

< 事業所評価の結果 >

実施日 西暦 2024 年 11 月 24 日

事業所名 小規模多機能ホーム光の園おおくら

役職/氏名 管理者 / 松岡 亮二

■評価の結果「できている」と感じた点や、日頃から特に力を入れている点

幅広い認知症ケアの対応ができていると感じる。最近では高齢者だけでなく、若年性認知症の方の受入も行っている。高齢者支援センター並びに多摩若年性認知症疾患センターとの連携もあり、しっかりとその方の過去の経歴、今の状態と向き合うことで適切な認知症ケアができているのだなと実感することができた。利用者の"不安"がBPSDの出現に直結してしまうため、不安にさせないケアを実践する介護職員は本当に素晴らしいと思う。これを継続できるチーム力を、今後も高めていきたいと思う。

■評価の結果、「できていない」と感じた点と、改善に向けた取組案

小規模多機能居宅介護の中で行われていることを、外部に発信する力が弱いと感じた。どの業界も人手不足であることは否めないが、道路沿いの掲示板などを活用し、もっとここで何が行われているのかを地域の方に知ってもらうための努力をしたいと思う。

※上記は、従業者等自己評価の後に記入してください

■評価表[従業者等自己評価]

番号	評価項目	従業者等自己評価				評価の視点・評価にあたっての補足
		よくできている	おおよそできている	あまりできていない	全くできていない	
<b>I 事業運営の評価 [適切な事業運営]</b>						
<b>(1) 理念等の明確化</b>						
① 小規模多機能型居宅介護の特徴を踏まえた理念等の明確化とその実践						・「計画目標の達成」について、評価します
1	・サービスに求められる「①利用者の在宅生活の継続支援」、「②在宅での訪問支援」、「③生活機能の維持回復」、「④家族の負担軽減」、	○				・①～⑤の全てを含む理念等がある場合は「よくできている」 ・①～⑤の一部を含む理念等が掲げられている場合は、「おおよそできている」もしくは「あまりでき
		[具体的な状況・取組内容]				

	<p>「⑤地域包括ケアへの貢献」を含む、独自の理念等を掲げている</p>	<p>独自の理念というわけではないが、①～⑤までの実践を行っている。具体的にあげていくが、①の利用者の在宅生活の継続支援は、在宅生活を継続していくために必要なサービス利用枠がある場合には断ることなく提供できている。その要因として家族が率先して役割を担っていただけていることが大きく、介護職員の対応の相乗効果の賜物といえる。②の訪問支援も状況に応じて臨機応変に行っており、サービスが入っていない時間帯なども対応できるように努めている。③生活機能の維持回復については目を見張るものがあり、医療との連携のもとで要介護⑤の方のADLを回復させたりしている。④家族の負担軽減は小規模多機能ならではの柔軟なサービスで軽減できている。家族にも遠慮せずに話していただけるように対応している。⑤は町田市小規模多機能連絡会、町プロ協議会、鶴川圏域地域ケア会議、町内会の行事等に参加することで貢献できていると言わ</p>	<p>ていない」 ・独自の理念等が明確化されていない場合は「全くできていない」</p>				
2	<p>・サービスの特徴および事業所の理念等について、職員がその内容を理解し、実践している</p>	<table border="1" data-bbox="593 853 1449 1013"> <tr> <td data-bbox="593 853 808 1013">○</td> <td data-bbox="808 853 1023 1013"></td> <td data-bbox="1023 853 1238 1013"></td> <td data-bbox="1238 853 1449 1013"></td> </tr> </table> <p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>配属3年以上の介護士が半数以上いるため、皆、ここで何をすべきかを十分に理解していると言える。介護福祉士の割合も高く、サービス提供体制強化加算Ⅰを取得していることから、一定の知識と実践を備えた職員が集まっている。ウクレレやギターを弾ける職員が複数名おり、楽器の生音を聞かせてあげられるレクリエーションは人気となっている。</p>	○				<p>・「サービスの特徴および理念等を踏まえた実践」の充足度を評価します ・独自の理念等が明確化されていない場合は「全くできていない」</p>
○							

(2) 人材の育成

① 専門技術の向上のための取り組み

3	<p>・職員との話し合いなどを通じて、各職員の中長期的な育成計画などを作成している</p>		○			<p>・「育成計画の作成」の状況について、充足度を評価します</p> <p>・すべての職員について育成計画などを作成している場合は「よくできている」</p> <p>・育成計画などを作成していない場合は「全くできていない」</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>管理者は職員と個別に話をする時間をとることを心がけている。育成計画においては、話し合いを通じて、管理者が期待することを伝え、目標を設定。目標については、責任という負荷をあまりかけてほしくないという考えから、成長より現状維持を望む声も聞かれるが、あくまでも管理者が、その期待を込めて作成したものであり、必ずしも必達すべき目標設定にはなっていない者もいる。しかしながら、次の世代を担ってほしい職員には、段階的な指導を行っている。</p>				
4	<p>・法人内外の研修を受ける機会を育成計画等に基づいて確保するなど、職員の専門技術の向上のための日常業務以外での機会を確保している</p>	○				<p>・「専門技術の向上のための日常業務以外での機会の確保」について、充足度を評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>前述のとおり、サービス提供体制強化加算を取得していることから、職員の研修計画の作成を行わなければならない。事業所としての必須研修（虐待・ハラスメント・感染症等）はもちろん、資格取得のための外部研修などにも計画的に参加してもらっている。本年度、介護主任が退職したことに伴い、各職員の役割も明確化され、ステップに応じて、何の仕事を担当してもらうか育成過程に応じた責任を持たせるようにした。</p>				

