

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	1492200124	事業の開始年月日	平成19年4月1日
		指定年月日	平成19年4月1日
法人名	株式会社 あおいけあ		
事業所名	おたがいさん		
所在地	(252-0813) 藤沢市亀井野4丁目12番地35		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25 名
		通い定員	15 名
		宿泊定員	5 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	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26日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月18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=ST1492200124&SVCD=730&THNO=14205
----------	---

【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)】

地域で暮らしていく為に通い・訪問・宿泊を柔軟に対応できるよう努めています。例えば、急に主介護者の方が具合が悪くなった時などの急なお泊りや通いに対応。また、安否確認、独居の方の薬のセットなど必要に応じての訪問なども行っています。地域の方と共に近隣の公園花壇整備・流しそうめん・餅つきなど社会とのつながりを大切にしていく取組を実施しています。御利用者の希望でデパートめぐり・お茶のみに喫茶店に行ったり個別に活動も行っています。得意分野を発揮して頂き、畑仕事・料理・大工仕事・裁縫などで地域参加して頂けるようサポートしています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年11月27日	評価機関 評価決定日	平成26年2月17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、小田急線六会日大前駅から徒歩7分程の住宅街にあります。敷地内には、同法人運営のグループホーム「結」小規模多機能型居宅介護「おたがいさんサテライトいどばた」の2事業所を併設しています。ブログやフェイスブックにて、事業所の取組みや地域密着型サービスについて、社会へ向けて情報発信しています。

＜優れている点＞

生活歴、介護記録、メモ記録、3種の連絡ノート（業務・利用者・家族）の活用、ケアマネジャーの家庭訪問などにより本人と家族の意向を把握し、ケース会議で検討して介護計画を立てています。介護計画のほかに毎日の実施記録をつけてさらなる手厚い支援に繋げる「ライフサポートプラン」の作成も始めています。事業所には子どもをはじめ近隣の人々が気軽に訪れ、利用者にとっては、自宅に友だちがたくさん集まって一緒に過ごしているような場所となっています。地域の人々が来所するだけでなく、利用者も職員も地域へ出掛けて活動しています。地域との繋がりを継続していける支援をしており、掲げている理念を着実に実践しています。また、介護と障がいに携わっている関係者で連携する「気楽に六会」という会に参加し、福祉の和を広げています。

＜工夫点＞

外出時には、利用者の既往歴や内服薬、かかりつけ医などを記した緊急時情報ファイルを持って出掛け、緊急事態に速やかに対応できるようにしています。

【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	おたがいさん
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)	○	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、安全面で不安なく過ごせている。 (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、活き活きと働いている。 (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
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っなげている。	お年寄りの持てる能力を発揮出来るようスタッフ一同ケアサポートを行っています。その一例として、畑仕事があります。	法人の「運営に関する考え方」と共に事業所の「おたがいさんの実践」を事務室に掲示しています。職員はレクリエーション会議やケース会議、日常の会話の中などで、常に理念に基づいた支援について話し合い、日々実践しています。	
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。	地域の公園花壇ボランティアに参加しています。また、大きな行事などは地域の方とご利用者と一緒に取り組んでいます。	事業所には近隣の人々が気軽に訪れています。子ども折り紙や将棋をしに寄ったり、友だちとの待ち合わせ場所にもなっています。利用者は、地域の一員として近くの公園に出かけ、体操や花壇作り、ゴミ拾いをするなど活動しています。	
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。	認知症サポーター養成講座などを実施し、近隣の方にも参加頂けるよう取り組んでいます。		
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。	小規模多機能型居宅介護のサービス内容を知って頂けるよう活動に参加して頂いたり、サービスについての説明会など運営推進会議にて行い意見交換などを行っています。	今年度は2回実施しています。事業所の地域ケアと取り組み、事例を紹介して小規模多機能型居宅介護サービスへの理解を深めてもらっています。地域の人々とは日常的に交流があり、直接意見なども聞けるため会議実施回数が少なくなっています。	利用者・家族、地域代表者、地域包括支援センター、市職員などが出席する会議ではさらなる活発な意見交換ができることもあります。指定基準に則った定期開催を期待します。
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に取り組んでいる。	六会包括との連携を常日頃より行っています。毎週火曜日には六会包括主催の公園体操に参加。藤沢市介護保険課主催の二か月に一回の事業所連絡会に参加し小規模多機能型居宅介護の検討会を行っています。	市とは小規模多機能型居宅介護連絡会をはじめ、介護保険課、高齢者支援課などと連絡を取り合っており、協力関係を築いています。市より依頼され認知症サポーター養成講座の開催もしています。地域包括支援センターと密に連携しています。	

