

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	1493800161	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	株式会社ケー・ディー・オー		
事業所名	小規模多機能型居宅介護 かもいけ		
所在地	( 227-0007 )		
	神奈川県横浜市都筑区荏田南5-18-53		
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	24名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	15名
		宿泊定員	6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10月27日	評価結果 市町村受理日	平成27年2月13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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493800161&amp;SVCD=730&amp;THN0=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493800161&amp;SVCD=730&amp;THN0=14100</a>
----------	---

### 【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)】

利用者とその家族の生活リズムを捉えられるよう、通い・泊り・訪問を組み合わせながら、安定した居宅での生活を送れるように支援しています。また、地域の方々との関わりを大切に、多くのボランティアの方々にも参加して頂いております。

### 【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年11月28日	評価機関 評価決定日	平成27年1月27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、横浜市営地下鉄グリーンライン「都筑ふれあいの丘」駅より徒歩15分の幹線道路沿いにあります。4階建てマンションの1階にあり、周りはお店やマンションが立ち並んでおり、少し奥に入ると公園や商店街があります。

<優れている点>

事業所の玄関から中に入ると、広いリビングがあります。まわりの窓からは陽の光がたくさん入り、とても明るく、また、木材を多く使用しているため、落ち着きもあります。中央にあるオープンキッチンからは、ひと目で全体が見渡せ開放的です。食事は、調理専門の職員が利用者と話し合いながら献立を決めています。利用者と一緒に近所のスーパーに食材を買いに行き、手作りで、盛り付けも美しくおいしい食事を提供しています。おやつも手作りで、梅ジュースや赤シソジュースも作っています。音楽療法士の職員が勤務しており、ギターを演奏すると利用者一人がキーボードで合わせ、皆で歌うことで利用者も生き生きとしています。また、家族も参加する箱根の一泊旅行は毎年行っており、家族や利用者も楽しみにしています。

<工夫点>

利用者一人ひとりの「私の姿と気持ちシート」を職員全員で作成しています。利用者の不安、悲しみ、願い、うれしいこと、やりたいことなどを記入するにあたって、職員は利用者を実によく観察し情報収集しています。作成する過程で、利用者の思いや意向を把握し支援に反映しています。

### 【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 かもいけ
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、生き生きと働いている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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近づけている。	地域密着の利点を生かした活動を心掛け、事業所全体で理念を共有し、地域で暮らすことの重要性を意識したサービス提供をしている。	玄関を入ると正面に手書きの理念が掲げてあります。理念を根本に、温かく、笑い声のある居心地のよい事業所を作り上げています。住み慣れた地域で可能な限り自分らしく生活出来るように、通い、泊まり、訪問を組み合わせて支援しています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	地域資源を活かした取り組みをしている。地域の子供達との交流や、自治会合同の防災訓練に参加している。近隣の商店街などに利用者と共に買い物に出かけたり、祭りなどにも参加している。	地域の幼稚園生が歌の発表をしたり、フラダンスや和太鼓のボランティアが来所して交流しています。事業所の納涼祭では、地域にチラシをポスティングして呼びかけています。焼きそばや巻き寿司を用意して地域住民と一緒に楽しんでいます。	
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。	地域高齢者サロンとの交流を通し管理者は介護相談を行ったり、見守り支援をしている。小規模多機能連絡会に参加し、イベント、介護事業等の推進に取り組んでいる。		
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。	運営推進会議では前回より二か月間の利用状況の説明や活動報告をし、出席者からの施設に対する要望や改善点を話合っている。施設側からも自治会や社会福祉協議会に対し要望を出し、双方向での協力体制はできている。	運営推進会議は、家族、自治会長、地域ケアプラザ職員、民生委員、社会福祉協議会職員などが出席して、2ヶ月に1回行っています。参加者からは意見や質問などが出され、話し合いを行っています。そこでの意見をサービスに反映しています。	
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を積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	区福祉課への活動報告などで事業所の取組を理解していただき、職員の見学や住民の相談依頼も受けている。	運営推進会議の議事録を区福祉課へ持参する際に、事業所の実情などを伝えていきます。地域ケアプラザとは密に連絡を取り、協力関係を築いています。市の小規模連絡会で情報交換をしたり、勉強会やセミナーに出席し、サービスに活かしています。	