② 介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保

5	・介護職・看護職・介護支援専門員の間で、職員が相互に情報を共有する機会が、確保されている	○				<ul style="list-style-type: none"> <li>・「情報を共有する機会」の充足度を評価します</li> <li>・例えば「利用者等の具体的なケースについて話し合うための、定期的なカンファレンスの開催」などが考えられます</li> </ul>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>申送りノートやSNS、対面での会議などを活用し、職員たちが闊達に意見を出し合える雰囲気になっている。考えがまとまっていなくても、管理者らが話を聴く姿勢を持ち、話しやすい雰囲気をつくることを意識している。フロアで過ごす利用者が笑顔かどうか、職員の表情は笑顔かどうかである。笑い声の聞こえる職場であれば、職員間のコミュニケーションは相互にうまくいっていると考える。</p>				

(3) 組織体制の構築

① 運営推進会議で得られた意見等の反映

6	・運営推進会議で得られた要望、助言等を、サービスの提供等に反映させている			○		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「得られた要望・助言等のサービスへの反映」の視点から、充足度を評価します</li> </ul>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>運営推進会議において、外の掲示板などの中でやっていることを紹介してみてもどうか？という意見をいただいた。正直、発信するために情報を整理する人と時間が限られており、手がつけられないというのが現状である。社協や警察からのポスター貼りなどすぐに協力できることは対応させていただいている。</p>				

② 職員が安心して働くことができる就業環境の整備

7	・職員が、安心して働くことができる就業環境の整備に努めている	○				<p>・「職員が、安心して働くことのできる就業環境」の充足度を評価します</p> <p>・例えば、「職員の能力向上の支援」、「精神的な負担の軽減のための支援」、「労働時間への配慮」などが考えられます</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		職員によって考えが異なるため、各人にとって安心して働ける職場になっているのか分からないが、指標として有給休暇の取得や残業を減らすことなどは意識している。介護人材が少なければ、登録利用者数で調整を図るなど、小規模多機能だから可能な時間の使い方なるべく負担のかからない運営になっていると信じたい。				

#### (4) 情報提供・共有のための基盤整備

##### ① 利用者等の状況に係る情報の随時更新・共有のための環境整備

8	・利用者等の情報について、随時更新を行うとともに、必要に応じて職員間で迅速に共有できるよう工夫されている	○				<p>・「情報の随時の更新」と「職員間で迅速に共有するための工夫」の2つの視点から、充足度を評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		職員が主体的に情報を聞く姿勢については優れていると感じる。「あの件はどうなっていますか？」など受信する人の感度が高ければ、発信者が情報過多で忘れてしまっていることについても思い出すことができるのでこちらとしても助かっている。職員全員が、利用者一人ひとりの支援に関心を向けており、情報が行き交っているので、支援内容が早いテンポで変わってしまうが、よく対応できていると感じる。送りノートの活用も素晴らしい。				

(5) 安全管理の徹底

① 各種の事故に対する安全管理

9	・サービス提供に係る利用者等および職員の安全確保のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている	○				・「各種の事故に対する予防・対策」の充足度を評価します 対策が求められる事項としては、例えば「医療・ケア事故の予防・対策」、「交通安全」、「夜間訪問時の防犯対策」、「個人情報保護」などが考えられます
		[具体的な状況・取組内容] 事故の予防・対策としてはインシデント・アクシデントシートの活用がある。職員会議で共有するが、ほとんどの場合、発生時から2～3日で全員が周知している。交通安全に関しては、安全運転管理者講習を受講したり、ドライブレコーダーを搭載した車種に順次替えているところである。送迎時間についての家族の心理変化の勉強なども行っている。個人情報については、契約時に家族から同意をとっており、ブログなどの写真の取り扱いを通じて職員への意識づけ出来ていると言える。				

② 災害等の緊急時の体制の構築

10	<p>・災害などの緊急時においても、サービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関の間で、具体的な対応方針が共有されている</p>		○			<p>・「緊急時におけるサービス提供のための備え」について、充足度を評価します</p> <p>・例えば、「安否確認方法の明確化」、「連絡先リストの作成」、「医療材料などの確保」、「災害時ケアのマニュアル化」などが考えられます</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>法人の中で、事故・防災委員会があり、そこが主となって避難訓練などを行っている。今年度は、水害想定と地震想定での2度の総合訓練を行う。2月には鶴川消防署を招いてのAEDの講習会等が行われる予定。また大蔵町内会での防災訓練には職員も参加したいとの声が上がっている。</p>				

