

### 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	1291200317		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム 松戸小金原		
所在地	千葉県松戸市小金原8-13-1		
自己評価作成日	平成28年12月12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	<a href="http://mcs-ainoie.com/gh222.html">http://mcs-ainoie.com/gh222.html</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	平成28年12月26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)】**

<p>・入居者様出来る事、出来ない事、好きな事、嫌いな事を見極めて、役割を持っていただけるよう努めている。</p> <p>・外出レクを月1回は行うようにしている。外出出来ない方も、いつもと違う時間を過ごしていただくよう計画をしている。</p> <p>・入居者様との会話や笑い声が絶えない空間作りを心がけている。前月の写真を掲示して、ご家族、入居者様、来訪者が楽しめるようにしている。</p>
---

**【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>定員18名(2ユニット)の施設ですが、ゆったりとしたスペースが取られ、中は大変明るい雰囲気、利用者の表情にもゆとりが感じられます。周りは自然に囲まれた環境で、近くには松戸市ご自慢の広大な公園もあり、お散歩コースの一つになっています。地域に密着した施設として貢献できることを目的に、ホーム長を始めスタッフの皆さんは、利用者の方々が入所後もこれまでと同様に地域社会とつながった暮らしが出来る様、ご近所の住民の方々、自治会、周辺の保育園、学校等とのお付き合いや、地域で行われる行事への参加などを通じ、地域生活への継続支援と事業所と地域の関係を重視した考え方を大切にしている施設であると言えます。</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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らさせている (参考項目:28)		

# 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	各フロアに運営理念を掲示すると共に、会議の前には唱和をしています。	ホームの方針やユニットリーダーが掲げた一年間の目標等が壁に貼られており、職員はそれを常に確認しています。更に、毎日、夜勤者と早番の送りの時には理念を唱和することで、夜勤者は業務を振り返り、早番は今日の業務に関して理念と合致していけるか整理しています。	
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	地域で行われる行事に参加。自治会からの招待もあり参加をさせていただいております。裏にある保育園は散歩の度に園庭の子供たちに声を掛けたり、近所の方が囲碁のボランティアとして来てくれています。	近所の保育園とのお付き合いも深まり、保育園児たちの出張サービスということで、園児たちが保育園で覚えた遊戯を施設で披露してくれます。利用者たちはマンネリ化した生活の中に一服の清涼剤の効果があり、生きている事への充実感に浸ることが出来るようです。	
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	管理者が持っている介護予防運動指導員の資格を活かし「認知症予防講座」「認知症を学ぼう」を4月から月1回の開催を計画するが、人員不足により開催に至っていません。		
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	自治会、地域包括、ご家族様におたよりを出し2ヶ月に1回開催。ホームの状況報告、ご家族アンケートの反映、意見交換を実施しています。	家族からの疑問に応える形で、運営推進会議で口腔ケアの資料を提出し、必要性が説かれました。参加できなかった方たちには議事録と一緒に同封されます。このような形で運営推進会議を通して、全体的な情報の共有化が図られているのも2カ月に一回開催される効果の一例と言えます。	
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	市役所への訪問や電話での問合せ、市主催の集まりへ積極的に参加することにより関係を築く努力をしています。今年度はGH協議会の役員を引き受けています。	グループホーム協議会に加盟しており、2カ月に一回市民センターで開催、当施設は役員にもなっており毎月一回役員会が開催されています。市の介護保険課も加わり、グループワーク、ケアプランの研修等中身の濃い活動が行われており、市、地域の関係団体との連携も強められています。	
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	身体拘束に対するマニュアルがあります。研修も行っています。	法人としてのマニュアルがあり、年に一回の研修成果を上げる上でも、早期発見しやすいチェック項目を2カ月に一回ランダムに職員を選んでチェックしてもらい、報告書を提出してもらうようにしています。効果として、職員から疑問に思ったことの質問が増えてきており、職員の意識が高まっています。	
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	高齢者虐待についてのマニュアルがあります。研修も行っています。各フロアの状況について小まめに把握するよう管理者が記録のチェックをしています。		

