

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	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 - 2 8 - 1 9		
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 宿泊定員 8 名	
	☐ 認知症対応型共同生活介護	定員 計 名 ユニット数 ユニット	
自己評価作成日	平成26年10月20日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月23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/wpjDetails.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けるよう、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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年11月20日	評価機関 評価決定日	平成27年1月15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)】

小規模多機能型居宅介護事業所「アルメリア」は、横浜市泉・瀬谷区などに数多くの介護サービス事業所を持つ株式会社が運営する事業所で平成24年4月に開設されてから2年7ヶ月ほど経っています。相鉄線二俣川駅からバスで15分ほどの閑静な住宅街にあります。

＜優れている点＞

理念の中に「自立性の向上」を掲げ、利用者本人が出来ることは最後まで自分で出来るように支援をしています。靴を脱ぎ、上履きを出して履き、靴をしまう。という一連の動作を「見守る介護・待つ介護」を心掛け実践しています。認知症の利用者が今までの生活で当たり前にやってきた包丁を持っでの調理など職員が見守りながら支援し、自宅でも出来るようになったという事例があります。その他優れている点として事業所で行っている機能回復の手すりにつかまった上下動を自宅でも出来るように支援しています。また、研修において毎年、法人全体で事例発表会を開催し、月に1度研修会も開催しています。

＜工夫している点＞

外出の機会を多くしています。特に散歩は、毎日のように行っています。急な坂の上にある公園に利用者の状態に応じて遠回りをしたり、階段で行ったりしています。また、設備面では、浴槽が2つありその1つは機械浴を導入しています。浴室にも暖房設備があり、脱衣所・リビングは、床暖房になっています。

【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 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。	玄関・事務所・台所に理念を掲示して います。朝の申し送り時は、理念が実 践されているかを確認しています。月 1度のカンファレンスには理念の1つ である「自立性の向上」について「見 守る介護・待つ介護」の確認をしてい 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。（地域住民の方が市会議 員の方と見学に来てくださった）	自治会に加入し、自治会行事の祭り・ 敬老会・清掃に参加しています。地域 のボランティアが行っている公園の清 掃にも参加しています。近隣の住民の アドバイスで目立つように「気軽に立 ち寄って下さい」という張り紙をし、 見学に来た方がいます。	
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。	以前、介護相談に来られたご家族から 電話があり、「妻がポォーとする、と いって熱が出てきた。」と言われていた ので暑い日であったということもあり 脱水かもしれないので受診をすすめた ところ、やはり脱水だったようで感謝 された。		
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。	運営推進会議は2ヶ月に1回実施して いる。困難ケースの利用者について、 情報共有しアドバイスを頂き、そのア ドバイスを活かしながら、サービス提 供し現在安定した生活をしているケー スがあった。	運営推進会議では利用者の機能回復し た事例の報告などを行っています。困難 ケースの報告・相談を会議の中で行 い、それぞれの立場から意見を聞いて います。特に地域包括支援センターと の話し合いは十分に行っています。	参加者が少なく、2人だけの 時もありました。イベントを 考え、その日に開催するなど 多くの方が参加できるよう 取り組みの工夫が期待されま 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。	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	地域ケア会議に参加しています。徘徊 SOSネットワークシステムの協賛事 業所になり、チラシ配りのイベントに 参加しています。区主催の新任ケアマ ネージャー研修の見学事業所として協 力関係を築いています。	

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。	「身体拘束ゼロの時代へ」などのマニュアルを整備し、9月25日のカンファレンス時に研修を行っています。法人主催の研修にも参加しています。玄関は、鍵をかけずに安全に過ごせるように玄関前にアコーディオンカーテンを設置しています。	
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。現在、利用者を成年後見人制度に繋げている。		
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などに説明している。	「苦情相談マニュアル」を整備し、「苦情・相談記録票」を作成し、家族の意見等を運営に反映しています。玄関に「目安箱」を設置しています。訪問実施記録票に家族の意見を記入してもらっています。管理者が独自に送り迎え時に家族にアンケートを取っています。	

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
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。	管理者と一般職員の間に主任のポストを設け、職員の意見を吸い上げやすい環境を作っています。月1回のカンファレンス時には、参加職員一人ひとりの意見を聞き、その都度話し合い、改善をしています。	
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。	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る。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。	横浜市小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に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。	利用者が以前勤めていた会社の方面へドライブに行ったり、馴染みの美容室へ同行したりしています。送り迎えの途中に買い物などに寄ったりもしています。また、主治医への通院にも同行する場合があります。	

