

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	1495000067	事業の開始年月日	平成19年5月1日
		指定年月日	
法人名	社会福祉法人 馬島福祉会		
事業所名	小規模多機能型居宅介護 縁		
所在地	(210-0806) 神奈川県川崎市川崎区中島3-9-17		
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 宿泊定員 9 名	
	☐ 認知症対応型共同生活介護	定員 計 名 ユニット数 ユニット	
自己評価作成日	平成26年2月6日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月27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=ST1495000067&SVCD=730&THNO=14130
----------	---

【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)】

【その人らしく今まで通りの生活が継続出来る為の支援】の為に。ご利用者様の方々は、生まれた年代、生まれた場所、そして今日まで生活してきた環境や生活スタイルが、それぞれに違います。それらの違いや個性を把握する為のアセスメントに取り組み、どの様に生活してこられ、どの様な思いや希望を持っているのかを知った上で、生活を支援しています。その為に、通いを中心に訪問・泊まりサービスを加えながら個々のご利用者様の生活習慣に柔軟に対応する為に職員の日課業務を細かく決めず、そのご利用者の生活ペースに寄り添えて、安心・安全な日々を過ごせるようなサービスを目指しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年3月13日	評価機関 評価決定日	平成26年6月11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川崎駅東口、京浜急行線川崎駅まえ市バス１２番乗り場から乗車し、最寄りバス停の「中島二丁目」下車徒歩２分のところに位置しています。鉄筋コンクリート造り３階建ての建物で、２階は同一法人のデイサービス、３階が小規模多機能型居宅介護支援事業所となっています。通りを挟んで公園があり、リビングから見える公園内の桜木は春の花の眺望の素晴らしさをうかがうことが出来ます。

＜優れている点＞

居室や共有空間は広々とゆったりとしています。泊まりの部屋は、和室と洋室があります。部屋にはベッド、エアコン、床頭台、テレビなどを備えています。更に洗面台やトイレも備わっていて、プライバシーに配慮した自立可能な環境になっています。食堂兼リビングは明るく、大きなＬ字型のソファがあり、多くの利用者が揃っても十分にくつろげるスペースがあります。廊下も広く車イスが自由にすれ違い出来る広さとなっています。周囲のベランダも広く、外気浴も出来ます。管理者は交替して間もないですが、豊富な現場経験をもとに、利用者に寄り添いながら、利用者のニーズに沿った支援に職員と共に取り組んでいます。

＜工夫点＞

運営推進会議の出席率を上げ、会議を活性化させるための工夫をしています。開催時間を昼間の時間帯から１８時以降の開催に変更した結果、メンバー全員が出席できるようになっています。

【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	小規模多機能型居宅介護 縁
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、安全面で不安なく過ごせている。 (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。	「その人らしく今までの生活うを継続し、ご利用者同士で支えあう支援」を基本理念として、問題が生じた際にはご利用者が何を望んでいるのかを話し合い実践に努めている。	事業所の理念は、開設時に管理者と職員で作上げたものです。新人の入職時に理念について研修し、周知しています。職員はケアに迷ったときには、理念にたち返り実践に努めています。		
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。	運営推進会議の中で、地域の民生委員の方等に情報交換する程度に留まっている。	町内会には加入はしていませんが、運営推進会議のメンバーである町内会長や民生委員から、地域の行事などの情報の提供があります。神社の豆まきなどの行事に参加しています。祭りには玄関まで神輿が来て、利用者を楽しませてくれます。		
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。	運営推進会議などで、事業所の日々の実践報告を通じて認知症ケアについて話題に挙げる様にしている。また、地域の民生委員の方等に地域の情報を得たりしている。			
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、そこの意見をサービス向上に活かしている。	二ヶ月に一回開催し、事業所の活動報告や事業運営についての報告をおこない、多くの意見を頂き、その意見を職員全体で共有し、直ぐに取り組める事は、早め実践している。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催して、運営状況や活動報告の他意見交換を行っています。メンバーは町内会長、民生委員（7名）家族代表、地域包括支援センターです。ボランティアの受け入れや防火訓練などの意見交換をしています。	現在の会議のメンバーのほか、地域の他の代表（婦人会や老人会、近隣の保育園や消防署など）の人にもオブザーバーとして参加を依頼し、会議の活性化と地域との交流の場を広げることも期待されます。	
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に取り組んでいる。	生活保護の方や独居の方、困難なケースの方等の応じては、密に連絡を取り情報共有を図り協力を得ている。	生活保護や独居者の困難事例の緊急受け入れなど、行政と連携を図りながら取り組んでいます。市の小規模多機能事業所連絡会は2ヶ月に1回開催し、研修会にも参加しています。今後も積極的な参加を予定しています。		

