

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	1492600125	事業の開始年月日	平成20年6月1日
		指定年月日	平成20年5月31日
法人名	特定非営利活動法人 自遊の広場		
事業所名	すずかけの家		
所在地	(252-0186) 神奈川県相模原市緑区牧野1987		
サービス種別 定員等	■ 小規模多機能型居宅介護	登録定員 通い定員 宿泊定員	20名 12名 4名
	□ 認知症対応型共同生活介護	定員計 ユニット数	名 ユニット
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月13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=ST1492600125&SVCD=730&THNO=14150>

【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)】

○ 自然の豊かな里の古民家なので、住環境がいい。お年寄りにはなじみやすい空間となっている。○オープンな場を心掛けているので、いろんな方が出入りし、なじみの関係も育まれる。○職員数が多く目も沢山なので、本人の行動を制限しないようにしている。○管理的・画一的にならず、個人の特性を生かした柔軟で多様なプログラムを心掛けている。○認知症の進行した方の要求には、予定にない訪問や、長時間の粘り強い対応を心掛けている。○地域の共同体を念頭に置いた関係を作るようしている。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年1月31日	評価機関評価決定日	平成26年4月4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JR中央本線藤野駅下車後バスで約40分、相模湖の奥の山中にある築120年の木造古民家です。トイレや浴室、暖炉設置など様々な工夫や改造・改装を加え、レトロな雰囲気満載の事業所です。

＜優れている点＞

家庭的な雰囲気の中で、利用者主体の生活の支援をしています。木のぬくもりを感じる古民家の居間で掘り炬燵を囲みおしゃべりをしたり、持参したカセットテープを流して歌を歌ったり、好きなことをして過ごしています。スケジュールを決めるのではなく利用者一人ひとりの希望に合わせた対応をしています。

設立から5年の短い間に、理念にもとづいた実践を管理者と職員が心を合わせて行っています。地域の人々や行政関係の方々との関係づくりも密接で、地域から愛される事業所になっています。

＜工夫点＞

古民家という特性を最大限に活かそうと、洋室トイレへの改造、広い浴室、土間への釜戸設置など、建築家や彫刻家などのアイデアも取り入れて様々な改造と改装を行っています。また、職員のみならず、看護、畠指導、身の回りの世話、ニュース・通信作成など地域のボランティアのみなさんの協力を迎いで、利用者が楽しく、ゆたかに過ごせるよう工夫をしています。

【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	すずかけの家
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)	1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 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 <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)	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)	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せている。 (参考項目 : 30, 31)	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	
62	利用者は、その時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 <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、信頼関係ができる。 (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	通り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 <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、活き活きと働けている。 (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。	○ケース検討の際、職員が理念の「常に一人ひとりの希望や生き方の実現」を意識して発言するようになった。 ○「たくさんの方との心と心のつながり」も利用者本人の関係者にも生かされている。	事業所の理念は「誰でもが住み慣れた地域で その人らしく生きることを支援します」としています。更に左記の自己評価の2点と「最後まで心から笑って暮らせる人生」として、職員はこの理念をよく理解し、実践につなげています。	
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。	職員の顔と名前は、地域で認識されるようになった。夏祭りやお月見等地域イベントにも参加している。地元民生委員が新たに運営推進委員に委嘱されたりと、フォーマル、インフォーマル各面でより関係が強まっている。	事業所で主催する四季折々の色々な行事やイベントに毎年地域の人々や小学生・保育園児など多くの参加があり、地域に親しまれています。明治時代建造の歴史的住宅にある事業所という特性に基づいた地域との密接な関係づくりを行っています。	
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。	○地元の、登録利用者ではない高齢者の相談にのったり、相談員+看護師で家庭訪問したりする。 ○地元向けに認知症サポーター研修を準備中である。		
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。	利用状況や大事な動きは必ず報告し、意見交換している。また地域との交流イベントを始め、季節行事などもまめに紹介し、事業所の実情を知ってもらうようにしている。	藤野包括職員、民生委員、自治会役員、知見を有する者、家族代表、利用者と管理者・職員でおこなっています。利用状況は毎回報告し、苦情の報告、事故報告もあった場合は行っています。約2時間の会議です。	
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。	包括主催の地域ケア会議には必ず参加している。第1回目のすずかけ職員・利用者向け「認知症サポーター研修」の講師に包括職員を招くなどして、市町村との協力を実施している。	市と町の行政の高齢者担当課といつでも相談できる体制になっています。地域ケア会議は年3回全て参加し、連携に努めています。	

