

平成26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 3 5 番 1 9 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11月7日	評価結果 市町村受理日	平成27年2月25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」は日々のレクレーションや遠足を計画したり、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頂きたく計画しています。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大き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12月11日	評価機関 評価決定日	平成27年2月9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、京浜急行金沢文庫駅よりバス10分、夏山坂上下車徒歩2分のみ金沢動物公園近くにあります。高台にあり、近くには四季の移ろいのある豊かな自然が残っている閑静な住宅街の中にあります。周囲に調和し落ち着いた雰囲気のある2階建ての建物です。老人保健施設や各種在宅事業を行う医療法人が運営する小規模多機能事業所です。
<優れている点>
「地域のみなさまに根づいたサービスを」と、地域の要望や意見を受け入れ、建設当初から地域との交流を深め関係は密となっています。職員は担当制で、利用開始時にはケアマネジャーとともに訪問しています。本人や家族のそれぞれの想いをしっかり受け止め、必要時には自宅まで伺いアドバイスもしています。声を出して笑うことを目的とし毎月イベントを予定しています。ボランティアだけでなく近隣の小学生の来所、保育園児や0歳児との交流もあり、利用者の笑顔が増えています。夜間想定避難訓練は、職員だけでなく近隣住民や民生委員も参加し、2階の宿泊者と一緒に非常階段を降りたりしています。
<工夫点>
誕生日には家族からの想いがこもった手紙を朗読するなどのお祝いをして、「ひとり主役」を大切にしています。複数の共同作品は、事業所に来る喜びや目的を持ってもらうために、利用者ができることを分担し作成しています。直接の風があたらないように天井エアコンには風よけがあり、トイレには温タオルが設置され、非常ブザーは目立つように長めの赤い紐がついています。

【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。	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。	理念は職員や管理者、法人が参画して開設時に作り上げています。事業所の入り口に掲示し、毎月のミーティングの際に確認、周知し共有しています。利用者に、「第二の我が家」として言葉ではなく肌で感じてもらえるように努めています。		
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。	町内会の一員として回覧板を回して頂き、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います。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。	開設時には地域へ説明会を重ね、防音設備や隣との塀の高さなど近隣の要望や意見を反映して開所し、以来地域との良好な関係が続いています。折り紙や陶芸などのボランティアの他にも利用者の作品展や見学会には地域の人達が来所しています。		
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います。町内会回覧版に年2回「さとやま通信」を発行し、事業所のご理解を深めて頂いています。			
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、運営推進会議を行っています。利用者の状況や行事を口頭での説明と写真で報告しています。その際、町内会長・民生委員や包括支援センターから情報やアドバイスを頂き、サービスに役だてています。	会議は2ヶ月に1回開催しています。委員は家族や本人、町内会長、地域包括支援センター、民生委員です。活動状況や外部評価などの報告の他、意見交換をしています。委員から、新たな外出先や行事などの紹介もあり運営に反映しています。		
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。	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。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います。	行政とは、地域の独居者の困難事例の相談や認定更新、運営推進会議の報告や情報交換などで連携を図っています。小規模多機能事業所連絡協議会の事例検討会や市の防災の研修などを運営に活かし、役所の新入職員見学の受け入れもしています。		

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
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に対応の仕方が拘束にならないか話し合っています。 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ます。 全職員の意識づけに、事業所内の目立つ所に掲示しています。	身体拘束についてマニュアルや職員の、「行動指針」の中にも詠い周知徹底をしています。不適切な対応や言葉があればミーティングで取り上げ、拘束のないケアの実践に努めています。 職員は半年ごとに自己評価を実施し対応の確認をしています。	
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注意を払い、防止に努めている。	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も確認し、対応しています。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。	日常生活自立支援事業や成年後見制度制度について、研修には誰でも積極的に参加するように声掛けています。必要な利用者様にはインターネットで最新情報を入手し説明しています。又、判断に悩んだ時は近隣の行政書士に直ぐ相談にのってもらえる関係作りが出来ています。		
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います。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います。		
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。	サービス担当者会議や送迎時等に意見や要望を伺っています。連絡帳を活用し、一日の様子をお知らせして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います。	利用者や家族の参加する担当者会議で意見や要望を聞いています。連絡帳への記入や送迎、訪問の際も聞くようにしています。食事形態についての意見や排便状況の改善のための水分調整などは、家族の要望や意見を反映した事例です。	

