

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5年12月26日	評価結果市町村受理日	令和6年2月29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6年1月22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)】

<ul style="list-style-type: none"> 令和4年4月4日新型コロナウイルスによるクラスターが発生、その体験により施設内における感染対策が現場に定着した。また、BCP策定においてもこの経験が活かされた内容が網羅された。 グループホームにおいて支援を実践するうえで必要な介護倫理、プライバシー・身体拘束の配慮について既存のマニュアルを修正、追加、現状実施している内容と乖離がないよう見直しを実施した。 医療連携体制については、施設の連携病院以外でも、ご家族の意向により馴染みの医師による安心した医療が受けられるよう柔軟な対応をしている。 災害に関するBCP策定はマニュアルを整備し、内容を職員全員に周知した。今後は年間計画に実践の訓練を組み入れ災害に強い施設づくりに取り組む。

【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>事業所の良い点として</p> <ol style="list-style-type: none"> 認知症とはどういう人かを理解し、利用者一人ひとりに柔軟に対応して安心・安全な生活が出来、寄り添いやりすぎない介護を心がけ、本人が出来る事はやってもらい、出来る事が増えて生きがいや希望となる支援をしている。 職員はキャリアファイルの達成目標の作成と自己評価により意識とケアの向上に繋げている。また、ブログでの利用者の様子や職員の働く姿を画像にして紹介をして施設アピールをする職員からの提案が活かされている。 施設としてマニュアルの整備を行い、職員の守るべき介護倫理を明文化して正しい理解を深め、マニュアルの活用と見直しをして介護サービスの質の確保と職員の持っている介護を見極めて指導して育成していく。このマニュアルをベースにして今後の活動に活かし、根付かせ財産にしていく事に取り組んでいる。
--

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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者の 利用者の2/3くらい 利用者の1/3くらい 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての家族と 家族の2/3くらい 家族の1/3くらい 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)	<ol style="list-style-type: none"> 毎日ある 数日に1回程度ある たまにある 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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)	<ol style="list-style-type: none"> 大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての職員が 職員の2/3くらいが 職員の1/3くらいが 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての家族等が 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが 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)	<ol style="list-style-type: none"> ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが 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	法人理念を施設内に掲示し、ユニット会議で利用者個人にあうケアを目指し話し合っている。又法人の理念にもとづき、各部署ごとに年間目標をつくり、自立支援に向けたケアを心掛けている。年度末には達成度の評価を実施し職員の意識向上に努めている。	法人理念について営業会議で話し合い認知症の施設として良い生活をするために、具体的に箇条書きにして分かりやすく明示する事になった。利用者一人ひとりに柔軟に対応して安心・安全な生活が出来、やりたい事をやってもらえる様に努めている。職員はキャリアシートの作成と自己評価により意識とケアの向上に繋げている。	
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会と施設の行事について情報伝達を行っている。地域ケア会議への出席や地区社協主催の地域住民向けのミニデイサービス(軽体操)の指導等を通じ交流している。	コロナ5類以降も町会の行事や幼稚園児との交流は中止されている。傾聴ボランティアの受け入れは始め、利用者は散歩時に近所の人に挨拶をしている。地域ケア会議に出席して事例検討を話し合い、地域住民に軽体操の指導をしている。また、認知症カフェは他のカフェと共同してホームの場所での実施を検討している。	
