

平成25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	<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
		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26年1月19日	評価結果 市町村受理日	平成26年5月29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/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493500076&SVCD=730&THNO=14100
----------	---

【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)】

<ol style="list-style-type: none"> 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の実施しています。 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2月19日	評価機関 評価決定日	平成26年5月6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大船駅、港南台駅、京急金沢八景駅から神奈中バスで光明寺下車すぐの住宅地にあります。運営法人は、地域ケアプラザ、保育園、障害者グループホーム、児童養護施設など、社会福祉事業を幅広く運営しています。同一法人運営の高齢者グループホームが併設されており、日常的に連携を図っています。

<優れている点>

開所当時は地元の理解が得られませんでしたでしたが、日常の挨拶、近隣の中学生の体験学習受け入れ、地域見守りネット会議への参加など長年の地道な働きかけにより、地域の一員として認識されつつあります。また、事業所のことだけでなく、高齢者支援について、区高齢支援課、徘徊SOSネットワーク、横浜市高齢者グループホーム連絡会、地区社会協議会、地域ケアプラザ、運営推進会議など多くの場を通して関連機関と情報共有を図り、協力関係を築いています。今後は地域の高齢者支援の中核を担って行く事業所となっていくことと思われま。

<工夫点>

着席時に足がしっかりと床に着くように利用者それぞれに高さを合わせた椅子の使用、利用者が楽に排泄できるように「前傾姿勢支持テーブル」をトイレに設置、浴用の車イスを使用したリフトを使わない入浴方法、遊びの要素を取り入れて楽しみながら体を動かし介護予防にもつながるというリハビリ手法の取り入れなど、介護アドバイザーから助言を受け、人の生理学的動きに基づいた、利用者にも職員にも負担のかからない様々な介護法を実践しています。

【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	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	利用者職員と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している。 (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、安心して暮らしている。 (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っなげている。	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。	今年度、職員全体で理念を見直そうと話し合いました。結果は、従来の理念を継続していくことになりました。職員は毎朝理念を唱和し、理念に沿った利用者支援に努めています。	
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。	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。	事業所の開設当初は地元の理解が得られませんでした。日常の挨拶、近隣の中学生の体験学習受け入れ、地域見守りネット会議への参加など、地道な積み重ねにより、地域の理解が進み、町内会加入へも明るい兆しがみえてきています。	
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。	平成25年度の目標達成計画通り、2ヶ月に1回定期的に開催しています。会議では、事業所の活動状況を報告するほか、独居の高齢者への関わり方、避難訓練方法、高齢者への虐待早期発見など、情報や助言を得て、有意義な会議となっています。	
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。アドバイザーとしても横浜市福祉局の方々の協力をいただき、横浜市の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。	所長は運営推進会議（区高齢・障害支援課）や見回りネットなどの場を通じて情報の共有を図り、協力関係を築いています。	

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
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。	開設以来、玄関の施錠をしないことを含め身体拘束のないケアに努めています。安全確保のため車イス利用者のずり落ち危険防止のため腰ベルトをするケースがありますが、身体拘束の弊害について、研修や全体会議を行い意識向上を図っています。	
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ージャーが訪問し、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。	利用者からは日々の会話、家族からは送迎や訪問時、連絡帳、運営推進会議、家族会など様々な機会を通じて意見や要望を聞くようにしています。家族がケアマネージャーと直接連絡が取れるようケアマネージャー専用の携帯電話を用意するようにしました。	

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。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。	日常のコミュニケーション、申し送り、全体会議などを通じて職員の意見や提案について話し合い、運営に反映させています。	
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り組みをしている。	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。事業所でも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ー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食器洗い等行っていただいています。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の向上に繋げていく。		
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。	家族の介護へのおもいを尊重し、また、ご本人へのおも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。	これまでは利用者の様々な要望に応え、送迎や同行支援を行ってきましたが、最近では利用者の周囲の人の高齢化に伴い、訪ねてくる人もいなくなってしまったり、利用者も介護度が進むなど、馴染みの関係の支援に対する要望が少なくなっている状況です。	

