

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	1492600034	事業の開始年月日	平成19年1月1日	
		指定年月日	平成19年1月1日	
法人名	社会福祉法人 愛翁会			
事業所名	ななかまど			
所在地	(252-0137)			
	相模原市緑区二本松3-8-15			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	24名	
		通い定員	12名	
		宿泊定員	4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29日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月11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	
----------	--

【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)】

開設から7年を経て、ようやく本来の小規模多機能的なサービスに着手できるようになった。通い・泊まり・訪問の組合せのサービスにとどまらない、その方の暮らしたい暮らし方を支援する、を考えながら、日々の関わりの中での気づきを大切にしていきたい。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成25年11月15日	評価機関 評価決定日	平成26年2月28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>【事業所の概要】 この事業所はJR橋本駅からバスで10分ほどのバス通りから奥まった閑静な住宅地に位置する。広い敷地の中に建てられたグループホームと同じ建物の1階にある。道路から門を入ると、右手に事業所の名の由来である「ななかまど」が赤い実をつけて風景に彩りを添えている。さらに進むと玄関先に行事などに利用ができる広い庭があり、駐車スペースも充分である。建物の内部は、広い玄関スペースに事務室、2階のグループホームへの階段と小規模多機能居宅介護の入口がある。1階は、入口左手に泊まりの部屋や浴室、トイレが配置され、廊下を右手に進むとキッチン、リビングルーム、和室、静養コーナーがあり使い勝手のよい配置である。</p> <p>【利用者本位のサービス】 リビングルームでは、通いの利用者それぞれが、入浴を待つ間のんびりテレビを見たり、お茶を飲んだりしている。また、訪ねてきた傾聴ボランティアと話すなど思いのやり方でくつろいでいる。「365日、花と笑顔を絶やしません」という理念の中の一つを大切にしている職員が、自宅から季節の花を持参して飾っている。食事は調理専門の職員が個々の希望や好みを考慮した献立に従い、手作りで出来たての温かいものを提供している。職員は全員同席して同じ物を食べながら手分けして必要な介助を行っている。</p> <p>事業所を中心とした近隣の利用者がほとんどで、最近では訪問サービスの利用を望む方が半数近くに増えている。職員は、訪問サービス増加に対応する為に自分の意識を高め、研修や勉強会に参加してレベルアップを図っている。昼食時に本人に声をかけをして、うなずきや表情で意向を汲みとって支援を行っていることを確認した。また、誘導の際にもその人のペースに合わせ、優しく手引きして数歩進むごとに一息入れたり声をかけたりしていた。</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	ななかまど
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、安全面で不安なく過ごしている。 (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、その時々々の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
理念に基づく運営					
1	1	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>理念は、開設時全職員の話し合いで作成。馴染みの関係、家庭的な環境というごく当たり前のことを文章化し、全職員で共有している</p>	<p>管理者および職員は日々話し合いの中で理念を共有し、住み慣れた自宅でいきいきと暮せるように支援し、個々のニーズに応えることに重点を置いている。季節ごとの外出支援をしたり職員が季節の花を持参して飾るなど、理念に基づいたサービスを実践している。</p>	
2	2	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>当初より自治会に加入、地域行事に参加し、避難訓練にも地域の協力が得られている</p>	<p>自治会に加入し、地区の子どもセンターで開催される三世交代事業の行事や職員が地域の避難訓練に参加している。地域の高校、専門学校の実習生受け入れや近くの小学校の運動会見学などで交流を行っている。地域の男性ボランティア団体などの訪問も受け入れている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>年4回地域交流事業を実施、認知症サポーター養成講座を地域や家族向けに開催している</p>	/	/
