

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	1492200124	事業の開始年月日	平成19年4月1日
		指定年月日	平成19年4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		
所在地	(252-0813) 神奈川県藤沢市亀井野4-12-35		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	通い定員	15 名
		宿泊定員	5 名
		定員 計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成27年1月18日	評価結果 市町村受理日	平成27年8月6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=ST1492200124&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)】

地域で暮らしていく為に、通い・訪問・宿泊を柔軟に対応できるよう努めています。例えば、入退院後、すぐにご自宅に戻るの難しい場合は、宿泊を利用して頂き、自宅に戻る為に理学療法士のアドバイスを取り入れ歩ける為のサポートを実施。また、自宅の環境状況なども含めケアマネを中心に暮らしていく為のアドバイスをご家族に提供しています。地域の方と共に近隣の公園花壇整備・流しそうめん・餅つきなど社会との繋がりを大切にしていける取り組みを実施しています。ご利用者の昔馴染んだ場所に行ったり、得意分野を発揮できる環境に力を入れ、世話をされるだけではなく、世話をしていく事で遣り甲斐、生きる目的に繋がられるよう支援をしています。

【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27年2月23日	評価機関 評価決定日	平成27年4月27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分程の住宅地にあります。建物は木造2階建てで、その1階部分を使用しています。敷地内には同一法人が運営するグループホーム「結」、小規模多機能型居宅介護「サテライトいどばた」があります。法人のホームページで事業所の多彩な情報を発信しています。

＜優れている点＞
「その人らしさを大切に、地域の暮らしを大切に」という理念を掲げ、職員は常に利用者の尊厳を大切にし思いやりを持って接し、個々の生活のリズムを尊重し、家庭的な雰囲気を保ちながら自立した生活が出来るように支援しています。季節行事も多く、利用者が夫々の力を発揮して地域の人々と一緒に活動しています。職員は自由に意見や提案を出せる環境にあり、ここ数年職員の退職もなくチームワークの良い職場で、利用者も安心して過ごすことが出来ています。病院から退院後、すぐに自宅での生活が難しい時、安心して自宅での生活に戻れるよう、理学療法士のアドバイスの下「泊り」による身体機能リハビリや日常生活のリハビリを行い、自宅の階段の手すり設置などの環境整備、自宅での家族介護の仕方などを説明し、普段の生活に戻れる支援をしています。

＜工夫点＞
利用者と一緒の外出時には、利用者の既往歴や内服薬、かかりつけ医などの情報を綴じた「緊急時情報ファイル」と携帯電話を持って出掛け、緊急事態に速やかに対応できる工夫をしています。

【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	おたがいさん
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
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。	CAREとは、「～をしてあげる」のではなく、「～をしていく」という自立支援であります。地域支援をお年寄りが中心になって推進できるよう実践していく発想で取り組んでいます。	理念を事務室に掲示しています。日頃から職員間で話し合うと共に、毎月のケース会議でも話し合っ共有しています。利用者個々の生活のペースを尊重し、利用者本位の生活を送ることが出来るよう支援しています。	
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。	年に3回行う地域の方達とのイベントの他に、近隣公園の花壇の手入れなどを地域の方々と共に行っています。また、地域包括主催の公園体操にも地域の方々と一緒に行っています。	事業所の敷地内を児童や一般の人々が通学、通勤など、自由に往来しています。地域行事に積極的に参加すると共に、事業所の各種イベントには近隣の多くの人々の参加があり、地域との交流を深めています。看護学生の実習も受け入れています。	
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。	認知症サポーター養成講座などを実施し、近隣の方にも参加頂けるよう取り組んでいます。		
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。	実際行っている事例を発表し、活動内容を知って頂く事で、小規模多機能を知って頂き、また、サービスを知ってもらうことで、地域との関わりを深めることが出来るように努めている。	昨年度は2回の開催でしたが、今年度は5回開催しています。ホームの運営状況や行事などの報告後、参加者との意見交換や話し合いを行い、得た情報を運営に活かしています。毎回事例発表や勉強会などを行い、小規模多機能型事業所の広報に努めています。	次年度は年6回の実施に向けて努力され、さらに充実した運営推進会議の開催が期待されます。
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に取り組んでいる。	独居の方のサポートを包括と一緒にしています。日頃より密の連絡を取り合い、ご利用者の登録状況などもお伝えしています。また、小規模連絡会を介護保険課と共に実施しています。	市とは小規模多機能型居宅介護連絡会を始め、介護保険課、高齢者支援課と連携を取っています。また、民生委員や地域包括支援センターとも連携を取り、独居の方の支援を行っています。	

