

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	1492900111	事業の開始年月日	平成23年4月1日
		指定年月日	平成23年4月1日
法人名	社会福祉法人 藤雪会		
事業所名	小規模多機能型居宅介護 ゆったり		
所在地	(243-0014) 神奈川県厚木市旭町2-3-13		
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	6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3月4日	評価結果 市町村受理日	平成26年8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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpJDetails.aspx?JGNO=ST1492900111&SVCD=730&THNO=14212
----------	---

【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)】

・利用者の意思を尊重し、なじみの関係をより深め、「通い」「泊り」の中でも自宅にいるようにその人らしく過ごせるよう支援している。
・「訪問」と「通い」の組み合わせを一層工夫して自宅における安心して過ごせるように支援している。
・利用者の行動を制限することなく、思い思いに過ごしていただくことを主眼にプログラムを組み立てている。
・施設に閉じこもることを避けるため、外出の機会を多く取り入れ、地域・社会とのつながりを継続できるような環境を作っていきたいと思っている。
・施設内での具体的ななかかわりとしては、利用者のできることにしたいことを趣味活動にと留まらず、暮らしの中での諸活動内容として幅広く提供しようと努めている。

【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24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)】

小田急線本厚木駅南口から商店街を抜けて5分の住宅街にあります。居宅介護支援事業やデイサービス、訪問介護事業など運営する社会福祉法人藤雪会の本部の中核であるケアセンターあさひの3階にあります。

<優れている点>

建物の2階には法人内のソーシャルワーカーなど専門のスタッフが市民から相談を受けたり必要なサービスを手配しています。市から配食サービスの委託を受けるなど市と関わりは盛んです。元利用者の家族や地域の個人・グループなどが利用者の話し相手やお茶の手伝い、民謡などボランティアとして多数、協力しています。事業所のベランダには約15坪の中庭に家庭菜園をつくり稲や野菜を育てたり、ベンチで日光浴したりと利用者や職員の憩いの場となっています。また、非常勤から常勤への登用の道や配置転換など職員の活性化を図っています。法人内の職員交換研修も活発に行い、職員の資格取得に対しても援助するなど職員のモチベーションを常に高めています。

<工夫点>

リビングの壁に職員手作りの大正・昭和時代の商品の「懐かしの看板展」を掲示したり、事業所周辺の昭和時代の懐かしい様子のビデオを編集し、時々テレビで当時は振り返り話題作りをしています。2ヶ月ごとに写真が満載の会報「ゆったり通信」を発行し、利用者や家族を楽しませています。

【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	小規模多機能型居宅介護 ゆったり
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、生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近づけている。	毎年、年度初めに職員間で確認し、共有している。実践につなげる段階では、職員個々の意識に差がある。全職員が理念に対して、同じ方向性を持つことがより良い実践へつながることなので、今後更に努力をしていきたいと思う。	「安心して過ごせる場所づくり」という理念と、それを具体化した「がんばりスタッフの6か条」をつくっています。本人・家族が何を必要とし、何を支援すれば自宅での生活が続けられるかを常に振り返り、日々のケアで確かめ合っています。	
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。	地域のボランティアの訪問が定期的にある。自然なスタイルで、利用者や交流したり、利用者の徘徊が発覚した時には、近隣や、警察、第三者委員等に協力を求めている。また、散歩や買い物では、地域の方とのふれあいや交流を大切にしている。	地域のミニデイサービスや配食サービスなど支援する同法人ケアセンターを通じて地域に溶け込み日常的にも交流しています。地域のグループや個人のボランティアの定期的な訪問があり、地域活動と積極的に関わりを持っています。	
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。	専門学校や、福祉系の大学からの実習生の受け入れを積極的に行い、福祉への関心をさらに深めてもらいたい。運営推進会議の委員には、必要に応じてゆったりでの取り組みを説明し、小規模多機能型居宅介護の制度を理解していただくよう努めている。	/	/
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か月に1回定期的に運営推進会議を開催している。ゆったりの現状や困難事例について報告し、委員の皆さまに小規模多機能の制度を理解していただくよう努めている。現場で検討したり、共有する必要があることについては、スタッフへ伝えている。	年6回自治会長、民生委員、市・地域包括支援センターの職員、ボランティア、家族などが参加し、活動状況や避難訓練などについて報告や意見交換しています。参加者に小規模多機能のサービスについて理解してもらえるよう努めています。	
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。	毎月調査票の報告を行い、事業所の状況を把握してもらっている。市の介護相談員が毎月訪問し、ゆったりの一日の様子を見ていただき、意見を聞き取っていただいている。施設側への要望がある時などは伝えてもらう。	毎月、市に対して事業所の登録人数や実績等の調査票を報告し相談やアドバイスを受けています。毎月2回市の介護相談員を受け入れ協力関係を築くとともにサービスの向上に活かしています。県の連絡協議会に参加し意見交換しています。	

