

平成25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	1494100017	事業の開始年月日	平成18年9月1日
		指定年月日	平成18年9月1日
法人名	有限会社 ふれんどりい		
事業所名	ふれんどりいの家		
所在地	(252-0027) 神奈川県座間市座間2丁目2962-16		
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	18名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	9名
		宿泊定員	5名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成25年10月12日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月28日

※ 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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1494100017&SVCD=730&THNO=14216
----------	---

【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)】

利用者が明るく楽しく毎日過ごしていけるよう、利用者ひとりひとりの心に寄り添うことを大切にしています。また、第二の我が家と思っていただけるよう環境づくりと、馴染みの関係づくりにも力をいれていきたいと思っています。そして、家族が急な利用を希望された際にも柔軟に対応し、いつまでも住み慣れた自宅で生活が続けいけるよう利用者家族にも支援をしていきます。

【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25年11月14日	評価機関 評価決定日	平成26年1月8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)】

「ふれんどりいの家」は小田急線座間駅より徒歩約20分、市立座間小学校の校庭に隣接した住宅地にあります。木造2階建ての住宅を購入して、小規模多機能型介護施設として使用しています。居宅の雰囲気がそのまま感じられる事業所です。

<優れている点>

利用者一人ひとりに寄り添い、利用者の立場に立った介護を行動指針にしています。職員都合のやりやすい介護にならないように、スタッフ全員で注意しています。自宅の次に居心地の良い場所になるよう努力しています。

施設内にこもらず、毎日必ず利用者とともに外出することを習慣づけています。近所の人々と挨拶を交わし、地元の商店で買い物をして、地域社会とのつながりを断ち切らない支援をしています。家族会を家族が立ち上げて、3ヶ月に1度自主的に開催・運営しています。

<工夫点>

毎週月曜日から土曜日まで、楽器演奏、カラオケ、ちぎり絵、フラワー・アレンジメントなどテーマを変えて多彩なクラブ活動を行っています。各職員が得意の分野を受け持ち、ボランティアも参加して交流しています。

デイサービスとナイトサービスを分割することにより、定員を守り、かつ利用者の要望に応えるように工夫しています。

【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
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV 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
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ふれんどりいの家
ユニット名	

V 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
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近づけている。	入社時の新人研修にて理念の読み合わせを行い、代表より内容の説明を受けています。また、年度ごとに会議にて理念の再確認をし、周知しています。	小規模多機能型事業所「ふれんどりの家」の基本理念は8項目あります。今年は「地域に根差した事業所づくり」に重点的に取り組んでいます。新人研修の折に、代表から理念についての講義があり、年度初めのスタッフ会議でも確認して意識づけています。	
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。	自治会に加入し、地域の行事にも参加しています。また、日常的にも挨拶をし、顔なじみの関係や気づいたことを気軽に言うていただける関係づくりをしています。	事業所が設立された当時から、自治会に加入しています。毎年の盆踊りなど地域の行事にも参加しています。近所の商店、農協やスーパーなどでは、職員とともに利用者は顔馴染みになっており、近所の美容室を毎回利用している人もいます。	
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。	代表が市内の小学校や中学校から依頼を受けて、福祉についての講演会を数回行っています。		
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。	2ヶ月に1回のペースで運営推進会議を開催し、利用者状況や日々の活動を報告しています。運営推進委員は、前市会議員、民生委員、地域包括センターの職員、近隣住民、利用者の家族、そしてオブザーバーとして市役所の担当職員が出席しています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。家族代表、管理者及び法人代表の他に、民生委員、地域住民、前市会議員、市役所の担当者、地域包括支援センターの職員など外部から多数の出席があります。外部からの参加者の意見をサービスの向上に生かすように心がけています。	
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。	分からないこと、困ったことがあった際には、市の担当職員に相談し、適切な指示・助言をいただいています。	市の健康部介護保険課が窓口で、担当者は毎回運営推進会議に出席しています。いつでも相談でき、適切な指示と助言を受けることができる体制になっています。また市役所や地域包括支援センターが主催する講習会にもできるだけ参加しています。	

