

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	1493200339	事業の開始年月日	平成25年4月1日	
		指定年月日	平成25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ラウレア			
所在地	(241-0022) 横浜市旭区鶴ヶ峰1-24-7			
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	9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10月20日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月7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=ST1493200339&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)】

小規模多機能の利点を活かして、地域で介護でお困りの家族のために可能な限り時間に融通を利かせて対応しています。特に、認知症の方の対応については常に意識しながら「認知症に特化した事業所」として、認知症の方が地域で暮らせるように、地域の認知症家族会やケアプラザと連携を取っています。

また、「食」については、畑で採れた旬の野菜を使った、栄養たっぷりの手作りの温かい食事とおやつを提供していますので、ご利用者のご家族には好評を得ています。その方に合った食事形態、ソフト食などの提供も行っています。月に1回程度季節ごとの行事を行ったり、外食に行くことで、目先が変わったものを提供するようにしています。

【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26年11月27日	評価機関 評価決定日	平成27年1月21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)】

開設して2年目になる事業所は、鶴ヶ峰地域で最初の小規模多機能型居宅介護事業所です。相鉄線鶴ヶ峰駅より徒歩で5分ほどの静かな住宅街に位置しており、駅周辺は商店が立ち並び、付近には郵便局や地域ケアプラザ、隣接して幼稚園があります。

<優れている点>

事業所は理念に「その方の『思い』に寄り添います」を掲げ、利用者や家族の思いを受け止め、小規模多機能の特徴を生かした柔軟な運営を展開しています。サービス提供の基本時間は通いサービス(午前9時～午後4時)宿泊サービス(午後4時～午前9時)訪問サービス(24時間)ですが、利用者の状況により家族の出勤前の7時代に迎えに行く利用者、家族が帰宅する21時まで事業所で過ごす利用者、昼食や入浴だけ利用する利用者、帰りたい時間に帰宅する利用者など、一人ひとりのニーズや家族の負担軽減を考慮して可能な限り、柔軟に対応しています。

<工夫点>

通い、宿泊、訪問の各利用者への様々な時間帯と各種サービスを間違いなく提供するために、日々、管理者手作りの「支援書」を作成しています。利用者の動き、サービス内容、対応する職員、車などきめ細かく記入されており、当日の状況が一目でわかるようになっていきます。

【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ラウレア
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、その時々々の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。	認知症の方への支援の基本である「その方の思いに添うこと」について理念に掲げており、事業所の玄関と会議の場に掲げております。日頃のOJTの中でもできるだけこの言葉を使うようにしています。	理念は開設時に、経験を踏まえて管理者を中心に作り上げたものです。運営法人の理念と共に玄関に掲げ、月1回の会議でも確認をして、職員の共有を図っています。常に利用者の、「思いに寄り添う」理念の実践に努めています。	
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。	事業所は自治会に加入して回覧板を回したり、夏祭り際にはラウレアの敷地内までお神輿に入らせていただきました。また、行事の時に地域の方に声をかけて、誰でも気軽に入ってくる事ができる「開かれた事業所」をアピールしています。	自治会のお知らせで、夏祭りや防災訓練、運動会などに参加しています。地域のケアプラザの催し物にも参加し、地域との交流やふれあいに積極的に参加しています。管理者は認知症家族会で講師として参画し認知症理解の情報発信もしています。	
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。	認知症ケア専門士の資格を持つ管理者は、地域の認知症家族会の勉強会の講師として、小規模多機能型居宅サービスについての役割を周知したり、事業所のアピールをしています。		
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、事業所の活動状況を報告し、地域の情報交換や新たな活動についての助言をいただくようにしています。運営推進会議のメンバーがボランティアで講話に入らせていただいたこともあります。	2ヶ月に1回開催し、家族や利用者、民生委員や地域包括支援センター、地域代表が出席しています。事業所の活動や外部評価の報告、ふれあい祭りやボランティア紹介、利用者の卒寿お祝いの色紙贈呈など、事業所の運営について話合っています。	
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。	運営推進会議には、区役所高齢支援課の職員の方やケアプラザの職員の方に参加していただくようにしています。紹介してくれたご利用者様の報告や、新たな相談等も行っています。	困難事例の相談や利用者の紹介など、日頃から行政とは連携をとっています。小規模多機能型事業所連絡会に参加し、事例検討や情報交換を運営に活かしています。区の開催「感染症予防」研修会に職員が参加し、利用者支援に活かしています。	

