

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	1290900016		
法人名	株式会社東京酸器		
事業所名	ディアフレンドならしの		
所在地	千葉県船橋市習志野1-13-17		
自己評価作成日	令和2年1月6日	評価結果市町村受理日	令和2年2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.jp/12/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10-15		
訪問調査日	令和2年1月21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)】

・日頃からご利用者個々の状態に合わせ、散歩や外出を行っています。又、月1回は調理や外食・誕生会を催し、施設の祭り等のご家族や地域住民の方々にも参加頂いています。町内会の行事にも参加し、地域との交流・連携の充実に取り組んでいます。

・施設内は季節感のある飾りつけを行い、住みやすく居心地のよい空間づくりに努めています。

・医療的サービスでは月2回の医師・看護師の訪問診療、並びに薬剤師による指導、週1回の歯科医の訪問診療、提携医療機関による定期健康診断を展開し、連携体制を図っています。

【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)】

事業所の良い点として①利用者の出来る能力に合わせてやりたい事をやらせたい自立に向けて支援をしている。職員は利用者の「何が出来るか・出来ないか」を見極め「どうしたら出来るか」を考え、手伝い過ぎないように気をつけ、利用者に合わせて対応を心がけている。②町会とは、ホームの祭りに地域の人が参加し、町内会の祭りや徘徊の模擬訓練にはホームからも参加して地域連携が出来ている。また、ボランティアや幼稚園児との交流は利用者の楽しみとなっている。③医療サービスでは往診時には看護師・薬剤師・ホームの看護師が同席し、2日前に情報を提供して診療に役立て、体調変化時には医療連携とホームの看護師が即時に対応し職員・利用者の安心となっている。④管理者は「人を育てる・後継者を育成する」事に取り組み、キャリアファイルの目標達成シートによる育成面談をして「どう考え・何をやる等」支援し、自分の立てた目標に結果を出し、問題意識を持って考えて介護する事をアドバイスして人材の育成に取り組んでいる。

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かっている (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	事業所の理念をフロア内やロッカー・事務所に掲示して職員の目に留まるよう、また共通した理念となるように努めている	法人の理念を掲示し、管理者と職員が話し合って事業所のユニット毎の活動目標を作成して成果を年度末に確認している。職員のスキルアップとして研修計画に沿って実施し報告書を作成して振り返りをしている。また、利用者に合わせたケアをするためにユニット会議で課題解決に向けて話し合っている。	
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	運営推進会議等で町内と施設の行事計画について情報伝達を行い、祭り等でもお互いに参加し地域の一員として交流している	町会は協力的で祭りの招待を受けて参加し職員は踊りを披露し、ホームの祭りには地域の人が踊りに来ている。年3回幼稚園児が遊戯・歌を披露し利用者でプレゼントを交換している。また、ボランティアによる娯楽や生活支援、ホームの行事にも参加してバカ面踊り、障害児の和太鼓演奏も行われ地域との交流が来ている。	
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	施設での行事、ボランティア等は地域へも案内を出し、参加を呼びかけ実際に足を運んで頂き、認知症への理解を深めてもらえるよう取り組んでいる		
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践、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	運営推進会議ではサービスの内容や活動状況の取り組みを報告し、意見や要望を伺いサービスの向上に努めている。	運営推進会議は地域包括・町会長・民生委員・家族が参加して年6回開催されている。ホームから利用者状況・行事・事故報告・研修・防災訓練等が報告され、地域の行事・事故対応・地域交流・利用者の表情等について質疑応答が活発に行われサービス向上に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	法令的な相談等を行い、サービス向上に努めている。介護相談員の受け入れを行い、実情を把握してもらい意見や要望を伺い改善の取り組みに活かしている。	市の担当者とは加算の仕方・書類の不明な点等を相談し、身体拘束・感染症・災害対策等取り組みの指導や研修案内があり協力して取り組んでいる。市の相談員が訪問し利用者とは面談をして情報がフィードバックされている。グループホーム連絡会では認知症カフェや「認知症を知る」イベントに協力し、研修案内や情報交換をして連携している。	
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	年に2回は身体拘束に関する内部研修を行ない、また外部研修にも積極的に参加し理解を深めている。会議でも話し合い、拘束なしのケアを実践している。	身体拘束委員会を2か月毎に開催し、運営推進会議とユニット会議に報告している。年2回身体拘束に関する内部研修の実施と外部研修にも参加し、ヒヤリハット・事故報告の原因分析をしてユニット会議で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	転倒等事故報告はユニット会議で状況の確認・対策・再発防止対策が行われている。ヒヤリハットの意識が低く作成も少ないので、ヒヤリハットの意識を高めて報告を多くするための工夫が望まれます。
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	利用者の身体観察に注意をはらい発見時など申し送り、報告書を提出。会議等で話し合い、虐待行為とならないよう対応方法等を検討し、防止に努めている。		