4	3	<p>運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回開催。運営状況、活動状況を報告、意見交換を行っている。災害時の協力依頼や事例をもとに地域との関わりについてもアドバイスを得ている</p>	<p>運営推進会議は年間6回開催している。メンバーは、緑区高齢者相談課職員、町内会長、老人会会長、家族、管理者、職員等である。運営状況の報告や行事計画の説明の後、参加者の意見や提案等を得ている。外部評価を受審したときは報告書を印刷して報告している。</p>	
5	4	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市の高齢者福祉施設協議会を通じて意見交換を行う。小規模多機能事業者の連絡会に参加を願います。認知症実践者研修、リーダー研修の受け入れ施設となっている</p>	<p>相模原市の「さがみはら・ふれあいハートポイント事業」に協力事業所としてボランティアを受け入れている。「相模原市認知症高齢者・障害者等徘徊SOSネットワークシステム」に高齢者福祉施設協議会のメンバーとして参加している。市の高齢政策課とは運営推進会議などを通じて連携している。</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
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束に関する内外の研修に参加、カンファレンスでも取り上げ周知している。見守りケアを重視し、施錠は一切行っていない</p>	<p>事業所では、身体拘束は行わないケアを徹底している。高次機能障害で行動が不安定な事例について、見守り対応の研修をしたり分析シートを作成して原因を探ったりするなどして拘束をしないケアを実践している。玄関は施錠しておらず、職員の見守りやセンサーで対応している。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>全員で作成した「接遇マニュアル」で虐待の意味を学ぶ機会をつくる。入浴時等利用者に異変があれば家族に確認し、かつ慎重に対応するよう努めている</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>グループホームには成年後見の利用者が2名おられ、成年後見人を招いて勉強会を持ったこともある。今後は一人暮らしの方が増えるため制度の導入も視野に学んでいきたい</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約時には本人、家族と面談を重ねて十分な説明を行い同意を得ている。小規模多機能サービスについての十分な理解と納得を得るため丁寧な説明を心がけている</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議に家族の代表が参加、意見を述べてくれる。日常的には家族のイベントへの参加を奨励し問題意識の共有に努めている。連絡帳や利用予定の情報交換時に意見を聞いている</p>	<p>家族は、運営推進会議に出席したり事業所を訪問したときに要望・意見を述べている。また、通いの送迎時や職員の居宅訪問の際にも利用者や家族の意見を聞き取って運営に反映させている。家族にはカンファレンスに参加して意見や希望を述べてもらい、ケアプランに反映させている。</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
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	管理者は月1回の正職会議と全員参加のカンファレンスなどを通じて日々の業務への要望を把握している。提案があれば内容を全員で話し合い運営に反映するよう努めている	「気づきノート」に職員の仕事ぶりやコメントを記載し、職員間で共有し個々の職員の意欲向上につなげている。職員の提案により、口腔体操の際に利用者に手を添えて動作を補助したり、食事が全介助の利用者にもカトラリーを持ってもらうようにするなど介助の方法を工夫して実施している。	
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	管理者は経営上可能な範囲で職員が意欲を持って気持ちよく働けるよう労働条件や職場環境の整備に努めている		
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	キャリアパスを作成し、職員のレベルと本人の意向を勘案しながら年間数多くの内外での研修への参加機会を提供している。資格取得に向けての内部研修も実施している		
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	全国、県レベルでの大会や懇親会、研修会への参加を奨励している。市内でも同業者との意見交換会や研修への参加の機会をつくっている		
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	サービス開始前に本人、家族と面談し、見学や体験の機会をつくり、情報を得ている。現在の暮らしだけでなく、以前の暮らしやこだわりにも留意し、いい関係作りに努めている		