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
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。	できるだけ施錠をしないケアを実践しており、ご利用者が外に出たい時は一緒に付き添うようにしています。いつもご利用者の動向が把握できるように、必ずフロアに職員がいるように勤務を組んでいます。旭区SOS徘徊ネットワークに登録している方もいます。	虐待防止と身体拘束禁止のマニュアルが備えてあり、職員は自己点検シートなどで拘束の弊害について理解しています。自分で気づきにくい不適切な言葉や、高圧的な態度などは管理者が注意を促しています。玄関は夜間以外は開錠しています。	
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。	あからさまな虐待でなくても、職員の何気ない一言が虐待に繋がることを意識し、職員に伝えています。 家族送迎時、ご家族からの具体的な指摘をいただき、当該職員との面談を行ったりしています。		
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。	このサービスは基本的にはご家族がいる方が多いので、現在は権利擁護の必要性がある方はおりませんが、今後、必要に応じて活用していかなければと思います。		
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。	契約の際はご本人、ご家族を含め、文章により説明を行い、同意を得た上で署名、捺印を頂いております。また契約時に不安事項や疑問点がある場合は納得いくまで時間をかけて説明し、納得いただいております。		
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。	日常の様子は、日々の連絡帳や月1回発行している「ラウレア通信」を使用してご家族に伝えております。また、送迎時に直接話してくださる方もおります。 ご家族からの意見を基に、連絡帳の書式を変更しました（10/19）	送迎時や訪問時、毎月のモニタリングや連絡帳の内容から、意見や要望を聞く機会としています。送迎時間は早朝（7時半）から夜間（21時）まで、家族の勤務状況に合わせて可能な限り対応しています。	

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
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1回の会議で出た意見をケアに反映できるよう心がけています。また、連絡ノートを設け、気軽に意見を述べられる環境を整えています。	日頃から職員が意見を言いやすい雰囲気を作り、月1回の会議や申し送りノートなどで要望や意見を聞いています。宿泊用居室の表示を木製の手作りにする、増車や職員ロッカーの要望、洗濯もの干場の確保など、職員の意見や提案が活かされています。	
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。	職員の個性に応じ、行事担当を任せています。また、様々な研修並びに資格取得の情報を提供し、技術向上への支援を行っています。勤務時間もフレキシブルに短時間でも働ける環境を整えています。		
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。	毎年、法人の事例発表会を実施しております(7月)。また全職員対象の勉強会や教育研修会などが年8回以上あり、知識やサービス向上に努めています。なるべく多くの職員が参加できるよう勤務も配慮しています。		
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。	法人内の他事業所との合同勉強会に積極的に参加を勧めて、他事業所と交流をしてもらうようにしています。		
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。	介護サービス利用が初めてという方も多いので、初期段階では、まずは慣れていただけるよう小規模多機能ならではの訪問を生かして、コミュニケーションを重視して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
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。	利用初期段階では利用の様子をメールや電話、文書、写真等を利用してこまめにお知らせすることで、ご家族との関係を築いています。		
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。	契約前に、相談・見学を行い、その時に本人やご家族が困っている状況把握に努めています。その時点で小規模多機能サービスに向いているかの判断を行い、利用を勧めます。		
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。	利用者1人1人に、できることは可能な限り行っていただき、職員がそこに寄り添うことで、ご本人が自宅での生活を継続できるように心がけています。		
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。	どんなに忙しいご家族でも、受診等の際には必ず家族対応をお願いしています。場合によっては受診の際に同行、同席させていただくことで日頃の様子を伝えるようにしています。また、連泊希望の方でも必ず帰宅日を設けるように努めています。		
20	8	○馴染みの人や場所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。	小規模多機能サービスの性質上、ほとんどの方は自宅に帰るので関係は途切れないと思いますが、連泊中の方には、ご近所の友人に事業所に来ていただき、話をさせていただくこともあります。	連泊利用者の友人が訪ねて来ています。送迎時に、必ず馴染みの店の買い物に行く利用者や、病気の為、落ち着けない利用者の散歩に頻回に出かけるなど、個別に対応し、在宅でこれまでの生活が継続できるように支援をしています。	

