

平成25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	1493200297	事業の開始年月日	平成24年4月1日	
		指定年月日	平成24年4月1日	
法人名	株式会社 アイシマ			
事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所アルメリア			
所在地	(〒241-0812) 神奈川県横浜市旭区金が谷2-28-19			
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	25	名
		通い定員	15	名
		宿泊定員	8	名
		定員計		名
		ユニット数		ユニット
自己評価作成日	平成24年11月11日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月20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/Details.aspx?JGNO=ST1493200297&SVCD=730&THNO=14100
----------	---

【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)】

小規模多機能型居宅介護事業所の“アルメリア”は『一緒にほのぼの過ごしませんか!』を合言葉にいつまでも在宅生活が継続していかれるよう、お手伝いさせていただくところです。“アルメリア”が目指している暮らし ⇒ ~ご利用者様が主役です!~ “生活”そのものに視点をむけ、「日々の暮らしの中で日常生活動作の低下や認知症の進行を緩やかに・・・」を目標に安心・心地よさ・活き活きた生活が実現できるような環境を演出しサービス提供します。ご利用者様が主体となって、一人ひとりにあった役割をもち過ごしてもらう事で“自分でやる事の喜び” “達成感がある張りのある日々”を目指します。

【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25年12月18日	評価機関 評価決定日	平成26年2月20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)】

開所から1年8ヶ月ほどの比較的新しい事業所で、相鉄線二俣川駅からバス15分、徒歩1分ほどの場所にあります。近隣は新しい建物の多い静かな住宅地で、高台には広く明るい雰囲気のある公園もひかえています。

<優れている点>

事業所の理念の一つである「自立性の向上」を重視したケアサービスを提供しています。そのため、利用者がこれまでの暮らしの中で実践してきた事を役割として活動してもらい、“必要とされている・まだまだ出来る”という思いを引き出す“生活リハビリ”の考えを支援に取り入れています。昼食作りでは、包丁を使って野菜を切ったり、揚げ物をする利用者もいます。作業に伴うリスクについては前もって家族の了解を得ており、存在意義を見出した利用者は生き生きとした表情で時間を過ごしています。

<工夫点>

機械浴用浴室、介護用ベッド、エレベータなど要介護度の高い利用者にも対応可能な設備が整った事業所ですが、体を動かすことが可能と判断した利用者に対しては、“目指せ100歳!”を合言葉に階段昇降、歩行訓練、散歩、立位訓練など、各人に合った運動プログラムを積極的に取り入れています。散歩は希望しない利用者を除いて毎日行っており、雨天の場合等はドライブに出かけることもあります。また、各フロアにはルームサイクルが備えられており、肥満防止やリハビリなどに効果を上げています。

【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事業所アルメリア
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している。 (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。	玄関・事務所・台所に理念を掲示し、理念を意識したケアを心掛け実践につなげてもらっている。また新入社員には入職時に理念を伝え、共有してもらってからサービスの提供をしてもらっている。	開所時に4人の開設メンバーが作り上げた理念の中でも、事業所が特に重視しているのは「自立性の向上」です。職員は理念をふまえ、“自分らしさが表現でき、出来ることは最期まで自分で行えるよう支援する”介護を目標にサービスを提供しています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入させて頂き、祭りや町内清掃等に、出来る限り参加させてもらっている。また近隣の方が来所された時には、地域の情報を聞かせて頂くことがある。	夏祭りや盆踊りなどの行事で地域と交流しているほか、町内会及び町内美化活動グループによる清掃活動に毎月3回参加しています。絵を寄贈してくれたり、飛び込みで介護相談に訪れる地域住民もいます。	
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。	包括支援センターで、【小規模多機能サービスとは】という講演の機会があり、認知症の方へのサービス提供事例を紹介させて頂く。また認知症見守り協力機関として協力させてもらっている。	/	/
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。	運営推進会議は2ヶ月に1回実施している。小規模多機能サービスの内容についての質問を頂き、その対象者になりうる方を紹介して頂き見学や契約に結びついたケースがあった。	会議には利用者・家族代表、老人会会長、民生委員に加え、オブザーバーとして旭区高齢障害支援課、地域包括支援センターの職員が参加し、活動状況報告のほか、事業所への要望・助言・質問に関する意見交換などを行っています。	
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取り組んでいる。	運営推進会議のメンバーとして参加して頂いており、事業所の現状を報告している	旭区高齢障害支援課は事業所の実情を理解しており、協働して困難な状況にある方のサービス利用を実現させ、問題行動の改善につなげた実績もあります。同時期に開所した笹野台地域包括支援センターとの連携もとれています。	

