

平成26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	1492000128	事業の開始年月日	平成23年8月1日
		指定年月日	平成23年8月1日
法人名	有限会社 アルデパラン		
事業所名	小規模多機能型居宅介護施設 はるかぜ		
所在地	(245-0012) 神奈川県平塚市大神3019-1		
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
定員計		9名	
自己評価作成日	平成26年10月6日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月30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/wp/Details.aspx?IGNO=ST1492000128&SVCD=730&THNO=14203>

【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)】

明るく開放的な雰囲気を大切にしています。地域には開かれた開放的な施設をめざし、利用者の自由意思を尊重する施設となるように努めています。介護が必要になっても、利用者と家族が住み慣れた地域で安心して生活が継続できるように支援をしていきます。高齢になっても、社会と交流を持ち、社会の一員である意識が常に持てるように日々新しい情報を提供することに努めます。

【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11月11日	評価機関 評価決定日	平成26年12月19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平塚駅よりバスで17分、バス停「柳の内」より徒歩2分の幹線道路沿いにあります。広い駐車場の奥にあるお洒落な木造平屋建ての建物は、玄関がガラス張りで、明るい中の様子が垣間見られます。周りは住宅や店舗、工場などが立ち並んでいます。

<優れている点>

地域との交流が盛んです。おいしいコーヒーが飲みたいという利用者の一言から始まった喫茶の日は、ホームのリビングホールを喫茶店風に模様替えして、手作りおやつやおしゃべりを楽しめる場所で近隣住民にも好評です。室内は壁が白で統一されて明るく、絵画が飾られ、観葉植物が壁面から吊り下がり、落ち着いた癒しのある雰囲気を出しています。中廊下やリビングの天井は高く、寄せ棟の棟木まで届き、とても開放感があります。トップライトから光と風が入り、管理者は臭いのない空間を意識して、こまめに換気をしています。リビングからは開放感ある屋根付きのウッドデッキに出られ、外気浴が気軽にできます。テレビを見る時間を減らし、心地よい音楽を流すことで職員や利用者同士会話を楽しんだり、ゆったりとくつろいで過ごせるようにしています。

<工夫点>

道路沿いの目につく所に掲示板を設置し、事業所の行事などをわかりやすく写真付きで告知をしています。「朝の会」では職員が、社会面のことを優しく話し、体操を取り入れて身体リズムを整え機能低下を防いでいます。

【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施設 はるかぜ
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。	地域の方々に開かれた開放的な施設を心がけています。利用者の家族や友人がいつでも立ち寄り交流が持てる様になっています。地域で介護に困っておられる方の支援を出来る限りお手伝いしています。	理念は職員に浸透しています。喫茶の日や映画会などを設けて地域住民を巻き込んで交流し、地域に開かれた開放的な事業所となっています。理念の実践のために職員一人ひとりが主体的に行動しています。	
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。	毎月1回の喫茶の日、3ヶ月に1回の映画の日、年に1回の納涼祭、餅つきに地域の方をお招きして、交流をしています。また、地域のお祭りに参加希望の方はお連れしています。	日常的に交流があります。地域住民参加型の行事も多く、事業所前の掲示板には事業所の行事を写真付きで紹介し、道行く人の目を引く工夫があります。「喫茶の日」は事業所が喫茶店に模様替えして、一人百円でコーヒーや手作りおやつを楽しんでいます。	地域との付き合いは良好ですが、さらに地域に根差し事業所の将来展望のためにも自治会への入会も期待されます。
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。	掲示板で介護相談がいつでも受けられることを地域の方にお知らせしています。認知症介護のご家族の相談は管理者のみならず、職員全員が受け止められるよう定期的に認知症研修をしています。	/	/
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。	地域包括センターとの連携、自治会長、民生委員の方には地域のニーズを伺い、はるかぜの現状報告とともに地域とどのようにつながっていけるかを話し合っています。利用者、家族からは本音の意見がうかがえるように努めています。	2ヶ月に1回開催しています。地域包括支援センターの職員や自治会長、民生委員、家族など幅広く参加しています。事業所の実績や現状報告の後、全体協議として参加者と意見交換をしてサービス向上に活かしています。	
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。	生活福祉課は、現在は生活保護の方の登録がありませんが、登録のある時は病状を含め状態報告をまめに行います。市の小規模多機能連絡会での意見交換もあります。	平塚市の高齢福祉課や生活福祉課とは事故報告など機会を見つけて話し合い連携をとっています。1ヶ月に1回の小規模多機能連絡会では他事業所との交流や意見交換をしています。社会福祉協議会のシステム会議からの研修会にも参加しています。	