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。	全体としては身体拘束をしない取り組みを実践し共有しているが、難しいケースもあり、また職員個々の理解度に差がある。 困難事例については、職員間の連携を密に図ることで、身体拘束をしないケアの努力をしている。	「安心して過ごせる居場所づくり」をモットーに見守りを大切に緊張のないゆったりとした時間を過ごしながら身体拘束をしないケアを実践しています。スタッフ会議時の内部研修会で身体拘束の弊害について職員は理解を深め、拘束の有無を確認しています。	
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。	スタッフ会議で研修を行っている。 訪問時の様子などそのような状況が疑われる場合には、申し送りや会議で共有し、対応を検討する。		
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。	組織的な研修の機会は持っていないが、自己研修、学習にとどまっている。今後の課題である。		
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。	管理者及び計画作成者が自宅を訪問し、主に介護者に対して、十分な説明を心がけている。1回の訪問で十分な理解が得られない場合は、数回の訪問を行っている。		
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。	日常的に利用者や家族が意見を言える門戸は開いている。全職員はその要望を直接の聞き取りや連絡ノートで確認し、実践につなげている。利用者や家族が安心して利用できる施設づくりにつなげるよう努めている。	日々の送迎時の挨拶の中で情報を交換しています。利用日の家族からの連絡ノートから利用者の身体や精神面の状況を職員全員で閲覧しサービスに反映しています。毎月1回ケアマネジャーでもある施設長は利用者の家庭を訪問し要望など把握しています。	

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。	法人全体では理事長及び各施設長が集まる施設長会議を毎月開催。経営会議、職員会議ではより具体的な運営に関する意見や提案を聞く機会を設けている。	毎月、職員会議を開催し業務連絡や利用者の情報を交換しています。法人理事長が出席する施設長会議でも職員からの意見を取り上げています。非常勤から常勤への登用や法人内の配置転換など職員のモチベーションを高めています。	
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。	給与体系や就業規則の見直しを行い、給与水準を上げるなどの対策を行っている。また意欲をもって働けるよう、次のステップへの配置転換なども行っている。非常勤から常勤への登用などを行っている。		
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。	法人としては、新人、中堅、リーダー研修などを行っている。できるだけ外部研修を受ける機会を作っている。特に認知症のケアについては、実践者研修や事例を検討することで、日々のスキルアップにつなげ、職員全体のレベルアップに努めている。		
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。	神奈川県小規模多機能型居宅介護連絡会に入会し、情報交換やネットワークづくりに努める。同法人内の事業所及び近隣の事業所との意見交換や交流をさらに深めたい。		
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。	利用開始前の段階では、計画作成者や同行訪問のリーダーが関係づくりを行い、初回利用時においては、主になるスタッフを決め、本人の不安を取り除くよう努めている。		

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。	家族の利用の様子をできるだけ細かに伝え、安心していただけるように努めている。また利用時の自宅での変化などを聞くことで、さらに家族が安心して利用が継続できるように努めている。		
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。	本人や家族の意見を十分聞くことで、まず必要としている支援が何なのかを見極め、支援の具体的内容を確認し、対応している。		
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。	このサービスが在宅生活の延長線上にあることを認識し、出来ることはする、人生の先輩者であるということに敬意をもって接するなど、そういった意識をもよう努めている。が職員間では考え方に差がみられる。		
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。	家族の要望や意見には真摯に向き合い本人を取り巻く家族のきずなや支援が損なわれることなく、私たち施設側もともに本人を支える一員であることとの関係を築くよう努めている。		
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。	地域住民やボランティアとの交流、また戸外では公園や店、公民館、神社へのお参り、以前住んでいた地域への外出など、関係が途切れないよう努めている。併設のデイサービスへの顔出し、合同行事への参加。	利用者の多くが近隣の住民です。本人や家族、担当だったケアマネジャーから本人の趣味や仕事、得意な事など把握し、馴染みの場所への外出や知人の訪問など大切に支援しています。併設のデイサービスを利用する知人との交流を楽しむこともあります。	

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。	利用者同士の中での居場所づくりについては、日常の座席や動作、余暇活動の中でも支えあえる支援や雰囲気を作っている。		
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。	必要に応じて家族からの相談などの支援は行っている。またこれまでの経過から締約終了後も定期的な連絡は取ることがある。		
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。	日々のかかわりの中で努めている。本人からの希望や意向の把握が困難な時には、表情や動作からくみ取るよう努めている。必ずしも十分とは言えないが。	利用前の事業所見学・自宅訪問や「生い立ちマップ」などから思いや意向を把握するとともに日々の利用者との会話や繰り返し語る過去の話などから把握しています。家族と事業所間を行き来する「連絡ノート」の情報を共有し支援に活かしています。	
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。	初期の段階では成り立ちマップ等を記入してもらい、生活歴や趣味を知ること、本人の暮らしを知るよう努めている。		
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。	「通い」「訪問」を通して現状を把握し必要な支援を行っている。また毎日の朝の打ち合わせで、心身の状況をスタッフ間で共有し、その日のケアに生かすようにしている。		

