

1 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	2693300085	
法人名	社会福祉法人 丹後大宮福祉会	
事業所名	小規模多機能居宅介護事業所 おおみや苑 あけだの家	
所在地	京都府京丹後市大宮町明田1165	
自己評価作成日	平成22年3月17日	評価結果市町村受理日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。（↓このURLをクリック）

基本情報リンク先 <http://kohyo.kyoshakyo.or.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=2693300085&SCD=730>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成22年4月21日

【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)】

あけだの家は環境的に縁側からは田園風景も見ることができ、気持ちがとても穏やかになれると思います。その中で、家庭的な雰囲気を大切にし、ここに来るとほっとできる、安心できるわと思つていただけるような「家」を目指しています。また、ご利用者1人ひとりが住み慣れた地域で自分らしく今の生活が継続できるように、本人、家族と共に連絡を取り合い、意向確認し、また地域、市、医療などの協力を得ながら安心、安全につなげる柔軟なサービスを取り入れています。

【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)】

民家を利用し一部改修した事業所で、仮間や広い縁側があり、近所の家や親せきの家に来るようたたずまいは、どこか懐かしく利用者の落ち着きを誇ります。職員は、利用者や家族にとって必要なサービスの把握に力を注ぎ、地域で暮らし続けるため日々支援をしています。地区的花火大会には近所の方や利用者を誘いあって、縁側に並んで見物したり、コミュニティ施設のふれあい祭りを覗いたり、過疎化にある小学校との交流を図るなど地域に根差した関わりを大切にしています。また地域では老人会が事業所の草むしりを引き受け下さるなど互いに支え合う関係が築かれています。運営推進会議では隣接する区長や老人会はじめ2地区的民生委員が8名も参加され事業所の問題のみならず、地域全体の高齢者に目を向けた会議となっています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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)	<input type="radio"/> 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	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聞いており、信頼関係ができる (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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	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:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに 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)	<input type="radio"/> 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	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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しづつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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	66 職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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. ほとんどない		

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己 外 部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
		実践状況	実践状況	
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ふ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	「住み慣れた地域でその人らしく最期まで共に支え合い安心した生活を目指します」「気軽にほっこりゆったり出来、優しさ、笑顔のあふれる家を目指します」の理念を玄関に掲げて意識を持ち対応している。	理念は設立時に管理者や計画作成者が中心になり定め、住み慣れた地で最後まで支援し、我が家と同じ様にほっと出来る「暖かい家」として位置付けている。理念は利用者や家族、職員共に確認できるよう玄関等に掲げ、毎月の目標を立てながら利用者本位のケアを実践している。	
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	隣組に入っている。老人会のボランティアの方と一緒に草取りをしている。地域の福祉祭り等の催し物に参加する等の交流を増やせるよう努力している。	地域のふれあい祭りを見学し、花火大会や秋祭りの神楽の訪問では利用者と地域の方々が共に集い楽しんでいる。過疎化にある小学校の年間行事に事業所との交流を取り入れる予定があり、また地域老人会が事業所の草むしりを引き受けるなど、多彩な交流が行われている。	
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	職員のほとんどが、認知症キャラバンメイトであり、地域でサポートー養成に向けての取り組みの協力をしている。また、グループホームの職員と共に認知症の理解や支援方法を地域の方に向けて実践出来るよう勉強会を定期的に行っている。		
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ヶ月に1回の会議の中で、現在の状況、困難事例などを話し合っている。出席者より意見や情報交換を行い、サービスの向上に活かせるよう努力している。	2ヶ月に一度運営推進会議が行われ、市職員、区長や老人会はじめ2地域から8名もの民生委員の参加を得ている。会議ではホームの状況や活動が報告され、地域の高齢者の情報や相談があるなど、活発な意見交換の場となっている。	
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り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	2ヶ月に1度市町村が主体のケアスタッフ会議に参加することで交流が出来ている。困難事例等において相談やアドバイスをもらいながらサービスの向上に繋げている。	市職員は運営推進会議や市の主催するケアスタッフ会議に出席し、意見交換の機会を得ている。また、市や地域、警察などのネットワークワークに参加し、徘徊者の相談を受けるなど連携を図っている。	
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	苑の拘束委員会に出席し、困難事例検討を行っている。内容等の報告や記録にて職員に周知し拘束について意識を高めている。	夜間は施錠しているが日中は鍵はかけられていない。職員は法人の拘束委員会に出席し、委員の報告や事例検討の中で具体的な拘束の理解に繋げるとともに日々の支援に生かしている。出かけたそうな方にはドライブや散歩などに出かけるなど寄りそうケアの徹底を心がけている。	
7	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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注意を払い、防止に努めている	以前、虐待傾向が疑われる利用者について、市や民生委員と相談しながら訪問を増やしたり、話し合いの場を設けサービスの調整を図る等を行い予防に努めた。自宅での様子の把握に努めている。研修で虐待について学んだ事を会議等で報告、考える場を設けた。		

