

<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

I. 理念に基づく運営	項目数
1. 理念の共有	8
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	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	0
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	1
1. 一人ひとりの把握	5
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	1490800099
法人名	医療法人社団 景翠会
事業所名	けいすい小規模多機能 さとやま
訪問調査日	平成26年1月22日
評価確定日	平成26年3月31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。

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	1490800099	事業の開始年月日	平成23年2月1日
		指定年月日	平成23年2月1日
法人名	医療法人社団 景翠会		
事業所名	けいすい小規模多機能さとやま		
所在地	(236-0046) 神奈川県横浜市金沢区釜利谷西3丁目35番19号		
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	7 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6日	評価結果 市町村受理日	平成26年4月24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=ST1490800099&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)】

季節感のある日常生活を心がけています。 その季節に合ったイベントを月一回行っています。 「食」は正月のおせち料理から始まって年末の餅つきまで昔は行ってた行事を、一年を通して行っています。 「笑い」は日々のレクリエーションや遠足に行ったり、施設内での職員の余興・ボランティアの参加で、お腹のそこから笑っていただきたく、大変ではあるが開所時より継続しています。普段食の細い方でも目先が変わるといつも以上に召し上がれたり、表情の乏しい方が口を大きく開けて笑って下さったりと得るものが多いので今後も続けて行きたいと思っています。

【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26年1月22日	評価機関 評価決定日	平成26年3月31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)】

①経営は医療法人社団 景翠会です。景翠会は母体となる金沢病院が1968（S43）年に開設し、その時点で地域への貢献を考え、後期高齢者の受け入れ施設が必要との認識から、順次施設の展開を図ってきました。現在ではグループとして医療系では金沢と福浦に健診クリニックを、介護系では区内に介護老人保健施設2箇所、訪問看護2箇所、訪問介護4箇所、居宅介護支援4箇所、デイサービス4箇所、それにここ小規模多機能型居宅介護を展開し、金沢病院グループとして医療・福祉のトータルサポートを行っています。地理的には京急金沢文庫駅からバスで10分程度の住宅地の中にある都市型ホームです。②理念は、「住み慣れた地域で『その人らしい』生活」「寄り添う介護で『第二の我が家』」です。理念はディフローアの目立つところに掲示して、日々実践し、月1回のミーティングで話し合い、共有しています。利用者一人一人に送迎、訪問、泊りの手順書を作り、同じサービスが維持、継続出来て、更に職員の教育とレベルアップを図るようにしています。③地域とは、所在地が金沢病院の施設の跡地であることもあり、良い関係ができています。町内会に加入し、町内会長、民生委員が運営推進会議に参加して頂き、小規模の周知の一端を担って頂き、町内会の行事にも参加しています。また、ホームの行事に地域の方の参加があります。保育園、知的障害者施設とも交流を深めています。④ケアについては、利用者の思いや意向の把握を、送迎時、デイサービス、泊の支援の中で随時行い、支援経過記録、複写式の連絡帖に記入します。連絡帖には家族の意向も記載されています。支援経過記録を基に、利用者担当職員が主となり、職員全員の意見を入れて小規模多機能の介護計画書原案を作成します。そして、居宅介護計画書原案を管理者が作成します。この原案をサービス担当者会議で関係者から意見を聞いて各介護計画書とします。日々の変化について課題の抽出を行ない、その内容を管理者、関係者に報告し、了解を得て随時変更します。その積み重ねがこのホームの介護計画書になりますので、利用者に最適で、安心できる支援が行われています。
--

