

平成27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	1493500076	事業の開始年月日	平成20年2月
		指定年月日	平成20年2月
法人名	社会福祉法人 杜の会		
事業所名	小規模多機能事業所「晴」		
所在地	(247-0013) 横浜市栄区上郷町9 6 9 - 1		
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 宿泊定員 5 名	
	☐ 認知症対応型共同生活介護	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26日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月30日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

- ご利用者が笑顔で満たされるよう相互関係に基づく介護をしています。
- 人の生理学的動きに基づいた介助法を実践しています。
- 季節に応じたレクリエーションを実施しています。
- 認知症になっても、その方の個性を尊重した支援を行います。

【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28年2月26日	評価機関 評価決定日	平成28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)】

事業所はJR根岸線港南台駅よりバスで12分の閑静な住宅街にあります。社会福祉法人が平成20年2月に設立しています。住み慣れた我が家で末永く暮らせるように、家族や地域住民と連携し、本人の生活を支えることを事業所の「使命」としています。職員は笑顔を心がけ、利用者の個性を尊重した支援に努めています。

<優れている点>

人の生理的動きに基づいた介助法を実践し、成果につなげています。設備は利用者の身体特性に配慮したものを揃えています。椅子は利用者に合った3段階の高さに調整されています。テーブルは台形のものを利用し、目的に応じて、利用者の視覚に配慮し配置します。トイレは、便座の脇に手摺と折り畳みのテーブルを配置し、排泄時、安全に安定した姿勢を保持できるように工夫しています。浴槽はリフト浴などの機械ではなく、浴槽の高さに椅子の高さを合わせ、利用者が座って手摺につかまり浮力で湯船に入り、職員は利用者の自力での入浴を支援しています。生活リハビリ研究所方式を取り入れ、立てなかった利用者が、座ることから開始し、自力で立ち上がって歩けるようになった事例があります。

<工夫点>

福祉施設事業所の開設を受け入れようとしなかった地域特性があります。地域の一人暮らし高齢者、老々介護高齢者への訪問介護や、家族や医師、看護師との連携による看取り介護支援を通し、利用者の不安に応えてくれる事業所として地域理解が深まっています。

【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	小規模多機能事業所「晴」
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近づけている。	職員全体で事業所の強み、弱みについて話し合い理念を構築します。出来た理念を「晴」の統括責任者、及び理事長と共に確認し全体会で発表。さらに毎朝全体で唱話します。	住み慣れた我が家で末永く暮らしたいという、地域住民の生活を支えることを事業所の「使命」に掲げ、その実践にむけて重点目標を定めています。朝礼で唱和し、実践への注意を喚起し、全職員の意識の共有を図っています。	
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。	日常の挨拶や近隣での地産地消を大切にしています。見守りネット活動に参加し、地域に少しでも「晴」を知っていただけるように努めています。	事業所の開設を地元町内会に参加が難しい環境の中で、訪問介護や自宅での看取り支援を通し、事業所への住民の理解が深まっています。中・高等学校に介護実習の場を提供し、区役所の見守りネット活動に参加し、地域連携に努めています。	
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。	地域の中学校の介護実習の場として「晴」を利用していただき実際に認知症の方々と関わっていただいています。		
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。	運営推進会議の中で、ご利用者状況や各役員の方々から出された課題について対応、検討事項を話し合っています。	地区社協、民生委員、区役所、地域包括支援センター職員及び利用者家族などが参加し、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。自宅での看取りが増えている状況への対応や、認知症高齢者の家族への支援など、事業所の役割について話し合っています。	
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。	横浜市の小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に参加。連絡会の全5～6回の勉強会、横浜市介護の日のイベントなどにも参加させていただいています。	月1回小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に参加し、事業者間の意見交換を図っています。また、認知症などに関する勉強会に積極的に参加しています。10月の市主催の介護の日のイベント会場にブースを設け、事業所の紹介なども行ってくれています。	