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	福祉サービス利用援助事業を利用している中で、専門員や生活支援員の協力を得て講師として招き、後見人制度も含め研修を行った。		
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	契約時の説明等においては不足な面がないよう二人で対応している。一つ一つ説明を行い、その都度、疑問や質問を確認している。		
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なら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	担当者会議において意見や要望を聞く事はもちろんの事、日々送迎や関わりの中で本人・家族の思いを聞く姿勢で対応に努めている。個人ノートを活用する事で、聞きにくい事等も伝えられやすいよう工夫している。	送迎時やモニタリング時には出来るだけ家族の意見を聞くようにしている。家族からは気軽に相談や声掛けがあり、出された意見や要望を十分聞くとともに、出来るだけ速やかに対応できるように努め、時には職員間で検討し運営に反映している。	行事の際に家族にも声をかけ、事業所での利用者や職員の様子を見てもらったり、家族同士が話し合う機会を作っては如何でしょうか。
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	毎日のミーティングや月の定期的な会議において職員の意見や提案を聞き、話し合いの中で反映できるようにしている。	年に一度の施設長面談や半年毎の管理者面接に於いて職員は自己評価を行うとともに、希望、意向や提案がなされている。管理者はそれぞれの得意分野を活かした役割を担えるよう配慮している。また、毎月の会議でも職員の意見や提案を聞き、運営に反映させている。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	おおみや苑全体として人事考課制度を設け、半年間に職員の努力や実績を評価するようにしている。その際、主任との面接も行い、思いや要望なども聞く機会も設けている。また1年に1度施設長との面談も行い、自分をアピールできる場を設定し、職員が向上心を持って働くようにと思っている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	職員が意欲的に研修に参加ができるよう毎回、研修案内を回覧している。また、研修参加後、業務に活かせ他の職員にも理解してもらえるよう、報告書もいつでも閲覧できるようにしている。		
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作り、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	2か月に1度市が開催する地域密着型サービス事業所の意見交換会に出席する中で、他の事業所の取り組み内容を聞いたり、また介護士同士の交流会もそれぞれの事業所を回り、意見交流を図るなどの機会を持っている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	実践状況	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	アセスメントを十分に行い、自宅に訪問する機会も持ちながらゆっくりと本人自身からの話を聞ける環境にしている。職員それぞれが得た情報も入れながら本人にその都度、思いの確認もして、信頼関係に繋げる努力をしている。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	見学もしてもらい、相談内容について納得するまで丁寧に説明する。不安が解消されるよう提案や意向について確認を行っている。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まで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	情報提供を受け、自宅訪問にて自宅での様子等もしっかりとアセスメントを行い、課題分析を行っている。必要とされる他サービスも含め説明を行っている。専門職の意見も聞き入れながらあけだの家で出来る事等についても話合っている。			
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	24時間の生活を把握する中でサービスを通して、出来る事を一緒に関わり、見守りや声掛けを行っている。			
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	家族との相談の場を設け、共に意向の確認を行いながら共に支援にあたっている認識をしている。クリスマス会に参加していただく等の場を設け気軽に話が出来るような姿勢も作っている。			
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	あけだの利用をする事で、関係が途切れないと、以前利用していたデイサービスへ行ったり、懐かしい場所や人に会える環境を作っている。今までと変わらぬ関わりをお願いすると共に、あけだの家を通し、いつまでも関係が途切れる事がないよう努めている。	行きつけの理髪店へ区長さんの誘いで一緒に出かけたり、車で以前の住まいやスーパーを廻るなど、思い出や馴染みの関わりを尊重するようにしている。法人の他施設へ友人に会いに出かけるなど地域や人との関わりの継続に努めている。		
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	利用者同士の関係や難聴であったり、言語障害等の身体的な状況等も把握し、職員が仲立ちとなり、話や交流ができるよう対応している。家族や本人と相談しながら利用日の調整や趣味をいかした交流ができるよう取り組んでいる。(囲碁・将棋・調理・歌など)			