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	研修を実施。実際の経験も交えてスタッフと意見交換をしています。		
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	特に重要な事は実例を交えた説明をする等、解り易く、またご理解、ご納得いただけるよう努めております。		
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	月初めにご家族へホーム便りを郵送。入居者様の様子はご家族来訪時にもお伝えしています。また運営推進会議も活用しており、月1回介護相談員も来ています。	運営推進会議で家族からの意見を出して頂くと共に欠席の家族からは、出欠の返信用の中に意見欄を設けて記載して頂くようにして、会議に反映されています。当施設の特徴として、社会福祉協議会から月2回”傾聴ボランティア”が来訪され、利用者一人一人から話を聴き、利用者の意見が施設に報告される体制が出来ています。	
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	ミーティング、カンファレンス、全体会議・月3回は提案や意見を聞く場を設けています。その他、管理者もフロア勤務に携わりスタッフの考えを聞いたりアドバイスを受けることもあります。申し送りノートを反映させています。	ミーティング、カンファレンス、全体会議等を通して職員から上がって来た意見を取り上げ、実行できるものは取り組んでいくように努めています。このほか、ホーム長とリーダーの食事会が月1回行われ、職員も希望があれば参加できる自由討論の中から貴重な意見を聞きとれる仕組み作りがなされています。	
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	スタッフと個人面談を行っております。改めて場を設けなくても悩みや意見や相談を受ける体制でいます。ケアの見直しを促しよい結果に繋げる事でやりがいを見出してもらえる機会も作っています。		
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	月1回、ホーム内研修を開催。その他、必要に応じて資料を出し閲覧してもらったり過去の経験談を共有しております。		
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	市内GH連携会議の参加。研修希望者には参加してもらっています。		

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
<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	各ユニット、スタッフからアセスメントシートを記入し提出してもらっている。前ケアマネだけではなくご家族、携わった事業所(デイサービス等)からも情報をもらうようにして色々な角度から情報収集するように心がけています。ご本人の意見、考えも必ず聞きます。		
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	ケアプラン作成前にご家族の要望、困っている事、不安な事等を聞く。ユニットリーダー、フロアリーダーも参加し、グループホームの在り方というものの説明も踏まえご納得いただけるよう相手の立場になって話をするようにしています。		
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	入居者様、ご家族の状況、要望をしっかりと見極めて必要に応じて他サービスの提案も行っています。		
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	喜怒哀楽のある、普通の生活を意識し、互いが協力しあい必要とする関係性を築いています。		
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	良いことも、悪い事もご家族にお伝えする中で一緒に悩み一緒に考えご本人の為に何が最良か考えて支えていく関係を構築するよう心がけています。		
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	電話は希望があればいつでも対応しています。ご友人との外出や来訪も良くあります。ご家族と情報を共有し、支援しております。	利用者の馴染みの人や場所は利用者との話からだけではなく、家族との連絡を密にして職員は周知するようにしています。当施設の利用者は健康な方が多く、来訪者も多い方だと言えます。来訪された方のことはケア日誌に記載され、職員の誰もが把握して対応出来るようにされています。	
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	フロアの席替えを小まめにしたり、人柄を見極めてお手伝いを依頼したり、時には面倒を見て頂く事もあります。トラブルが発生しそうな時は互いの後味が悪くならないよう支援しています。		

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
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	ここでの生活が困難になった場合はその理由を明確に伝え、次に何が 필요한のかを見極めて、必要に応じた場所を探して提案しています。退居後も相談に乗らせていただいております。		
<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	ホーム内でのミーティング、カンファレンス、全体会議で個々の希望や意向を再確認して個別ケアに繋げています。変化についても確認してそれに添ったケアが出来るよう努めています。	入所初期段階では、早いうちからご本人の意向を確認するように努め、ご家族とのギャップが起きない様に心掛けています。その後ご本人の意向は日々変わっていくことが多いことから、何度も繰り返し確認し、変化が有ればホーム長にすぐに報告を上げていくことを職員には徹底されています。	
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	ご本人、ご家族にアセスメントを行っています。居室に馴染みの家具や飾り等をお持ち頂き少しでもこれまでの生活に配慮した環境に出来るよう努めています。出身地の旅行パンフレットを用意し懐かしんでいただいております。		
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	集団生活の場を活かし、ある程度、生活リズムを作る事は認知症の方も社会参加する意味で必要と考えています。あくまでも事業所側の都合でレールに乗せるのではなくご本人のペースを把握しそこに生活リズムを組み込むようにしています。		
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	ケアプランの説明は、よほどの事がない限り来訪頂き、行うよう徹底しています。毎月の様子は月初に(定期的にご家族に報告。要望、意見はすぐに共有し対応。資料等情報の活用や経験豊富な方の意見を求める等、情報収集もしています。	初期段階からアセスメントとモニタリングの繰り返しにより本人、家族の要望により臨機応変に見直しを行っています。又、その内容については、ご家族にも聞いていないということが無いように、必ず来所頂き説明を行うように心掛けています。	
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	健康管理表を活用。その他、ケア日誌、個人記録、申送りノートで情報を共有し、その記録を介護計画の見直しに活用しています。		
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	声かけ1つに関しても変化や気になることがあれば共有や申し送りをするよう心がけています。すべてのスタッフで話し合いやチャレンジをして諦めずに支援するよう努めています。		

