

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	1192500328		
法人名	株式会社 日本ライフデザイン		
事業所名	グループホーム アンジューム所沢		
所在地	埼玉県所沢市こぶし町30-31		
自己評価作成日	平成31年2月25日	評価結果市町村受理日	平成31年4月25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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 シーサポート
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103
訪問調査日	平成31年3月5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)】

毎月定期的に車を使用しての外出レクを企画し、外食や買い物、季節を感じていただけるよう、工夫している。
 季節の行事(納涼祭)や毎月のお誕生日会には、ご家族参加を呼びかけている。
 普段の食材については、業者配送となっている為、日曜日の昼食は調理レクを企画し、入居者様に食べたいメニューを聞き取りし、実際に包丁等使い、一緒に食事作りをしている。
 毎月1回通信を発行し、日々の様子を写真付きで作成、郵送している。

【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)】

●毎月利用者の写真と担当職員によるコメントが掲載された通信が家族に送付されています。利用者の状況や様子が理解できる内容となっており、本ホームの丁寧な対応と支援を理解することができます。
 ●サービス担当者会議には多くの家族が出席するなど家族と連携を図った支援が実現しています。家族と利用者との関係性をバックアップし、協調した支援となるよう取り組んでいます。
 ●花見、果物狩りなど季節の行事を実施し利用者の生活に彩りを与えられるよう努めています。レクリエーションは月間で計画が立てられており、利用者の生活に楽しみをもたらせるよう取り組んでいます。

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

[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	地域との連携が困難で地域の行事や活動に参加できていない。また、地域資源の把握が不十分になっている。ボランティアの受け入れや、地域の小学校の福祉学習、夏休みのボランティア活動受け入れなどはできている。	法人・事業所のホームページは言葉だけでなく、写真を使用しコンセプトと様子を伝えている。開設より3年目を迎え、研修等を通して職員の指導に努め、利用者に寄り添う支援の実践に取り組んでいる。	
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	町内会と限定してしまうと日常的な交流はできず、行事への参加が困難。近隣の小学校や市内の小中学校の児童訪問、夏休みのボランティア等、不定期ではあるが、徐々に交流の機会を作る工夫はしている。	ボランティアや就労体験等の受け入れにより地域との交流を図っている。今後も併設の小規模多機能型居宅介護との合同の行事等にて近隣の方々との親睦を図る意向をもっている。	
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	認知症カフェを毎月開催し、社協からの介護相談窓口の活動は行っている。地域の方が参加しやすいようなカフェの内容や参加への周知を継続中。		
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	会議にて現状報告、意見や苦情、抱えている問題等について報告し共有している。会議で出た意見を受け止めサービス向上に活かせるよう努めている。	行政、地域包括支援センター、民生委員等の方々の参加により定期での開催がなされている。開設より改善を進捗中、貴重な意見交換等の機会となっている。	
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	介護保険課担当者が出席する運営推進会議、市内グループホーム管理者会議を通して、各事業所との情報共有、意見交換を行っている。	行政および地域包括支援センターとは運営推進会議への招待等により関係構築を図っている。また市内グループ管理者との繋がりを持つよう会議への参加がなされている。	市内グループホームおよび法人内他事業所の管理者との交流を図り、様々なアイデアを運営に取り入れていくことを目標としている。
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	定期的な研修会の実施と身体拘束のないケアの実践を図っている。グループホームへの入口は解放しているが、複合施設のため、施設玄関は安全に配慮し終日施錠して経過観察している。	身体拘束をしないケアの実践について、職員研修の実施と委員会の開催がなされている。年間でのスケジュールが立てられており、計画的な実施により理解の浸透と安全な支援の実践に取り組んでいる。	
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逃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	定期的な研修会を実施し、事業所内で虐待が発生することがないように、防止対策している。		

