

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	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	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25 名
		通い定員	15 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	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27年2月1日	評価結果 市町村受理日	平成27年8月25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=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)】

・「通い」「泊まり」の集団生活の中でも利用者個人々の意思を尊重し、自宅にいる時のように安心して過ごせるよう支援しています。 ・「通い」「泊まり」「訪問」のサービスを組み合わせ利用者やご家族が満足できるよう支援していきます。 ・施設に閉じこもることを避けるために、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作りを目指しています。 ・施設内での具体的な関わりとしては、趣味活動に留まらず暮らしの中での生活行動や利用者のできることを幅広く提供しようと努めています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年3月5日	評価機関 評価決定日	平成27年5月2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)】

小田急小田原線本厚木駅南口の大きな交差点を渡って5分の基準監督署や公民館などと並んだ交通の便のいい場所にあります。母体の社会福祉法人は神奈川県内に8か所の福祉施設の拠点をもち、それぞれ福祉関係の事業所を運営しています。 「ゆったり」は拠点の一つの「ケアセンターあさひ」の中にあります。 <優れている点> 鉄筋3階建の建物は、1階にデイサービスや市から委託されている配食サービス、2階は福祉関係の相談窓口や居宅介護支援事業、デイサービス、小規模多機能施設などの事務所が配置されソーシャルワーカーなどの専門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。建物の中央は1階から3階まで吹き抜けで開放的です。3階のバルコには約15坪の中庭に家庭菜園やベンチが置かれ、日当たりもよく利用者や職員の憩いの場となっています。地域のグループや個人、元利用者の家族などのボランティアが定期的に訪問して事業所の閉鎖性を防止しています。ケアマネジャーの施設長は毎月利用者の家庭を訪問し家族の要望やニーズを確認しています。法人内の各事業所間で職員交換研修を行い職員のモチベーションを向上しています。 <工夫点> 宿泊する利用者に家族からその理由を手紙にして届け、利用者が納得して不穏にならないよう工夫しています。買い物やドライブなど利用者の思いや意向を尊重し積極的に個別支援に努めています。
--

【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。	毎年スタッフ会議で職員全員が共有しているが、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繋がることなので、今後も更に努力をする。	「住み慣れた地域で安心して暮らせる居場所を目指して」という理念を意識して毎日業務の終わりに反省会を開き、その日の支援を振り返っています。「通い」「訪問」「宿泊」のサービスを支援するため「がんばりスタッフ6か条」に取り組んでいます。	
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と交流したり、利用者の徘徊が発覚した時は、近隣・警察・第三者委員等に協力を求めている。散歩などでは、地域の方とのふれあいや交流を大切にしている。	法人の理念である「福祉何でも相談者」として職員は豊かな地域社会を目指しています。定期的に訪問している地域のボランティアや専門学校、福祉系の大学生の受け入れなど、地域との交流を意識的に進めやさしい町づくりに取り組んでいます。	
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を積極的に受け入れ、実際にご利用者と関わる事で福祉への関心を深めてもらうようにしている。運営推進会議の委員には、施設の取り組みを説明し、小規模多機能の制度を理解してもらっている。		
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。	2～3か月に1回定期的に運営推進会議を開催している。施設での現状や困難事例について報告し、委員の皆様にも小規模多機能の制度を理解していただくように努めている。現場で検討や共有する必要があることについては、スタッフに伝えている。	年6回、市や包括支援センターの職員、自治会長、南・北・相川地区の民生委員、ボランティアなどが参加しています。「ゆったり通信」などを使い活動報告や避難訓練、イベントなどを報告し、小規模多機能施設の仕組みや地域の行事などを話し合っています。	
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に取り組んでいる。	毎月調査票の報告を行い、事業所の現状を把握してもらっている。市の介護相談員が毎月訪問し、施設で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は伝えてもらっている。	利用者の状況やヒヤリハットの事故などについて、毎月市に「調査票」により報告しています。包括支援センターの職員とは独居者の介護や困難事例について相談しています。毎月介護支援事業により介護相談員を受入れ利用者の要望や意向を確認しています。	