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	小規模多機能の使い方を説明する中で、家族の困りごとや希望に対し、家族と当施設双方が何ができるかをじっくり話し合い、信頼できる関係作りに努めている		
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	サービス開始前に本人家族と面談し、サービス支援の方法について話し合い、介護保険以外の医療も含めた様々な社会資源の活用についても提案している		
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	我々から利用者へという一方の関わりではなく、双方で互助関係になれるよう留意している。ストレスに目を向けた支援のあり方を目指している		
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	常に利用者の自宅での様子を家族とともに確認しアセスメントに活用。家族のレスパイトケアに留意しながら本人だけでなく世帯に対するケアを心がけている		
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	介護サービスが入ることでこれまでの地域との関係が途切れることがないよう、地域とも情報を共有しながら対応するよう努めている	利用者が住んでいる地区の社会福祉協議会が行っているサロンに、職員が付き添って参加し近所の人や友人と交流した。12月に絵手紙の行事として年賀状作りを企画し、利用者の作成したものを家族や友人宛に投函する支援をした。	

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	世話好き、話し好きの方の周りに利用者の同士の楽しい場ができるなど、互助の観点が活かされる場面がみられるようにな+D56っている。このような場の演出に配慮している		
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	施設への入居などで利用終了後も、家族が来所したり電話での相談を受けている。イベントがあれば参加を呼びかけることもある		
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。	日々の関わりの中での聞き取りや気づきノートを活用、得られた情報を共有してアセスメントし、希望を見つけ、かなえるように対応している	初回アセスメントで本人・家族から本人の暮らしやこだわりを聞き取っている。日々のサービスの中でも意向や要望を聞き取り、発言の内容や情報を記録して職員が共有している。食事介助では、職員が利用者に声をかけて、仕草や表情を見て意向を汲みとっていることが確認できた。	
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	ライフサポートプランの作成に当たって、生活歴、個性、価値観等を把握し、過去の具体的な情報把握に努めている		
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	センター方式、人によってはひもときシートを活用して一人ひとりの生活の内実を把握しプランを作成している		

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
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	職員を3つのグループに分け、班ごとに毎月ケース会議を行い計画を作成、月1回の全体会議で共有をはかっている。即時的に対応するため、計画作成が間に合わないこともある	職員が家族の利用者への思いや希望を聞き「ひもときシート」を作成し、本人の立場に立ってその意向や気持ちを分析し把握している。ライフサポートプランを活用し、独自の書式でプランに沿った実施状況を記録している。職員が3班に分かれて毎月カンファレンスを開きモニタリングを実施している。	
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	個別の記録用紙をライフサポートプランに一元化し、日々の状況や気づきを記録しやすくしプランの見直しにつなげている		
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	小規模多機能の特性を活かし、通いに偏らず、訪問や泊まりを組み入れ生活全体を支援するように努めている。職員間には緊急は絶対に受けるとの合意がある		
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	地域のサロンの活用等、利用者の地域の社会資源の把握に努めている。D72ボランティアの受け入れ、地域行事への参加、当方主催の行事など双方向の関係構築に努めている		
30	11	かかりつけ医の受診支援 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	受診は原則家族対応。家族了解の下で、当方が観察記録を主治医に提出し情報共有と連携に努めている。一人暮らしなど家族同行不可の場合は通院介助も行う	個々のかかりつけ医の受診は家族が同行するが、独居の利用者や家族の要望がある場合は職員が付き添っている。診療情報は職員連絡帳や個別ケース記録に記入し職員が共有している。緊急時はかかりつけ医に連絡するが、対応できない場合は連携医療機関に連絡し指示に従っている。	