【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	けいすい小規模多機能さとやま
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	法人理念の「地域医療に貢献します」を基盤にして、当事業所の理念は寄り添う介護で「第二の我が家」を掲げ、職員一人ひとりが利用者・家族様の身体状況・精神状況をミーティングや申し送りで共有し、居心地が良いリビングとなる様に心がけています。	理念は、「住み慣れた地域で『その人らしい』生活」「寄り添う介護で『第二の我が家』」です。理念はデイフロアーの目立つところに掲示して、日々実践し、月1回のミーティングで話し合い共有しています。利用者一人一人に送迎、訪問、泊りの手順書を作り、同じサービスが維持、継続出来て、更に職員の教育とレベルアップを図っています。	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	町内会の一員として回覧板を回して頂いて地域の行事には出来る限り参加出来る様にしています。折り紙は同じ班内の方が参加して下さい、陶芸は年一個の作品作りを手伝ってもらってます。保育園の園児さんとは年2回の行事で声掛けあって交流を深めています。	地域とは、所在地が金沢病院の施設の跡地であることもあり、良い関係が出来ています。町内会に加入し、町内会長、民生委員が運営推進会議に参加して頂き、小規模の周知の一端を担って頂き、町内会の行事にも参加しています。また、ホームの行事に地域の方の参加があります。折り紙・コーラスは同じ班内の方が来てくれ、陶芸は年一個の作品作りを手伝って頂いています。保育園の園児達とは年2回、交流を図り、知的障害者施設の方々とはお互いの行事で声掛け合って交流を深めています。	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	運営推進会議を通して地域包括支援センター・町内会会長・民生委員に参加して頂き、認知症の症状などは事例をあげて説明したり、近隣の方の相談・質問に答えてご理解を頂いてる。町内会回覧版に年に2回「さとやま通信」を発行しさとやまのご理解を深めている。			
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	二ヶ月に一回の運営推進会議では利用者の状況や行事などを、口頭と写真で2ヶ月分を報告している。 町内会・包括支援センターからのアドバイスを頂き、送迎時の道路情報や・外出場所などの情報を頂き実施している。	運営推進会議のメンバーは自治会長、民生委員、地域包括支援センター、家族、利用者、管理者で、1回/2ヶ月開催しています。利用者の状況や行事などを、口頭と写真で2ヶ月分を報告しています。町内会・包括支援センターからのアドバイスを頂き、送迎時の道路情報や・外出場所、ボランティアの紹介などの情報を頂き、ホームの運営に反映しています。	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
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	日常的に行政に出向き、事業所の現状について情報提供を行っている。 又、行政の見学も積極的に受け入れて小規模多機能の内容を説明している。 サービス担当者会議では、福祉用具担当者と時間の調整をし必ず参加して頂いてる。	横浜市や金沢区とは連絡を取り合い、良好な関係にあります。日常的に行政に出向き、事業所の現状について情報提供を行っています。また、自宅で開くサービス担当者会議では、福祉用具（ベッド、住環境）、訪問看護各担当者と時間の調整をし、参加して頂き、課題の話し合いをします。地域包括支援センターでは、近くの西金沢、釜利谷の両ケアプラザと連携があります。神奈川県小規模多機能連絡会に加入し、勉強会等に参加しています。	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
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	身体拘束については、毎月のミーティングで利用者毎の対応の仕方が拘束にならないか話し合っている。 又、身体拘束の目的を正しく把握するために勉強会でのテーマに掲げ学んでいる。 全職員の意識づけに、事業所内の目立つ所に掲示されてる。	身体拘束については、毎月開催される全体会議でも話し合っています。身体拘束の目的を正しく把握するために「身体拘束排除に向けた取り組み」をホーム内に掲示しています。玄関の鍵は常時開放し、離脱については職員の見守りで対応しています。言葉の問題は職員の課題として常に話し合っていますが、命令調については云わないようお互いに注意し合っています。	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	虐待防止については、毎月のミーティングで話し合っており、日々の入浴時の利用者の身体観察等を念入りに行い、新しい傷があった際は看護師にも確認してもらい対応してる。ネグレストについても、送迎時の家族との会話や利用者様の会話や動作に変化が見られないか注意を払っている。		
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	日常生活の自立支援については、全職員が念頭において利用者様の状況をミーティングで医療面・介護面から看護師と介護スタッフで介助方法や声かけ方法・病状の対処方法などを話し合ってる。成年後見制度については外部研修やインターネットによる情報を活用している。		
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	契約の締結については重要事項説明書を中心に時間をかけて丁寧に説明を行ってる。法改定時も重要項目説明書に添って利用者・家族に説明し納得した上で署名を頂いてる。		
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	運営推進会議に参加できる利用者、家族については勿論の事、サービス担当者会議や送迎時等で意見や要望を伺ったり、連絡帳を活用し一日の様子をお知らせし一連の介護ができるようにお伝えすると共に自宅での様子も記入してもらい、状況によって軽微な変更も行ってる。	ご家族のご意見は基本的には連絡帳で頂くようにしています。また、運営推進会議での利用者、ご家族のご意見、サービス担当者会議やサービス提供時間、送迎時等に日頃から職員一人ひとりが意見や要望を聞いており、適宜サービス内容の変更を行っています。連絡帳は複写式で、個人介護記録として原本は、ご家族に保管して頂いています。連絡帳で知られて困ることは電話等、やりとりについて、ご家族と相談しています。	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
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	毎月のミーティングでの職員の意見や提案を法人の全体会議に管理者が出席し、人員補充や環境整備やレクリエーションの企画提案をし支持を仰いでいる。 又、個人面談は年一回行っているが、随時職員の希望があれば行ってる。	基本的には、毎月開催される全体会議にて、法人の担当者や管理者が、職員個々の意見を聞き、人員補充やコスト管理、レクリエーションの企画などを立てるようにしています。個人面接については年1回の開催を標準化していますが、随時個別にも実施しています。登録の方は更新時に話を聴いた上で契約更新をしています。	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	役割分担に添って日々努力を重ねて貰ってる。その評価として契約社員から正社員に昇格したり、給与に繁栄させて貰ってる。職員の提案・意見をミーティングで話し合い即実行している。職員に負担がかからないように休暇の調整等を行い働きやすい環境づくりに心がけている。		
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	研修担当者を設置し年間計画を作成し、月一回の勉強会を行い学んでいる。又、学んで欲しい外部研修は参加してもらってる。信を持って働けるようにと考え不安を抱えた職員にはその都度、声かけ対処方法を一緒に考えてる。全職員がプロとして自信をもって働けるようにと考えてる。		
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	小規模多機能連絡会に登録し管理者・職員が参加できる勉強会や事例検討に積極的に参加している。 管理者は区内のケアマネ連絡会に参加したり、ケアプラザ主催の研修会に参加してネットワークの構築を図ってる。		
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	開始する前には見学や説明は何回でも行っている。 御本人の不安な気持ちを加味しゆっくり説明し分からない事がないか何度も繰り返確認している。		

