

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	1492200512	事業の開始年月日	平成25年10月1日
		指定年月日	平成25年10月1日
法人名	株式会社 あおいけあ		
事業所名	おたがいさんサテライトいどばた		
所在地	(252-0813) 藤沢市亀井野4-12-93		
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	18名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	12名
		宿泊定員	4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11月6日	評価結果 市町村受理日	平成27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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?JGNO=ST1492200512&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)】

地域の中にある自分の家で暮らし続ける為に小規模多機能の柔軟な通所、訪問、宿泊を組みながら、その人らしい生活が送れるように自立した支援をしています。ご利用者様の生活史に寄り添い、やりがいを持つことを目標に本人の不安や悩みを理解し、本人の得意に働きかけます。例えば、元植木職人の方に庭木の手入れをお願いし、一緒に取り組んでいると思い出すことも、身体が覚えていることも沢山出てきて、やりがいと喜びを感じ自信につながっています。女性では、昔はやったけれど・・・と和裁や洋裁の経験を活かしくオリティの高い商品作りを行い、地域の方々に発信し売る！と言う自立支援を行っています。また季節毎の地域に向けたイベントではお年寄りの活躍の場が常にあります。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年12月8日	評価機関 評価決定日	平成27年2月16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分の住宅街にあります。小規模多機能型の本体の「おたがいさん」やサテライトの「いどばた」、グループホームが併設され、隣接した各事業所は多くの植木で独立し、複数の事業所で資源を有効活用しながら身近な地域で利用者にサービスを提供しています。イベントや行事などを合同で開催したり、「おたがいさん」の宿泊室に空きがあれば活用しています。人材面では看護職員が緊急時に訪問対応する宿直者も兼務しています。

<優れている点>

職員は法人代表の思いを深く理解し、支援に迷いがある時は代表の立場に立って判断し、掲示している行動方針に立ち返り職員が一致団結して利用者を支援しています。近隣の包括支援センター職員による公園体操が、毎週火曜日に二つの公園で行われ、利用者は職員と両方の体操に参加し地域の人達と交流しています。運営推進会議は勉強会や事例発表会と同時に開催しています。近隣の住民や福祉施設の職員、医師や作業療法士、理学療法士や地域包括支援センター職員、介護専門学校の教師など120名の方が登録しています。サテライト「いどばた」の支援内容や福祉施設の事例発表など、市民会館や市民センターで開催し約40名の方が参加しています。

<工夫点>

個別支援により、利用者の自立を大切に本人のやる意欲を掘り起しています。利用者が身につけてきた料理や裁縫・畑作業や日曜大工、習字など得意分野の役割により生きがいを発揮し、介護度が軽くなり家族から喜ばれています。

【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	おたがいさんサテライトいどばた
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つなげている。	お年寄りの生活歴に寄り添い、自分らしく生きる為のサポートをしていきます。個別対応により充実したケアを行います。	「命ある限り自分らしく生き、一人の価値ある人間として存在したい」という願いの実現を日々のケアに実践しています。利用者の意欲や出来る事、したい事の気持ちを尊重し通い・訪問・宿泊のサービスの支援により自宅での生活が継続できるよう努めています。	
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。	地域の方々と包括センター主催の公園体操に毎週参加しコミュニケーションを図っています。季節毎のイベントの告知を行い、近隣へのポスティングを通じ挨拶をしています。	地域の一員として自治会に加入し、多くの行事や活動に参加しています。利用者は地域の方々と公園の清掃や花壇作り、体操などを通して交流しています。通学路でもあり児童たちが集まって将棋や折り紙を利用者から教えてもらえる地域のサロンの存在となっています。	
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。	事業所の事例発表会を開催し、認知症になっても地域で暮らしていける事やカッコイイ、優しいお年寄りが、少しのサポートでまだまだ出来る！事を紹介しています。また認知症サポーター養成講座を実施、どなたでも参加出来るようにしています。	/	/
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とは？というサービス内容の説明を通し事業所内のサービスの実施の報告、事例発表を行い他業種連携を図るための意見交換をしています。	運営推進会議は勉強会や事例発表会と同時に開催しています。近隣の住民や福祉施設の職員、介護専門学校の教師などが登録され、多くの方が参加しています。取組み状況や行事などについて話し合い、要望や意見を把握してサービスに反映しています。	
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。	六会包括センターとの連携を常日頃より行っており、毎週利用者様と共に公園体操に参加して、事業所の取組みを実際に見ていただき、関係を築いています。	毎週地域包括支援センターの職員が主催する公園体操に参加し交流を深めています。日頃からサービスについての相談や情報の交換を行っています。市主催で2ヶ月ごとに開催される事業所連絡会に積極的に参加したり、認知症サポーター養成講座の開催にも協力しています。	

