

<認知症対応型共同生活介護用>

<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1490900204
法人名	株式会社 ゆい
事業所名	小規模多機能施設 めぐみ
訪問調査日	平成25年7月22日
評価確定日	平成25年8月30日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

自己評価及び外部評価結果

(株)R-CORPORATION外部評価事業部

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1490900204	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日	平成22年8月1日	
法人名	株式会社 ゆい			
事業所名	小規模多機能施設めぐみ			
所在地	(223-0065) 横浜市港北区高田東3-33-3			
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	25名	
		通い定員	15名	
		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25年7月8日	評価結果 市町村受理日	平成25年10月21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)】

<p>利用者の個性を尊重し、生活スタイルにあったプランを考えてサービスを提供するように心がけています。臨機応変をモットーに個人個人で利用時間を設定する、送迎時間、宿泊予定などを考慮するなどしています。スタッフのフットワークを軽く、急な変更にもできるだけ対応出来るように日々努力しています。協力医療機関や家族と連携し、外来リハビリの必要な利用者、医療依存度の高い利用者にも対応する体制を整えています。こまめに訪問を行い、自宅で過ごしている利用者の生活もトータルで考えて行くように努めています。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成25年7月22日	評価機関 評価決定日	平成25年8月30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)】

<p>①このホームは株式会社 ゆいの経営です。株式会社 ゆいは日吉を中心に居宅介護支援・訪問介護・訪問入浴・福祉用具貸与・住宅改修・介護タクシー、小規模多機能施設「のぞみ」を運営し、1昨年には、高田東に小規模多機能施設とグループホームの複合施設「めぐみ」を開所。そして、昨年、青葉区荏田に小規模多機能施設とグループホームの複合施設「ゆい青葉」と日吉本町に24時間対応の定期巡回サービス「ゆい港北」を開設し、25年に入り、同じく日吉本町にディサービスゆいを開設しました。国の在宅での介護方針を理解し、訪問介護に関するノウハウを生かし、利用者及びそのご家族の在宅での介護を幅広くサポート出来る体制を整えています。複合施設「めぐみ」の付近は、横浜市営地下鉄グリーンラインが開通し、近くに高田駅が出来て非常に便利になり、新興住宅地としての開発が急ピッチで進んでいる地域です。管理者は日吉の「のぞみ」で培った実績、小規模多機能施設運営のノウハウを生かし、当初よりスムーズな小規模多機能施設運営を進めています。</p> <p>②ゆいの理念の通り、どんな状態になってもその人らしい暮らしがあることを常に念頭におき、ケアに努めています。スタッフにもこの理念の実現のためにレベルアップを図り、皆で話し合い、情報を共有し、ベクトルを合わせるよう、スタッフミーティングを活用して研鑽を図っています。施設の2階にはグループホームが設置され、同じ建物内の施設の有効活用を考えています。各々の持つ機能は生かしつつ相互に利用し合う工夫を、それぞれで始めています。その為に、双方の職員がお互いの利用者を知り理解するよう努め、その「輪」を広げつつあります。</p> <p>③港北区高田東の地域は小規模多機能施設やグループホームが少ない地域なので、社会的責任の一端を担う責任があることを自覚し、地域の拠点となることを目指し、認知症の人に対する発信を心がけ、利用できる人ならどんな方でも受け入れる方針で応えています。地域との交流は焦らず、運営推進会議のメンバーである町内会長、協力医（内科と歯科）、地域包括支援センター、民生委員、ご家族、それに利用者代表との連携を深めながら、地道に地域との関係を深めています。これには「のぞみ」「めぐみ」に「ゆい港北」を加え、「面」となり地域密着に取り組んでいます。</p>