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
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。	身体拘束に関する研修は行えていないが、掲示板に指針を掲示し、日頃から職員に意識してもらう様にしている。また、ご利用者様の安全面を考慮し玄関を止む無く施錠しています。	掲示板に「利用者権利擁護指針」を掲示し、拘束の禁止、言葉遣いの基本など、具体的な行動指針を示しています。法人の研修会でも周知して、拘束のないケアに努めています。家族とは拘束についての同意書を交わしています。	
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。	川崎市の虐待防止マニュアルを設置し、周知に努めている。カンファレンスや日常の業務のなかで、ご利用者に関わる言動についてを話し合い、確認をする様に努めている。		
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。	成年後見制度等のご利用者の権利に関し研修をする機会はないが、権利		
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。	契約の際に重要事項説明書について細かく説明し、疑問点等を確認している。		
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。	ご利用者様の送迎に、ご家族とコミュニケーションをとり、連絡帳を通してご利用者やその家族の意見・希望を訊いて、対応行い一人ひとりのサービスへ反映出来るように努めています。	利用者の送迎の時や家族との連絡帳で意見や要望を聞くようにしています。2ヶ月に1回家族会を開催しています。家族会は家族同士の親睦の機会でもあり、利用者の自宅における様子などを知る機会にもなっています。	

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
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。	変則業務の為、全体での会議を行う機会は少ないが、日常業務の中で必要に応じて意見や提案に関しては、話し合う様に努めています。	全体会議や土、日曜開催のカンファレンスの際に、職員から要望や意見を聞く機会を作っています。管理者は日常の業務の中や申し送りの際にも聞くようにしています。法人では職員の「自己評価」を年2回実施しています。	
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。	代表者は、現場職員の勤務状況等を常に把握し、各職員が努力している事を評価し、職場環境・条件の整備にも取り組んでいる。また、職員のそれぞれの勤務希望を聞きながら、反映出来るように努めています。		
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。	新人職員の個々のペースに合わせ、指導するように努めている。また、人員の調整を行いつつ外部研修・法人内研修に参加し、一人ひとりのケアの質の向上に努めています。		
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組みをしている。	川崎市小規模多機能居宅介護事業所連絡会に加入・参加を行っている。また市の事業所連絡会にも参加をし、お互いの運営状況等の情報交換を行い研修にも参加している。		
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。	利用開始前には、自宅や病院に事前の訪問を行ったり、体験利用等を活用しご利用者本人と会う機会を設け、不安や趣味・嗜好等を伺うように努めています。		

