

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1493500134
法人名	社会福祉法人 地域サポート虹
事業所名	小規模多機能型居宅介護 くるみ
訪問調査日	2014年12月11日
評価確定日	2015年3月20日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日.

※ 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。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, [Blank]

【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)】

従来のデイサービスには馴染みづらかった方や、初めて介護保険サービスを利用される方に好評を戴いています。支度に時間がかかり送迎車を待たせてしまうことが苦痛でデイサービスを辞めてしまった方、体力に自信がなく2～3時間だけ利用したい方、女性ばかりのデイサービスに居場所がなかった男性の方等が当事業所では安心して利用していただける実績があります。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関, 評価決定日.

【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)】

●小規模多機能型介護くるみは、横浜市栄区を中心に平成11年にNPO法人として住み慣れた地域で高齢者になっても安心して暮らしていきたいという願いからスタートして10年、地域に根差したネットワークを活かしながら活動しつつ、平成11年に社会福祉法人に改組したサポート紅が、介護事業で(訪問介護・通所介護・グループホーム・小規模多機能型居宅介護(2)・居宅介護支援)子育て事業で(地域子育て支援拠点事業・OYAKO CLUBチューリップ(3)・さかえ青少年の地域活動拠点)等を経営展開する内の一つです。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

事業所名	小規模多機能型居宅介護 くるみ
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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。 (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
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	事業所に理念を掲示。ケース会議等で随時、理念に基づき方向性を示している。”寄り添い、ふれあいによる安心を感じてもらえるケア”その人らしさを大切にしたケア”を心がけ実践している。利用者の喜びをスタッフも喜び合える人間関係が出来ている。	住み慣れた地域で、地域の方々との交流や活動に参加しその人の心身状況や希望、置かれている環境などに合わせ、通い・訪問・宿泊等の組み合わせでその方にあった適切な介護支援を行なうとした事業目的を事業所内に掲げ、支えられる方の喜を支える者の喜び力にして、利用者の人格を尊重し、その人らしさを大切に支援が行われています。	今後の継続
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	・自治会主催の「ふれあいサロン」（高齢者が月一回音楽や季節の行事を楽しむ会）に管理者が参加。事業所の紹介をしたり、利用者がどう過ごしているのか拜見できる良い機会になっている。・近隣に住む住民（主に60～80才代）をボランティアとして日常的に受け入れている。・自治会の秋祭りや防災訓練、小学校の運動会の見学等の交流の機会を持っている。	自治会には賛助会員として加入し、地域の秋祭りや防災訓練、また小学校の運動会などにも招待を受けるなど、地域との交流が行われています。さらに自治会主催の「ふれあいサロン」に管理者が参加して、利用者の楽しみ方などを教わると共に、事業所の紹介を行い、近くに住む高齢者をボランティアとして受け入れ、「地域の繋がり」が行なわれています。	今後の継続
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	地域住民(60～80歳台)にボランティアとして参加いただき、認知症の人の理解や支援方法を実際に見て頂いている。認知症の資料を説明したり、住民の家族や親族の介護について相談を受ける事がある。役所の主催する講演会や研修の情報を掲示して情報発信を行っている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	個別対応を行ったケース（特に独居の方や、老夫婦所帯のご利用者へ多機能性を生かして支援したケース、看取りの直前まで支援を行ったケース等）を報告。話し合いを行い、戴いた意見をケース会議で検討してサービス向上へ繋げる様努めている。	2ヶ月毎に地域ケアプラザ主任ケアマネ、自治会長、民生委員、ボランティア、家族、管理者、計画作成担当者のメンバー構成で運営推進会議が行なわれています。事業所の多機能性を活かした活動（独居者や老夫婦所帯への安否確認や看取りに係わった支援など）の活動報告と、今後の行事予定等を報告し、出席者の要望や意見、助言を戴き事業所の考え方などを話し合っサービス向上に繋げています。	今後の継続
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取り組んでいる	区役所や地域ケアプラザから地域の方を紹介頂き、相談窓口として対応している。事業所の特徴である「寄り添いふれあいを大切に」したケアへの理解が浸透し、信頼を持って地域へ紹介していただけている。	栄区の高齢者事業推進課とは、事故等の報告と、時には事業所の不明点を相談し、指導を頂いています。更にケアプラザと共に地域の方の紹介を頂き、相談窓口として対応し、事業所の特徴「寄り添い・ふれあいを大切に」したケアについて説明をして、地域の方々から信頼を頂き、利用につなげるなど、日常的な連携交流が行われています。	今後の継続