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	事前に見学・説明を何回でも行っている。その際、家族からの困り事・要望に耳を傾けている。小規模多機能型居宅介護の内容の説明も時間をかけてじっくり説明している。開始前からの関係づくりが安心に繋がってる。		
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	家族・移行前サービスからの事前情報をもとに、今何が必要かを見極め「福祉用具・通い・訪問・泊まり」からの優先順位を決め直ぐに提供できるよう他の事業所との連携を図ってる。		
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	利用者が出来る事は声掛けしている、洗濯干しや洗濯たたみ、食器洗いやテーブル拭きなどご本人が興味がある事はお願している。 夜間や入浴時一対一になると心配事を相談したり家庭での愚痴を話してホッとすることも多い。		
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	アセスメント時やケアプランの作成時の説明に家族の出来る事、ご本人の出来る事、施設が行うことなど役割分担を説明しご理解を頂いてる。 家族の体調や緊急時は通いの追加・泊まり・訪問と状況に応じたサービスを入れて共に支えあってる。		
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	地域で暮らしてきた利用者でもなかなか外出がままならなくなり、近隣の様変わりした様子を発見する事が多い。前はここは畑だった」「子供のころは遊んだ」など、聞き役になり思い出してもらってる。公園でのイベントにも参加し、知り合いから声掛けがあったりする。	小規模多機能は利用者が在宅にあって、従来の家族と生活や近隣の友人関係等を維持しながら利用出来るサービスであり、馴染みの人や場との関係継続には最適のサービスです。馴染みの知人宅の集まりへの参加、町内会行事への参加などして馴染みの人、場所との関係は継続されています。このあたりは開発が進み、昔とは様変わりしています。送迎時や散歩の際に、「昔はここは山だった」、「畑があった」など、利用者から教わりながら、新たな馴染みの関係を構築しつつあります。	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	利用者個々の性格や馴染みの方との関わりは職員も熟知しており、レクリエーションや食事の座席、外出メンバーなども配慮している。利用者同士が声掛けあって、家族の事や昔話をしたりと会話が増えている。		
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	入所される前は事前面談は自宅でのご本人・家族に加えこちらの施設での面談も移行先に声かけている。移行後も相談員にその後の様子を伺ったり家族からお手紙を頂いたり出したりしている。移行先の関係作りを重視しているので積極的な行動は控えている。		
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。	サービス提供時（通い・訪問・泊まり）に行っている。送迎時の車中などは「何か困ってる事ありますか？」などと声掛けて話し易い環境作りに努めている。 希望や意向が病状から今は無理と判断した場合でも今は無理だけど「目標」に掲げ、頑張りましょうと盛り上げている。	利用者の思いや意向の把握は、送迎時、デイサービス、泊の支援の中で随時行い、支援経過記録、複写式の連絡帖に記入します。連絡帖には家族の意向も記載されています。希望や意向が病状から今は無理と判断した場合でも、今は無理だけど「目標」に掲げ、頑張りましょうと盛り上げています。	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	生活歴や生活環境、ご本人の一日の過ごし方等はアセスメントの段階で詳しく伺って把握できている。介護の軸になる日中の過ごし方に重点をおき、御本人の負担にならないように適正な生活リズムに戻せるよう心がけている。		
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	心身状態が不安定な利用者様には、食事量・排泄回数・表情・会話・動作の変化によりバイタル測定を繰り返し行い、常に変化や兆候を早い時期に察知し対処出来るようにしている。		