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
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。	身体拘束の禁止の具体的な行為は、身体拘束ゼロの手引きを定期的を確認して基本的に行いません。玄関施錠については本社の業務命令に従っています。	職員は身体拘束について正しく理解しています。転倒の危険がある利用者が泊まる時はベッドではなく床に布団を敷いて対応しています。言葉による拘束にも常に気をつけています。道路事情による安全確保のため玄関は施錠しています。	
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。	施設内の職員による虐待は、チームケアの報告や職員の意識の確認で防止され、利用者自宅での虐待は、入浴時の身体観察等で見過ごしの無いようにしています。本人や家族からの相談があった時は包括センターや市と連携します。		
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。	管理者は定期的に成年後見人制度の研修に参加し、職員は市の研修への参加希望を研修案内により募っています。施設玄関には成年後見人制度、安心センターの案内書を置いてあります。		
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。	契約書でわかりづらいところはゆっくりと説明をしています。不安や疑問点の質問が出来る様にゆっくりと説明をしています。		
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。	運営推進会議のみならず、日常的にご家族に会う機会をとらえて意見、要望を聞くようにしています。利用者からは職員全員が日頃より話しやすい状況を作り希望、意見を伺っています。	送迎時や家族が来所した時など様々な機会をとらえて、積極的に話しかけて意見を聞く努力をしています。おいしいコーヒーが飲みたいという利用者の声を受けて、月に一度「喫茶の日」が設けられ、利用者や家族、地域住民に好評です。	

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回の職員全体会議での意見や提案を管理者は受け止め、必要なものは本部へ報告しています。年に1-2回の個人面談での職員の意見を反映できるように、会議で全職員と話し合うことをしています。	管理者は日頃から職員の意見や提案を聞く努力をしており個人面談も実施しています。信頼関係が構築され職員は主体性を持って職務を遂行しています。映画の好きな職員の提案で「映画の日」を設け、懐かしい映画などで利用者にも好評です。	
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。	年に1-2回の職員の個人面談で勤務状況、やりがい、労働時間、職場への希望の把握に努めています。		
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。	市の研修他施設に届く研修案内は職員休憩室に掲示します。月に1回の全体会議でその時々に必要な研修を行っています。		
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。	2ヶ月に1回の市の小規模多機能連絡会で同業者との交流、意見交換、毎月一回の法人内連絡会で状況報告、意見交換をしています。		
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。	初期は本人の不安があるので職員は丁寧に時間を取って関わっています。本人の喜びを見つめる努力をしています。		

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
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。	初期は幾度か面談を重ねて、家族の不安に寄り添うようにしています。		
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。	利用開始の段階では、必要なものを支援しますが、毎月のモニタリング、再アセスメントでより適切なものになるように話し合うことをします。		
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。	本人のできることを見つけ自立支援を重視しています。一方的な介護にならないように職員はお互いに注意と確認をしています。		
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。	家族が本人にかかわることを大切にしています。家族のすることはきちんと伝え、支援できることと家族の対応を明確にしています。		
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。	家族、友人、知人が施設に出入りしやすい雰囲気づくりを心がけ、施設内でゆっくり出来る様に面会場所の提供をしています。馴染みの場所へは外出レクでかけています。	住み慣れた地域での生活を支援しています。事業所に知人が定期的に訪ねて来たり、孫やひ孫が訪ねて来ることもあり、ゆっくりと面会できるように配慮をしています。外出レクでは利用者の生まれた場所や馴染みの神社などへ出かけています。	

