

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	1490600200	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	株式会社 翔栄		
事業所名	メーブル岡沢館		
所在地	(〒225-0013) 神奈川県横浜市保土ケ谷区岡沢町333-1		
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
	☐ 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	9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3月10日	評価結果 市町村受理日	平成26年5月22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	
----------	--

【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)】

住み慣れた地域・場所で無理なく今迄の生活が続けらるよう全て、ご利用者様ご家族様本意の形で岡沢館をご利用して頂いています。

・ご利用者、ご家族の都合に合わせての送迎時間調整（7:30～20：00）
例：ご家族様が仕事の為、朝の送迎は8：00前、帰宅はご家族と連絡をとり18：00以降。在宅生活を安全快適に生活して頂けるよう一人一人のご利用状況に合わせる等調整している。

・お食事は好きなものを召しあがって頂く為、全て手作りで決められた献立表はない。又、各ご家庭の事情によりお弁当の持参の方もいます。

・在宅生活の不安を解消出来るよう身近な存在である。
例：訪問支援の充実。温かい昼・夕食を届ける。ご家族の負担軽減の為に通院介助を行う。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成26年3月31日	評価機関 評価決定日	2014/4/

【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)】

【事業所の優れている点】
◇通い・訪問・泊りに柔軟に対応
利用者や家族の都合に合わせて、送迎時間を早めたり遅くし調整している。訪問支援では、昼食や夕食に弁当を届けたり、通院介助や親戚宅へも同行している。又、急な泊りにも対応しており、各部屋にはテレビを置き、夜はある程度のお酒も可能で、ゆっくり過ごせるよう配慮している。
◇職員の質向上のための計画的な研修の実施
年間研修計画を立て、接遇、プライバシー保護、身体拘束や虐待の防止、認知症などをテーマに、毎月内部研修を行い職員の質の向上を図っている。

【事業所が工夫している点】
◇家族宛て「連絡帳」の活用と「サービス状況報告書」の発信
利用者の日々の状況を家族に伝え、家族から要望を聞く手段として「連絡帳」を活用している。又、毎月利用者一人ひとりの様子やサービス状況を写真入りの「サービス状況報告書」として各家族に発信している。
◇利用者の好みに沿った手作りの食事
あらかじめ献立表は作らず、利用者の好みや希望を聞いて、毎日手作りの食事を提供しており、利用者の楽しみになっている。

【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	メープル岡沢館
ユニット名	ー

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
60 住	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、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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	毎朝プランの変更、利用者様の要望変更など、詳細な気付きの共有と実践に努めている。	・「住み慣れた地域で無理なく今までの生活が続けられるよう、地域に信頼される家庭的なぬくもりのある施設」の理念の実現に努めている。 ・「主人公は利用者」を合言葉に、利用者が希望することを実践できるように支援している。	・事業所内に理念を掲示して職員間で共有するとともに、ミーティング等の機会を利用して、職員全員に理念を徹底し実践していくことが望まれます。
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	自治会員は勿論加入。お祭りの参加寄付・介護に関する事地区センターでのイベント等参加 大掃除・防災訓練等の町内会行事にも積極的に参加している。	・地元のお祭りに利用者と共に参加し、町内の大掃除や防災訓練には職員が参加している。 ・事業所の七夕祭りやクリスマスなどの行事には、自治会役員や大家さんの出席を得て、地域との交流を図っている。	
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	地域の方の訪問などで、常に職員と一丸となり、認知症と言うより、人としての接し方など啓発している。		
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	2ヶ月1回の定例の運営推進会議を行い、現状報告や意見の交換等とを積極的に行いより良い施設作りを目指す参考に取り入れいる。	・家族代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員の参加を得て、2か月毎に実施している。 ・事業所からノロウィルス対策について説明し予防策への協力を仰ぎ、出席者からは「職員紹介一覧」の作成希望があり検討中である。	
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	常に利用者様の現状報告、今後の事など、役所の担当者や地区生活支援センター主任ケアマネージャーと連絡をとり情報の共有に努めている。	・区の高齢障害支援課担当には運営推進会議録を送付し、介護保険や運営上の相談をし連携を図っている。 ・地域包括支援センターからは、情報・アドバイスをもらうほか、利用者を紹介してもらっている。	