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
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。	身体拘束に関する内容について外部研修に参加し事業所内で研修内容をフィードバックし、事業所内でも拘束のないケアを提供するように取り組んでいます。	身体拘束防止マニュアルを整備しています。年1回身体拘束に関する研修会を開催し、言葉のかけ方にも注意し、職員に拘束しないケアの意識の徹底を図っています。通常玄関の鍵はかけていませんが、外へ行こうとする利用者にも職員が付き添い、利用者が閉塞感を感じないように配慮しています。	
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。	高齢者虐待防止法について事業所内で研修を実施し、事業所内での虐待発生の危険性について確認を行っています。		
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。	職員に対してはパンフレット等の閲覧をし、区役所や包括とのカンファレンスの際にも個々の必要性について話し合いを行っています。法人内の包括とは常に相談できる体制がとられています。		
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。	新規契約時には職員及びケアマネジャーが訪問し、契約事項の他、ご利用者、ご家族の不安や要望について細かく確認しています。		
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。	連絡帳の記入や、送迎、訪問の折りにご家族と話せる機会を作っています。また、年1回家族会を実施し、ご家族の意見や要望、ご利用者の状況など説明しています。実施後は職員会議にて報告し改善など行っています。	連絡手帳を活用して利用者家族とのコミュニケーションを図っています。毎日の送迎時にも職員は家族の要望や意見の把握に努めています。家族に事業所と家庭での利用者の表情の違いを観てもらい、サービスの状況を理解してもらうようにしています。	

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
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。	毎月、全体会議を実施。全員集合することは難しいが職員の意見や提案を聴く機会を設け、業務改善等を行っています。	毎月の職員会議でサービス改善の要望や意見の共有を図っています。風船バレーなど職員の提案を利用者のレクリエーションに取り入れた事例があります。職員は相互にポジティブな声掛けに注意し、意見や提案の言いやすい雰囲気づくりを心がけています。	
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。	目標管理シートを活用し、各職員と個別に面接を行っています。年度ごとにお互い重点目標を具体的に設定し、各自のやりがいにつながる取り組みをしています。		
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。	年間研修計画に基づき、個々の職員の希望や適性を踏まえ、各位研修に参加できるよう調整しています。また、全体会議等で他の職員へ伝達研修を実施しています。		
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。	横浜市の小規模連絡会で他事業者との交流の機会をもうけ、情報交換に努めています。そこで得られた情報を持ち帰り、現場職員へフィードバックすることでサービス向上に努めています。		
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。	ご本人とコミュニケーションを積極的に図り、ご家族と連絡帳や手紙等を利用し生活の様子を把握するようにしています。ご本人の気持ちを少しでも理解して寄り添えるよう、職員間で情報の伝達を行いながら、信頼関係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
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。	何度か訪問、面談を通して生活の様子を伺いながらご家族の困っていること、ご要望を把握するようにしています。事業所では対応できることも提案しながら関係作りと不安の解消に努めています。		
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。	小規模多機能のサービス内容でよいのかどうか、包括や現場ケアマネジャーとも相談しながら支援時間、内容を検討しています。		
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。	ご利用者だけでなく職員を含めて取り組めるプログラムを提供するように努めています。毎日の洗濯ものたたみや洗い物等行っています。暮らしの中の作業でご利用者にできることは一緒に行っていただくことでQOLの向上に繋がっていきます。		
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。	家族の介護への思いを尊重し、また、ご本人への思いも職員が共有し支援内容を検討しています。		
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。	毎月の日程を確認、これまでの地域での関係が継続でき、ご本人も安心してサービスが利用できるよう職員間で日程の把握、情報を共有し支援するよう努めています。	職員は利用者の地域の友達関係などの状況を、訪問や連絡ノートで把握しその継続を見守っています。行き付けのスーパーなどに職員が同行して馴染みの関係を支援し、また、傾聴に訪れる地域の顔馴染みのボランティアの継続を見守っています。	

