

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	平成27年10月27日	評価結果市町村受理日	平成28年2月10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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区一番町6-4-707		
訪問調査日	平成27年11月20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)】

開設以来11年を迎え、当初からのご入居者様も数名いらっしゃいます。長く住まれてご家族様も慣れ親しんでくださっています。理念に書かれているように「第二の我が家」としてお過ごしいただいています。年3~4回開催される家族会や家族懇談会では、ほとんどのご家族様にご出席いただき、イチゴ狩り、流しそうめん、これから予定されますクリスマス会等、季節に合わせてお楽しみいただいています。今では、車いす対応の方が大部分を占め自由に出かけるのも難しくなりましたが、その日のお天気や体調を見ながら数名ずつ出かけることもあります。また、事業所内では、独自の研修会を開き、身体介護のスキルアップに努め、新人職員も一緒に認知症の勉強会に参加しています。お元気なご入居者様にはそのように、また、お手伝いが必要な方にはお手伝いに合わせて、お一人おひとりに必

【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)】

近隣の幼稚園など地域との交流が盛んであるほか、家族が参加できるイベントも数多く企画され利用者は家族や職員とともに、楽しい時間を過ごしている。法人本部の協力もあり今年度は、新規職員への勉強会など育成にさらに力をいれることができた。職員のスキルの向上に努めることで、より一層安心して過ごしていただけるホームづくりを目指している。今できること、したいことを利用者一人ひとりに合わせて検討し実践することを常に心がけており、今年度実施できなかったピクニックなどのイベントにも積極的に取り組んでいきたいとの抱負も聞かれた。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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、できる事、やりたいこと」を考え実行できるよう支援しています。	理念は事務所と2階の更衣室に掲示し、職員が常に確認できるようにしている。「今、できる事、やりたいこと」を念頭に置きながら、ホーム内の全ての取り組みにおいて実践できるように取り組んでいる。	
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	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しています。散歩時の挨拶や、隣の幼稚園との交流もあります。	地域の幼稚園との関わりが充実しており、ホームに招いたり幼稚園に招かれたりとの交流を持っている。地域の運営推進会議に積極的に参加する他、ホームの運営推進会議も2ヶ月に1回定期的に行い交流の機会と	
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	年6回の運営推進会議を開催しています。町会長の出席もあり、地域の情報を聞くこともできます。近くのグループホームの運営推進会議にメンバーとして出席し情報交換に努めています。	運営会議は家族の参加率を増やすために、イベントと合わせて開催している。参加できない家族に対しては、面会時や電話などでも連絡を取ることで、要望や入居者の状況についてタイムリーな情報共有を心がけている。	
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	市役所の協力の下、グループホーム連絡会を立ち上げ、スタッフ交流会や研修会を行っています。年一回開催されるふれあいの集いには市内すべてのGHご入居者、職員が集まります。	グループホーム連絡会や研修会を行い、日頃から協力関係が築かれていることが議事録から確認できた。地域の施設・老健・保育園などとの交流もあり積極的に地域との関係を築いている。	
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	管理者には、高齢者権利擁護専門課程受講終了とし、毎年職員に基礎課程の受講を促しています。2011年より、玄関の施錠解除を行い、立ち上がり等注意が必要な方には常に見守りをしています。	現在、ホームにおいて身体拘束の事例はない。「身体拘束」「虐待」については、研修に参加し学ぶ機会を作ることで職員への理解と周知に努めている。職員が参加できない場合は法人本部の研修員が、勉強会を行っています。	
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	事業所独自の研修会を開いています。また、年二回の巡視やアンケートの実施により常に自分自身を見直す機会を作り、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、成年後見人制度利用の方がいます。		
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	施設見学時には、管理者もしくは職員が立ち会い、疑問点、不安に感じられることにお応えしています。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	ご意見ボックスを用意していますが利用されたことはありません。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。	家族とは、面会時などにも声をかけていただき、相談にも応じるなど日頃から積極的に情報を共有することを心がけている。ホームからは「だんらん通信」を配布しており、行事予定や行事の様様を写真付きでお知らせしている。	
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	毎月一度、また必要に応じて随時、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・運営課課長の参加もあります。	職員からの意見は、現場のリーダーを中心としたミーティングや職員会議の場においてまとめられている。参加できなかった場合の内容の周知や情報共有については、今後の課題としている。	
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	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。非常勤職員にも面接を行い向上心が持てるよう努めています。		
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ています。参加には勤務時間の調整を行い参加しやすくしています。また、酒井根独自の勉強会をミーティング時等に行っています。		
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会や交流会への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を図っています。		