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
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	玄関の施錠はせず。自由に屋外に出れ、毎日を安心した様子で送っている。	・身体拘束防止マニュアルを作成し、身体拘束防止委員会を設置している。 ・職員には、認知症ケアの研修と共に身体拘束防止の研修を行って、利用者に対し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	徹底している。 例：経済的虐待察知。 役所・包括の職員などと情報の共有会議を行い、指針を伺っている。		
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	活用出来るように支援している。 認知症の一人暮らし利用者には成年後見人制度について、役所の担当者、包括の職員などともケース会議をし、本人を包み今後の安心した生活の援助活動をしてる。		
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	金銭面のことが一番必要と思われ、利用者・家族と常に相談をし、食い違いのないようにしている		
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	訪問する際に、事務所では言いにくい事などこっそりと耳に入れていただき、さりげなく情報を流し周知、反映している。	・利用者の家族からの意見・要望は訪問時、送迎時のほか、電話や家族との「連絡帳」を利用して聴き出すようにしている。 ・送迎時間や夕食の弁当についての要望もあり、その都度検討・見直して、サービスに反映している。	

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
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	会議を設け、現状の周知、意見の提案もし、大変協力的と思う。介護スタッフの困らない様、察知し反映している。	・管理者は、毎月のミーティングや申し送り時に職員から意見を聴く機会を設けている。 ・浴室で転倒しないよう見守り、介助を怠らないようにすることや送迎時に利用者のシートベルトを確認する提案があり実施している。	
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けるよう職場環境・条件の整備に努めている	有給休暇の利用、無理のない勤務にし、協力し合いながら福祉の事業なので職員も家庭の事と両立しながら勤めている。		
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	互いの気付き、修正に努め、人としての向上を図っている。 例：認知症実践者研修・2級初新者研修などの研修費を実働として給与支給している。		
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	交流や現場研修など行い気付きの点や助言等頂きサービスの質の向上・他事業と話し合い家族と共に連携している。		
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	困っている事の優先順位を決めて少しずつ解決して行く様に努め、ある時は役所や、地域包括支援センターに相談にのってもらい、協力助言してもらってる。		

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	家族も介護保険の複雑さは理解が難しい様です。関わっている事からゆっくり一つずつ丁寧に理解出来るまで説明している。		
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	本人と家族の選択を決め、家族の出来る事と、事業所として連携支援の出来る事を分け良く話合っている。		
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	本人の置かれている、社会的経済的孤独感など察し、さりげなく関係を持つようにしている。		
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	家族の介護疲れを癒し、共に苦しみより開放される方向へ支援しています。		
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	地域より通所しており、常に買い物の時など、近隣の方々との関係を保っている。	・利用開始時のほか、訪問時、家族の来所時に利用者のこれまでの馴染みの関係の把握に努めている。 ・近隣への買い物や通院時の支援のほか、親戚宅への同行、友人の来訪時に面会場所を確保するなど、関係継続のための支援に努めている。	

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
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	御夫妻で利用、お互いの気持ちを大切にし、いたわり終末まで共にしている。		
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	サービス終了となった後でも連絡をとり、その後どのように生活しているか確認している。又退院時必要であれば送迎のお手伝いもする。		
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。	成年後見人がついたが、成年後見人の意向と本人との希望が添えず、仲に入り家族の居る元へ戻る様支援した。	・利用者一人ひとりの思いや希望は通いのとき確認し、希望に添えるよう対応している。把握が困難な利用者には筆談や手話でやり取りするほか、表情から判断している。 ・把握した情報は、申し送りや「スタッフノート」で共有している。	
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	馴染みの生活環境に添える様その人の終末期まで医療・介護連携取りサポートしている。		
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	買い物のサポート、出来ない居室の掃除・大きな物の廃棄処分など、あらゆる多機能的なサポートをしている。		