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。	常日頃、要望や提案が管理者に話し易い環境を作っています。又、毎月のミーティングで意見や提案は、管理者が経営会議に出席した際にも、要望を伝えて改善して貰っています。又、個人面談は年一回行っていますが、職員の希望があれば随時行っています。	毎月のミーティングでは一人ひとり必ず意見を述べる機会を作り、対応方法や提案などの意見交換をしています。雇用契約の更新面接の際も、要望や意見を聞くようにしています。管理者は常日ごろ職員の意見や悩みが自由に言える雰囲気を作っています。	
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。	役割分担に添って日々努力を重ねて貰っています。その評価として契約社員から正社員に昇格や、給与に反映させて貰っています。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ます。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。	研修担当者を設置し年間計画を作成、月一回の勉強会を行っています。又、学んで欲しい外部研修にも参加してもらっています。自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います。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。	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ます。管理者は区内のケアマネや主任ケアマネに登録する、ケアマネ倶楽部も定例会や研修会に参加しネットワークの構築を図っています。		
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ます。御本人の不安な気持ちを加味しながらゆっくり説明し、分からない事がないか何度も繰り返し確認しています。		

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
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ます。その際、家族からの困り事・要望に耳を傾け、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ます。開始前からの関係づくりが安心に繋がっています。		
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。	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。	利用者が出来る事はお声掛けし、夕食後洗濯物干しや洗濯物たたみなど、ご本人が興味がある事はお願ひしています。 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方も多いです。		
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。	訪問時や来所時に家族の出来る事、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います。 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く、「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います。	「通い」の際、利用者の近所の友人が訪ねて来て一緒にお茶を飲んでくつろいだり、近所のお茶会に誘われて送迎したりしています。また、自宅でのお茶でなく水を飲む習慣を、事業所に来ても励行するよう支援しています。	

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
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ます。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。	入所される前は自宅でのご本人・家族との事前面談に加え、こちらの施設での面談も移行先に声かけています。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ます。移行先で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。	送迎時の車中や入浴・泊りは、一対一になる機会が多いので、きっかけを職員が提供したりして、話しやすい環境作りに努めています。	送迎時や入浴時、宿泊時など1対1の時に、利用者の素直な真の想いを把握するように努めています。利用者の話の内容によっては、家族との橋渡しをすることもあります。意思表示の困難な利用者は態度や仕草で汲み取るようにしています。	
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。	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ます。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。	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。	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ます。 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ます。	居宅サービス計画書の他に、「通い・泊り・訪問」の介護計画書があります。利用者の暮らしを反映して担当職員などのチームで作成し臨機応変に対応しています。モニタリングは毎月実施し担当者会議を踏まえて半年ごとに見直しを行っています。	
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。	業務日誌や実施記録に記載しています。 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ます。 その変化を介護計画に反映できるようにしています。		
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。	予定通りに行われない事も多々あります。体調の変化や家族の状況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ます。 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。	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、相談をしています。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、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ます。定期受診は家族に把握してもらいたいの、基本的には家族対応でお願いしていますが送迎は行っています。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ます。	かかりつけ医の変更はありません。家族が高齢時には同行し、緊急時対応と情報の伝達方法について確認しています。家族同行時は、連絡帳や送迎時に受診結果を確認しています。看護師に伝え、看護記録や業務日誌に明記し全職員が共有しています。	

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。	介護職員も看護師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います。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を頂いています。		
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。	入院時は情報を提供しています。 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ます。 担当看護師、MSW、OPに今の状況や今後の注意事項を伺ったり、看護サマリーを出してもらったりしています。		
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。	今後の方向性は家族と本人には早い段階で伺うと共に、小規模多機能事業所の役割や目的を最初に説明しご理解を得ています。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を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ます。	契約時に自宅が基本であることを伝えてしています。「家で看たい」意向の家族に対しては、主治医と連携をとり緊急時対応を支援し家族の想いに沿った支援を行う意向です。本人の心身状況に合わせ話し合いを持ち最適なところを紹介しています。	重度化への具体的な対応指針を作成し、今後の契約時に備えられるよう期待されます。
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。	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ます。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ます。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。	火災や地震等の災害時については、消防訓練を夜間想定型を含め消防署員参加のもとに年2回行い、ご指導を受けています。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ます。	夜間想定訓練には町内会や民生委員も参加しています。消防署からのアドバイスもあり、職員は災害時の対応について周知しています。電話近くに「119番通報マニュアル」が貼られ、複数の非常食や卓上コンロなどの備蓄品リストもあります。	

