

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	1495100099	事業の開始年月日	平成19年6月1日
		指定年月日	平成19年6月1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 奏		
所在地	(212-0002) 神奈川県川崎市幸区小向仲野町1-24		
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	5 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9月1日	評価結果 市町村受理日	平成25年12月9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=ST1495100099&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)】

今年度も引き続き(利用者本位のケア)を常に意識し、関わっています。利用者の持っている力や可能性を引き出していけるように全職員が一丸となって支援するようにしています。また、ご家族の在宅介護の負担軽減にも配慮し、困っている時に気軽に声をあげてもらえるような関係性を作るようにしています。合わせて、地域の方々の相談窓口としての機能をますます持てるようにしてい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25年10月21日	評価機関 評価決定日	平成25年11月29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川崎駅西口北バスターミナルよりバスで１０分、停留所（御幸公園前）から徒歩約２分のの国道１号線沿いにあります。４階建ての建物の１階にあり、２階から４階は同一法人の通所介護とグループホームが入居しています。３つの事業所では利用者同志の交流や共同開催の行事なども行っています。

＜優れている点＞

事業所では利用者や家族の要望に応えるために、職員が一丸となって業務改善に努めています。例えば、利用者や家族が困っている時に気軽に相談できるような信頼関係を構築し、何でも話し合えるような関係を作り上げています。また、事業所では訪問サービスのあり方を度々検討し、利用者、家族の意向や要望を踏まえて「通い」「訪問」「宿泊」のサービスが臨機応変に対応できるように努めています。

＜工夫点＞

サービスの現場に熟知した職員を副主任として配置しています。これにより現場に直結した多くの意見が職員から提案されるようになり、サービスの改善に繋がっています。また、利用者が自宅と変らない生活を送れるようにするために、ケアマネジャーが利用者の自宅でモニタリングを行っています。そこで知り得た情報を職員間で共有し、事業所でのサービス提供に役立てています。

【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 奏
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	小規模としての理念を定め、フロア内に掲示し、職員間で共有できるように努めています。また、日々のコミュニケーションの中でも話題に上げるようにしています。『そ人のすべての行動にプラスの意味がある』『その意味を探し続ける介護を目指します』	法人の理念に基づき事業所独自の理念を職員と話し合って作り、いつでも確認できるようにフロア内での掲示し、会議での確認を行い周知を図っています。職員は利用者の行動を尊重して、毎日が楽しく、充実した生活が送れるように支援しています。	
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	同一建物で併設しているグループホームやデイサービスと共に、町内会に加入しており、参加できる町内会行事等にも利用者様とともに参加するようにしています。	併設のグループホーム、デイサービスと共に町内会に入会し、町内会の盆踊りなどの行事に参加し交流しています。また、地域の住民によるコーラスグループの定期的な訪問や町内会長がほぼ毎日花や野菜の手入れも手伝っています。	
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	運営推進会議などで、事業所の日々の実践報告を通じて、認知症の利用者のケアについて話題に上げるようにしています。また、建物の外に設置している掲示板に、介護相談を受け付けている旨の文章を掲げ、飛び込み等の相談にも応じるようにしています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	二ヶ月に一回開催し、事業所の活動報告や事業運営についての報告を行い、多くの提言をいただいています。そこで出された意見などは、全職員で共有し、すぐに取り組めることは早めに実施するようにしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回、併設のグループホームと合同で行っています。家族や地域の人に事業所の実情を直接知ってもらえる機会になっています。最近の会議で地域の行事への誘いもあり利用者と一緒に参加しています。	運営推進会議は事業所の活動内容を理解してもらったり協力を得る絶好の機会です。開催日時の工夫で行政の担当者や多くの人の参加や、議事録での報告などの検討も期待されます。
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、困難ケースの方など必要に応じて密に連絡を取ったり、担当者会議に出席をしていただきながら、情報共有を図っています。また、隔月で運営推進会議を開催し参加を促しています。	行政の担当部署への書類の提出時などに担当者に直接事業所の実情を伝えていきます。また、区のケースワーカーが定期的に来訪し、利用者の相談相手になっています。市の主催の事業者連絡や研修会に参加し、いつでも市との連絡が取れるようになっています。	