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。	玄関にはかぎをせず、いつでも自由に思うように活動して頂く様にしています。ご本人の状態・その時の気持ちに添っての対応に心がけています。	管理者は、職員に対し利用者は人生の大先輩であり失礼のないように接すること、自分が利用する立場に置換えて考え、身体拘束をしないことを伝えています。また、マニュアルを読むことや会議でも身体拘束をしないケアへの理解を促しています。	
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過されることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体の異常など常に観察を行っていません。また、送迎時などいつもと変わりは無いのか、スタッフの連携をはかり特変などあれば、管理者・ケアマネに報告し、対応策をとれるよう努めています。		
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。	独居の方が地域で暮らしていけるよう訪問サービスを必要に応じ行っています。また、月に一度ケース会議を行い検討会を行っています。		
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。	契約時には必ずその文章を読み上げ、解かりにくい箇所には説明を補足し、不明な点などの確認を行っています。		
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。	送迎時及び連絡ノートを利用し、ご家族・ご利用者の要望等を伺っています。また、ケアマネジャーが訪問し、御利用にあたっての要望等を伺い、すぐにスタッフに周知できる環境にあります。	利用者とは日常の会話から、家族とは送迎時、ケアマネジャーの家庭訪問、行事、連絡ノートやメールなどで、要望や意見を聞いています。利用者の様子や気持ちを考慮しつつ、双方にとってよりよいサービス利用の方法を提案し、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
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。	会議等を行い、スタッフの意見等を聴く機会を設けています。地域との行事に関しては予めレクレーション会議などを行いスタッフ中心になって進めていくようにしています。	日々の支援は、基本的に職員が自由に進めていくことが代表の方針です。自由に意見を書き込める「メモ記録ノート」を活用しています。日本の伝統的藍染染料植物「タデアイ」の栽培や種の継承、藍染めをしようという計画が進行中です。	
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。	代表者の下にフロアーがあり、活動状況などの把握が出来る様になっています。職員一人一人の実践内容等も常に耳を傾けて聴いています。また、何があれば管理者から常に報告を受けています。		
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。	新人には認知症についての研修を初め、介護技術など受けた研修及び必要と思われる研修について随時参加できるように勤務体制を調整しています。		
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。	市で主催の研修会に職員を参加させ、また、市内施設の管理者会議には管理者と共に参加し、サービスに於いての相談などが出来る体制作りをしています。その他六会包括・他事業所と協力し合い、地域で暮らすためのサポート支援を行っています。		
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。	ご本人からのお話の中から、今までの生活環境や趣味・得意なことなどを聴き、その中からどのようなサービスが必要かなど常に全スタッフの共通情報としています。		

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。	契約前にまず、一度見学に来て頂く又は訪問して、ご家族・ご利用者に直接、管理者・ケアマネが困りごとなどについてお話を聞かせて頂き、関係性を作り上げている。		
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。	見学の段階で必要なサービスについてご家族・ご利用者より管理者・ケアマネが聞き取りを行い場合によっては包括に相談し他のサービスへの案内等を行っている。		
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。	地域社会をお年寄りが推進していけるようなケア「～をしていく」事をお年寄りの知恵や経験を生かし作り上げてもらえるように努めています。		
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。	送迎時などご家族との関係性作りに努め、相談できる関係作り他御利用者の日々の活動について連絡ノートなどを活用。		
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。	馴染みのスーパーへの買い物。散歩など地域に出ることで、昔馴染みの知り合いへの関係を持続できるよう支援しています。	利用者の馴染みの人や場所を把握しています。行きつけのスーパーでの買い物、公園の花壇作りや散歩などで馴染みの人たちと会って話したりと、一人ひとりの生活リズムを壊さず、地域とのつながりを継続していけ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
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。	気の合う方、合わない方など座る位置などご本人の希望を基本にしながら座って頂けるよう心がけています。孤立無いようご利用者同士の関係性作りの支援として色々な活動を共に行っています。		
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。	入所された御利用者様の近況についてお話を伺ったり、時にはご家族の許可を得て会いに行くこともあります。		
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。	ケアマネが訪問し、意向を伺ったり、送迎スタッフがご家族と直接お話を伺ったり、活動中の様子などを参考にケース会議などにて話し合いを行っています。	アセスメントから本人の生活歴や趣味、嗜好を把握した上で、利用者とは日々ふれあっています。また、家族の話などを通して、思いや意向の把握に努め、利用者一人ひとりへの支援に繋がっています。	
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。	個人ファイルを作り、ご家族・ご本人から生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境などの情報収集に努めています。		
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。	その人の心理状況に合わせ、外出・畑仕事などの活動を行っています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケース会議を月に一度実施しています。御利用者の状態・状況に合わせてのケアの在り方について話し合い、また、ご家族の介護負担などに合わせどのようなサポートが出来るのかなどの話し合いを行いご家族の情報を含め介護計画を作成しています。	生活歴、介護記録、メモ記録、連絡ノート（業務・利用者・家族）やケアマネジャーの家庭訪問などにより本人と家族の意向を把握し、ケース会議で検討しています。介護計画のほかにライフサポートプランを作成し手厚い支援に努めています。	
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。	日々の様子について特別事項などがあるれば個人記録に記入し、また、御利用者に関するノートを利用し、全スタッフが情報共有できるように努めています。		
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。	ご家族の急な事情での宿泊・通いなどの対応。また、ご自宅に戻ってからもご家族からのSOSに対し、訪問・宿泊などの対応を行っています。		
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。	送迎時、利用者宅の近所の方への挨拶を行う事で地域で暮らす関係作りを大切にしている。また、今その時にその利用者が出来る事を見極め、見守りながら一緒にいろんな活動に参加している。公園清掃・畑仕事など		
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。	受診はご家族・ご本人の信頼されているかかりつけ医にて受信されています。受診が難しい方については同行し、医師のお話を一緒に伺うこともあります。	利用者全員、今までのかかりつけ医に受診しています。家族が遠隔地に住む独居の利用者には、必要に応じて通院支援をしています。また、利用の無い日でも服薬や点眼の時間を定時に電話で知らせる支援を行っています。	

