

平成23年度

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	1492800071	事業の開始年月日	平成20年3月1日	
		指定年月日	平成20年3月1日	
法人名	医療法人社団三喜会			
事業所名	デイサービスセンター鶴巻			
所在地	(257-0001) 神奈川県秦野市鶴巻北2丁目14番2号			
サービス種別 定員等	レ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25名	
		通い定員	15名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	5名	
		定員計	名	
自己評価作成日	平成24年1月17日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月12日	
定員等	ユニット数		ユニット	

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1492800071&SCD=730
----------	---

【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)】

医療依存の強い人も受け入れている。胃瘻、インスリン注射・在宅酸素の人も原則として デイサービスに通える人が優先。ほとんどの利用者が認知症で、その他に難病・脳血管障害・肺疾患・ガン末期などの方も受け入れている。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年2月28日	評価機関 評価決定日	平成24年4月9日

【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>デイサービスセンターは小田急線鶴巻温泉駅北口から徒歩6分の高台にある6階建のビルの4階にあって非常に眺望に優れています。広い居間に大きな窓、広いテラスがあり、医療法人社団の三喜会が運営にあたっています。1階は同法人の訪問診療クリニック、訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションがあり、同じく2、3階にはグループホームとなっています。</p> <p><優れている点> 系列の病院や訪問看護、訪問介護、在宅支援などと連携して癌末期、胃瘻などの医療依存度の高い方も受け入れて医療介護の駆け込み寺としての機能を発揮し地域に貢献しています。</p> <p><工夫点> 個人ファイル用の昼夜のケア記録は一目で分かるように色別用紙で記入されています。医療依存度の高い利用者が多く片側麻痺であっても安心して使用できるように左・右別々の機器を設置したトイレや、左・右別のリフターを設置した二つの浴室があります。</p> <p>居間にはスロットマシーン・麻雀・囲碁・将棋・図書・カラオケ・テレビなどが楽しめる遊具を揃えています。広いベランダには大きな円形や長方形のテーブルセットが用意されて外気浴やプランターや植木鉢が置かれ気分転換が出来るように、また安心して過ごすことができます。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	デイサービスセンター鶴巻
ユニット名	

アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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ます。 (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
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：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	事業者独自の理念を掲げている。理念を入り口に提示している。職員全員で理念を共有して 日々の ケアの中で実践している。	事業所独自の理念を事業所の入口に掲示しています。職員には入職時の研修や、各自の名札の裏側に理念を記載し、また、毎年4月の会議で理念の振り返りをし共有化を図っています。職員は理念に基づき日々の介護支援の実践に励んでいます。	
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	7月10日に「支え合う街鶴巻強めよう絆」あじさいの丘夏祭りを開催バザー・出店・歌謡ショー・フラダンス・子供のジャズダンスなど、ご近所の方々や利用者及びそのご家族も参加し 交流の場としている。	建物合同で「あじさいの丘夏祭り」を開催しています。この祭りに多くのボランティアの参加を頂いています。自治会向けに介護教室を開催して健康のチェックや地域住民からの相談に乗っています。介護士実習生の受け入れもしています。	
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	利用していない方の相談も、随時うけている。助言や適切な相談 窓口の紹介等も行っている。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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	家族・地域住民・民生員・ボランティア代表・包括支援センター、行政等の参加し行っている。参加メンバーによる意見は積極的に取り入れ受け入れ改善に向けた取組みを行っている。	運営推進会議に自治会長、民生委員、市、地域包括支援センター、住民代表、ボランティア代表、医師、事務局長、利用者家族など多くの方々の参加を得て3ヶ月置きに開催しています。会議の提案からどんど焼きなどの行事に積極的に参加するようにしています。	
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市町村担当窓口に対して、事業者の実情やケアサービスの取組みを折に触れ伝えていく。定期的に 鶴巻ファミリーを発行して送っている。連絡会に参加している。	市の担当者とは常時連絡を取り合い情報の交換をしています。市のグループホーム、デイサービス協議会に加入し、市主催のケアマネジャー研修会にも参加しています。インフルエンザ流行時には泊りの定員をオーバーしても市に連絡して受け入れています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束については正しく理解している。拘束ではなく工夫や見守り、声掛けで対応している。	職員は研修や会議で身体拘束をしないケアを正しく認識し、帰宅願望の強い方にも優しく付き添い気が和げるのを待ちます。言葉による拘束は職員同士がお互いに配慮して注意し合っています。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	施設合同研修等で虐待防止について学び、月例ミーティングで他のスタッフへも報告している。利用者が自宅や事業所内での虐待行為が行われていないか常に注意を払っている。		
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	外部研修に参加し学び、他のスタッフにも月例ミーティングで学習し成年後見人制度の理解に努めている。		
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	ケースによっては、なるべく事前に利用者・家族・担当ケアマネ等に実際来所して頂き見学した上で十分な説明を行い理解・納得して頂いてから契約してもらっている。適宜自宅訪問し説明もしている。		
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並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	意見、不満、苦情等は、迅速な対応に努めている。発生要因を探り、課題を検討し、質の向上に努めている。	アンケート用紙を用いて、利用者家族などから利用目的を明確にして意見をもらっています。選択肢が多いので通所にするのか泊りにするのか、施設としてできることと、できないことを説明して家族などに納得をして貰っています。送迎の時間にも意見を伺って反映しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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回月例会ミーティングを行い、様々な意見交換や提案を出し合っている。朝・夕申し送り・ミニカンファレンスも実施している。働く意欲と質の向上に努めている。	管理者は職員のモラルや意欲の向上を目指し、毎月のミーティングや、申し送りノートおよび朝礼、夕礼で意見や提案を汲み取り、運営に反映させようと努めています。	
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	年2回人事評価制度で、職員自ら自己評価し、管理者と面談している。やりがいのある職場作り努めている。より働きやすい職場にするために、創意工夫にも努めている。スタッフと共に行っている。		
13		職員を育てる取組み 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	施設内で定期的に学習会・研修を開催している。外部研修等にも随時スタッフ全員に参加を促している。		
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つくり、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組みをしている	地域の同業者とケアマネジャー連絡会・勉強会・研修会等に積極的に参加し、交流を図っている。常にサービスの質向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	初期の関係作りが特に大切なので、本人の生活パターンを把握して混乱を最小限とする。必要に応じておためし利用等も行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	電話・訪問や見学等、お会いする機会を作り ケースによっては、時間をかけて面談し、家族とケアプランを十分調節し柔軟に対応している。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	迅速丁寧に対応。可能な限り柔軟な対応に努める。他の事業者につなげる場合も同様。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一人一人の興味や関心のあること 得意とすることを引き出し心地よい空間雰囲気作りに努める。利用者同士の円滑な交流が円滑にできるよう支援する。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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・利用者の思いや状況を見極めながら、共に考え・助言している。訪問・電話・連絡ノート等で密に情報交換をしている。		