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	利用者の行動や自由が制限されないよう指導している。センサー装置の活用や見守りにより利用者の把握、安全確保に努めている。台風等の荒天時には安全に配慮し、事業所全体の判断でやむを得ず玄関や門扉の施錠をする事がある。	身体拘束に当たる行為と、それを行った場合のデメリットを全職員で理解し、利用者の行動を制限しない見守りで、日中の玄関施錠なしの対応が行なわれています。但し、万一を考慮したセンサー利用と夜間や荒天時対応として、事業所全体の判断で玄関施錠をしています。	今後の継続
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	利用者からのサイン（身体・精神的の両方）を見落とさないよう注意し、必ず申し送りするよう指導を行なっている。ケース会議にスタッフ共通認識になるよう努めている。事業所の方針としてスタッフ配置を充実させ、ボランティアも含めて数多くの目が届くオープンな環境にしている。		
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	生活保護制度の利用及び財産管理の支援が必要な方がおられる。区役所職員や地域包括支援センター、社会福祉協議会との連携を密にし支援を行っている。		
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	契約前に事業所へ来訪してもらい、施設の様子や実際のサービス内容を見て頂いている。ご本人には、必ず体験利用して頂き、ご家族にも本人の様子を見てもらう事で、軽やか受への不安を取り除くようにしている。		
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	利用者家族と共に安心して利用できる環境作り、声掛けを行っている。苦情相談や申し立てが出来る様情報提示。日頃から家族とこまめに連携を取り、デイの送迎時にも報告と確認を必ず行うよう指導している。頂いた意見や要望をケース会議で取り上げ検討し、全職員へ周知している。	重要事項説明書9や契約書11条運営規定14条に苦情の受付窓口とその対応を明記して、契約時に説明しています。日頃から家族とこまめに連携を取り、デイの送迎時にも報告と確認を行なう中で「意見、要望」等を聴いています。意見、提案や苦情はケース会議で取り上げ、検討の上、全職員に周知を図り、運営に反映させています。	今後の継続

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	職員が意見を言える環境や機会を心がけている。紙に書く事は本音が出しやすいようなので、ミーティング前の意見集約に活用している。管理者とケアマネが連携し、職員の一寸した言葉もすくい上げて整理し、管理者が方向性を示すようにしている。	現場の職員が行うフロアーミーティングで職員間の気付きや意見を紙に書いて提案として出してもらい、管理者・リーダー・ケアマネが連携して職員の「一寸したその一言」を拾い上げるようにして、検討し管理者が方向性を決め、運営に反映できるよう努めています。	今後の継続
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	職員とのコミュニケーションを大切に意識して声かけを行っている。不安や疑問を日常的に解消できるような関係作りに努めている。希望休に出来るだけ対応。子育てや親の介護をしている職員も多く、急な休みに対し他職員がカバーできるよう調整している。		
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	職員の経歴や個性を出来るだけ把握し、得意な事を活かしてイベント計画や実施を任せ、自信を持てるよう支援をしている。ケース会議では都度資料を作り講習及び指導を行っている。資格試験の情報提供、勤務調整などの支援を行っている。		
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	法人グループ内に様々業態の事業所がある（通所・訪問・居宅介護支援・配食・小規模多機能・グループホーム）他事業所管理者などと毎月連絡会を実施。情報交換をし連絡を取っている。他事業所のケースを会議で紹介し、サービスの向上に取り入れる事もある。		
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	先ず寄り添い受容する事を意識し、事業所や職員に慣れて頂く事を大事にしている。その中で求めている事や不安を見つけて行き、安心できる環境作りに努めている。認知症のある方には心の安定に繋がる材料を出来るだけ多く見つけて行く。		

