

## 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         | 1494000027   | 事業の開始年月日       | 平成18年6月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成18年6月1日 |
| 法人名           | 社会福祉法人 ウェルエイジ  |                |           |
| 事業所名          | 小規模多機能型居宅介護 絆  |                |           |
| 所在地           | (〒 259-1114 )  |                |           |
|               | 神奈川県伊勢原市高森2-18-1   |                |           |
| サービス種別<br>定員等 | <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><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           | 8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1月6日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成26年7月4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）】

絆の信念を職員の心得として、信念に基づいた支援に力を入れています。

1. 自宅で生活したいと希望がある限り、あきらめません。
2. 「絆がいつもついていてくれる」と思われる存在になります。
3. 心地よい空間・心ある対応・心おきなく過ごせる場所をつくります。
4. 施設作りはしません。家作りを徹底します。
5. プロフェッショナルとしての向上心を忘れません。

必要な支援を必要な時に柔軟に対応できるように体勢作りをしています。開設以来どんなケースも断らずに受け、小規模多機能のサービス特性を生かした支援に努めています。自宅の延長である居心地の良いくつろげる空間を作りながら、地域のボランティアさんの協力を得て、季節に合わせた行事や外出行事を多く取り入れ楽しみのある生活支援に取り組んでいます。

## 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                         |               |           |
|-------|-------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会     |               |           |
| 所在地   | 横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階 |               |           |
| 訪問調査日 | 平成26年2月27日              | 評価機関<br>評価決定日 | 平成26年6月3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）】

## 【事業所の概要】

この事業所は小田急線・愛甲石田駅または伊勢原駅からバスで10分程の、国道246沿いの住宅地にある。近くには公民館、小中学校、幼稚園、農協がある。当所の建物は大きな一般住宅を改修したもので、1階にはダイニング(食堂、機能訓練室)として、台所続きの部屋と、小上がりの畳がついた部屋がある。2階には事務室と談話室、宿泊用の個室5つと予備室がある。エレベーターも設置されている。

## 【理念に基づいた支援】

関連法人が運営する居宅介護支援事業所「きずな」を中心とした在宅生活支援サービスの一つとして、「通い、泊まり、訪問」の小規模多機能型居宅介護事業所を運営している。利用者の地域の中での在宅生活の継続を支援して、利用者と家族の信頼を得ている。全利用者が1日をどこで過ごしているかを一覧表にして、職員が利用者に積極的に関わられるようにしている。送迎時には柔軟に対応し、定員8人の宿泊室の1室を開けておき、急な泊まりに対応している。泊まりが出来なくなった方に対しては訪問に切り替えるなど、利用者や家族が困らないように配慮している。日中は職員が介助や見守りで利用者に関わっている。利用者も自宅にいるように過ごしている。

## 【市との係わり】

市と相談しながら自宅での生活が困難な方を受け入れるなど、市とは良好な関係を保っている。ケアマネジャー協会や伊勢原市介護支援専門員部会、ネットワーク会議などに参加し連携を深めている。

## 【地域ボランティアの活用】

地域から生まれたボランティア「きずな」のメンバーの方が話し相手、行事の手伝い、外出の支援、建物の補修など手助けをし、利用者が地域で楽しく生活出来るよう事業所を支えている