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
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。	主にリビングにて、複数の利用者と職員が団欒やゲームを通して共に時間を過ごしています。人との交流が苦手な方には職員が間に入り、関わるようにしています。		
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。	ご本人が亡くなった後も、ご家族と連絡を取り、ご家族との関係を継続できるように努めています。 サービス利用後、グループホームに入所した方のところに会いに行ったこともあります。		
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。	日々、コミュニケーションを取り、その時の会話を記録することで意向の把握に努めています。困難な場合はご家族の思い、職員の気付きを基に、ご本人のケアを考えています。	利用者の送迎時や訪問の際の会話、連絡帳などで把握しています。また、職員と利用者が1対1の時間や夜勤時のくつろいだ時間、昔話などの会話を通して思いの把握をしています。意思表示の困難な利用者は態度や身振りなどで思いを汲み取っています。	
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。	これまでの生活歴を記録から理解することに加え、より細かい情報をご本人から聞けるよう職員1人1人が日々の会話に工夫をしています。		
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。	日々の変化や出来た事を記録に残すことを心がけています。また、ご本人の言葉を待ち、発せられた言葉をそのまま記録することにも力を入れています。		

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
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。	月1回のケアカンファレンスは、全職員が出席できるように考えています。また、短時間で多くの意見を出してもらえるように事前にご本人についての気になることを「9シート」に書き出してもらっています。	毎月1回カンファレンスを職員全員で実施し、カンファレンスをもとにケアプランの作成や見直しを行っています。職員は利用者一人ひとりについての思いや気づきを事前に指定シートを使い把握してカンファレンスに臨んでいます。	
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。	日々の様子は個別記録に記入しています。職員間に共有が必要だと思われる情報は、業務日誌の申し送りや職員連絡ノートに記入するようにしています。		
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。	買物支援のため、週に2回、送迎の帰りにスーパーに寄ったり、通い利用中に美容院に送迎したりする方もいます。また、1日1回安否確認のために訪問している方に夕飯のお弁当を買って持っていきます。		
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。	地域の認知症の家族会のサロンに月1回通っていた方で、サロンへの送迎をすることで復活させました。		
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。	基本的には今までかかっていた主治医の元に受診をしていただいています。ご本人やご家族が、認知症の受診や訪問診療を希望する方に情報提供しました。	利用者の自宅からの通院送迎や、連泊の利用者などは家族に同席して利用者状況を主治医に伝えています。服薬は説明書コピーで確認し、当日の服薬担当を決め2人でチェックしています。通院結果は連絡帳で情報共有をしています。	