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
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>看護師はほぼ毎日勤務しており、カンファレンスにも参加、情報共有しており、専門的な意見や家族へのアドバイスで介護職をサポートしている</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>入院中も家族との関係を密にし、早期の退院に向けてともに準備している。病院での話し合いには同席し、退院後の方向性について情報を共有している</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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>終末期の事例はない。現状では職員間に終末期についての共通の認識はない。グループホームの事例を学びながら、家族も交え今後の課題としたい</p>	<p>現在は看取りの実施例はないが、重度化が進んだ場合には職員は医療的なことを看護師に相談し、利用者が心穏やかに過ごせるように支援する心構えができています。看取りの実施については、家族の希望を受けて、医師、事業所の三者でどのような最期を迎えるかを話し合っていく方針である。</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>マニュアルに沿った勉強会を持っただけで応急手当や初期対応の訓練はできていない。災害対策とあわせて今後の課題である</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>マニュアルを作成、年数回程度夜間も想定した避難誘導訓練を行っている。運営推進会議を通じて地域の協力も仰ぎ、年1回は地域の方にも参加してもらっている</p>	<p>防災訓練は、年2回の自主訓練、年1回の消防署立ち合いの訓練を実施している。地域住民には庭に降りた利用者の見守りを依頼した。夜間想定訓練も行っている。今年度は9月5日に県内全域で「かながわシェイクアウト」と呼ばれる、一斉防火行動訓練を実施した。水や食材は若干あるが、近くの公園にある自治会の災害備蓄を共有している。</p>	<p>災害備蓄は被災後直ちに役立つように、事業所内や敷地内に職員の方も含めて少なくとも3日分確保することを期待します。</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	全員で作成した「接遇マニュアル」を基本に人格を尊重した視線を共有。またカンファレンスの場で事例に即した振り返りを行っている	職員は、日頃の接遇についての振り返りやマニュアルの読み合わせをして周知徹底を図っている。新入職員は、研修マニュアルを基に研修を行っている。送迎時には、人前で本人のプライバシーに関する口に出さないように注意している。個人情報に関する書類は、事務所内の施錠できる書庫に収納している。	
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	日々の関わりから見えてくる利用者のニーズを3班に分けたグループで検討し希望に添えるようにしている		
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	自宅での様子や本人のこだわりについて家族からの情報をヒントに一人一人のペースや過ごし方を発見するよう努めている		
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	月1回の髪カットボランティアの活用、ファッションストアへの買い物やマニキュアなど希望に応じて実施している		
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	全職員が食事を共にし、BGMを流し会話がはずむようにしている。ミキサー食の方にもひとくちずつ料理名を伝えながら対応、五感を活かした食に留意している	献立は、調理専門職員3名が交代で献立を作成し食材を購入している。利用者や家族、職員が育てた季節の食材を取り入れている。個々の飲み込みの状態に応じて加工食を提供している。職員は利用者と同席して同じものを食べ、会話をしたり介助したりしている。訪問日、利用者は手の消毒や下膳を手伝ったり、献立をボードに記入するなどしていた。	

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事量と形態、水分量については必要に応じてアセスメントを行い、家族と連携しながらきめ細かく対応している</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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</p>	<p>毎食後口腔ケアを行っている。訪問歯科を利用している方も多いため、状態に合わせて自宅や当施設で取り組めることなど、連携に努めている</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>排泄チェック表を活用。一人ひとりのパターンを把握し支援している。自尊心への配慮には留意しており、他者に気づかれぬよう下着交換など手早く行う等している</p>	<p>排泄チェック表でパターンを把握し、さりげなく誘導している。浴室にトイレが隣接しており、失敗時には素早く対応できる。リハビリパンツだった方が、声かけやトイレ誘導を頻繁に行って布パンツになった事例がある。トイレは3か所配置されており、表示は大きな文字で分かりやすい。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>便秘予防に向けて日中の活動量を考えたり、排泄チェック表を活用し、情報を家族と共有しつつ、対策を講じている。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>基本的に、希望通りの日に入浴を実施している。清潔や体調を考慮し、希望により同性介助も。菖蒲湯やゆず湯など季節を楽しむ工夫もしている</p>	<p>入浴は、午前中を中心に回数は本人の希望に応じている。入浴が好きでない方に対し、声かけの仕方や一番風呂にするなど対応を工夫しているが、浴槽が広いので温泉みたいだと言って入浴する方もいる。個々の体調によりシャワー浴などに変更している。菖蒲湯や柚子湯などで季節を感じてもらっている。</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
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	予定にあっても本人の疲労具合を勘案して休息の打診を提案したり、逆に夜間の様子を把握するため数日の泊まりをすすめることもある		
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	薬情報を看護師が個別にファイルし全員で共有している。独居の方には訪問時の服薬や薬預かり等の対応をしている		
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	職員主導にならないよう常に振り返りの機会を持ち、得意なことは何か、どんな役割が果たせるかなど自信を持って楽しめるよう支援している		
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	日々の関わりの中から行ってみたい場所の発見に努めている。多少遠方であっても時間をかけて実現できるよう利用者と一緒に考えながら計画を立てている	午後を中心に、小グループで公園や近隣の買物に出かけている。最近は職員の畑に芋ほりに行ったり、県立あいかわ公園で組みひも体験に出かけたり、博物館見学、七夕まつりなどの四季折々の外出やうどんや寿司などの外食も楽しんでいる。遠方に外出する場合は、車いすで使用できるトイレが複数あるかを調べるなど事前調査をしている。	
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	金銭管理が出来る方にはその能力維持の支援を、その他の方には、外出や買い物レクの時お金を預かって、その都度自分で支払っていただくなどサポートしている		