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。	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。	利用者本人から聞いた生活歴や家族の協力を得てわかった事から利用者の意向を把握するようにしています。1対1になった時には、世間話の中から利用者の本音を聞くようにしています。	
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ィアを反映し、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、本人の意向が尊重されるよう努めている。	計画作成担当者は、毎月1回、家庭に訪問して家族と話しながら利用者の様子をモニタリングをしています。月1回のカンファレンスで利用者の様子を職員同士で話し合い、サービス担当者会議において検討し、柔軟なケアプランを作成しています。	
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が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囲碁の日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（主治医などから）同行の依頼があった場合には同行し主治医などからの指示が適切に対応されるよう支援している。	もともとの医者がかかりつけ医という利用者が殆どで、残りの方は事業所の近くの医者をかかりつけ医としています。家族との受診が基本ですが、行けない場合は適時通院介助を行っています。管理者が准看護師であり、日常の健康確認をしています。	

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。	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、主治医や看護師におこなってもらうことを検討していき、納得した最期が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。	重度化した時に指針の説明をしています。事業所としては医療体制があっても在宅でできるターミナルケアを行っていく体制を取っています。法人の看護師(月1回来所)、常勤の准看護師、職員と看取りの際の医師と家族で連携をとっています。	
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。	年2回の消防訓練を行っています。消防設備機器の動作確認、火災時の避難経路方法の確認も行っています。地域の方の参加協力も得ています。備蓄は3日分確保しています。今年度の夜間想定訓練は消防署立ち会いで2月を予定しています。	

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。	認知症勉強会で利用者との接し方を再確認しています。不適切な言葉掛けには、その場で注意するか、言えない場合はタイミングを見て注意します。個人情報夜、鍵にかかる書庫で保管しています。日中は台所横の引き出しに保管し、管理を徹底しています。		
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）を大切にし、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、オープンクエスチョンの会話が来ているか、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。	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。	献立は利用者の希望と、ある食材から決めています。食事に際して、食事作りから後片付けまで分担しながら多数の利用者が協力しています。誕生日にはレストランの外出に行っています。正月、ひな祭りなど行事に合わせた食事を作りを楽しんでいます。		

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。	排泄の支援が必要な利用者に関して、「タイムスケジュール表」で個人別に排泄をチェックしています。必要な時間に声掛けし、トイレに座るなど自立を支援しています。その結果、利用開始時オムツがリハビリパンツですむようになった利用者もいます。	
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てしまわずに、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。	入浴は週2～3回ですが、多くの人が3回入っています。時間は午前、午後とスケジュールを毎日決めています。風呂は一般浴と機械浴があり、特に機械浴は利用者・職員共に満足しています。風呂場は床暖房で浴室も暖房と寒さ対策が十分されています。	

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
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取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には、外食に出かけお祝いをさせて頂いている。	「自立性の向上」を実践しており、天気が良い日は基本的に午前中、散歩しています。歩けない方も車椅子で日光浴に出ています。桜やこいのぼり見物に全員で出掛けています。また、個人的に基会所に行ったり、マジックを見たり、買い物に行く支援もしています。	
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。	利用者皆が集まる1階のリビングルームは、床暖房で暖かい環境となっています。1階階段の壁には大きな尾瀬の絵が飾って有りますが、1、2階ともシンプルを心がけています。トイレ、浴室を含め共有空間は毎日掃除しており、清潔を保っています。	
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。	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。	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、お泊りの時に目覚まし時計を持ってこられ、朝寝坊しないように注意している利用者がいる。また多様な生活暦に対応出来るよう畳の居室もあり、その畳部屋を希望される方もいる。	宿泊場所は2階にまとめられており、8室の居室で、1室は畳の部屋です。居室は清潔に保たれており、いつでも泊まれ、宿泊で退屈にならないようテレビも貸せるようにしています。2階廊下には自立を支援するため自転車型運動機具もあります。	
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。		

平成26年度

目標達成計画

小規模多機能型居宅介護事業所 アルメリア

作成日：平成 27年 1月 21日

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	4	運営推進会議で前もって予定日を設けていても、専門職の方々は、その日に緊急対応するケースもあり参加人数が少なくなってしまうことがある。	運営推進会議の委員定数はクリアー出来ているが、運営推進会議参加人数の最低参加人数を上昇させていく為に、委員になって頂ける方を探していく。	家族・地域包括や民生委員の方、また運営推進会議時に、会議に参加して頂けるかたを紹介してもらえよう心掛けていく。	1 2 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月