番号	評価項目	従業者等自己評価				評価の視点・評価にあたっての補足
		よくできている	おおよそできている	あまりできていない	全くできていない	
<b>II サービス提供等の評価</b>						
<b>1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供</b>						
<b>(1) 利用者等の状況把握及びアセスメントに基づく計画の作成</b>						
① 利用者等の24時間の暮らし全体に着目した、介護・看護両面からの一体的なアセスメントの実施						
11	・在宅時の利用者の生活状況や家族等介護者の状況等を含む、利用者等の24時間の暮らし全体に着目したアセスメントが行われている	3	5	0	0	・「計画目標の達成」について、評価します
		[具体的な状況・取組内容]				
		職員が一番気を張っているのが【入浴】と【訪問】である。施設で過ごす【通い】や【宿泊】については、その場で対応することができるが、如何に自宅での変化に気づくかを大切にしている。【入浴】であれば着脱更衣や新しい痣の確認など。【訪問】であれば薬カレンダー等で薬を飲んでいた人が急に飲めなくなったりするなど。“いつもと違う”に気づくことが在宅生活の継続につながると考えている。				
12	・介護職と介護支援専門員・看護職がそれぞれの視点から実施したアセスメントの結果が、各職種の間で共有されている	3	5	0	0	・「介護職と看護職間でのアセスメント結果の共有」について、充足度を評価します ・介護・看護の両面から行われたアセスメントの結果は、その後のつき合わせなどを通じて、両職種で共有されることが望ましいといえます
		[具体的な状況・取組内容]				
		現在は申送ノートを活用。特に看護師は週2回の勤務であるため重宝している。介護士は、ノートに記入する際に読む側が誤解しないように言葉を選んで書いているという。また反対に言葉巧みに書きたいが、読むと話すでは情報量が異なるので、ノートを読んでもらって、不明な点があれば書いた職員に実際の内容を確認することで誤解のない情報共有を行っている。				

② 利用者等の「尊厳の保持と自己実現の達成」を重視した計画の作成

13	<p>・家族を含む利用者等の考えを把握するとともに、その目標の達成に向けた計画が作成されている</p>	3	5	0	0	<p>・「家族等の考えを含めた計画の作成」について、充足度を評価し利用者のみでなく、家族等の考えを適切に把握するとともに、その考えを含めた計画を作成することは重要であるといえます</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>送迎時に会うことができる家族と介護士は深くコミュニケーションがとれている。しかしながら家族にどこまで伝えるかという点においては、ケアマネジャーが伝えるべき内容と、介護士が伝えてもよい内容の線引きが難しいという事があがった。特に重要なのは、利用者本人の計画に対して、事業所および家族、その他関りある人がどのような役割をもって接するかである。特に弊所を利用する若年性認知症の方の計画については、そこが目標に向かっていく計画になっていると言える。</p>				
14	<p>・利用者の有する能力を最大限に活かした、「心身の機能の維持回復」「生活機能の維持又は向上」を目指すことを重視した計画が作成されている</p>	4	4	0	0	<p>・「利用者の有する能力を活かした、心身機能の維持回復を重視した計画の作成」について、充足度を評価します</p> <p>・「利用者が尊厳を持って、その有する能力に応じ地域において自立した日常生活を営む」ために、必要な視点であるといえます</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>例えば、歩行が安定していないが自力で歩ける利用者に対して常に手を貸してしまう介護士と、歩けるところまで歩いてもらう経験豊富な介護士に分かれてしまう時がある。その際、継続的な在宅生活を継続していくために、長期目標や短期目標がどのように設定されているのかをカンファレンス時にケアマネジャー及び介護士とで確認し合っている。また本人の生活歴から役割を見出すこともある。若年性認知症の方は、元美容師ということもあり、他の利用者の浴後のブローなどをしていただいている。その時はとてもイキイキとされている。</p>				

③ 利用者の今後の状況変化の予測と、リスク管理を踏まえた計画の作成

15	・利用者の今後の状況変化の予測と、リスク管理を踏まえた計画が作成されている	3	5	0	0	・「状況変化の予測」と「リスク管理」の2つの視点から、充足度を評価します ・介護・看護が一体的に提供される看護小規模多機能型居宅介護においては、特に看護職による予後予測などを踏まえて計画を作成することが重要です
		[具体的な状況・取組内容]				
要介護①独居の利用者で週2回の【通い】と週1単独での【訪問】を行っているレビー小体型認知症の利用者の状況が著しく悪化した際、一人で家に帰すのは難しいと判断し、週3回の【宿泊】を入れることで対応。家族も利用者宅から出勤するなど在宅の見直しを検討。その間に、区分変更申請、入所施設の見学、医療機関への受診など、方向性を検討する時間を設けることができた。						