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	施設での行事にはボランティアを募る等、地域へも案内を出し実際に足を運んで頂いていた。認知症カフェを開催し理解を深めてもらえるよう取り組んでいたが、市中の感染状況を踏まえ再開の時期を判断している。		
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	コロナ対策が緩和されたことで、令和5年7月より2か月に1回の対面開催を再開した。構成員の方々から忌憚のない意見を頂いている。内容は、利用者の状況、行事、事故報告、職員の取り組みや質の向上、研修で取り上げたテーマ等を報告している。	運営推進会議は地域包括・町会・民生委員・家族代表が参加して7月より再開されている。コロナ発生・利用者状況・施設行事・事故報告・防災訓練等の活動内容が報告されている。参加者全員から誤薬・防災訓練・転倒事故・面会・入居等活発な意見や要望を聞き、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	市の担当者と法令的な相談等を行い、サービス向上に努めている。地域包括支援センターとも連携し、地域ケア会議に参加している。まちかど案内所の登録事業所となっている。	市の担当者とは分からない点や確認したい事の相談や事故報告等を行い、メールでのコロナ対策・感染症予防・災害対策・研修案内に協力して取り組んでいる。グループホーム連絡会は開催されていないが、空き室情報を提供してネットで公開されている。地域包括主催の地域ケア会議や勉強会に参加し、市のまちかど案内に登録をして地域の人からの相談を受けている。	
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2回以上は身体拘束に関する研修を実施している。現在身体拘束を行っている事例はない。月1回のユニット会議で「身体拘束等適正化委員会」の活動として、ケアが拘束にあたらぬかの振り返りを実施している。また、今年度は、情報公表マニュアルの身体拘束に関する内容を見直し修正を実施している。	身体拘束に関する年2回の研修実施、毎月のユニット会議では身体拘束等適正化委員会として虐待に当たるかもしれない事例を基に話し合い振り返りをして議事録にまとめ運営推進会議で報告されている。身体拘束をしないケアや意識を高めて身体拘束は行われていない。情報公表マニュアルの整備が行われ、倫理の明確化や身体拘束に関する内容の見直しを行っている。	
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払って発見時など申し送り、報告書を提出。ユニット会議等で虐待が疑われる行為について適宜話し合い、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	成年後見制度を利用している利用者が1名入居されている。以前は成年後見人の方にも研修を行って頂いたこともあり、今後も学ぶ機会が持てるよう努めていく。		
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得ている。解約の際には、多職種が集まり会議を設けたり、十分な説明を行い理解して頂けるよう努めている。		
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、聴き取った意見や要望を、反映させるよう努めている。また、合同行事にご家族様を招待し、日頃の様子を確認いただき、一人ひとりの意向を聴き取り支援につなげている。	家族代表が運営推進会議に参加し、家族とは面会・面談を行って近況報告や利用者状況を話し合い、必要時には電話連絡をして意見や要望を聞きユニット毎に連絡帳で共有している。毎月の「ディア通信」では行事や生活の様子を笑顔の写真で伝えている。感謝祭には家族を招待し、利用者と一緒に職員によるハンドベル・マジック等が披露され楽しみの場となっている。利用者の日常生活を観察して記録と申し送りをして話し合い、状況を把握して支援に繋げている。	医療連携は良くできているが、その状況が家族によく伝わっていない事もある。毎月の訪問医の報告を分かりやすく記述して理解してもらう工夫が必要と考え、提供方法の検討が行われているので期待します。
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	都度相談を受け話し合いを実施している。ユニット会議や定期の個人面談(管理者・施設長同席)を行い、業務面・人間関係等の意見や提案を聞く機会を作り、働きやすい環境の整備に努めている。	職員はユニット会議やカンファレンスの中で利用者状況とモニタリング結果の意見を述べて話し合っている。また、業務改善として、ブログでの利用者・職員の様子や働く姿を画像を入れて紹介をして施設アピールをする提案が実施される事となった。管理者は職員に気軽に声掛けをし、個人面談も実施して悩みや相談を受けて話し合い、意見が言いやすい・働きやすい環境づくりに努めている。	
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	個々の勤務状況を把握し、業務内容の改善・環境整備に努めている。シフトの整備などを行い、資格取得のバックアップを行っている。勤務形態に日勤常勤制を設け常勤の働き方を選択できるようにした。また、夜勤手当を増額するなど賃金の見直しが行われた。		