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
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。	夜間以外は施錠はせず、いつでも自由に出はいり出来る環境です。ご本人の状況や、その時の気持ちに沿っての対応に心掛けています。	利用者が自由に生活が出来るような支援を心掛けています。玄関の施錠はなく、外へ出たがる人にはその事情を聴いて付き添うようにしています。職員は身体拘束をしないケアを理解し、実践しています。管理者はマニュアルを読むように伝えています。	身体拘束をしないケアを実践していますが、身体拘束の内容とその弊害についてマニュアルの勉強会などを通じ、全職員で再認識されて行くことも期待されます。
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。	身体の異常など常に観察を行っています。あざなどを発見した時などは、ご家族に速やかに報告しています。		
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。	地域包括と協力しながら、今後生活保護が必要になってくる独居の方の暮らしのサポートについての話し合いをしています。また、民生委員・ご家族に成年後見人について順を追ってお話をしています。		
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、その文章を読み上げわかりにくい個所には説明を補足し、不明点などの確認を行っています。		
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。	送迎時及び連絡ノートを利用し、ご家族・ご利用者の要望などを伺っています。また、ケアマネジャーが訪問しご利用に当たっての要望等を伺い、すぐにスタッフに周知できる環境にあります。	利用者からは普段の会話から、家族からは利用者の送迎時やケアマネジャーの訪問時、連絡帳、運営推進会議、事業所の行事などを通じて意向や要望を聞いています。意見や要望は小さなことまで管理者に報告し、解決をすることになっています。	

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
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。	会議を行い、スタッフの意見を聴く機会を設けています。また、常日頃より、スタッフが意見を言いやすい環境であり、すぐに反映できるよう努めています。	管理者は日頃から職員と自由に話し合うと共に、いつでも気軽に意見が言える相談ができる環境づくりを心掛けています。毎月のカンファレンスで職員の意見や提案について話し合い、業務改善につなげています。行事に関する意見や提案が多く出ています。	
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。	代表室の下にフロアーがあり、活動状況などが把握できるようになっています。職員一人一人の実践内容等も常に耳を傾け聴いています。管理者は、スタッフの要望などを受け、代表に伝えています。		
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。	運営推進会議を勉強会とし、事例発表を行い、普段行っているケアの再確認して、ケアの向上に努めている。また、講師を呼び勉強会を実施している。		
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。	市主催の研修会に職員を参加させ、他事業所との交流を行っている。また、藤沢市小規模連絡会に参加し、他事業所と共に小規模多機能についてサービスの向上について話し合いを行っている。		
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。	ご利用開始前にご本人の状態や生活歴などの情報を収集し、また、ご本人のお話の中から、趣味・得意なことなどを聴き、その中からどのようなサービスが必要かなど常に全スタッフの共通情報としている。		