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
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	食事の管理・内服薬の管理、家族の生活の都合に合わせ、デイサービス、病院への搬送、買い物同行など常に意見交換を行っている。	・契約時に利用者、家族から希望を聞き、仮プランを作成して1か月後に職員の意見を参考に見直し、利用者・家族の同意を得て介護計画を作成している。 ・目標は長期1年、短期6か月で見直し、家族の要望や状況変化時にも見直している。	
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	毎朝、ケアの方向、本人にとって、家族にとともに連絡を取り、その時必要なプランの変更をしていく。		
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	小規模多機能を利用する事により、輪がひろがったと思って気付いた事を説明し周知徹底して介護する側も既成概念を外し、対応しやすい為利用者側に立って介護できている。		
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	利用していても、友人・家族・親類の来訪など、それぞれが多機能の事業所に出入りし自由に有効活用している。		
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	多機能に関わった以上、ターミナルも視野に入れ希望があれば医療と連携し終末期まで看取る。	・全員が従来からのかかりつけ医で受診している。緊急時に事業所の協力医が対応できるように、家族の了解を得ている。協力医からインフルエンザの予防接種を受けている。 ・職員が通院に付き添うことでかかりつけ医と情報交換し、利用者の状況を把握している。	

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
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	利用開始時、看護師、介護士も同行し地域連携室のケースワーカーとプランを立て、医師との連絡指示を仰ぎ日々心身の異常の発見などに努めている。		
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。	行っているが、病院の系列のある介護施設に連れていかれリロケーションダメージは理解されているが大変困惑している状態です。		
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	医師と連携を取り密に家族と話し合い本人の希望する方向に進めています。癌末期で病院で終末に向かう治療ができなくなった場合でも医師と連携を持ちターミナルを受け入れる支援体制はあります。	・医師と連携して、ターミナルケアの受け入れ用意があることを、利用者の儒教により家族に伝えている。 ・職員に対し「ターミナルケアマニュアル」による研修を行い、重度化した利用者も受け入れ、支援に取り組んでいる。	
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る	年2回の訓練や緊急搬送時の対応については周知されてる。		
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	台風などの災害については、その時の状態に応じ、早い対応で自宅に戻る様に、又家に戻っても一人暮らしや家族の都合が難しい場合の利用者は台風など落ち着くまで見守る。	・消防署立会いのもと、利用者、職員、自治会役員、地元消防団が参加して第1回の避難訓練を実施し、利用者を玄関先まで避難誘導した。 ・災害用備蓄品として水、乾パン、毛布などを保管している。	・今後、夜間を想定した避難訓練を、地域住民の協力も得て夜勤職員も参加して実施することが望まれます。

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	職員は、人として重視し尊重している。話に耳を傾け共鳴しあえる関係作りをしている。	・「明るく笑顔で」をコンセプトとして、利用者の話を丁寧に聴き、信頼関係の構築に努めている。 ・職員はプライバシー・個人情報保護、接遇の研修を受け、支援に活かしている。個人記録は鍵の掛かる書庫に保管している。	
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	主人公は利用者をモットーにし自己選択が出来る様に支援している。		
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	常に主人公は誰の合い言葉を使い、振り返りを繰り返し、一に戻すことを職員一同身につけている		
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	デイサービスに通って来られる方、いつもおしゃれをし、化粧をし、きそっております。大変良いこととおもえる。		
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	食材は地産のものを利用し、好みを常に聞き入れるようにしている。全て手作りで職員と一緒に楽しく食事を召し上がっている。献立表を作らないので毎日、何が出てくるのか利用者は楽しみにしている。	・利用者の好みを聞き、手作りのおかず炊き立てのご飯で、職員と共に個々のペースで食事をし、後片付けもしている。 ・クリスマスなどの行事には特別食を用意し、利用者の楽しみになっている。	