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	先ず寄り添い受容する事を意識し、事業所や職員になれて頂く事を大事にしている。その中で求めている事や不安を見つけて行き、職員で対応を検討し統一したケアを行い、安心できる環境作りに努めている。認知症のある方には、心の安定につながる材料を出来るだけ多く見つけて行く。		
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	お話を聴く機会を多く作るように努めている。まず、受容し課題を整理するお手伝いをし、一つづつ解決していく努力行う事で、さらによりよい関係を作れるよう努めている。小規模多機能の柔軟な対応が出来る利点を活かし、利用日数や時間もこまめに見直し改善している。		
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	先ず話をよく聞き、必要な支援を早い段階で見極められるよう勤めている。他サービスが適当と思われる場合には、情報提供を行い、各種サービスや包括支援センターと連携を取り、スムーズに移行できるよう支援している。また、他施設で対応困難であったケースでも極力対応できるよう努めている。		
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	利用者との関係づくり以上に時間がかかる事であると理解している。家族の想いや辛さも吐露して頂き、気持ちに寄り添えるよう努めている。行き帰りの送迎時には当日の本人の様子を報告し、家族が知らない、又忘れていた利用者の姿を伝えいければと考えている。		
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	可能な範囲（生活圏内）であるが、出来る事は支援している。大好きな富士山の見える場所への散歩やドライブ、馴染みのお店への買い物馴染みの病院への通院支援など。利用者の思いを、家族の負担にならない様に伝えて相談しながら、支援を行っている。	これまでの本人の馴染みの場所や人間関係の把握は、日頃の会話や家族からの情報等で把握して、その上で支援可能な範囲として「生活圏内」での意向を確認しています。馴染みの店での買い物や、大好きな富士山の見える場所への散歩や、通院同行の支援なども行なっています。また、時には家族との協力で車を使つての「大船のフラワーセンター」「鎌倉大仏見学」など思いに添えるようにしています。	今後の継続

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	利用者同士の関係を念頭に置いて、フロアの座席配置を行っている。利用者同士のコミュニケーションが困難な場合(耳が聞こえ難いなど)も職員のさりげない支援で成り立つようにしている。また、テーブルに利用者だけが座っている状況は作らず、必ず職員がそばに座り、全体の把握を行っている。		
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	サービス終了後も常に相談窓口として対応している。転居先で介護サービスを受ける場合は、本人家族の了承の上でケアマネ・管理者が情報提供を行い、スムーズな移行を支援している。入院された場合も随時報告を頂いたり、こちらから状況を尋ねて家族の気持ちに寄り添うなどのケアを行っている。		
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。	家族から詳しく情報を頂いたり、本人の会話や様子から思いを汲み取れるように努めている。本人が遠慮なく思いを話せるよう、職員と1対1で散歩に行く機会を作ったり、本人のつづやきから真意を汲み取れるように、職員へ指導している。	意思表示が出来る方とは1対1の散歩など話し易い環境づくり・会話や、つづやきから意向の把握が行われています。しかし意思表示が難しい方には寄り添いで、表情や行動からの汲み取りと、家族からの情報で思いや意向を確認して本人本位を前提に、ケアプランに組み入れて対応しています。利用者からの”思い”は家族にも伝えることで叶えられるようにしています。	今後の継続
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	介護保険サービスの利用歴のある場合は、前事業所との連携を行い情報を把握できるよう努めている。介護保険を初めて利用する方の場合、趣味性格職歴など得やすい情報から整理して行き、本人を理解して行きながらより詳しい情報を把握できるよう努めている。		
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	家族との連携を取り、在宅と事業所での状況を把握検討してケアにつなげている。事業所でレクや家事に参加して頂いた結果、昔得意であったが現在自宅で行なっていない家事(縫い物など)が問題なく出来ることがわかったり、秘められた力が発揮出来るよう努めている。		

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
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	個々に本人家族と連携し、課題を話し合い、利用者 に合ったケアを反映した介護計画の作成に努めている。基本的には介護計画の期間に応じて見直しを行い対応しているが、必要に応じて随時、本人、家族、スタッフ、関係者と相談の上、新たな計画作成を行なっている。	計画を一人ひとりに適した内容とする為、訪問、通い、泊まり時の生活の記録と、家族の意見も加え計画作成担当者との話し合で課題を決め、その人の持つ能力が発揮できる介護計画を立案しています。計画の見直しは、基本的には介護計画の期間に応じて見直しを行い、必要がある場合は、随時見直しをしています。また、モニタリングは日々評価判定を記録して実行しています。	今後の継続
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	個別記録には過し方、表情、発した言葉、ケアの内容、排泄タイミング水分摂取などを記入するように指導を行なっている。書式を書きやすいものに都度更新を行っている。これらを元にケース会議で検討し、計画の見直しに活かし、合わせてほぼ週毎に個別対応確認表を作り情報共有している。		
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、そのとこ時に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、柔軟な支援サービスの多機能化に取り組んでいる	個々の要望や状況に応じて現実的に継続的に対応できる形を検討模索し支援している。体調不良時のこまめな安否確認、受診同行などに加えて、自宅のちょっとした整備など従来の訪問介護サービスでは対応が難しい内容でも、生活全般を支援する目的で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	本人の住む地域の民生委員や近隣住民、警察（徘徊ネットワーク）と協力して利用者を支援している。（本人や家族の了承の上で）事業所の管理者やケアマネが民生委員や近隣住民に挨拶を行い、本人が困っている時や緊急の際も家族より早く駆けつけられる事があると説明。連絡先を渡している。		
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	本人・家族の希望する医療が受けら得るよう支援、情報の提供、紹介を行っている。認知症の診断の為にCT/MRI検査を受けられるよう、協力医療機関から情報提供を受けている。必要に応じ、受診に同行したり、かかりつけ医と会議を行っている。	本人、家族の希望する医療機関で医療が受けられる様、受診にあたり生活状況などの必要情報を提供して支援を行っています。家族を通じて受診結果など必要情報を共有しています。ホームの協力医療機関である内科、精神科による診察・診療・入院先紹介などの適切な医療支援が行われています。さらに、認知症診断のためのCT/MRI検査が受けられるよう情報提供も受けています。	今後の継続

