。	友人の訪問が2ヶ月に一度は訪れて楽しく過ごしている。以前の知り合いから電話があり、家族の確認を受け入れている。家族が孫の写真や、家具を持って来るなどこれまでの関係維持に配慮している。	
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	ご入居者同士が関われる様、席の配置を考えています。また、会話ができる方がリビング内で孤立することが無い様雰囲気づくりに努めています。		

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
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	継続的な関わりが必要な利用者や家族には、退所後も相談や支援に努めています。		
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	入居時に、本人・家族の意向を把握し職員間で共有しています。また、思いを伝えられない方には、望んでいるだろうとおもわれることを家族・職員とで検討しカンファで意見を出し合っています。	意向の把握は、フェイスシート1で、基本確認事項、2でADLなど30項目、3で、コミュニケーションを37項目について確認し詳細に記載している。6ヶ月毎のカンファアレスでは家族と話し合い適切に対応している。	
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	生活歴や暮らし方、生活環境、サービス利用状況の把握ができるよう入居までにアセスメントシートの記入をお願いしています。また、面会時にお話を伺います。		
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	毎朝のバイタルチェックや介護記録の記入、申し送りにて状況把握に努めています。		
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	アセスメントシートをもとにミーティングやカンファレンス時に意見交換しています。また、それぞれの支援ポイントを活用し状況に合わせて本人・家族・主治医に意見を聞きサービス計画を作成しています。	計画は家族の意向を確認して総合的な援助方針を決めている。課題目標で、転倒しない、散歩などまとめている。目標計画表には、状況を記載している。主治医とは話し合いの内容を確認し、支援の充実努めている。	
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	個別のサービス経過記録に日々の様子やケアの実践、気づきを記入し、申し送りにて職員間で共有しています。支援ポイントも随時変更し、サービス計画の見直しに役立ちます。		
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	マッサージ、美容の手配をします。体調変化により対応の変更など職員間で話し合い、グループ内の他事業所に相談することもあります。		

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
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	必要に応じてボランティアの協力を得ています。地域の文化祭や幼稚園の行事にも参加しています。		
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	施設の協力医による往診が月2回あります。また、巡回の看護師にも24時間相談できる体制にあります。家族の希望等で入所前の主治医を継続の場合は、受診支援を行なうこともあります。認知症医、歯科医、心療内科の往診も受けられます。	巡回看護師の連絡相談、かかりつけ医などの受診支援体制を組み、協力医(内科)の往診は月2回ある。また、日々の利用者データを伝える支援をしている。歯科医が毎週来所して口腔ケアなどを実施している。	
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	主治医・看護師・薬剤師との連携もとれています。グループ内を巡回している看護師には、いつでも相談できる体制にあります。		
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。	病院関係者・本人・家族と十分なはなしあいと情報交換に努め、早期の退院に備えている。		
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	状態の変化が生じた場合、家族、医師、職員で何度も話し合いを持ち納得のいく方針を共有しています。終末期や医療が必要になると協力医療機関とも連携し、最後の生活が満足いくものとなるよう対応しています。	本人・家族の意思を尊重した終末期ケアの実施がみられる。利用者が食事を摂れなくなった時には、看護師・医師に相談して、家族と方策を共有している。今年度は2名の看取りを行なった。利用者家族の多くが施設での看取りを希望している。	
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	事故発生時の初期対応が出来る様、ミーティングやカンファレンス時に話し、防災訓練では緊急時の連絡等訓練をしています。		
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3回の避難訓練を実施しています。入居者の配置図を町会に提出しています。避難場所まで散歩時にでかけることもあります。	非常時災害(地震)に係わる対応マニュアルほか火災時対応マニュアルもある。救急箱設置や3ヶ月分の飲料備蓄など災害対策の充実が窺える。なお、避難訓練は年間3回おこなっている。	

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
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	プライバシー保護の研修は、新人研修から継続的に続けています。言葉かけや、個人情報の取り扱いに注意しています。	職員は年2回、20項目に及ぶ「虐待の芽チェックリスト」により自己申告し、プライバシー確保の気づきに結び付けている。不適切ケア防止の研修に、パートの参加を呼び掛けるなど拡充した対応がみられる。	
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	入居者との何気ない話から思いを感じ取り表現できるよう支援しています。		
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	入居者のご希望にあわせて、お一人お一人のペースを尊重しています。		
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	本人の希望や好みを尊重し、その人らしい装いが出来る様支援しています。外出時やイベント時には、お化粧品をするようにしています。		
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	職員が献立を考えています。献立は、季節に合った行事食を取り入れるようにしています。ご入居者と野菜を切ったり、ホットプレートで焼きそばを作ったりすると喜ばれます。	利用者にとって食事は大きな楽しみになることから、出来るだけ季節感を採り入れた献立で提供している。月1回、金曜スペシャルとして出かける時には外食あるいは弁当などの工夫がみられる。	
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	食事形態を一人一人に合わせて、キザミ・ミキサー・介護食と変えています。また、水分量は不足にならないよう記録しています。摂食状況により、栄養補助食品など適宜利用しています。		
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、歯磨きやうがいの声かけをし、必要な方には介助します。		