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
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	併設施設のグループホームとともに「身体拘束等行動制限についての取扱要領」を定めており、全職員に対しても、身体拘束しないケアについての理解を深めていくようにしています。	身体拘束に関する文書をフロアに誰でも見えるように掲示しています。緊急やむ得ず身体拘束を行なう場合は、契約時に説明し家族などの同意を得ています。また、職員には『身体拘束ゼロへの手引き』を配付し、周知を図っています。	
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 overs されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修にて学ぶ機会を得ました。その際に学んだことをベースに、虐待が疑われるケース等に対応するときには、各職員へはOJTでの伝達を行い、対応方法についての理解を深めてもらうようにしました。		
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	研修にて学ぶ機会を得ました。毎月のモニタリング等で、利用者個々の今後の必要性について話題として出し、検討していただくようお願いしたことがあります。		
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、解約又は改定についてはしっかりと利用者、家族等へ説明をした上で署名捺印を頂いています。理解、納得ができないことがあった場合には即時対応しています。		
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	月1回のモニタリング、担当者会議の際はTEL連絡にて利用者、家族等の要望を確認しております。要望については全職員へ報告し、実施へ向けての努力をしています。	利用者の送迎時、ケアマネジャーの利用者宅でのモニタリング、連絡帳、運営推進会議などで利用者、家族の意見、要望など聴くようにしています。出された意見、要望はその都度検討し、事業運営に反映す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
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	職員には率直な意見を聴くようにしています。また、個別に話を聞いたり、日々の申し送りやケア実施時に意見交換を積極的に行うように心がけています。	毎月の全体会議、カンファレンス、毎日の申し送りノートの確認、日常的な会話などで職員の意見を引き出すようにしています。職員からの意見や要望はその都度検討して運営に反映させています。最近では訪問サービスに関する提案を反映させています。	
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ことを評価しようとしています。また、よりよい職場環境・条件の整備にも取り組もうとしています。		
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	人員の調整をしつつ、外部研修、法人内研修に参加し、一人一人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	全国及び県内の小規模多機能型居宅介護事業所連絡会に加入し、連絡会へは可能範囲で参加しています。また、市の事業所連絡会へも参加をし、お互いの運営状況などの情報交換をし、他事業所での良い取り組みを参考にしていきたいと思っています。		
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	初回面談の際には、本人の困っていることや不安なことに、耳を傾けながら、安心して頂けるよう配慮しています。		

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	インテークからサービス導入までの間、管理者とケアマネが時間をかけて今の困りごと、心配なことを傾聴し、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	じっくり話を聞きながら、本人、家族の真のニーズを探り、助言などを行うようにしています。また選択肢として他のサービスについても掲示するようにしています。		
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	介護するという一方向の関係にならないように、本人の話を傾聴したり、その場で共に過ごすことを大切にしています。時には、人生の先輩として、職員の悩みなどを聞いてもらうこともあります。		
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	送迎時や訪問時、電話連絡を行う時など、いたるところから細かい情報共有をはかり、家族と共に本人の生活を支えていこうとしています。また、本人や家族の話しから得た、今までの家族の歴史にも配慮した上での支援を心がけています。		
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	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を把握し、ケアプラン等に反映し関係が途切れないような支援を検討し、実施するようにしています。	アセスメントの段階で基本情報や生活歴、利用者、家族との話し合い、利用者との会話などで馴染みの人や場所の把握に努めています。把握した内容は検討し、介護計画書に反映させたり、日々のサービス提供に役立て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
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	利用者同士での関わりを、日々把握し良好な関係性を築いていただくよう、テーブル席の配置に配慮したり、仲介のあり方を日々考え、職員間で統一した援助方法で関わるようにしています。		
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、いつでもまた相談に乗る旨をお伝えし終了の挨拶をしています。また、近隣住民として、事業所のサポーターとなっただけのような取り組み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。	本人の思いや暮らし方についての希望や意向について、日々のコミュニケーションの中から探り、把握するように努めています。	担当制を敷き、職員は利用者と日々の会話などを通じて思いや意向を把握し、その内容を職員会議やケアカンファレンスなどで職員間で共有しています。意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の仕草や表情から思いや意向を把握しています。	
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	サービス導入時から把握するように努めていますが、導入時のみではなく、利用開始後も本人や家族の話しの中から少しず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	全職員がアンテナをはり「今」の利用者の現状を把握し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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリングの結果やカンファレンスで話し合ったことを、計画書へ反映しております。	職員は利用者や家族との関わりの中で、ケアマネジャーは利用者の自宅でのモニタリングで意向を確認しています。職員、ケアマネジャーは毎月のケアカンファレンスで意見交換を行い、原則6ヶ月毎に定期的に作成し、状況に応じて適宜見直しをしています。	
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	日々の様子や気づきは個別記録に残すようにしています。月に一回、担当職員がモニタリングを実施していますが、その際にはその月の個別記録を読み返し、モニタリングへ反映しケアマネと共に情報把握をしケア実践の見直し等に役立てています。		
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に、職員の勤務時間帯を広く取っています。利用者の変化に応じ、サービス内容を調整し、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	近所の方々や民生委員、地区の包括支援センターの職員らと連携を取り、自宅での本人の生活を支えられるようにしています。本人が買い物に行く商店や配食サービス事業所等とも連携を取り、支援をしています。		
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、家族にしたいですが、必要な情報は事業所に対しても直接提供していただけるように声をかけています。また、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ておき、必要時に連絡を入れられるようにしています。	自宅から家族の付き添いでかかりつけ医に通院し、必要時には通院先と情報の共有をしています。緊急時は事業所から通院する場合があります。週3日看護師が勤務し、支援現場に入って介護職員と共に利用者の健康面を支援しています。	

