

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	1493400236	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 アマリリス		
所在地	(246-0023) 横浜市瀬谷区阿久和東1-12-38		
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
	☐ 認知症対応型共同生活介護	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1月14日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月22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?IGNO=ST1493400236&SVCD=730&THN0=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)】

日々の「生活」を支援する為には「身体の状態が良くなる事」「生きがいや意欲を高める事」「住宅環境や介護負担を軽減する事」が総合して改善・維持される必要があります。

私たち職員は「どんな私であれば支援者となれるのか」を考えます。

職員と一緒に日常会話や日常生活動作を行い「和」や「意欲」の再構築をします。

馴染みの人間関係やサービス利用の継続で、地域を巻き込んだ、共に心配・励まし、泣き笑いができる「共に暮らす場」誕生を目指しております。

住み慣れた地域生活の中で、多くの人に個性を活かした日常生活が可能な限り出来たら良いと願っています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年2月13日	評価機関 評価決定日	平成27年4月13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、相鉄線三ツ境駅からバスで5分ほどの上阿久和バス停からほど近い瀬谷柏尾道路沿いにあります。近隣には、昔ながらの歴史が残る長屋門公園があり、周辺はたくさんの木や草花に囲まれ、緑あふれる静かでゆったりとした環境の中にあります。

<優れている点>

近隣の方々が気軽に事業所に来て、利用者とお茶を飲んだり、野菜や漬物などのおすそ分けがあったり、利用者の散歩の折は民家に立ち寄って、縁側でひと時を過ごすなど、ごく自然なご近所付き合いをしています。運営推進会議には地域ぐるみの互助について熱心に取り組んでいる自治会長や民生委員の出席があり、自宅で介護をする家族の不安の声に的確なアドバイスやはげましの言葉があります。また、災害時には地域の第一次集合場所として事業所を開放することとしています。開設から3年あまりですが、事業所は地域に溶け込んで、相互の協力体制を築きながら、利用者が住み慣れた地域で自宅生活を続けていくための支援に努めています。利用者の句作「花に来て 小鳥さえずる いこいの場」が事業所の目指しているサービスを物語っています。

<工夫点>

職員は利用者一人ひとりへ声かけや誘い方を工夫して、家事の参加を促しています。掃除、洗濯物干し、食器洗い・拭きなど家では手伝わない人も、仲間と一緒にになると楽しそうに働いています。

【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 アマリリス
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つなげている。	住み慣れた地域で、出来るだけ環境を変えないケアの実践を目指している。人の主体性や個性性・独自性が尊重された、お互いの出会う場の提供事業所でありたいと願っている。生活の継続性を大切にしたい。	開設時に掲げた事業所理念のほか、年度ごとに目標を設定しています。前年度の目標の評価反省を全職員で行い、平成２７年度を設定しています。利用者の句作「花に来て 小鳥さえずるいこいの場」が事業所の目指しているサービスを物語っています。	
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。	自治会に加入しており、ご近所の来所は日々の事となっている。地域の方の声掛けと活動で、ボランティアの方の演奏会も、月に一回程ある。散歩を兼ねて丁度良い距離にある昔ながらの民家の方から、お庭への招待があり日向ぼっこや花見をする事もある。	事業所は地域に溶け込んで、自然な近所づきあいをしています。近隣の人々が気軽に来所して利用者とお茶を飲んだり、ボランティアの演奏会も一緒に楽しんでいます。利用者も散歩の折は民家に立ち寄ってひと時を過ごしています。	
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。	近隣の方は、職員の振る舞いを極自然に読み取って下さる雰囲気がある。利用者様の送迎時、散歩時に気楽に声を掛けて下さる。来所下さる時は一緒にお茶を囲んで談話をする。利用者様が外に出られた時は人柄から言動を読んで下さる。認知症に偏見ない。		
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。	人への取り組みが自治会と、同方向にあり、お互い実践もある為、積極的な意見の交換は特にない。家族の介護に対する不安を話された時、良き先輩として自治会の方々から応援を頂く。家族が孤独にならない環境を地域と作り上げる事が重要と考える。	運営推進会議は、地域ぐるみの互助について熱心に取り組んでいる自治会長や民生委員から、自宅で介護をする家族の不安の声に的確なアドバイスやげましの言葉があります。家族が孤立しない地域作りに会議を活用していくよう努めています。	
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。	地域ケア会議「パズルリング」に参加。事例を「アマリリスが取り組むとしたら」の提案を、区の高齢支援課・保護課・社協・包括の方に行なった。興味深く聞かれた。	運営推進会議への出席はありませんが、区の高齢支援課とは利用者の困難事例について相談し、アドバイスを得ています。地域包括支援センター主催の地域ケア会議にて管理者が事例発表をした際には、区の各課の職員も出席してます。	