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、個人でも参加できるオンライン研修の周知に努めている。ユニット間の体験研修や、資格取得に対して休み等の便宜を図っている。また、キャリアファイルを全職員に配布し、年度末に実践の振り返りを行い自身の成長につなげている。		
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	可能な限り地域包括支援センター、近隣の医療機関、福祉施設、民生委員等が集まる勉強会に参加し、お互いに顔の見える関係の構築に努めている。コロナの緩和に伴い、外部研修等への参加が出来るよう努めている。		

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
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	入居前には必ずご本人との面談の機会を設け、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	ご本人の同席とは別に、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お任せ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、職員と一緒にいるなど可能な限り本人ができる事を行ってもらい、自立支援を目標に良好な関係を築けるよう努めている。また利用者の得意とする編み物などのテクニックやコツを職員が教わり、他利用者へと輪を広げている。		
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	面談や来所時に近況等を報告し、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。家族に確認し、行っていただける事は家族に行っている。		
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	コロナ渦後、家族との外出・外泊はまだ再開していないが、希望があればご家族へ宛てた電話の中継ぎをしている。また、年賀状を書く希望がある入居者のサポートをしている。レクリエーションでは、回想法を活用し、昔の遊びや懐メロでなつかしさを感じて頂いている。	利用者の馴染みの人や場はアセスメントシートでの生活歴や本人から聞いて把握に努めている。昔取った杵柄や経験を引き出し、編み物の得意な人に作品作りしてもらって展示し、椅子のカバー作りは装着して実用化している。面会も再開され親切な対応を心がけ、希望により家族に電話をして話し、年賀状のやり取りを支援している。また、レクリエーションとして回想法を活用して、行事の写真を見て思い出し、ユーチューブで知っている歌を歌って懐かしさを感じてもらえるようにしている。	
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	一人一人の状況を把握し、利用者同士の関係を見極めて座席を考慮したり、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	退去時には継続したケアが実施できるように、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。利用者退去後も、季節の花を生けて施設にお持ち下さるご家族がいらっしゃる状況です。		
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	入居前にはご本人との面談、アセスメントを実施、希望や意向の把握に努めている。入居後も本人の生活の様子や発言等から心身の変化に気づきを得て職員間で情報を共有し、ユニット会議で話し合い検討している。好きな事・得意な事が継続でき、苦手な事もサポートで生活できるよう支援している。	入所前に利用者・家族と面談をしてアセスメント表の詳細な項目に記録して把握し、入所後には日常の様子や発した言葉と心身の変化には注意をし、ケース記録や申し送りにより情報共有をしてユニット会議で話し合っている。危ない事も見極めて家族に話し、本人が出来る事はやってもらい・やりすぎない介護を心がけ、認知症とはどういう人かを理解し、出来る事が増えて生きがいが希望となる支援をしている。	
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	入居前のアセスメント、生活調査票にて情報を収集。入居後の対話や、ご家族来所時の聞き取りなど、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	日中帯から夜間帯と一日を通しての観察を記録し、申し送り・会議等で利用者の状況把握に努め、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	ユニット会議やカンファレンスで利用者の状態や課題を話し合い、本人や家族の要望を聞きとり介護計画を作成している。入院等で状態の変化等あれば、医師や看護師と相談し都度サービス内容の変更も行っている。また、個別の援助目標を立案し、毎月のユニット会議でモニタリングを実施している。	利用者の担当職員はケアプランから課題について個別目標を作成している。ユニット会議のカンファレンスでは事前に話し合いたい内容を提出し、モニタリング状況を基に今後の対応を検討し、利用者・家族の要望を取り入れケアマネージャーと話し合っケアプランが作成されている。また、状態の変化時には医師や看護師と相談をして見直しが行われ、家族に連絡をして説明し了承を得ている。	