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
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。	スタッフ会議で直接的な身体拘束だけでなく、声掛け等もその人の行動を静止させてないかも検討しています。屋外へ出たいという利用者の気持ちにも寄り添い、徘徊につきあったり、気分転換になる活動も提供しています。	「一人ひとりの気持ちに寄り添う」という基本理念に従って、利用者の行動を見守り、束縛をしていません。夜間を除き施錠はせず、外に出たい人には付き添って外出しています。外に出たがる利用者の気持ちについては、家族にも理解を求めています。	
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。	社内外の研修に参加し、学ぶ機会を設けています。また、スタッフ会議では不適切だと思われる介護についても検討しています。		
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。	社内外の研修に参加し、学ぶ機会を設けています。		
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。	契約に関しては、時間を十分にとって丁寧に説明しています。利用者や家族からの疑問点、要望、希望等も尋ね、理解し納得してもらってから契約をするようにしています。		
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。	送迎時に家族と会える時間が多いので、その時間に家族とコミュニケーションを取り、細かい要望等を聴いています。個人の連絡ノートでの連絡交換も行っています。内容によってはすぐには対応できないこともあります。基本的にはすぐに対応しています。	送迎時に家族と話をする機会をつくり、連絡ノートも日常的に活用しています。ケアマネジャーは月に1度利用者宅を訪問して、家族に状況を伝えています。また3ヶ月に1度開催している家族会では、フリートークの時間もあり、意見を聴き取る場になっています。	

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。	月に1回のスタッフ会議ではたくさんのスタッフが集まり、日々の困ったこと、会社への要望等を話せる空間です。また、そこで出た要望等も法人全体の全体会議で検討することもあります。	毎月開催されるスタッフ会議には、いつも10名以上の職員が参加し、数時間に及ぶ活発な議論を展開しています。ここで出された意見や要望などを、法人の全体会議で議題として取り上げ、検討するケースもあります。	
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。	スタッフへの資格取得にむけた支援を行っています。また、スタッフの勤務時間も個々の都合なども考慮しています。		
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。	社内外研修にスタッフの能力にあったものを選び、参加してもらっています。また、外部から講師を招き「回想法」を学ぶ機会も設けています。		
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。	地域包括支援センターや市が主催の研修等に参加し、近隣の事業所との意見交換をしています。		
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。	サービス利用について相談があったときは必ず本人に会って意向を聞いています。また見学にきてもらい、事業所の雰囲気を見てもらうようにしています。初回利用時には、面接時に関わったスタッフが対応するようにしています。		

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
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。	家族が困っていること、大変なことを聞き出し、家族にも自分の生活を大切にしながら、介護ができるように支援していきたい旨を伝えています。		
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。	早急な対応が必要な場合はできる限り、柔軟に対応しています。難しいと思われる場合は、代表にも関わってもらい、アドバイスをもらいながら、その利用者らしい生活が送れるように支援しています。		
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。	生きる力を奪わないように、自分のできることはなるべくやってもらえるように声掛けや介護の工夫をしています。介護する、介護されるの関係というよりは、同じ時間を過ごす仲間という意識をもって、日々の生活を利用者と一緒に楽しんで過ごしています。		
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。	送迎時や連絡ノートを活用しその日の利用者の様子等を報告しています。自宅での対応を教えてもらったり、事業所での対応を伝えたりと情報交換を必要に応じて行い、支援に反映させています。		
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。	近所のスーパーへの買い物を活動に組み入れ、近所の人と立ち話ができたりする環境も作ることができています。また、昔から通っている美容院などにも要望があれば一緒に行くようにしています。	利用者と近隣との関係継続の支援にも力を入れています。近所の商店やスーパーへ買物、月1回の外食、馴染みの場所への同行など積極的に支援しています。利用者の意向を尊重し、地域に出て、できるだけ多くの近隣と接するように努めています。	

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。	気の合う仲間と談話を楽しめるような環境を場面に応じて作るようにしています。また、なかなかその場の雰囲気になじめない利用者には、スタッフがさりげなく入るなど、工夫しています。		
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。	家族に会った際には、現在の様子を聞いています。そしてまた何か手伝えることがあれば連絡くださいと伝えています。		
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。	日々の関わりの会話の中で、本人の意向や思いを捨てるように努めています。言葉で伝えられない利用者に関しては、家族に聞いたり、日々の様子を観察し支援につなげています。	利用者から聴き取った思いや、家族から得られる利用者の情報を経過記録に記入して、ケアの改善に役立てています。昼食のメニューやクラブ活動についての話など、日常のさりげない会話からも、本音を引き出すように努めています。	
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。	日々の関わりの中から聞いていくようにしています。また、何度も本人の口から出てくる人物だったり、内容については、家族にさらに詳しく教えてもらったりしています。		
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。	日々の活動を一緒にやりながら、利用者の本人の有する能力を把握するようにしています。		

