

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	1272500628		
法人名	株式会社 マザアス		
事業所名	マザアスホーム だんらん流山		
所在地	〒270-0143 千葉県流山市向小金2-561-1		
自己評価作成日	平成27年11月18日	評価結果市町村受理日	平成27年2月12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29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)】

社是の「納得」「満足」「継続」を基本にして、理念の「地域との交流を図り、気兼ねなく暮らせる第二の我が家を目指す」を実現する為に、ご利用者が生活を楽しんで納得をされ、ご家族はその様子を見て満足をして頂ける様な介護サービスを継続する為に、ご家族との連携やボランティアの方々とも協力を頂いています。生活面ではご利用者やご家族の思いを汲み取って環境や雰囲気作りをしたり、家族会やフリーサロンを開催してお互いの交流や親睦をする事で大家族と言う雰囲気がある。医療面では、主治医とは連携をとり、看護師は定期的に来て頂き健康管理や病院への付き添いを行っている。社内で行っている「感染予防」「事故予防」「人権擁護」「防災」「研修」の委員会活動に参加をして、実践や改善をし安全・安心の向上に努めている。

【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)】

独立した2階建ての家屋に1ユニットのグループホームとして運営されており、居室、共有スペース、各種のバックヤードなどがゆったりと納まっている。掃除も行き届いていることや、共有スペースも適切な広さが確保されており、利用者が思い思いに過ごせる環境が整っている。利用者の作品の掲示や花なども生けてあり、落ち着ける環境作りにも取り組んでいる。また、日々の散歩や定期的に外食などの機会を設け、地域で生活しているという実感を持ってもらうことにも努めている。なお、ホーム長は率先垂範して事業所運営をリードし個別支援や自立支援をさらに推進することを目指している。

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 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	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	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を目指す」を基本に、日頃は「ゆったり、のんびり、あかるい」を目標にしてご利用者と関わる事を、月一回のミーティングで共通理解を深めている。	年度初めの職員会議では基本方針を話し合い、職員への周知に努めている。入口エントランスには法人理念をはじめ、事業所が大切にしている「ゆったり、のんびり、あかるい」を利用者に筆で書いてもらい掲示している。	
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	町内会の一員として、お花見・夏祭り・防災訓練・敬老会・芋煮会・いきいきサロンに参加をしている。施設周辺の掃除をしていると「だんらんさん、イベントの席は良い所を確保しているよ」と声を掛けて頂ける様になってきた。	日常においては、玄関先の掃除、散歩などを通じて地域の人々と気軽に挨拶を交わす関係作りに取組んだり、朝取り野菜を販売したりなど、地域の一員として生活している実感を持ってもらえるようにしている。	
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	実習生を受け入れたり、ボランティア育成講座で講和をしたり、市主催のアルツハイマーデーのパネル展の資料作りや相談員、パンフレットに認知症の相談窓口として施設を登録して頂いている。		
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	ご利用者の生活状況・活動報告・ADLの変化や各種委員会の取り組み、将来への取り組みや方向性をお伝えし、ご意見や要望が有れば毎月のミーティングで報告や議題にしてサービス向上をしている。	2か月毎に利用者、家族の代表、市の職員などが出席する運営推進会議を開催している。運営状況や職員研修の内容を報告し、事業所の大切にしていることを伝え、支援の方向性を理解してもらえるようにしている。	事業所からの報告内容については、質量ともに適切な内容になっていることがうかがえる。さらに出席者から利用者へ還元できる情報を提供してもらうことにも必要とされる。
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	流山市グループホーム連絡会(年4回)、運営推進会議(年6回)を通じて市の担当者と意見の交換会をしている。市の要請で行事(アルツハイマーデー・市民まつり)等で受付や相談員をすることで情報を共有している。	市のグループホーム連絡協議会に参画しており、日頃から協働できる体制を整えている。市主催のアルツハイマーデーでは、パネル展示をはじめ相談コーナーを設け、事業所の専門性を地域に還元することに取組んでいる。	