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。	利用者同士で会話が楽しめるように席の工夫をしたり、会話の少ない方や難聴の方、視覚障害の方へは職員が介入をして話をつなげています。		
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。	サービス終了後はなかなか交流がしづらいので、施設の行事等へお誘いをしています。		
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。	本人主体を一番においています。常に日常会話の中から本人の希望を拾うように心がけています。表出しづらいものを時間をかけてつかむようにしています。	日頃の会話や行動から意向を把握しています。難しい利用者には、ゆっくりと触れ合うことで心を通わせ、表情や行動から推し量ったり家族に聞いています。ユマニチュードケア（見る、話し掛ける、触れる、立つ）を取り入れ利用者の気持ちに寄り添うケアをしています。	
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。	初回アセスメントではなかなか拾えないものを、信頼関係を築きながら時間をかけて伺います。また、関わる職員からの情報で把握することもあります。		
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。	毎朝のバイタルチェック、表情、体操時の様子、食事、排泄、レク時の様子を職員一人1人がみています。体調安定の方にはその方できることを声掛けでしていただきます。		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	毎朝のミーティングで一人一人の状況確認、変化のあった時のケース検討会 本人と家族との話し合いをしています。介護計画の変更や追加を話し合い行っています。	利用者や家族の意向を聞き、医療関係者や担当者など、必要な関係者と話し合い、担当者会議を開いています。そこでの意見を基に、計画担当者が6ヶ月に1回ケアプランを立てています。急変時は随時変更しています。モニタリングは1ヶ月に1回行っています。	
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。	介護記録（介護者）経過記録（CM）は変化のあった時は詳しく記録し、職員間の連絡ノート、家族との連絡ノートで情報を共有しています。		
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。	画一的なサービスにならないよう一人一人の満足になるように職員に柔軟な対応が行えるように管理者は指示を出しています。		
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。	自治会、民生委員、回覧板、市の広報などの情報を利用者にお知らせしています。地元のお店の情報もお知らせしています。外出レクで希望のあるところへ出かけます。		
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。	本人の受診希望や心身状態変化のある時は家族に連絡を入れ、許可を得てかかりつけ医に連絡をしたり、家族対応が出来る様になります。近所の歯科と診療所のドクターとの信頼関係は良好です。	独居の方は職員によるかかりつけ医への引率対応をしています。在宅医療に熱心な地元の診療所の医師による診察を受けています。この診療所とは、事業所はもとより家族の信頼も高く、良好な医療連携が実施されています。	

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。	看護師は週2-3日施設に居ますが、不在時の利用者の様子や変化を連絡ノート、口頭で伝えています。利用者の心身変化のある時は看護師、介護員管理者で連携して医療につなげています。		
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。	退院時は病院を訪問し、状態把握をしてプランの適性を判断します。入院時はMSWにて情報提供をしています。短期の入退院時はその限りではありません。入院中は家族と電話で、現状確認をしています。		
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。	重度化した方や終末期の方をケアするときは、家族力を確認し、必ず医療支援を確認し、医師と家族に頻りに情報交換をしながら、施設でできる範囲を日々判断しながら行います。チームケアで情報交換、確認を日々行います。	今年の5月に看取りを実施しています。この他、終末期ぎりぎりまでホームで過ごされた方も数名おられます。24時間の医療連携対応が図られ、エンゼルケアの実施実績もあります。	
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。	救急救命の手順を職員の目につくところに常時掲示し、年に1-2回実習を予定しています。応急手当はマニュアルを置き、職員の全体会議時に必要に応じて看護師より研修を行います。		
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。	年に2回の避難訓練を、自治会の方、民生委員、地域包括センターの方、近隣の方に声をかけて行なっています。次回の予定は夜間の避難、消火器の使用方法を予定しています。	市消防本部に予め計画を届け出しホーム内の防災委員会が核となって、近所の方や利用者家族に呼びかけた上で避難訓練を実施しています。備蓄は現状では飲料水のみ準備しています。	運営推進会議で出た意見で、防災「シェルター」としての役割が期待されていることもあり、3日間以上の食糧などの備蓄をし、災害時に備えておくことを期待します。

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。	利用者への言葉使いは、人格を尊重したものであるように常に注意をしていますが、各職員の癖やなれ合いが出ることがあるので、毎月の全体会議で話し合っています。プライバシー保護には十分注意をしています。	対人援助の基本である「バイステックの7原則」を掲げたポスターがいつでも目につくよう事務所や職員休憩室に掲示されています。職員は利用者を人生の先輩として敬うことを基本とし、プライバシーについてもマニュアルや研修で周知を図っています。	
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。	利用者の自己決定がしやすいように働きかけています。自己決定を中心に置いています。希望は日常会話の中で拾ったり、直接伺っています。		
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、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。	施設がスタートして3年を超え、ようやく業務優先ではなく、各利用者のペースがつかめ、大切にできるようになっています。業務優先になってしまうときは管理者がアドバイスをすることがあります。		
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。	認知症の方でも、おしゃれをしてほしいので、おしゃれセットを用意しています。男性利用者でひげが伸びている方は声掛けでそっていただきます。		
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。	毎月の喫茶の日には、季節のものを職員の手作りで楽しんでいただき、ランチデーには利用者のリクエストを伺い利用者と職員と一緒に昼食を作り、一緒に食卓を囲みます。毎日の食器拭きも手伝っていただいています。	「喫茶の日」を設け、地域の方を呼んで利用者との交流を図っています。ランチデーの他、手づくりおやつとしてあんこ巻き、フルーツポンチなど一緒に作ったり、庭でできた野菜や季節の物を取り入れて、食の楽しみを満喫しています。	