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。	身体拘束に関する研修へ積極的に参加するようにしている。玄関は施錠していない。またハード面だけではなく言葉による拘束をしないケアに注意している。	職員は身体拘束のないケアの理解に努め、実践しています。玄関は無施錠で、行方不明者に備えて「SOSネットワーク」に加入しています。答えが「はい」か「いいえ」だけの問いかけはしないなど、言葉による拘束にも注意を払っています。	
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。	虐待に関する研修へ積極的に参加するようにしている。また、法人内の勉強会で学ぶこともあり、法人で統一した認識の下、虐待の防止に努めている。		
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。	権利擁護に関する研修へ積極的に参加するようにしている。また、法人内の勉強会で学ぶこともあり、権利擁護に関する制度を利用する方へ情報提供が出来るよう努めている。以前、成年後見人制度に繋げた事例もある。		
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。	契約時には利用者・家族と一緒に読み合わせを行い、十分な説明を行っている。不明な点に関しては、納得出来るまで丁寧に説明するよう努めている。		
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。	本人と2人になる空間（入浴時や通院・送迎時等）を大切にし、その時の発言を運営に反映させている。家族とは連絡帳のご家族欄に記入して頂いたり、電話・手紙などで意見を頂いている。玄関には目安箱も設置しており、言いにくいことに関しては活用してもらうよう契約時に説明している。	重要事項説明書には事業所の苦情受付窓口のほか、申し立て可能な外部の公的機関も記載しています。運営推進会議でも必ず利用者・家族が発言する機会を設けています。また、玄関の目安箱のほか、連絡帳の「ご家族からのご連絡事項」欄を利用して意見を伝えることもできます。	

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。	カンファレンスや申し送りに関わらず、その都度職員の意見や提案を聞くように心掛けている。判断が難しい時には上司から指示を受ける場合もある。	管理者はカンファレンスを利用し、職場環境の改善などについての職員の意見や提案を聞いています。また、職員は、毎年3月に実施の個別面談の際にも管理者に意見等を述べる事が出来ます。	
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。	職員のレベルに応じて研修や資格取得の情報を提供し、スキルアップ出来る支援を行っています。原則的に年1回面談を行い人事考課表を作成している。		
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。	毎月1回、法人内の勉強会がある。法人で初任者研修講座を開催しており優先的に受講することが出来る。管理者の推薦により実践者研修に参加することが出来る。		
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。	市民セクターの勉強会に参加し相談・意見交換を行っている。また横浜市小規模多機能型居宅介護事業者連絡会にも入会し情報を頂いている。法人内の事業所とも情報交換や相談を行える環境にあり連携を取りながらサービスの質を向上させていく取組みをしている。		
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。	利用を検討している時に事業所の見学を出来るだけして頂けるよう提案している。可能であれば体験で通いを利用して頂き、雰囲気等が本人に合っているか確認出来るような工夫をしている。		