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
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。	利用者本人かや家族から、日々の関わりの中で、意向や意見を聞き出し、支援に反映しています。また、毎月のスタッフ会議ではスタッフ全員で情報交換、検討を行っています。	介護計画は利用者の最新の情報に基づいて作成するように努めています。毎月のスタッフ会議ではスタッフ全員で意見を出し合っています。利用者に対して、現状に即した、適切なケアを行えるように、モニタリングと資料の正確さを期すべく努力しています。	
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。	日々の記録は個別ファイルに気づきや様子の変化、活動中のエピソードなどを記載しています。経過を追うことが必要な事柄についてはスタッフ同士の連絡ノートに記載し、スタッフ全員に周知しています。		
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。	送迎時間、急な泊り、時間延長、訪問、定期通院、急な体調変化による通院介助など、家族や本人の要望に沿った臨機応変な対応をしています。		
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。	運営推進会議を利用し、地域の情報や支援に関する情報交換や協力体制を築いています。また、地域包括センターが主催の民生委員も巻き込んだ研修にも参加し、情報交換や関係作りに努めています。		
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し、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。	事業所の協力医や利用前からのかかりつけ医の医療を受けられるように家族と協力して通院介助を行っています。また、体調に応じて、往診してもらったり、訪問歯科を利用してもらったりもしています。	多くの利用者は、以前からのかかりつけ医に継続してかかっています。通院は基本的には家族が行っていますが、状況によっては家族の協力のもと、職員が通院介助を行っています。納得した上で、事業所の協力医をかかりつけ医にする利用者もいます。	

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		○看護職員との協働 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。	看護職員と介護職のチームワークができており、日々の気づきなどは報告できています。勤務をしていない日にも電話等で連絡がとれる体制があります。		
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、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。	入院時も自宅や病院を訪問し、家族に状態を聞くなどして関わっています。医療現場からの情報提供を求められた際にはすぐに対応しています。		
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、事業所の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。	体調の急激な変化があったり、重症化してきたときには、カンファレンスを開き、終末期の対応について話し合いを持っています。	重度化した場合には、家族と十分に話し合いを持ち、事業所で出来ることを説明しながら方針を共有しています。場合によって、同法人の看取り介護をしている事業所を紹介しています。利用者が移動した後も職員はかかわりを継続して持つようにしています。	
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。	スタッフ会議で急変、事故発生時の対応についてスタッフに周知しています。また、市が主催の救命講習会にも積極的に参加しています。		
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。	避難訓練を消防署立会いの下行っていきます。スタッフ会議でも災害時の対応について話し合いをし、スタッフに周知しています。	年2回消防署立ち会いのもと、避難訓練を行っています。火災通報装置による通報訓練や消火器訓練などを行っています。すぐ隣の小学校が広域避難場所となっています。水やカンパン、缶詰、懐中電灯、手回しラジオなどを備蓄しています。	

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
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。	介護が必要な場合なども、さりげなく本人の気持ちやその時の感情にも考慮し、タイミングや声掛けにも気を配っています。	介護する人、される人ではなく、一人の人間として、また人生の大先輩として利用者を尊重しています。利用者の気持ちを大切に、声掛けなども気配りをしています。個別ファイルは、鍵のかかるキャビネットに保管しています。	
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。	利用者が自己決定できるように選択肢を提示するような声掛けを行っています。そして利用者が自発的に発言できるような環境を提供しています。		
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。	朝の朝礼を行い、その日の過ごし方について、利用者やスタッフで話し合い、楽しく有意義に過ごせるように支援しています。		
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。	本人の希望があれば、なじみの美容院へ一緒に付き添っていくこともあります。		
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。	食材の買い出しが毎日の日課になっています。また、利用者が率先し、下ごしらえ、盛り付け、配膳、テーブル拭き、後片付け等を行っています。	献立は栄養士が作っています。食材は毎日利用者と一緒に行っています。利用者の残存能力に応じて、下ごしらえや盛り付け、配膳などを手伝っています。皆で外食にも出掛けることもあります。寿司屋はとて人気があり食事を楽しむ工夫をしています。	