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。	管理者・職員も知るところであり、外出希望があれば、散歩など室内拘束をしないように努めている。発信が困難な方には、ベッドに横になるときは鈴やベルを持たせ職員と常に連携が取れるように努めている。	スタッフ会議で管理者は「高齢者虐待防止の手引き」などを使い事例を挙げ、言葉かけを含めどこまでが拘束か理由とともに職員に説明し、意識向上を図っています。発信が困難な利用者には枕元に鈴を常備し職員と連携を取るなど見守りを重視しています。	
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。	虐待につながる不適切対応について話し合い、問題意識を常に喚起するようにしている。自力移動不可の利用者が個室に入る時のドアの配慮等。		
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。	職員個々に学習しているが組織だっでの取り組みは今後の課題としたい。		
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は十分な説明を心掛けている。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。	運営推進会議が持たれている。また利用者及び家族との連絡は「訪問」時の連絡メモを残したり「通い」では連絡ノートを使用し、送迎時や電話連絡等で意見をスムーズに受けられる体制にしている。	送迎時の家族との会話や通いの「連絡ノート」、訪問時の「連絡メモ」などを活用して家族からの要望や意見を把握して支援に反映しています。毎月訪問する介護相談員からも聞き取っています。年間行事やイベントに来られた時も話し合いの機会を作っています。	

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。	法人会議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。	経営会議や施設長会議では、職員の運営に関する要望や意見を取り上げています。階層ごとに「お仕事研修チェックシート」により自己診断を実施し日常の支援を振り返っています。人事考課制度を導入し昇格や配置転換などモチベーションの向上に努めています。	
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、給与水準を引き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ている。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更に深めたい。		
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、計画作成者や管理者等が同行し関係づくりを行い、初期段階での不安をできるだけ早く解決できるよう、慣れるまではある程度スタッフを限定し個別対応をしている。		

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。	利用開始前に、家族から自宅で過ごしている様子や身体状況、また利用に際して施設側への希望を伺い、家族や本人が安心して利用できるよう努めている。		
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事で、必要としている支援が何かを見極め支援の具体的な内容を確認し、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、利用者の意思を尊重することや人生の先輩であるという事に敬意をもって接することを常に意識している。		
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絆や支援が損なわれる事がないよう努めている。施設側も本人を支える一員であることを意識し関係を築くよう努めている。家族への連絡をこまめに取りようにしている。		
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。	住み慣れた地域のボランティアとの交流、戸外では公園や馴染みの店、神社に外出するなど、関係が途切れないよう努めている。また、親戚や知人の訪問等制限はしていない、むしろ歓迎している。	利用開始時に自宅を訪問し自宅での生活習慣や身体状況から施設に何を求めているか、必要としているかなど把握し、本人がこれまで大切にしてきたことを継続できるよう努めています。定期的に訪問しているボランティアとの交流などを通して支援に努めています。	

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
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合える関係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。	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、本人からの希望や意向があれば対応している。また、把握が困難な時には、表情や動作からくみ取る様に努め経過を観察するよう努めている。必ずしも十分とは言えないが。	入居時のアセスメントや「連絡ノート」などから本人の生活歴や趣味を把握し日常の会話の話題作りに努めています。やりたい事、できる事などケアプランに反映し支援に取り組んでいます。宿泊する時は家族からその理由を本人宛の手紙で納得してもらっています。	
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。	利用前の家族の聞き取りから本人の生活歴や趣味を把握し、本人との会話から話題を膨らませたり、本人の馴染み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」「泊まり」では、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努めている。「訪問」では、本人の生活の把握に努め、必要な支援を行っている。		