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。	今年度は著しく認知症の進行した方がいる。行動を制限しないで寄り添うケアを、ケース検討をしつつ実行している。また家族の会を開催したり、小まめな家庭訪問で、人格を尊重するケアを家族と共に追求している。	身体拘束をしないためにはどうすればよいのか、対応の仕方をどうするか、職員間でよく話し合い、徹底に努めています。夜間のトイレ時等やむを得ずベッド柵をする場合は、家族の了解をとって行っています。	
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はないと注意を払い、防止に努めている。	事業所職員による虐待はありえないが、利用者家族には「可能性」がある過去には実際あった。市藤野福祉課・包括主催の「高齢者ケア会議」などで検討するようしている。		
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。	実際に社協の権利擁護制度を利用したいとの家族の声がある。かつて包括に在籍した社会福祉士資格を持つ職員のアドバイスを受け、他職員も学ぶ機会が増えて、支援しやすくなってきた。		
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。	契約の締結時には、管理者・ケアマネ・相談員・介護職員いずれかが複数で説明・相談するなど、現実に即した内容でわかりやすく説明するようにしている。		
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。	運営についての意見・声も連絡ノート、送迎時や家庭訪問時に随時聞くようにしている。また、今年度初めて「家族の会」を実施して把握に努めた。事業所の運営は、そのような意見を元にしていることが多い。	通常は「連絡ノート」で意見を聞き反映をしています。また宿泊利用者の場合は「お泊まり報告書」を家族に渡し、状況報告をして意見を伺っています。11月開催の家族会には3家族が参加し、訪問により8家族に会議の内容説明をしています。	

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
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。	年度末・初めの事業報告・事業予定、収支報告・予算報告等は、法人総会にかける前に職員会議で検討している。また、処遇改善事業や宿泊料金の改定、スプリンクラー設置事業など、出来事は殆ど職員会議に諮っている。	職員会議（毎月開催）は原則全員参加で実施をしています。ケアミーティングは月2回、介護職員が出席し、月1回の食坦ミーティングは食事担当者が出席して意見を出しあっています。管理者と職員の間ではいつでも意見や提案も伝え合う関係ができます。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている。	上記11を始め、大事なことは原則職員会議（全員参加）で話合って決める。就業条件の改善に関しても同様である。もちろん管理者は、個別の機会の意見も受入れるが、全体会議で報告追認するようにしている。		
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。	個性的職員を抱えているので、チームワークを保つための工夫は欠かせない。資質に合った職務・役割分担を考えている。また、（内外）研修の機会を増やし全体で力量を高めていくよう心掛けている。、		
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。	市や県或いは全国の小規模多機能連絡会に、管理者だけでなく色んな職員が行けるようにしている。また、デイサービス等の近隣の地域密着型事業所の訪問・職員の交流等を実施した。サービスの向上にプラスになっている。		
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。	形式的な問答ではなく、本人が事業所を頼れるように、育ちや趣味等茶飲み話的な会話を交えながら、困っていること・要望をじっくり引き出すこととしている。そのため、今年度ケアマネと2名の相談員が呼吸を合わせて取組むことにした。		

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
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。	上記の方法で家族とも話している。ただし、本人と家族が一緒の場面と別々な方が良い場面があるので、見極めながら対処している。		
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。	上記の通りじっくり話しこみながら、本人・家族のまず必要とする支援を見極めている。なるべく様々な関わり方を考え、多角的に支援できるように努めている。		
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。	地元の利用者や近隣の方の来訪で、この地域の暮らしぶりがわかる。そのことから、他地域の利用者の過去の生活風習など話題に上り、伝統食やモノづくりを利用者を講師にして行うこともある。職員はそんな意味で、利用者は暮らしの先達と思い尊敬している。		
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。	家族は本人を取り巻く最も大切な環境因子であり運命共同体の一員でもある。本人とは一定異なる家族の思いを引き出し調整する事抜きにこの仕事は成立しない。そのため、特に相談員が家庭訪問等で家族との話しこみをしている		
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。	例えば、地域の茶飲み仲間や民生委員が利用者宅を訪問していることが多い。職員はその場面などで面識を深め、情報を共有したり、関係の輪の中に自然に入るようにして、なじみの関係を切らないようにしている。	訪問した利用者宅に老人会の仲間が集まっている時などは、職員も話題に入るなどして、馴染みの関係を継続できるように支援しています。利用者の地域の仲間に来てもらい、ミニコンサートを開くなどの交流も継続しています。	