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。	話し合いはしているが現状に即した介護計画かどうかはまだまだ努力の余地がある。	家族、職員、ケアマネジャーが参加する担当者会議で、アセスメントを基にケアプランを作成しています。日々の様子や気づきなど記入した個人記録により6ヶ月ごとに見直しています。	
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。	そのように努めている。個人記録だけではなく、共有の必要な事項については、申し送りノートに記入し、全職員が把握できるように努めている。		
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。	緊急の訪問要請や安否の確認等、その時々生まれるニーズに対して、柔軟な支援に努めている。固定観念にとらわれず、小規模多機能の利点を生かし、一人一人にとってその時に必要なサービスへの対応ができるよう努めている。		
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。	利用者の買い物先の把握、マンション管理人との良好な関係づくりで、安心して暮らし続けることが出来る環境の確保に努めている。また独居の方への食事サービスの利用などを支援している。		
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。	受診への付き添いなど、家族が困難な場合は本人の希望に添えるよう努めている。また往診についての相談もしている。家族の希望により「通い」での往診も受け、主治医と話す機会も持っている。「通い」利用時の緊急な往診にも対応していただいている。	利用者はそれぞれ馴染みのかかりつけ医の受診となっています。基本的には家族同行ですが、困難な時は職員の対応も行っています。通院後に家族送迎で「通い」も利用できます。受診結果に関する情報については、家族から聞き取りスタッフ会議で共有しています。	

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。	利用者の変化については逐次看護師に報告している。現状では、訪問看護を利用している利用者はいない。受診が必要な状況の時は、介護者に当日伝えている。		
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。	入院した場合は必要に応じて病院の地域連携室の看護師と連絡を取るよう努めている。また退院に際しては、担当医をはじめ病院のスタッフ、在宅サービスの関係者と担当者会議を開催している。		
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。	在宅での介護についての家族の考えを本人の身体状況を見ながら、早い段階で話し合っている。家族の意向を受け止め、ゆったりでの受け入れの方針を共有し、日常生活が継続できるよう支援している。	利用者の身体機能の低下に伴い、早い段階で家族の意向を確認しています。事業所で支援できる事できない事を説明し対応しています。開所からの3年間で家族から看取りの希望はありませんが看取りに近い形での支援を経験しています。	
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。	事故発生時の対応についてはスタッフ会議で周知しているが、応急手当等の訓練は定期的には行っていない。		
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。	2か月に1回小規模独自で災害避難訓練を行っている。 地域防災協定については行っていない。	2ヶ月ごとに事業所独自で防災訓練を実施しています。災害時の手順や行動を十分に理解する為に、職員は繰り返し行っています。備蓄品のリストもあり、毎年担当者がチェックし補充しています。建物内合同での避難訓練は年2回で利用者も参加しています。	

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
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。	全職員同意し声掛けの方法や内容について、十分な配慮のもと行っている。	利用者を目上の方として敬意を持って接する為に、接遇や言葉遣いについて研修しています。一人ひとりのその人らしい生活を支援するために、職員個人の感情や思いだけで接するのではなく、全職員で対応方法を統一しています。	
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。	自分から表現ができるような対応を考える、また自己表現が出来ない方には、出来るだけ思いを推測して対応している。		
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。	食事時間や休憩などは希望に沿っているが、余暇活動や余暇時間の過ごし方については、出来るだけ一人一人の希望に添うようにしたいと思うが、十分とは言えないところがある。		
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。	お化粧の時間などはその方のペースで行っていただいている。身だしなみについては、本人が嫌な思いをしないように支援している。		
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。	概ね好き嫌いや喫食禁止食品については献立を変更し、楽しんで食事できるように対応している。また摂食に困難な場合は食べやすいように工夫している。テーブルを拭く、食器をワゴンに戻すなど可能な範囲で行っていただく。	朝食が遅い人には昼食も遅らせたり、好みに合わせ肉を魚に変更、おかゆや刻み食を提供するなど柔軟に対応しています。利用者は配膳や食器洗いなど手伝いますが、現在は感染症の心配もあり、職員が行っています。	