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。	拘束を受けると「生きる意欲」まで失ってしまう事を、職員と勉強会実施している。頻回に玄関外に出られる利用者様がいらっしゃる。「外の空気を吸う」意思を尊重している。	定期的な勉強会や毎月のカンファレンスでも、随時身体拘束をしないケアについて理解や意識を深めています。玄関やデイルームの掃出し窓に施錠はなく、利用者は自分のペースで外に出て気分転換をしています。職員はさり気なく見守っています。	
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。	職員と「高齢者虐待の例」を勉強した。業務中心より、思いやる気持ちを大事にする事で、自然と防止になると考える。特に名指しの「排泄」話は気をつける。ご家族「本人の為・・・させる」威圧的態度に本人は恐れをなす。気づきを促し良好関係となる。		
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。	成年後見制度を検討されているご家族がおいでです。その方は、家族距離があり交流不能時もあった。良好な安定生活となると検討中止となる。職員に意味を説明し職員からの意見・感想を聞いて一緒に考え学んでいる。		
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。	H26.4からの介護報酬改定では、説明書を配布すると同時に、その方の介護度に添った個別の説明を行う。不明な点や不安をお聞きしている。同法人のグループホーム入居希望者には、入居後も交流の機会がある事を説明している。		
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。	意見・要望は随時受け付けている。連絡帳・送迎時・運営推進会議・随時の来所や電話等で機会を設けている。要望として多いのは「散歩」や「歩き」を希望されるので可能な限り生活レクに取り入れて実行している。	連絡帳、送迎時のやりとり、ケアマネジャーの自宅訪問時など、さまざまな機会に家族の意見要望を聞いています。出された意見は、改善状況をメールや連絡帳に付箋を貼るなど、速やかにフィードバック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
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。	職員は随時意見や提案を申し出ている。定期的なカンファレンスも開いている。必要時は、管理者から代表者へ伝えている。	毎朝のミーティングや月1回のカンファレンスにて意見や提案を聞いています。カンファレンスに欠席する場合は事前に意見を提出しています。利用者支援の改善事案については職員が考え工夫することを大切にし、管理者は必要な部分のみ助言しています。	
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。	代表者は、常に「ご苦労様」と声を掛け年1回「幹部研修会」・「社員旅行」、年2回「お祭り」、月1回「管理者会議」を設け、職員との交流に努めている。「介護補助器具」等の購入相談も出来る。		
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。	法人内には「管理者研修」や法人内で作り上げた「勉強会」がある。法人外講師による「教育委員会」も行っている。法人外の研修（消防署や包括主催の研修等）も求めれば参加出来る。法人による「介護職員初任者研修」等資格習得はシフト考慮を行う。		
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。	代表者は、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会（瀬谷区高齢・障害支援課主催）や小規模多機能型勉強会（横浜市高齢福祉局主催）との交流する機会をつくっている。情報交換をする事で、個々の様子を垣間見る事が出来る。		
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。	最初の出会いは大事だと思っている。にこやかな出会いの為に、本人の「何を思っているのか」を感じ取る様にしている。「不安であろう本人」が、新しい状況や利用者との交わりが馴染むまで職員は配慮に努める。		

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。	本人と家族それぞれが、双方の繋がり（歴史）や関係性、喜びや不安・現在の疲れを、ほんの一部でも自分のままに出来るだけしっかりと訴えを話して下さるように時間をかけて聞く様になっている。表情の把握も大事だと思っている。		
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。	本人や家族の生活しづらさや支援・要望を把握していくと同時に、本人の意志・意欲の尊重で「楽しみ」や「したい事」の実践を出来る所からしている。その人の背景となる医療や環境整備も考慮し、必要と思われる所は提案し、一緒に考えている。		
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。	本人と職員は「人」や「生活者」という共通点の関係としている。助けたり助けられたり等の「相互補完」役割で、本人のもつ力（強さ）を引き出し、自信や主体性の取戻しとなる。喜びはさらに「生活」の力になる。		
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。	本人が望んでいる自宅での暮らしを継続する為には、本人と家族の関係を維持する努力が双方に必要となる。事業所と家族の信頼関係を基に、本人の事を一緒に考え協力し合える関係を築いていく事を目標としている。		
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。	本人の、これまでの生活スタイルや人間関係を尊重する事が、その人らしさを保つために大切な事だと思う。人間関係や社会関係の維持の為、本人が出来る事や苦手な事は何かを考えて支援に努めている。	自宅生活を続けていくために、これまでの生活スタイルや人間関係を尊重していく支援を心がけています。職員の地道な支援で本人と家族の関係が修復した事例があります。また、家族に代わって馴染みの美容院やサークル活動の送迎など対応しています。	