## 【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 絆 |
| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)     | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3, 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)             | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目：36, 37)    | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目：49)                   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)        | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3, 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3, あまり増えていない<br>4, 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3, 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3, 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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                     | 事業を始めるにあたって考えた『基本理念、3つのつながり、信念』を玄関に掲げている。新任研修では説明し、スタッフ会議や研修を通じて共有し、実践につなげるようにしている。   | 基本理念と三つの絆(つながり)「絆の信念」を、玄関に掲げたり、利用者のサービス予定表に記載して、全員が常に目に触れるようにしている。新入職員研修時には基本理念、三つの絆(つながり)、スローガンを説明している。会議などで共有し、地域生活の継続支援に活かしている。                             |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 地域の自治会に入り、地域の活動(ゴミ拾い、消防訓練、草むしり、盆踊り、総会、子供を守る家登録等)に参加している。地域のボランティアが出入りしており、各行事の手伝いや利用者とのコミュニケーション、レクリエーション、設備の補修など手伝ってくれている。       | 自治会に加入し行事の盆踊りに参加している。席を設けて頂き、地域の方と交流している。地域のゴミ拾いや草むしりに職員が参加している。地域の「ボランティアきずな」の方が、利用者との関わり、行事や外出の支援や、建物の補修も行っている。ピアノやギター、尺八の演奏のボランティアが来所している。中学校の職業体験を受け入れている。 |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 事業所内では認知症に関する研修やケース会議を通じて、認知症の理解や支援方法の理解は深めているが、地域に向けての発信はできていない。   |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 運営推進会議では、利用者状況報告として、登録者の状況やサービス実施状況を報告している。その他、行事や職員状況、防災訓練の実施状況、外部評価への取り組み状況、評価結果も報告し、いただいた意見はいかすようにしている。平成25年は9月に実施し、2月に予定している。 | 運営推進会議は今年度は2回、元自治会長、民生委員、協力医、伊勢原市の職員、地域包括支援センターの職員、利用者・家族で開催した。運営状況や活動内容、外部評価の受審、消防訓練の報告をし、意見交換を行っている。特に消防訓練について話し合っている。                                       |                   |

|   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| 5 | 4 | <p>○市町村との連携</p> <p>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</p> | <p>市町村担当者とは、運営推進会議だけではなく、市役所へ行った時や会議やケアマネ協会の研修会などで実情や経過など報告することがある。市担当者より依頼があり、虐待ケースの受け入れをしているため、状況報告のやりとりをこまめにするようにしている。</p> | <p>計画作成担当者は高齢福祉課へ要介護認定更新などに出向いている。また推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、情報交換をしている。市と協力し虐待を受けた利用者を、長期の泊まりで受け入れるなど、市とは連携を深めている。ケアマネジャー協会や伊勢原市介護支援専門員部会、ネットワーク会議などに参加している。</p> |  |
|---|---|---|---|---|--|

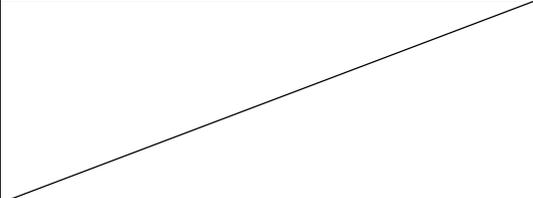
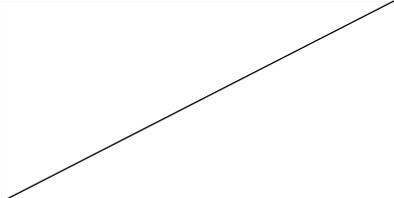
| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束と虐待に関する研修をH25年11月に全職員を対象として行い、理解を深めることができた。身体拘束をしないケアを実践するようにしている。  | 身体拘束はしないことを契約書に明記し、実践している。地域包括支援センターでの事業所向けの「虐待と身体拘束の研修」を受講し徹底している。玄関は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の職員が出入りするので、24時間、チャイムが鳴るようにして開錠している。   |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 身体拘束と虐待に関する研修を行ったことで、職員の理解が深まった。利用者の表情や言動、身体状況、家族の状況など目を配り、利用者の自宅、事業所内共に常に注意している。                               |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | スタッフ会議の中のプチ研修として制度を学ぶ機会は持ったことがある。必要な利用者も出てきており、改めて学ぶ必要があると感じている。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約は自宅に訪問し、利用者、家族に対して説明を行う。説明後に不明な点はないか伺うようにしている。契約後も疑問点等あれば連絡をいただけるように説明している。                                   |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 利用者満足度調査（アンケート）を年1回行い、その結果や外部評価時のアンケート結果や運営推進会議での家族参加者からの意見要望を活かすようにしている。それ以外に受けた意見要望は職員より管理者へ報告をあげ、活かすようにしている。 | 通いの送迎時、連絡ノートを家族から受け取っている。また、その際や訪問時に利用者の様子を伝えたり、意見や要望を聞いたりしている。運営推進会議の時や、普段も電話や口頭で聞いている。年1回の法人の利用者満足度アンケートで、利用者の思いや家族の意見が出される。以前、「手すりにバスタオルが干してあり、危ない」との意見を受けすぐ対処している。 |                   |