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	職員は「虐待の芽チェックリスト」の実施により振り返ったり、社内研修を行っている。虐待のニュースがあった時には、ミーティングの議題にして話し合っている。日中の玄関は施錠をしていないので自由に出入りができる。	身体拘束は「0」であり、拘束しないケアを原則緒している。年2回「虐待の芽チェックリスト」を実施したり、毎月のミーティングでは、「言葉遣いや声かけ」について話し合い、職員への注意喚起を促している。	
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	社内研修やアンケートの実施により振り返ったり、管理者による巡視を数回行い、チェックリストの集計や巡視結果を基にミーティング時に話し合っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	成年後見制度の勉強会に参加をして、家族会やミーティング時に内容と必要性をお話する事によって、後見人になられた家族がいる。		
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	見学や契約時に、契約やサービスの内容を充分にお伝えして、不安や疑問点があれば時間をかけて、理解・納得をして頂いています。また解約や返金等についても説明と納得をして頂いている。		
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	家族会(年4回)で意見や要望を聞いたり、家族懇談会(2月)では事業計画・外部評価をお伝えして、ご家族の意見を聞くようにしている。ご家族の来館時やボランティアの方、介護相談員の方を通じて意見を聞き反映をしている。	家族会は利用者と家族と一緒に楽しんでもらう機会としている。さらに家族懇談会を開催し、事業計画の説明、意向や要望を傾聴する機会としている。また、意向・要望については、迅速に回答することを心がけている。	
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	業務内容別に担当者を決めて意識を持って頂いていて、意見交換をしたり、提案事項はミーティングにて共有して業務に反映している。業務改善提案シートを使い意識の改善をしている。	毎月開催している職員会議では、事業の進捗状況の確認や課題を抽出して話し合う場としている。ホーム長は様々な課題について率先垂範して園運営をリードし、組織一丸となって事業計画が達成できるようにしている。	
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	気兼ねなく有給休暇を取れるよう配慮したり、半年毎に目標を持って頂いたり、職員の働く環境の整備や気持ちよく働けるような雰囲気創っている。		
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	新人が不安なく働けるよう社内研修の充実。研修等に参加をし易い様な勤務体制を整えて、知識・介護技術の向上、資格の取得の勉強会への参加の協力をしている。		
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協議会(年4回)にて、見学や意見交換をしている。社内の他事業所の職員が各々の委員会等で事例検討や情報の交換をして、その情報を各施設のサービスに反映をさせている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	入居前の情報を基に表情・動作を読み取り、会話等をしながら不安感を感じない様にするとともに、顔なじみの職員が就寝されるまで寄り添っている。		
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	面談から入居時まで、ご家族の不安・要望・困っている事に耳を傾けて、情報を共有していきようとしています。入居後から落ち着かれるまでは、現状を報告しながら次のサービスへと繋いでいる。		
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	ご入居後に変化していくADL・精神状態・病状を確認しつつ、まずは安心・安全に生活をして頂ける様に生活環境を整えて、穏やかに過して頂ける様にしています。		
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	大家族(施設らしからぬ施設)と言う考えの基に、今までの生活習慣・こだわり・価値観を受け止め、思いやりを持った言葉かけをし、ゆったりとした時間を過ごせる環境作りをしている。		
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	家族会・フリーサロンを通じて、ご家族との連絡を密にして気軽に訪問しやすい雰囲気気を付けて、本人が一番安心できる家族とのつながりを大切に出来るように、何時でも自由に面会・外出・外泊が出来るようにしている。		
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	利用者の思い出の場所や出身地のお話をしたり、兄弟の方の面会や手紙のやり取り、近隣のお友達の面会やお孫さん・親戚の方等自由にお越し頂ける様にしている。	家族をはじめ、旧知の友人、地域住民などの来所を歓迎しており、いつでも受け入れることにしている。「施設であって施設では無い」ことを基本としており、「大家族」であることを職員に周知している。	「大家族」であることを常に意識することを心がけている。ただし、達成度については、概ね5割であることを事業所では認識しており、さらなる開かれた事業所運営を目指している。