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	担当者会議に主点をおかず、各職員が日々の利用者や家族との関わりの中から課題の抽出を行っている。 その内容を管理者や担当介護職員に報告し職員全体の意見や改善内容をまとめて現状に即した介護計画を作成している。	支援経過記録を基に、利用者担当職員が主となり、職員全員の意見を入れて小規模多機能の介護計画書原案を作成します。そして、居宅での暮らしを含めた介護計画書原案を管理者が作成します。この原案をサービス担当者会議で関係者から意見を聞いて各介護計画書とします。日々の変化について、各職員は日頃の利用者や家族との関わりの中から課題の抽出を行かない、その内容を管理者、関係者に報告し、了解を得て随時変更します。その積み重ねが当事業所の介護計画書です。	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	業務日誌や実施記録に記載している。 その都度変化に気付いた時は毎日の実施記録・業務日誌・口頭で職員全員が共有化できるようにしている。 その変化を介護計画に反映できるようにしている。		
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	予定通りに行われない事も多々ある。体調の変化や家族の状態によって通いの変更や追加・送迎時間の変更。緊急の泊まりなど出来る限りの対応を行っている。 泊まりが受けれない時は通いの時間延長で夕食後の送りなど柔軟なサービスの変更を行っている。		
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	利用者各々の地域資源は自治会の回覧板や民生委員や包括支援センターの方に情報を頂いたり、相談をしている。小規模連絡協議会では他事業所との情報交換を行なってる。		