(2) 利用者等の状況変化への迅速な対応とケアマネジメントの実践

① 継続したアセスメントを通じた、利用者等の状況変化の早期把握と計画への反映

16	・サービス提供を通じた継続的なアセスメントにより、利用者等の状況変化を早期に把握し、計画への適宜反映が行われている。	3	4	0	1	・「訪問による、家族等を含めた居宅での生活状況の変化の継続的な把握」という視点から、充足度を評価します ・「早期の把握」と「計画への適宜反映」の2つの視点から、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容]				
利用者にとって事故が起こりやすいのは自宅であることが多い。きちんと服薬ができなかったり、転倒したり、また尿失禁のまま生活している場合などがある。その都度、サービスのあり方を話し合い、ケアの内容が充分か、実行可能であるかを判断し、計画へ落とし込んでいるといえる。【訪問】については【通い】前の準備のための訪問と、その日のサービスが【訪問】だけという場合があり、特に後者は、薬カレンダーの確認、バイタルチェック、身体観察、水分補給、空調確認、話の内容からおかしな点はないかなどを確認し、変化があればケアマネジャーに報告をするようにしている。						

② 居宅への訪問を含む、利用者等の暮らし全体に着目したアセスメントの実施と計画への反映

17	<p>・通い・泊まりの利用に過度に偏らないよう、適時適切に利用者宅を訪問することで、家族等を含めた居宅での生活状況の変化を継続的に把握している</p>	5	3	0	0	<p>・「訪問による、家族等を含めた居宅での生活状況の変化の継続的な把握」という視点から、充足度を評価します</p> <p>・訪問によるケアの提供は、家族等を含めた居宅での生活状況を把握するためにも重要です</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>基本的には1週間の定期スケジュールで各利用者のサービス計画を設定している。要介護度については2024年11月現在、2.76となっており全国平均よりやや高め。月の平均登録人数は20名で【通い】サービスは全員が利用。一人あたりの月の平均利用回数19回。【訪問】については10名が利用しており、月間総計が平均243回。一人あたりの月の平均訪問回数は24回となっている。そのため、自宅での生活状況の変化については、把握しやすい状況であると言える。</p> <p>ある利用者については、【通い】前の準備のために【訪問】を利用し、起床から排泄、更衣の介助を行い、ホームへ連れてきていた。ある朝の訪問時に、枕元に吐血跡を見つける。一旦は本人をホームに連れてきたが、すぐに家族へ連絡。家族が会社から戻って病院受診を行った。診察の結果、重度の肺炎で入院という運びとなった。</p> <p>この状況から、小多機における【訪問】は限られた時間ではあるが、自宅に一人でいる利用者の状況の変化に対応することができることを職員で学ばせていただいた。</p>				

③ 利用者等の状況変化や目標の達成状況等に関する関係多職種との情報共有						
18	・利用者等の状況変化や目標の達成状況等について、主治医など、事業所内外を含む関係多職種と情報が共有されている	4	4	0	0	・「利用者等の状況変化や目標の達成状況等の事業所内外を含む関係多職種との情報共有」について、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容]				
		昨今は、MCS(Medical Care Station) を活用することで医療と介護、ソーシャルワーカーとの連携がスムーズになったと言える。特に、医療機関の異なる複数の医師が関わっている場合、ケアマネが受診同行した情報を関係者に一度に報告できるのは、電話やメールで連絡するよりも効率的で、病状の判断にもよい影響を与えている。画像や動画、診断結果等の受け取りもでき、今となっては介護の現場に欠かせないツールとなっている。				

**(3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供**

① 介護職と看護職の相互の専門性を生かした柔軟なサービスの提供						
19	介護職と看護職のそれぞれの専門性を最大限に活かしながら、柔軟な役割分担が行われている	3	4	1	0	・「介護職と看護職の専門性を活かした役割分担」について、充足度を評価します ・介護・看護が一体的に提供される看護小規模多機能型居宅介護では、効果的・効率的なサービス提供のために、各々の専門性を活かした役割分担や、業務の状況等に応じた柔軟な役割分担を行うことが重要です
		[具体的な状況・取組内容]				
		弊所は、看護師が火曜日と金曜日に勤務している。看護師の役割は、利用者の体調管理、全身観察、職員への服薬管理指導、状況変化時の家族又は医師への連絡、薬剤師への服薬確認等がある。介護職員は生活リハビリを中心に、利用者の有する力を活用しながら在宅生活を意識した計画を実施している。今夏、要介護⑤の利用者を入所施設から在宅生活へ戻す試みを行ったところ、当初、立位がとれるだけだったADLは、小刻みではあるが歩けるようになり、現在では自宅2階へ一人で上がってしまうまで回復した。このことは、複合的な要素が絡んではいるが、看護師及び介護職の献身的なケアがあってこそその結果であると考え				

20	<p>・利用者等の状況について、介護職と看護職が互いに情報を共有し対応策を検討するなど、両職種間の連携が行われている</p>	4	3	1	0	<p>・「介護職と看護職の情報共有および対応策の検討」について、充足度を評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>・頭皮に疾患がある利用者に対して、看護師が頭皮の確認を行い、現在のシャンプーの利用を中止する指示を出す。</p> <p>・便秘が続いている利用者に対して、臀部を触診し、看護師が排便などを行ってもらう。</p> <p>・白癬のある利用者の爪切りは看護師が適切に行っている。</p> <p>これらの看護師の行為については、日々の介護士の観察した情報をもとに情報を共有し、看護師自らが動く体制を整えている。</p>				