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。	利用者の意思や選択を尊重し帰宅要望があるときは、その人の身体的に危険がないよう配慮し付き添い一時帰宅するなどの対応をとっている。身体拘束をしないケアを心掛け、家族とも弊害を話し合いながら自由な暮らしを支援している。	マニュアルは見える所に整備し、研修会も行っています。困難事例などはカンファレンスや研修などで話し合いを持っています。玄関の施錠はせずに、見守りや付き添いで対応しています。言葉の虐待にも注意を払い自由な暮らしを支援しています。	
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。	職員は研修や勉強会などで高齢者虐待防止法を十分理解できるように努め、管理者は虐待が起こらぬよう人員配置や業務内容を確認し防止に努めている。		
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。	管理者は市や民生委員との連携を図り高齢者の権利や利益を守ることに努めている、が職員の中には理解が十分で無いものもあり、研修などにより支援体制を整えていきたい。		
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。	契約に至るまでにお試し期間を設けたり十分な話し合いや説明をし事業所の運営方針を理解、納得していただいた上で契約をしている。介護報酬の改定や制度の改正には速やかに通知し、利用料の変更には市や家族と相談のうえ変更するようにしている。		
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。	運営推進会議の開催で反映させている。前回より二か月間の利用状況の説明や活動報告をし、メンバーから施設に対する要望や改善点を話し合い、施設側からも自治会や社会福祉協議会に対し要望を出し、双方向での協力体制はできている。	家族会があり、イベントの打ち上げ時にざっくばらんに話し合いをしています。また、家族が相談に来ることもあり、一緒に解決策を考えています。利用者の目線に立つだけでなく、常に家族の目線にも立ち、サービスを実施しています。	

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。	職員会議を月一回行い、職員の意見や要望を聞き、改善策を話あっている。すべての不満や苦情を解消してしているとはいきれない。	管理者は、日頃から職員一人ひとりと話をするように心がけています。何気ない世間話から始めて、困っていることや要望なども聞き、アドバイスをしています。月1回の職員会議では、色々な意見が出され、話し合い改善策につなげています。	
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。	代表者や管理者も現場に入り職員と共に活動している。職員の研修などスキルアップには積極的に参加してもらい、資格・技術に応じて年に1度の人事考課を行っている。		
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。	個々の資格や力量に応じ、外部研修に参加してもらっている。研修報告書を提出してもらい、職員会議で発表しスキルアップにつなげている。		
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。	神奈川県及び横浜市の小規模連絡会に加入し、セミナーや意見交換会に参加してサービスに活かしている。パート職員が多いのでなかなか他の事業所との勉強会はできていないので、機会を設けて取り組んでいきたい。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	サービス利用の相談があったときは、必ずご本人・ご家族と面談し、ADL・生活歴等の把握に努めている。ご本人に無理のないようなプランをご家族と共に考え、会議などで職員と情報を共有し、安心の確保に努めている。		

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。	ご家族の要望をしっかりと聴き、安心して利用できるよう支援している。他の事業所とも連絡を取りながら、ご本人とご家族の不安等の解消につなげられるよう事前に話し合いながらすすめている。		
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。	小規模多機能の利点ををを活かし、柔軟な対応を心がけている。契約前に本人・家族と事業所に来設していただき他の利用者とも過ごしてもらいご本人も納得してからの利用開始を勧めている。		
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。	利用者と一緒に話し合う時間を設け、尊敬の念をもち、個人の意見や要望を尊重しあうことで関係構築につとめている。		
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。	ご家族には運営推進会議など積極的な参加を求め、事業所での生活ぶりなどを共有し、イベントなど協力を仰いでいる。利用者・家族・職員と共にイベントなどを開催することで関係を築き絆にもなっている。		
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。	地域の祭りやシルバーサロンなどに参加し馴染みの方々との交流をしている。今まで利用していた商店街への買い物へ行ったりと、馴染みの場所を訪れるように努めている。	馴染みの美容室へ行ったり、シルバーサロンや地域の祭りにも参加して交流しています。近所の商店街への買い物など、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
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。	カラオケパーティーやハイキングなどレクレーションを通し職員が利用者同士のつなぎ目役を果たすように心がけている。昼食など職員も一緒に摂り、関わりをもつようにしている。		
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。	他の事業所に移られた方が、時々ご家族と一緒に来設して下さり、一緒に過ごされることがある。これまでと変わりなく、フォローや相談を実施している。		
<b>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</b>					
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。	定期的にカンファレンスを開催し利用者の思いや希望・意向の把握に努めている。その際は本人本位に考慮することを必ず念頭に置いている。困難な場合は、ご家族の意向も踏まえて検討している。	利用者の病気の特徴を踏まえたうえで、一人ひとりをよく観察しながら意向を聞いています。情報を記録に残し職員間で共有しています。困難な場合には家族に聞いたり、利用者に寄り添い、表情や行動などを観察して推し量っています。	
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。	利用者一人一人がいままで歩んできた歴史（生活歴）、価値観、生活観、家族、近隣・地域のかかわり方、生活環境やサービス利用の経過を知ることにより生活全体を把握するよう努めている。		
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。	来設時やバイタルサインの状態を見ることにより、健康状態や体調の変化を感じ取れるように努めている。また役割や興味のあることなどを働きかけ、有する力を活かせる生活を支援している。		