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
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	受診同行が家族から得られた方には一緒に受診している。定期受診は家族に把握してもらいたいのので、基本的には家族対応をお願いしている。その結果を報告して頂き先生の指示に添った対応をしている。	かかりつけ医は自宅で受診していた主治医が原則です。受診同行が家族から得られた方には最初に一緒に受診しています。受診については、利用者の状態を把握してもらうためにも基本的に家族対応をお願いしています。その結果を報告してもらい、必要に応じ医師からの指示を頂いて服薬コントロール等を行っている方もいます。家族と利用者の状況で見極めが厳しいのも現状ではありますが、主治医との連携は取れています。施設に看護師が常勤しており、金沢病院のバックアップもあり、利用者及び家族の安心につながっています。	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
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	看護師も介護職員も同様に利用者様に関わっているので、身体状況の変化には同様に気付く事が多いが、入浴時の変化時は直ぐに看護師に診てもらい処置してもらってる。受診が必要な時は看護師から利用者家族に説明しご理解頂いてる。		
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。	入院時は情報を提供している。 入院後はお見舞いに行き病状を伺ったりしてご本人の状態の把握に努めている。 退院時の担当者会議には出来るだけ参加できるようMSWや家族にその旨をお伝えし日程を調整して参加している。		
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る	今後の方向性は家族と本人には早い段階で伺っていると共に小規模多機能事業所の役割や目的は最初に説明しご理解を得ている。小規模多機能事業所の役割・目的に差異が生じるような重度化した時は話し合いを持ち、再度、利用者家族の方向性を伺いそれにあった移行先の紹介を行っている。	金沢病院グループとして医療・福祉のトータルサポートを行っており、小規模多機能事業所の役割や目的は最初に説明し、ご理解を得ています。利用の段階で重度化は念頭に置いており、家族も入所先を探しつつ利用を開始する場合はほとんどです。長すぎる泊まりや訪問のみ利用が長期化する等、小規模多機能の目的に差異が生じた段階で、再度サービス内容の説明を行ない、事業所間連携で移行先の選定も家族と同時に行なうように支援しています。	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	応急処置一式は常備されており、職員全員が確認できている。緊急時の対応は常勤看護師から利用者一人一人が起こりうる事故について指導を受け分からない事は質問している、AEDも設置しており緊急時の操作方法を定期的に消防署の方に指導を受けている。		

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
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	火災や地震等の災害時については、消防訓練は夜間想定型を含め消防署員参加のもとに年2回行い、ご指導を受けている。防災協定を結んでいないが、地域との連携は良好なので有事の際には駆けつけてくれるようお願いしている。	火災や地震等の災害時については、年2回消防計画に基づき夜間想定型の訓練も含めて実施しています。防災協定は結んでいないが、地域との連携は良好なため、有事の際には駆けつけてくれる自治会の方もあります。夜間想定型消防訓練時は地域の方（町内会長、民生委員、近所の方など）の参加のもと行われています。東日本大震災以降、3～5日分の食料、水、ガスボンベ、懐中電灯等の備蓄を意識して持つようにしています。関連施設との協力関係も確立しています。	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	
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	人格の尊重は全職員が念頭において声掛けしている。担当常勤は開始前に自宅に訪問しご本人や家族から生活歴・症状・思いや希望を伺う。持ち帰った内容は全職員に伝達しご本人が心地よく思えるサービスに心掛けるように話し合う。	人格の尊厳は全職員が念頭においています。声掛けでは、トイレ誘導も耳元でささやく、意思疎通が困難な方は歩いている間に動作を共にしながら自然にトイレに誘導するよう工夫しています。プライバシーを損ねない言葉かけや対応を心掛けています。担当常勤は開始前に自宅に訪問し、ご本人や家族から生活歴・症状・思いや希望を伺い、持ち帰った内容は全職員に伝達し、ご本人が心地よく思えるサービスに心掛けるように話し合っています。	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	毎日のレクリエーションや散歩は自由参加で行ってる。ソファでくつろいでる方、ベッドで横になってる方などご本人の希望で参加してもらってる。意思表示が出来ない利用者様にはご本人の表情や行動からご本人の希望を汲み取りやすいようにスタッフ間の連携を強化している。			
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	利用者個々のペースや身体状況は把握しているが常に気にとめている。食事の時間は体調に併せて時間をずらす事もある。入浴は週3回を目安にしているが、認知症の方は今日入れなかったら明日、午前入れなかったら午後とご本人の意志を尊重しながら工夫して入浴できるようにしている。			
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	入室後直ぐに鏡の前でうがい・手洗いと鏡を見ながら髪の毛をセットしている。出来ない方はお手伝いして寝癖を直したりしている。朝食後の歯磨きが済んでいない方も入室直後行ってる。男性の方の髭剃りは電動剃刀を持参してもらい声掛け・少しのお手伝いで認知症の方も出来ている。			