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
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。	各人のこだわりや価値観を尊重把握する事を原点として、利用者同士の共通点や合意は繋げている。お互い自分の出来る事をする事でお互いを認め合え生かす事が出来ると考えている。支えを強める支援に努めている。		
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。	契約終了して他のサービス開始となられた方が、1年後、笑顔一杯で来所された。「まあまあやってる自分の事」を話された。死去によって契約終了した家族の方とは、今でも挨拶をする関係である。		
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。	家族「本人と亀裂が出来、不穏な日々だ」と訴える。本人はかたくなな表情。本人の「意気地がない」「～したい」のつぶやきをきっかけに、テーブル拭きで体を動かしたり、他者とのふれあい、昔の回想・談話する。活動的となる。	職員は利用者の話し相手になる時間を意識的に作っています。傾聴から本音を引き出しています。「快、不快」の様子も観察し、思いや意向を押し量っています。得られた情報は、ケース会議で共有し、ケアプランにつなげています。	
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。	個人をそれぞれが異なる人生を歩んできた一人の人として見ている。暮らし方や価値観は違ってくるが「その人らしさ」はその中にある。環境は大きな比重となる。これまでのサービス利用で「快・不快」状態等の様子把握に努めている。		
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。	一人ひとりのこれまでの過ごし方をご家族と一緒に時間をかけお聞きしている。身体機能は感情面からの影響が大きいと考えている。感情・心理を積極的に受け入れている。残っている能力、本人のやり方、したい事に注目する。		

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。	支援の方向・内容・進め方を家族と共に決めている。そこには関わりのある近隣の応援者や医療・福祉用具・介護職員からのアイディアもある。本人が主体となる個別的な「歩きたい」「楽しみたい」を具体的な支えとなる様な介護計画にしたい。	本人・家族はもとより、利用者支援に関わっている近隣の人々、医療や福祉用具関係者などの意見を反映し、ケアプランを作成してます。長期は1年、短期は3ヶ月で設定し、毎月モニタリングをしていますが、状況の変化に応じ、随時見直しています。	
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。	日々の記録はケース記録に記載している。実践の結果や気づきは日々の申し送りで情報共有している。月1回のカンファレンスで深める事もある。情報の継続性は生活に個別ケアを取り入れる為には重要と思っている。		
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。	強い憤りある本人を、支えられない家族がある。本人中心の求めを「訪問」で共に歩むうちに、「寂しい」発言と同時に活発機能が復活し「通い」が実行された。個別性と必要な多様なサービスの合致を考えて行きたい。		
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。	独居の方で隣人と良好な関係にある利用者がいる。住居の遠い家族は隣人に鍵を預け協力を依頼された。職員はその関係継続の意味を知り関わりを持つ。家族や地域との関係を継続出来る事が本人の生活を豊かにしていくものとする。		
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。	かかりつけ医に月々の提供表を渡す時、本人の状況を記載している。返答を頂けるため、状況が伝わった事で安心が得られる。緊急時はかかりつけ医から他の医療へと連携される為、適切な医療を受けられる。	自宅でのかかりつけ医を基本とし、事業所にも協力医が付いています。毎月個々のサービス提供書に、体調に関する送付書を添えてかかりつけ医に提出し、フィードバックを受けています。家族が困難な時は、通院支援をしています。	