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
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。	利用を検討している時に事業所の見学を出来るだけして頂けるよう提案している。可能であれば体験で通いを利用して頂き、家族から具体的な不安が聞けるような工夫をしている。		
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。	事業所のサービス内容や特色・理念を初回面接時等に説明しており、本人と家族等がその内容に同意されていないようであれば、他の介護サービスの情報提供をしたり、最寄の包括支援センターを紹介させてもらったりしている。		
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。	『自分らしさが表現でき、自分で出来ることは最期まで自分で出来るよう支援する』という理念のもと、どこまで出来て、どこから出来なくなってしまったのかというアセスメントを重要視して家事全般のお手伝いをして頂き、利用者自身が社会に必要とされていると思ってもらえるような支援している。		
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。	家族間では見えなかった部分を、事業所が第三者の立場で見えていなかった部分を助言・提案することによって問題とされていたことが、1つずつ解決出来るよう支援している。		
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。	出来る限り、以前の生活状況を把握してなじみの生活スタイルが継続出来るよう支援している。	利用開始時のアセスメントに加え、サービス提供を通して利用者が培ってきた人間関係や社会との関わりが把握できるような関係づくりにも努めており、地域の理髪店に同行するなど、馴染みの生活スタイルが継続できるよう支援しています。	

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。	利用者同士の関係を大切にして、スタッフが主役ではなく、利用者が主役になれるような環境を提供している。個人個人の役割を通じて利用者同士が支えあっている場面を、時折みることが出来る。		
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。	入院により契約が終了してしまう事があり、契約終了後も本人や家族と連絡を取り、入院中の経過を伺い相談や支援をさせてもらうよう努めている。		
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。	本人と2人になる空間（入浴時や通院・送迎時等）を大切にし、その時の発言をサービス提供にいかしている。事業所での活動内容が、本人の思いや希望に限りなく近づけるよう、お願いした時の返答ややり方をみて本人の思いが理解出来るよう努めている。	利用者の生活歴や嗜好を把握し、常に寄り添いながら気持ちをくみ取るように努めています。意思を表出しにくい方も表情や何気ないしぐさの中から読み取るようにしています。送迎時や入浴時にも職員は利用者の声に耳を傾けています。	
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。	サービス開始当初からすべての情報を得ようとせず、少しずつ本人・家族から聞かせてもらえるような関係作りを構築出来るよう努めている。		
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。	毎日各利用者にその人に合った運動（階段昇降や歩行練習・散歩・立位訓練など）を働きかけて、それらの様子を通してその日の体調や出来るようになってきていること、出来なくなっていることの把握をするよう努めている。		

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。	カンファレンスであがった意見を本人・家族へ相談しサービス内容を修正した事例がある。その時に、介護者側の立場の内容ではなく、本人意向が尊重されるよう努めている。	利用前や家族の希望を聞きながら十分なアセスメントをしています。モニタリング、介護計画は現状に合ったプランをチームとして皆で共有しています。体調に変化があれば、その都度計画の見直しを行っています。	
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。	ケース記録に記入することで各職員が情報共有出来るようにしている。ケア内容の変更があった時には連絡ノートへ記入し情報共有出来るようにしている。		
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。	出来る限り通い・訪問の利用日・時間等の変更・延長、またお泊りの急な受け入れにも対応出来るよう努めている。		
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。	包括支援センターから社会資源のリストを頂き、その人にあった地域資源の情報提供をおこない、現在ケアプラザで開催している歌声ひろばに参加している利用者がいる。		
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、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。	受診の支援が必要な場合には適時通院介助を行っている。また家族のみの受診が困難と思われた場合や同行の依頼があった場合には同行し主治医からの指示が適切に対応されるよう支援している。	これまでのかかりつけ医を継続し、家族による受診の付き添いを基本としていますが、独居の利用者や緊急時には通院に同行し支援しています。医療情報は常にケース記録に記入し、職員間で共有するよう努めています。	