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	看護職員は日々の健康管理と必要な処置を行っている。介護職員と看護職員が利用者の情報を共有し、受診が必要と思われるケースは情報をまとめた上で管理者かケアマネが家族に連絡・相談を行って、適切な医療を受けられるよう事業所全体で支援している		
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。	近隣緊急病院相談室と連携体制があり、事業所の特徴を理解して頂いた上で退院後の生活指導の支援を頂いている。やむを得ず長期入院となり、転院が必要となったケースでは相談室職員と家族との会議に同席して高齢の家族が伝えきれない情報を補足するなど対応を行った。		
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、事業所の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	重度化が予測されるケースは家族と早い段階から話し合いを行う。家族の希望があれば可能なかぎり終末期の支援していく事を職員へ説明、看護・介護職員共通の認識が持てるようにしている。「車の中だけでも座位が取れば通い続けられる」と家族に説明している。	終末期支援が利用できるとしてスタート時に説明をしています。重度化が予測されるケースでは、早い段階から主治医、看護師、家族を含めたその人の意思を尊重した、繰り返しての話し合いの下に、「車の中だけでも座位が取れば通い続けられる」とし、また、希望があれば最後の時間を大切に在宅での終末期支援を行う事も職員に説明して、看護・介護を全職員で共有認識を図っています。	今後の継続
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	凶変対応や事故発生時に備えマニュアルがあり、職員全体で対応できるよう指導している。事業所内に119番通報マニュアルを掲示。地域の防災訓練や横浜市の講習へ出席、そこで得た応急手当の資料などを基に、定期的に職員へ実習を行っている。		
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	災害時対策のマニュアルがあり、職員全体で対応出来る様指導して。連動式火災報知機やハンディースピーカーを設置し、万一の際は地域へ支援依頼を出せるよう設備を整えている。自治会の防災担当役員との連携があり、今後支援について具体的に話し合いが持たれる予定である。	運営規定15条に居宅介護の提供中に、天災その他の災害が発生した場合は、職員は利用者の避難など適切な措置を講じる。また、管理者は避難経路及び協力機関との連携方法を確認し、避難に当たっての指揮をとる。また年2回以上の避難訓練を行なう。と謳われていて、現在マニュアルに従って対応が出来るように全職員に指導を行っています。また、自治会との災害時連携について支援を戴く為の「5W1H」を整備しています。	今後の継続