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	看護職員は介護にも関わりながら、介護職と連携をとっています。また、訪問看護を利用している利用者への関わりとしては、事業所間で情報共有するように心がけてます。		
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。	病院側から情報依頼があった際にはすみやかに提供しております。又、退院時にはカンファレンスへ参加し、退院後の受入れ準備を行っています。		
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	基本方針は特に掲げておらず、不十分であると考えていますが、終末期に移行することが予測される場合は、家族と何度も話し合いを繰り返しながら、方針を共有し、全職員、関係者とも情報共有し、チームで支援に取り組みたいと考えてます。	事業所は6年目になり、長期間利用されている方もいて利用者や家族との信頼関係が構築されています。利用者が重度化した場合でも、医療行為の必要性がなく、通いが可能であれば、家族などと緊急時の対応を確認しながら支援をしています。	
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	定期的な訓練は行うことが出来ていません。今後は、いざという時に備えて法人内研修、外部研修、内部研修を行って、消防主催の救命講習会への参加をしていきたいと考えています。		
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	消防計画にのっとり、年二回の避難訓練を実施しています。地域の方々との協力体制については、町内会へ依頼はしてありますが具体的な取り決めはしておらず、不十分だと思っています。	年2回、同じ建物のグループホームとの夜間想定合同訓練を計画し、今年は2月に実施しています。思うように訓練が進んでいませんが、訓練の必要性を認識しています。	事業所は4階建の1階に位置し、避難しやすい環境にあります。大規模な訓練でなくても可能な範囲での訓練を実施し、多くの職員が訓練経験が出来る工夫も期待されます。

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	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配慮しています。羞恥心の配慮としては、本人の意向を確認しつつ、排泄や入浴介助時に同性介助を行うこともしています。	職員は利用者の自尊心を保ち、能力保持のために、時間がかかっても自分で出来ることはなるべく手を出さず見守るようにしています。利用者との関係では親しくなりすぎて友達感覚にならないように、言葉かけや態度などに注意しています。		
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	本人にとってわかりやすい言葉使い、判断しやすい選択肢を掲示し自己決定していただくようにしています。			
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	意思表示できる利用者へは、主に来館時などにその日一日の過ごし方への希望を伺うようにしています。意思表示が困難な方へは、表情、仕草などから本人の希望や意向を探り、その方のペースに合わせて支援するように心がけています。			
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	本人の好みや意向を尊重し、服装や身だしなみが整えられ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理については、業者に委託していますので、日常的に行うことはまれとなっていますが、テーブル拭きや下膳時にお手伝いしていただいたりしています。	献立、調理は委託していますが職員と栄養士が2ヶ月ごとに話し合いをもち、気づきを伝えています。ひな祭り、クリスマスなど季節の行事にふさわしい食事も用意しています。利用者の苦手な食材などには代わりの物を用意しています。		