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	お互いの人間関係を把握して、慣れるまでは職員が関わりながら支援をしたり、気の合う方との買い物・活動を通して会話を楽しんで頂いています。食卓やリビングの座る席にも配慮をしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	入院等で移られた利用者の面会へ行き、ご家族に報告をしたり相談を受けたりしている。一周忌にお花とメッセージを送らせて頂いたり、退去をされたご家族がボランティアに見えている。		
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	利用者や家族からのご希望・要望の情報収集をして、利用者の理解度に合わせてお話をし、同意を得る様にしています。困難な場合には、家族の意見や協力を交えて望ましい生活の仕方を検討しています。	個別性を重視しており、利用者一人ひとりが「その人らしく」生活できるようにしている。また、家族にも適宜現状を報告して理解が得られるようにしている。訪問調査時にも計算ドリルや囲碁を楽しんでいる様子が見えた。	
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	「課題分析標準23項目」を使いアセスメントをして情報を集めている。家族や利用者との会話の中から情報を把握している。		
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	日々の様子の変化について個人記録を付け、心身の状況を職員間で共有し共通認識を持ち対応をしている。		
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	自信を持って楽しく生活が出来るようにする為に、利用者ごとに担当者を決めて、些細な変化に気配りをしたり、アセスメントのニーズを達成する為の根拠を確認して、職員・利用者・家族との意見交換や話し合いをして作成しています。	ケアプランの第2表を補完する別表を設けており、個別ケアの留意事項を明記し、適切な支援の提供につなげている。サービスチェック表や月次経過記録などを設けて、詳しく経過を観察し職員間で共有できるようにしている。	
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	個別記録にサービス計画の内容をファイルして、直ぐに確認出来るようにして、日々のケアにつなげて情報を共有している。見直しがある場合には、連絡ノートを利用して早く共有できるようにしている。		
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	家族になり代わって通院の付き添い、訪問歯科・訪問美容・主治医の往診手配、社内の行事やイベントに参加をして交流を図る。家族会・フリーサロンを開き家族間の交流を大事にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	町内会の一員として、お花見・夏祭り・防災訓練・敬老会・芋煮会・いきいきサロンに参加をして楽しんでいる。ボランティアセンターの協力を得て、囲碁・傾聴・散歩・個別対応をしています。		
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	主治医とは月2回の往診時に、日頃の体調の変化を伝えたり、家族や職員の相談を受けて頂いたり、緊急時には看護師・主治医・家族に連絡をして病院につないでいます。	主治医や看護師の定期往診に加え、主治医とは24時間、365日連絡が取れる体制が整っている。歯科医も2か月毎の往診に加え、必要に応じて来所して貰える体制が整っている。適切な医療支援体制が整っている。	
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	マザアホームの看護師が、週一日在中をし医療面の相談、受診時の付き添い、緊急時の対応をして頂いたり、電話では昼夜を問わず些細な事でも相談が出来る支援を受けている。		
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。	協力医療機関と主治医の協力により、気心の知れた医師や看護師が対応して頂いている。入院中は定期的に訪問をして看護師・相談員と情報の交換をして、早期の退院が出来るように調整をしています。また、他の利用者と千羽鶴を折って居室に飾っている。		
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	これから考えられる重度化・終末期の話や慌てる事が無いように、早い段階から話し合いをして、その時点で施設で出来る範囲の情報の共有をすることで、将来への不安を少なくしている。必要に応じて主治医と家族の話し合いをしている。	利用開始時をはじめ状態が変化した際には都度家族と話し合い、必要に応じて医師にも同席してもらっている。終末期の対応としては看取り介護を実施しており、すでに4～5名を看取ったことも報告されている。	