② 介護職から看護職への情報提供および提案

21	<p>・介護職から看護職に対して、収集したバイタル情報・心身の機能の維持回復などの観点から、情報提供や提案等を行っている</p>	4	3	1	0	<p>・「看護職の専門性を活かした、介護職への情報提供や提案等」について、充足度を評価します</p> <p>・このような情報提供や提案等は、看護職の専門性を活かした役割の1つとして期待されます</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>上記、20の設問と同じであり、日々のバイタル測定の記録や排便の記録を共有し、介護士が利用者に不安を感じる点を相談し、どのように対応するか、看護師、ケアマネ、介護主任が相談の上、管理者が総合的な判断をくだしている。職員一人で判断するのではなく、事業所としての意思決定がシステム化されていると考えてよい。特に、血圧が安定しない利用者に対する【入浴】の実行に関しては、看護師の判断を最も優先する意見として捉えている。</p>				

(4) 利用者等との情報及び意識の共有

① 利用者等に対するサービスの趣旨及び特徴等についての情報提供

22	・サービスの趣旨および特徴等について、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている	3	5	0	0	・「利用者等の理解」について、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容] 主にケアマネジャーが本人や家族への説明を行っているが、サービスの趣旨や特徴に関しては常勤の職員ならばほぼ理解し説明できる状況にある。特に【訪問】では突発的な出来事への対応を求められることが多い。例えば、自宅にて薬を重複して飲んでいる可能性がある場合、状況を利用者および家族に説明した上で、処方しない判断を行うこともあった。また自宅に不在の場合は時間をずらして臨時の【訪問】へ行くなど、場面を理解して職員が動いてもらえるのは非常に頼もしいと感じている。				

② 利用者等への「在宅生活」に係る介護方法等の指導・説明

23	・作成した計画の内容や在宅生活の継続に向けて留意すべき点等について、分かりやすく説明し、利用者等	4	4	0	0	・「利用者等の理解」について、充足度を評価します
		[具体的な状況・取組内容]				

	<p>の理解を得ている</p>	<p>計画を作成する際に注意を払っていることは、なぜその回数を利用になるのかということ。特に要介護度に応じて、サービス量を決めるようにはしており、状態変化に伴う区分変更の申請の必要性などを説明できるようにしている。また自宅内の環境について福祉用具の方とも密に連携をとらせていただき、転倒などのリスク要因をなるべく少なくできるよう専門家の意見を取り入れながら、サービス内容に理解をいただきながら行っている。もちろん医療との連携も重要であり、最近では体重が30kgを切っている利用者の家族には受診を促すなど、利用者本人の状態に必要な処置を行ってもらえる</p>				
24	<p>・利用者等が行う服薬管理や福祉用具の取り扱い方法、家族等が行うケアの提供方法、家族等が行うケアの提供方法について、分かりやすく説明し、利用者等の理解を得ている</p>	3	5	0	0	<p>・「利用者等の理解」について、充足度を評価します</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>服薬管理については、よく自宅を訪問した際に朝薬を飲まれている場合が多く、その場合、薬の服用時間の間隔を確認しなければならないことを家族と共有している。その場で福用してもらうか、もしそれが大事な薬であるならば昼食後に回すことができるかなど、家族から主治医への確認、看護師から薬剤師への確認を行いながら進めている。福祉用具では車椅子の使い方や、その必要性などについて家族に説明することがあり、歩行状態がよくなれば事業所での車椅子使用はせず、手引きなどを行い本人の足でしっかりと歩いていただくようにしている。</p>				

③ 重度化した場合や終末期における対応方針の、利用者等との相談と共有

25	<p>・利用者本人（意思の決定・表示ができない場合は家族等）の希望や意向を把握し、サービスの提供に反映している</p>	3	4	1	0	<p>・「サービス提供への適切な反映」について、充足度を評価します</p>
[具体的な状況・取組内容]						
		<p>今年6月に要介護⑤の利用者の利用依頼を受けた。要介護⑤の方に必要であろうと思われる【通い】【宿泊】の利用枠を用意することができなかったが、妻が「有料老人ホームから自宅へ帰りたい」という強い要望を受けて、1週間のうち1泊2日を1回と2泊3日を1回。自宅で過ごす日は1日2回の訪問を入れることで在宅生活に戻ることにした。当初、本人は車椅子での生活であったが、本人の状態から医師と相談し、薬の量を調整してもらうことに。本人は立位がとれるため、オムツでの排泄ではなく、トイレにて排泄させることに。車椅子ではなく椅子に座ることも生活リハビリの一貫とし、わずか1カ月で自分で小刻み歩行ではあるが、自分で歩くことができるまでに回復した。ところが自宅で2階の部屋まで上がってしまう。ADLは確かに回復したが転倒リスクは以前より増したと思われる。それでも本人、妻の意向は在宅の継続であるため、今後もサービスを変更しながら在宅生活を継続していく。</p>				