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。	契約の前に施設見学をして頂いたり、ご自宅へ事前訪問したりし、ご家族の悩みや不安を傾聴し、時間をかけ不安感を和らげていただけるように配慮しています。		
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。	困っている事や求めている事をじっくりと聴きながら、本人・ご家族の真のニーズを探り、助言などを行い他のサービスも選択肢に入ると判断した場合には、情報を提供し適切なサービスへ繋げています。		
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。	普段からご利用者様と話しをしたり、唄ったり・お互いに笑いながら共に過して戴いています。職員は、ご利用者様を人生の先輩として尊敬し、いろいろな経験談などを訊き学ぶ機会をんでいます。		
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。	ご家族は、ご利用者を支える主体であると同時に支援される側でもある事を職員に周知し、ご利用者を一緒に支えていけるように努めている。		
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。	日頃のコミュニケーションの中から本人の馴染みの人や職場など把握し、ご利用者が大切にしてきた思いや関係を尊重するように努めています。	自宅での入浴時間を事業所でも反映するようにして支援しています。自宅で食べているおやつを持参してくる人もいます。事業所を長く利用している利用者の中には、事業所を馴染みの「学校」や「仕事場」として来る人もいます。	

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
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。	ご利用者同士の関係を日々の様子観察で把握し、状況を見ながら席の配置や声掛けを配慮しています。また、各ご利用者のペースに合わせながら、孤立しないよう職員が統一した援助方法で関わるように努めています。		
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。	契約が終了しても、関係は続く事を伝えていきます。また、近隣住民として、事業所サポーターとなっただけのような取り組みなどを今後検討していきたいと思っています。		
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。	ご利用者様やご家族からお話を聞きご利用者様の希望や意向を把握するように努めています。また、ご利用者がお伝え出来ない様な場合には、ご利用者本位の援助ができるように気をつけています。	利用者との日常会話の中で思いや意向を把握するようにしています。家族の協力や生活歴を参考にして把握することもあります。意思表示の困難な利用者は、サインや仕草を見逃さないように努めています。	
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。	サービス提供前から、生活歴や暮らし型などを把握するように努めています。利用開始後も本人やご家族、送迎時等から少しづつ引き出し関わるようにしています。		
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。	ご利用者のご自宅での過ごし方や心身状況などを把握するため、送迎時にご家族にお話を伺い、全職員で情報共有するように努めています。		

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
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。	他業種と連帯を取りながら介護計画書を作成するように努めています。	アセスメントから計画の策定、計画の実施、モニタリング、評価からアセスメントへのサイクルを念頭に、利用者一人ひとりのニーズに寄り添った計画の支援に取り組もうとしています。	計画の作成には、利用者のニーズをもとに管理者や職員、計画担当者、医療情報、時には家族や福祉用具担当員などとチームで計画に参画し、策定されることが期待されます。
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。	日々の様子や気づきは個別記録に記載するようにしています。日々の情報共有を図り、個別記録を読み返しながらモニタリングに反映すケア実践の見直しなどにも役立てています。		
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。	小規模多機能として柔軟な支援が出来るよう職員の時間帯や配置を配慮し訪問などの対応も行っています。また、利用者の状況に応じ、サービス内容を調整しながら必要時は、職員の勤務時間を変更しサービス提供するようにしています。		
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。	民生委員・地域包括支援センターの職員と連携を取り、ご自宅での本人の生活を支えられるようにしています。また、事業所で配食サービスを行い支援しています。		
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。	受診の対応は出来る限り本人・家族にして頂いています。主治医に事業所からの報告をメモで渡したり、ご家族に伝えてもらいながら連携を図っています。ご利用者全員のかかりつけ医を把握し、連絡先を基本情報に控え必要時に連絡を入れるようにしています。	現在の利用者は馴染みのかかりつけ医の受診を継続しています。受診は家族の協力が基本ですが、緊急時や家族の依頼により職員が対応しています。受診の際は個人ケース記録の情報を提供し、適切な医療を受けられように支援しています。	

