

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	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	<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	5名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成26年2月24日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月15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=ST1492800071&SVCD=730&THNO=14211
----------	---

【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26年3月28日	評価機関 評価決定日	平成26年6月24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)】

事業所は小田急線鶴巻温泉駅北口から徒歩7分の小高い丘にあります。環境・眺望に優れ、訪問診療・訪問看護・居宅介護支援・訪問介護・グループホームを併せ持つ、高齢者複合施設の一部を占めています。医療法人社団三喜会が管理運営にあっています。

<優れている点>

他の施設で利用を断られるような医療依存度の高い人も積極的に受け入れることにより、地域認知症患者の救済をしています。

利用者の意思・意向を尊重して自立支援、カード遊び、スロット、麻雀、簡単な体操やリハビリ・嚥下体操など身体機能向上に向けた支援をしています。

職員は、散歩や買い物他に多くの外出行事を企画、実施して閉じこもりを予防して利用者の笑顔を引き出す努力をしています。

<工夫点>

共用空間を快適に過ごすため、窓からの採光、テーブルやソファ、ベッドの配置、利用者作品の展示や季節の花の活けたりして居心地の良い環境作り、利用者の寛げる居場所作りをしています。また、ベランダでの野菜の栽培やウッドデッキでの外気浴やお茶や食事を楽しんでいます。

利用者の体位に合わせた足台の利用、乳酸飲料、繊維質の多い食材を取り入れるなどの工夫をし、自然な排泄を促して排泄の自立を支援しています。

【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	デイサービスセンター鶴巻
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)	<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
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
	<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
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)	<input type="radio"/> 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
	<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

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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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つなげている。	事業者独自の理念を掲げている。理念と目標を入りに提示している。職員全員で理念と目標を共有して日々のケアの中で実践している。	法人の理念と、地域密着型サービスに即した事業所独自の理念及び目標、高齢者ケア憲章を施設の入口に掲示をしています。職員は、名札の裏の理念に基づき介助支援にあたっています。また月例会で理念を確認し合い、実践に取り組んでいます。	
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7日にあじさいの丘夏祭りを開催バザー・出店・歌謡ショー・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。同時に健康のチェック・介護保険等の介護相談も受けています。	自治会に加入し、地域のイベントや祭りなどの行事に積極的に参加しています。陶芸・ドッグセラピー・尺八・大正琴など多くのボランティアの協力応援を得ています。職員の子弟が多く、利用している隣の保育園と日常的に交流をしています。	地域との交流を現在を盛んに行われていますが、地域住民に向けて高齢者複合施設の良さや利用の仕方について更なる広報活動に力を注ぎたい意向を持っています。この実施を期待します。
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。	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り組みを行っている。	行政・家族・自治会・自治会連合会・地域住民・民生委員・ボランティアなどの参加を得て、グループホームと合同で年に4回運営推進会議を開催しています。ここでの会議から地域の風揚げ大会や感染症などの情報を入手してサービス向上に活用しています。	
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る。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。市主催のケアマネジャー研修会にも参加しています。	市の担当者と日頃から連絡を密に取り、利用者の実情やケアサービスの取組みを伝えています。また、泊りの人数追加の了承を受けてます。小規模連絡会に加入し、情報の交換をしています。県や市主催の研修会に参加して最新情報の入手に努めています。	

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
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。	身体拘束に関し、マニュアルを整備しています。定期的に所内勉強会で確認情報の共有を図っています。管理者は「使ってはいけない言葉遣い」を定めて、言葉による拘束の防止に努めています。	
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。	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。居宅サービス部合同研修が年1回又、新人研修も年1回実施している。		
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。	連絡帳（家族からの連絡）や家族会から、利用者や家族からの意見や要望に関する多くの意見を把握しています。施設及び第三者評価機関による利用者家族アンケートを実施して情報収集や分析を行い、福祉サービスの質の向上を目指しています。	

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、月例ミーティングや朝夕の申し送りなどから職員の運営に関する意見や業務の改善提案を受け止め、働きやすい職場の形成を目指しています。その結果職員の定着率が向上し、開設以来の職員が多数在籍しています。	
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。	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。スタッフと共に業務改善を行っている。		
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。神奈川県小規模多機能居宅介護連絡会にも毎回参加している。		
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。	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	○馴染みの人や場所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。	馴染みの人や場所との関連が途切れることのないように、日々の来訪者に面会簿に記入してもらい、フロアーの一角や自室での面会を支援しています。また、面会時に特記事項を記入して貰う工夫をして、介助支援に結び付けています。	