【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	小規模多機能施設めぐみ
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つなげている	「そのひとらしく生きる」～その一瞬を大切に～を理念とし、利用者個人個人の持つ「その人らしさ」は何かを常に模索し、実際のケアにつなげていくように心がけています。	「その人らしく生きる」～その一瞬を大切に～、を理念とし、利用者個人個人の持つ「その人らしさとは何か」を常に模索し、実際のケアにつなげていくように心がけています。ゆいの理念については入職時に十分説明を行い、毎月1回は利用者毎にカンファレンスで理念に沿ったケアが出来ているかどうかを話し合い、自己評価しています。理念を記載した名札を常に携帯しています。また、利用者にとって家族以外の安心電話番号が「めぐみ」になっているケースもあります。	今後の継続
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	地域に根差した施設である事を常に念頭に置き、自治会への参加と通して地域活動に参加しています。	住宅街の中に位置していて、グループホームが自治会に加入し、小規模は一緒に地域の行事への参加や挨拶に心がけています。この高田の地域は小規模多機能施設やグループホームが少ない地域なので社会的責任の一端を担う責任があることを自覚し、地域の拠点となることを目指し、認知症の人に対する発信を心がけ、利用できる人ならどんな方でも受け入れる方針で応えています。	今後の継続
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	キャラバンメイト養成講座などに参加し、自らの啓蒙を進めると同時に、家族や地域の方々に理解や支援方法を伝えています。開所時などには認知症理解の為の講座を開きました。		
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ヶ月に一度、ご家族や家族、町内会長、民生委員、高田及び日吉の地域包括支援センター、区役所の保険師、家族、協力医療機関の医師などの参加で運営推進会議を開き、利用状況の説明や、めぐみで行っている様々な取り組みなどを報告し、各方面からアドバイスを頂き、サービスに反映している。	運営推進会議はグループホームとの共催で2ヶ月に1回実施しています。メンバーは町内会長（高田、日吉）、民生委員、高田及び日吉の地域包括支援センター、港北区役所の担当者及び保健師、本人、ご家族、かかりつけ医等です。利用者の利用状況やめぐみで行っている様々な取り組みなどを報告し、各方面からアドバイスなどを頂き、サービスに反映しています。	今後の継続
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	横浜市小規模多機能施設の連絡会に参加し、役所からの情報を得たり、日頃から連絡をこまめに取ることで連携を行っている。	横浜市小規模多機能施設の連絡会に参加し、役所からの情報を得たり、日頃から役所との連絡をこまめに取ることで連携を行っています。神奈川県小規模多機能連絡会はNPO法人として正式に認可され活動しており、お互いの施設の交換研修も始めています。地域包括支援センターとは、訪問介護、定期巡回の事業所がある関係から担当センターに限らず、各事業所の関係するセンターと密接な連携が出来ています。	今後の継続

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	スタッフミーティングなどで、身体拘束に対する正しい知識と理解を深めている。また、緊急やむを得ない場合の対応として、十分に検討する仕組みを作っている。日中に関しては玄関の施錠は行っておらず、外へ出たい希望があれば、スタッフが付き添い散歩やドライブに出かけるなどの対応をしている。	虐待の研修やスタッフミーティング等で、身体拘束に対する正しい知識と理解を深めるようにしています。緊急やむを得ない場合の対応として、十分に検討する仕組みを作っています。日中に関しては玄関の施錠は行っておらず、外へ出たい希望があれば、スタッフが付き添い、散歩やドライブに出かけるなどの対応をしています。この施設の構造はリビングの手前にキッチン、その手前が事務室で、玄関の出入りが見える状態にあるので、リビングの職員、キッチンの職員、事務室の職員が3段式に見守れるのは良い構造です。	今後の継続
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	スタッフミーティングにおいて定期的に虐待防止をテーマにした話し合いの場を持ち、認識を高めるように努力している。また、スタッフのメンタルケアにも配慮し、虐待につながる目を事前に摘む努力をしています。		
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	成年後見人制度の講習会などに参加して知識を深めている。現在1名の利用者が成年後見制度を利用しているが、今後増えると予想するそれら事業を利用する利用者にも対応できるようにしている。また、将来的に必要ななりそうな利用者の把握もしている。		
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	契約時には、本人、ご家族と一緒に読み合わせを行い、十分に説明を行っている。不明点に関しては、納得できるまで丁寧に説明するようにしている。		
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	管理者がまめに家族と連絡をとることで、信頼関係を築き、要望、要請などを言いやすい環境作りを心がけている。また、毎日の送迎の際などは、運転手が日常会話を通したところから、利用者か家族の要望をくみ取り、適切に伝えるようにしている。	管理者がまめに家族と連絡をとることで、信頼関係を築き、要望、要請などを言いやすい環境作りを心がけている。また、毎日の送迎時に運転担当者は家族の話しを聞くように努め、また、ケアマネジャー（現状は管理者が兼務）は毎月訪問し、サービスの質や内容についてご家族の意見を聞くようにしています。その他は、連絡帳のご家族の記述や、電話にて現状を聞き、運営に反映しています。立ち話でもご家族の意向は伝わってきます。	今後の継続