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
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。	本人がより良く暮らすためにご家族の方とは通い記録を活用し、問題の早期発見・解決に努めている。アセスメントや問題解決のため、カンファレンスやモニタリングを職員全員で取り組み、現状に即したものを作成できるように努めている。	利用者、家族の意向を聞き、医師や看護師など必要な関係者の意見を取り入れ、計画担当者が介護計画を立てています。3ヶ月に1回見直しますが、急変時には随時見直しをしています。モニタリングも3ヶ月に1回行っています。	
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。	連絡ノートやひやりはっと等の記録物を利用し、利用者の方の言葉やエピソードなどを職員全員で共有し、日々のケア及び介護計画に活かしている。		
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。	ご本人やご家族の状況に応じて急な通い、宿泊、訪問にも対応している。また通院や送迎などの支援に対しても柔軟に対応している。		
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。	利用者の方が地域で生活を継続するために地区センターや老人会、シルバーサロンなどインフォーマルな情報などを把握し積極的に参加することで協力関係を築いている。		
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。	協力医の他、基本的には利用前からのかかりつけ医での診療を前提としご家族の協力のもと今まで通り受診している。そのための通院介助、ご家族の都合によっては職員が付き添って対応している。	在宅時のかかりつけ医での診療を優先にしています。家族不在時など、通院の付添にも対応し、受診結果は家族に連絡しています。かかりつけ医不在の緊急時には、近隣の協力医（内科、歯科クリニック）に依頼しています。	

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。	日々のバイタルチェックを通して利用者の健康管理や変化を早期に発見できるように取り組んでいる。変化に気づいたときには家族と連携し適切な対応につなげている。		
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。	ご家族に回復状況を確認しながら、退院後の支援方法の情報交換・相談を行い、退院後の生活がスムーズに送れるよう支援している。		
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。	現在は取り組んでいない。今後、ご家族、かかりつけ医と話し合いを持ちながら対応方針をすすめる努力をしていく。	現在重度に該当の利用者はなく、取り組みはありません。加齢に応じ避けられない事と考え、重度化、終末期の在り方について検討しています。更に職員に重度時の介護ケア、家族についてのケアなど全般的な研修を検討しています。	
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。	地域方々の協力を得ながらの防災訓練に参加し、いざという時に慌てず行動できるように取り組んでいる。また、火災や地震に備えて食料、飲用水、トイレ、寒さ対策などの備蓄をしている。地域の高齢者の方々へも協力していく方針。		
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。	マニュアルの作成や年に2回利用者と共に自治会協力の下避難訓練を行っている。また消防署の協力を得て職員の消火訓練や避難誘導を行っている。	今年度は11月16日に、地震発生時の想定で、利用者2名、ボランティア2名、職員2名が町内会の方と一時避難場所に避難しています。また火災発生時の想定で消火訓練を行っています。3日分の食糧、水、トイレなどの備えがあります。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	意思決定能力の不十分な利用者に対して意思決定しやすいような言葉かけをするように心がけている。入浴時、排せつ誘導などの声掛けにはさりげない対応を心がけている。	一人ひとりの誇りを大切にしています。言葉かけには、「○○したい？」の様なプラスイメージの言葉づかいをしています。電話の問い合わせは、利用者との関係や内容を聞き、家族に確認し返事をしています。個別介護プランなどは鍵付き書庫に入れ保管をしています。	
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。	日常生活の中で利用者と職員がコミュニケーションが取れよう心掛け、いろいろな場面でも無理強いせず利用者の気持ちに寄り添いながら、意思決定しやすいようにいくつかの選択肢を提案し、自分で決定した満足感が得られるように気をつけている。		
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、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。	なるべく希望に沿うように外食したり、入浴時間も寝る前にしたり本人の気持ちをできるだけ大切にしている。趣味のための外出や地域のイベント参加などできるだけ個々の希望を考慮している。		
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。	来設されたとき、できるだけ服装など必ず一つ何かを褒めるようにし、身だしなみに気をむけられるよう声かけしている。髪の毛が長い方は、ヘアアレンジなどでコミュニケーションを図っている。		
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。	一人ひとりの出来ること、お手伝いしたいことを考慮しながら職員と一緒に配膳、準備、後片づけのお手伝いをして頂き食事に関する意欲を引出し、座る位置なども気をつけながら楽しく食事できるように心がけている。	メニューは、朝利用者に聞いて決める事もあり、食材は近所の商店に買いに行っています。昼食の準備が進むにつれ、和やかな気持ちになり、体調の良い人は、配膳、下膳など自然と体が動いています。食卓の話題も賑やかに進んでいます。	