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
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	看護師、医師の指示でカロリー、水分摂取など支援している。糖尿病・高血圧・末期ガンの利用者等多種の利用者に食事の形状、味・色など工夫している。		
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	自立されている方は促し、支援の必要な方歯科受診などで管理されている。食事後に口腔ケアを必ず各自行っている。		
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	病院に入院中は、夜間頻尿の利用者さんはオムツを着用していたが、メープル岡沢館では夜間頻尿も都度トイレ介助を行っている。	・自立の利用者には、トイレの外でさりげなく、見守っている。 ・排泄チェック表で利用者の状況を見て声掛けし、トイレでの排泄を支援している。	
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	バランスのとれた料理、体操、散歩買い物などの支援を個々に行っている。利用時点便秘薬の服用をしているが、規則正しい食生活で便秘の苦痛から解放されている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	本人、家族要望を聞き入れそれに沿った時間調整を行い入浴して頂いている。毎日入浴されている利用者が多い。	・入浴を楽しみにしている利用者の希望を取り入れ、毎日、入浴も可能で、時間帯も自由にしている。 ・一人ずつ、湯の入れ替えを行って、ゆったりと自分の時間を持つことから、利用者は介助職員との会話を楽しんでいる。	

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
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	特に昼食後など、本人の希望により、横になっていただいている。		
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	全職員が看護師の管理のもとでお弁当の時は、服薬を一緒に持って行き管理をしている。		
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	毎日交代でドライブ・買い物などへ外出し、時代劇・音楽観賞や画面を通したバルーン体操等元気で楽しく身体を動かしたり頭の体操等レクリエーション活動を行っている。		
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	近くのお店に行き買い物を、嗜好品を買い求めに行き近隣の方と話をしている。 友人も来訪し談話もしている。	・日常の買い物や散歩に1対1で同行して外出を支援している。送迎時に遠回りをし、ドライブ気分を味わうこともある。 ・テラスで外気浴と喫煙を楽しむ利用者もいる。	・利用者の希望を聞き、家族や地域のボランティアと協力して、年間計画の基で季節に応じた外出行事の実施が期待されます。
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	家族より金銭は、一時的に預かっているが本人がほしい時渡し好きな物を買って求めている。		

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	遠方にいる家族との電話の使用、手紙は自宅にて自由に出せている。		
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	共有空間はゆったり明るく開放的である。天気の良い日はテラスで季節の花などを見ながら過ごせるようにしている。	・リビングは明るくすっきりと整頓され、清掃が行き届いている。 ・利用者の作った桜花、チューリップ、こいのぼりの貼り絵が掲示され、季節感を演出している。 ・利用者同士で話したりテレビを見たりして、ゆったりと過ごしている。	
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	居室との行き来の為居室で自由に過ごしており、デイサービス利用時は他者とさまざまな会話で盛り上がっている。		
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	デイサービス中心の為中は共有スペースとなるため、馴染みの物は余りおいてない但し、デイサービス時に好きな物を持ってくる。	・利用者の好みで、洋室または和室を選ぶことができる。 ・介護ベッド、寝具、テレビ、小型の衣装棚、エアコンが備付けられている。 ・利用者によっては、使い慣れたものを持ち込んでいる。	
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」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	アセスメントを取り、スタッフと毎朝プランの変更を共有し、出来ない事は、どこまでもサポートし、出来る事は自立に向けて見守りをしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 マーブル岡沢館

作成日 平成26年3月10日

【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	5～4	地域福祉推進への参加	障害・一人暮らしの高齢者との地域での交流を含め現状の把握をする	ネットワーク作り 災害に備え地域福祉推進のメンバーとともに取り組みをする	6ヶ月
2	23～3	ライフサポートプランへの移行・見返し 情報の共有連絡 報告の見返し	利用者様に対し全職員が多くを気づき情報の共有を現状以上に強化していく	毎日の個人の気づき、変化を見落とすことなく情報を共有し記録に残す	3か月
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。