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。	ADLレベルの違いでトラブルに発展するようなこともあるため、職員が関わり全体レクリエーション等一体となって楽しむことが出来るように工夫しています。さらに、午前中に全体レクリエーションを時々行ったり良好な関係性を構築することに最も重点を置いています。		
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。	入院等で契約終了後も、お見舞いに伺ったり、お手紙等のやりとりをすることで、関係性を切らないように努めています。		
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。	新規の時に聞き取ったり、昼食後のゆったりとした時間に話を聴かせていただきながら、思いや希望を伺っています。ミーティングでも振り返りながら職員間で共有してご本人の思いが叶えられるように努めています。	個別支援計画の見直しに合わせアセスメントを行い、ADLの変化などによる支援ニーズを把握しています。毎月のケース会議で、利用者一人ひとりの生活や医療情報を、ケース記録や業務日誌で振り返り、職員間で共有して個別支援計画に反映しています。	
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。	相談時からのアセスメントでこれまでの生活を把握。家族やケアマネジャー等からの情報も合わせながらご本人様の暮らしを把握するように努めています。また、他者との会話等から時代背景を理解し、一番楽しかったのはいつ頃だったのかを把握し支援しています。		
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。	日常生活にかわりはないか等、訪問などで得た情報はミーティングや書面で伝えています。趣味や好き嫌いについても職員間で共有しながら、ご本人を理解するように努めています。表情や言動などからも身心の変化を察知するよう積極的にコミュニケーションを図っています。		

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
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。	担当者会議を実施。関係者の方々と担当者会議を行い、介護計画を作成しています。月に一度のケアマネジャーの訪問と職員の定例会議でモニタリングを行っています。	半年ごとに個別支援計画の見直しを行っています。見直しに際しては、医師の意見書や家族の要望を尊重し、アセスメントやケース記録及び担当者会議、ケース会議の話し合いの結果をもとにケアマネジャーがとりまとめ、利用者・家族の同意を得ています。	個別支援計画の課題に沿ってモニタリングを実施し、課題ごとの達成状況を評価し記録に残すことも期待されます。
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。	日々のケース記録や業務日誌に記載して職員個々に確認するようにしています。毎月の会議でご利用者動向を振り返っています。変更があればケアにすぐに反映させています。		
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。	緊急な通院や泊まりの依頼も多いので柔軟に対応できるように職員体制を整えています。個々が必要としているサービスの提供に努めています。		
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。	管理者は毎月見守りネットワーク会議などに参加し、地域で独居の方を支えるべく「晴」ができることをお伝えしています。エリアが広いので各居宅支援センターから地域資源の情報を得て支援に生かしています。		
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。	あくまでもご本人・ご家族が望む病院での診察を支援しています。同行する場合は医療の情報・指示を受け日常の看護・介護に活かせるよう支援しています。また必要時皮膚科、歯科、婦人科等の医療が受けられるよう支援しています。通院が難しい方には在宅訪問診療を紹介しています。	契約時、本人・家族と話し合い、希望する医療機関で受診しています。通院は家族、または事業所の職員が同行しています。家族が不安を感じる時は職員も同行し、一緒に診断結果を聞くこともあります。日曜日以外は事業所の看護師を配置し、健康管理や状態変化に応じた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
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。	看護職員も日常の介護に関わり、朝や帰りのミーティング、会議、研修等を通して、介護職員との情報交換を行い、日々の変化に応じた適切な受診や看護につなげるよう支援しています。		
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。	ご利用者の入院時、病院訪問し、退院に向けての情報交換は、ご家族と共に指導を受け、退院後の生活がスムーズに安心して送れるように支援しています。		
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。	重度化や終末期について、ご家族と話し合った情報を事業所内で共有しています。ご家族や医療関係者との連携をとりながらご利用者の状況や変化に応じたターミナルケアに取り組んでいます。	契約時、事業所が対応し得る最大のケアについて説明し、本人・家族の意志を確認しています。重度化の場合は早い段階から家族・医師・職員が話し合い、対応方針を共有しています。看護師を中心に職員全体で話し合い、チームで支援できるよう努めています。	
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。	年1回救急救命研修を計画しご利用者の急変に対応出来るようにしています。今年度は栄消防署上郷出張所救急隊と連携し夜勤時救急対応訓練も実施予定です。また緊急時の対応マニュアルを職員に配布しています。		
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。	栄区の消防局と合同で防災訓練を実施しています。さらに地域のボランティアを含めた夜間想定訓練も実施しました。また、スプリンクラーも設置しました。	年2回(昼・夜想定)防災訓練を行っています。利用者・職員・地域のボランティア・消防職員が参加し、状況に応じた避難経路の確認を行っています。隣接する同一法人のグループホームとの連携体制も整い、食料、備品は事業所内と外の倉庫に備蓄しています。	30人分の食料、備品が準備されています。チェック表などを利用し、定期的に食料品の点検、入れ替えを行う事が期待されます。