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。	自由に動ける環境を作っています。高次脳機能障害の方がおり、外へ気持ちの向いている時にも気付けるように少しの振動でも音が鳴るようにしています。	日常の支援のための、「介護自己評価チェック票」には身体拘束防止に関する項目も含まれ、年に数回のミーティングで各自自己評価を実施し確認しています。見守りを重視し施錠しない暮らしの大切さを職員は認識し本人の気持ちにそった支援をしています。	
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。	身体の異常、表情の変化など常に意識して観察しています。特に入浴時には身体の観察、変化に注意しています。		
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。	独居の方が安心して地域での暮らしが出来るように、通所、訪問、宿泊を常に組み合わせながら行っています。		
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。	契約時には必ず十分な時間をとり、必ずその文書を読み上げ説明する。分かりにくい箇所には説明を補足し確認しながら契約を行っています。また現在の本人、ご家族の不安や希望を伺い知る時間をもっている。		
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。	各利用者様に連絡ノートを作り、ご家族とのやりとりをしています。連絡ノートにはその日の出来事を始め利用者様の体調、行動の変化などをお知らせしご自宅の様子を知らせていただいています。またケアマネージャーによる毎月の訪問により要望を意見を伺っています。	自宅への送迎時に気楽に要望など話し合ったり、交換する「連絡ノート」を活用し自宅や事業所での本人の身体や精神面の状況など伝えていきます。ケアマネジャーの家庭訪問により自宅での入浴や排泄、睡眠などについても把握し事業所での支援に反映しています。	

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。	日々職員とその日の出来事を話す時間があります、また毎月の会議で意見交換をすることができます。スタッフの個性を活かしたレクリエーション活動などスタッフのこうしたい！あーしたい！を大切にしています。	毎月開催する「ケース会議」や職員が毎日気づいたことを記入する「メモ記録ノート」など活用して職員の意見を把握しています。代表者も必ず目を通し、意見を記入したり、副管理者を通して話し合っています。職員は行事を分担し提案など交換しています。	新人研修や介護技術など積極的に研修会を実施しています。利用者の重度化に対して機能の減退を防止するためのスキルアップを図り利用者の自立に向けたより一層の個別支援の推進が期待されます。
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。	代表者は常に利用者様、職員とコミュニケーションを図り意見や、思いを聞いている、事業所副管理者が常に現場を把握し個々の頑張りや利用者様の評価を報告されている。		
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。	新人職員には、認知症についての研修を始め新人研修を実施。介護技術等、受けた研修及び必要な研修には積極的に参加できる体制をとっている。		
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。	市で主催の研修会及び交流会に参加しサービスに於いての相談や意見交換が出来る体制作りをしている。また、包括センターや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。	利用者様本人からのお話やご家族からの聞き取りにより、今までの生活環境や趣味、得意としていること、好まないことなどを聞き取り、スタッフ全員の共通理解とし、常にどのようなサービスが必要かを意識して関わっている。		

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
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。	初期利用はご家族にとっても心配であることを理解し、ご家族の困り事、利用にあたり心配なこと等をしっかりと聞き、どのような対応をさせていただくかを説明し一緒にサポートさせて頂く事を伝えている。		
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。	見学や相談の段階で必要なサービスについて、ご家族、本人よりケアマネジャー、管理者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を行っています。		
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。	地域社会をお年寄りが推進していけるようなケア、地域に出て～をしていく事がお年寄りの知恵や経験で作りに上げていけるように努めている。		
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。	連絡ノートを利用し本人の頑張りを常に伝え、送迎時などにはご家族の話に耳を傾け、ご家族の大変さに寄り添い頼りにしていただく関係性を築いている。		
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。	同級生に会いに出かけたり、馴染みの商店やスーパーに買い物に行ったり、地域にある家族のお墓参りに出かけるなどその方の関係を継続する支援をしている。	「私の暮らし方シート」など活用して本人の趣味や得意なことなど把握し生きがいを継続できるよう支援しています。家族の協力で好きな場所や外食などに出かけています。公園での体操や花壇作りで馴染みの友人もでき、出かけることを楽しみにしています。	

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
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。	どなたにでも相性はあるもの、初期の関わりで利用者様同士の関係を把握し座る位置など本人の意思で決めていただく。関係が出来上がるまでは個別対応し他者との関わりを積極的に支援し共に活動を行っている。		
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。	地域交流のイベントや事業所行事などに声をかけ、本人やご家族の様子を伺い必要に応じて相談にのっている。入所された方にはご家族の了承を得て面会に行かせていただいている。		
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。	毎月のケアマネジャー訪問によりご家族、本人の意見や希望を伺い、現場スタッフは送迎時にご家族から直接話を伺い、本人とおしゃべりから希望を読み取りケース会議にて話し合いを持っている。	送迎時に交換する「連絡ノート」やケアマネジャーから、これまでの暮らし方を把握し今後の思いや意向の実現につなげています。利用者がしたい事、支援してほしいことなどまとめた、「ライフサポートプラン」により職員は目標や課題など共有しています。	
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。	個人ファイルの作成により、利用者様本人の生活歴から生活環境、既往歴24時間軸の現在の生活を把握しています。サービス利用中も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。	常にひとりひとりの身体的、心理的状況を見極め活動を決めている。		