| 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 |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 月1回の業務向上委員会を実施し、管理者も出席し、委員である職員から現場で拾い上げた意見や提案をきき検討するようにしている。その内容をスタッフ会議で報告している。スタッフ会議には代表者、施設長も出席し、職員の声を直接聞いている。    | 管理者、看護師、職員で構成する業務向上委員会を、月1回行ない、意見や要望を聞いている。食材の置き場所についての提案など職員からの意見を活かしている。代表者、施設長、管理者、職員が出席するスタッフ会議を、月1回行い、26年度に向けては、転倒事故防止を目指すこと等を話し合っている。 |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 仕事を長く続けられるように柔軟な勤務調整をしている。個々の勤務状況や日々の努力や実績については、管理者が評価し、代表者、施設長に報告し、給与や賞与に反映するようにしている。1年に1回程度職員面接を実施し、勤務状況の確認を行っている。 |   |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 全職員を対象として、毎月行うプチ研修の他、年間を通じて必要な研修項目を決めて参加を義務付けている職場内研修がある。職種や職員の力量や必要に応じた外部研修計画もあり参加してもらっている。                         |   |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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、神奈川県、伊勢原市、それぞれの小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に参加できるようにし、情報交換やネットワークづくりに役立つようにしている。   |   |                   |

| 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 |
| 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<br>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 | サービス利用開始の段階では、どの方も不安感があると考え、利用前には本人、家族によく話をきいておき、利用時には職員が配慮した対応ができるようにしている。利用開始前の体験利用も可能とし、本人家族の利用意向を確認するようにしている。                                   |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 介護者である家族の話をよくきき、ニーズを見極めるようにしている。サービス導入時やその後も家族からの話をきき、意向を確認しながら信頼していただけるよう関係作りしている。   |      |                   |
| 17                   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 利用前のアセスメントの段階で、本人や家族の状況を把握したうえで、「その時」必要なサービスを見極めるようにしている。小規模多機能だけで完結せず、必要に応じて他のサービス利用も含めた生活全体をとらえた支援をするようにしている。                                     |      |                   |
| 18                   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 自宅での暮らし継続を大事にしている。家族やかかわりのある人間関係を断ち切らないように支援している。「通い」「泊まり」で来られた場合、自宅の延長としてゆったり過ごしていただけるような環境作りをし、利用者の方がそれぞれできることについて一緒に行うことで、利用者のやりがいにつながっていることもある。 |      |                   |
| 19                   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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            | 自宅での生活を継続するために本人を尊重しながら、家族との関係を大事にした支援を心がけている。家族が自宅での介護が継続できる気持ちが保てるように、いつでもそばでサポートしていく姿勢で支援している。   |      |                   |

| 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 |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | サービスを利用することで、本人が大切にしていたなじみの人や場所との関係を断ち切らないようにと考え本人や家族に話を聞き、本人との関係作りのなかでも大切にしてきたものを確認するようにしている。                                | 利用者の知人や、友人は自宅へ来ており、事業所には来訪はない。訪問サービス時に、通いなれたスーパーマーケットの買い物や、馴染みの美容院や理髪店、お墓参りなどの支援を行なっている。長期の泊まりの利用者の電話の取次をする。独居の方などは、手紙、はがきの支援をしている。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 利用前に、利用者同士の関わり合いを持ちやすいよう、利用者の性格等を配慮しながら「通い」の曜日を決めている。利用当初は一人であるため、利用者同士の関係作りがしやすいよう職員が間に入り対応し、利用者同士が一緒に過ごす場所も配慮している。          |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | サービス利用が終了しても、いつでも何かあれば相談に応じることを伝えており、入院が長期的な方など相談に応じることもある。近所付き合いとして、家族が来てくれてご本人の近況を教えていただいたり、施設へ移られた本人が家族と一緒に立ちよってくれることもあった。 |   |                   |