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。	看護師は介護に関わりながら介護職員と連携をとり、ご利用者の健康管理に努めています。		
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。	入院時のご利用者への面会やご家族との相談を通し、入院中・退院後の不安や課題を話し合い、退院時にはカンファレンスにも参加し受け入れ準備を行っている。		
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る。	終末期のケアをするにあたり、ご家族や主治医とよく相談し、必要に応じて医療機関と連携をとって、全職員への周知を図り、共通したケアが出来るように努めています。	契約時に重度化した場合について事業所が対応できる支援内容などを十分に説明し、同意を得ています。自宅での家族による介護力や独居者など利用者の周辺の状況を、医師や看護師、スタッフと話し合い、柔軟な支援に努めています。	
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。	全職員が救命救急の基礎講習を受けるようにしていますが、定期的な訓練までは行えていない。今後は、いざという時に法人内研修・外部研修を行って消防主催の救命講習会への参加、救急対応のマニュアルを準備し周知するように考えています。		
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。	消防計画に則って事業所内で避難訓練を行い災害対策をしています。地域の方々との協力体制は出来ていない。	2階のデイサービスと合同で年1回消防署の立会いで実施をしています。最初は署員の指導で行動し、その後職員と利用者のみで消火訓練、避難訓練などを実施しています。地域の方の協力は未整備ですが、職員の多くが自転車で駆けつける体制ができています。	近隣の住民の参加は得られませんが、避難訓練など実施されています。今後も運営推進会議など通して働きかけ、緊急時の避難後の利用者の見守りの依頼など協力体制を築いていく事も期待されます。

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。	ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライドを損ねないように言葉掛けに配慮しています。	職員は利用者と馴染みになりながらも、敬う気持ちを大切に呼びかけは名字や名前に「さん」をつけて丁寧な呼びかけをしています。リビングに「利用者権利擁護指針」を掲示し、利用者に対する言葉遣いや態度により自尊心を損なうことのないよう配慮しています。		
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。	ご利用者にとってわかりやすい言葉使いや説明をし、ご利用者が自己決定・自己選択が出来るように努めています。			
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。	ご利用者本人のペースで過ごして頂くように配慮しています。また、意思表示が困難な方へは、表情・仕草などから希望や意向を探りながら、その方のペースに合わせて支援しています。			
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。	ほとんどのご利用者がご家族の対応で慣れ親しんだ理容室・美容室・訪問理容を利用しています。また、本人の意向を尊重し、服装や身だしなみが整えるように支援しています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	楽しく食事が出来るように席の配置に気を配っています。食材や味付けなどご利用者の意見を反映できる様に努めています。	食材調達は外部に委託し、職員、栄養士などが参加する「厨房会議」を通して、味付けなどの要望を取り入れ、献立に反映しています。利用者の咀嚼、嚥下能力に応じて、きざみ食などの配慮をしています。毎月 1 日に赤飯で月の変りを感じています。		

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。	利用時の食事・水分摂取量については記録に残し、日々の状態を把握するようにしています。また、摂取量が不十分な場合には、ご利用中またはご自宅で補給して戴くようにしている。		
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。	毎食後、口腔ケアを支援し、チェックを行っている。また、口腔ケア時には職員が付いて義歯洗浄・歯間ブラシなど行っています。		
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。	ご自宅での排泄パターンなど把握し、支援が必要なご利用者の排泄チェックを行いトイレで排泄できるように誘導している。また、ご利用者の尿意や便意のサインを見逃さないようにしています。	家族との「連絡帖」を通して、自宅や事業所における排泄状況を確認しています。自宅での排泄習慣を含めて利用者の排泄パターンを把握し、声掛け、誘導に努めています。自宅での排泄が困難な方には、できるだけ送迎の前後に事業所での排泄を支援しています。	
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。	ご自宅での排便リズムや習慣についてご家族からの情報を把握し、利用時の排泄ケアに役立てています。また、看護師による下剤コントロールだけでなく、ココア等の飲み物で工夫したりその時々に応じて散歩等で身体を動かすように支援している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	出来る限り、一人ひとりの希望に応じて入浴できるように配慮しています。また、希望を伺いながら入浴の時間等を個々の利用者に合わせるように支援しています。	連絡帳により利用者の自宅での入浴習慣を把握して、入浴を楽しめるよう支援しています。特に自宅での入浴が困難な方はストレッチャーによる機械浴で支援し、無理なく入浴できることが好評です。基本的には週2回ですが、体調により足湯の用意もしています。	