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。	個人記録等で日々の状況を看護職員・介護職員が把握し、また、特変などについては、看護職員に相談しながらケアにあたっています。		
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。	ケアマネが入院先の相談員さん及び医師に相談し退院後のケアについての相談をし、ご家族と自宅に戻ってからの過ごし方などを話し合い宿泊・訪問サービスなどを組み組みながら検討しています。		
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。	終末期について、訪問医師によりその在り方についての勉強会を実施。日々の記録等より状態変化に合わせてご家族などより聞き取りを行い、必要なサポートについて検討しています。	家族と契約時に重度化や終末期に向けた話し合いを行い、意向を確認しています。利用者の状態変化に応じ、小規模多機能の機能を活かした支援をすることになっています。訪問医による看取りの勉強会でケアの在り方を学んでいます。	
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。	職員会議にて事故発生時における対応について話し合いを行っています。また緊急時対応マニュアルがあり、スタッフが対応できるよう努めています。		
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。	避難訓練を実施。火災・地震などの災害時のマニュアルなど作成し、普段よりスタッフが目につく事が出来る場所においてあります。また、普段より地域の方との交流を深め、いざという時に顔見知りの関係を作っています。	事業所単独の避難訓練と同一敷地内にある他の同一法人の地域密着型2事業所との合同避難訓練を消防署立会いの下実施しています。また、夜間対応の避難訓練も夜勤帯に抜き打ちで実施し、万全を期しています。非常用の備品も備蓄しています。	

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。	一人一人の人格を尊重出来るように、また、誇りを持ってもらえるよう、得意分野などを十分に発揮できるようサポートしています。（畑仕事・料理など）入浴については、自宅と同じ様に一人一人が入れるようプライバシーの確保に努めています。	本人の経歴や生活に十分配慮し、年長者として敬い、馴れ合いすぎないように節度を持った対応を心掛けています。ケース会議やレクリエーション会議などでも不適切なことはなかったか反省すると共に、日々職員間で注意し合っています。	
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。	日常の会話の中から、希望や得意分野・趣味などを探り出し、無理なくかつご本人主体でサポート出来るように取り組んでいます。		
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。	休息したい人・外出したい人などそれぞれの方のペースで活動をしています。また、その日の活動をスタッフだけが決めるのではなく、御利用者と共に話し合い決めています。		
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。	いつも身に着けている指輪・ネックレスなど自由に身に着けていただいています。自分の身だしなみなど、鏡を見ながら整容頂くなどご自分でして頂く様に取り組んでいます。		
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。	食事の盛り付けなどからご利用者主体で行って頂いています。食事の後片付けなども御利用者主体で行っています。	多くの利用者が、生き生きとお茶入れ、食事の盛り付け、配膳、片付け、食器洗いを職員と共に行っています。職員も利用者と共に食卓を囲みお互いに会話を楽しんでいます。行事食や外食も採り入れ食事を楽しめ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
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。	栄養士が栄養バランスを考えた食事を提供しています。水分摂取については好みの飲み物を自分で入れて頂いたり、御利用者同士でお互いにお茶を淹れられる環境づくりをしています。		
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。	歯ブラシなどご持参頂いている方への声掛けやその他、口腔ケアサポートを行っています。		
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。	排泄のタイミングなどの必要性を知るために、排泄チェック表などを活用しています。歩行困難な方でもトイレで排泄出来る様、支援しています。	ほとんどの利用者は自立しており、見守りに徹していますが、個人別排泄チェック表に基づき適宜支援しています。歩行困難な方もトイレでの排泄を支援しています。	
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。	散歩や体操など体を動かして頂く事を常に心がけ、こまめに水分摂取をして頂く様外出時にも必ず水筒など持参しています。また、食事形態についてもその人に合った食事形態で提供し、食事前には唾液を促す口の体操なども取り入れています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人の希望に合わせ入浴できる様努めています。散歩・体操など行った後など気持ちよくお風呂に入って頂くよう努めています。	本人や家族の希望に基づき入浴できるようにしています。脱衣所で衣類を脱ぐ時は羞恥心に配慮しています。お風呂に気が乗らない場合でも誘うタイミングをはかり、入浴できるようにしています。柚子・リンゴ・菖蒲湯なども楽しんでいます。	