| 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 |
| 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<br>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。  | 本人の思いや希望はアセスメント時にも必ず確認し、サービス利用中も話の中から本人の思いや希望を受け止め、できるだけ思いや希望に添える支援をするようにしている。  | 利用者の思いや希望はアセスメントから把握したり、日常の会話や、行動、表情などから、意向や希望を汲みとるようにも努めている。意向を伝えにくい方には、家族から、小さなホワイトボードで筆談により希望を聞くこともある。その情報は職員に伝え共有している。   |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメント時は、必ず自宅を訪問し、本人や家族にも確認したり、前任のケアマネジャーやサービス担当者に確認することもある。本人の話の中からも確認し、利用者の背景を知ることがを大事にし、ケアにいかすようにしている。                       |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | アセスメント時に本人や家族に確認するとともに自宅状況なども確認しながら把握に努める。サービス利用後も常に状態観察はしているので、ケアマネと介護・看護職員が連携し、把握に努め、介護計画にいかすようにしている。                         |  |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人と家族の意向、アセスメント結果を含め、必要な関係者が集まり担当者会議を実施し計画を作成している。サービス利用状況により現状に即したものになるようにケアマネと現場が常に情報共有し、適切なケアをするようにしている。内部では月1回ケース会議を実施している。 | 入居時に利用者の自宅や病院へ訪問し、計画作成担当者がアセスメントを行ないケアプランを作り、ケース会議で話し合い評価している。ケアマネジャーが現場に入り、計画の実施状況を職員からヒアリングし、ケアの内容を確認している。モニタリングを毎月行い、家族の意向、主治医の指示、看護師の意見、職員の意向を取り入れて、介護保険更新月や状態の変化時に見直している。 |                   |

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 27 | <p>○個別の記録と実践への反映<br/>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</p> | <p>個別のケース記録や申し送りノートに利用者の日々の状況や介護状況を記入するようにしている。管理者、ケアマネ、介護、看護職員が記録し、情報を共有しながらケアの見直しにいかしている。</p> |  |  |
|----|---|---|---|---|

| 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 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                           | その時々あらゆるニーズは受け止め、必要な支援かどうか、どう解決していくかを考え、形にとらわれずに、柔軟な対応ができる体勢づくりに取り組んでいる。  |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                                     | 小規模多機能だけで完結しようとせず、本人を取り巻く地域資源を確認し、なじみの関係を断ち切ることなく、自宅での暮らしが継続できるようにと考えて支援している。   |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                | 利用者個々に選択されているかかりつけ医との関係を築くようにしている。利用者や家族に受診結果や服薬内容の確認をするようにしている。必要であれば受診の付添支援をしたり、かかりつけ医への報告連絡相談をしている。状態に応じて適切な医療を受けられるように相談や受診支援をしている。 | 本人や家族が希望するかかりつけ医の医療を、継続して受診できるようにしている。独居の方や車いすの方には、受診の際、送迎もしている。受診結果は口頭で聞き、記録して共有している。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 看護職員は日勤帯に一人配置しており、介護職員とともに申し送りを受けている。介護職員は、看護職員と日々情報交換や相談を行い、適切な看護が受けられるようにしている。訪問看護利用の場合は、情報共有ノートを活用し継続した看護が受けられるようにしている。              |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院後の状況を家族に連絡し確認したり、入院機関に訪問し、病院SWや医師、看護師と情報交換したり、状態確認したりしている。病院相談室のSWと連携し、退院後の生活も安心してできるように段取りを行うようにしている。                                |  |                   |