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	ケース記録・申し送り・ユニット会議等で情報を共有している。また、居室担当を指名し、月1回現状の課題について目標を立て実践した結果を管理者・ケアマネに提出させ、介護計画の見直しに反映している。		
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	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。一人ひとりの支援として傾聴ボランティア、訪問マッサージ等を受け入れ実施している。		

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
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や、近隣の幼稚園児達との交流を行っていたが、現在はコロナ禍のため中止している。施設周辺の散歩時に近隣の方に挨拶する等の交流を図っている。		
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	入居契約時に訪問診療機関との医療連携体制の説明を行っている。入居前からのかかりつけ医療機関を希望の場合、家族対応にて受診して頂いているが、必要に応じ、施設内看護師も同行している。訪問診療の担当医師が交代しても継続した診療に支障をきたさないよう、入居者の健康観察経過や介護支援経過を開示している。訪問診療の前日には、外用剤・点眼薬発注、健康状態を観察した情報を提供している。	入所時に医療支援体制を説明している。訪問医は2週に一度の来診で健康に関する診断を行ない、アドバイスをして健康生活の維持に努めている。風邪などのプライマリケアについては訪問医に相談し、指示により薬や外傷時は写真を送付して受診に繋げている。認知症外来受診時には看護師が同行し経緯・状態等経過観察のデータを提供して代行受診をしている。受診後には家族に経過を電話連絡し安心に繋げている。	
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	常勤の看護師が日々の業務やバイタルチェック表・ケース記録等を確認し、気になる点は介護職に聴き取り、利用者の状態把握に努めている。状態の変化等がみられた場合は、看護師不在でも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。	日頃から各利用者の地域連携シートを作成し、入院した際は速やかに情報の提供を行っている。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	入居時に終末期医療の事前調査書で意向を確認し、医療体制について事業所でできる事を説明し同意を得ている。今年東通りで2名を看取った。お二人共基礎疾患の慢性的経過と加齢が相まって、施設で穏やかに亡くなられた。いずれも死期を察知して事前に医師と調整し、家族と共に過ごせる環境をつくり終末期～臨終までを共に迎えられるよう配慮した。	入所時「終末期医療の事前調査書」で意向を確認と同意を得、変化時には再確認をし変更希望に柔軟に対応している。利用者のレベル低下になると医師に連絡をし、看取り希望の時は家族に状況説明と最後の時間を共有して看取りが行われている。ユニット会議で振り返り関わり方等話し合い共有の知識としている。家族から最後の時間を一緒に過ごした事に感謝の言葉が出ている。	
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・AED設置などで、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	各ユニットで、3か月に1度、地震や火災を想定した避難訓練を、実施している。(うち1回以上は夜間を想定)消防署立ち合いの総合訓練を予定していたが実施できず。ユニット毎の火災避難訓練はほぼ実施できた。今年、災害用BCPを策定し、職員全員に周知した。次年度は、シミュレーションを計画している。	各ユニットは毎月テーマを決めて避難訓練を実施していたが、同じ内容となるため3ヶ月毎に変更して内容の充実を図り、日中・夜間の地震や火災を想定した避難訓練を実施している。BCP計画は厚労省のひな型を基に「災害と感染」について作成して職員に配布し、次年度の年間行事計画の中で研修や訓練を実施する事としている。	

