

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 | 1494100066 | 事業の開始年月日 | 平成20年10月1日 |
| | | 指定年月日 | 平成20年10月1日 |
| 法人名 | 有限会社 ふれんどりい | | |
| 事業所名 | ふれんどりいの郷 | | |
| 所在地 | (252-0014) 神奈川県座間市栗原中央4丁目23-21 | | |
| 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 | 25名 |
| | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員 | 15名 |
| | | 宿泊定員 | 9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18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=ST1494100066&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)】

ふれんどりいの郷は利用者と介護者が「介護する、介護されるの関係」ではなく、同じ時間を過ごす仲間として、家族のように一緒に生きるということを常に考え、在宅で頑張る利用者や家族を24時間365日支えることを目標にしています。利用者や家族のニーズは各々違うので、そのニーズにできる限り応えて、地域や家で最期まで過ごせるようにサポートしていきたいと思っています。また、看取りを希望する方には家族と一緒に終末期の体制を整え、看取りをしていきたいと思っています。利用者、家族と事業所が一体となり、利用者の過ごす時間が「しあわせ」になれるように、「その人一人ひとりの生きる」を大事にし一緒に生きていきたいと思っています。

【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21日 | 評価機関 評価決定日 | 平成26年1月16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)】

小規模多機能型居宅介護「ふれんどりいの郷」は小田急小田原線座間駅からバスの「立野台下」バス停から5分ほどの所にあります。大きな木造り2階建て住宅を改造し、車椅子対応のエレベーターもあります。広い日本庭園には四季折々の草木が植えられ、季節感を楽しめるようになっています。

<優れている点>

介護度の高い利用者も多く受け入れ、最期まで地域の中で、在宅で過ごせるための支援を行っています。そのため、エレベーターや機械浴の設備や医療機関との密接な連携を整えています。また、本人や家族からの希望に応じて、看取りにも対応しています。

職員は利用者を一人の人として尊重し、一緒に寄り添うことでその人の生きる力を引き出すように努めています。毎日の買い出しやドライブ、趣味の継続等一人ひとりの好みやニーズに合わせて支援を行っていています。その人らしい生活が継続できるように支援しています。

<工夫点>

利用者や職員に近隣の住民が多く、地域と日常的に交流しています。歌やフラワーアレンジメント等の活動や行事の手伝い等には多くの地域ボランティアが参加しています。また、運営推進会議には地域住民も参加していて地域情報を提供しています。「地域に根ざした事業所」を目標として掲げ、今年度からは認知症についての理解を促すための地域向け情報誌を発行しています。

【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 | ふれんどりいの郷 |
| 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) | | 1, ほぼ全ての家族と |
| | <input type="radio"/> | 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 |
| | <input type="radio"/> | 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) | <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、年度の初めの会議でも理念の再確認をし、周知しています。活動や行事にも理念を生かすことを心がけています。 | 理念や介護への思いを、管理者はスタッフ会議や介護職研修等おりに触れて職員に伝えています。職員は理念を共有し、利用者に人として寄り添っています。外出や外食など利用者が地域の中で普通の生活が楽しめるよう支援しています。 | |
| 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。 | 運営推進会議に地域住民や民生委員、市会議員の参加があります。行事にもたくさんのボランティアが参加してくれています。定期的な活動(民謡、詩吟、お茶、書道)にもボランティアが先生として来て来てくれています。 | 利用者や職員に近隣住民が多く、日常的な交流があります。活動の先生や行事の手伝いなどで多くのボランティアが訪れています。今年度からは毎月情報誌を発行し、事業所の紹介だけでなく「介護の豆知識」等の情報を地域に発信して交流を深める取り組みをしています。 | |
| 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。 | 管理者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きます。 | | |
| 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。 | 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、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。 | 2ヶ月に1回の運営推進会議には、民生委員や市会議員、家族、行政等の関係者だけでなく近隣住民も参加して、運営の報告やテーマに沿った意見交換を行っています。今年度は「地域に根ざした事業所作り」について話し合い、出た意見を行事や情報誌の記事に反映しています。 | |
| 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。 | 座間市長寿介護課の担当職員とは、小さなことでも気楽に相談できる関係ができています。市の資源の紹介や消防署との仲介等の助言を受けています。職員は救命救急研修等、市や県の研修に参加しています。 | |