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
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。	管理者が准看護師であり、日々の健康チェックや状態の変化に対して職員と情報共有をして早期発見に努めている。		
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。	退院日が決定した段階で、本人・家族や病院とのカンファレンスに参加させて頂き、退院後の計画や注意点などについて検討しスムーズに在宅生活が行わ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。	本人・家族の意向が出来る限り対応出来るよう、家族や事業所ができること、主治医や看護師にしてもらうことを検討していき、納得した最期を迎えられるよう必要に応じて意志を確認しながら取り組んでいる。	本人や家族の希望を大切に考え、利用者本人にとっての最善の支援ができるように検討しています。法人内の訪問看護や在宅医師とも連携を取りながら、支援に取り組んでいます。	
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。	定期的に法人内で行われる勉強会で学ぶ事もある。また緊急時対応マニュアルが準備してある。		
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。	年2回の避難訓練を実施、内1回は夜間想定訓練をしている。消防署の方に立会ってもらい助言を頂き避難方法に関して指導して頂いている。地域住民である職員も参加して協力を得ている。	定期的に避難訓練を行っています。最近、夜間想定訓練も行いました。火災通報システムにより近隣に住む職員がすぐに駆けつけられる体制も整えています。災害に備えて水、ご飯、果物缶、シチュー缶等、3日分を目安に備蓄しています。	

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
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。	個別ケアの重要性と接遇の大切さについて、カンファレンス等で検討している。『信頼関係＝慣れなれしい』ではないということなど、その方に合った対応を探し続けられるよう心掛けている。	職員は利用者を人生の先輩と心得て、礼儀正しく接し、言葉かけにも細心の注意を払っています。人格を尊重し、個別ケアを基本に、利用者一人一人に合った対応をしています。	
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。	本人と2人になる空間（入浴時や通院・送迎時等）を大切に、その時の発言を運営に反映させている。特に本人との関わりの中で、オープンクエスションの会話が出来ているか、意識して対応している。		
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。	本人の生活暦を把握した上で、やってきたことを1つでも多くおこなってもらうことにより『その人らしさ』が発揮されるよう支援している。本人の申し出や行動のサインを読み取ることによって、休息して頂いている。		
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。	独居の方は、訪問にて衣替えの支援をしたり、清潔な衣類を着用してもらう為に洗濯支援もおこなっている。また散髪を希望される方には地域のお店に同行し利用して頂いている。女性の利用者で化粧品を持参され、支援させて頂いている。		
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。	食事に関わる（食事作り・盛り付け・配膳・片付け・おしぼり・テーブル拭きなど）ことを、出来る範囲内で各利用者に協力してもらい、『みんなで作って、食べると美味しいね。』と思ってもらえるよう支援している。	利用者は積極的に食事作りの役割を担っています。台所仕事を楽しみに通ってくる利用者は、もやしのひげ取り、玉ねぎのみじん切りも行っています。利用者の希望を聞いてメニューを決め、法人内の管理栄養士が定期的にチェックしています。	

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
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。	食事形態・食事量・嗜好等を把握し、出来る限り本人に合わせた食事提供できるように努めている。通い利用時は食事・水分摂取量の確認を行ない、訪問時は水分摂取の促しを行なっている。		
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。	食後に必ず、自分で出来る方には声掛けして見守りをしている。介助が必要な方に関しては支援をおこない嚥下障害による肺炎の防止などに努めている。		
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。	排泄チェックをして、排泄パターンを把握するよう努めている。サービス利用前、オムツ利用によりトイレへ行く機会がなかった方でも、トイレ誘導をすることにより尿意が回復された方がいる。	職員は排泄のパターンを把握し、タイミングよくトイレ誘導しています。サービス利用前にはオムツ利用していた方が、トイレでの排泄ができるように改善した事例もあり、職員は自立に向けた支援に取り組んでいます。	
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。	日々の食事提供でヨーグルトや繊維質などを摂取して頂くよう努めている。水分摂取や動ける方には身体を動かすことの重要性を伝え実践してもらっているが、それでも困難なときには主治医へ相談するようにしている。		
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。	本人の希望を出来る限り尊重して入浴して頂けるよう支援している。また一般浴と機械浴があり、本人の状態に合わせて利用して頂いている。	浴室は一般浴室と機械浴室がそれぞれあります。脱衣場は広く、ここでのバイタルチェックも行っています。むくみや傷なども観察し、きめ細やかな入浴支援をしています。入浴嫌いな利用者もタイミングや言葉掛けを工夫して誘導しています。	