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。	全体会議等でプライバシー保護に関する話し合いや研修を行っています。また、日々のミーティングの場においても、ご利用者のプライバシーを傷つけない対応が行えるよう、常に職員間で確認をしています。	利用者は名前で呼ぶようにしています。援助が必要な時も、本人の気持ちを考えて、声のトーンに気をつけたり、人格を尊重した対応を心がけています。職員間で利用者の対応について意見が食い違った場合でも、日常的に確認と改善に向けて取り組んでいます。		
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。	外出レクリエーション等、年間行事でやってみたいこと、行ってみたい所の希望を朝の会などで確認しています。散歩やドライブなど要望があれば可能な範囲で実施しています。			
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。	1日のプログラムが用意されていますが、ご利用者の意向を踏まえたレクリエーション活動を行っています。また、個々のご利用者の体調等に合わせ、食事や入浴の時間を変えたりしています。			
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。	特に女性ご利用者が化粧道具など使い慣れたものを持参したい等の希望があれば、ご本人の希望を尊重しています。入浴後などは鏡を手渡し確認していただきます。			
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。	食事に関しては、個々のご利用者に合わせたイス（高さ）を提供し、食事がしやすい姿勢がとれるよう配慮しています。また、メニューに関しては管理栄養士指導のもと、バランスを考え、手作りのものを提供しています。食材の調達も地域とのつながりを大切に、できるだけ、地産の新鮮な食材を用意するようにしています。 準備や後かたづけに関してはご利用者も一緒にお盆拭きやテーブル拭き、お茶をいれてもらう等の手伝いを自発性を尊重して行ってもらっています。	新鮮な地産の食材を業者から仕入れ、手作りの食事を提供しています。調理や後片付けは利用者個々の前向きな意志や気持ちを大切にしています。椅子の高さを替えることで、食事がしやすくなり、食欲が増した利用者もいます。「座る」事を大切に、車いすの利用者も食事の時は椅子に座るよう心がけています。		

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
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。	ご利用者の病状、医師の指示、身体状況、習慣に合わせ、管理栄養士の指示を受け食事、水分の提供、摂取量のチェックを行っています。特に機能低下の状況に合わせ、食事形態やとろみ、ゼリーの使用に注意しています。また、ご自宅での状況の把握やご家族への報告を行い必要に応じ買い物をしたり、配食サービスの利用支援を行い栄養確保出来るよう支援しています。		
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。	ご利用者の必要、ご本人の有する力に応じた食後の口腔ケア介助を行っています。口腔内の状況に応じ、訪問契約歯科の歯科検査を行い必要な治療が受けられるように援助しています。また、口腔ケアの方法の指導を受け実践しています。		
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。	ご利用者の排泄を記録し、パターン、習慣を把握し、排泄の自立支援に繋がるようトイレ誘導等の援助を行っています。トイレ内ではファンレストテーブルを使用し安全に排泄しやすい姿勢を保持出来るようにしています。	チェック表を使用し、利用者のパターンや習慣からタイミングを見計らってトイレへ誘導しています。トイレには、快適に安心して利用できるよう、ファンレストテーブルを設置し、人の生理的動きに基づいた介助法を実践しています。	
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。	排便の記録をしご本人やご家族と相談しながら自然排便を促すようトイレ誘導するなど個別に応じた援助を行っています。必要に応じ医師から処方された緩下剤の服用を援助したり座薬を使い便秘にならないよう支援しています。		
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。	二つの個別浴槽を使用し、一人ひとりの好みの温度やペースに合わせた入浴を行っています。同性介助を基本とし、リフトを使わない入浴を大切にしています。季節に合わせ、菖蒲湯やゆず湯にし、入浴が楽しめるよう工夫しています。	一日おきの入浴を楽しんでいます。利用者の希望で、汗をかいてからの入浴を目指しています。和式の浴槽を使用し、寝たきりになっても自力で入浴できるよう介助方法を工夫しています。寝たきりの人が入浴できるようになった事例があります。	