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
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	内部・外部の研修に参加できるよう努めている。実際に成年後見人の方に内部研修を行なって頂いたこともあり、今後も定期的に行なえるよう努めていく。		
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	契約に関して、出来る限りわかり易く説明するよう努め、理解・納得を確認し同意をえている。		
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	運営推進会議や面会・面談等で話しやすい環境を作り、意見や要望を聞き対応、反映させるよう努めている。	家族は運営推進会議に参加して意見を述べ取り組みの理解をしている。面談時や行事への参加時に利用者の状況を聞き、相談や要望を伝えている。またカンファレンスにほとんどの家族が参加してケアプランの説明と話し合が行われている事は大きく評価したい。利用者の意向は普段の様子・行動・話を聞いて把握し、意思の伝えられない人は笑顔見て・思いを図って把握している。	
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	月1回の会議において職員の意見や提案を聞き、可能な限り反映している。	職員はユニット会議で設備面やケアカンファの中で意見や提案を行っている。管理者は定期面談や都度相談を受けて話し合い、資格取得をバックアップしている。また、個人スキルファイルに研修記録・ホームでの役割の記録・目標達成シートに「将来の希望・どういう事をしたのか等」を記録し年末に自己評価と面談を行い、次期への取り組みに繋げ、職員育成に力を入れている。	
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	個々の勤務状況を評価し業務内容の改善や環境整備に努めている。シフトの整備等を行い、資格取得のバックアップを行なっている。		
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	月1回の内部研修を行ない、又外部研修への受講を推進し機会を設けている。スキルアップの資格取得に対しての休み等の便宜を図っている。		
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	近隣地域の医療・福祉施設・民生委員等が集まる勉強会に参加し、交流を図りサービスの向上に努めている。		

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
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	入居前にはご本人と面談し、体験入居を実施。意向や不安なことを確認し、安心して過ごして頂けるような関係づくりに努めている。		
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	ご家族の意向や要望等も面談を行い、信頼関係の構築を図り安心して入居して頂けるよう努めている。		
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	見学・面談・アセスメント時には情報収集に努め支援を見極めるよう努めている。また必要時には他施設等への紹介も行なっている。		
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	日常生活上できる事を見極め可能な限り本人に行なってもらっている。自立支援を目標に良好な関係を築けるよう努めている。		
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	面会や行事の際に近況等を報告し、相談・要望なども確認しあっている。また必要に応じ電話で連絡を取り様子を伝えたり、本人と話しをして頂いている。		
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	家族との外出や外泊の支援を行なっている。ご家族だけでなく、馴染みのある知人や友人の方の面会も行い、交流の場として支援している。	友人や知り合いの人が面会に訪れ、家族の面会はいつでも大丈夫ですと伝え「こんにちは」と笑顔で迎え「また来て下さいね」と来訪をお願いしている。家族と一緒に外出・夕食や正月には外泊も行われ、ホームのいちご狩りやバラ園の見学には家族も同行している。利用者の希望で家族に電話をし、家族からの電話も取り次ぎをし、手紙や贈り物もあり関係継続を支援している。	居室に家族等の写真を飾り、またリビング等に行事の写真の写真も掲示されているので、写真を活かして会話が弾む工夫が望まれる。
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	一人ひとりの状況を把握し、利用者同士の関係を見極め座席を考慮したり、レクリエーションや行事等でより良い関係を保てるよう努めている。		