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
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。摂取量が少なめの利用者へは、声掛け、食べて頂けるように促しています。食事形態は、利用者の状態に合わせて提供します。水分はお茶ゼリー、ポカリゼリーも提供しています。		
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、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	事業所として、口腔ケアは大切なケアと捉えており、利用者一人ひとりの状態に合わせて支援を行っています。歯ブラシ等は利用開始時より用意して頂き、事業所で一本預かるようにしています。		
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	自宅での排泄パターンなどを把握していくとともに、必要な人の排泄パターンについては利用時の記録を残し、状態把握を行い適宜トイレ誘導などを行うようにしています。	新規利用者は1ヶ月ほど排泄チェック表をつけてパターンを把握し、継続の方は必要に応じて家庭と情報を共有し支援しています。トイレは各個室と共有部分にあり、ポータブルトイレも用意しています。可能な限りオムツ使用は避けるよう支援しています。	
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	自宅での排便のリズムや習慣について情報把握し、利用時の排泄ケアに役立てています。また、日頃の水分摂取量や運動量にも気を配り、その時々に応じた支援をしています。		
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、気持ちよく入浴していただけるような支援ができるよう、日々、検討しています。	広めの浴室には、椅子式リフト浴と檜風呂を設置しています。利用者の入浴は週に2～3回で午前と午後とお湯を入れ替え清潔に留意しています。入浴時は特に安全に配慮し、危険が無いように職員2人で介助する場合もあります。	

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
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	自宅での休息のスタイルや睡眠のリズムについての情報把握を行い、利用時にも気持ちよく休んで頂けるように配慮しながら支援するようにしています。		
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	家族に協力して頂き、服用している薬の情報について、常に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、誤薬、飲み忘れがないようチェック表などを用い、複数の職員で確認するようにしています。		
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ごとを、利用開始時に把握し、可能なことは利用時に取り入れられるようにアプローチしています。また、新たな楽しみごとを持てるように、レクリエーションの支援等もしています。		
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	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ませんが、事前に計画を立てて、行事としての外出支援をしています。今後は業務の見直し等を行い、日常的な支援が行えるようにしていきたいと考えています。	泊り利用の方が数名いますが多くの方が自宅からの通い利用です。日常的な散歩は困難ですが、行事として風鈴市や夏祭りに出かけています。また、ベランダや屋上のプランターでの野菜や花を見ながら日光浴、外気浴をしています。	
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	利用者や家族の希望に応じて、買い物に付き添うなどの支援はしていきたいと考えてます。		

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	電話のやり取りについては、本人が希望された時に、状況を見ながら支援しています。		
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	リビングの壁面に、利用者と職員で制作した作品を飾ったり、個々で取り組んだ作品を掲示しています。	建物は床暖房、リビングの南側に出入り口があり快適です。玄関近くにベンチ、リビングにはテーブルの他、ソファ、ベット、新聞や本なども置かれ、利用者はそれぞれに寛いで過ごしています。職員と利用者で季節の装飾を作り飾っています。	
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、くつろいで頂くようにしています。玄関スペースにも椅子やベンチを配置し、靴の履き替えのみでなく、談話や休息のスペースとして利用して頂いています。一人になりたいときは居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品については、本人の希望等や家族からの情報を元に、持ってきて頂くようにしています。居室は全て洋室です。	個室は5室あり洋室です。各室は床暖房でトイレ・洗面・テレビ・タンスなどが備付けられ、不自由なく連泊したり休息出来るようになっていきます。預かり物品は荷物チェック一覧表で管理し、洗濯物は希望により洗っています。	
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	全フロアに段差は無く、手摺の設置等もしており、出来るだけ安全に利用できるように配慮しています。居室の家具類の配置は、その時々利用者の状態に合わせて変更するようにしています。		

(別紙4 (2))

事業所名 小規模多機能型居宅介護 奏

目標達成計画

作成日： 平成 25 年 12 月 5 日

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	災害対策 避難訓練の実施について 全館(大規模)の訓練だけではなく、小規模 だけの訓練も行う必要がある。	月に1回訓練の実施	主任・副主任会議で、流れ、参加者等の話し 合いをし実施に繋げる。	1ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。