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	毎日朝、夕に行うカンファレンス時や、その他日常においてもコミュニケーションをよく取るようにし、意見や改善案などをくみ取るようにしている。	ミーティング、毎日朝、夕に行うカンファレンスでは十分に職員の意見を聞き、本社の会議にも持ち上げて反映し、運営に生かしています。その他日常においてもコミュニケーションをよく取るようにし、意見や改善案などを汲み取る様にしています。面接は正規職員は年1回、その他パートなどの職員は年毎の契約更改時に話を聞くようにしています。また、個々には随時、職員の様子を見て声をかけ、話ができるように配慮しています。	今後の継続
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	定期的に個別面談を行い、現在の状況の把握、個人のレベルに合わせた目標設定を行っている。		
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	事業所内の状況把握に努め、勤務状況や実績などを把握している。個別面談の機会も定期的に設けている。		
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	毎月1回の社内勉強会や小規模連絡会主催の勉強会などに積極的に参加する機会を設け、質の向上に努めている。		
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	利用前には必ずご本人に直接会いに行き、ご本人の言葉で要望を聞く事になっている。何気ない会話からもニーズをさぐる努力をしている。		

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	ご本人の希望と共に、家族の要望も良く聞き、サービスに取り入れる努力をしている。		
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	必要であれば、小規模以外のサービスも取りえて、トータルに利用者の生活を支えていく努力をしている。		
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	まずは、相手を尊重し、人として向き合う事で相手との関係を築いていくようにしています。共に生きる生活者としての視点を見失わないように努力しています。		
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	家族と共に本人の生活を支えて行くことを十分に説明してお互いに協力して行く努力をしています。		
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	以前の生活状況を把握し、できるだけなじみの生活スタイルを継続できるよう支援しています。	小規模多機能は自宅に住んで地域との関係を継続しながら専門的な手厚いケアが受けられる、ご利用者にとって理想的な介護の形態です。「めぐみ」を利用しても地域との関わりが途絶えないように、以前の生活状況を把握し、出来るだけ馴染みの生活スタイルが継続出来るように支援しています。面会なども可能な限り受け入れており、友人が訪ねて来るケースもあります。自宅が好きな人には安心電話をお勧めし、第1通報先を小規模に設定し、見守りと本人の安心、ご家族の安心のために活用しているケースもあります。	今後の継続

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	利用者同士の関係性を大切にし、時には個室でゆっくりを話し合う時間を設けるなどの工夫をしています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	利用終了になった方でも、イベントなどに参加していただく機会を作っている。家族も気軽に連絡できる関係性を築いている。		
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。	日頃の会話などから、本人の希望をさぐる努力をしています。必要に応じてセンター方式やひもときシートを活用してケアに生かしています。	必要に応じてセンター方式やひもときシートを活用したアセスメントを心がけています。計画作成担当者は日頃の会話などから、本人の希望を探る努力をしています。本人の気持ちが浮き彫りになった場合は、それをプランに反映できるように配慮しています。契約に際し、ご家族にA、Bのセンター方式のシートを書いて頂き、職員にもC-1-2を書いてもらいアセスメントに活用しています。日頃の会話については経過記録の中に利用者、家族、地域について介護者が記入出来る欄を設け、少し感じた事等を書けるよう工夫しています。	今後の継続
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	利用開始に至った経緯、これまでの生活状況などの把握に努め、スタッフが情報共有をしていく努力をしている。		
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	日頃から本人の身体、心身状況を把握することで、敏感な体調変化にも気づき、早めの対応をする努力をするようにしています。また、本人の有する能力を的確に把握し、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
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	サービス担当者会議には、できるだけ多くのスタッフが参加し、必要な場合は家族や主治医に参加してもらうことでより多くの意見を出してもらうように努力しています。その際には「その人らしく生きる」為の支援である事を忘れないようにしている。	サービス担当者会議には、できるだけ多くのスタッフが参加し、必要な場合は家族や主治医に参加してもらうことでより多くの意見を出してもらうように努力しています。特徴として、往診の医師とのカンファレンスがあることであり、往診の利用者毎に資料を作成して対応してもらっており、介護方針に有効で助かっています。常に「その人らしく生きる」為の支援である事を忘れないよう心掛けています。	今後の継続
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	経過記録に介護側の視点を書く欄を設ける事で、スタッフが気付いたり、考えた事を記録し、共有、ケアに反映している。		
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、その時々にも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	柔軟な利用時間の設定、急な宿泊の要望にできるだけこたえ、小規模にしか出来ないサービスを行っている。		
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	利用者が暮らす地域の環境把握に努め、どのような支援があれば参加できるかなどを考えている。		
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、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	月2回の往診、必要な場合の通院により健康管理を行っている。往診には家族も同行することも多い。又、月1回主治医とのカンファレンスを行い、連携を深めている。	月2回の主治医による往診、必要な場合の通院により健康管理を行っています。家族への受診の報告、主治医との定期的なカンファレンスを実施しています。往診に来てくれている日横クリニックの他に、個人別の主治医ともカンファレンスを持つようになっています。主治医による往診は小規模の費用に入っていないので、個別に契約して頂いていますが、24時間電話対応して貰っている点で好評です。	今後の継続