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	介護現場で保護すべきプライバシーの範囲、保護の方法を再確認する目的で「プライバシー保護マニュアル」の見直しを行った。実践では、一人ひとりのペースに合わせ待つことを大事にし、言葉遣いもその方に合わせ、誇りを損なわない様に心掛けている。トイレ・入浴などの介助においては羞恥心、安全に配慮しつつプライバシーを尊重し介助している。	利用者が安心して生活出来るよう、一人ひとりのペースに合わせたケアや思いに気づき、意思を尊重する支援に努めている。マニュアルの整備の中で利用者本位のサービスの提供としてプライバシー保護では「どういう保護をするか・保護の範囲やどうするか・侵害の事例等」見直しを行っている。トイレ・入浴や入室時ノックする等プライバシーにも細かく配慮している。	利用者に対して丁寧な声掛けをして誘っている。強要する言葉とは、意思の尊重について振り返りと再考し、本人に寄り添い尊厳に配慮する対応やユマニチュード研修も検討しているの期待します。
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	日常でのコミュニケーションの中で、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、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、購入している。日常的に自身で化粧を行っている方は、おしゃれが継続できるよう家族に連絡し、化粧品を購入している。		
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	職員と一緒に食材の皮むきやカット、配膳等出来ることを行ってもらっている。行事では、季節に合わせた流しそうめん等を企画し、誕生日には本人の食べたいもの聞き、出前を頼んだり調理レクとしてケーキ作り等をしている。	利用者一人ひとりの食事場面で役割を見つけ出来ることに挑戦する事を大切にしている。食材の皮むきやカット、配膳・食器洗いなどそれぞれの出来る事を行って役割が出来ている。自分たちで作って食べることで食事が楽しい時間となっている。栄養・カロリー吸収に気を付け補助食品を活用して健康面に配慮している。誕生会は希望を聞き寿司の出前を取り、おやつ作りや季節に応じた食事を提供して楽しめる機会を増やしている。	
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	バイタルチェック表にて食事・水分量を記録確認し、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、栄養状態の低い方には、1日3食の食事以外にも補助食品で1日に必要なカロリーを補っている。		
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	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、その人に合わせた声掛けで誘導し、自立排泄を支援している。立位困難な方は夜だけオムツを使用してもらい、日中はリハビリに交換し2人介助でトイレでの排泄を促している。	排泄チェック表のある健康管理表を看護師が作成し、全員のヶ月間の状態が一表にして管理し、医師に見せて情報提供をしている。排泄パターンを把握し本人に合わせて細やかに声掛けをして自立排泄を支援している。便秘には色々な下剤の組み合わせでその人に合わせて調整をしている。布パンの人も失敗があってもトイレに誘導してリハビリにしないように支援している。	
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	日々体操を実施。バイタルチェック表を確認し、適量の水分摂取に努めている。排泄チェック表で排便を確認し、腸蠕動が弱い、腹圧が低い、病気や薬が起因する便秘については、医師と調整し便秘予防に努めている。オリゴ糖を使用したり、個別に乳酸飲料を提供したりしている。		
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	基本的に入浴時間は決めているが、利用者の状態にあわせ柔軟に対応している。便失禁等で汚染があった際は、直ぐにシャワー浴等を行っている。入浴前にはバイタル測定をし、入浴時には痣など身体に異常がないか確認している。立位困難な方は安全に入浴出来るよう機械浴を使用。コロナ渦で中止していた炭酸泉の再開を12/31に予定している。	利用者の体調・気分に合わせて週2～3回の入浴を支援している。拒否する時は時間を置き声掛けの工夫や柔軟に対応し、失禁時には直ぐにシャワー浴を行ない清潔の維持に努めている。入浴時には肌チェックをして痣や湿疹などの確認を行ない、二人介助をして機械浴、大浴場は12月より再開して手足を伸ばし、季節にはゆず湯や菖蒲湯を楽しみ、1:1の入浴の時間は会話を楽しむ入浴支援が行なわれている。	
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	夜間の睡眠状況や朝の覚醒状況から、起床は無理のないよう個々の状態に合わせた対応を行っている。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	管理者と看護師が個々の処方薬説明書をダブルチェックで確認・把握。状態の変化に応じて訪問医・薬剤師と相談し、薬の変更等を行っている。また薬変更時は、訪診記録や申し送り、連絡ノート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	好きなこと、出来ることを把握し、個々の状態に合わせて楽しみ、役割のある生活が出来るよう支援している。施設内の卓球台や電子ピアノを自由に使っていただき、リフレッシュを図っていただいている。		