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、水分摂取量は日々記録しています。利用者一人一人の様子や状態に合わせてお粥、ヨーグルト、牛乳、フルーツ、スープで体調を整えいただくことがあります。		
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。	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。	オムツ使用の方も定期的にトイレ誘導を行い、トイレでの排泄が出来る様になっています。	入居時に車いす利用で要介護5だった利用者が、日々の訓練で基本動作が充実改善し、当初リハビリパンツを使用していたのが、布パンツに変えることができています。排泄のタイミングでは、予め声掛けをすることで失禁の未然防止に努めています。	
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。	日に2回の簡単な体操、リンパ体操、歩行練習、日光浴、定期的立位を行い、水分摂取、排便記録に基好き、主治医の許可を得て服薬（便秘薬）調整をしています。		
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。	1人1人の希望に合わせた入浴は行えていませんが、体調やタイミングに合わせての入浴は行っています。	ゆず湯や菖蒲湯など楽しみながら、かつ会話をしながら湯船に浸って貰える様な機会を設けています。拒否する方には無理強いせず、時をずらしたり、場面や声掛けの人を変えて支援しています。この他、むくみや血液循環の改善に足湯も勧められています。	

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。	昼食後に30-40分の昼寝を利用者は交代でとります。体調により個室での休息はできますが、長い横臥の時間は日中は避ける様にしています。		
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。	薬事書は個別ファイルの保管と、利用者全員の薬辞書ファイルに保管しています。薬管理は基本的に看護師が行いますがセット状態と服薬状態のチェックはダブルで表に記入しています。		
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。	利用者の体調を見て負担の無いように行っています。		
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。	当日に天気が良いと気軽に公園やドライブに行き、季節を感じていただきます。普段行けない場所や外食レクは数か月前に行事計画を立て出かけます。	外出レクリエーションとして、月に数回出かけています。観梅やお花見などで四季を感じて貰ったり、美術展や大磯吉田邸の見学遠足などで芸術面の刺激を受けるなど、年間の計画をたてて実施しています。	
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。	少額を自己管理していただき、購入したいものがあるときは店に同行します。外出レクでご家族へのお土産を購入するお手伝いもします。		

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
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。	利用者の希望するときは事務所の電話をお貸しします。連絡を取ってほしいときは仲介をします。		
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。	施設内は緑と季節の花を置き、利用者を楽しんでいただいています。デッキや玄関外は園芸係が植物や野菜を育てりよしゃが時々水やりをしています。施設内の室温、光、音、臭いを日に数回チェックをしています。	窓ガラス面が多く、室内外に緑の植栽が見られ、コーナー部にあるウッドデッキは空間形成の中で開放感を持たせてくれます。テレビを見る場面を少なくし、職員と利用者の対話をより多く確保することを考え、軽音楽のBGMを選んで快適音空間を演出しています。	
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。	希望があれば個室で休息したり、デッキや玄関、庭の要所要所に椅子を置いています。		
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。	個室にはクローゼットがあます。来客時にプライベートな時間がとれる様に椅子を用意しています。自作の作品を壁に飾りその方らしい居室にすることも出来ます。	心地よく過ごして貰える様、居室環境の清潔維持に努め、特に換気に気配りをしています。また、親しんだ家具や飾り物など、自由に持ってきてもらえるようにしています。創作活動で作った作品や塗り絵が居室壁面に飾られています。	
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。	自立支援を常に心がけています。雑誌や楽器（キーボード）は好きな時に使用できます。色鉛筆や塗り絵を自由に使用できますが、スタッフが手助けをしています。		

(別紙4(2))

事業所名 小規模多機能型居宅介護施設 はるかぜ

目標達成計画

作成日： 平成 27年 1月 29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		地域との関わりと関係 自治会へ入会	地域の活動情報を得て、積極的に参加をする・・・自治会へ入会する	H26年12月に自治会へ入会したので活動情報を得て利用者とともに参加をして地域に出ていく。	12ヶ月
2		災害時・・・地域のシェルターとして災害時に施設を役立てたいが現在災害時の備蓄が無い。	水分、食糧等を3日分程度の備蓄を常に整えておく。	水分は少々備蓄があるが、ドライで備蓄できる食料品を多めに購入しておく。	6ヶ月
3		介護スタッフの資質と必要人数の確保をして施設での安定した介護を行いたい。	介護スタッフの少ないときは業務優先となり、利用者の思いを優先することがおざりにならないようにする。	介護スタッフの日常的な資質の向上のための育成を行う。スタッフ同士が互いにチームケアの中で練磨し合う。	12ヶ月
4		感染症の予防を徹底する。	インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬を出さない。	症状の早期発見・・・観察、報告を介護のチームケアで連携良く行う。医療機関への連携を適切な時期を逃さず行う。利用者、職員、来客者の手洗いの徹底。感染症の知識を身に着ける。	12ヶ月
5					ヶ月