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
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。		
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。	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。	連絡帳や面会簿から、また家族会や運営推進会議などから利用者やその家族の意向を把握確認し、個人別のケアプランに結び付けるようにしています。また、通所用と泊り用と用紙を別にし所内メモ用紙を用いるなどの工夫をしています。	
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。	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	基本情報・ケース記録・個別記録・業務日誌、申し送りノートなどを参考にモニタリング、アセスメントを実施して、総合的な見方でケアプランの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。	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。帰りのカフェ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、家族同行の受信としているが、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。	かかりつけ医への受診同行には家族の付添いを基本としています。緊急時には施設職員が対応するなど、柔軟に対応をしています。医療処置依頼書や看護要約・小規模多機能サマリーなどで職員間での情報の共有を図っています。	

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
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。		
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。	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。		
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。	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・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。	ターミナルケアについては、利用者や家族からの意見や要望に沿う形での支援をしています。医師、管理者、ケアマネジャー、看護師など関係者が連絡を取りあって、利用者や家族と相談し全体を記録に残すことで万全を期しています。	
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。	消防署の協力を得て、救急手当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。		
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。	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。地域住民の方も参加し協力して頂いています。災害：巨大地震発生時にお知らせスピーカー設置。	年2～3回の避難訓練のほかに、毎日防災チェックを実施しています。飲料水や非常食と利用者の処方薬なども備蓄して、非常時に備えています。災害、巨大地震発生時のお知らせスピーカーと自家発電装置なども設置をしています。	

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
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。	記録等の個人情報、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。	接遇・マナーについての勉強会を定期的実施しています。使ってはいけない言葉や態度を職員で周知していません。職員は、日々の支援の際の声かけや対応などについて注意し合っています。秦野市が主催する認知症高齢者の権利擁護の研修に参加しています。	
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。	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、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。	調理担当職員が献立を考え、家庭的な食事を提供しています。旬の食材を使った季節感を感じられる食事の提供を心がけ、ランチョンマットや箸置きを使って食事の雰囲気づくりをしています。疾患等で食事に注意が必要なケースは一覧表にしています。	

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
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・摘便も実施。	自然な排泄を促すため、朝はヨーグルトを提供したり繊維質の多い食材を献立に取り入れるなどの工夫をしています。2人介助を行うことで、トイレでの排泄が可能になったケースがあり、排泄パターンの把握や足台の使用等で排泄の自立に向けて支援しています。	
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。ケースによって、日中は、介護者2人対応でトイレで排泄できるよう行っています。		
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。	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。入浴剤を利用しています。	入浴時間は、基本的に午前の時間帯で行っていますが、利用者や家族の要望に合わせて午後入浴も対応しています。立位が難しい場合は、リフターを利用しています。利用者の身体への負担を考えて、無理なく安全に入浴できるよう支援をしています。	

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
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。	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出掛け気分転換、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。四季に合わせて、行事等を企画しています。	散歩や買い物を日常的に取り入れて、閉じこもりを予防しています。花見や遠足等の外出行事も企画して利用者が楽しめるように、表情が豊かになるように支援をしています。外出以外でもテラスで七夕飾りをしたり、花火を見学したり、外気に触れる機会が多くな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。	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、トラブルにならぬ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。ダイニングは広く 和室もあり くつろげる雰囲気になっている。	窓からの採光で明るいダイニングは、利用者の作品を展示したり、飾りや置物で季節を感じることができるよう工夫をしています。食後や疲れたときには、利用者が自由に休めるスペースがあります。「いつもの場所」に利用者自ら移動して、安心して休息できるよう配慮をしています。	
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。	ダイニング、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。	泊りの居室には、ベッドやタンスを備えています。家族の写真や使い慣れた枕などを持参し、利用者が安心して過ごせるよう配慮をしています。また、衣類など持参したものを見える場所に置いて、本人の居場所として分か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。	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。	地域のボランティアの協力は毎回得て参加して頂いているが、今後も地域住民との交流機会を増やす。 今後も利用者・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。	12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。	行事等を個別にお知らせして、家族も巻き込んでいける関わりを工夫して、徐々に参加家族も増えた。今後も啓蒙していきたい。 あじさいの丘祭りの参加を家族にも呼びかけ参加者増員につなげたい。 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