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	これまで学ぶ機会が設けられていなかったが、法務省民事局のリーフレットをダウンロードし事務所で閲覧可能にした。		
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	契約・解約時には、十分な時間を使い説明し、疑問点について伺い、理解納得の上契約・解約いただいている。		
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	運営推進会議に出席いただき、家族に現状を知っていただく機会を設けている。 満足度アンケートを実施・集計公表し、改善に努めている。	毎月利用者の写真と担当職員によるコメントが掲載された通信が家族に送付されている。利用者の状況や様子が理解できる内容となっており、本ホームの丁寧な対応と支援を理解することができる。	家族の多くの来訪に繋がるよう翌月のレクリエーションや運営推進会議の予定を通信と一緒に送付することを企画しており、実現が期待される。
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	職員会議で意見や提案を聞く機会を設けているが、ほとんど意見は出ない。	両ユニット合同での職員会議が開催されている。入居者の支援状況等・業務の改善・居室担当者からの報告等がなされている。	
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	設定した年間個人目標に向け、個々の勤務状況や実績により評価できる環境を作っている。		
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	法人内外での研修の機会が多く、職員の力量に合わせ、参加の機会を設けている。働きながら資格を取れる制度がある。		
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	管理者・副主任については、地域の勉強会への参加や交流の機会を作ってきたが、一般職員の参加はできていない。		

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	導入の際には、意思表示が可能な方については、本人の要望や思いを聞き取り確認している。導入時には、コミュニケーションを密にとり、安心して生活できるための関係作りに努めている。		
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	導入の際は、家族の困り事や要望について確認し、導入時は特に関係性・信頼関係を築くことに努めている。こまめに連絡(または面会時の報告)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	認知症の進行等で、在宅生活が困難となり、入居を希望しているご家族の為、他のサービス利用への対応はしていないが、併設している在宅系事業所の利用案内はしており、入居待ちの間の待機ができるようにしている。		
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	職員も生活を共にする関係となるよう、努めている。家事全般を一緒に行う事やゆったりとした中で会話のやり取りなど通して、自宅での生活の延長となるよう努めている。		
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	家族とのコミュニケーションや、こまめな連絡で、本人と家族の関係性を大切にできるよう努めている。家族の本人に対する思いや要望を汲み取るようにしている。		
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	友人の方の面会や共に外出する等されている方もいる。馴染みの場所との関係については、その把握や本人の意思確認が難しく支援ができていない。	家族の面会が多く、良好な関係が続くよう支援にあたっている。また手紙や電話を使用し、知人等と連絡をとり、入居前からの関係が継続するよう努めている。	
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	各入居者の性格や認知症の程度、相性等も配慮し、入居者同士の関わり合いを大切にしている。配席の工夫やお互いを支援し合える環境を作っている。		

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	転居や入院される方が多く、先方の意思によれば、今のところ退居後の相談や支援を求められていない。		
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	本人の要望を聞き取り、ご家族とのカンファレンスも定期的開催している。重度の認知症により本人の思いを聞き取れないことも多い為、これまでの生活歴や、ご家族の意向に沿ったケアが実践できるよう検討している。	アセスメントの実施と改定等により利用者・家族の意見聴取に努めている。表情から察するなど利用者一人ひとりの特徴を捉え、寄り添う支援を実践するよう取り組んでいる。	
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	本人や家族に、生活歴や生活環境を聞き取り、また入居前のサービス利用についても把握に努めている。		
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	24時間シートを作成し、一人ひとりの生活リズムの把握に努めている。 本人のできる力を毎日に生活の中で引き出せるようにしている。		
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	ケアプランの更新時期には、家族と担当職員、ケアマネで、現状報告、今後の意向確認等の話し合いの場を設けている。アセスメントの際は、意思表示できる方については、意向確認を行い、プランに反映させている。	サービス担当者会議での話し合いを中心に家族・担当職員の意見を集約している。利用者の意思や思いを目標に盛り込みながらケアプランの策定に取り組んでいる。	
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	日々の記録は個人の介護記録に記入している。担当職員を中心に、ケアの変更点はないか見直しを行いながら、実践している。毎月の部署会議で情報共有し、プラン更新や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	その時々によって、極力、本人や家族の希望に沿った柔軟な対応ができるよう努めている。		