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
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。	ご家族の困りごとなどをケアマネ・管理者が直接会ってお話を聞かせていただき、ご利用者だけではなく、介護する家族の状況を含め、サービスの提供をお話しています。		
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。	見学をして頂き、必要なサービスが何であるかを聴きとり、必要であれば体験をして頂き、他のサービスを含めご本人・ご家族・ケアマネ・管理者と話し合いを行っています。		
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に、ご本人の知恵や培った経験を生かし作り上げてもらえ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。	共にご本人を支えるために、送迎時や、連絡ノートなどで、ご利用時の様子や家での様子などの情報交換をご家族と行っています。		
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う、支援に努めている。	地域のお祭りに行ったり、通い慣れたスーパーなどで買い物に行ったりしています。地域包括・民生委員の方と連携をとり、自宅で暮らしていく為に必要な場所、人に対してどのようなサポートをしていくかなどの話し合いの場を設けています。	本人のこれまでの生活歴を把握し、本人の意向を踏まえ、地域のねぶた祭りや菊花展、スーパーや百貨店、公園など馴染みの場所へ出掛けています。事業所の各種イベントには地域の人々の参加を呼び掛け、馴染みの人との関係を継続する支援を行っています。	

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
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。	気の合う方・合わない方など車の乗車席などを考えご案内をしています。ご利用者の出来る部分としての認識をしっかりと考え、時には車いすを押すなどのお手伝いをして頂くこともあります。孤立しない為に、ともに活動出来る環境作りをしています。		
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。	他の施設に移られた方の近況について、ご家族や施設の管理者よりお話を伺ったり、会いに行くこともあります。また、行事の案内などもお知らせをし、参加頂いています。		
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。	アセスメントからご本人の生活歴や趣味・嗜好を伺い、全スタッフが把握できるように個別のファイルを用意しています。まず利用者一人一人の思いや意向に沿った支援を心掛けています。	アセスメントから本人の生活歴や趣味・趣向を把握すると共に、日々の支援の中での会話や行動から思いや意向を読み取っています。事業所の各種イベントや活動に本人の持っている能力や技能を最大限に活かしてもらう支援をしています。	
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。	生活歴・趣味・嗜好・一日を通しての過ごし方などを聞き取り、個別ファイルを用意し、把握できるように努めています。		
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。	一人一人の心身状態に合わせ、その日の活動を決めています。また、持てる力を発揮できるよう、得意なことには進んで行って頂けるような環境作りに努めています。		

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
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。	ケース会議を月に一度実施し、ご利用者の状態・状況に合わせてのケアの在り方について話し合いを行ってまいります。また、ご本人・ご家族・民生委員・包括・ケアマネ・管理者で独居の方の支援について話し合いを行ってまいります。	日々接する中で本人の意向を把握すると共に、送迎時やケアマネジャーの家庭訪問時に家族や本人の意向を聞いています。毎月モニタリングを行い、カンファレンスで話し合い、必要に応じて現状に合わせたケアプランを作成しています。	
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。	日々の様子について特別事項などがあれば個人記録に記入し、また、連絡ノートを活用し全スタッフが情報共有できるように努めています。		
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。	ご家族の急な事情での宿泊や通いなどの対応。退院して直ぐに自宅に帰るのではなく、宿泊を利用して、自宅に戻れる為の支援を行っています。また、夕食を食べてから自宅に帰られる方もいらっしゃいます。		
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。	送迎時、ご利用者宅の近所の方への挨拶を行う事で、地域で暮らす関係作りを大切にしています。特に独居の方などが良く立ち寄る場所などへの挨拶もし、困りごとがあれば事業所に連絡をもらえるように努めています。		
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。	受診はご家族・ご本人の信頼されているかかりつけ医にて受診されています。受診が難しい方に対しては、事業所で受診同行をしています。	独居の人や一人では受診が難しい利用者に、管理者や看護師が定期的に受診に同行しています。家族に、受診について助言したり、了解を得てから直接かかりつけ医に相談したりしています。受診結果は、遠方の家族にも、メールや電話で情報共有しています。	