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	ユニット毎の行事で車窓ドライブや京成バラ園の散策を計画し出かけることができた。日常では施設敷地内で日光浴をしたり、庭園の草取り、水やり、花摘みをしたり、温室で実った野菜やイチゴなどの収穫を楽しみ、調理に彩を添えている。	歩ける人は散歩に出かけ、車イスの人とペアで出かけている。ホームの広間ではお茶を飲み、外に出て日光浴を行い、園庭にある温室での水やりや野菜・イチゴの収穫など自分で育てる楽しみと食材として彩りと食べる楽しみが広がっている。ユニット毎に企画をして京成バラ園のバラを見に行き車窓ドライブをして季節を感じている。来期には公園の桜見やドライブしながら花や景色を楽しむ企画を考えている。	

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	現在は個人で支払う事はないが、事務所で預り金を保管管理し家族にも協力を得て、希望の物が購入できるよう支援している。		
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	要望があった場合は職員が窓口となり電話での連絡や、手紙のやり取りができるよう対応している。携帯電話を持参している方もおり、自由に連絡を取っている。		
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	感染対策を継続しつつ、ユニット内は温度25℃、湿度50%を保つよう調整している。換気は常時5cm程度開けた状態で30分に1回程度自然換気を実施。地域交流室や玄関には、手作りの壁画を掲示し、季節ごとに交換。利用者は役割をもって家事活動、体操やゲームを楽しみ他利用者や職員と自由に会話を楽しんでいる。	コロナが5類に移行し、感染症対策として換気が大切と考え30分毎の窓開けを行なっている。室内の温度管理や加湿器を入れて湿度管理が行われている。手作りの壁画を皆で季節毎に作成して飾り、歌いながらのリズム体操や立位体操などで身体を動かし、カルタや神経衰弱ゲームなど皆で楽しむ時間を作り、共有空間にいる時間を多くつくる事に配慮している。職員との会話からその人をより深く理解する場となっている。	
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	リビングの他、ソファを設置するなどゆっくり過ごせるようなくつろぎのスペースを確保している。外に出たい方は駐車場のベンチに座り、日光浴などを行っている。		
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	馴染みの家具や洋服、テレビの持ち込みが可能。家族の写真を飾るなど、住み慣れた雰囲気再現し、居心地の良い居場所づくりに配慮している。また、居室のドアには花飾りなどのネームプレートを作り、自室がわかるように工夫。手すりや家具の角に緩衝材を取付け、転倒のリスクも考慮した導線を確保している。夜間巡視では、パット交換や安全の見守りを行っている。	入居時に家族に説明をして使い慣れた物・懐かしい物を持ち込み自分らしい部屋作りを提案している。使い慣れた家具・テレビ・仏壇を持ち込み、写真を飾って自分に合った部屋作りがされている。手すりや家具に利用者に応じて緩衝材を付け転倒防止と導線を確保して安全に配慮している。居室ドアには花飾りとネームプレートで自室が分り易くしている。1時間毎の巡回ではトイレ誘導やパット交換をし、安全の見守りを行っている。	
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を送れるよう、環境整備に努めている。		

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	13	職員を育てる取り組みについて、研修で得た内容が実践に反映されずにいる。	個々のキャリアアップのためダラーに応じた自己評価、管理者評価を実施し、業務で必要な専門性を身につけ実践能力の向上を図る。	・キャリア段位評価を用い自身のレベル、実践で「出来ている事」「出来ていない事」を確認し、目標を立てて取り組む。苦手な事を可視化し研修で技術を習得する。	12ヶ月
1	13	認知症の利用者に対する基本的な介護サービス技術が標準化されておらず、認知症のタイプに応じた関わりができていない職員がいる。	利用者本位の介護サービスが提供できるよう取り組む	認知症のケアに関するマニュアルの見直し、追加を職員と共に行う。マニュアルづくりを通し得た、振り返りや気づきを、自身の成長へつなげる。	12ヶ月
2	35	災害が発生した場合の業務継続に向けた取り組みとしてBCP計画を策定したが、策定のみにとどまった。	BCPの内容を職員が共有し、平時から災害対策BCPに関する研修・訓練を計画実施する。	1.入職時研修の内容にBCPの概念や必要性に関する情報を追加する。2.全職員対象にBCP研修を行う。 シュミレーションを計画実施 ①屋外コンロでの調理、非常食の提供②発電機の使用法や参集方法の確認	12ヶ月
3					ヶ月
4					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。