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。	その人の生活習慣を基本に、散歩や他レクレーションなどで体を動かすことで、心地よい睡眠が摂れるように心がけています。		
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。	ご家族の協力の元、個人の薬ファイルがあります。また、独居の方の薬のセット・内服について電話でのサポートなどを行っています。		
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。	昔の仕事を生かした活動として、畑仕事・裁縫・調理などスタッフが御利用者から教えてもらいながら一緒に取り組むことにより、自身につながるサポートを行っています。		
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。	希望に沿っての外出・ショッピング・外食など自由に取り組んでいます。特に決めるのではなく、その日コーヒーが飲みたいなどの希望があれば出かけたりと、気軽に実施しています。	天気の良い日は毎日近所の公園まで散歩に出掛けています。また、多彩な年間行事に基づき外出支援を行っています。日常的に庭の家庭菜園や近隣に借りた農園に出掛け職員と共に農作業なども行っています。	
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。	外出などに掛けご自分の分はご自分で支払って頂く、また、ショッピングなど自分で買いたいものなどを同行し買い物が出来るよう支援しています。		

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。	ご家族許可なども必要な場合が有りますが、電話など分かりやすい場所にあるので利用して頂く事も可能です。また、独居の方にはいつでも事業所に連絡が出来る様に電話の近くに電話番号を明記しています。		
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。	玄関・窓などガラス戸のため、明るい室内です。戸の取り外しが容易に出来、広々とした空間と個室の空間とその時々合った状況に合わせられます。季節に合わせカレンダーなどを手作りし、季節を感じて頂くよう努めています。	南向きのデイルームは、陽光が射し込む明るい部屋になっており、フローリングと畳の箇所があり思い思いの場所で過ごすことができます。玄関ホールの一角で駄菓子屋を開き、地域の子ども達との触れ合いの場になっています。	
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。	部屋に仕切りが有り、宿泊時には個室を作ることが出来ます。また、個々に好きな場所で過ごせる環境にあります。		
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。	宿泊時はベッド・畳などご本人の希望に合わせ選んで頂けるよう努めています。いつも家で使用している物など普段と変わらない様に持参頂くなど宿泊時も家と少しでも同じ様に過ごせる様努めています。	宿泊室は5室の準備があり、ベッド、畳など本人の希望で選ぶことができます。宿泊時には使い慣れたものや馴染みのものを持ち込めます。夕食時には、持参したビールを嗜む利用者もいます。	
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。	何処までが出来るか、興味を示すかなどを考慮し、お茶淹れ、掃除・料理・他の活動など自発的に出来る環境を作り、スタッフがいつでもサポート出来るよう努めています。		

目標達成計画

事業所名 おたがいさん
作成日： 平成 26 年 3 月 15 日

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	4	地域活動は、盛んに行っているが、地域代表・利用者・家族・地域包括などの出席する運営推進会議の実施回数が少ない。	流しそうめん・餅つきなどの活動に合わせ地域の方々に運営推進会議についての広報活動に努める。3か月に一度の開催	民生委員の方々・町内の方々との連携を図る為に事業所の方から高齢者に対しての相談窓口などを作り、地域と共に高齢者の生活サポートを行い、共にその為の話し合いの場を開き、運営推進会議への参加を呼び掛ける。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月