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
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	利用者の好みは把握できているのが、歯の具合で召し上がれない物は形態を変えてお出ししている。 楽しみを見つけて頂きたく、とうもろこしの皮むきやお饅頭作りなども一緒に行ったり、片付けがお好きな方には手伝ってもらってる。	メニュー、食材は、業者をお願いしています。イベントの時は、利用者と一緒に買物に行き、行事食を調理します。利用者の好みは把握できています。歯の具合を考慮し、形態を変えて提供する等、配慮しています。また、それぞれの利用者が楽しみを見つけて頂くために、とうもろこしの皮むきやお饅頭作りなども一緒に行ったり、片付けがお好きな方には手伝ってもらっています。食後の飲み物はコーヒー、ココア、紅茶などオーダーが可能です。	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
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	食べる量・形態・食器はご本人のADLに合わせて配膳している。 水分量は業務日誌等で把握できるようになっているが、なかなか摂取出来てない時は、ポカリゼリーやとろみをつけて飲みやすい物を提供している。		
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	ご本人に合わせた歯ブラシやスポンジをお預かりし、食後声掛けて歯磨きを行ってもらっている。 又、協力歯医に年一回口腔内チェックも行ってもらっている。		
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	業務日誌の排泄チェックを利用し、個々の排泄の間隔を把握している。認知症の方の行動からも排泄サインを見逃さないような声掛けをし自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表により利用者個別の排泄パターンを把握しています。定時のトイレ誘導の他、そわそわした仕草等は排泄の予兆と捉え、トイレ誘導を行っています。おむつで立位困難な方については、定時の交換により不快感を与えないよう対応しています。便秘は健康に悪いので十分に注意し、食材対応の他、看護師に排便や浣腸等を併用しています。薬のコントロールについても看護師経由で相談しています。	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	排便のコントロールが上手くいかない利用者には、自宅での排便日を連絡帳に記入してもらったり、送迎時口頭で伺っている。便秘がちな方には水分や野菜を多めに摂るように声かけしている。摂りにくい方にはゼリーにして召し上がってもらっている。		
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	入浴時間は午前・午後一日をかけて入浴できるようにしている。 バイタルに合わせてご本人に負担がかからない時間に声掛けしている。 来所日に合わせて週3回を目安に声掛けるが無理強いはいしない。	入浴は週3回程度を目安に入浴を支援しています。入浴については、時間の区切りや制限は設けていません。概ね利用者の入浴時間が定着して来た為、希望に沿って対応しています。入浴拒否が見られた場合も、毎日通う方は1週間に3回を目安の認識の下、無理強いはい行わず、ゆっくりと入浴を楽しんで頂いています。重度化した場合に備え、風呂場にリフトを設置しています。	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
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	夜間の睡眠時間はご本人の体調を大きく左右する為、日中のお昼寝時間には配慮している一時間内で声掛け起きて頂いてる。 足が冷たくて眠れないとおっしゃる方には湯たんぽをご利用し熟睡出来る環境作りに心がけてる。		
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	服薬内容についてはアセスメント時情報収集と受診時の最新服薬書を家族にお願いしコピーさせてもらい看護師が確認後、注意事項を全職員に伝えてもらう。 個人ファイル・緊急時ファイルには最新服薬書が閉じてありいつでも閲覧できるようになってる。		
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	日常生活の中でガーデニングや家事や手先仕事など生活歴の把握から得意分野を活かせるように声掛け勧めている。日々のレクでは得意分野を探し活躍できる場を作ってる。気分転換には散歩や遠足・見学・余興と楽しみを増やしている。		
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	暖かな日は散歩に出かけて季節感を味わってもらっている。この一年は伊藤博文別邸、海の公園・三笠公園・農園散策・外食・バーベキューなど職員も含めて楽しんだ。 地域の方からも情報を頂き参考にしている。	事業所の近隣住宅はガーデニングをしている所が多く、その日の天候により、ほぼ個別対応でゆっくりと季節を感じながら散歩をすることができます。施設として月1回のイベント外出を企画・実施しています。その内3～4回は遠足として実施しています。この一年は伊藤博文別邸、海の公園・三笠公園・農園散策・外食・バーベキューなど職員も含めて楽しんでいます。	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	戦後の混乱の中、慎ましい生活をされてきた方が多く、お金の大切さは充分理解されている。 外出時お財布がないと不安で出かけられない方や、出かけたついでに買い物をしたい方は家族と相談して少ない金額を財布にいれて、それを持って買い物支援もしている。		