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。	ご自宅での休息スタイル・睡眠のリズムをご本人やご家族から情報を伺い、ご利用者の生活環境に合わせベッド・布団で休んで頂けるように配慮しながら支援しています。		
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。	ご家族に協力して頂き、服用している薬の薬情について、最新の情報を提供して頂き全職員で共有するようにしています。また、全ご利用者の薬情は、クリアファイルに入れて、いつでも確認できるように配慮しています。		
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。	利用者一人ひとりの生活歴や楽しみを利用開始時に把握し、可能であることは取り入れるようにアプローチしています。また、今までの趣味や娯楽も継続してできる様に見守り等の支援に努めています。		
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。	日常的な外出支援は、現状ではなかなか行うことが出来ていないが、季節感または、季節の行事等の情報があれば、出掛けるようにしている。	気候や体調に配慮しながら、利用者の希望に合わせて向かいの公園や近隣の神社に散歩に出掛けています。年に数回送迎バスやデイサービスの車で近隣の豆まきや花見、川崎臨港の海などを見ながら季節感を味わっています。土・日曜の夕食も楽しみとなっています。	
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。	基本的には、金銭は不要である事を伝えているが、お金を持っていないと不安であるご利用者や自分で買い物をしたいご利用者には、自己責任で持っていて来て頂いています。ご利用者からの希望があれば買い物の補助もしている。		

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。	ご本人の希望があった場合には、状況を見ながらご家族宛ての電話をかける補助は行っています。		
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。	出来るだけ家庭的な雰囲気になるように、和風の家具や小物を置いてくつろげるような工夫をしています。また、リビングの壁面には、利用者と職員で制作した作品などを飾ったりし、季節が感じられるように掲示物を飾り工夫しています。	3階のリビングの南側は、大きなガラス窓と泊まりの部屋側に続く長いベランダがありとても開放的です。エアコンや除菌効果のある加湿器で空調管理をしています。コーナーの大きなソファや並びの畳敷きの8畳の部屋などは、それぞれが自由に寛げる空間となっています。	
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。	リビングには、ソファを設置し気の合うご利用者同士と一緒に座っていただける配慮をしています。また、少し他のご利用者と一緒に過ごしたいご利用者がいる場合には、和室を利用して頂くようにしています。		
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。	泊まり時の持ち込みについては、ご家族とご本人の希望があれば、自宅で使い慣れた物やお好みの物を持参していただけるようにしています。	泊まりの部屋は9室あります。ベッドやエアコン、カーテンなどの他、トイレや洗面台を設置しています。利用回数が多い利用者には、使い慣れた部屋を提供しています。馴染みの調度品も持ち込み、自宅と変わらない生活を過ごせるよう配慮しています。	
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。	トイレや廊下には手摺りを設置しており、ご利用者が自分で移動できるような工夫をしている。また、家具類の設置は、その時々のご利用者の状態に合わせて変更するようにしています。		

目標達成計画

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	35	災害について	消防計画に沿って事業所内での避難訓練を行い 災害対策を地域の方々との連携・協力体制を はかっていく。	運営推進会議を通して、避難訓練・緊急時の対策、避難後の利用者の見守り依頼など、協力体制がえられるようにしていく。	6 ヶ月
2	26	介護計画について	介護計画に留まらず、実際介護をしてどうであったのか、介護の評価をし、より良い介護計画にしていく。	他職種との連携を取りながら介護計画を作成していく。 カンファレンスや全体会議などの意見をまとめ、比較的 余裕のある土曜・日曜日を利用してカンファレンスを開き、会議を継続していく。	3 ヶ月
3	4	地域運営推進会議について	定期的・継続的に地域運営推進会議が開催できるように準備をし、地域との連携を図っていく。	地域運営推進会議の開催までの流れなど、定期的に 会議の開催に向けて準備していく。	2 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月