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。	生活暦を把握し、その人あった休息が自由にとれるよう支援している。日中は静養ベットまたは個室で静養して頂くこともある。夜間は本人の就寝時間のタイミングに合わせて就寝して頂いている。		
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。	処方されている『お薬の説明』を、個別ファイルに保存、各職員が把握した上で日々の服薬確認担当が準備し投薬担当とともにダブルチェックがされるよう努めている。		
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。	本人の生活暦を把握した上で、生活リハビリを通じて本人がやってきたことを役割として活動して頂き、必要とされている・まだまだ出来るという思いを引き出していくことによって本人が生きていくことへの支援が出来るよう努めている。		
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。	1日1回、散歩する機会を作っている。雨の日には、ドライブに出かけるようにしている。また利用者の誕生日月には、必ず外食に出かけお祝いをさせて頂いている。	毎日の散歩を実践し、近くの金が谷公園で軽い体操をする利用者もいます。厚木、三ツ境方面へのドライブへも頻繁に出かけ、気分転換を図っています。法人経営の中華・和食のレストランへも出かける外食レクリエーションも実施しています。	
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。	一緒に買物へ出かけた際は、出来るだけ本人に財布を持って頂き、支払いをしてもらうよう努めている。		

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
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。	携帯電話を利用されている方も数名いるが、本人の希望に応じて電話を自由に使用して頂いている。また電話をしてもらう場所には配慮している。また手紙のやり取りをされている方には葉書や切手を購入する支援をおこなっている。		
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。	トイレや浴室は清潔を保ち、利用者が気持ち良く使用できる心掛けています。フロアには利用者の家の庭にあった草花を頂くことが多く、それを利用者を生けてもらい飾らせて頂くことがあり、出来る限り家庭的な雰囲気になるよう努めている。	通いの方が過ごす1階のリビングは明るく清潔に保たれています。台所は広く、機能的な造りです。近隣の方から贈られた絵画展示や季節行事の飾りつけをしています。リハビリの一環でルームサイクルの設置、マッサージチェアもあります。	
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。	自分のペースで過ごすことができる環境が提供出来るよう努めている。テーブル席とは別にベンチを用意し利用者同士あるいは1人で休憩される時に利用されている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	小規模多機能型サービスのため、利用者専用の居室ではないが、長期のお泊りをされる方で枕を持参されている方がいる。また多様な生活層に対応出来るよう畳の居室もあり、その居室を希望される方もいる。	2階には泊りの部屋が8部屋あります。畳の部屋、普通ベッドの部屋、介護ベッドの部屋とそれぞれ希望に合った部屋が利用できます。泊り際には日頃の愛用品、枕、髭剃り、パジャマ等を持参しています。	
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。	バリアフリーになっており、安全に移動できる環境を提供しているが、身体能力が低下しないよう過剰な環境提供には気を付けるよう努めている。		

目標達成計画

作成日：平成 26年 3月 15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	2	利用者様にも、参加・協力してもらおう地域活動が少なかった。	地域活動や行事には参加させて頂いているが、今以上に利用者様と共に、関わりを深めていきたい。	自治会や民生委員の方、また運営推進会議時に、地域活動・行事等の情報を提供してもらえよう働きかけ、積極的に参加させて頂けるよう心掛けていく。	12ヶ月
2	1、38	職員が増員されていく中、アルメリアの理念に沿ったケアが提供できない場面があった。	職員全体でアルメリアの理念を共有し、理念を(その方にあった)具体的なケア内容にして、サービス提供出来るようにしていきたい。	全体カンファレンスを活用して、その時、その利用者にあったケアが理念に沿って様々な角度から話し合わせ具体化し、統一したケアが提供できるよう心掛けていく。	6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。