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
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	プライバシー保護に関するマニュアルがあり、プライバシーの侵害の内容、個人情報の取り扱いには細心の注意を払うよう指導している。例えば排泄に関わる確認事項などはなるべく周囲に聞こえないよう個室で会話する等指導している。利用者には原則として敬語を使うよう指導している。	利用者のプライバシーを保ち、その人の意思、人格を尊重し、尊厳を維持する支援を行なう事のマニュアルがあり、全職員で理解共有しています。日々の会話や実際の介護の場面に於いても、親しみと敬いの心を持って利用者の人格を尊重した話しかけで支援を行い、プライバシーの確保面では、トイレ誘導もさり気なく他の人に気付かれることのない配慮で行われている事を調査時に確認できました。	今後の継続
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	利用者本人との信頼関係構築を大事にし、個々に合わせた声かけ、寄り添いを心がけるよう指導している。本人本位を理解し、納得できる支援を事業所全体で行うよう心がけている。本人が遠慮なく思うように話して頂ける機会を作るよう努めている。		
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	個別対応で個人のペースを大事に日々ケアを行っている。デイで過すスペースも数箇所に分けており、麻雀したい方、絵を描きたい方、出来るだけ静かに過ごしたい方等と個々の希望に添えるよう配慮を行っている。希望に応じ、ベッドで身体を休めて頂ける環境を整えている。		
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	職員がお化粧を手伝ったり、男性も随時髭剃りが出来るよう道具を持参して頂く等支援している。生活圏内に限られるが本人の望む店へ買いに行ける様支援を行っている。必要に応じて衣服や靴の購入の手伝いをしたり家族へ購入の提案を行なっている。		
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	個々の好みや身体機能による注意点を把握し、食事を安全に取れるよう心がけている。胃を切除し、少量ずつ摂取する方へは、少量でも美味しく感じられるように彩りや盛り付けを工夫して食事を楽しんで頂いている。出来る方には配膳、片付け等を手伝っていただいている。	食事の手伝いに関わる人には、配膳や下膳、片付けなどを手伝ってもらっています。食事作りでは職員の作ったレシピで、生協宅配の材料供給を受け、食事が作られ、量・硬さ・彩り・ミキサーなど個々に合わせた対応が行われています。職員と利用者が同じテーブルで、利用者に合わせてペースで楽しく談笑しながら食事が行われています。誕生日は「同月誕生者」を纏め、おやつ時に手作りのケーキで祝っています。また、その時々々の季節に合わせた食事も採り入れ、楽しめる工夫を行なっています。	今後の継続

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	食事量・水分量の把握の為、記録を徹底している。家族・本人からの情報収集と、定期的に体重を測定する事で、利用者に合わせて量や状態を調節している。かかりつけ医と連携を取り栄養補給剤の利用を勧めるなど、体調が悪化する前に早めの対応が行なえるよう指導している。		
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	食後の口腔ケアを徹底して行い、またその重要性を指導している。自立でケアできている方も見守りし、清潔保持に不足がないか確認を行っている。義歯の調子について職員が異変を発見した場合は速やかに家族へ報告。食事前には口腔体操を行い、誤嚥防止を心がけている。		
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	個々の排泄リズムを把握出来る様記録を徹底。その上で気持ちよく排泄できるよう指導している。トイレに行きたがらない方への誘導の声掛けを工夫し、自尊心を傷つけない支援が行えるよう指導している。家族とかかり付け医と連携し、排便管理調整が出来るよう指導している。	「排泄チェック表」で一人ひとりの排泄パターンを把握して、その人に合わせた時間を見計らった、さり気無いトイレ誘導で自立排泄を促し、さらに失敗の場合でも他の人に気付かれない下着交換などで自尊心を傷つけない注意のもと、適切な支援が行われています。泊まり時の夜間においても睡眠時間を妨げ無い事を前提に、声かけでの支援を行っています。	今後の継続
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	職員へ排便管理の重要性を理解するよう指導している。食事は野菜・食物繊維を意識して提供、個々の水分摂取量を確認。毎日体操やリハビリ訓練で体を動かしていただいている。便が出にくい方へのマッサージ、看護師による状況把握などの支援をしている。		
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	個々の希望に合わせて入浴時間帯を相談している。プラン上入浴日は決まっているが、家族や本人の要望で随時変更に対応。足浴も積極的に行っている。入浴をしたがらない方への声かけを工夫し、介助時の会話も楽しみながら入浴を楽しんで頂けるよう支援している。	入浴には、身体観察の重要な役割があるので出来るだけ勧めています。プラン上の入浴日は決まっていますが、本人や家族の要望で随時変更に対応をし、バイタルチェックと共にタイミングを見計い、ゆったり入浴が出来る支援が行われています。嫌がる人には、再度の声かけ等で入浴を促し、介助時の会話も楽しみながら入浴できる工夫をしています。また、足浴も積極的に行い、季節には菖蒲湯や柚子湯などで趣をかえての支援と車椅子対応に機械浴で楽しめる工夫が成されています。	今後の継続