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	長期入院などで契約が切れても、病院など様子を見に行き、家族にも状況を尋ねるなど、不安にならないよう心掛けている。また状況に応じてはアドバイスを行っている。気軽に連絡していただけるような対応をとっている。		
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	今までの生活状況や関わりの中で得た情報や思いを把握し、その都度の関わりや担当者会議において意向確認を行っている。	利用開始に当り訪問面談を行い意見や要望を聞き、状況によっては以前のサービス事業者に連絡を取るなど、幅広い情報の収集を行い利用者本位の支援に繋げている。センター方式を利用し、家族の協力を得ながら、記入するようにしている。	
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	アセスメントや日々得た情報の記録を行い、その情報を共有しながら状態が変われば、その都度アセスメントしている。毎月のモニタリングや経過記録、個人記録において経過の把握に努めている。		
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	日々の関わりの中で、見えない生活においてもアセスメントに心掛けている。言動や気づいた事等を記録し把握に努めている。		
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	ケアマネが課題分析を行い、本人や家族の意向を取り入れながら計画に反映している。サービスの内容を担当者が中心となりあけだの家独自の計画書に具体的に明記し、気づきも取り入れている。	アセスメントをもとにニーズを把握し、職員の意見と共に家族と話し合いケアプランを作成している。必要に応じて医師や看護師、保健所から収集した情報も加味された内容となっている。ケアプランは毎月モニタリング、評価され、担当者会議を開き6ヶ月毎に見直しがされている。変化がある時には随時見直しを行っている。	
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、言動など詳しく記録に残すよう努力している。実践において毎日のチェックを行い、統一に向けて取り組んでいる。会議や毎日のミーティングで状況の確認や情報共有に努め支援や計画の見直しを行っている。		
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、その時に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	本人の状況、家族の状況に合わせ、3つのサービスを組み入れた柔軟なサービスに取り組んでいる。また、急な利用に関しても出来る限り、対応するようにしている。		

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	実践状況	外部評価 次のステップに向けて期待したい内容
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	行きつけの散髪に行けるよう配慮したり、買い物援助、移動パンやでの購入、地域の手作り野菜の購入、催し物などに参加するなど、出来る限り、一緒に参加できるようにしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	在宅でもあり、それぞれかかりつけ医があるが、本人の状況によっては、家族と連携をとりながら、納得の得られる適切な医療が受けられるよう、支援している。また、かかりつけ医、家族、事業所との情報交換も行っている。	これまでのかかりつけ医を継続してもらっている。緊急時にもそれぞれのかかりつけ医に連絡を取り対応している。通院は基本的には家族で行って頂くが、場合によっては看護師が往診の同行を行い、医師との情報交換を行い、適切な医療支援を行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	一人一人の関わりの中で、感じたことや気付きを看護師に相談し、医療的な面は看護師が中心となり、協力して健康管理を行っている。また、常に話し合う機会を持つようにし、支援内容の確認も行っている。		
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、又、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。あるいは、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。	入院先へ定期的に訪問し、必要時医療職員と情報交換を行い、退院時にはカンファレンスを行い、家族と共に退院後の生活について話し合いをもつようになっている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいく	終末期の受け入れについては具体的な方針は確立していないが、現状は食事が入らなかったり、状態が急変すると、入院という対応になっている。終末期の受け入れをするには、職員の意識と共に、家族、かかりつけ医、地域の方の協力も欠くことができない。前向きに事業所で何ができるか早急に話し合う機会を持っていこうと思っている。	契約時に家族に対し、事業所では医療処置が出来ないことを伝えている。利用者本人の思いを大切にしたいと考えており、在宅における出来る限りの支援を心がけている。職員会議でも話はあがるが、具体的な方針や職員間での共有には至っていない。	職員間で重度化や看とりについての具体的な支援方法を話し合い、方針を共有される取り組みが期待される。
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ます	毎年、苑全体として、小グループで全職員対象に救急救命講習を行っている。また、訪問時など、急変している利用者を見つけた時の緊急時の対応、連絡方法などについても、確認や見直しをしている。		
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	年に2回、昼間、夜間を想定した避難訓練を行っている。現時点では地域住民の協力を得る訓練にはなっていないが、22年度は地域の方にも協力を呼びかけ取り組んでいきたいと思っている。	年2回避難訓練を行い、一度は消防署の立会いのもとに行っており、事業所独自の訓練は夜間想定で行っている。今年度は地区の防災訓練に参加意向あり、地区の消防団や地域への声かけも行う予定である。	