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	自宅での生活が継続できるよう支援している。本人の取り巻く人間関係や環境について本人・家族より聴いて、その関係がとぎれないよう支援。センターでの面会等も実施している。	自宅で生活しているのと同じように家族や学生時代の友人が部屋を訪問するのを支援しています。馴染みの理髪店や美容室への送迎は原則家族による支援介助をお願いしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	常に利用者が、主役で、スタッフは黒子として、その人らしく生き生きと過ごせるよう努めている。利用者同士の交流が円滑にできるよう支援する。		
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	利用者が終了する際には次へ移る先の担当者に情報提供を行っている。サービス利用終了後も必要であれば家族等による相談も受けている。		
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。	利用者がその人らしく暮らし続けるよう支援している。本人・家族の意向を適宜確認し、ケアプランに反映させて調整している。	個別ノートから利用者がその人らしい生活が営めるように例えば、盆栽の好きな方にはレクリエーション委員会を中心にケアプランを作成しています。「あじさいの丘の夏祭り」では、利用者が主体のサルカニ合戦を演じ会場が大いに盛り上がりました。	
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	アセスメントを行い、本人や家族から多くの情報が得られるよう努めている。		
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	アセスメントから生活パターンを把握し、本人のできる動作・行動を維持し、出来る事をより引き出すよう支援に努める。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の関わりから 本人家族の思い、意向を尊重しケアプランに反映している。スタッフもそれぞれ得た情報・出来事・言動・行動等日々の記録に残すようにしている。総合的に介護計画に役立てる。	介護計画の参考にするため「1号用紙」を家族に渡して記入して貰い「2号用紙」には利用者の言葉や日頃の様子がわかるように記入し情報の共有化を図り、ケアプランに繋げています。	
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、業務日誌、水分量・排泄等の記録し、本人のエピソード、スタッフの気づき等記録に残している。帰りのカンファレンスでスタッフ間で情報の共有しケアの構築に努めている。		
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	本人家族等の状況の変化、急病・急用等に対して、臨時利用・宿泊・利用時間の延長・早朝利用等 柔軟に対応している。		
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	警察・消防、民生員と必要に応じて協力を得ている。SOSネットワークも利用者に応じて活用している。配食サービス・ごみの収集など また困難事例等は、市や地域包括と適宜情報交換している。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 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	基本的には、家族同行の受診としているが、緊急時等は、家族と連携して通院の支援も行っている。かかりつけ医とも必要時随時情報交換している。	従来からのかかりつけ医への受診診断の送迎は家族にお願いするのが基本ですが緊急時など状況によっては、施設で通院診療の支援を行うこともあります。主治医の定期的な受診の他に必要に応じて自宅往診受けています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>看護職員と日々日常の健康管理・医療面について情報を共有している。また、本人の利用する訪問看護ステーションとも適宜連携をとっている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>	<p>利用者が入院した際は病院のソーシャルワーカーとの情報交換・サマリーの提供をしている。本人・家族の意向を大切にしながら 早期退院に向けて協力支援している。退院後の療養についても病院関係者より情報を得てケアの見直し支援している。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>家族との話し合い、意向の確認をしている。家族かかりつけ医師・当管理者・当ケアマネジャー・訪問看護師（ステーション）と連携をとり 利用者・家族の希望に添う形で支援に努めている。安心して最期を迎えられるよう支援している。</p>	<p>本人や家族の意向を大切にして、かかりつけ医、管理者、訪問看護師、ケアマネジャーが連絡を取り合い緩和ケアが必要か否かなど極力家族などの希望に沿うようにしています。看取り看護の実績もあります。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>消防署の協力を得て、救急手当てや蘇生術の研修を実施した。全員ではないが、月例ミーティングで参加しなかったスタッフに伝達講習した。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>消化器や避難通路の確保、火災報知器の設置、緊急連絡網と連絡先一覧の提示、消防署の協力を得ている。定期的に、防災訓練を行っている。</p>	<p>建物全体が地域の防災拠点としての役割を担っています。また災害避難訓練を建物全体で消防署の指導協力の基に年に2回開催しています。食糧および飲料水、薬品などの備蓄も整えています。</p>	<p>居室および居間の家具類が地震などの揺れで倒れて怪我や避難通路を邪魔したりすることがないように家具類の固定の確認をすることも期待されます。</p>

