

<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	項目数
1. 理念の共有	8
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	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	0
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	1
1. 一人ひとりの把握	5
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	1490500285
法人名	社会福祉法人 秀峰会
事業所名	小規模多機能型居宅介護 ひなげし
訪問調査日	2015年3月16日
評価確定日	2015年3月31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)】

事業所番号	1490500285	事業の開始年月日	平成26年4月1日
		指定年月日	平成26年4月1日
法人名	社会福祉法人 秀峰会		
事業所名	小規模多機能型居宅介護 ひなげし		
所在地	(232-0054) 神奈川県横浜市南区大橋町1-1-5 F-TERRACE1階		
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2月20日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月8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://shuhokai.or.jp/group.htm>

【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)】

横浜市営地下鉄「ブルーライン」より徒歩8分、昨年の4月に開所した新しい施設になります。ご利用者様にとって、いつでも通えて泊まれる『近所にあるもう一つの家』と思っていただける施設でありたいと考えています。
介護職員、看護師が連携してご利用者様を見守る目と支える手として機能したいと考えています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成27年3月16日	評価機関 評価決定日	平成27年3月31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)】

●当事業所「ひなげし」の経営母体は社会福祉法人「秀峰会」です。同法人は、“横浜の大地に住まう人々の、生活障害の軽減を支援する願い”を持って事業活動を進め、市内全域で介護分野の全ての形態の事業を展開し、100カ所を超える事業所を運営しています。「ひなげし」をはじめ、法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所は6事業所を数え、さらに平成27年4月には新たな事業所の開設を予定しています。「ひなげし」は横浜市営地下鉄ブルーライン蒔田駅から徒歩8分、大岡川沿いの小規模事業所と個人住宅が混在する市街地に立地しています。建屋か6階建てで、その1階に入居し、2階から上は一般の集合住宅になっています。
●法人が提示する、「活動テーマ」、「理念」、「（地域社会への貢献）宣言」および、職員の行動指針は「羅針盤」として集大成され、「ひなげし」もこれを共有し、全職員は「羅針盤」を名札と共に常時携帯し、常に意識しています。特に、職員の行動指針は具体的な内容で、「羅針盤」の実践を強く促しています。
●職員の育成を図るべく、法人内での新人研修、管理者研修、内部研修等に参加すると共に、全国や横浜市の小規模多機能連絡会や、ケアプラザ主催の勉強会、事例検討会などに参加し、意見交換等を通じて同業者同士の連携を深めていく取り組みを行っています。
●職員の多くが近隣に住む住民でもあり、利用者が「近所にあるもう一つの家」と思えるようなサービスの提供を目指しています。

【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 ひなげし
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	理念として、法人の「羅針盤」を各職員の名札とともに携帯し、常に意識を持つように心掛けています。また、同区内にある法人の居宅、訪問看護、訪問介護事業所と連携を取り地域包括ケアに取り組んでいます。	法人が提示する、「活動テーマ」、「理念」、「（地域社会への貢献）宣言」および、職員の行動指針を「羅針盤」として集大成し、全職員はこれを名札と共に常時携帯し、常に意識しています。事業所の開設1年を迎え、「羅針盤」を振り返る研修を行うと共に、職業倫理に関する管理者研修でも取り上げています。特に、職員の行動指針は具体的な内容で、「羅針盤」の実践を強く促しています。	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	事業所として、町内会へ入会させていただき、回覧板などで地域行事を確認。町会長へ連絡をとり、地域行事へ参加させていただいております。また、運営推進会議などで、情報交換をさせていただいております。	大橋町町内会に参画し、近隣の小学校で開催されるバザーや、大岡川沿いの落ち葉の清掃など、地域の行事に参加しています。今後は高齢者サロンなどへの参加も検討しています。一方、ボランティア活動に事業所の施設を提供し、コーラス、ミニコンサート、ウクレレ、大正琴などの演奏も楽しんでいます。また、事業所の職員も近隣の人が多く、地域交流の一端を担っています。	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	家族には、契約時はもちろん、送迎時や面会時に、機会があれば話をしています。地域の方には運営推進会議を主として地域の連絡会や交流会等で話をさせてもらっています。			
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	運営推進会議では、その期間に行った施設行事や事故報告、雇用状況や施設運営の状況などを報告。町会長や民生委員の方ご指導や地域行事の連絡、ボランティア紹介を頂いたりしております。	運営推進会議は2ヶ月に1回、町内会長、民生委員、大岡地域ケアプラザ担当者、利用者・ご家族の代表者に加えて、同地域に所在する小規模多機能型居宅介護事業所「みらいの家」管理者の出席を得て開催しています。事業所便りも推進会議資料とするなど、事業所の運営状況を報告すると共に、ボランティアの紹介など地域の情報の提供も受け、双方向で実質的な話し合いが行われ、事業所の運営に役立っています。	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に取り組んでいる	ご利用者に関する報告や相談を主に高齢支援課の担当者、ケースワーカーの方を中心に行っております。又、運営推進会議の議事録は直接区役所の窓口で提出し貌の見える関係作りを意識しております。	南区高齢支援課に対して事業所の運営に関する報告、困難事例等の相談を投げかけています。常に「顔の見える関係」を意識して、協力関係を気付くように取り組んでいます。また、神奈川県・横浜市の小規模多機能連絡会に参加して、研修の受講、事例の共有等に努めています。	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	身体拘束防止について、事業所内部で研修を行い職員全員がご利用者の尊厳を守るように促しています。今後は外部の研修にも参加する機会を作り、理解を深めていきます。	月に1回開催する事業所の研修会では、毎年身体拘束に関するテーマを取り上げています。また、職員の望ましくない行動に対しては、言葉による拘束も含めて、常時、その場で注意することにして、実践しています。 職員の見守りにより、施錠はしていません。	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注意を払い、防止に努めている	虐待防止について、事業所内部で研修を行い職員全員がご利用者の尊厳を守るように促しています。今後は外部の研修にも参加する機会を作り、理解を深めていきます。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	事業所内研修で権利擁護に関する研修を行っています。又、あんしんセンターの支援を受けているご利用者がいらっしゃり関わりの中で学ぶ機会がありました。		
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	契約の際はもちろん、解約の際もご家族と十分な話し合いをもつようにしています。		
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	特に機会を設けてはいませんが、日々の関わりの中で管理者・介護支援専門員を中心にご利用者の要望を受け取ったり、送迎時や訪問時などご家族のご意見、苦情等を頂き、早期にサービスに反映してくようにしています。	日常の介護活動の中で管理者・介護支援専門員を中心に利用者の要望を受け止め、早急に応えるようにしています。ご家族からは、訪問時や送迎時に意見・要望を聞き取り、連絡帳も活用して職員間で情報共有してサービスに反映しています。また、法人の担当事業部の方針として、次年度から年2回、家族アンケート調査を実施することになっています。	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
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	毎月開催される、スタッフ会議でケア方法や業務について職員から広く提案を募っています。その場で話し合い、情報共有をして実践しています。	スタッフ会議を月に1回開催しています。事前に会議のテーマを連絡し、テーマにふさわしい提案を職員に促しています。人事管理制度は、法人として確立しており、年に2回人事考課とリンクして、個人目標の策定とその振り返りが行われています。また、これを機会に個人面談を実施することも制度化されています。	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	職員に半期、通期で目標を立ててもらい、その内容を元に年2回面談を行っています。目標の達成を目指し、職員からの相談や方法などアドバイスなどを行い自身のやりがいを持ってもらえるよう努めています。		
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	法人内で新人研修、管理者研修、内部研修等様々な研修を開催、参加してます。必要と思われる外部研修にも積極的に参加しています。		
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	全国や横浜市の小規模多機能連絡会や、ケアプラザ主催の勉強会、事例検討会などに参加し、意見交換等をして同業者同士の連携を深めていく取り組みをしています。また、法人内の小規模多機能や他の福祉サービスとの交流も行っております。		
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	介護支援専門員がキーマンとなり、ご家族、御本人と施設職員との橋渡し役を行っています。施設に来られた際は職員から進んで話かけ、他ご利用者の輪の中や施設の輪の中に安心して入れるように声かけ等しています。		

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	ご家族の話をよく伺い、困っていることの問題点を洗い出し、サービスに組み込む努力を行っています。		
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	ご利用者の初回利用時に、アセスメントした内容と実際を比較して、必要としているサービスを検討していきます。小規模のサービスでなくても可能であれば、ご利用者の負担等を考えて、既存のサービスに変更する手続きもおこないます。		
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	ご利用者が置かれている立場を十分に考え、在宅で生活をしていく上でサービスを通してご利用者と良好な関係を築き支えあうようにしていきます。		
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	在宅生活を24時間365日行なうには、事業所だけでは支援できず、ご家族の力も大切な社会資源となります。共に話し合い、信頼関係を築き上げご利用者のために協力しあえるように心がけています。		
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	訪問サービスを利用してその人が行っていた関わりを継続していけるように支援。また、友人、近隣の方などが施設に訪問してくれるような場所を提供しています。	小規模多機能型居宅介護事業所であり、在宅利用が中心ですが、利用者の希望で馴染の場所への外出を支援したり、利用者の友人の訪問なども積極的に受け入れています。また、今後は利用者の住居がある町内会のお祭りなどへの参加を支援していきたいと考えています。	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	ご利用者同士が、施設のサービスを通じて関わり、友人等になっていただき、ご利用者の生活や施設に来る際の楽しみの一つとなるように職員が支えています。		
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	長期入院や契約解除があっても、ご利用者、ご家族と関係を保ち、相談があれば、小規模サービスや既存のサービスも含めて支援ができるようにフォローしています。		
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。	ご本人の意向に沿えるように、声かけや行動を行い、その人の思いに応えられるよう現在の生活を維持出来るよう支援していきます。	利用者の意向の把握に、「ライフサポートプラン」を活用しています。また、日常の介護活動の過程で記帳される連絡帳に記述された利用者の意向については、モニタリング表に統括して、情報の共有を図っています。 ケアマネジャーは月に1度、管理者は2ヶ月に1度、利用者のご家族を訪問し、利用者の意向を確認する機会にしています。	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	ご利用前のアセスメントの他、面会時にご家族や前任の介護支援専門員、地域の包括職員の方等から情報提供を受けて確認しています。		
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	ご利用者の一日の状況の変化を記録に残し、ご家族、職員が共有でき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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	月に1回、スタッフ会議でご利用者の問題や今後の課題など共有・検討しています。また、ご家族からもよりよい方法のヒントをいただくよう心掛けています。	毎月のスタッフ会議で、モニタリング表をベースに利用者全員の情報共有を行い、介護計画の見直しに繋がっています。見直しの際には、本人・ご家族の希望を聞き、支援すべき課題を明確にし、必要ならば、医師・看護師の意見も参考にして、介護計画を定期的に見直しています。	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	日々の様子やケアの実践はケース記録に残し、また外部やご家族、特記事項があった場合は支援経過記録や、職員連絡ノート等に残して活用しています。		
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	通い・訪問・宿泊サービスをご家族や本人の意向、その時の状況に合わせて臨時で回数を調整したり、緊急避難的に長期の連泊サービスを提供したりして、もれなく支援できるように臨機応変に対応しています。		
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	資源の把握に努め又、資源を活用しながらその方の生活を支えることが出来るよう支援しております。ただ、個々により稀薄な関係性な箇所もあり、徐々に関係が強化できるよう活動中です。		
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	ご利用者のかかりつけ医がある場合は、受診などご家族や施設職員にて同行受診を行います。また、施設でも提携病院があり、必要時には受診対応を依頼しております。	利用者個人個人のかかりつけ医を把握しています。独居の利用者には職員が帯同して医師の診断結果を把握しています。また、ご家族からは連絡帳等を通じて診断状況の連絡があり情報を共有し、服薬管理等にも利用しています。週5回、看護師を配置しています。	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
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	週3日看護師が出勤しており、通常の介護職員同様にシフトに入っております。医療的な面で前面に出てもらい支援しております。感染症や医療関係のOJT研修の講師としても活動しています。		
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。	ご利用者が入院されている、されていないに関わらず、近隣の医療機関の相談室に顔を出し関係を作っています。入院された際は御本人や相談員に連絡を取り、情報の共有を測っています。		
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	開所より終末期の方の受入れ実績はまだありませんが、ご家族、御本人が終末期を在宅で過ごされたいと希望があった際は主治医、看護師、施設、ご家族と話あいの場を設け、チームで情報共有、支えあえるようにしていきます。	看取りに関して現在是对応出来ていないが今後、体制を整え受け入れ準備を整える予定です。重度化した場合、独居の利用者の場合はケースワーカーとの連携、ご家族がある場合は、ご家族との連携を重点施策として考えています。	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	緊急時対応マニュアルの内容を職員全員が一読し、緊急時にはマニュアルにしたがって対応できるようにしている。		
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	今年度の実施はまだ1回のみですが、6ヶ月に1度、避難訓練を計画しています。また、水、食料を2日分備蓄しています。ご利用者が安全に避難できるように、また、地域の方が避難できるように地域と協同して訓練していきたく考えています。	年2回の避難訓練を予定しています。事業所が入居している建物全体の防災との関係もあり、運営推進会議を通じて、消防署、町内会との連携を検討しています。災害に備えて2日分の食料、飲料水を備蓄しており、地域との共同活用を併せて検討しています。	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	
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	ご利用者個人を敬うように声かけには注意を払い、中でも関係作りを大事にしています。また、プライバシーに配慮し、排泄や入浴に注意していきます。	職員は、「羅針盤」の行動指針を基本動作として、利用者個々の個性に応じて、常に気配りを心がけ、工夫をして対応しています。	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	認知症などでご自身の意見や意向が伝えられない場合はご利用者本人を見つめ、必要なものが何なのかを推測し、ご利用者自身ができるように支援していきます。			
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	ご利用者の日々の生活のリズムを尊重し、その中で施設でできることをしていただいています。サービスの時間や内容も御本人に合わせて変更、調整しています。			
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	独居の方や認知の方に対して通年同じものをきていくのではなく、季節に合った衣類を着ていただく。また、髭剃りや化粧などその人らしい身だしなみを支援しています。			
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	朝・昼は手作りで提供しています。季節食や行事食などを取り入れ、月1回の誕生会ではご利用者の皆さんと一緒にパンケーキを作りが恒例行事となっています。	夕食は宅配の弁当を利用していますが、朝食・昼食はメニューと食材の手配を給食業者に委託し、調理は全て職員が行っています。月1回の行事食、お寿司などの出前、ファミリーレストランでの外食など、変化を持たせるような工夫をしています。	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
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	食事量は毎回記録に残し、摂取量を確認し、状態に合わせて食事形態を調整しています。水分補給は一日に1000ccを目標に口渴の訴えない方にも、10時、15時、入浴後等に適宜取って頂く様になっています。		
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	宿泊、通いをとわず、毎食後口腔ケアを行なっております。		
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	ご利用者の様子を観察し、声かけやジェスチャーなどでトイレ誘導を行っています。認知症などで、意思疎通が出来ない場合は定時誘導主体とし実施しています。	ご家族との連絡帳による連携を密にして、家庭と同じ状況で排泄支援を行っています。職員は利用者の様子の観察に基づき、声掛けやジェスチャーで的確に支援を行い、トイレでの排泄、自立排泄を促しています。	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	水分摂取を多くとることで、できる限り自然排便と考えていますが、加齢に伴いご利用者によっては下剤に頼らなければ難しい方もいます。また、昼食前のリハビリ体操など適度な運動も心がけています。		
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	なるべくご利用者の意向にそうようにし、最低でも週2回入浴できるように調整。夏場はご本人の希望と体調を勘案してなるべく週に3回は入れるようサービス提供をしています。	最低、週に2回の入浴を基本として対応しています。菖蒲湯などの季節的な工夫を講じたり、同性介助も希望に応じています。入浴を拒否する利用者にも“入浴が楽しい”と感ずることができるよう、入浴剤の利用なども検討しています。	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
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	声かけや行動などで、ご利用者に休息が必要と感じた場合、または、訴え等があった場合は本人の体調等確認し、臥床し安眠できる場所を提供する。また、夜間宿泊のご利用者が安眠できるように支援しています。		
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	ご利用者の薬の情報は個別ファイルにて保管しています。また、服薬の際に何の薬をどのくらい飲んでいるか、あわせて服薬ミスを防ぐ観点から個別の服薬箱、服薬確認表を使用しています。		
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	小規模多機能だからこそできるご利用者1人1人にきめ細かいアセスメントを行い、ご本人の持てる力の活用や他者の協力で実現したい事等活気ある生活を送れるように心がけています。		
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	お一人ずつ、毎日希望を伺い戸外への支援は困難ですが週間でスケジュール管理し、外出が億劫になっている方でも外出先の検討や、声掛けの方法などを変えてできる限り外出ができ、多くの方と関わって刺激ある生活が送れるように支援します。	近隣の川辺の散歩を中心に外出の支援をしています。特に独居の利用者には買い物がてら外出に同行するよう心掛けています。車での外出は、夕食を兼ねて出かけたり、お花見に出かけたり、工夫して支援しています。	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	訪問サービス時、ニーズがあれば訪問職員と一緒に近隣へ買い物にいけるように支援しています。デイサービスの途中やお一人だけでの送迎時でも、ご希望があれば対応しています。		

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	他ご利用者に迷惑にならない範囲で、自身の携帯電話の操作や通話など行っています。また、電話の取次ぎや手紙の取次ぎなど自身がやりたいことを支援していきます。		
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	施設の整理整頓は常に行い、ご利用者の生活の妨げにならないよう物品の配置に留意しています。また、季節を感じていただけるようにレクリエーション等で季節毎の作品を作成しています。	建屋、内装は法人の専門部署（美化担当）が管轄し、そのコンセプトに基づき、明るく快適な共用空間づくりがなされています。また、コンセプトに沿って、家具等の配置や利用者の作品等の飾り付けがなされています。	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	教養の場がデイルームだけになり、その中で一人ひとりの場所を見つけるのは大変ですが、通いでいらっしゃるご利用者の中で気の合うご利用者などの席を近づけてすこしでもその人の居場所になればと考えています。		
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	長期に宿泊される方は特に、使い慣れた自身のものを持ち込んでいただき使用していただいています。	居室には小型クローゼット、エアコン、加湿器、ベッドが備え付けられています。また、利用者の宿泊時には、宿泊期間に応じて、馴染の用品の持ち込みが行われています。	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	施設に取り付けられた器具で補えない部分は歩行器や車椅子の使用やベッドへの移乗が安楽にできるよう、その都度職員が配置換えを行なうなどして、ご自身でできる環境を確保する対応を心がけています		

目 標 達 成 計 画

事業所

小規模多機能型居宅介護
ひなげし

作成日

平成27年3月16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
3	2	地域との関係性が低い	近隣の方や民生委員、区内包括などから利用相談が受けれるようになる	定期的に訪問し、顔なじみの関係を作る。 地域のボランティアを利用	1 年
1	13	新人職員が多く、経験や介護技術が未熟である。	介護技術、知識の向上と医療についての知識向上	内部・外部の研修会の参加と実施	1年
2	34	新人職員が多く、急変や事故発生時に不安がある	全ての職員が急変や事故発生時に的確に対応できる	マニュアルの把握。 事故防止委員会を毎月開催し対応手順を各職員が身につける。	1年

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。