| 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                  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 「看取りに関する指針」「看取り介護についての同意書」が作成してある。作成してからの看取り事例はないが、本人と家族の意向を尊重しながら、事業所でできる支援体制を整え、関係機関との話し合いを重ねて方針を共有し、看取りを実施した事例が開所以来4ケースある。                                       | 「看取りに関する指針」があり同意書を作成している。重度化や終末期に向けた対応の方針については、家族と重度化してきた時に話し合っている。ターミナルケアについては、主治医、管理者、ケアマネジャー、家族と話し合い、利用者にとって最良の方法をとることにしている。いままでに看取り介護を事業所の泊まりの部屋で行ったことが4例ある。 |                                    |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 急変や事故発生時の対応については、全職員を対象として研修を行ったことがある。急変や事故発生時の対応についての記録を職員間で共有するようにしている。   |  |                                    |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 年に2回防災訓練（消防署立ち合い）を実施している。「泊まり」利用者の部屋が2階のため、2階からの避難訓練も実施している。避難訓練の際は、利用者にも協力していただいている。地域の消防訓練に参加したことはあるが、地域の方に参加してもらったことがなく、運営推進会議の委員の方には3月の消防訓練を見学していただけるように予定している。 | 防災・避難訓練は、年2回、消防署立会のもとで、実施している。運営推進会議で協力要請をしているが、参加者はまだ無い。消防署からは、夜間想定訓練として、限られた職員で居室のある2階から利用者を避難させる訓練を行うことが必要だと指導を受けている。   | 夜間想定や震災に備えた、防災訓練の充実と備蓄をすることを期待します。 |

| 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<br>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                 | 新任研修にて「接遇」の研修を実施している。利用者に対する言葉使いや対応については、人としての尊厳と尊重に配慮するように職員に話をしている。利用者の話を職員間でする場合は利用者にわからないように配慮している。 | 新人研修では接遇についてきめ細かく行ない徹底させている。日頃よりプライバシーを損ねないように言葉かけには配慮している。管理者は職員の言葉かけが、ふさわしくないときはその場で注意している。利用者への呼び方は「さん」づけで呼んでいる。個人情報を含む書類は、事務室内の書棚に施錠して保管している。 |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 利用者主体であるため、本人の思いや希望を受け止めることは大事だと認識し、一人一人かかわりを持つ中で話しやすい環境、表現しやすい方法など意思表示できるよう働きかけている。                    |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 日課やプログラムは決めずに、その日その日の利用者に合わせた過ごし方を支援している。個別の対応ができるように職員体制やボランティアの協力を得ている。                               |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 洗顔、整髪、髭剃り、洋服選びなどは日常的に支援している。「通い」で来られる場合や外出時など身だしなみに気を付けるように職員が配慮している。美容院、美容院が近所にあるため、希望により対応している。       |   |                   |

|    |    |  |   |  |  |
|----|----|--|---|--|--|
| 40 | 15 | <p>○食事を楽しむことのできる支援<br/>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</p> | <p>手作りで家庭的な味にこだわり、季節感を感じてもらえるようメニューを決めている。個々の誕生日には祝膳、行事の際はテーブルセッティングをかえて祝膳をしたり、食事は利用者にとって楽しみの一つとなっている。職員は利用者さんに何を食べたいかなど希望をききながらメニューを決めている。利用者の好き嫌いや形態はアセスメントの段階で事前に確認し、状態に合わせている。食事の準備やおやつ作り、片づけなど利用者がそれぞれできることを手伝ってもらっているようにしている。</p> | <p>職員は、栄養バランスを考え、同じ物が重ならないようにメニューを作り、調理している。利用者が食事作りの手伝いをする事があったが、体調を崩したことで保健所の指導があり、少しの間中止している。開設当初は、職員も利用者と一緒に食事をしていたが、調理する量がふえ対応が難しくなりやめている。利用者はリビング2つに分かれ食事をしている。職員は見守り介助をしている。外食はしない。1年に1回出前を取る。誕生日等行事には、ランチョンマットなどで雰囲気作りをしている。</p> |  |
|----|----|--|---|--|--|