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。	一人ひとりの体重や糖尿病などの病気を考慮しながらできるだけおいしく、見た目も大切にカロリーにも配慮しメニュー、食べやすさを考えながら調理し提供しています。特に水分量の確保を重要視して脱水には一年を通して留意している。		
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。	誤嚥による肺炎防止、咀嚼を考え食事前の嚥下体操や食事後の口腔ケアの大切さを理解し、一人ひとり個別に義歯の手入れ・歯磨き・舌の色など口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	誘導の必要な方にはさりげなくトイレにお誘いしたり、オムツやパットを使用している方には排せつ間隔を把握しただけトイレで排せつ出来る様支援している。	排泄リズム表を参考に「ちょっとそこまで行かない?」「散歩しない?」とか、さり気なく声掛けをしています。泊まり時は、トイレ支援やおむつの交換を2～3時間おきに行い、褥そう防止のため、体位の向きを変えています。	
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。	水分補給の重要性や、精神状態、食事摂取量など様々な視点から便秘を理解し、排せつの記録をつけることで、便秘のコントロールに努めている。		
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むように、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。	利用者の希望を確認し入浴していただいています。入浴を拒否される方は言葉かけを工夫したり、入りやすい雰囲気作りに努めている。	週2回が基本で、1日4人が入浴しています。浴室は個浴で、周りに手すり付き安全に配慮しています。入浴時間は30分ぐらいで、入浴後は、ほっこりして孫や家族の話が弾んでいます。季節に合わせ、柚湯やしょうぶ湯なども楽しめるよう工夫しています。	

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。	日中の活動を促進し、生活リズムを整えるように努めている。		
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。	処方箋のコピーをファイルし、服薬介助表の作成により職員が内容を確認しやすいようにしている。また、個々に応じた服薬支援をしている。		
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。	裁縫・料理・掃除など得意なものを把握し一人一人の役割・楽しみを利用者ごとに張り合いなどがある日々を過ごせるように努めている。		
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。	日々の散歩は勿論のこと、地域の祭りや観光地へのドライブやお花見など積極的に外出の機会を設け、意欲向上につなげられるように努めている。	事業所の周りを30分ほど散歩しています。近所には商店街や緑もあり、近くに「鴨池」公園もあり静かな散歩コースとなっています。ドライブ外出は1ヶ月前に発表し、楽しみにしています。箱根芦ノ湖、千葉のお花畑など、1泊旅行も行っています。	
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。	買い物やドライブ旅行などのお土産など家族と相談し本人が直接支払を行えるよう職員が付き添い支援しています。		

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
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。	日頃お世話になっている方や家族に絵葉書を送らせていただくなど、やり取りができるよう支援している。		
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。	床・壁など多くの木材を使用し、カウンターキッチンでもコーヒーが飲め、落ち着きのある空間を作りだしている。また、室内でも四季を感じられるよう、装飾や生花などを飾るように努めている。	リビングルームは広く床暖房で、2ヶ所に分かれ、ソファやいすに座り和やかに過ごせます。また、カウンターでお茶やコーヒーを楽しむことができ、ここに立つと隅まで見渡せ来客者も一目で確認する事ができます。	
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。	畳の部屋であったり、ソファやテーブルの位置に配慮し、アコーディオンカーテンで仕切ることで個の空間をもてるように努めている。		
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。	使い慣れたお布団や枕をお持ち頂き、居心地良く宿泊できるように努めている。また、プライバシーの確保に努めている。	居室は約8㎡で、たたみの部屋が1室、ベッドの部屋が5室の6室があります。泊り時も馴染の職員がいて安心できます。カーテンやベッド、加湿空気清浄器、冷暖房が設置してあります。就寝前はテレビやお茶、お喋りなどで過ごすことができます。	
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。	建物内はバリアフリーになっており食堂や居間は一体感をもっている。浴室やトイレも身体機能に合わせて手すりなど設けている。		

(別紙4(2))

事業所名 小規模多機能型居宅介護 かもいけ

## 目標達成計画

作成日：平成 27 年 2 月 10 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	10.1	連絡・説明をわかりやすくしていきたい。	連絡・説明がわかりやすく、家族・職員間で伝えられるようになる。	通いノートの内容を具体的に記したり、職員間でも、具体的な内容を周知出来る様、連絡ノート等の活用を強化していく。	12ヶ月
2	52	整理整頓ができていない。	整理整頓された清潔感ある環境づくりを目指す。	季節感を残しながらも、書類等、出しっぱなしにせず、まとめておく。フロア全体にも目を配り、椅子などの位置で事故等が起きないような環境づくりをしていく。	12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。