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	看護職員とは毎朝、夕2回カンファレンスの中で情報共有し、日々の体調管理、状態の変化などに対応している。		
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。	入院時にはサマリーを持参して情報提供しています。また、退院時には看護師と共カンファレンスに参加し、退院後のケアについて情報を共有しています。		
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	早い段階から本人、家族の希望を聞き取り、めぐみでできること、できないことの説明を行い、納得してもらったうえでの対応をしています。終末期について家族と同意書を取り交わし、共通した認識のもとで対応を行っている。	早い段階から本人、家族の希望を聞き取り、めぐみで出来ること、出来ないことの説明を行い、納得してもらった上での対応をしています。終末期については家族と同意書を取り交わし、共通した認識のもとで対応を行っています。ターミナルには、ご家族の希望、意思、ドクターの協力それに職員の理解と協力が必要で、その全てが揃ってはじめて行うことが出来ると考えています。	今後の継続
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	定期的に研修を行う事で、初期対応や応急処置の対応法を身につけている。		
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	定期的な避難訓練を行っている。また、消防署の仲介のもと、町内会とも連携をとり、災害時の協力体制を築いている。	定期的な避難訓練（年2回）を行っています。また、消防署の仲介のもと、「めぐみ」「町内会」「消防署」共に連携をとり、災害時の協力体制を築いています。備蓄では機材を中心に、ボンベ式ガスコンロ、ヘルメット、ランタンなど、食料や水はこの施設の分は備蓄していません。	今後の継続

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	ミーティングにおいて、「よいかかわり」とは何か?を話し合い、実践に移行している。	ミーティングにおいて、「よいかかわり」とは何かを話し合い実践しています。認知症であっても人生の先輩である事を忘れずに、声掛けに注意するようにしています。特に排泄の声掛け、介助に入る場合には注意しています。個人情報の保護についての研修も行っています。	今後の継続
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	本人の希望を言いやすい環境作りを心がけている。また、本人の思いをさぐる努力をしている。		
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、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	利用者本位のケアを心がけ、型にとらわれない支援を行っている。		
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	様副の購入などは、本人が選べるように一緒に買いにいたり、希望される方にはマニキュアを塗るなど、本人らしいおしゃれができるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と一緒に食事をするような時間配分にしている。食事の際、会話を楽しめるよう、ゆっくりとした時間を持つ事を心がけている。また、外出レクなどで、外食の機会を設けていて、利用者に喜ばれている。	レシピ付きのカロリー計算された食材を活用しています。(行事食の選択も可)職員も同じ食事を同じ時間に食べています。食事の際、会話を楽しめるよう、ゆっくりとした時間を持つことを心がけています。配膳や片付けも可能な限り手伝って頂いています。寿司などの外食にも個人のご負担にて、2~3人で出かけることがあります。レトルト食品のやわらか食、減塩食、低蛋白食は外注し、冷凍して在庫し、湯煎してミキサー食に変えて提供しています。	今後の継続

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	カロリー計算された食材を発注して食事を作っている。また、その方に合わせた食形態を考慮し、外注したり、持参されるなどしている。		
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	食後には必ず口腔ケアを行っている。また、経口摂取以外の利用者に対しても、毎日必ず口腔ケアを行っている。		
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	その人の状態に合わせた排泄介助を行うように工夫している。夜間には採尿器を使用するなどの対応も行っている。また、自宅ではオムツ対応の方でも、来所の際はリハビリパンツにして、できるだけトイレでの排泄ができるようにしている。	排泄パターンを把握して、なるべくトイレにて自尿できるように声かけ誘導を行っています。（△マークを誘導時に付けて効果の測定をするようにしています。）所作に於けるサインを見逃さず、誘導出来るようスキルアップを図っています。夜間には採尿器を使用するなどの対応も行っています。また、自宅ではオムツ対応の方でも、来所の際はリハビリパンツにして、できるだけトイレでの排泄ができるようにケアに努めています。看護師が常駐しているので、排便コントロールにも配慮しています。ストマの人も増えています。	今後の継続
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	水分摂取量上げる工夫をしている。看護師と協力して排便コントロールを行っている。		
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	夕方来所して入浴される方や、朝入る方など、その人に合わせた入浴を心がけている。また、1人1人ゆっくりと入る事ができるような時間配分になっている。	お風呂には開設当初よりリフトを設置し、重度の方の対応が出来るようになっていきます。夕方来所して入浴する方や、朝入る方など、その人に合わせた入浴を心がけています。いつでも入浴できるように常にスタッフを配置するよう心がけています。一人ひとりゆっくりと入ることができるような時間配分になっています。	今後の継続