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	自分で電話を使いこなしている方もおられる。泊まり時不安な方には、家族からの手紙を預かってお見せすることもある		
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	花や緑を絶やさず、室内の壁には一緒に作った季節の壁掛けを飾り、季節感を感じられるように工夫したり、廊下にソファを置き、落ち着いて過ごせるよう配慮している	共有空間は床暖房で、採光が良く明るく広さも充分あり、車椅子の移動にも対応している。リビングには手作りのカレンダーやその日の献立が書かれたボードが飾られている。廊下には利用者の作った絵手紙や季節を感じるもみじの紙細工が飾られていた。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	和室にテレビ、ソファを置いて一人でくつろげるよう工夫したり、廊下にもソファを配置し、たまには一人で過ごせるようにしている		
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	泊まりの部屋は、個室、和室、居間のベッドで、自由に選べる。家族から情報を得て本人が過ごしやすい環境を作るよう努めている	泊まりの部屋は、洋室と和室がある。常時目が離せない利用者にはリビングの奥をパーティションで仕切って使用する場合もある。カーテン・空調設備・照明器具・小机・収納設備・ベッド・布団が備えられている。泊まりの利用者が目覚まし時計やラジオなどを持ち込んでいた。	
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	建物内はバリアフリー、廊下には手すりを設置、トイレはわかりやすい案内で誘導している。目の不自由中がおられるので、その方に適切な誘導を皆で考えている		

目 標 達 成 計 画

事業所名 ななかまど

作成日 H.26. 3. 9

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	7 12 13	<p>「ルーチン化の打破」 今までの経緯として、ご利用者の抱えるBPSDや独居高齢者への対応といった家族の社会化により困難なケースをチームで共有し合い対応してきたが、最近になり軽度の認知症の方も増え、カラーも変わってきたためか、従来の柔軟な対応が画一的なものに変わってきてしまっている。利用者主体から業務主体といったルーチン化の流れ、困難なケースも受けていこうというチャレンジ精神、モチベーションに欠ける。</p>	<p>スタッフの意識、行動変容をスタッフ間で共有し合い、モチベーションを高めていける</p>	<p>1) スタッフ個々の意欲を高める →職員版「気づきノート Ver3.0」を活用し、思いや気づきが可視化される事により、皆で共有できるため、提案者や努力しているスタッフが評価を受け、モチベーションも高まるのではないかと。</p> <p>2) ヒアリングの実施 →日常、ケアをする中での今後の期待、潜在的な能力を確認するために管理者を中心にヒアリングを実施する。</p>	1年
2	6 16 18 19 24	<p>「認知症高齢者を抱える家族負担の理解」 認知症が進行するにつれ、被害妄想や単独外出、同じ事を何度も繰り返す等の症状に同居する家族からは、住み慣れた自宅に今後も暮らしてもらいたい気持ちはあっても、今後の不安を抱え、疲弊している様子が伺える。 また、家族が閉鎖的になり、その捌け口を見出せないのが現状としてある。</p>	<p>認知症高齢者を抱える家族を当施設のサービスのみならず、社会資源を多角的に見出し、包括的に支えていける視点を探っていく</p>	<p>1) 「家族会の実施」 →日頃、支えていく中で様々な困難を抱えている家族に当施設主催の「家族会」を実施する事によって、同じ境遇を共有する事ができ、また、新たなケアへの導きが発見出来るといった期待が持てる。 また、当施設外の「家族会」の案内も併せて引き続き行っていく。</p> <p>2) 「連絡帳や通信配布のスタッフ意識」 →周辺症状を目の当たりにしている家族は多く、その中で、スタッフは当施設の活動を伝えるにあたり、負の事柄ではなく、出来る事に目を向けた内容により、家族の見方が変わり、対応のヒントが期待される。</p>	1年

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。