26	<p>・在宅生活の継続の可否を検討すべき状況を予め想定し、その際の対応方針等について、利用者等と相談・共有することができている</p>	3	5	0	0	<p>・「将来に発生し得る様々なリスクを想定した上での、対応策の検討と共有」について、充足度を評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>家族が就労しているが【宿泊】はせず、月～金まで朝の9時～夜20時30分まで家族送迎にてサービス利用をしている方がいる。利用開始時の体重は30kgを切っており、ホームでの食事や補助食品のおかげでなんとか30kg台まで回復したが、（感染症ではない）風邪を引いてしまい体重が28.5kgまで減少した。風邪の影響から喉の痛みが続き、さらに3日間はホームの食事（昼食、夕食）を食べられない状態に。体重を再測定したところ27.5kgまで減少。本人が食べられない状態での利用はきわめて危険と判断し家族に受診をお願いすると同時に、現在のホームの利用方法は適切なものなのか、医師に見解を伺うことにした。弊所は医療機関ではないが、このままの可能性として点滴や入院の必要性を感じていたため、在宅を続けるべきか家族と方針を決める必要があった事例である。</p>				
27	<p>・終末期ケアにおいて、利用者等に適切な時期を見計らって、予後および死までの経過を丁寧に説明し、説明した内容や利用者等の意向等を記録として残している</p>	0	2	1	0	<p>・「予後および死までの経過の説明」と「記録の有無」の2つの視点から、充足度を評価します</p> <p>・「丁寧に説明し」且つ「記録として残している」場合は「よくできている」</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>ほぼ職員全員、終末期ケアを経験していない。別事業所で終末期ケアを経験したことがある職員による回答となっている。小規模多機能では終末期ケアまでいくのは稀である。ほとんどのケースは体調を崩し、医療機関へ入院。復帰するケースもあるが、多くの場合は、入所施設等へのサービス移行もしくはご逝去されることになる。</p>				

## 2. 多機関・多職種との連携

### (1) 病院・施設等との連携による円滑で切れ目のないケアの提供

#### ① 病院・施設等との連携や情報共有等による、在宅生活への円滑な移行

28	・病院・施設等との連携・情報共有等により、病院・施設等からの、利用者の円滑な在宅生活への移行を支援している	3	4	0	0	・「利用者の円滑な在宅生活への移行」について、充足度を評価します ・例えば、「退院・退所前のカンファレンスへの参加」、「利用者等に係る病院・施設等との継続した情報共有」などの取組が考えられます
		[具体的な状況・取組内容]				
		回答してもらった職員のうち1名は移行支援を経験していない。退院時カンファレンスに参加することもあるが、現在は医療機関から電話やアセスメントシートを受け取ることで情報共有している。要介護④の方の受け入れケースでは、家族の相談支援から本人像を想像し、病院からの情報と照らし合わせることで、必要な支援方法の模索を行っている。				

#### ② 入院・入所の可能性がある利用者についての、主治医等との対応方針の共有

29	・すべての利用者について、緊急時の対応方針等を、家族等と相談・共有することができる	2	5	1	0	・「緊急時の対応方針等の家族等との相談・共有」を評価します ・利用者の状態変化・家族等介護者の状況の変化など、実際に発生する前の段階から予め対応方針等を家族等と相談・共有しておくことが重要です
		[具体的な状況・取組内容]				
		緊急時の対応は、原則として管理者・ケアマネに連絡が入るようになっている。もちろん、その場ですぐに対処しなければならない場合は、経過の記録をとることにしている。食事を喉につまらせた利用者がいたが、職員が喉に詰まった塊りを取り出し、事なきを得た。家族に状況説明を行い、最近の嚥下状態から食事目も目が離せなくなっていることを伝える。現場は、何が起こるか予測不能ことが多いが、職員が何もしないで見ているだけでなく、自分から動き出す勇気を持てるよう指導していかなければならない。				

③ 地域の医療機関等との連携による、急変時・休日夜間等に対応可能な体制の構築

30	<p>・地域の医療機関等との連携により、休日夜間等を含めて、すべての利用者について、急変時に即座に対応が可能な体制が構築されている</p>			○		<p>・「即座な対応が可能な体制の構築」について、充足度を評価します</p>
		[具体的な状況・取組内容]				
		<p>正直、事業所として地域包括システムについて語れるのは管理者をはじめ極少数の職員となる。管理者は、町田市小規模多機能連絡会の会長で、町田医師会が中心となっている町田安心して暮らせるまちづくりプロジェクトの協議会委員であることから計画を理解できるが、計画の末端で活躍している介護士と深く話をしたことはない。ただし、管理者が向かうべき道筋を立てて事業運営をしているのは間違いなく、その指針に則って、介護士は日々の業務に邁進していると言える。今後、年度初めには介護保険事業計画を共有することは大切であるが、マクロの話は、介護士たちにとっては少し負担が大きいと思われる。介護士として、高齢者や地域の身近な存在となれることは、たとえば事業所の前を清掃しているときに、住民とあいさつをすることはできているので、そうしたことが地域貢献につながっていることを実感させていく取り組みを行っていきたいと思う。</p>				