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。	人格の尊重は全職員が念頭において声掛けしています。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。	家族から得た情報を基に利用者の想いを徐々に伺いながら、性格を踏まえ声掛けに配慮しています。排泄時の対応方法や声掛けひとつで誇りやプライバシーを損なうこともあるため、利用者の一つひとつ確認しながら個々に合わせた支援をしています。		
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。	毎日のレクリエーションや散歩は自由参加で行っています。ソファでくつろぐ方、ベッドで横になる方などご本人の希望で参加してもらっています。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。	利用者個々のペースや身体状況を把握して常に気にとめています。食事の時間は体調に併せて時間をずらす事もあります。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。	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ます。出来ない方はお手伝いして寝癖を直したりしています。自宅朝食後の歯磨きが済んでいない方も入室直後行っています。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来ています。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者の好みは把握できているので、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ます。楽しみを見つけて頂きたく、ふきの皮剥きやおやつのお饅頭作りなども一緒に行っています。	「きりたんぼ鍋を食べたい」との利用者の言葉で、一緒にきりたんぼを作りテーブルごとに味に変化をつけ楽しんでいます。利用者は、おしぼり畳みをしたり職員と一緒に食器洗いをしたり、その場に応じて各自が出来ることを手伝っています。		

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
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ます。 水分量は業務日誌等で把握できるようになっていますが、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ます。		
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。	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ます。 又、協力歯科医に年一回口腔内チェックも行ってもらっています。		
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。	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ます。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ます。	個々の行動や仕草で排泄に気づきトイレ誘導をしています。失禁時、耳元に小声で「さっぱりしましょう」「お風呂行きますか」とさりげなく誘導します。皮膚炎の方がリハビリパンツの使用から、布パンツに改善でき、家族から喜ばれています。	
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。	排便のコントロールが上手くいかない利用者様には、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ます。便秘がちな方には水分を多めに摂るように声かけしています。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ます。		
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ます。 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ます。 来所日に合わせて週3回を目安に声掛けています。	季節によりゆず湯や菖蒲湯などもあります。浴用のタオルは利用者持参しています。入浴拒否の方には、帰宅の時間まで職員が入れ替わり工夫し声掛けしています。浴槽には回転して昇降する椅子が設置されています。	

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。	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ます。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用意し熟睡出来る環境作りに心がけています。		
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。	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います。 個人ファイル・緊急時ファイルには最新服薬書が綴じてありいつでも閲覧できるようになっています。		
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。	日常生活の中でガーデニングや家事、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し勧めています。日々のレクでは得意分野を探し活躍できる場を作っています。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。	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ます。この一年は瀬戸神社・海の公園・称名寺・回転寿司・バーベキューなど職員も含めて楽しみました。 地域の方からも情報を頂き参考にしています。	天候により、午前と午後の散歩を日課としています。車いすや手引きで近所を一周しています。利用者より「外の空気吸いたいね」との声が出た時は外出しています。季節ごとの地域のイベント情報を伝え、利用者の外出意欲が出るようにしています。	
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。	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ます。外出時お財布がないと不安で出かけられない方は、家族と相談して少ない金額を財布にいられてもらっています。買い物希望者には買い物支援を行っています。		

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
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います。 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います。家族からは普段言えない思いを手紙にしたためてもらい、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。	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あります。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ました。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ます。	玄関脇には利用者が育てた野菜のプランターがあります。居間のオーナメントは手作りで季節感を出しています。2個の時計をどこからでも見えるように配置しています。2階廊下には、様々なイベントの写真が貼られ、その時々笑顔の写真を写し出しています。	
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。	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います。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。	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ます。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ます。	居室にはナースコールを設置しベッドや支援バーの配置を自宅と同様にしています。畳の用意もしています。鏡や時計は、睡眠の妨げにならないように取り外し可能となっています。着慣れたパジャマや使い慣れた毛布で心地良い眠りを誘っています。	
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。	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ます。食事介助も体調に合わせて時間かかってもなるべく自力で召し上がってもらいます。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ます。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 けいすい小規模多機能さとやま

作成日： 平成 27年 2月 24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		重症化し、機能低下しているご利用者への接し方や、家族の心的理解を深めたい。	利用者のストレングスを活用できる方法を考え、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。	12ヶ月
2		開所から4年を迎え、地域に「さとやま」が浸透してきたので、地域社会に参加する機会を増やしたい。	近所へ散歩に出た時に、地域の方に声かけやイベントへの参加。	ご利用者の安全を第一に考え、自立度の高い方など出来る事から始める。イベント時に声かけする。	12ヶ月
3		意志の疎通が出来ない重度認知症の口腔ケアが難しい。	全員が食後声かけで口腔ケアができ、歯の健康に重視し美味しく食べられる。	ご利用者一人一人にあった声掛け・誘導方法を、日々の引継ぎやミーティングで考える。年一回の専門医の口腔内チェック	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月