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	地域資源の把握ができていない。		
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	希望者には、協力医療機関と契約し、定期的な往診と、緊急時の対応ができるようにしている。入居前の主治医を引き続き利用している方については、家族対応にて、定期的な受診をしている。	利用者・家族の選択により協力医療機関による往診と入居前からのかかりつけ医への通院がなされている。受診時には健康状態等についての報告・相談をし、連携しながら健康維持・増進にあたっている。	
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	月2回の定期訪問診療にて、状態報告し、指示を仰いでいる。指示により家族に相談しながら、適切な受診に繋げている。		
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。	入院の際は、病院SWと連絡をとり、情報交換しているが、協力医療機関以外の病院関係者との関係作りはできていないと言えない。地域ネットワーク会議等には参加するよう努めている。		
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	入居時に受け入れ可能な医療依存度別に指し、重度化した場合については、身体機能の低下が見られている方や、医師より疾患の診断を受けている一部の入居者様については、家族と話し合いの場を設けている。終末期については、早い段階からの話し合いはしていない。	重度化と終末期の支援についてはホームでできることについて入居時等に説明している。利用者の意思、家族・医師の意見を確認しながら利用者にとって最適な支援となるよう取り組んでいる。	
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	AEDを含めた心肺蘇生訓練は年1回実施しているが、それ以外の応急手当や初期対応の”定期的”な訓練は実施できていない。		
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回の避難訓練を実施しているが、地域の方の参加はできていない。訓練に参加できなかった職員については、口頭・書面での周知となっているため、身につけているかどうかの隅々までの確認はできていない。	火災想定を中心に避難訓練を実施している。自然災害想定の実施、的確な判断を下す準備等を今後の課題としてあげている。	

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	その場、その方に適した言葉かけや対応を行っている。入居後、関係性・信頼関係が構築できたら、状況に応じて、ある程度親しみやすさを感じられるような言葉遣いで対応している。	職員の言葉使いについては、気になる箇所がある場合は指導し、適切なケアとなるよう努めている。利用者の特性を考慮しながら信頼関係を構築できるよう取り組んでいる。	
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	意思表示ができる方については、本人の希望や思いを確認し、自己決定できるようにしている。意思表示の難しい方についても、生活歴や家族からの聞き取りなどから本人の思いを汲み取りよう努めている。		
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、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	本人がどのように過ごしたいか、何をしたいのか、本人の思いを聞いてはいるが、例えば、他居室に入室し、排泄行為・異食・盗等の行為があり、家族からの希望で昼間は居室を施設している。また、1日の日課の中で、レク活動への参加声掛けし、希望者には参加していただいている。		
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	毎月の訪問理美容にて、カットに加えカラー・パーマをされ、本人の希望に沿って身だしなみを支援している。また、化粧やアクセサリを身につけるなど、今までの習慣を大切にしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	通常の食事は、盛り付け、配膳、皿洗いなどに限定されるが、一緒に行っている。日曜日の昼食は、食べたいメニューを聞き、一緒に考え、実際に包丁を使い、手作りの昼食を一緒に作っている。	盛り付け・配膳・片付けなど利用者のできる範囲で食事作りに参加してもらえよう取り組んでいる。週に1回は利用者と一緒に調理をするなどの取り組みもなされている。	
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	必要摂取量や食事形態など、一人ひとりに合わせ提供している。水分についても、嚥下の低下がある方については、工夫し提供している。		
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	毎食後の口腔ケアは、本人の能力に応じて介助している。自立の方については、声掛けにて自身で行っている。		