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
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。	食事は一人一人に合わせ管理している。食事形態も体調に合わせて対応している。水分制限のある方への対応も行っている。		
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。	食後には概ね実施し記録できている。今まで習慣がなかった方も習慣になっている。		
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。	基本的にはどの方もトイレでの排泄を行っている。一人一人に合わせてトイレに誘導し、トイレでの排泄が出来るよう努めている。	チェック表によりパターンを把握して「ご一緒していただけますか」と声かけし、トイレ誘導しています。できることはしてもらいながら支援しています。トイレ内では前にタオルをかけ、羞恥心に配慮しています。夜間のトイレ介助の為の訪問も行っています。	
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。	家族からの聞き取りやゆったりで、日々の排便の状況を確認している。看護師の指示のもと飲み物や乳飲料などを取り入れ、排便を促すようにしている。家族とは連携を取っている。		
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むように、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。	基本、時間等は職員の都合で決めているが、精神面で困難な時には、タイミングや希望に添えるよう配慮をしている。週2回の入浴は保証している。	大浴場にリフト浴があり、自宅での入浴が困難な方も安心して楽しめています。希望により個浴も利用し、湯はその都度取り替えています。シャンプーや石鹸は、好みがあれば希望に添えます。フェイスタオル等は毎回消毒した物を用意しています。	

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。	個々の状況を把握し、時間にかかわらず、ソファ、居室等を選択して休憩できるようにしている。 夜間については強制的に就寝時間を決めるのではなく、個々人の生活スタイルを尊重している。		
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。	誤薬等服薬事故のリスクを防ぐために、看護師が管理をしている。 薬については、処方薬の説明書のコピーを保管し、服薬管理と合わせ把握に努めている。		
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。	成り立ちマップをベースに個々の支援ができるよう努力しているが、十分ではない。		
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。	散歩、ドライブ、喫茶店等に出かけるなどしている。時にはボランティアの手を借りながら、少しの時間でも外出の機会を持ち、長時間室内に留まることがないように努めている。	気分転換も兼ね短時間でも外出や中庭で外気浴の機会を持つようにしています。座っている時間も長い為、天気の良い日には散歩をして四季折々の変化を味わっています。一人ひとりの生活歴や好みに沿って外出を楽しめるように支援しています。	
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。	お金の所持については許容している。使用する頻度は少ないが、持つことが安心につながっている。 支払いができる方もおり、そのようなときには見守っている。		

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
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。	携帯電話の所持については許容しており、利用者によっては自由に行っている。支援が必要な時には行っている。携帯電話の使用等については、家族と合意している。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	中庭を含む共有空間は季節感漂う工作や昔の思い出の作品などを飾り、心地よい空間になるよう工夫している。（家庭菜園、生き物の飼育等も）	中庭にはベンチもあり日光浴もできます。プランター利用の家庭菜園は、利用者の名前付です。廊下の「懐かしの昭和看板展」で昭和を懐かしんでいます。居間の壁一面の桜は満開で、季節ごとに替えています。金魚やメダカの水槽もあり癒される空間となっています。	
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。	共用フロア内、ベット、ソファ、廊下の椅子、居室のベットを自由に開放し、安心して生活できる空間としている。また、庭のベンチなども安全を配慮しながら開放している。		
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。	希望にはできるだけ添えるよう努めているが、まだまだ十分とは言えず、工夫の余地はある。	泊まりの部屋を選ぶ事が可能です。パーテーションで区切り、泊りの部屋としていますが、各ドアには花の名前と写真を貼っています。自宅の延長として就寝時間もそれぞれです。本人の荷物を枕元に置いたりする事で安心してできるように支援しています。	
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。	個々の利用者の能力を見極めながら、安全で自立した生活ができるよう、自身で泊りの部屋に出入りできるなど、部屋が識別できる工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 小規模多機能型居宅介護 ゆったり

目標達成計画

作成日：平成 26 年 7 月 30 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	2	在宅のサービスであることを念頭に置き、今まで生活してきた地域とのつながりを、サービスを利用することで断ち切ることなく続けることが出来るような支援について考える。	ゆったりが出来る地域とのつながり、個々の利用者にとっての地域とのつながりを考える。	外出の(近く)の機会を作り、地域にゆったりがあることをアピールする。 一人一人が今どのように地域とかわりがあるのかをスタッフが知ることから始める。 地域マップの作成など。	12ヶ月
2	5	「身体拘束をしないケア」の実践については施設としては行っているが、スタッフ間の理解や考えには差がある。	知識での理解だけではなく、ゆったりでの事例を基に、スタッフが「拘束をしないケア」について理解する機会を作る。	基本の理解はもちろん、ゆったりで「拘束に当たるケア」はないかの確認を定期的に行い、身体拘束についての理解を深める。	6ヶ月
3	10	現状に則した介護計画の作成が十分できていない。	個々人の介護目標の設定を確認し、生活基盤に則した介護計画を考える。	より具体的な目標を立てる。 スタッフが同じ目線で行うことが出来る介護計画を立てる。 より成果が見える目標とする。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月