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。	職員が、利用者各人の生活歴や個性に沿った話題を提供したり、気の合う人が通う日など、利用者同士の関わり合いに気を配り、社会性が保てるよう心掛けている。		
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。	入院・入所等してからも機会があれば訪問し、その後の様子を把握するようしている。入所された方を、現利用者と見舞いに行くこともある。本人家族の相談事については、常にオープンにいつでも受けるよう心掛けている。		

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。	自己評価番号10の他、アンケートやモニタリング、三者面談等を通して総合的に把握している。支援は本人本位が基本で、そのニーズを会議で十分検討して具体的な支援につなげている。	管理者は利用者及び家族と話し合いを持ち、利用者本人の希望を聞くようにしています。送迎時に家族から話を聞いたり、連絡ノートでも意向を把握しています。急な通いの時間延長や夕食の希望にも出来るだけ対応しています。	
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。	ケアマネや相談員が初期に聞きとったことを基本にし、サービス提供する中で、介護職員とともに、自然な形で情報を得るようにしている。		
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。	サービス提供時或いは家での過ごし方について、会話や聞き取りを粘り強く継続し、記録やKJ法も活用したミーティングで共有化している。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ともすれば意見の異なる本人・家族・関係者の意向を聞き取り、話し合いをしている。更に事業所の力量もあるので、十分調整して介護計画に反映するよう心掛けている。	月2回の介護職員ミーティングで利用者の課題等を話し合っています。ケアマネジャーがまとめ、本人の意向を聞いたうえで、ケアプランを作成しています。毎月ケアマネジャーが自宅を訪問し、モニタリングを行って現状に即した介護計画を作成しています。	
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。	連絡ノート、個別支援記録（ケース記録）に共有化された実践結果・気づきや工夫を書きこんでいる。また、ケース検討結果も介護計画づくりや見直しに反映されている。		
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、その時に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。	認知症で介護力があまりない方は、生活上の様々な問題で電話等で頼ってくる。その場合原則的に断らず、要望に応えながら、フォーマルサービスにつないだり他の社会資源（地域住民等）との関係つくるように努めている。		
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。	上記に関連するが、地域資源との協働なしには小規模多機能は行き詰る。フォーマル・インフォーマルな社会資源の確保連携を常に念頭に置いている。		
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。	本人・家族の同意があれば、かかりつけ医の診療・往診に立ち会ったりして、現状対処療法を共有し、今後の見通し等を話合っている。	入院した場合は退院時のカンファレンスでかかりつけ医から退院後のアドバイスを貰ったり、受診や往診に同席して一緒に話を聞くこともあります。訪問看護師とも連携をとり、情報を共有して支援に活かしています。	

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
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。	小規模多機能と併用できる訪問の存在は、本人の症状を的確に知っているため、事業所も大いに助かっている。櫃ような場面で、事業所看護・看護職員は連絡を密にして対処した。		
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。	利用者の入退院時期に、事業所職員が立ち会う機会が多くあり、病院職員との関係がスムーズにいったりする。また、病状や退院についての医師の説明時には、本人家族の了解を得て、できるだけ一緒に聞くようにしている。		
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、事業所で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。	今年度は、実際にターミナルを経験した。そこでの家族・医師・訪問看護との協働関係は貴重なものであり、今後の方針化に大いに役立っている。	契約時に重度化した場合や終末期にどのように過ごしたいかを聞いています。実際にその状態になった時には家族、主治医や訪問看護師、ヘルパー等と連携をとりながら、本人と家族の意向を尊重したターミナルケアを行っています。	
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ます。	実際に重度の方の救急車搬送が何度かあり、研修による職員の実践力が、今年度発揮されたかたちとなった。また、緊急時家族・訪問看護との連絡体制も含むチーム間の信頼関係こそ生命線であることも学ぶ結果となった。		
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。	毎年、火災・地震を想定した防災訓練を実施する。自主的に参加する地域住民もいる。夜勤体制・建物の構造などから、地元消防団や近隣住民との協力が不可欠なので、職員は良好な関係を築くようつとめている。	防災訓練のうち年1回は夜間訓練を実施しています。近隣の人も手伝い、参加を得ています。築120年の古い由緒ある木造建築ということもあり、消防署や地元消防団も特に防災に気をかけてくれ、密接な協力関係ができます。	古い由緒ある民家ですので、焼失や倒壊のないよう、スプリンクラー設置、非常用備蓄など引き続き防災対策に更に全力を期されることを期待します。