| 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<br>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            | アセスメント時に一人一人の食事状況や水分量、食事習慣の把握に努め、サービス利用時のことだけではなく、自宅での状況も合わせて家族と相談しながら支援方法を検討している。体重の増減、体調管理とともに気を付けている。バルーンカテーテルを装着している方については、毎日水分量と尿量を確認し、健康管理に努めている。 |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後に一人一人に合わせた方法で口腔ケアしている。毎日昼食前に口腔体操をしている。看護師が口腔ケアに関する研修を受け、適切なケアを検討しながら行っている。   |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 自宅での排泄方法を確認した上で、利用中の排泄パターン（頻度や量）を排泄確認表で確認しながら個々のペースでトイレでの排泄ができるように介助に努めている。トイレでの排泄、失禁を減らすように支援している。   | 排泄確認表にて、一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけにより誘導しトイレでの排泄を支援している。自立の方は約7割位、おむつを使用している方は1名、その他の方はリハビリパンツを使用している。自宅でポータブルトイレを使用しているのも、事業所でも使用している方もいる。            |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 個々の排便状況を確認しながら、乳製品の活用や体操、腹部マッサージなど行い、予防に努めている。看護師は毎日の排便確認で医師の指示があれば薬を調整したり必要な処置（浣腸や摘便等）をして、排便サイクルをコントロールしている。   |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 入浴は毎日できるような体勢を取っている。入浴回数はアセスメント時に個々の状況に合わせて回数を決めている。予定以外の希望や状況に応じて対応している。午前か午後かは本人の希望や体調、生活パターンなどに応じ決めている。  | 入浴は利用者の体調や希望に合わせて、毎日入浴できるようにしている。午前と午後で約8名位が入浴している。泊まりの利用者で、夜入浴する方もいる。入浴を望まない方には、無理強いはいしない。足浴にしたり、風呂場の清掃を手伝って貰うなど雰囲気を作り、入浴してもらう。ゆず湯や菖蒲湯を楽しんでいる。 |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々<br>の状況に応じて、休息したり、安<br>心して気持ちよく眠れるよう支<br>援している                      | 一人一人の状況に応じて、休息<br>したり、良眠できるようソファや<br>個室のベッドを活用している。「<br>泊まり」の場合、自宅環境も考<br>えた部屋の配置で必要なもの<br>は自由に持参してもらい、安心<br>して休める環境を整えている。泊<br>まる部屋も本人が混乱しないよう<br>に決めている。                                    |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の<br>目的や副作用、用法や用量につ<br>いて理解しており、服薬の支援<br>と症状の変化の確認に努めてい<br>る              | 利用者の服薬状況がわかるよう<br>に明細を個々のケースファイル<br>にとじて確認できるようにして<br>いる。看護師が薬をセットする<br>が、服薬に関わる介護職員も<br>協力し、間違いない確認体制<br>をつくり、服薬支援に努めて<br>いる。薬の変更があれば、症<br>状の変化も考えられるため、<br>申し送りで情報共有するととも<br>に、状態観察にも努めている。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を<br>過ごせるように、一人ひとりの<br>生活歴や力を活かした役割、嗜<br>好品、楽しみごと、気分転換等<br>の支援をしている | 一人一人の生活歴はアセスメン<br>ト時に確認しているが、日々か<br>かわりの中でも確認しており、<br>好きなこと、役割と思っている<br>こと、嗜好品を取り入れた過<br>ごし方ができるように努めて<br>いる。利用者が役割だと思っ<br>てくださることには職員から利<br>用者に対して感謝の気持ちを<br>表しながら意欲的に継続でき<br>る支援を務めている。     |      |                   |