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。	個人記録等で日々の状況を看護職員・介護職員が把握し、また、特変などについては、介護職員に相談しながらケアにあたっています。		
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。	ケアマネが入院先の相談員さん及び医師に相談し退院後のケアについての相談をし、ご家族と自宅に戻ってからの過ごし方などを話し合い宿泊・訪問サービスなどを組みながらけんとうしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	終末期について、訪問医師によりその在り方についての勉強会を実施。日々の記録等より状態変化に合わせてご家族などより聞き取りを行い、必要なサポートについて検討しています。	契約時に、看取りまで支援していくことを伝えています。家族や本人の意向・希望を確認し、状態の変化に合わせた支援方法を提案して行くことにしています。主治医を中心に看護師や職員がチームで対応したいと考え、その都度検討し体制づくりをしています。	
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。	議員会議にて事故発生時における対応について話し合いを行っています。また緊急時対応マニュアルがあり、スタッフが対応できるよう努めています。		
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。火災・地震などの災害時のマニュアルなど作成し、普段よりスタッフが目につく事が出来る場所においてあります。また、普段より地域の方との交流を深め、いざというときに顔見知りの関係を作っています。	夜間想定避難訓練も実施し、消防署の協力を得て消火活動訓練も行っています。「非常災害時マニュアル」「防災ハンドブック」は、電話横にあり、いつでも再確認できます。救急セット、持ち出し袋、個人救急台帳はすぐに持ち出せ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。	1人1人の人格を尊重出来るように、また、誇りをもってもらえるよう、得意分野などを十分に発揮できるようサポートしています。(畑仕事・料理など)入浴については、自宅と同じように1人1人が入れるようプライバシー確保に努めています。	人生の大先輩として一人ひとりの人格を尊重し「知恵」を教わる気持ちで対応しています。本人が持つ能力を十分発揮できる場面を作り、本人が自信を持てるように配慮しています。プライバシーは、人それぞれなので本人の気持ちが第一と考え対応しています。		
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。	日常の会話の中から、希望や得意分野・趣味などを探り出し、無理なくかつ、ご本人主体でサポート出来るように取り組んでいます。			
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。	休息したい人・外出したい人などそれぞれの方のペースで活動をしています。また、その日の活動をスタッフだけが決めるのではなく、ご利用者と共に話し合い決めています。			
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。	いつも身に着けている指輪・ネックレスなど自由に身に着けて頂いています。自分の身だしなみなど、鏡を見ながらご自身で行える様、努めています。			
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。	食事の盛り付けなどからご利用者主体で行って頂いています。食事の後片付けなどもご利用者主体で行っています	食事の事前準備や後片付け、おやつ作り、各種イベント時の料理づくりなど利用者主体で行っています。プランターで米を栽培したり、農園で収穫した野菜が食卓に上がっています。職員と一緒に談笑しながら食事をし、必要に応じて支援しています。		

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。	栄養士が栄養バランスを考えた食事を提供しています。水分摂取については好みの飲み物を自分で入れて頂いたり、ご利用者同士でお互いにお茶を淹れられる環境づくりをしています。		
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。	歯ブラシなどご持参頂いている方への声替えやその他、口腔ケアサポートを行っています。		
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。	排泄のタイミングなどの必要性を知るために、排泄チェック表などを活用しています。歩行困難な方でもトイレで排泄出来るよう支援しています。	排泄チェック表を活用して、利用者の様子を観察し、ケース会議で職員間で共有し対応を統一しています。本人の仕草や表情の変化などを察知し、トイレ誘導を支援しています。失禁時は、本人の気持ちを考え無理せずに、そつと声をかけ誘導しています。	
44		○便秘の予防と対応	散歩や体操など体を動かして頂く事を常に心がけこまめの水分摂取をしていくよう外出時も必ず水筒などを持参しています。又、食事形態についてもその人に合った食事形態で提供し、食事前には、唾液を促す口の体操などを取り入れています。		
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。	お一人ずつお風呂にゆっくりと入れる様に、一般家庭と同様な形のお風呂です。入る順番などもご本人の希望を聞いて入浴していただくよう努めています。季節に合わせて、ゆず・菖蒲湯なども実施しています。	回数も時間も一人ひとりの希望に沿っています。立位の困難な人には2人介助でシャワーチェアー・バスボード・浴槽台を使用し支援しています。浴室には音楽が流れ、浴槽の湯はかけ流しで、窓にすだれを掛け、季節に合わせた入浴剤を使用しています。	