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
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	個々に会った排泄介助を考えています。それぞれの間隔を掴み、声かけ・誘導・介助と必要な支援を考えています。入居後、紙パンツから布パンツに替えた方もいます。	排泄失敗時には利用者がキス付くことによる。利用者に負担がかからないような職員の努力が窺える。利用者一人ひとりの排泄間隔を着実に掴む支援がおこなわれた結果、紙パンツから布パンツに替わった利用者がみられる。	
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	食事量、水分量のチェックと排便確認を行っています。便秘予防に食材や薬剤の調整を行います。巡回の看護師には適宜アドバイスを受けています。		
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	週2～3回としていますが、体力的なことも考慮し出来るだけ希望に沿えるようにしています。以前はいつもシャワー浴の方に、グループ内の浴室を借り、リフト浴で入浴することもありました。	利用者は風呂好きの方が多く、ゆつくり入浴してもらうために、週2～3回の入浴となっている。入浴を楽しむために、季節によって「柚子湯」「菖蒲湯」などのほか、ラジオにて好きな音楽を流しながら入浴するなどの工夫がみられる。	入浴は週2～3回となっているが、風呂好きの利用者が多いので、ラジオのみならず好きな音楽を流す工夫をして、さらに長湯の希望に応えられることを期待したい。
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	睡眠パターンを把握し、状況に応じて対応しています。夜間、不安そうにしているときは時間が許す限り付き添っています。		
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	服薬中の薬を把握し、分からない時には薬剤師に尋ねるようにしています。特に薬の変更や臨時薬がある時は、記録に残し確認しています。		
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	出来ることを継続するため、外食・買い物には積極的に外出を考えています。また、日々、違うアクティビティを楽しむようにしています。		
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	毎日の散歩を希望されている方には、職員が付き添い出かけています。恒例として、イチゴ狩り・お花見・春、秋のピクニックに出かけています。時には、家族の参加もあります。	歩かないと脚力が落ちるので、今まで毎日散歩をしていた利用者には、職員が付添い積極的に戸外に出かける。家族も歩くことを希望していることから、天気をみて散歩する支援がみられる。また、遠出は季節に沿って行い、バス旅行によるイチゴ狩りやお花見は恒例となっている。	

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
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	希望された時に、買い物に出かけます。また、定期的にショッピングセンターに出かけ、好きな物を選ばれることがあります。		
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	本人の希望時に電話や手紙のやり取りの支援をします。		
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	毎朝、居室の換気を行い、掃除には声をかけ一緒にすることもあります。リビングやテラスには花を飾り、廊下には入居者の作品やイベント時の写真などをかざり、心地よく過ごせるよう心掛けています。	利用者がリビングから外を見た時に花が綺麗だと、季節を先取りして目で楽しんでもらえる支援がみられる。また、廊下にイベントの写真を貼ることで、利用者がそこに自分の姿をみつけて、施設での自分の生活をj確認して、安心感を持つという工夫がみられる。	
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	お部屋で過ごしたいときには部屋で過ごし、リビングで他の方や職員と会話を楽しまれることもあります。リビングでは、ソファや椅子がありその時の気分で好きな所で過ごして頂けます。		
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	居室内は、備え付けのベッド、タンス以外は持ち込み自由となっています。馴染の家具や調度品、家族の写真など飾り、安心して過ごせるよう努めています。	ここが自分の部屋(居室)だと安心して過ごせるために、利用者の馴染みのチェストやテレビなどを持込んでいる。エアコンによる温度調整のみならず、職員が利用者の表情を毎朝よくみて、温かく喜ぶような声かけをして、居心地良い居室作りの工夫などが窺える。	
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	トイレにはプレートを付け、引き戸で開閉のしやすいドアにしています。居室ドア付近には、家族と作った表札や写真を付けています。		

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	7	利用者アンケートでは、施設のサービスに感謝する内容が多くあった。今後、施設庁が長年積み重ねた多くの技術の内容を、職員にノウハウ集で伝えていくこと。	事業所運営での行事や方向性をまとめ職員と共有できるようにする。	ひと月の決まった仕事内容から時系列にまとめ、行事やイベントでの準備、注意点等項目別に文章化していく。	6ヶ月
2	17	入浴が週2～3回となっているが、風呂好きの利用者が多いので、ラジオのみならず好きな音楽を流す工夫をして、さらに長湯の希望にこたえられるよう努力する。	長湯、または入浴回数をしっかりとれるように工夫する。	長湯は、個々の体調に合わせて入居者の組み合わせにより対応している。時に崩れることもあるので再度話し合い確認する。 入浴回数は、人員にも関わることなので、勤務の組み方により再考する。	12か月
3					ヶ月
4					か月
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。