|    |    |  |   |  |  |
|----|----|--|---|--|--|
| 49 | 18 | <p>○日常的な外出支援<br/>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</p> | <p>希望がある場合には、その希望に沿った支援ができるようにしている。日常的には散歩したり、外出行事（花見、つつじ見学、あやめ見学、牧場、盆踊り、芋ほり、みかん狩り、初詣）として楽しんでいただけるようにしている。普段はいけないが、行ってみたいという利用者の希望や連れて行きたいという家族の希望がある場合、個別対応している。地元のお祭りを見に行きたい、大型スーパーに行きたい、ハンバーガーショップに行きたいという希望に対応した。</p> | <p>散歩は泊りの利用者を中心に、希望があれば、職員が手の空いた時に、事業所の周りを、車いすの利用者も出掛けている。外出行事では、初詣に三宮神社、花見、つつじ見物、あやめ見物、いも掘り、みかん狩りを3班に分けて出掛けている。</p> |  |
| 50 |    | <p>○お金の所持や使うことの支援<br/>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</p>                              | <p>本人の金銭管理は家族に確認の上把握している。所持している方については自己管理をしてもらいながら、使用状況を見守るようにしている。銀行からの引き出しや公共料金の支払いが難しい方は、あんしんセンター（日常生活自立支援事業）の利用につなげて支援している。</p>   |  |  |

| 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<br>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   | 利用者からの希望があれば、電話や手紙の支援を行う。「泊まり」利用の方で電話を希望される場合もあり、対応している。   |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 「家作り」「居心地の良い場所づくり」を目指しているので、家具やソファの工夫や季節感をだす花やインテリアの工夫をしている。利用者にとって不快や混乱をまねかないようカーテンや扉を使用して配慮している。               | 民家を改装した建物であるが部屋数が多く、リビングも2箇所を使用できる。台所のある部屋は、大きなテーブルを置いている。利用者はそこで編み物をしたり、おしゃべりをしている。小上がりの畳のある部屋にはテレビ、ソファ、小さめのテーブルとイス、ピアノ、利用者用のコート掛けなどが置いてある。それぞれの部屋で利用者が職員と一緒に歌を唄ったりテレビを観てくつろいでいた。季節にはクリスマスツリーやひな人形を飾っている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 大きな一つのフロアではなく、フロアが分かれているので、場所場所で憩えるように椅子やテーブルを配置するようにしている。好きな場所でくつろいでほしいので、利用者間の関係作りや落ち着ける場所づくりを検討しながら職員が配慮している。 |  |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 部屋の家具は家で使用するようなものにしていく。ベッドの配置は自宅と同じようにして使いやすいように本人と相談して決める。「泊まり」利用時のときは身の回りのものは使い慣れたものを自由にもってきて良いと説明している。        | 泊まりの部屋は、2階が6人、1階が小上がりの畳のスペースを使い8名まで利用することが出来る。緊急用に1部屋開けている。各居室にはベッド、飾りのついた物入れが用意されている。利用者は、泊まりに必要な身の回りのもの、ラジオや時計などを持ち込んでいる。  |                   |

|    |  |   |  |  |  |
|----|--|---|--|--|--|
| 55 |  | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br/>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</p> | <p>建物内部は、完全にバリアフリーではないが、利用者の様子を確認しながら、どうしたらわかりやすいか、どうしたらできるか、を考えてわかりやすい目印や手すりなどを設置している。利用者の状態によってはその都度、利用者に合わせて職員が対応方法を検討するようにしている。利用者が安全に過ごせるようフローごとの職員の見守りにも気を配っている。</p> |  |  |
|----|--|---|--|--|--|

目 標 達 成 計 画

事業所名 小規模多機能型居宅介護  
 絆

作成日 平成26年6月20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    | 35   | 夜間想定した防災訓練が25年度に実施できていない。 | 夜間を想定した職員配置による防災訓練を実施し、夜間の非常災害に備える。 | 26年度は、7月と11月に防災訓練を予定しており、11月に夜間を想定した避難訓練を実施とする。                                     | 平成26年11月まで |
| 2    | 35   | 非常災害用の備蓄に不十分なところがある。      | 非常災害用の備蓄を十分に整える。                    | ① 再度備蓄されているものの確認と不足品がないか、消費期限がきれていないかの確認を実施し、整える。<br>② 毎年備蓄品（消費期限等）の確認と補充をする仕組みを作る。 | 平成27年3月まで  |
| 3    |      |                           |                                     |   |            |
| 4    |      |                           |                                     |   |            |
| 5    |      |                           |                                     |   |            |

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。