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
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。	ケース会議を月に一度おこなっています。利用者様の状態、状況に合わせてのケアのあり方について話し合いを行い、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、ご家族の情報を含め様々な視点から介護計画を作成しています。	毎月のケース会議により日常生活や機能訓練などを通して本人の身体状況や家族の環境など確認し、ケアの在り方を話し合い介護計画を見直ししています。通い・訪問・泊まりのサービスを柔軟に組み合わせ住み慣れた自宅での生活が継続できるよう支援しています。	
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。	ケアの実施、特記事項は個人記録に記入し更に連絡ノート、メモ記録ノートに記入しスタッフは共通理解に勤めている。		
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。	ご家族の急な体調不良や事情に、訪問宿泊、臨時通所の対応を行っています。ひとりひとりの状況に添い迎え時間、送りの時間も柔軟な対応をしています。		
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。	地域社会で暮らし続けていることの楽しさを感じ、地域の方々との関係を継続していく上での自立の支援を行っている。		
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、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、本人のかかりつけ医にて受診されています。受診が困難な場合には同行しています。通所の帰りに受診先への送りにも対応しています。	本人や家族の希望により、適切な診療科目や通院しやすい病院、訪問診療などを状況に応じて紹介しています。受診時は、事業所として心身の状況を連絡帳に記入したり文書にしたりしています。受診後は、家族からの情報を連絡帳やメモ記録などで共有しています。	

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。	利用者様の体調変化や情報、表情の変化、内服薬の変更、食事量について事業所看護師へ申し送り、訪問看護師への報告を行っています。		
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。	ケアマネージャーが入院先の相談員さん及び医師に現状の報告、相談をし早期の退院での受け入れの対応を情報交換している。退院後は宿泊、訪問により安心して家での暮らしが出来るように支援を行っています。		
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。	契約時には重度化したとき、終末期になった時のご家族の考えやあり方、事業所として出来る事をしっかりと話し合い状態の変化に応じて小規模多機能として柔軟な支援を行い訪問医による看取りのケアの在り方についての勉強会に参加しています。	契約時に看取りの意思を事業所として伝えていきます。状況が変化していく中で、協力していくこと、一緒に頑張りたいこと、家族の負担にならないように寄り添っていきたいことを伝えていきます。「死」について、本人に直接聞ける関係となっています。	
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る。	会議にて事故発生時の対応について話し合いを行っています。また緊急時マニュアルを作りスタッフ全員が対応出来るように備えています。		
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。	避難訓練を実施しています。火災、地震などの災害時のマニュアルを作成しスタッフが慌てずに対応出来るようにしています。また、普段より地域の方との交流を深めいざという時には助け合える関係をつくるように努めています。	利用者や民生委員も参加して避難訓練や消火訓練を実施しています。消防署のアドバイスにより、事前連絡なしに実施したことで課題も見えています。夜間想定マニュアルもあります。3日分の備蓄品リストもあり必需品の確認ができるようになっています。	

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
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。	ひとりひとりの人格を尊重し、誇りを持って活動出来るように対応しています。その人の得意としていることに働きかけ十分に発揮できるようにサポートしています。入浴は個別に対応し、トイレなどの声かけにも注意しています。	一人ひとりのプライドを傷つけないように配慮し、その人に今伝える必要があるかどうかを考え、声掛けをしています。馴れ合いの中でも「本人のプライバシーは何か」を把握することで、時と場合によっては使い分け、気持ちよく過ごせるように対応しています。	
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。	本人の思いや希望を聞き逃さず、実現に向けてサポートし本人の自己決定により実施しています。		
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。	その日の活動のプランにとらわれず、誰が何をしたいかを聞き取り、それぞれのペースで活動したり、おしゃべりしたりの環境を作り支援している。		
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。	その人の好みに応じて衣服の話をしたり、雑誌を見て楽しんだりしています。また、口紅や化粧品を本人の希望により買い物に出かける支援を行っています。		
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。	テーブルセッティングから食事の盛り付け、配膳を利用者様主体で行っています。自分の使った食器は自分で片付け、テーブルごとにスタッフが一緒に食事している。時には外食、お天気の良い日には庭での食事を楽しんでいます。	ランチョンマットや箸置きは利用者の手作りです。花見の弁当には利用者が用具持参で作った卵焼きが入っています。恒例の芋煮会や草団子の会、流しそうめんや餅つき大会では、利用者ができることを分担、協力し、地域の方に振舞っています。	