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。入所前には必要に応じて数回の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。		
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	入所前や入所時、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、本人や家族の要望を聞き、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くよう努めています。		
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電話で伝え、よりよい対応を考えています。また家族会などでご様子を見ていただく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	それぞれの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、個別で馴染みの場所への外出にも対応しています。	ホームでは定期的に訪問理美容があるが、希望に応じて馴染みの理髪店に通っている方や、編み物用の毛糸を買いに馴染みの店へ出かける方など、入居前の交流や関係性が途切れないように個別の支援を行っています。	
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よう席の配置を考えています。また、会話ができる方が一緒に過ごせるよう配慮するとともに、リビング内で孤立することがないように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思われることを家族・職員とで検討し、カンファレンス等で意見を出し合っています。	事前のアセスメントをもとに、個人の生活スタイルや生活パターン等の情報を職員が把握し、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。落ち着いて暮らしていただけるよう支援をしている。	
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、面会時にお話を伺うこともあります。		
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	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。	6ヶ月に1回のモニタリングでカンファレンスを行い計画の見直しを行っている。「支援ポイント」を用い経過観察をしながら、関係者を交えて一人ひとりの状況に応じた介護計画を作成している。	
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。支援ポイントにも変更等記入していきサービス計画の見直しに役立てます。		
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	通院が必要な方の通院介助、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回ですが、医師の個別訪問が毎日あるためいつでも相談できる状態にあります。ご家族の希望等で入所前の主治医に受診している場合は、受診支援を行うこともあります。また、認知症専門医・歯科医の往診が受けられます。	協力医の往診の他個別の往診が毎日あり、訪問歯科の診察も定期的に受けられる。看護師は週1回来ており医師とのやり取りの中継役もしてくれている。本人・家族の希望があれば、入所前の主治医への受診も可能となっている。	
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	主治医・看護師・薬剤師との連携もとれており、グループ内を巡回してくれる看護師に相談できる体制をとっています。		
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、家族と十分な話し合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。	重度化や週末期にむけては、関係機関の協力のもと家族と話し合い重ねることで、本人と家族にとって充実したものになるような支援に取り組んでいる。ホームでは看取りの事例もあり、研修や勉強会などでさらに職員間での理解と周知を深めていく方針である。	
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ようミーティングなどで話をします。		
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3回の避難訓練を実施しています。近隣への協力体制については、入居者の配置図を町会に提出しています。また、夜間は隣の小規模多機能施設と協力することになっています。	避難訓練は年3回実施し、消防署立会の訓練も1回行っており、近隣との協力体制もできている。また、倉庫には非常用食料等の備蓄を保管している。	