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
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。	心配な事や受診内容は事業所看護師や訪問看護師に逐次報告・相談している。訪問看護時の様子は毎回「通い」連絡帳に記載してくれる。ケアファイルに貼っている。情報の統一化と継続性が生活の質を増し「支えとなる」と考える。		
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。	入院中は見舞いに行っている。家族に連絡を取り様子を伺っている。退院時は病院の看護師や地域連携室等に面談して情報の共有や受け入れについて話あっている。		
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。	本人は「ここがいい」と言う。家族は「まだ元気だが最期まで看たい」と言う。事業所で出来る事を十分に説明する。共有する事で、家族は最大限の協力表した。範囲を超えた場合は居宅介護支援事業所にも連携出来る体制がある。	重度化や終末期支援についての指針文書はありませんが、口頭で丁寧に説明しています。最期まで自宅生活を続けたいという希望の人もおり、体制作りを検討中です。他医療機関で行っている看取りについてのワークショップに定期的に参加しています。	
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。	緊急時はその対応を職員たちに迫られる機会が多いと予想される。「緊急時のマニュアル」はあるが体験不足の為、昨年に続けて消防署にて開催された「普通救命講習会」に参加して勉強を受けた。		
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。	事業所は、自治会「谷戸おとなり場システム」で「いっとき避難場所」として登録されている。事業所の行う年2回消防訓練実施時に、地域の方が毎回3～4名参加下さる。お互いの協力体制を築いている。	年に2回の消防訓練には近所の人、数名の参加があります。自治会に協力し、事業所は災害時の第一次集合場所になっており、相互の協力体制を築いています。備蓄品はファイルで管理しています。非常時の「泥水利用炊飯」の講習も受けています。	

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。	「その人らしさ」とは他者とのかわりから生まれてくるものと考え。思いをしっかりと聞いて、本人の好みや望み等を言葉かけするようにしている。「自分である事」を味わって頂きたい。	通いサービス時は利用者本位に自由に過ごすことを支援しています。「その人らしさ」が損なわれないように努めています。礼儀を重視していますが、家族と本人の希望により、親しい呼び名を使うこともあります。		
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。	自分らしい生活とは自己決定の継続があつての事と考える。その人が本当にしてほしい事を上手く表現できずにいる時、「その人なりのコミュニケーションだ」と理解して、返答だけでなく視覚に訴えたる等して可能な限りの意思表示出来る様に努めている。			
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。	人の暮らしは「人」様々である。利用者の数だけ「支援」の形がある。その人の能力や好み、関心、価値観を基に、ケアを生活に合わせる様に心掛けている。			
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。	転倒可能性ある利用者様は、怪我防止にズボン着用が望まれる。しかし本人選択「私は昔からスカートばかりよ」を優位にしている。又、昔から髪の毛を整えを気にかけている方には起床時ブラシを渡す。職員は「素敵」を見つけている。			
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。	談話で昔作った料理や好きな食べ物の話をする。採れたて野菜を見て触って収穫してと触れる機会を作り話題性を広げている。台所仕事の一部を手伝って貰ったり、テーブル拭き等の準備や下膳、食器拭き等の片づけは出来る方と一緒にしている。	近所から野菜の差し入れも多く、利用者と一緒にメニューを考えています。料理が得意な人、後片付けや食器拭きが上手な人、それぞれが台所仕事に自分から参加しています。家では手伝わない人も、仲間と一緒にになると楽しそうに働いています。		

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
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。	食事制限や好み・食べられる量・形体を考慮している。水分量は「日中」750ml程を基本。様態・夏場は追加している。「昔は野菜料理が多かった」「魚が好き」と言う習慣に応じて調理の頻度は多い。		
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、声掛けを行っている。そのうえで、本人の力に応じ家族に相談をしている。歯ブラシとコップの用意をする所から終了までの一連の流れの中で不足の部分を支援している。口腔ケア時間自体をずらしたり、うがい薬利用する方もある。		
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。	失禁が強く座布団がびっしょり濡れても取り換える事が困難な方が、トイレ中のタイミングとそごでの談話が良好であれば取り換える事が可能となり、徐々にその回数が増えて来た。ご本人の不穏な状態も少なくなっている。	家族から自宅での排泄習慣を詳しく聞き、事業所での排泄支援にも活かしています。一人ひとりのサインを見逃さず、誘導に際してはその人に合ったリラックスできる会話を心掛けて支援しています。	
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。	便秘は不快なものであり、有害物質を発生し様々な症状を引き起こす。防止に食物繊維を多く取り入れた食事と、こまめな水分補給をしている。自宅からオリゴ糖入りジュースや野菜ジュースを持参されている方もおいでです。		
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、契約時に家族と希望を勘案して設定しているが、様態により本人・家族・看護師等に相談して変動（入浴手順や機械浴含む）もある。心地良い入浴はタイミングの問題も多い為、日々考慮している。	自宅での入浴習慣や希望を聞いていますが、その日の体調や気分を優先して対応しています。一般浴室と機械浴室があり、一人ひとりの状態に合った入浴支援を行っています。好みのせっけんやシャンプーの持参も自由になっています。	