(2) 多職種との連携体制の構築

① 運営推進会議等における、利用者のために必要となる包括的なサポートについての、多職種による検討

31	<p>・運営推進会議等において、利用者のために必要と考えられる包括的なサポートについて、民生委員・地域</p>	○				<p>・「利用者のために必要となる、介護保険外のサービスやインフォーマルサポート等を含めたケアの提供について、多職種とともに検討・支援を行っていくなど</p>
		[具体的な状況・取組内容]				

<p>包括支援センター・市区町村職員等への情報提供や提案が行われている</p>	<p>高齢者支援センターには個別のケア会議を依頼することもある。虐待ヒヤリハットシートの提出を行う場合もある。最近の事例で言えば、若年性認知症の利用者の家族支援をどのように考えるべきか、の会議を開催していただいた。介護保険制度の弊所だけでは家族支援まで手が回らず、本人を中心とした家族ケアを行うことはできるが、配偶者やその子どもを中心に据えて介護をすることは難しい。そのため、他の資源の活用等も検討していただき、家族全体を支援対象として見ることができないかなど、情報のすり合わせを行っている。</p>	<p>の取組」の充足度を評価します</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・そのような取組をしたいことがない場合は「全くできていない」</li> <li>・民生委員のみでなく、自治会長や町会長などの住民代表も対象です</li> </ul>
---	--	---

**3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画**

**(1) 地域への積極的な情報発信及び提案**

① サービスの概要及び効果等の、地域に向けた積極的な情報の発信

<p>32 ・運営推進会議の記録について、誰でも見ることができるような方法での情報発信が、迅速に行われている</p>	<p></p>	<p>○</p>	<p></p>	<p></p>	<p>・「誰でも見ることができる方法での情報発信」と「迅速な情報発信」の2つの視点から、充足度を評価します</p>
<p>[具体的な状況・取組内容]</p>					
<p>現在の運営推進会議の閲覧方法は、事業所の玄関に議事録を置いてあることにとどまっている。最近の情報開示の傾向として、ホームページ上に掲載することが求められているため、次年度以降、運営推進会議の議事録をホームページに掲載することを検討することにする。その際、個人情報の開示について、同意を得ることを忘れてはならない。</p>					

33	<p>・サービスの概要や地域において果たす役割等について、正しい理解を広めるため、地域住民向けの積極的な啓発活動が行われている</p>	○				<p>・「積極的な啓発活動」について、評価する項目です</p> <p>・例として、「チラシ等の配布」や「地域説明会の実施」などの取組が考えられます。</p> <p>・利用者や職員の確保のみを目的とした活動等は除きます</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>これは職員全員がというよりは管理者の仕事として、地域への普及啓発に努めているところである。管理者は、町田市小規模多機能連絡会の会長であり、町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト協議会の協議委員でもある。そこで様々な提言を行っている。また小規模多機能居宅介護の啓発活動としては、鶴川圏域のケアマネカフェでの事業所紹介を行っている。またアルファ医療福祉専門学校や野津田高校の実習生の受け入れも行っており、介護福祉人材の育成にも取り組んでいる。</p>				

**(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けての、まちづくりへの参画**

① 行政の地域包括ケアシステム構築に

34	<p>・管理者および職員が、行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの構築方針や計画の内容等について理解している</p>		○			<p>・「内容等の理解」について、その充足度を評価します</p> <p>・地域包括ケアシステムの構築にあたっては、その中で各々が果たすべき役割を、明確に理解することが必要であるといえます</p> <p>・地域包括ケアシステムの構築方針や計画などが無い場合は、「全くできていない」</p>
		<p>[具体的な状況・取組内容]</p> <p>地域包括ケアシステムとは、身近なつながり、結びつきを強くしていくことで社会課題や困難を解決していくことである。小規模多機能居宅介護の目的は、そのシステムと同期した考えの上であり、「重度化しても住み慣れた居宅で生活を継続することが目的として掲げられていることは、管理者および職員はしっかり認識できていると言える。一方で、管理者は法人の事業計画書の読み込みができていないものの、リーダー層及び介護職員等は細かい部分までの理解が必要であると感じる時がある。</p>				

② サービス提供における、（特定の建物等に限定しない）地域への展開					
35	・サービスの提供エリアについて、特定の集合住宅等に限定せず、地域に対して積極的にサービスを提供している	○			<ul style="list-style-type: none"> <li>・「特定の集合住宅等に限定しない、地域への積極的な展開」について、充足度を評価します</li> <li>・特定の集合住宅等のみを対象としている場合は「全くできていない」</li> </ul>
		[具体的な状況・取組内容]			
		現在の弊所利用者の居住区域は、金井、玉川学園、南大谷、藤の台、鶴川、広袴、能ヶ谷、真光寺、野津田、三輪となっている。一番多くの利用者が住んでいるのは鶴川であり5名が利用している。鶴川団地の利用者もいるが号棟が別であり、集合住宅に一局集中しているわけではない。現在の利用者の送迎時間を変更することなく、新規利用者を受け入れなければならないが、送迎時間の説明をして、理解していただいた方に利用を促しているのが現状である。			
③ 安心して暮らせるまちづくりに向けた、関係者等への積極的な課題提起、改善策の検討等					
36	・介護・看護の観点から、地域の関係者に対し、必要に応じて課題提起や改善策の提案等が行われている		○		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「課題提起や改善策の提案等の取組」について、その充足度を評価します</li> <li>・今後は、サービスの提供等を通じて得た情報や知</li> </ul>
		[具体的な状況・取組内容]			