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。	事前に寝具の情報や、床に就く時間などを聞き取っています。また、日中の活動にて程よく夜、休める様にゆしごとや家事仕事など体を動かす活動に心掛けています。		
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。	内服薬の情報を常に新しい状態であるよう、ご家族にご協力を頂いてます。独居の方で、認知症の症状がある場合などは、事業所で薬を管理し、毎日届け、内服して頂く支援をしています。		
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。	地域と一緒に活動などは、ご利用者が中心になって活動していただくことで、世話をされる関係ではなく、世話をする遣り甲斐を感じてもらえるよう支援しています。行きたい場所ややりたいことなどを聞き取り、実行に移す仕組みに力を入れています。		
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。	希望に沿っての外出・ショッピング・外食などその日に応じ取り組んでいます。また、昔良く行った思い出の場所なども聞き取り、出かけています。	本人の思いに沿って、利用者が行きたいところへ行けるように支援しています。職員は広告や地域の情報から話題づくりをして、利用者から「行きたい」と話が出れば、すぐに出かけています。天気の良い日には、買い物がてらドライブに行く事もあります。	
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。	ご本人の物などの買い物は、ご本人で支払いをして頂くように支援しています。また、地域の方との催し物などで、小物などの出店や駄菓子コーナーを設置し、店番などをしていただいています。		

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
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。	ご家族許可なども必要な場合が有りますが、目のつくところに電話機をおいてあります。ご家族に電話がしたいとの要望でご利用されることもあります。独居の方にはいつでも連絡出来るように電話の近くに事業所の電話番号を明記しています。		
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。	玄関・窓などガラス戸のため、明るい室内です。田の字型の仕切りになっているので、戸の入外しが容易にでき、個室スペースや、状況に応じ間取りが変わることが出来ます。畳があるので足を伸ばせます。季節に合わせたレクを取り入れています。	庭にはテーブルやベンチ、室内にはソファが置かれ、畳のスペースもあります。リビングは間仕切り可能で必要に応じた空間を作ることが出来ます。窓は大きく暖かい陽射しがあります。好みの場所、好みの姿勢でくつろげる居心地の良い環境となっています。	
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。	部屋に仕切りが有り、宿泊時には個室を作ることが出来ます。また、ここに好きな場所で過ごせる環境で、あります。		
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。	宿泊時の寝具についてはご自宅と同じ様に過ごして頂けるようご本人の希望に合わせています。安心して休める為に、使い慣れたものなどを持参頂いたりもしています。	どのような環境で泊りたいかを利用者に確認し、希望に沿ってベッドや布団の対応をしています。リビングは、間仕切りで5室の泊りの部屋になります。利用者の使い慣れた枕や毛布などを持ち込み、居心地よく落ち着いて泊まれるように配慮しています。	
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。	何処まで出来るのか、興味を示すかなどを考慮し、家事仕事・畑仕事他、色々な活動に関わっていき、遣り甲斐を持ってもらうことで、生きる目的を見出し、その人の生活を潤いのある生活に出来るように日々考えケアに努めています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 おたがいさん

作成日： 平成 27 年 6月 22 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	20	定期イベントに限らず、普段から地域とのつながりを意識し関係作りに努めているか？	利用者(特に独居の方)が自宅付近で何か合った時本当に力になってくれるのは近所の方。今以上に利用者宅の近隣の方とのつながりが一時的な物にならない様な関係性の構築	地域のお祭りイベントなど参加及びお手伝いなどで地域の方々と顔が見える関係性作りを作っていく。独居の方の住んでいる地域活動にも一緒に参加していく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月