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。	チェック表を使い、交代勤務でも把握できるようにしています。また、本人の嗜好や歯の状態、体調にも配慮してできる限り対応しています。		
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。	昼食後に歯磨きを実施しています。やり方がわからない方にはスタッフが隣で一緒に同じ動作をするなど、個人に合わせた声掛けや介助を行っています。		
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。	自分でトイレに行けない人に対し、さりげない声掛けをし、排泄のサインがないかなども観察しています。また、失敗した時は特に本人の気持ちのケアにも気を付けています。	トイレでの排泄を大切にしています。さりげない声掛けで誘導したり、一人ひとりの排泄のサインを見逃さないように支援しています。リハビリパンツからパットへと改善した利用者もいます。利用者の気持ちを傷つけないように心掛けています。	
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ます。	毎日の日課のラジオ体操や散歩などの活動通じ、体を動かすように努めています。また日常でも水分補給も徹底しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の入りたい時間やタイミングで入浴できるようにしています。また、個浴対応なので、湯船に入りながらの会話が、お互いにいい時間になっています。	利用者の希望やタイミングに合わせて入浴支援をしています。職員も、1対1で接する入浴時間は、利用者と一緒に話ができるいい機会ととらえて大切にしています。入浴を頑なに拒否していた利用者も、温泉への一泊旅行で一緒に入浴することができています。	

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。	なるべく日中は活動し、夜眠れるような環境を作れるようにしています。体調が悪い人や疲れている人は、本人の希望に合わせ、ソファやベッドで休め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。	利用者の薬の処方、効能、副作用の説明をファイルに保管し、全スタッフがいつでも確認できるようにしています。薬が変わったときは、利用者の体調の変化を観察し気付きなどを報告しています。		
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。	毎日違うクラブ活動(カラオケ、フラワーアレンジメント、外出、ちぎり絵、楽器演奏、音楽)を用意し、利用者が参加したいものに参加できるようにしています。また、日帰り旅行、一泊旅行、クリスマス会、夏祭り、等の行事もあり、非日常の楽しみも提供しています。		
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。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。	基本的に毎日外出しています。内容は様々で買い物、散歩、外食など利用者の意見を聞き、参加してもらっています。	日常的に積極的な外出支援をしています。毎日買物へ出掛けたり車で宮ヶ瀬ダムまで紅葉を見に行ったりしています。ばら園やスイートピー畑の見学など、行きたい所へ出掛けています。日帰り旅行や一泊旅行もあり、利用者にとっても好評です。	
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。	買い物へ行き、自宅の物を買ったりすることもできます。お金を自分で管理している方もいます。		

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
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。	利用者が望んだ場合は電話を貸しています。また自分でかけられない場合はスタッフが手伝っています。		
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。	一般住宅を利用しているため、自宅と変わらない環境で違和感なく過ごすことができます。壁に飾る絵や花等には季節感あるものを取り入れています。	リビングにはテーブルやソファを置き、キッチンや隣の和室もリビングと一体となって広さを演出しています。壁に利用者の作品を飾り、温もりが感じられます。床暖房で冬も暖かく快適です。利用者はそれぞれが自分の気に入った場所でくつろいでいます。	
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。	リビングの片隅にソファを置き、他の人の気配を感じながら、自分のスペースにすることができるような環境を作っています。		
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。	利用者の希望と体調に合わせて、和室、洋室、希望されればリビングでも泊まれるようにしています。	泊まりの部屋は、利用者の希望に合わせて和室・洋室が選べます。泊まりの時は、利用者は、使い慣れた枕や電気アンカ、ラジオ等を持ち込み、居心地よく過ごせるように工夫をしています。	
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。	普段から利用者のひとりひとりの状況に合わせて、環境整備に努めています。		

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	10	家族との連絡は、連絡ノートや送迎時、ケアマネの訪問時の中で行っていましたが、それだけではなかなかみとれない場合があったり、うまく情報交換ができていない部分がありました。	今までとは別の方法を使って家族の気持ち、要望、意見等を汲み取れるようにします。	①年に1度独自で考えたアンケートを作成し、利用者家族へ配布します。そしてその結果を代表、管理者、スタッフと共に検討していきます。	24ヶ月
2	10	3ヶ月に1回行われている家族会への家族の出席率が低いです。	たくさんの家族が参加できるように工夫します。	①家族の方々が興味のある内容に見直します。 ②実施のお知らせを早めに作成し、お知らせには前回の議事録を記載することで前回参加できなかった方々も参加できるようにします。	24ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月