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
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	退去時等には継続したケアが行えるように情報提供を行い、いつでも相談できる関係を保てるように取り組んでいる。		
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	普段の会話の中からも本人の意向の把握に努め、何が本人にとって良いのかを考察し、検討を行なっている。家族とも相談の上、本人本位・意向に添えるよう努めている。	利用者の思いや意向は、入所時のアセスメント・生活調査表で情報を収集し、入所後には対話や家族の面会時・カンファレンス時に聞き、日中・夜間のケース記録や変化や気づきを申し送りして把握している。ユニット会議やカンファレンスで「何が本人にとって良いのか」を話し合っケアプランに反映している。	
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	入居時のアセスメント・生活調査表にて情報を収集。また、入居後の対話やご家族面会時に聞き取りなど可能な限り把握できるよう努めている。		
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	日中帯・夜間帯での観察を記録や申し送り・会議等で話し合い、利用者状況の把握に努め、支援を実践している。		
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	計画作成者が本人・家族・その他関係者と相談、意向等の確認をし、カンファレンスを行い作成している。	利用者の状態についてユニット会議やカンファレンスで話し合い、ケアマネージャーがケアプランを作成している。ケアプランの提供するサービス内容に変化した時や家族からの要望は記録し、モニタリングを行って評価している。医師や看護師と相談をして変化時には見直しが行われている。	ケアプランに沿ったケース記録の記録が出来ていないと感じているので、ケース記録の記入法の工夫とケアプランと連動が図れる取り組みに期待したい。
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	ケース記録・申し送り・会議等で情報を共有し、実践や介護計画の見直しに努めている。		
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	急な体調の変化時は医療機関との連携や受診を行なっている。本人・家族等の状況に合わせ、柔軟に対応するよう努めている。		

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	町内会で実施している行事に参加し、買い物等は近くのコンビニやスーパーを利用している。また週2回パン屋が来所し、年に3回近隣の幼稚園児達との交流を行なっている。		
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	入居契約時に、ご本人・ご家族の希望を取り入れている。月1回の訪問診療を実施し、必要であれば専門家医への紹介をして頂いている。	入所時家族に医療連携体制の資料で緊急時の対応(日中・夜間・休日)・受診体制を説明し、かかりつけ医を希望する人は家族対応で行われている。月2回の往診は2日前に「健康管理シート」を医師・薬剤師に送付し状態把握と薬等準備を行い、看護師・薬剤師が同席し、「訪問診療記録」で情報共有している。体調変化時には往診医に連絡して対応し、泌尿科・整形等への受診は家族・職員で対応している。	
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	日々の業務やケース記録等により情報の共有化を図り、状態の変化等がみられた場合は速やかに連絡できる体制を構築している。		
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。	入院した際には速やかに情報提供を行い、入院中もご家族・病院関係者より情報を収集し、いつでも受け入れられるよう早期退院に備えている。		
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	入居時に本人・家族へ終末期への意向の確認をし、施設でできる事の説明とその同意を得た上で対応に取り組んでいる。また適時話し合いの場を設け、意向に沿えるよう取り組んでいる。	入居時に重要事項説明書でホームの医療体制「変化時の対応・看取りをする」と「終末期医療についての事前調査書」に記入し、ホームの出来る事を説明し同意を得ている。終末期が近づく入院・看取りの話し合いを行い、食事が出来なくなる等状態を見て家族と話し合い、6ヶ月前に看取りに関する医師の意見書により家族利用者に話をして同意を得て「看取りに関する指針」に沿って対応が行われている。	
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	マニュアルの作成やAED設置し、急変時の対応に備えている。定期的な訓練の実施にも努めていく。		
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	毎月1回、利用者・職員参加の防災訓練を実施。また年2回の消防署立会い避難訓練を行い、指導を仰いでいる。町内会等との連携も図れている。	毎月ユニット毎に日中・夜間の火災・地震想定について、防災係が曜日を変え・テーマを決めて「通報・避難誘導・消火訓練」が行なわれている。年2回消防立ち会いの訓練では通報の仕方・避難場所等の指導は記録して周知している。町内の防災訓練は職員が参加して独居老人の搬送や状況確認等が行われ、ホームは避難場所の受け入れを通知し地域との連携を図っている。	