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	生活パターンを把握し、その人に応じた休息の取り方を心がけている。		
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	最新の薬情をファイリングして、いつでも確認できるようにしている。また、主治医と協力し、症状の変化のあった場合の連絡体制を整えている。		
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	常にその人を知る努力をして、希望に沿った支援ができるよう心がけている。		
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	本人の希望を聞き取り、臨機応変に対応している。また、介護タクシーなどを活用して、遠方への墓参りなども実現した方もいる。	本人の希望を聞き取り、それぞれの身体機能に合わせて、臨機応変に対応しています。希望されている場所に関しては出来るだけ外出出来るよう支援しています。お散歩は表通りはなるべく避け、裏の公園などに行っています。介護タクシーなどを活用して、遠方の墓参りに出かけた方もいます。外食も適宜取り入れています。外出レクでは工場見学、ゾラシア、センター北の歴史博物館、センター南のアジサイ寺などに行っています。	今後の継続
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	一緒に出掛けた際は、できるだけご自分で財布を持ち、支払いをしてもらうようにしている。日々のおこずかいの管理は出納帳で行っている。		

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
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	携帯電話の使い方を手伝う事もある。手紙を書きたい場合には、レターセットと一緒に買いに行くなどの対応を行っている。		
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	常に清潔に心がけている。ソファやテーブルの配置など、ゆったりくつろげるように工夫している。	常に清潔に心がけています。ソファや、テーブルの配置など、ゆったり寛げるように工夫しています。飾り付けはレク係が中心となり、皆が参加して、利用者と一緒に作成して飾っています。8月に3周年記念のイベントを企画中でその作品を制作中とのことでした。家具の配置は必要に応じ変化させ、使いやすい配置を工夫しています。今回テーブルを2か所に分けた配置に変更になっていました。廊下のソファなども機能的に配置していました。	今後の継続
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	気のあった利用者同士で居室でゆっくりと過ごす配慮をしたり、ソファの位置を変化させるなどの工夫をしている。		
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	使い慣れた物を持ちこんでいただくことは自由に行っている。部屋が変わっても、快適に過ごせるような工夫を行っている。	「泊り」の利用に関しては、ステイであり、持ち込みは常識的に限られていますが、使い慣れたものを持ち込んで頂くことは自由に行ってもらっています。部屋が変わっても快適に過ごせるような工夫をしています。ベッドの向き、荷物の位置など、部屋の移動も配慮しています。	今後の継続
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	トイレのドアの「押」表示などでわかりやすくしている。手すりなどで安全を確保している。日頃から、利用者の動線を考えた環境整備を心がけている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

小規模多機能施設めぐみ

作成日

平成25年10月21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	23	本人の思いや暮らしの希望を汲み取る事が出来ているのかどうか	その人らしく生きるには、どうするか、本人の意向を探る	センター方式のシートになるべく多くの情報を記入して、本人を浮き彫りにする	6ヶ月
2	25	一日の過ごし方について、これで良いのかどうか	現在の過ごし方が、本当に本人の姿であるかを探る	センター方式より得た情報を元に、本人と共に生活を見直す	6ヶ月
3	18	「してあげる」立場になっていないか	暮らしを共にする者同士の関係を築く	ケアされるケアを念頭に仕事を行う。出来る事出来ない事を把握して、待つ事を考える	6ヶ月
4	26	話し合いの機会を多く持つ事	チームで統一したケアを目指す	定期的なカンファレンスの開催と記録での情報の共有を強化する	6ヶ月
5	13	災害対策を万全にすること	災害対策と地域の協力体制の強化	地域の避難訓練に参加する。定期的な避難訓練を消防署と共に行う	1年間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。