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	出来るだけ慌てないように、個々の症状に合った指示書や緊急連絡網を作成して、職員間で共通意識を持って対応をしている。社内研修に参加をして知識と実践力を付けている。		
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	年3回の防災・避難訓練の時にはご家族も参加をして頂いたり、隣の介護施設や両隣の方は施設内の見取図や消防設備を見て頂いている。町内での防災訓練に参加をしたり、防災倉庫に3日分の食糧・水・トイレ・介護用品を備蓄している。	防災訓練を行う際には家族参加も促し、理解を深めてもらっている。緊急時の避難地図を玄関に掲示したり、利用者の背中に貼るシール(電話番号や施設名)を用意し、災害時などでも身元が分かるようにしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	これまでのライフスタイルや価値観を大切にしてい、人生の先輩としての畏敬の念を持ちながら関わっています。職員間の個人情報交換の時などは、特に気配りをしています。声かけの時などは、親しき中にも礼儀ありの心を大切にしています。	利用者や職員間の言葉遣いについて手も丁寧に行うことに心がけており、ホーム長を中心に個別の指導している。家族アンケートの結果からも事業所の取り組みが結果を得られていることがうかがえる。	
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	一つひとつの行動に対して、本人の意思の確認を尊重している。スローガンにもあるように、ゆったりとした気持ちで接して、想いを伺いながら判断をして頂いています。		
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	今までのライフスタイルのリズムを壊さない様に支援をしています。散歩をしたい、ゆっくりしたい、晩酌をしたい、黒密飴を食べたい、毎朝位牌に手を合わせたい等々の時間を大切にしている。		
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	訪問美容で髪を染めたり、行事や外出時にはお化粧品・マニキュアのおしゃれを楽しんだり、個々の化粧品を居室や洗面台に置いている。服や靴などを選ぶ際には同席をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	個々の能力に合った食事形態を提供し、BGMを流してゆっくりと食事をして頂いています。盛り付け、配膳、食器洗い等々を一緒に行なっています。また、スーパーに買い物に行ったときには、好きなものを買って頂いています。	夕食については献立付きの食材購入によって決められた内容になっているが、朝・昼食は利用者の意向を聞き取り、ホーム独自の献立としている。買物、盛り付け、配下膳などは、一緒にできるように参加を促している。	
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	食事や水分摂取量をチェックして記録をとり摂取量を意識するようにしている。不足の時には捕食をしたりしている。嚥下状態や体調に合わせての食事形態にしている。		
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	訪問歯科と協力を頂き、個々に合った磨き方を教えて頂き、出来るところは磨いて頂き、出来ないところは、ブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシを使い分けて介助をしている。義歯の洗浄は週3回行っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	一人ひとりの排泄パターンや仕草でトイレへの声かけ誘導をしている。排泄チェック表を利用して、間隔のあいている時は声かけをして、トイレを利用し自立への支援をすることによって、布パンツに変更する事が出来た。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄チェック表によって適切な排泄支援に取り組んでいる。声かけや促しについては、プライバシーに配慮することを心がけている。また、できる限りトイレでの排泄を支援している。	
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	起床時の水分補給、食物繊維・乳酸菌食品の摂取、腹筋を使う運動、散歩をしたりしている。朝食後は、排泄が習慣になるようにトイレへ誘導をしている。		
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	一人ひとりの体調や状態観察の後に入浴をしている。入浴のタイミングの希望がある方には調整をしています。皮膚湿疹の方には、毎日のシャワー浴をして対応をしています。週に3回入浴しています。	週3回入浴を基本としており、意向や状態によっては毎日のシャワー浴なども取り入れている。入浴拒否が見受けられた際には、時間や曜日、声かけの担当者などを変更して、できる限り入浴してもらえるようにしている。	