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	記録等の個人情報は、事務所の書庫に保管している。また、職員全員が個人情報保護の契約を結んでいる。月例ミーティングの場で個人の尊厳についての共通理解を深めている。	利用者一人ひとりの人格、尊厳プライバシーの確保について、職員には入職時や毎年4月の定期研修で周知徹底を図っています。個人情報の記載された書類は鍵をかけて保管しています。職員やボランティア、実習生にも誓約書で守秘義務の徹底を図っています。	
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	日々の介護を通して、見えてくる本人の表情、行動などからも本人の意志、意向を大切にし、自己決定が出来るよう支援している。		
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	基本的な一日の流れは決まっているが、本人のペースに沿って、一人一人の体調に配慮しながら、その日・その時の本人の気持ちを尊重している。関わり方は、スタッフ皆が、その方の自立を促進し、可能性を引き出す支援をしている。		
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	入浴後、持参の化粧の援助や整髪・ひげそり、爪切り等行っている。また本人の意志での洋服選びなどのおしゃれ、身だしなみの支援もしている。希望によって、理髪士が来て髪のカットも行っている。		
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	手作り料理で旬の食材 野菜は、近くの農協で購入し、新鮮な食材としている。利用者の好みに合わせ細かな対応をしている。食べやすい大きさ・柔らかさ・彩りにも常に配慮している。	食材は地元の地場野菜や商店で職員が購入します。調理人が5人おり1ヶ月の献立の3食を分担して作成します。利用者の方も手作りおやつ作りや誕生日ケーキなどを作ります。朝食時間は利用者の生活リズムに合わせています。職員は見守り介助をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事の際、嚥下等に留意して その人に適した食事形態に配慮している。食器等もその方の摂取量あった大きさの食器にしている。疾患にも配慮している。食事の摂取量・飲水量もチェックし、記録に残している。状況に応じ適宜看護師による家族指導も実施。		
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に、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	食後は、全員が歯ブラシ・うがい・口腔ケア・入れ歯の洗浄を実施。ケースによって、希望者は、歯科の往診もしてもらっている。		
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向けた支援を行っている	トイレは、4カ所ある。麻痺によって使い分けもしている。トイレの位置も居室に近い。手摺り位置等も配慮し自立に向けて支援をしている。バリアフリー。体型に合わせて足代の使用。ケースによっては、看護師による 緩下剤の調節・浣腸・排便も実施。	事業所の目標「排泄はトイレで」があります。自宅でトイレに行かない人も職員2人介助でトイレで行い、夜ポータブル使用者もトイレ使用が出来るようにしています。排泄自立支援に午後30分ほど体操、特に筋力をつけるため元温泉病院のレク専従職だった職員が週2回指導しています。	
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、食事の献立の工夫、適度な運動など取り入れている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	本人や家族の希望に添って、一人一人の習慣や体調・気分等配慮し、安全かつ快適な入浴できるよう支援している。リフターが設置している。	入浴は午前中から14時ごろまでに利用者にあわせて、週3回を基本に利用できます。浴室は2ヶ所隣接して、左・右麻痺の方も安全に安心して入浴を楽しめるように左・右別のリフターが設置されています。行事湯や保温のために入浴剤を利用しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	必要に応じて、休息できるよう支援している。個別に好みのところで居室・フロアのベッド・ソファ・ソファベッド・畳などでくつろげるよう配慮している。		
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	利用者の内服薬の一覧表がある。スタッフがいつでも確認できる。内服に関して看護師が、医師と相談している。看護師が管理分包等もケースによって実施している。		
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	アセスメントや日々の会話の中から読み取れる。本人の生活歴や力を活かした役割や行事等も工夫して実施している。四季によつてのイベント等も実施している。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	天候や体調、気分等に配慮して、安全を確認した上で、散歩にスタッフと一緒に掛け気分転換、ストレスの発散、心身の活性化に努めている。買い物同行も個々に合わせて支援しています。	車を利用して年3回(4・8・11月)の買い物ツアーや初詣・桜見物・鯉鑑賞・紅葉狩り、近くの大根公園には地域のボランティアにも声かけをして出かけました。また毎週木曜日は自分で買い物ができない方に職員が同行しています。車イスの方も一緒に散歩へ出かけています。	
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	現金を使う必要はないため、基本的には持参しないようお願いしているが、所持することで安心を得られる利用者については、トラブルにならないよう家族の承諾を得て持参していただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族への電話希望時は、付き添って支援している。年賀状など季節の便りを家族宛に出すよう取り組んでいる。		
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	共用空間では、利用者と一緒に作った作品の展示し、季節感も出している。ディールームは広く 和室もあり くつろげる雰囲気になっている。	広い大きなガラス窓、幅広い廊下、いつでも横に休めるように衝立ごとに和室・ベッドや長いソファがあり9人利用できます。6人掛けのテーブルも4セット・ソファセット・遊具・図書・テレビ・利用者の手作り品の展示、広いベランダは季節に応じて寛げます。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	ディールーム、和室・泊まりの部屋・テラスにベンチ・テーブル・椅子等 くつろげるスペースを作るよう配慮している。		
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	本人の状況に合わせて、本人・家族とも相談して、ケースによっては、孫・家族の写真を持参してもらい飾ったり、好みの物の持参可能。居室によって、テレビ設置している。認知の利用者は、なるべく同じ部屋など一人一人合わせて対応している。	居室は6畳で冷暖房機・ベット・テレビ・タンス・ロッカー・カーテン・加湿器等が用意されています。利用者が安心して泊まれるように家族写真や馴染みの衣類・枕などを持参しています。家庭の緊急時対応や医療対応の方は個々に応じて宿泊対応が来ています。	
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」や「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	テラスには、季節によって、花・観葉植物など利用者と共に育てる事を支援。年代に合わせたわかりやすい言葉・表示など工夫し、自立出来るよう支援している。		

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		災害時において地域との協力体制の構築	地域で共に暮らすことを大切にして、地域に根ざす施設にする。	地域住民との交流機会を増やす。 利用者・家族参加を求める。また、地域住民の協力も求め、定期的な 防災訓練の実施時に今後も地域住民の参加。	6ヶ月
2		外出機会や、行事・ボランティアによる活動の協力を得て 利用者のアクティビティーを考え取り込んでいる。行事等に家族を巻き込んだ関わりが、全体に浸透ができていない。	その人らしく生きることを大切にして、生きがいにつながる関わり・支援する。 家族も行事に参加して頂き共に楽しんでもらう。	行事等を個別적으로お知らせして、家族も巻き込んでいける関わりを工夫する。 あじさいの丘祭りの参加を家族にも呼びかける。 行事等利用者が参加している姿の写真など提供を継続する。	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 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。