鶴川エリアの地域ケア会議では、医療と介護の多職種が集まり、地域の課題などの話しをする機会が設けられている。今年度の地域ケア会議のテーマは【地域の防災】で、会議において弊所管理者は、大蔵町の避難訓練と避難所開設訓練が、町内会主導で行われていることを紹介させていただいた。出席者の中には、こうした地域の活動を把握していない人もおり、今年度は地域ケア会議のメンバーと一緒に訓練に参加することになった。

避難訓練では、地域住民、消防団、警察官、介護・看護関係者等が集まり、起震車や煙幕、消火器、三角巾の使い方等を学ぶ。事業所管理者として消防団に質問をすると、地域住民の視線が私に集まり、介護施設の管理者が避難訓練に参加しているのを知り驚いていたように思う。また近隣の薬局で働く薬剤師とも意見交換をかわすことができ、こうした場に顔を出すことの重要性を改めて再認識した。

防災に限らず、こうした提案の場として、町田安心して暮らせるプロジェクトへの議員としての参加や、個別のケア会議を通して問題提起をさせていただきたいと思う。

見、多様な関係者とのネットワーク等を活用し、必要となる保険外サービスやインフォーマルサービスの開発・活用等、利用者等のみでなく地域における課題や改善策を関係者に対して提案していくなどの役割も期待されます

・そのような取組をしたことがない場合は、「全くできていない」

37 ・家族等や近隣住民などに対し、その介護力の引き出しや向上のための具体的な取組等が行われている

		○	
--	--	---	--

[具体的な状況・取組内容]

・「家族等や近隣住民に対する、介護力の引き出しや向上のための取組」について、その充足度を評価します

・今後は、利用者への家族等や近隣住民の関わりを促す

家族の介護力を高めることは非常に難しく、小規模多機能型居宅介護の場合、月額定額の介護報酬であるため、サービス過多になるケースが多い。注意すべきは、介護度が低い方と高い方のサービス量が逆転しないようにすること。弊所では独自の指標をもって対応させていただいているが、指標に縛られると新規利用者にとっては小規模多機能のメリットを最大化できなくなることがある。家族に対する取り組みとして大切なのは役割の明確化である。いつ、家族が、どこで、何を、してもらうか。この整理をケアマネジャーを中心に行っており、見守り、服薬管理、温度調節など各家庭にあった方法で取り組んでもらっている。最近では自宅に監視カメラを設置したり、施錠や温度調節も遠隔でコントロールしたりする家族が多い。今後、地域に開かれた事業所にするために、こども食堂や学習スペースの提供など、地域の課題を解決する取り組みをはじめたいと考えている。

しなから、関係者全員が介護力を最大限に高めることにより、在宅での生活を支えていくための環境を整えていくなどの役割も期待されます

・そのような取組をしたことがない場合は、「全くできていない」

■評価表[従業者等自己評価結果]

番号	評価項目	従業者等自己評価				評価の視点・評価にあたっての補足
		ほぼ全ての利用者について達成されている	利用者の2/3くらいについて、達成されている	利用者の1/3くらいについて、達成されている	利用者の1/3には満たない	
<b>III 評価結果</b>						
① 計画目標の達成						
38	・サービスの導入により、利用者ごとの計画目標が達成されている		○			・「計画目標の達成」について、評価します
		[具体的な状況・取組内容]				
		カンファレンス時に目標を共有することが達成への鍵になっていると感じる。利用者一人ひとりが常に何を行っている必要はないが、認知症予防のために弊所に来ていることを考えると、ここでどんな刺激を受けているのかをもう一度見直し、利用者が「楽しかった」と思える雰囲気づくりをしていきたいと考える。				
② 在宅での介護生活の継続に対する安心感						
39	・サービスの導入により、利用者およびその家族等において、介護が必要な状況下における在宅での生活	○				・全ての利用者およびその家族等に対し、サービスの提供により実現された「介護が必要な状況下においての、在宅での生活の継続に対する安心感」につ
		[具体的な状況・取組内容]				

の継続に対し、安心感が得られている

自信をもって家族が「介護生活を続けられている」と感じてもらえている施設になっていると言いたい。もちろん、もっとサービスの質をあげていく必要はあると思うが、ケアマネ・介護士・看護師がいなければ、登録者の在宅生活は支えられないと感じる。より安心してサービス利用していただけるよう、チームで成長していくことを求めている。

いて、評価します