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
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。	家族の話や契約時の利用者情報、利用者との日々の会話や様子などから、思いや希望の把握に努めています。入浴の際にいろいろと話す利用者もいます。事業所内では利用者が興味を示しそうな話題を提供し、皆で会話を楽しめるような支援をしています。	
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。	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る。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。	ご本人・ご家族ほか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。	職員は4人一組のチームで利用者を担当し、家族をはじめ、医師、看護師など関係者からの情報を基に個別サービス計画書を作成しています。全体会議でモニタリングを行い、職員間で情報の共有を図っています。	
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。	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、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。	利用者全員がかかりつけ医を継続・受診しています。家族の要請に応じて通院支援を行っています。通院が難しい利用者には在宅訪問医を紹介し、適切な医療を受けられるよう支援しています。	

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
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、事業所の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る。ご利用者の状況に応じてご家族や医療関係者と連携を取りながらより具体的な対応ができるよう体制を整えています。	利用者や家族と契約時に重度化や終末期に向けた話し合いを行い、意向を確認しています。利用者の状態変化に応じ、小規模多機能の機能を活かした支援をすることにしていきます。これまでに、在宅での終末期の支援を数件行っています。	
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。	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る。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。さらに運営推進会議のメンバーや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。	併設の同一法人が運営するグループホームと合同の防災訓練を消防署立会いの下実施しています。通報・避難・消火訓練等を利用者と共に実施しています。災害対策備品リストを整備し、非常災害用の飲食料、防寒シートを始めとした備品を備蓄しています。	

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
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。	本人の経歴や生活に十分配慮し、年長者として敬い、馴れ合いすぎないように注意し、言葉掛けや会話をするようにしています。朝・夕のミーティングなどでもプライバシーについて注意を呼び掛けています。トイレや入浴には同性介助を基本としています。	
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。	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。他誕生日等に合わせ、食べたいメニューをお聞きしたり、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、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。入浴後などカガミなど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てイス（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。	手作りの温かい料理を利用者と職員と一緒に食卓を囲み、談笑しながら食事をしています。利用者それぞれに合った食事提供の仕方をしています。行事食や外食も取り入れ食事を楽しめるようにしています。	

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
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。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。	自立している利用者には、見守りに徹し、支援が必要な人には排泄記録に基づきさり気なく誘導し、トイレでの排泄を支援しています。トイレには「前傾姿勢支持テーブル」を設置し、姿勢を保持し、安全に安心して排泄できるように工夫しています。	
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。同性介助を原則とし、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。	本人や家族の希望に基づき入浴できるようにしています。脱衣所で衣類を脱ぐ時は羞恥心に配慮しています。入浴に気が乗らない人には誘うタイミングをはかり気持ち良く入浴できるようにしています。	

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
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 一人ひとりを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。	気候の良い時は利用者に声掛けし、近隣の公園まで散歩に出掛けたり、利用者の希望により買物に出かけるなど屋外に出る支援をしています。また、年間行事予定に基づき外出支援を行っています。	
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。また、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。	リビングには雛人形、壁面には利用者が作成した季節の作品を飾り季節感を演出しています。空気清浄器、加湿器、エアコンなどを設置し、不快な臭いもなく快適に過ごせる環境を整えています。また、照明も適度な明るさになっています。	
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。	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。	泊りにはエアマットや電気毛布など使い慣れたものや馴染みのものを持ち込み、自分なりに過ごすことが出来る様に支援しています。	
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。	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していきます。		

(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 26年 5月 26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	ご利用者が来てよかった、また来たいと思える施設になっているだろうか。	認知症のご利用者が混乱することなく安心して過ごせる場所にする。	・認知症のご利用者との関わりを学ぶ研修。 ・ご利用者とのコミュニケーションの時間をもう少し大事にしてみる。	12ヶ月
2	35-13	大規模災害におけるマニュアルはまだ完成していない。	備蓄品や連絡体制等を含め、全てをモータリしたマニュアルづくりを行う。	事業所単独ではなく法人の協力を仰ぐ	12ヶ月
3	31,34	転倒事故、誤薬事故、車両の事故	一人一人が事故防止に向けた正しい気付きや判断ができる。	・介護技術講習の定例化 ・事故を防止するための勉強会の実施。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月