| 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。 | スタッフ会議等で身体拘束をしないケアを事例を交えながら話し合っています。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。 | 職員は身体拘束についての勉強会などで振り返りを行い、実践につなげています。玄関や門は夜以外は施錠していません。また、言葉による拘束についても職員は良く理解していて、笑顔で優しく利用者に接しています。 | |
| 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 overs 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。ケアマネジャーは成年後見制度につなげたり、関係機関との話し合いを持ったりしています。 | | |
| 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、時間を十分にとり、重要事項説明書に沿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。 | 利用者や家族が何でも話ができる関係作りや気軽にふれんどりに来れるような環境作りを心がけています。 | 自主的な活動である家族会があり、3ヶ月に1回定例会を開いています。定例会には事業所の管理者が参加し、意見交換をしています。職員は送迎時に家族との会話を心がけ、要望や意見を把握しています。 | |

| 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。 | 月に1回のスタッフ会議は、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。 | 毎月のスタッフ会議には管理者も出席し、情報交換するとともに、スタッフの要望を直接聞くようにしています。また、毎年個人面談を行い要望や意見を直接聞いて検討し反映しています。 | |
| 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。 | 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、ふれんどりいで働く仲間としてひとり、ひとりの能力に合わせ、自分のできることで役割を見つけて、仕事に生かしてもらっています。 | | |
| 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。管理者やケアマネジャーが中心になり、利用者の気持ちに寄り添うことを徹底しています。 | | |

| 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。 | “今”必要なサービスは何かを見極めて柔軟に対応しています。 | | |
| 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、自分で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。 | ふれんどりだけで利用者を支えることはせず、家族を中心に家族ができないことをサポートしていくことを前提としています。 | | |
| 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、なじみの関係や場所との触れ合いを大事にしています。 | ケアマネジャーが中心になり馴染みの人や場所を把握しています。美容院や外食のお店等、個々の関係継続への支援をしています。また、カラオケやドライブ、ちぎり絵、楽器演奏等日替わりでクラブ活動を行い、趣味の継続の支援をしています。 | |

| 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 |
| 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、朝や夕方にミーティングを行い、同じ仲間という意識になるような環境作りをしています。 | | |
| 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。 | 職員は、生活歴や利用者との日々の会話から思いや意向を把握するように努めています。内部研修に回想法を取り入れることで職員のコミュニケーション力の向上を図り、現場に活かされつつあります。 | |
| 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。 | ケアマネジャーが作成した利用者のアセスメント情報を、介護職も共有しています。また、介護職も日々の関わりの中から聞いていくように努力しています。 | | |
| 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情報交換、検討を行っています。 | ケアマネジャーが作成した計画案をもとに、本人、家族、介護職員等が参加したサービス担当者会議で検討し、計画を確定しています。計画は毎月介護職員がモニタリングを行い、スタッフ会議で話し合い、必要な場合は随時見直しをしています。 | |
| 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、その情報を共有したり、カンファレンスケース検討に活用しています。 | | |
| 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。 | 基本的には家族や利用者の希望するかかりつけ医で対応しています。通院にも家族が付き添うことを基本にし、利用者を把握するために付き添う補助的なサポートをしています。 | 入居時に本人・家族と話し合い馴染みのかかりつけ医を支援しています。通院には家族の同行が基本ですが、職員も送迎し往診ノートを通して情報を共有しています。協力医は24時間対応、月2回の訪問診察があり安心して診察を受けることができます。 | |

| 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。 | 医療処置の利用者がいるのでかかりつけ医に連絡をしたり、介護士が日常生活の医療処置について看護師に連絡したりと医療と介護が連携し、それぞれの役割を分担して日々支援しています。 | | |
| 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。 | 入院時もケアマネジャーを中心に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。独自の看取り指針も作成し、チームを組んで計画的に進めていきます。 | 泊まりにも重度の利用者を積極的に受け入れています。看取りに関しては指針に基づき家族の意向を確認しています。家族の在宅介護の支援状況など配慮しながら主治医、看護師、ケアマネジャー、職員と一緒に終末期ケアに取り組んでいます。 | |
| 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ます。訓練の際は、近所にお知らせを配布し、応援協力を依頼しています。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。 | 災害時の自衛消防組織や対応マニュアルを整備し、年1回消防署の立会いのもとで避難訓練を行っています。訓練のお知らせを近隣に手渡しで配布し、脱出後の支援を依頼しています。近隣に住んでいる職員や利用者の家族の協力を築いています。 | 普段から利用者一人ひとりの動きや注意点、避難方法などテーマを見つけ、まず机上によるリスクマネジメントについて話し合い、災害時の対応を職員一人ひとりが身につけることも期待されます。 |