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
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	傾聴ボランティアの訪問が月2回あり普段とは違い様子や会話もあります。		
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	月2回、個別往診があります。その他、専門医療が必要な場合はホームとご家族で相談して受診する場合があります。昔からお世話になっている病院への通院も可能です。	提携医による往診以外、かかりつけ医への受診をされる利用者もあります。こちらはご家族家族に対応をお願いしています。又、個別に訪問看護等を契約されている利用者等もあり、かなり自由度の高い受診支援が可能となっています。	
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、訪問看護の方が来てくださり、必要に応じて直接主治医と連絡を取ってくれます。情報を共有し、適切な看護が受けられるようにしております。		
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。	週1回は面会に行くようにし、ソーシャルワーカー、看護師、ドクターと話すようにしています。情報交換をしつつ早期退院に繋がるよう努めています。ご家族とも小まめに連絡をとって状況を把握しております。		
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	入居時、契約時に重度化についての対応の説明を行っております。同意を得た上でご入居いただきます。意向が変わった時も遠慮無く言って頂き、後悔の無いよう支援することもお話しします。段階によってご家族、医療従事者といつでも話が出来るようにしています。急変にはマニュアルに沿った対応を行います。	終末期における看取りケアは、契約時のご意向に関わらず、ご要望に応じ対応することになっています。事業所としては今後も積極的な対応を行って行く方針であり、職員で対応出来る医療的ケアの研修や、救命に関わるAEDの使い方等、慌てずに対応出来る様、研修も充実させていく予定であります。	
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	緊急対応マニュアルを基に対応をします。		
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2回、消防署職員を呼んでの訓練を実施しております。(10月・4月)。社内マニュアルを掲示しています。	社内マニュアルに沿った、年2回の訓練の他、自治会や、ご近所との日常的なお付き合いにより、いざという時にご協力を仰ぐことが出来る様に努力しています。非常食、飲料等は最低3日分は備蓄がされています。	非常時の避難の際に必要な、防災用具、備品などの準備もあわせて行われている事が望まれます。

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
<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	研修を実施。	年に1回は、事例を交えながらプライバシー保護に関する研修を行っています。日常ケアの中では気が付けばその都度注意をし、その意味について確認合っています。	
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	ご本人が発言したり、自己決定出来るような声かけを心がけている。傾聴ボランティアに対して、普段聞けないような希望等を話す場合もあるので共有しています。		
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	各入居者様に合ったライフスタイルを把握して希望に添えるよう対応しております。		
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	男性は毎日髭剃りを実施。週に一度ほど、鼻毛のお手入れもします。服はご自分で選んでいただいたり、更衣の時は今着ているデザインと全く違う服を選んで変化をつける方もいます。2ヶ月に1回、訪問美容も来ています。		
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	下膳は可能な方が自発的に行ってくださいます。自家菜園の野菜を漬物にしていたり、ただいたり簡単な作業をしてもらう事はあるが専属の調理スタッフと行う事はほとんどありません。おやつを一緒に作ることは月に数回あります。	食に関わることなので、つまみ食いや、手洗い等、衛生面に関する事は慎重に対応を行っています。あらかじめ決められたメニューの中ではありますが特別な日があれば、別メニューをオーダーして楽しい時間が過ごせる様に工夫をしています	
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	主治医に水分、食事の摂取量について確認済み。健康管理表に記録を残し、毎日の数字を確認してケアをしています。		
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	起床時、毎食後に口腔ケアを実施しています。義歯は夜間消毒しています。		

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
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	健康管理表を基に各入居者様の排泄パターンを把握し失禁前にトイレ誘導するよう心がけています。排泄は出来る限りトイレでしていただくよう意識している。トイレで排泄して頂くことによりリハパンやパットの使用削減にも繋げています。	季節や気温によって微妙に変わってくる利用者一人ひとりの排泄パターンも考慮しながら、日中は声掛けによるトイレ誘導を徹底し、パッド、リハパンの併用により、出来るだけ無駄使いをしない対応を、職員には教育しています。	
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	健康管理表を基に水分摂取量を確保。フェカリス菌を1日1回飲んでいただいたり、トイレ誘導後廊下を歩いて運動を促進したりしています。スベラガーゼ入りのお粥を1日1食召し上がっていただき経過観察をしている入居者様もいます。		
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	拒否が強いを理由に何日も入浴をしないという事が無い様スタッフ間でバランスを取っています。(相性の合うスタッフが対応)それにより強い拒否はあまり見受けられません。入浴剤を2~3種の中から選んで頂いて楽しみを増やしています。	利用者一人あたり週2回は欠かさず入浴をして頂いていますが、お風呂を面倒がる利用者も多く午前、午後の時間帯を変えてみたりして工夫しています。早番と遅番のスタッフ両方がいる時間を介助の時間としていますが、それを過ぎるとケアの人手が足りなくなるため、1日3人を目標としています。	
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	各入居者様のリズムに合わせるようにしています。日中でも休まれる方はいます。冬季は各居室に加湿器を導入し乾燥を防いでいます。		
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	服薬の変更は送りノートの活用と服薬表への上表貼り付けを行っています。服薬情報ファイルはいつでもスタッフが閲覧出来る様になっています。服薬の重要性に関して会議も設けました。全スタッフに入居者様の服薬情報(なぜその薬を飲まなくてはならないのか)を学んでもらいました。		
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	出来る事、出来ない事を見極め、やりがいを感じていただけるよう支援しています。ちょっとした買い物へ同行いただいたり歌を歌ったり・畑仕事や漬物作り等、1人1人の事を考えて場を作る努力をしています。		
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	月に1回はホーム長の管理の日を使いシクを提供しています。その他、スーパーへアイスを食べにったりペットショップへ動物を見に行く等ちょっとしたお出かけは出来る範囲で行っています。大掛かりな外出に関してはご家族の協力も視野に入れ声かけをしています。	ホーム長管理の日は、日常の外出支援を補完する意味で、大変良いアイデアであると思われれます。しかし、どうしても元気な人に偏ってしまうこともあり、個別の要望には応えられない欠点もあります。基本的には利用者の声に耳を傾けながら外出支援を組んでいくことが求められます。	外に出掛ける事は日常生活の中で大切なものの一つと言えます。ご家族やボランティアスタッフ、認知症サポーター等、地域資源の活用による対応が望まれます。

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
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	金銭に関しては、管理が出来る方がいないのが現状です。金庫に管理をして必要に応じてお小遣いを使っております。他入居者様にあげてしまう、それを忘れて取られたらと思ってしまう、小銭を口に入れてしまう、フロアにお金が落ちている(誰のかわからない)等が続いていたのですべて管理することとなりました。		
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	電話は自由です。お手紙も自由です。時折、お返事を促し一緒に書くこともあります。		
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	衛生に関しては1日1回、薄めたハイターで床拭きを実施。その他1日2回以上ソリューションウォーターを撒きます。季節ごとに貼紙を変えています。	共用空間であるリビング兼食堂は清潔感にあふれ、ゆったりとした雰囲気が感じられる空間となっています。季節感を感じる飾りつけや、利用者同志、来訪されるご家族等への話題が提供出来る様、写真などが掲示され、利用者本位の環境づくりが行われています。	
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	お部屋で話される方もいます。フロアのソファーには数名で座って談話をされる方が多くいます。食事を静かに食べたい入居者様は少人数シートに座ります。		
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	使い慣れたもの、馴染みの物をお持ちいただいております。	居室は、照明、エアコン、クローゼット、ベッド以外は利用者が自由に持ち込むことが出来るようになっていきます。貴重品や金銭等は事業所の管理外という条件で持ち込みを許可しています。掃除は居室担当職員が行うことになっており、清潔感を維持できる努力が行われています。	
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」「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	スタッフ間で情報共有を常に行い、うまくいった事例やご本人が喜んでくださった事例をどんどん取り入れています。		

## 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		人員不足	一日も早く人員を確保する	会社の協力を得て、求人活動を行う	3 ヶ月
2		人員不足によるレクの未開催は避ける	1回／月、各フロア毎でも良い、外出以外でも良い、レクを必ず実施する	毎月各フロアに担当者を設けて提案、実施をしていく	1 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。