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。	看護職員の出勤時には適切なアドバイスが受けられるように、介護職員誰でも対応できるようにしています。看護職員が気になることをその方の主治医と連絡を取ったこともあります。		
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。	退院後そのまま利用していただいて在宅復帰に向けての役割を担っています。その際には、病状説明に同行させてもらったり、情報提供をしてもらったりして、退院後の生活をスムーズに行えるようにしています。退院後の受診にも数回同行します。		
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。	癌終末期の方のご利用の際、本人、ご家族、主治医、訪問看護師、福祉用具事業所との連携を図り、チームで支援しました。終末期には、ご家族が仕事で留守の時にはラウレア職員、ご近所の方、親族の方と連携を取って安否確認に入りました。	利用開始時に、重度化した場合に事業所として可能な支援内容を説明し、同意を得ています。所属する法人と連携し他のサービスを紹介する場合もあります。利用者・家族の意向を踏まえ、関係機関と連携し自宅で最期を迎えた利用者の支援をしています。	
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。	緊急時対応マニュアルをホーム事務所に貼り出し、関係機関等に速やかに連絡が取れるよう配慮しています。		
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回事業所での防災訓練を行い、地震や火災時の対応を確認しています。また、緊急時の食糧や飲料水、コンロ等の備蓄を準備しています。	3月に消防署の協力を得て通報・消火訓練を利用者参加で実施しましたが、自動通報装置の不具合が見つかり修理をしています。写真でも詳細に記録し、次に繋げられるようになっています。災害時献立表を基に3日間の水や食料を備蓄してあります。	自治会に加入し地元住民との信頼関係構築も進んでいます。訓練時に住民の協力を呼びかけ、事業所の存在を知らせる工夫や、日常の中で災害発生時の小訓練など積極的な取り組みも期待されます。

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。	職員においては、入職時のオリエンテーションで、プライバシーの確保や個人情報の取り扱い、守秘義務については説明しております。会社全体の勉強会で接遇面やプライバシーについての勉強もされ、実践しています。	利用者一人ひとりとしっかりと真剣に向き合うことを大切にしています。個室はドアを閉める、脱衣室はカーテンで仕切る、ソファで休む場合は目隠しを置く、トイレへはさりげなく誘うなど、様々な場面でプライバシーへの配慮がされています。	
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。	職員と一緒に買物に行ったり、毎日の食事の中で、食べたいものを聞いて料理をするなど、できるだけ希望を取り入れていけるよう努めています。		
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、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。	送迎時間もその方に合った時間で送迎しており、ご本人のペースを尊重して日常生活を送っていただけるよう支援しています。泊まりの方の起床時間や消灯時間等の生活リズムに関しては、その人の希望に沿った支援をできるように考えています。		
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。	通い利用の際にはしっかりと化粧をしてから来る方もいらっしゃいます。ご家族が忙しくて美容院に行けない方には、美容院までの送迎をすることで、定期的に美容院に行くことができます。		
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。	ラウレアの敷地内には小さな畑があり、ご利用者が水やりをした畑で採れた野菜を使ったり、一緒に調理をしてもらうこともあります。また、食事の後の食器拭きはみなさん一緒に行っており、ご自分の役割だと思っている方もいます。	自宅で食事をする場合と同じと考え、注文した種々の食材で利用者に相談しながら職員が献立を考え、手作りし、出来立ての温かいものが食べられるようになっていきます。敬老祝賀会や七夕など行事の食事やお弁当、外食も楽しみになっています。	

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。	食事量・水分量を毎日記録しています。水分摂取の少ない方に関しては嗜好を探るなどの工夫をしています。また、管理者は栄養士、調理担当はフードアドバイザーの資格を持ち、栄養摂取についての支援をしています。		
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。	毎食後の口腔ケアに努めており、自立されている方でも不十分な箇所があれば介助しています。また、希望があれば訪問歯科診療も勧めています。		
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。	ご自分からトイレに行かない方に関しては排泄の間隔を配慮しつつ声かけを行い、できるだけトイレで排泄していただけるよう支援しています。認知症があって人工肛門造設した方でも、1人でトイレに行けるように介助を行っています。現在見守りのみでトイレに行けるようになりました。	排泄チェック表で全利用者の排泄記録をつけ、利用者状況を把握しています。なるべくトイレでの排泄を促し、排泄状況を連絡帳で伝えながら家庭と連携し排泄支援をしています。便失禁時に温めた布で清拭をするなどの配慮をしています。	
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。	野菜や食物繊維を多く含む食品や、バナナや牛乳を摂取するなど自然な便通がなされるよう配慮しています。また、体操をしたり、散歩・掃除など適度な運動にも力を入れています。なるべく下剤を使わないように支援しています。		
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。	入浴は、希望があれば毎回利用していただいています。順番に声かけを行い、1人ずつゆっくり入っていただけるような支援を心がけています。ゆず湯や菖蒲湯等、季節の行事も取り入れています。	浴室は2室あり、家庭用浴室と座位式浴槽が設置されている浴室があります。介護度の高い利用者の入浴が可能です。入浴のみで通所する利用者もいます。脱衣室はカーテンで仕切られ、他から人の姿が見えにくい配慮がされています。	