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。	自然な会話を大事にするため、誇りを傷つけない言葉かけなどには、常に気をつかっている。また、1人1人の基本情報は鍵のかかる場所保管しているが、毎日つける支援記録や写真の公表なども気を使って対処している。	実務者研修を受けた職員がリーダーになって勉強会を開いています。「人格を尊重する対応方法」を学び、実践しています。利用者一人ひとりの生活歴を把握しておき、日常の話題にも気配りをして、傷つけないような対応を心掛けています。	
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。	こたつ文化での会話で、利用者の希望が盛り上がることが多い。またマンツーマンに近い職員体制なので、職員はじっくりと個人との距離を近づけつつ、本人の意思・希望が明確に表出できるように努めている。		
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。	各人の嗜好・ペースを元に、スケジュール的にではなく、体調・メンバー・天気などの要素を考えながら、その人らしいその日の過ごし方を考えている。		
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。	入浴時あるいは着脱時を中心に、女性職員とメイクやファッショングの話で盛り上がったしている。買い物支援時に、衣類や化粧品・身の回り品について会話したり購入することもあり、みだしなみやおしゃれは男女ともに関心事である。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	一人ひとりの好みを知った食事作りをしている。餃子・お好み焼きなどなど、ホットプレートを使う料理や庭での食事など、楽しい雰囲気づくりをこころがけている。可能な利用者さんは、職員と談笑しながら台所仕事をしたりした。	生協から届いた食材や畠から収穫した新鮮な野菜等で、その日の利用者の好みに合わせた食事を職員が作っています。月1回手打ちうどんや酒まんじゅう等を利用者と一緒に、時には利用者から教わりながら作って楽しんでいます。	

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
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。	食事量の少なくなった方には、献立や補食について、家庭とマメに連絡をとったり看護師のアドバイスを受けながら実施している。また、水分・食事量の記録もついている。栄養士資格を持った職員がいるので個別の対応もできている。		
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、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。	利用者個々の状態に合わせ、毎食後口腔ケアをしている。バックアップ医療機関のSTがケアマネの研修講師になったこともあり、当事業所もケアマネとともに職員研修を積んだ。		
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、一人ひとりの方や排泄のパターン、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。	排泄は自立している人が多いので、その状態が維持できるよう声かけ程度にしている。支援の必要な方には、記録やサインを見ながら、羞恥心を刺激しないよう対応しているが、認知症の進行と共に必要な方が増えた。職員がついていき、対応姿勢をとったりする。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導をしています。自立している人、リハビリパンツの人、おむつ使用の人等、状態により排泄方法も異なりますが、さりげない声掛けをする等羞恥心を感じさせないように配慮して支援しています。	
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。	野菜を献立に多く取り入れ、食べやすいように工夫している。また、散歩や体操などをしたり、排泄時本人の許可を得て、腹部マッサージを行うケースもできている。		
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。	明るい窓辺の檜風呂で、入浴が楽しい雰囲気づくりをした。脱衣場も十分温め、入浴のおつくうさを軽減している。ゆず、入浴剤、足湯などバリエーションを工夫するが、入浴については危険も伴うので、絶えず本人・家族と調整している。	浴室の窓から外を眺めながら檜の浴槽で入浴することが出来ます。時間は一人ひとりの納得する時間帯で、温度も出来るだけ好みに合わせて入浴を楽しむ出来るような工夫をしています。入浴の介助方法は家族とも相談しながら安全な方法で支援をしています。	