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。	ご利用者一人ひとりの体調を考慮し、必要に応じ、休養するよう支援しています。また、夜間はご利用者一人ひとりに合わせた、環境整備をしたり、声かけをするなどして、安心して眠れるよう支援しています。		
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。	ご利用者の服薬状況を処方箋を整えて職員全員が内容を把握出来るよう整備しています。服薬確認チェックを徹底し誤薬のないよう注意しています。また、処方の変更や病状の変化などご本人やご家族とこまめに情報交換し、必要に応じ受診時に医師に情報が伝わるよう援助し適切な治療に繋がるよう支援(通院支援も)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。	個々にやりたいことやしたいことを聴き、希望が実現するように努めています。お食事や洋服購入等に個々人でスタッフと出かけています。		
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。	職員体制を考慮しながら、個人の散歩や買い物に対応しています。年数回はボランティアと協力し、ご利用者の希望を把握し、外出をしています。	利用者一人ひとりの希望で、買い物や図書館などの外出支援をしています。近くの川に行き、鯉に餌をやったり、ケアプラザの祭りに参加するなど、外出を楽しめるように工夫しています。いちご狩りや花見などボランティアの協力を得ながら遠出することもあります。	
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。	外出プログラムに買い物レクを企画し、一人ひとりが買い物の楽しさを味わえるよう支援しています(同法人の本部喫茶のご利用を奨励しています)。		

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
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。	外出に出かけた際に、お土産等を購入して宅急便で送ったりする事があるので、その支援を職員が代行したりしています。		
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。	着脱室にエアコンを設置、さらに窓を二重サッシにして防音に努めています。夏は植物を植え天然の日陰を作ったりしています。	組み合わせ方でいろいろな形になる台形のテーブルを取り入れ、活動に応じて使い分けています。また、椅子は3種類の高さに切り、一人ひとりに合うよう工夫しています。一人になりたい時や休みたい時は、宿泊用のベッドや隣接するグループホームの畳の部屋で休めるよう配慮しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	集団の中で落ち着かなくなった方に対しては、一人で落ち着いて休めるスペースを移動扉で確保して過ごしていただいたり、グループホーム等で過ごしたりしています。		
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。	泊まりの際に実際家で使用しているエアマットや電器掛式毛布等を持参していただくことで、家庭での睡眠時と変わらない環境作りに努めています。	リビングの四つの角を利用し、パーティションで区切り、宿泊室としています。ベッドとエアコンが備え付けられ、日常愛用している物を持ち込み安心して泊まれるよう配慮しています。交通量の多い道路が近いため、二重サッシの窓を取り入れています。	
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。	トイレ内は、面を利用して、安全に利用できるファンレストテーブルを設置。さらに浴槽には昔ながら和式のものを使用し、歩けない方しかり、認知症で入浴の方法を忘れた方でも昔のなじみの方法で入浴できるよう工夫しています。また、テーブルやイス、手すりの高さを使用の方々に合わせたものになっています。		

(別紙4 (2))

事業所名 小規模多機能事業所「晴」

目標達成計画

作成日： 平成 28年 5月 28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	13	職員数の減少に伴い新人職員が増えており、業務内容が厳しくなっている。	シフト体制を適切に保持し認知症のご利用者への適切な対応、事故の無い安心安全な介助。および社会人としての接遇をしっかりと身につける。	①管理職・常勤職員で理念・目標の確認統一。 ②新人研修プログラムの充実。 ③プロ集団としての意識作り（研修等）。	12ヶ月
2	19	認知症及び、心身の高齢化が著しいご利用者のケース対応。	ご家族や関係機関と連携を更に深める。	①要望や課題に迅速に対応する。 ②ご家族とのコミュニケーションの機会を増やす（家族会・レクリエーションの参加を促す・ケース会議・訪問等） ③医療や各居宅とネットワークを介したコミュニケーション作り	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注）項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。