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
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。	毎日ケアの反省会を行い、課題についての意見交換やアイデアを出し話し合いはしているが、現状に即した介護計画がまだまだ努力の余地がある。	日々の様子や言葉を記録した個人記録をもとに、6ヶ月ごとに本人と家族の要望を取り入れ、看護師の意見を確認して介護計画を作成しています。個人記録の特記事項に書かれた体調面や精神面の変化などカンファレンスして本人のニーズを確認しています。	毎日反省会を開き利用者一人ひとりに対し、ケアを振り返っています。介護計画に盛り込まれた目標に沿ったケアが行われているか、常に確認し評価できる記入方法の工夫も期待されます。
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。	個人記録は特記を記入し、また共有の必要な事項については、申し送りノートに細かく記入し職員全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。	固定観念にとらわれず、小規模多機能の利点を生かし、ひとり一人にとって、その時に必要なサービス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できる環境の確保に努めている。独居の方には、食事サービス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。	家族が困難な場合は、受診の付き添いなど本人の希望に添えるよう努めています。「通い」での往診も受け、主治医と話す機会をもっている。	利用者はそれぞれのかかりつけ医に受診しています。独居の人や家族の希望により、看護師などが通院同行して自宅や事業所での様子を伝えています。受診結果は、手紙や電話で家族に連絡し、個人記録表に記入してその日の反省会で職員が共有しています。	

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その都度看護師に報告している。訪問看護を利用している利用者については、家族に様子を細かく説明し、家族から伝えてもらうようにしている。受診が必要な状況の時は、介護者に連絡している。		
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努めている。また、退院に際しては担当医を始め病院のスタッフ、在宅サービスの関係者と担当国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必要時には家族との話し合いを行い、家族の意向を受け止め日常生活が出来るだけ継続できるよう支援している。地域との関係は、まだまだである。	家族の意向を第一に、身体状況の変化により段階に応じて話し合いの機会を持ち対応しています。泊り時など、体調の変化があった場合には、対応方法を家族と話し合い、方針を統一し、緊急連絡先や搬送先などを共有しています。	
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。	法人の施設としては、年2回避難訓練を行ない利用者も参加していますが、ゆったりとしては身体状況で訓練困難な利用者が多くっており、定期的には行っていない。	スプリンクラーと防火扉があり、ヘルメットや防災ずきんを見える所に備えています。災害時のマニュアルがあり年1回スタッフ会議で研修を行っています。運営推進会議では、地域の参加協力と呼び掛けています。3日分の備蓄を用意しています。	防災についてマニュアルの整備や運営推進会議で意見交換をしています。定期的に通報装置や避難経路などの訓練やシュミレーションを的の確な行動がとれるよう身につけることも期待されます。

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。	全職員が気遣いと心配りに重点をおく所であり、声かけの方法や内容について十分な配慮のもと行っている。	一人ひとりの日常動作や表情、仕草、声のトーンを意識して声掛けしています。「間」を大切にしています。一人ひとりのアセスメント情報を基に気遣いや心配りをしています。毎日のミーティングで職員が共有し振り返り、次につなげています。		
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。	何事も、本人の意思を尊重するよう努めている。また、言葉だけではなくその奥に秘めた思いや感情を推測して対応するよう努めている。			
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。	ひとり一人のペースを大切にした生活ができるようその都度、本人の希望は聞いて尊重している。			
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。	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、楽しんで食事ができるように対応している。摂食が困難な場合は食べやすいように工夫している。食器の片付けは可能な範囲で行ってもらう。	本人の身体状況や好みに応じて、パンをご飯にしたり魚の種類を替えたり、かゆや刻みなどの対応をしています。中庭で育てた野菜も食卓に上っています。利用者は、ケーキにトッピングをしたり、食器のあと片付けなど、できる事をしています。		