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	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	一人ひとりの人格を尊重し、人生の先輩として対応するようしている。排泄や入浴介助、休まれる場所等プライバシーを守るよう職員同士声掛け合いながら行っている。又、記録等は事務所で行い個人情報の取り扱いには注意している。	理念に人格の尊重を謳い、職員間で共有している。トイレ誘導もさりげなく行い、声かけは方言であっても丁寧語を使用するようにしている。不用意な言葉掛けが見受けられる時などは会議で話し合ったり研修を行い再確認するようにしている。	
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	日々の会話の中で(好きな事、やってみたい事、食べたい事)を聞き取り、思い等伝えやすいよう状況に合わせて説明を行っている。理解等をしてもらい、自己決定が出来るような取り組みをしている。		
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	一人一人の思いを受け止め、買い物やドライブに出掛けたり、入浴も午前、午後と希望に添って行っている。日中の日々の過ごし方においては、囲碁、将棋等や色塗り、パズルをそれぞれの好みや希望に合わせて行っている。		
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	病院に行く際の服を一緒に選んだり、鏡をみながら、整髪してもらったりと出来ることと一緒に取り組むようにしている。また、一人ひとりの服装をみながら褒めるなど、気持ちが前向きになるような声かけにも気をつけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	自分のエプロンを持参してもらい、昼食の準備と一緒にできるような環境を作っている。その方のできることを把握し少しづつ役割割りとして楽しみや自信に向けて取り組むようにしている。	献立は事前に利用者の意見を聞きながら立てられ一緒に買物に出かけている。時には季節の野菜の差し入れがあり献立を変更して楽しむこともある。利用者は調理やおしごりたたみ、食器洗いなど出来る事を一緒に行っている。誕生日には食べたい物を聞き提供しており、皆で声を掛け合い祝っている。	
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	一人ひとりの嗜好を把握し、食事作り時にチェックしている。水分は決まった場所に、自力でも飲めるよう見えるところに用意するようにしている。		
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	個人のコップ、歯ブラシを用意し、食後の声かけの中で、見守りながら、時には介助しながら、その人に応じた口腔ケアを行っている。		