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
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	排泄パターンに合わせた介助、声掛け誘導を行っている。夜間はベッド上での介助の方も、日中はトイレでの排泄ができるよう、誘導している。	排せつの記録表がフロアに備えられており、随時記録がなされている。夜間においても定時の誘導によりトイレでの排せつとなるよう取り組んでいる。	
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	水分摂取量が少ない方には、種類を変え提供し、水分不足とならないようにしている。		
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、個々にそった支援をしている	最低週2回の入浴を実施。入浴が好きな方や家族の希望にて、週3回の入浴まで対応している。入浴予定表にて、ほぼ固定曜日で午前・午後の日中に入浴している。個浴が難しい方は、機械浴にて安全に入浴できるよう支援している。	入浴日を設定し、利用者の清潔保持を支援している。また併設の小規模多機能型居宅介護の機械浴を使用するなど、利用者の状態に即した入浴設定を可能としている。	
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	その方の体力や夜間の睡眠状況をみながら、日中の休息時間も取り入れている。		
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	内服薬については、薬情を個人薬箱にセットしている。夜勤者(常勤)は配薬セット業務がある為、ある程度の薬の内容について理解できている。内服薬が変更になった際は、状態変化について、更に注意深い観察が必要であることについて、申し送りし記録している。		
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	日常生活の中で、家事全般の手伝いの依頼、役割をもつことで生きがいを感じられるよう支援している。毎月車を使用して外食・ドライブ・買い物等に行き、気分転換が図れ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	天候とその日の人員数により、近隣の散歩に行っているが、その日の希望に100%はそえていない。家族の協力にて、毎週家族と外出されている方もいる。地域の人々の協力を得ることが困難。	花見、果物狩りなど季節の行事を実施し利用者の生活に彩りを与えられるよう努めている。レクリエーションは月間で計画が立てられており、利用者の生活に楽しみをもたらせるよう取り組んでいる。	

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
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	現金については、自己管理をお願いしている。お金を自身にて持っていることでの安心感につながっているが、個人のお金で施設職員同行での買い物への支援は行っていない。		
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	携帯電話を自己管理されている方は、ご自分で家族に連絡を入れることはできる。		
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	清潔感のある共有スペースとなるよう心掛けています。居間には季節を感じられるような、貼り絵等を季節ごとに掲示している。	職員により清掃が実施されており、清潔な共有空間が保たれている。掲示は決められたスペースを定められており、大人が生活する施設として落ち着いた雰囲気づくりに取り組んでいる。	
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	スペース的に共用の居間では、独りになれるような居場所の確保は難しいが、気の合った入居者様同士が同じテーブルで話ができるように、配慮はしている。		
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	入居前から使用されている家具や馴染みのある物を自由に持ち込んでいただき、居室で居心地よく過ごせる環境の工夫をしている。	日中はリビングで過ごすことが多く、夕食以降のひとときをゆっくりと過ごすために居室が使用されている。掲示や家具の配置など利用者一人ひとりの特徴や嗜好が反映した居室づくりがなされている。	
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	居室やトイレの表示、照明の説明等を掲示し、ご自身で分かりやすく使いやすいような工夫をしている。		

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	5 64 65	市町村との連携強化。 地域社会(地域住民・地元関係者)との交流・繋がりが不足している。	地域社会に溶け込み、地域住人に気軽に立ち寄れる施設と言う認識を持って頂き、地域での催し事を企画したり参加出来る関係を築く。	施設に付随している地域交流室で行っているオレンジカフェ等を自治会報等も利用させて頂き地域へ深く周知して頂き、地域住民の方々が来所しやすい環境を整備することで関係を深めていく。	6ヶ月
2	10 58	入居者様個々人のニーズについて把握は出来ているが、日々の生活に反映しきれていない。	入居者様個々人が、ご自身のペースで日々をお過ごしになる事が出来る。その生活にご家族様にもお伝えして、改善へ繋がる仕組みを構築する。	ご家族様へのアンケートを踏まえ、モニタリング・Reアセスメントを職員全員で実施して施設計画に反映させる。 職員間のスキル差異を解消する事で入居者様個々人へ、施設としての対応力を向上させる。	12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。