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
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。	食事量はひとり一人に合わせて管理している。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、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、声かけを行い概ね全員の方が実施し記録をしている。自分で出来る方については、出来るだけ自分でしてもらうようにしている。		
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。ひとり一人に合わせてトイレに誘導し、トイレでの排泄ができるようにしている、。	排泄の為、自発的に席を立つのを待ち、本人の表情を読み取りタイミングをみてトイレに誘導しています。職員の声掛けが、本人の自尊心を欠くことの無いように、「間」を大切に支援しています。毎日のミーティングで振り返り共有しています。	
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。	家族からの聞き取りや施設での日々の排便はすべての方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。家族とも連携を取っている。		
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。	大浴場はデイサービスとの兼ね合いもあるため、時間や曜日は事業所側で決めているが、精神的に困難な時はタイミングや希望に添えるよう配慮をしている。週2回の入浴は確保している。	個浴のほか、通所介護サービスが使用しているリフト浴の大浴場もあり、どちらも利用できます。好みの石鹸やシャンプー、入浴剤などでくつろげるように支援しています。拒否の人には「一番風呂」など、その都度対応策を考え入浴を支援しています。	

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
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。夜間についても強制的に就寝時間を決めるのではなく個人々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。	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。誤薬等の事故を防ぐために、管理者または看護師が管理し日々の業務日誌でも二重に管理できるようにしている。		
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。	その方の出来ること、できないことを職員が見極め出来ない部分を手伝いその方自身が達成感を感じ、張り合いや喜びが得られる生活を送れるような支援に努めています。		
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。	散歩やドライブに出かけるようにして気分転換を行ない出来るだけ長時間室内に留まらないように努めている。	一人ひとりのその日の希望に沿って買い物に行ったり花を見に行ったりと、職員が日々個別に対応しています。お茶や菓子を持って数人でドライブに行ったり中庭のベンチで日向ぼっこしたり、外気に触れることで利用者の表情も和らいでいます。	
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、持つことで安心につながっている。支払いができる方もおり、そのような時には見守っている。		

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。	携帯電話の所時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ます。携帯電話の使用等については、家族と合意しています。支援が必要な時には行っています。		
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。	共用部分には、昔を回想できるよう工作や作品を飾り、居心地の良い空間になるよう工夫しています。中庭では季節の花やプランターで野菜作りを行い収穫しています。	中庭に面した窓からのやさしい日差しに安らぎを覚えます。利用者と一緒に作った折り紙や絵を切って飾った作品で季節を感じます。金魚やめだかなどの水槽に癒され、中庭の季節ごとの花や草木に小鳥が立ち寄り、居心地のよい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。	共用フローア、ベッド、ソファ、廊下の椅子、居室のベッドを自由に開放し、安心して生活できる空間としています。また、庭のベンチも安全に配慮しながら開放しています。		
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。	家族や本人の希望にできるだけ添えるように努めていますが、まだ十分とは言えず、工夫の余地があります。	泊りの部屋は、パーティションで仕切るため、自宅寝室と同様の広さにすることも可能です。ベッドは備え付けで、花柄の毛布にしたりテレビを用意したり持ち込みも自由です。一人ひとりが自宅と同じように安心して泊まれ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。	個々の利用者のできること、わかることについては職員が手伝えれば出来ること、声かけすれば出来ることを見極め、本人が自立できるよう支援しています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 小規模多機能型居宅介護 ゆったり

作成日： 平成 27年 8月 20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	10	介護計画を利用者の現状に即し作成しているが、本人がより良く暮らすためにチームとしてどう関わるのか具体的にケア目標を作成する。	ひとり一人の生活、心身の状態に合わせたケアプランの作成を行う事ができる。	介護計画を元に日々の利用者の精神面や身体面の変化に伴い課題についての意見交換やアイディアを毎日の反省会で話し合い、毎月見直しを行う。	6ヶ月
2	13	定期的な防災訓練ができていない。	2ヶ月ごとに避難訓練ができるようにする。	備蓄品の管理はできており、スタッフ間でも把握はできている。災害時対応の研修を取り入れ、スタッフ間でも共有し個々の役割を決めマニュアル作成を行う。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月