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	個々を尊重し、声掛けにも気をつけプライバシーを損ねないようなケアが行なえるように努めている。	「自分らしい生活の実現」を何よりも大切にし、利用者個々の生き方を尊重している。話せない人には表情を見て声かけ、無理強いをしないで本人の意思を聞き、言葉の抑制のスピーチロックは個別の指導や職員同士で注意し合い研修も行われている。ホーム内でのオレンジカフェでは「認知症・ユマニチュード」のミニ講話をして地域の人に理解を深めている。トイレ・入浴は扉を閉め、入室時はノック・挨拶をしプライバシーを尊重している。	
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	日常でのコミュニケーションの中で、ご利用者の希望を引き出せるよう、また思いに気づき対応できるよう努めている。		
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	その人のペースに合わせ可能な限りの対応を行なっている。今後も利用者のペースに合わせたケアが行なえるよう努めていきたい。		
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	衣服等は利用者の好みの物を持参して頂いている。出張美容をしてもらい、髪型も希望を取り入れている。日常的に自身で化粧を行なっている方は、おしゃれが継続できるよう努めている。		
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	利用者の出来る事を一緒に行なっている。食事が楽しみなものになるよう、利用者の好みを聞き、外食や出前をとったり、調理レクなどの行事に活かしている。	利用者は「配膳・テーブルや食器拭き等」出来る事を一緒に行っている。週2回パン屋が来て好きな物を選び、調理レクではおでんや鍋パーティー、誕生会では希望を聞いて寿司の出前や個別に外食に行っている。行事食では季節に合った食事が提供され、外食は家族と一緒に希望を聞き洋食店等に行き、食事を楽しむ様々な工夫が行われている。	
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	毎食ともこまめな水分補給を行っており、チェック表にて確認・記録し十分に確保できるよう努めている。食事形態も利用者の状態に合わせて対応している。		
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	毎食後の口腔ケアと夜間の義歯洗浄を行なっている。また毎週訪問歯科もあり、歯科医や衛生士との連携を図り支援に努めている。		