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
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。	「通い」中は、ベット・ソファに自由に休んで頂いている。「泊り」時は「あんか」を持参される方もある。温かさ・寒さ加減は随時確認している。眠れない方はその方の話を聞いたり傍にいたり、心地良い状態になれる工夫をしている。		
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。	処方箋のコピーをファイルに保管している。職員も内容把握出来る様にしている。状態変化時は、家族、看護師に相談している。医師にバイタル表の開示を行い、資料にして頂く事もある。		
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。	社会的な存在として「豊かな暮らし」をして頂きたいと願っている。本人の好みやタイミングを図りながら一緒に出来る事は意図的に「仕事」として参加頂いている。日々変化ある暮らしを心がけている。家事を手伝い「役立った」事にやる気を増した方もいる。		
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。	「外食、買物、理美容、みかん狩り、お祭り、地域の方の庭、野菜の収穫に畑、花見、ドライブ等」一人ずつの希望を伺い出かける事としている。ご家族は体調把握や必要費用準備等協力頂く。「行ってらっしゃい」「行ってきます」の声掛けを大事にしている。	隣地が造園業で、長屋門公園なども近くにあり、散歩の環境に恵まれています。近くの民家の庭で、花を見たり日向ぼっこをすることもあります。花見、ミカン狩りといった季節の外出をしています。利用者の希望があれば、買い物の同行もしています。	
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。	お金を使いたい、買物したいと話される方は家族了解の基に同行している。家族と事業所が「金銭出納書」を通して自由に使えるお金確保しているケースもある。自分でお金の支払い・受け取りをして頂いている。		

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。	自宅に用事がある時は、職員がダイヤルを回し直接お話ができる様に支援をしている。家族との関係がスムーズに行かない方は塗り絵を自宅に持ち帰り、その作品にまつわる話を職員と一緒にする事で少しでも本人の気持ちが伝わる事支援している。		
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。	玄関から室内は広い空間となっている。掃出し窓からはお日様が十分に入り、外の風景が広がる。季節の変化を草木や花土・雪霜風等が知らせてくれる。室温を変える事無く換気できる換気扇や床暖房の設置でリラックスしたくつろいだ雰囲気の提供に努める。	デイルームは掃出し窓で、外の風景が良く見え季節の変化を感じることができます。床暖房や室温を変えずに換気ができる換気扇を設置し、快適さに配慮しています。ソファやマッサージ椅子など、くつろぐ場所があります。疲れたらベッドで休むことができます。	
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。	日が浅く「通い」になれない時や一人になりたい時は、その居場所の確保に配慮している。なじみの集まりは、利用者同士の相性で自然と関係性ができていく。職員が個々の持っている感情に気を配り、関係性を支援していく事もある。		
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。	「泊り」人数が1～2名の時は、1階フロアに休んで頂いている。本人様と家族の意向でもある。「いつもの所がトイレも分かる」と安心の訴えである。寒い時は自宅から「あんか」を持参される。	泊りの部屋は2階に9部屋用意していますが、現在は利用者の強い希望があり、1階のデイルームにベッドを置いて対応しています。複数人の泊りの場合は、パーティションで仕切り、プライバシーに配慮しています。家族にも了解を得ています。	
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。	生活リハビリの出来る環境としている。台所は対面式で職員から全体が見える。利用者と一緒に作業出来るスペースもある。壁手すりもつかみやすい位置と大きさである。トイレ手すりは両サイドと全面にある。2階への階段は緩やかな傾斜で負担が少ない。		

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アマリス

作成日：平成 27 年 6 月 20 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	3	「介護保険は、自立を目指すもので、意欲の向上が大事、在宅支援は「家に居続ける為の支援」相互が共有しながら努力あつての達成」という事が伝わってないと感じるケースが、サービス提供するなか	契約時に「介護事業所が行う支援」について出来るだけ分かりやすく説明をし、納得得られる様に工夫していきたい。	介護保険の主旨を知らせる。 家での介護、限界時点を確認。 契約書の分り辛い箇所は「例」で説明。 適度な「間」で確認。	10ヶ月
2	9	事業所の、極、身近な所では、交流が出来ているが、周辺への啓発が出来ていない、	実践での成果から、発信できる内容がある。伝えていきたい。	包括の地域ケア会議参加。 介護に関心ある集まりに出席する。	10ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月