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
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	認知症の方で不穏になり、自宅に電話したいと希望される方は直接家族と話してもらってる。誕生会は年一回の主役の日なので、なるべく当日に行ってもらってる。家族からは普段言えない思いを手紙にたしなめてもらい、皆さんの前で朗読させてもらい家族の思いをご本人のみならず利用者・職員で感じ取っている。		
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	全体の家具は一般家庭に近いようにブラウン系にまとめている。食器は特に気を配り一般家庭の食器に近いものを用意し、自宅と施設のギャップが少なくなるように準備した。季節の植物やお雛様・兜・ツリーなども時期になると飾って季節感を演出している。	玄関先からバリアフリーなので車イス自走での入設も可能です。1階デフロアにあるトイレも1つは車椅子とストマー対象者仕様となっています。フロアの日当りは良好で、季節の植物やお雛様・兜・ツリーなども時期になると飾り、季節感を演出しています。ウッドのベランダがあり、外でお茶が出来るセットを準備しています。テーブルは家庭に近いものを採用しています。利用者の作品は皆で褒めた上で張り出して楽しむ機会となっています。	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	フロアーにはソファベットが用意されており、ゆったり座りたい方や独りになりたい方が使ってる。また、休養室には介護ベットも用意されており賑やかな場所を好む方が、ちょっと横になりたいとご利用されている。		
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	居室には電動ベット・エアコン・TV・クローゼットを準備し居室でもくつろげるようにしている。また、ご本人が使い慣れた毛布を持参される方や、枕元には自宅で毎晩使ってるボトルに麦茶を入れたり・使い慣れたタオルを置いたりしている。	居室には、電動ベッドとエアコン、テレビ、クローゼットが用意されており、リネン類も全般的に事業所で交換しています。火気類の持ち込み以外の小物程度は制限をしていないので、枕の上に自分のタオルをかけたり、手に届く場所に小さい手荷物を置く等、利用者自身が居心地良く過ごせるよう整えています。	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	一人一人の「出来る事・出来ない事・出来そうな事」は全職員が把握しており、手を出しすぎないようにしている。食事介助も体調に合わせて時間かかってなるべく自力で召し上がってもらう。出来そうな事はミーティングで話し合い統一した声掛けをし混乱せず誘導出来る様にしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

けいすい小規模多機能
さとやま

作成日

平成26年1月22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		介護度が高い方が多くなり、泊まりの利用者が増えた、夜間不穏になり騒々しくなる。本人他利用者も熟睡できなく翌日歩行も不安定になる。	夜間熟睡できるようになり、翌日の動作が安定する。	日中はなるべく楽しみを増やし、昼夜逆転を予防する 本人の行動を観察し眠れる環境を作る	1 年
2		意志の疎通が出来ない 重度認知症の歯磨きが出来ない	全員が食後声掛けで口腔ケアができ、歯の健康に重視し美味しく食べれる	声掛け・誘導方法を工夫する 情報の共有化	1 年
3		認知症や精神疾患を有する利用者への自立支援の導き方や家族の心理負担の理解を深め適切なアドバイスができるように	利用者のストレングスを活用し本人参加型の介護を実践し利用者、家族、職員共に成長していく	積極的に学べるように月一回の勉強会や外部研修の参加	1 年

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。