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
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。言葉かけについては、崩れやすいので特に注意しています。	個人情報・守秘義務については、法人本部において入職時より継続的に研修を行っている。日頃からホーム長をはじめ、職員同士でも声を掛け合い注意することで日常的な言葉づかいにも気をつけている。	
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	入居者との何気ない会話から思いを感じ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、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	入居者の希望に合わせて、お一人おひとりのペースを尊重するようにしています。		
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できるよう支援しています。外出時には、お化粧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	職員が献立を考え作っています。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。今は、お料理や片付けができるご入居者が少なくなりましたが、出来るだけ残存機能を生かすよう努めています。	ホームでは嚥下に関する研修を行っており、食事形態に配慮しながら毎日の食事を提供している。特別な取り組みとして、行事食や外食の機会を設けており利用者にとっての楽しみな食事のひとつとなっている。	
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	食事形態を一人ひとりに合わせてキザミ・ミキサーにし提供しています。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	個々にあった排泄介助を考えています。それぞれの感覚をつかみ、声かけ・誘導・介助と必要な支援を考えています。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけしながら誘導を行っている。自然な排せつをしていただけるように、できるかぎり薬を使わず食事や水分でのコントロールを心がけている。	
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	食事量、水分量のチェックと排便確認を行っています。便秘予防に食材の工夫や薬剤の調整を行います。また、巡回する看護師から適宜アドバイスを受けます。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2～3回の入浴としていますが、体力的なことも考慮し、出来るだけ希望に添えるように努めています。いつもシャワー浴の方に、グループ内のリフト浴等を借り、入浴することもありました。	入浴ではゆず湯などで季節を感じていただく取り組みの他に、入浴剤を使用することで日常的に色や香りを楽しんでいただいている。曜日を決めず、なるべく一人ひとりの体調や希望に合わせて入浴していただくことにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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、不安な状態にある時は時間の許す限り付添関わるようにしています。		
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、わ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には記録等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	出来ることは継続し、外食・買い物など外出をして気分転換に努めています。		
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	毎日の散歩を古防されている方には職員が付き添い出かけています。また、イベントとしてピクニックやお買い物、季節のイチゴ狩りなどに行きます。車いすご利用者が多いのでグループに分けての外出をしています。	近隣への散歩や日用品の買い物など、希望に応じて個別に対応し、日常的に外出支援を行っている。遠くに出かけることは身体的な負担になるのではとのご家族からの意見を本年度は尊重した。負担にならないような外出支援にむけた取組みについて検討中である。	

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
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	本人の希望に応じて家族と相談の上、買い物に出かけます。		
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とりの支援を行います。		
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、毎日の掃除には声を掛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、廊下にはご入居者の作品やイベント時の写真を飾り、心地よく過ごせるよう心かけています。	廊下には習字など様々な利用者の作品が飾られている。1階の居室前には家族会で作られた一人ひとりの表札がかけられていた。共有部分のリビングはソファも置かれ、くつろげるスペース作りもされている。日中はリビングで過ごす利用者が多いとのことであった。	
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	リビングでは入居者同士が話などをして過ごせるよう席の配置をしています。ソファや椅子などはその時の気分に合わせられるよう工夫しています。		
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、タンス以外で持ち込み自由となっています。馴染の家具、調度品やご家族の写真など飾り、安心して過ごしいただけるよう努めています。	居室には本人の馴染みのものを多く持ち込んでおり、写真やホームで作った作品等も飾られていた。季節に応じて、家族と一緒に部屋の模様替え等を自由に行っている。自宅と同じように安心して過ごせる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	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。居室には写真や家族と作った表札をつけています。		

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	自11	運営に関する職員意見の反映ミーティングに参加できなかった場合の内容の周知や情報共有が十分にできていないのではないか。	業務等で全員の参加は難しく参加できなかった職員にもミーティングでの決定事項を伝え内容を理解する。	現在も伝達ファイルがあり、出勤時に支援ポイントの変更事項と合わせ必ず目を通すように伝えている。伝達ファイルには、読んだ後にチェックするようになっているが、支援ポイントには欄が無い。ご入居者に関わる事なので必ず理解できるようチェック欄を作り、内容によっては記録ファイルにも添付する。	1ヶ月
2	自49	日常的な外出支援ご入居者の負担にならない様な外出支援に向けた取り組みを検討。	重度の方にも楽しめる外出イベントの実施	今までもご入居者の状態に合わせた外出イベントを検討してきたが、年を重ねる毎に行先、所要時間の調整が難しく、重度の方、軽度の方とグループに分け実施してきた。外出には、可能な方にはご家族にも参加して頂いたり、希望を聞くなどご家族も巻き込んで実施の方向にし	6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。