| 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。 | 理念の「利用者を一人の人として尊重し、思いや願いを受け止めること」を大切にしています。毎朝の朝礼時にはその日の過ごし方について利用者と職員と話し合っていて決めています。常に優しい呼びかけを心掛け、プライバシーに配慮しています。 | |
| 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。重度の利用者からは表情、態度などで本人の状態を把握し、本人の居心地のいい状態を作っていくことを心掛けています。 | | |
| 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。 | 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。 | クリスマスやひな祭り等には行事食や、季節の食材を使った食事メニューを提供しています。また、重度の利用者にはその人の状態に合わせた食事形態にし、スタッフと一緒に食べ、『食事の団欒』を楽しんでいます。 | 栄養士が作成した献立表を職員が輪番で調理しています。利用者は職員と一緒に毎日近くのスーパーへ食材の購入に出掛けています。テーブル拭きの手伝いなども利用者の力を生かす場となっています。年に数回、すし屋やそば屋で外食もしています。 | |

| 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。 | 食事のたびに食事量、水分量をチェック表を使って記録しています。チェック表を使うことで交代勤務でもスタッフ同士で情報を共有できるようにしています。 | | |
| 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。 | 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。 | 基本的にはリハビリパンツを使用し、日中はトイレ誘導にて排泄を行えるようにしています。 | オムツの安易な使用はできる限り控えるようにしています。基本的にはリハビリパンツを使用し、食後や外出する前にトイレ誘導を行い排泄支援をしています。重度の寝たきりの利用者には尿バルーンを装着しています。ラジオ体操などで便秘の予防に努めています。 | |
| 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。 | 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、個別入浴なので、誘導から入浴、着替えまで同じスタッフがいき、入浴時のコミュニケーションを大切にしています。 | 利用者の希望する時間や生活習慣を尊重して入浴しています。自宅での入浴が困難な利用者にとってはリフト付きの機械浴で楽しい時間になるよう努めています。一対一の入浴は利用者との欠かせないコミュニケーションの場として大切にしています。 | |

| 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 |
| 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。 | 個室のベッドがいつでも使えるようになっているので、体調不良のときや、疲れた時は休息ができる環境を整えています。 | | |
| 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。 | | |
| 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。 | 日中の活動に事業所の食材の買い物があり、その買い物が利用者の役割となっています。 | 朝の朝礼時に利用者と職員は話し合っ てその日の過ごし方やドライブの行き先を決めています。また毎日の食材の 買い物は日常的な外出で、利用者の役 割となっています。いちご狩りや1泊 旅行などの年中行事も行い外出を楽し めるよう支援しています。 | |
| 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。 | 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。朝のミーティングでみんなの意見を聞いて、楽しんで一日が過ごせるように支援しています。 | | |

| 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 |
| 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。また、本人がお金を持ってスタッフと買い物したりすることもあります。 | | |
| 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。 | 自宅と変わらない環境で違和感なく過ごすことができるようにし、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。 | 大きな一般住宅を改造してバリアフリー対応の居間、食堂、廊下などがあります。車イス使用のエレベーターも設置しています。リビングは床暖房です。張り紙などは最低限にし、第2の我が家のような居心地です。庭はあずまやもある純日本風でバーベキューを楽しむこともあります。 | |
| 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。 | 部屋のあちこちに椅子を置きいつでも自分のスペースを作れるようにしています。 | | |
| 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。 | 自分の枕を持ち込んだり、使っていたものを持ってきたり、利用者が心地よく過ごせるようにしています。 | ショートステイの居室は利用者9名が利用できます。ベッドやエアコンなどを常備しています。長期宿泊する時は使い慣れた毛布や枕など持ち込み、家庭と変わらない雰囲気づくりに努めています。夜間は勤務者と当直者の2名で安全に配慮しています。 | |
| 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。 | 一人ひとりが普通の生活の中で、少しでも自立した生活が送れるように、スタッフは色々な角度から利用者の“生きる”に寄り添っています。 | | |

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 | 35 | 非常災害時に個々の利用者の身体状況や動きを考慮しての避難方法について統一されていません。 | 個々の利用者の身体状況や動きを考慮して、非常災害時の避難方法をスタッフ間で統一します。 | ①スタッフ会議で非常災害時の対応の仕方を話し合う場を設けます。また、個々の利用者の身体状況や動きを考慮した上での避難方法を検討します。 ②避難訓練を行う前には非常災害時の内容を再度検討します。 | 24ヶ月 |
| 2 | 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 |
| 3 | 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 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |