

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	1495000067	事業の開始年月日	平成19年5月1日
		指定年月日	
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 縁		
所在地	(210-0806)		
	神奈川県川崎市川崎区中島3-9-17		
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	25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	9名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成27年2月5日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月1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/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1495000067&SVCD=730&THN0=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)】

【その人らしく今まで通りの生活が継続出来る為の支援】の為に。ご利用者の方々は、生まれた年代、生まれた場所、そして今日までの生活してきた環境や生活スタイルがそれぞれに違います。それらの違いや個性を把握するためのアセスメントに取り組み、どのように生活してこられ、どのような思いや希望を持っているのかを知ったうえで、生活を支援しています。その為に、通いを中心に訪問・泊りサービスを加えながら個々のご利用者様の生活習慣に柔軟に対応する為に職員の日課業務を細かく決めず、そのご利用者の生活ペースに寄り添って、安心・安全な日々を過ごせるようなサービスを目指しています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年3月6日	評価機関 評価決定日	平成27年5月11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川崎駅東口からバスで約8分「中島二丁目」バス停より徒歩2分の住宅地にあります。鉄筋コンクリート造り3階建ての3階にある小規模多機能事業所です。2階は同一法人の運営するデイサービスセンター、1階は玄関と厨房になっています。通りを挟んで藤崎第三公園があり、散歩や外気浴に最適な所です。

<優れている点>
縁(ゆかり)とは、住み慣れた地域との縁、馴染みの友人との縁、これから出会う利用者と地域の方との縁を大切にしていきたいということで、地域の夏祭り、神社の節分豆まきなどの地域行事に参加しています。祭りの神輿が玄関前まで来て、利用者を喜ばせてくれます。利用者の送迎の時や家族との連絡帳で利用者、家族の意見を聞くようにしています。利用者家族の勤務により、職員の早番の勤務時間を7時30分からを7時からに変更し、家族の要望を実現しています。月ごとに職員と利用者が居間の窓や壁に共同作品を飾っています。3月は羊の貼り絵の雛飾りを棚に、スポンジの花の吊るし絵を壁に飾っています。

<工夫点>
通いの殆どの利用者は、布パンツでトイレ自立しています。排泄チェック表と時間誘導で自宅ではオムツ、通いの時はリハビリパンツとパッドに改善した人もいます。車椅子の人と一緒に車で、川崎マリエンの見学や大師公園での花見をしています。入浴は午前中と午後4時まで入れ、空調は夏は24℃、冬は26℃に設置し、加湿器を2台設置し感染症を予防しています。

【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 縁
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近づけている。	「その人らしく今までの生活を継続し、ご利用者同士で支え合う支援」を基本理念として、問題が生じた際にはご利用者が何を望んでいるかを話し合い実践に努めている。	事業所設立時に職員参加で作成した理念を玄関、リビング、キッチンなどに掲示しています。利用者に帰宅願望がある時などは理念に立ち返っています。職員は会議で話し合い、心の豊かさを大切にしながら、利用者に寄り添う支援に努めています。	
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。	運営推進会議の中で、町内会長や民生委員の方等より情報提供をして頂き、地域行事に参加させて頂いている。	町内会に加入しています。夏祭り、節分の豆まき、川崎大師などの地域行事などに参加しています。特に祭りには神輿が玄関前で休憩するので、利用者も喜んでいます。ハーモニカ演奏やフラダンスの地域ボランティアの訪問もあります。	
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。	運営推進会議では、事業所の日々の実践報告を通じて認知症ケアに関する話題を提供している。また、実習生の受け入れや、学生への介護講義、初任者研修の講義等を職員が担当し、人材育成に貢献している。	/	/
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。	2か月に一度開催し、事業所の活動報告や運営状況についての報告を行っている。その中で出た意見や勘案事項を職員間で共有し、サービス向上に努めている。	メンバーは町内会長、民生委員（5～7名）、地域包括支援センター、利用者、家族、デイサービスセンター管理者、事業所職員です。運営状況や活動報告の他、防火訓練、夜間想定訓練に関する意見交換などを行い、会議後に懇親会を持っています。	
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、困難なケースの方等に応じて、密に連絡を取り情報共有を図り協力を得ている。	生活保護や独居などの困難事例の緊急受け入れなど、行政と連携を図りながら取り組んでいます。市の小規模多機能事業所連絡会は2ヶ月に1回開催しケアマネジャーが研修会などに参加しています。川崎区のケアワーカーとも連携しています。	管理者は就任後日が浅いこともあり、市町村との連携は、これからです。今後の困難事例利用者の入居相談も想定されますので市町村との連携を深めることが期待されます。

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
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。	掲示板に指針を掲示し、日頃から職員に意識してもらうようにしている。ご利用者様自身で開けられるが、安全面を考慮し玄関を止む無く施錠している現状です。出入りの気配を察知することや、落ち着くまでお話する等の対応をしている。	重要事項説明書に身体的拘束禁止を明示しています。法人の研修会でも周知して拘束のないケアに努めています。玄関は利用者の安全面を考慮し、やむなく施錠しています。「待つて」などの言葉による拘束も意識して使わないようにしています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	川崎市の虐待防止マニュアルを設置し、周知に努めている。入浴時等、身体チェックを行い、怪我・痣などの状態観察を行っている。		
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。	日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する職員の知識差がある為、必要時の支援が万全とは言えない。		
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。	契約時、重要事項説明書について細かく説明し、疑問点がないか確認をおこない、理解して頂けるようにしている。		
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。	家族会を2か月に一度開催しています。また、送迎時にご家族とコミュニケーションをとる事や、連絡帳を通して意見や希望を聴き、反映させ、サービス向上に努めている。	利用者の送迎の時や家族との連絡帳で意見や要望を聞くようにしています。急ぐ場合は電話連絡しています。利用者家族の事情により、職員の早番勤務時間7時30分からを7時からに変更し、職員の協力のもと、家族の要望を実現しています。	

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。	月に一度、全職員で集まり全体での会議を行い、話し合いの場を設けている。又、週に一度ミーティングを行い、意見交換している。	全体会議やカンファレンスの際に、職員から要望や意見を聞く機会を作っています。管理者は日常の業務や申し送りの際にも意見を聞くようにしています。3月に施設長と職員の個人面談があり、勤務形態、処遇などの要望について聞く予定になっています。	
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を常に把握し、各職員が努力している事を評価している。年2回の人事考課等で向上心が持てるよう、職場環境・条件の整備にも取り組んでいる。		
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。	新人育成の為、法人内での研修に参加しトレーニングをおこなっている。外部研修への参加があまり行えていなく、中堅職員へのトレーニングも同様、課題である。		
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。	川崎市小規模多機能居宅介護事業所連絡会に加入しており、参加している。また、また、市の事業所連絡会にも参加し、研修への参加や情報交換を行っている。		
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。	利用開始前には、ご本人との面談を通して情報収集を行い、不安感や希望等を言えるような環境作りに努めている。		

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。	契約前に施設見学をして頂くことや、事前訪問をした際に、ご家族としての悩みや不安等を傾聴し、時間をかけて関係づくりをおこなっている。		
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。	ご本人とご家族の要望や必要な援助を確認し、信頼関係を築きつつ、ご本人や家族に合ったサービスの提供をしている。		
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。	慣れにならず、親しい関係としての会話内容や言葉遣いを心掛けて接し、人生の先輩として尊敬の念を忘れないようにしている。		
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。	ご利用者を支えるご家族とは、送迎の際や運営推進会議の際に情報共有に努め、ご本人とご家族の橋渡しになるよう心がけている。		
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。	日頃のコミュニケーションの中から、隣人や友人関係を把握し、馴染みの商店街を利用される方など、今までの生活習慣を尊重している。	近所や老人会の方が面会に来て関係継続に繋がっています。利用者の家族が訪問理容のため、毎月事業所に訪問してくれています。商店街の洋服屋、美容院などに継続して通う人や、事業所で新たに馴染みの関係を築く人などいます。	

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。	日々の様子観察からご利用者同士の関係性を把握し、レクやお話しが出来る環境を考えている。又、ご利用者間のトラブルを未然に防ぐ事や孤立してしまうことの無いよう、職員が間に入るよう心がけている。		
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。	契約が終了しても関係性が続くことを伝えていきます。今後も継続的に関係性を保つことが課題です。		
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。	日頃のコミュニケーションの中で、希望や意向の把握に努めている。独居のご利用者の場合、出来るだけ一人暮らしを継続できるよう、訪問や入浴利用等の支援内容を工夫し、ご利用者本位の支援が出来るよう気をつけている。	利用者の思いを把握するきっかけに、昔のことを調べて、思いを聴き出すように努めています。家族の話や、生活歴を参考にして把握しています。また、夕方の送り車中や、1対1の入浴介助でゆっくり話す中から思いを知ることもあります。	
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。	サービス提供前から、生活歴や暮らし方などを把握するよう努めています。利用開始後もご本人やご家族に聞いている。		
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。	ご利用者のご自宅での過ごし方や心身の状況等を把握するため、送迎時等で家族にお話を伺い、情報共有に努めている。		

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
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。	日々の様子や気づきは個別記録に記載するようにしているが、話し合いをする時間が少ない為、多く時間をとっていききたい。	初回アセスメントではケアマネジャーが家族との話し合いを行っています。計画の策定、計画の実施、モニタリング、評価からアセスメントへのサイクルを念頭に、利用者一人ひとりのニーズに寄り添った計画の支援に取り組もうとしています。	利用者のニーズをもとにした具体的なケアプランの作成が望まれます。モニタリングの期限を定め、評価し、多くの職員がケアプランに参加できる会議の設定も期待されます。
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記載するようにし、情報共有を図っていません。介護計画の見直しを更に有効に行っていくことが課題です。		
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対応が出来る用、勤務時間の変更や配置に配慮しています。また、ご利用者・ご家族の要望により予定以外での通所や宿泊等に対応し、配食サービスの導入するなど、サービスの多機能化に努めている。		
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。	民生委員・地域包括センターの職員と連携を取り、ご自宅での本人の生活を支えています。ご利用者家族による訪問理容やボランティアの地域資源を活用している。		
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。	受診の対応は出来る限り本人・家族にして頂いています。出来ない場合は対応しています。主治医に事業所からの報告をメモで渡したり、ご家族に伝えてもらいながら連携を図っています。又、かかりつけ医を把握し連絡先を基本情報に控えている。	契約時、診断した医師を主治医としてしています。通院には家族が同行しています。家族のいない人はケアマネジャーが同行し報告しています。本人だけで通院した場合は、看護師が通院の様子や服薬について主治医と情報交換しています。	

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。	看護職員を配置し、健康管理や状態変化に応じた支援をおこなっている。介護職は、ご利用者の状態を観察し、気づいたことを報告するようにしている。		
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。	病院との医療連携を図り、入院中面会の機会を設け、情報収集に努め不安や課題を話し合っている。		
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、事業所です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。	終末期のケアをするにあたり、ご家族や主治医とよく相談し、必要に応じて医療機関と連携をとって全職員への周知を図り、共通したケアができるよう努めている。	これまで看取りまでの実績はありません。病状の急変の際は主治医と連携を取りながら協力医療機関に繋げています。	事業所としての重度化や終末期についての対応方針を明文化して利用者・家族との同意を得ておくことが期待されます。
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。	全職員が救命救急の講習を受けるようにしているが、定期的な訓練までは行っていない。今後は全職員が急変や事故発生時に対応できるよう、消防署主催の研修へ参加を考えている。		
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、地域との協体制度を築いている。	消防計画に沿って事業所内で消防署立会いの下避難訓練を行っている。運営推進会議にて地域の方へも避難訓練の参加を呼び掛けや、災害時の協力要請を呼び掛けている。	防災・避難訓練は年2回、消防署立会いで行っています。3月に夜間想定訓練をデイサービス兼任の防火管理者と一緒に民生委員にも協力してもらい行う計画です。消火設備の点検も兼ねて消火器の扱い方について消防署の指導を受けています。	防災設備はありますが、災害用の備蓄として、3日分の水・食料と防寒具（毛布）などの備品類の検討も期待されます。

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。	ご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言葉かけに配慮しています。	「人権」研修を法人で行い管理者から職員に周知しています。利用者権利擁護指針に基づきトイレ・入浴誘導はあからさまな声かけは行っていません。利用者へは、さん付けで呼び同性支援を行っています。個人ファイルは鍵付書庫に保管しています。	
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。	ご利用者にとって分かりやすい言葉づかいや説明をし、ご利用者が自己決定・自己選択が出来るよう努めている。		
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、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。	ご利用者本人のペースで過ごして頂くように配慮しているが、職員側の都合になってしまうことが時折ある為、その方の希望にそった支援を考えたい。また、意思表示が困難な方は、表情や仕草などから意向を読み取るようにしています。		
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。	ほとんどのご利用者様がご家族の対応で慣れ親しんだ理容室を利用している。身だしなみでは、食べこぼしや口の周囲の汚れなどにも気を配れるよう努力しています。		
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。	楽しく食事が出来るよう席の配置に気を配る事や音楽を流すなどしている。また、味付けや食べやすさ等の食事に関するご利用者からの意見を、委託会社へ伝えている。	外部委託の栄養士が1ヶ月ごとに献立を作成し、家族に配布しています。食物アレルギーや、ご飯をおかゆに変更したり、総合栄養食、経管栄養法の対応をしています。行事のクリスマスにはケーキ、正月はお節、ひな祭りはちらし寿司で祝っています。	

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
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る。また、摂取量が少ない時はご利用時に摂取を促すか、ご家族へ報告をして対応している。		
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。	ご利用者の状態に合わせて、自力で出来ない方には毎食後口腔ケアの支援を行っている。訪問歯科受療の方には、歯科医からの指導に基づき歯間ブラシを実施している。		
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。	排泄チェック表を使用し、尿意のないご利用者にもある程度の時間を決めて誘導している。また、尿意や便意が無い方の排泄のサインを見逃さないよう観察している。	通いの利用者は殆ど布パンツでトイレ自立です。終日、または夜間のみオムツの方もいます。排泄チェック表と時間誘導で自宅ではオムツで、通いの時、リハビリパンツとパッドに改善した人もいます。和室で泊まりの人へはポータブルで対応しています。	
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。	御家族からご自宅での排便状況の情報を把握し、利用時の排泄ケアに役立っている。また、水分摂取や、運動（歩行）を促すようにし便秘対策をおこなっている。		
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。	職員側で入浴日を決めてしまっているが、出来る限り入浴する時間の希望を聞いている。また、同性介護となるように配慮したり、ゆっくり入れるように声を掛けるなど環境面も考えている。	入浴時間は昼食時を除いた午前中と午後4時迄としています。入浴の日は病院受診前にしています。事業所での入浴をしない人や、自宅で家族が入浴支援する人もいます。行事の柚子湯、菖蒲湯を行っています。脱衣室はエアコンで室温調節しています。	

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。	ご自宅での休息スタイル・睡眠リズムを本人やご家族から情報を伺い、年齢や体調を考慮して臥床できる時間を作っている。休息できる場所が少ない事が難点である。		
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。	ご家族より、薬剤情報を提供して頂き、薬効・副作用を個別管理し職員が把握できるようにしている。		
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。	利用者一人ひとりの生活歴や楽しみを利用開始時に把握し、可能であることは取り入れるようにアプローチしているが、全利用者まで行き届いていない状況にある。今までの趣味や娯楽を継続してできるよう支援に努めます。		
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。	日常的な外出支援が行えていないが、ご利用者から希望があれば可能な限り対応している。又、季節の行事等の情報があれば出かけるようにしている。	通いや泊まりの場合は希望者がいないので散歩の支援はしていませんが、訪問の場合は独居の人に、買物の同行支援をしています。墓参りは家族が対応しています。車椅子の方も一緒に車で、川崎マリエンの見学や大師公園での花見に出かけています。	
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。	基本、お金の管理はご本人又はご家族に管理して頂いている。来所時に持参希望があれば自己責任で持って来られている。事業所にて金銭を預かる場合は、ご本人やご家族とよく話をしてから行っている。		

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。	ご本人からの希望があった場合には、状況を見ながらご家族宛の電話をかける補助をしている。また、携帯電話を使用するご利用者もおられ、施設利用時に使用しやすいよう配慮に心がけている。		
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。	共有スペースの汚れは、見つけ次第清掃するよう心がけている。リビング壁面には、ご利用者と職員で作成した作品を飾り、季節を感じられるように掲示している。	月ごとに職員と利用者が居間の窓や壁に共同作品を飾っています。3月は羊の貼り絵の雛飾りを棚に、スポンジの花の吊るし飾りを壁に飾っています。空調は夏は24℃、冬は26℃に設定し、居間には加湿器を2台設置し、感染症を予防しています。	
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、つきの合うご利用者同士で座れるようにしている。また、少し他のご利用者と一緒に離れて静かに過ごしたいご利用者には、和室を利用して頂いている。		
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。	宿泊時の持ち込みは、ご家族・ご本人の希望があれば自宅で使い慣れたものを持参される。又、ベッド使用でなく、布団での就寝の方は布団を準備したり、ベッドとトイレの位置・方向が自宅の間取りに近い居室にしたり等している。	エアコン、カーテン、介護ベッド、整理ダンス、クローゼット、洗面台、トイレは事業所で備えています。ペット以外は持込は可能で、テレビを設置する人もいます。長期の泊まりの人はレクリエーションでの賞状やカレンダーを飾っています。	
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。	トイレや廊下に手摺りを設置し、ご利用者が自身で移動できるようにし、安全を考えノーステップ等バリアフリー化している。トイレの位置が分かるよう張り紙をしたり、コップや歯ブラシ等に名前を付ける等、ご本人が分かるようにしている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 小規模多機能型居宅介護 縁

作成日： 平成 27年 5月 26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	災害対策について	防災・避難訓練を年2回実施を今後も行い、地域の方や民生委員等に参加して頂きます。又、災害用の備蓄品を準備していきます。	水・食糧や防寒具などの備品を整理し、必要時使用できるようにしていきます。	6ヶ月
2	26	介護計画とモニタリングについて	利用者のニーズを引き出し、一人ひとりに合った介護計画をチームで作ります。	アセスメント・モニタリング等サイクルを行い、利用者一人ひとりのニーズを抽出し、チームで介護計画を作成します。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月