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。	栄養士によるメニューで栄養管理をしています、ひとりひとりに合った摂取量を提供しバランスよく召し上がれるように声かけし、状態に応じた支援をしています。常に自身で好みの水分が飲める環境にあります。		
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、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。	食後落ち着いた時に、声かけしプライバシーに配慮して口腔ケアを行っています。		
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。	タイミングに応じてトイレの声掛けをプライバシーに配慮して行っています また紙パンツ使用の方ではほぼ失敗のない方には、ご家族と話し合い使用を中止しています。衣類の上げ下ろしもできるだけ自身で行うことができるように支援をしています。	失禁時は誰にも気づかれないうに対応し、シャワー浴や清拭をしています。排泄時はトイレ内には入らず、呼び出しブザーにより必要に応じてパットやリハビリパンツの交換をしています。排泄後の服装の乱れは、さりげなく席へ誘導しながら整えています。	
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。	便秘の原因やその影響を説明し、毎日行う体操に便秘改善の為の体操を組み入れ、散歩や体操など身体を動かしてしっかりと水分補給をしている。個々に排便の確認を行っている。		
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。	毎日入りたい方には毎日。本人の希望により入浴を実施している。入浴を好まない方には、1番風呂など気持ちよく入っていただけるように対応している。個別に入浴。	希望によりいつでも入浴できる状況になっています。入浴拒否の利用者には原因を考え誘導しています。個別対応でたっぷりとお湯を使い、コミュニケーションをとりながらゆっくりと気持ちよく入浴ができるように配慮しています。手すりや昇降リフトもあります。	

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
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。	いつでも体調や習慣による休息が出来る環境にある。いつもの場所で休むことができます。		
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。	ご家族より薬の情報を頂き、どのような薬を服薬しているかを把握し、服薬の支援、副作用、症状の変化の確認に努めている。薬の管理が出来ない方には事業所にて薬をお預かりし、事業所で服薬支援を行っています。		
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。	ひとりひとりの生活歴に寄り添い、前職の仕事に働きかけ、自信と達成感を得られている。仕事終わりの一服も楽しまれている、料理では皆に喜んでもらおうと張り合いを持っておこなっている。外食や喫茶も喜んでいる。		
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。	いつでも本人の希望により外出出来る様な支援を行っている。ご家族の協力のもと梨狩りなど季節毎の楽しみの外出を行っている。買い物はいつでも自由に出かけている。	日常の会話の中で利用者から、「歩こうか」との言葉が出れば、2～3人で散歩に出かけています。レクリエーションの材料や事業所の備品なども一緒に買いに行ったりしています。利用者の希望で、個別で電車を利用してハイキングに行ったりもしています。	
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。	外食や買い物、自身のものは自分のお金で支払いしている。		

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。	事業所の電話はいつでも使うことができるようにしている。		
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。	朝日が有難いほど入り心地よい環境にあります。利用者様手作りのカレンダーや季節感溢れる壁飾りにかこまれています。共用の場所は狭くても、落ち着く空間になっています。	玄関土間に井戸があり、ベランダ側の大きい窓からは日差しが差し込んでいます。季節ごとの共同作品は利用者が脚立を使って飾っています。利用者は席にこだわり、いつもの場所でいつもの顔が揃い、お互いが安心できる居心地よい場所になっています。	
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。	アコーデオンドアを設置し活用しています、個々の居心地の良い場所で過ごされています。		
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。	宿泊時は生活習慣に添いベッド、布団など本人の希望に合わせ、ご自宅との変化が少ないように努めています。他者との関わりが苦手な方には個室でゆっくり休める環境にあります。	宿泊時は、共有空間がアコーデオンドアで仕切られ、簡易ベッドが3台置けるようになっています。トイレまでの動線を考え危険の無いように配慮しています。間仕切りできる個室もあります。誰もが、枕や毛布、電気あんかなど使い慣れたものを持参しています。	
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。	出来ることは惜しまず自分でやり続けて行けるように、家事仕事を始め様々な活動での自立した支援を行っています。自由に動き、自発的に活動できる環境の中でスタッフはいつでもサポートできるよう努めます。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 おたがいさんサテライトいどばた

作成日：平成 27 年 3 月 6 日

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		町内会範囲の近隣状況を知らない、地域で暮らす方々を知る。	近隣地域の把握をし、事業所を知っていただくための働きかけをしていく。	独自の町内会mapを作り、顔見知りを作ることで事業所行事への参加の働きかけが出来るように取り組む。	12ヶ月
2		勉強会を兼ねての運営推進会議は行っているが、小規模での運営推進会議が必要だと考える。	年3回の小規模の運営推進会議をもち、事業所の取組を理解してもらおう。	地域の身近な人々に、積極的にお知らせをしていく。事例発表等を行い分かりやすく伝えられるように工夫する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月