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	日中の関わりを充実して安眠につなげる様にしている。日中でも体調に合わせて休息を取って頂いている。夜間は入居者に合った明るさや照明の位置を考え安眠と安全を確保している。		
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	薬の目的・副作用・用法・用量については、見やすい所に薬情のファイルやお薬手帳を置いたり、薬の変更については連絡ノートに記載して、様子観察の周知をしている。誤薬の無いように服薬準備と服薬介助者は別の職員が確認をしている。		
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	散歩やドライブの好きな方と出掛けたり、お花の好きな方と一緒に手入れをしたり、チラシ折り、洗濯物たたみ等、生活の中から出来る事を見出し、ご自分の役割として積極的に関わって頂いています。		
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	買い物・散歩・植栽の手入れを行ったり、天気の良い日には庭やテラスでお茶や食事を行っています。月に2回は外出行事としてドライブをしながら、四季の草花観賞・外食をするなどの支援をしています。	近隣への散歩や玄関先の掃除の手伝いなどは日々実施しており、日常的に外出支援に取り組んでいる。また、月2回、全利用者を対象に外食に出掛けており、家族の参加も促している。家族と楽しいひと時を過ごしてもらえる機会としている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
				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	お財布をお持ちの方は、個人の嗜好品の支払をして頂きおつりの確認をされている。		
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	携帯電話をお持ちの方は、毎朝ご家族から連絡がありお話をされている。海外にお住いの妹さんからの手紙は、開封や読んだりの手伝いを支援してます。年賀状は、ご家族と一緒にサインをされています。		
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	室外環境担当職員を中心に、四季折々の草花を植えたり、その花を摘み利用者の方と一緒に生けています。室内環境担当職員を中心に、作品の展示・歳時記を感じるような飾り付けをしています。日中を過ごされるリビングは、吹き抜けて明るくゆったりとした環境です。	共有スペースは吹き抜け天井になっており、明るく掃除も行き届いた適切な環境になっていることが確認できている。利用者の作品なども随所に飾られ、利用者間や職員との会話を醸成する役割も果たしている。温かみのある空間になっていることがうかがえる。	
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	庭やテラスは、散策をされたりベンチでゆっくりとされたりして、風を肌で感じられています。リビングでは、その日の気分によって好きなどころに座り、お隣の方と自然に会話をされています。		
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	使い慣れたテーブル・椅子・冷蔵庫・囲碁道具・写真等の思い出の品等は、利用者や家族と相談をしながら配置を決めている。位牌のある方で手を合わせられる方へは、水の取り換え等の支援をしている。	近い慣れた生活備品や家族との写真など、居室への持ち込みには特に制限を設けていない。できる限り自宅の生活空間に近づけることに注力しており、思い思いの居室環境になっていることが見受けられた。	
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	自立をした生活が送れるように、手摺を付けたり、テーブルや椅子の滑り具合を調整したりして、立ったり座ったりし易い様にしていく。利用者にあった介護用具を提供して、快適かつ安全な生活が送れるようにしている。		

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	3	事業所からの報告内容については、質量ともに適切な内容になっている事がうかがえる。さらに出席者から利用者に還元できる情報を提供してもらうことも必要とされる。	参加者の方々からの意見や提案を具現化しながら、利用者に還元できるようにする。	運営推進会議の議題にする内容のテーマを絞り込み事前にお伝えして話し合いをする。また、身近なニーズ(報道で取り上げられている情報や問題点)を議題にしなが糸口を見つける。	4ヶ月
2	8	「大家族」であることを常に意識することを心がけている。ただし、達成度については、概ね5割であることを事業所では認識しており、さらなる開かれた事業所運営をしている。	理念の「地域との交流を図り、気兼ねなく暮らせる第二の我が家を目指す」を基本にしながら、家族会等のイベント企画に参画をして頂きながら、残りの5割を穴埋めしてさらなる「大家族」を目指す。	2月末の「家族懇談会」にて提案をしながら、4月と7月に開催予定の家族会やその他の行事を事前にお知らせして参画を促す。行事毎にお世話係を決めて、一緒に考えていく。	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。