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。	個別の状態に応じて、折りたたみベッドも使用し仮眠・休息を取れるようにしている。泊り利用者には、障子の蔭に電気スタンドを置くなどの工夫もしました。和風の部屋が安眠の促進をしている。		
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。	認知症の方が増え、服薬管理は要注意である。カレンダーを使ったり、医師と相談して一包化したり、利用者と一緒に薬箱にセットしたりもする。通い時飲ませ忘れがまれにあり、ケア会議で真剣に対策を練っている。		
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。	今年度は将棋や畠をやる方、ダンサーだった等加わり、活動が多様になった。得意なこと・楽しい活動を保障するため、全体——個別と状況による支援を心掛けている。		
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。	外出は概ね好きなので欠かさないようにしている。散歩・ドライブ・お茶・外食、遠出等、好み・メンバーの相性・天気等を考慮しながら実施、近隣の方や家族も同行する事もある。社会資源が少ないので、マンネリにならないよう気をつけたい。	天候や利用者の状態を考慮しながら、出来るだけ散歩に出かけ季節を感じたり、自然にふれることを大切にしています。神社、寺、すずかけ農園等にも出かけています。ドライブで県立藤野芸術の家、草木館、喫茶店等、希望に合せて同行しています。	
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。	認知症からか、多額な買い物をしたがる方がいて、職員が同行し気をつけている。お金の管理は、プライバシーや本人のプライドを傷つけないように配慮しつつ絶えず家族と相談している。		

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。	希望した方には、いつでもそれが可能である。認知症の方にも、可能な限り本人に電話してもらい、職員がフォローで話をする等の対応をしている。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	木と紙の古民家なので、スチール家具等は置かない。冬はこたつ、夏は座卓を中心にゆったりした時間を過ごす。意識して取入れるというより自然の中、花の好きな利用者・職員達の存在が、季節感をかもしだしている。	2つの畳の大部屋（食堂と居間として使用）元納戸（事務所として使用）、トイレ・浴室は古い間取りを工夫して新しく改造をしています。明治時代の大住宅の雰囲気を生かし、家庭的な居心地のよい空間づくりをしています。	
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。	共用空間では特に個の場所を決めていない。しかし、最近認知症の進行が著しい方には自分の席を用意したし、他のメンバーも納得している。昼寝したい方には、簡易ベッドがいつでも使用できる。		
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。	泊りの部屋は、頭上の蛍光灯の位置をずらしたり、スタンドを障子の向こうに置くなど、直接刺激を避けるようにしている。寝室は、パーテーションや障子で個室となるが、事務所に布団を敷き職員が添い寝した事例もあった。	宿泊の部屋は、和室を仕切り、ベッドを置いて寝室としています。居間に隣接しているため、職員は常時様子を見守ることができます。	
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。	利用者自身で出来ることは、自分でやつてもらうようにしている。台所・薪ストーブ・落ち葉掃き、野菜の手入れ・収穫等個人の力量に応じている。生活感覚を大事にしたいので、色んな物があるが、その分職員達の眼を多くしている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 すずかけの家

作成日： 平成 26 年 6 月 6 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。

目標が一つも無かつたり、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るよう、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	36	昨年度、一昨年度の継続 二年に亘り、「良いケア」について研鑽した。 今年は、「プライバシーの確保」に力点を置いて考えたい。	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保、日常生活中、常に利用者の尊厳を意識し、誇りを守り、プライバシーを傷つけない支援ができるようにする。	職員会議、ケアミーティングで、利用者のプライバシーを傷つけないコミュニケーション（職員の接し方）について掘り下げたい。	8 ケ月
2	9	昨年度の継続 この問題について、話し合ったとき、「ライフサポートワークの導入」が浮かび上がった。 「思い、意向の把握」とつなげて考えたい。	○思いや意向の把握 本人家族と充分なコミュニケーションをとり、思いや願いを把握していく。	「希望」「ニーズ」の関係など、本人の状況を浮かび上がらせ、適格に把握できるよう方法論をケアミーティングで追及する。	9 ケ月
3					ケ月
4					ケ月
5					ケ月