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	家族と連携し、在宅での様子やスケジュールを把握して同じようなリズムで安心して生活できるよう支援している。いつでも横になって身体を休められるよう設備を整え、夜間睡眠に影響の出ない範囲で中も休息して頂いている。使い慣れた枕やクッションの持ち込みも受けている。		
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	薬局で貰う薬の情報(お薬手帳のコピーなど)を必ず頂き、変更があれば都度家族から情報を頂いている。専用の預かり小袋と薬ボードを使って配薬間違いが起きない工夫をし、看護職員が服薬を確認している。症状の変化が見られたら速やかに家族とかけつけ医へ報告している。		
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	張り合いや喜びのある日々を過ごせる様に支援している。役割の例・・・他利用者へのお手伝い、お話の聞き役、麻雀の先生、掃除洗濯のお手伝い、縫い物など。職員や他利用者から感謝される事で喜びを感じて下さっている。		
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	希望や力に応じて対応している。当施設前の公園への散歩、富士山が見える近所への散歩やドライブ、買い物等。桜や紅葉の時期には特に全員が楽しめるよう、曜日毎に計画を練り、外出やドライブをしている。	散歩は希望に応じて対応しています。施設の前には公園があり、其処での散歩や富士山が見える場所へ車で移動したり、買い物に行ったりしています。桜や紅葉の時期には全員が楽しめるように曜日ごとに計画を立て、家族やボランティアの協力を得て外出ドライブを行なっています。「大船フラワーセンターでの季節ごとの花見」「鎌倉大仏見学と帰りに食事」など、一寸遠出の支援もしています。	今後の継続
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	希望や力に応じて対応。家族と連携して実際にお金を管理している利用者の支援を行ったり当施設の買い物のお手伝いという名目での散歩などといった形で対応している。現金の引き出しや振込みなどは、本人が行う場所(銀行やコンビニ等)への移動を支援し、見守りしている。		

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	希望や力に応じて対応。携帯電話で定期的に家族へ電話しないと不安を感じる方へは、気兼ねなく電話を発信できるよう施設内の静かな場所へ案内し、状況に応じて家族との橋渡しを行っている。		
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	パーテーションを置いたり、職員の対応の工夫で、プライバシーが保てるように配慮している。季節感を感じられるような飾り付けや優しい色使いのイラスト、毎月発行する写真入新聞「くるみ通信」、毎月の壁掛けカレンダー等(利用者作成)等を掲示して家庭的な温かい雰囲気になっている。	玄関入口を入ると利用者が集まって会話や習い事・レク等を行う床暖房が施された食堂兼リビングを中心に、休憩や昼寝の出来る部屋、また、キッチン、風呂場が続いた1フロアー形で構成されています。必要に応じてパーテーション等で区切り、プライバシー保持に工夫がされています。季節に合わせた飾り付けや優しい色使いのイラスト、「くるみ通信」、利用者の作品等で家庭的な温かい雰囲気づくりがされています。	今後の継続
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	休養スペースの確保、好みのテレビやビデオを見て寛ぎ過せる空間、夫々のペースに合わせたグループごとに過せる空間、個人で一息付ける空間を意識して設置し、職員が配慮して対応している。座席配置は、気の合う利用者が コミュニケーションを取りやすいよう配慮している。		
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	宿泊する居室は、利用者にあわせ使いやすいよう安全に配慮しながら、随時対応している。使い慣れたもの（枕等）をお持ちいただけるよう、家族と連携を取っている。灯りの明るさを細かく調整出来る様なダウンライトを使っている。	生活拠点は自宅にあり、通い・泊まりは一定期間であることから、部屋にベッドがあるので、各人は日頃使っている身の回り品（枕など）を持ち込まれ、その他は細部に亘り気配りがされた環境の下に、安心した自宅の感覚での生活できるように配慮し、ひと時のその人専用の拠点が作られています。	今後の継続
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	個々にあった声掛けや、アプローチの仕方を用意し、安心して生活が出来るよう対応している。使い慣れたもの（枕など）をお持ちいただけるよう、家族と連携を取っている。明かりに明るさを細かく調整出来るようダウンライトを使っている。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所 小規模多機能型居宅介護  
くるみ

作成日 平成26年12月11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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	13	災害対策 ・避難訓練の頻度が少ない (年2～4回) 晴れの日だけ でなく・天候を問わずに避 難訓練を行なう必要があ る。	・避難通報訓練を晴天以外 の日に実施する。 ・地域住民と連携した夜間 想定避難訓練を実施する。	・避難訓練を雨天や冬季も 実施し、避難方法や必用物 品を見直しマニュアルを整 備する。 ・ 消防署や地域住民と合同の 訓練を実施する。	6ヶ月
2	14	人格の尊重とプライバシー の確保。 ・慣れ親しむと、言葉使いが 砕けがちになることがあ る。	ご利用者への言葉遣いは敬 語か敬語に準じたものにす る。	・職員への研修の中で正し い言葉遣いについての講義 を行い、全員に意識を持た せて実践する。	3ヶ月

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。