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
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	立位困難な方はオムツ対応を行なっているが、排泄チェック表にて個々の排泄パターンの把握にも努め、支援している。	排泄チェック表から排泄パターンを把握して定時に声掛けをしてトイレでの自立排泄を支援している。立位困難な人は2人介助をし、拒否には声掛けの工夫をし、個々の行動や表情を見て支援している。夜オムツの人も昼間はリハパンツにして生活改善を考えている。体操や水分摂取に努め、看護師がデーターを取って毎回排便が出来る様に医師と相談をして調整をしている。	
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	日々の体操を実施し、水分チェックにて摂取量の確保に努めている。また毎日排泄チェック表で排便の確認をし、必要時は薬で調整し便秘予防に努めている。		
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	基本的に入浴時間は午後としているが、個々の状況に合わせ臨機応変に対応している。また立位困難な方には安全な入浴できるよう1階の機械浴を使用している。	利用者の体調やその日の状況に合わせて柔軟に週2～3回の入浴を支援している。入りたくない人や朝に入りたい人には優しく声掛けの工夫や職員を替え、状況を記録して活かしている。入浴前にバイタルをし、痣・擦り傷等の確認や薬の塗布など健康面にも配慮している。季節にはゆず湯・菖蒲湯に入り、1対1の入浴の時間は会話が弾んでいる。	
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	夜間睡眠状況や朝の覚醒状況で起床は無理のないよう個々の状態に合わせて対応を行なっている。日中は活動的に過ごしたり、個々の体調に合わせて休息をとるよう支援している。		
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	個々の処方薬説明書を確認・把握。状態の変化に応じて訪問医・薬剤師と相談し、薬の変更等を行なっている。また薬変更時は申し送りや連絡ノート等で確認を行なっている。		
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	好きな事、出来る事などを把握し、個々の状態に合わせて役割のある生活が出来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支援している	散歩や外出はその日の個々の状態や体調に合わせて実施している。行事等の外出時はご家族にも声をかけ出かけている。	利用者が一緒に行動する事が難しくなっているが、スーパーでの買い物では店内を歩き、天気の良い日には車椅子や歩ける人も職員と一緒に散歩に出掛けている。中庭でのお茶や体操、園庭での花や野菜作りと収穫を楽しみ、外に出て気分転換が図られている。企画外出では桜見・バラ園・イチゴ狩りに家族も一緒に参加し、また、家族とは外出・外食も行われている。	

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	現在は対象者がおらず、個人で支払う事は無いが、希望の物を購入できるよう支援している。買い物にも個別対応にて出かけている。		
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	希望があった場合は、職員が窓口となり電話がかけられるよう対応している。手紙のやりとりも希望があれば職員が窓口となり対応している。		
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	季節に合った飾り付けや作品を貼り出している。食堂には吹き抜けの中庭があり太陽の光が差し込み明るく風通しの良い空間になっている。また冬場は床暖房も活用し、居心地よく過ごせるようになっている。	リビングには日の光が入って明るく、床暖房・エアコン・加湿器で温度湿度調整をして快適な共有空間となっている。季節毎に正月飾り・ひな祭り等創作物を一緒に作って季節を感じ、レクの時間は体操・折り紙・ボール投げ、ボランティアによる歌やバンド演奏等楽しみの場となっている。利用者は椅子やソファに座って会話をしてゆっくりと過ごしている。	
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	食堂スペースの他、ソファを設置しつろぎのスペースを確保し、ゆっくり過ごせるようにしている。		
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	基本的に馴染みの物、必要と思えるものは持ち込んで頂いている。写真や部屋の飾りつけ等はご家族や職員で行い、居心地よく過ごせるよう工夫している。	使い慣れた馴染みの家具・衣装入れ・テレビ持ち込み、家族や孫の写真・仏壇・誕生祝いの色紙等を飾り居心地の良い居室作りとなっている。居室の扉には顔写真や花飾りで表示し、毎朝窓を開け新鮮な空気を入れ、温度湿度管理をし、導線が確保されている。1時間毎の夜間巡回はパットの交換や安全の見守りが行なわれている。	
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	利用者の状況を把握し、一人ひとりが安全で可能な限り自立した生活が送れるよう環境整備にも努めている。		

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	6	事故報告に対してヒヤリハットの報告が少ない	職員一人一人がヒヤリハットの視点を持ち意識を高めて、報告を出し合い事故防止に努める	事故・ヒヤリハットの研修プログラムを設け、事例を収集し職員全体で情報の共有を図り危機管理に取り組む	12ヶ月
2	26	ケアプランに沿ったケース記録の記入が行えていない	ケアプランとケース記録の連動を図り、プランに沿ったサービスを提供する	ケアプランの目標・援助内容を把握し、ケース記録の書式の変更等含め検討を行いプランと連動する記録に取り組む	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、行を挿入してください。