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。	食後に団欒をすることで、ゆったり過ごしていただけるよう心がけています。また、就寝時の室内環境は、ご本人の希望に沿って整えるようにしています。基本的に泊まりが多い方は部屋を固定し、私物を置いて馴染みの部屋を作っています。		
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。	薬剤情報は常に最新のものを個別ファイルに綴じていて、職員がいつでも確認できるようになっています。家族にご本人のことをこまめに伝え、服薬の調整を行っています。		
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。	ご本人の趣味・好きなことを探るようにしています。職員が書道の師範資格を持っており、希望者は毎週1回書道を行っています。また、皆の前に立って体操してもらったり、家事を手伝ってもらったり、掃除等、役割を持って生活していただいています。		
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。	送迎途中にご本人の買物の支援をしたり、ご利用者に届けるお弁当を買いに行く時に一緒に行ったりします。近所の公園に散歩に行ったり、外食に出かけることもあります。	天気の良い日は近くに買い物や散歩に出かけています。玄関前で外気浴をすることもあります。近隣の美容院に出かける利用者には送迎をしています。また、月に1度の外食や、6月には近くのバラ園、11月にはみかん狩りにも車で出かけています。	
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。	買物と一緒にいった際は、なるべくお金の支払いをご本人にさせていただくように支援をしています。		

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
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。	電話はご本人の希望に沿い、いつでも利用できるようにしています。泊まりの際に不安になった方にはご家族と直接話していただき、落ち着くことも多いです。		
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。	共用空間の清潔、整理整頓に努め、快適な生活環境の提供を心がけています。また、キッチンからリビングが見渡せるため、調理しながらご利用者と会話でき、穏やかに過ごせる雰囲気作りをしています。	リビングは床暖房で温かく、広い掃き出し窓が部屋を明るくしています。大きなテレビとソファベットの置かれ、シクラメンやクリスマス飾りが季節感を出しています。利用者は職員と話をしながら、それぞれに好きな事をして過ごしています。	
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。	座る席を固定せず、その時に好きな席を選んでいただき、ご利用者様同士で話をしたり、一緒にTVを観たりされています。また、気の合った利用者同士と一緒に帰れるように組んでいます。		
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。	寝る時間が遅い方は、ご家族と相談して、お部屋に専用のTVを入れて、寝るまでの時間を過ごしている方もいます。	泊まり用個室は9室あり2室のベットは介護用ベットが用意されています。私物の持ち込みは自由で、連泊が多い方は部屋を固定し、テレビを置いている利用者もいます。シーツ類を常に清潔にして気持ち良く過ごせるように支援しています。	
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。	リビングに手作りカレンダーがあり、ご利用者様に見ていただけるようにしています。また、毎日の献立をホワイトボードに記入し、掲示しています。		

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事業所ラウレア

作成日： 平成 27年 4月 1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	35	災害対策として、訓練時に住民の協力を呼びかけたり、事業所の存在を知らせる工夫や日常の中で災害発生時の小訓練など、積極的な取り組みも期待される。	地域の中の事業所として、地域住民に事業所の存在をアピールできるようにする。	地域向けの行事への取り組み 地域住民に声をかけて集まってもらえるような行事を行いたい。（具体的には、7月縁日 12月餅つき）	10ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月