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	排泄チェック表をつける中で、一人ひとりの排泄パターンをつかみ、その人に合わせて、声掛けや誘導を行っている。できるところは見守りながら、自立に向けた支援を行うようにしている。	個々の排せつパターンを把握したうえで出来るだけトイレ誘導している。食事を工夫することで下剤を用いず規則正しい排便が出来た利用者がいるなど、排せつの自立に向けた支援をしている。	
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	排便の有無を排便チェック表や本人に確認している。必要に応じて、下剤、排便困難な時は看護師が摘便や浣腸を行い対応している。また水分摂取や運動を促すようにしている。家族にも協力してもらい、自宅での排便の有無を等を連絡ノートへの記入もお願いして、把握に努めている。		
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めるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	通い時、本人や家族の希望に合わせ毎日でも入ってもらえるような対応を行っている。また、時間についても出来る限り思いに叶うよう取り組んでいる。	毎日入浴が出来る体制を整えており、利用者の生活パターンを重視し、好きな時間帯での入浴を支援している。泊まりの方で夜間入浴の希望にも応じたり、要望にそって個別で温泉へ出かける企画をするなど、希望に沿った入浴支援を行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活の状況に合わせ、午睡をしてもらったり、休息しやすい場を設けたりしている。泊まりの方に関してはプライバシーを守り、個室にて対応したり、安心して眠れるよう使いなれた物を持ち込んでもらったりと個人に合わせた対応をしている。		
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	内服している薬の用法は処方箋をコピーし個人ファイルに綴じ、隨時副作用の確認が出来るようになっている。また、薬の変更、体調の変化があった時は家族に隨時連絡している。職員にもミーティング等で周知し誤薬がないよう個別に薬を分けるようにしている。		
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	生活中で出来る事や趣味等を把握し洗濯物たたみや、調理の手伝い、囲碁など一人ひとりの力を活かした役割を楽しみをもってもらうよう取り組んでいる。また気分転換に手作りおやつを作ったり、ドライブに出掛けたりしている。		
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、戸外に岡かけられるよう支援に努めている。又、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	買い物やドライブなどその日の利用者の状況や希望に沿って外出を随時行うようにしている。また季節に合わせ、普段行けないような場所も希望を聞きながら、家族にも協力を求め出かけるようにしている。	日常的には買い物で出かける事も多く、回覧板を持っていったり、天気の良い日は近所を散歩している。庭に出て縁側から続く外の景色を眺めたり、畑の草むしりも良い気分転換となっている。また車で花見や遠足、海や山に出かけている。	

小規模多機能事業所おおみや苑 あけだの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、お金を手持したり使えるように支援している	買い物、外食など自分で支払いが続けられる為にもレクリ活動等を通して支援をしている。自分で管理が不安な方には、一緒に買い物する等で支払いが出来る配慮も行っている。認知症の方は家族と協力、相談しながら移動販売車を利用し、自分で選び支払いが出来るよう支援している。		
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	大切な連絡事項など、なかなか本人だけでは対応が難しいケースの場合、間に入り、援助しながらやり取りができるようにしている。その中で一人で電車に乗り、遠出ができたケースもあり、自信につながる援助ができた。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	もともとあった民家を改修しており、純和風の建物でもある為、利用者の過ごす場所は畳となっている。その為、上履きもなく、落ち着いて過ごせる環境である。季節感のある生け花、季節行事の置物など取り入れ、居心地よく過ごせるようにしている。	縁側から広がる田園風景が何より豊かな景観で、丁寧に作られた民家は座敷が二間続きとなっており、親戚の家の様な落ち着きを感じられている。利用者は好みの場所を確保し、賑やかに会話がはずんでいる。縁側から庭に続く畠には季節の野菜が植えられ、収穫が待たれている。また玄関の段差昇降機や庭に出るためにスロープを設置し、さまざまな利用者に対応できるよう配慮している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	一人で過ごしたい時は夜間寝室として使用している部屋を使用してもらったり、喫煙する方の利用時には、縁側を喫煙場所として設け、外の景色を眺めながら、過ごしている。部屋は4つしかないが、出来る限り、過ごしやすい場の設定をこころがけている。		
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	日々使い慣れた物を使用してもらったり、安心できる物を持って来てもらう。自宅と同じように寝心地(ベットか布団)になる環境作りにしている。	昔ながらの住まいは、廊下を通って居室に通じ、座敷から皆の声が聞こえてきて居心地が良い。利用者は使い慣れた電気毛布やぬいぐるみなど、安心に繋がる物を持参され、事業所としては、泊まるられる方の日常に近いベッドなどの配置を心がけている。	
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」「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	個々の状態の把握に努め、安全に移動できるように手すりを取り付けたり、トイレには「男子トイレ」「女子トイレ」など表示している。		