

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	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
	□ 認知症対応型共同生活介護		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2月6日	評価結果 市町村受理日		平成26年6月11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?IGNO=ST1493400236&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)】

障害を受けると「その人らしさ」が損なわれます。他者との関係悪化や自身の受け入れを困難にし悪循環へと繋がる危険性があります。その不安と混乱した状態から「その人らしさ」の取り戻しに力を入れております。人と人が交わる事によって形成される場の力を生かしケアを組み立てております。「仲間」意識発生で孤独感が薄らぎ、会話の豊かさや楽しい想いを「お土産」として心に持って帰って頂く事が願いです。一人の人として歩んでこられた自分歴史を大事にして参ります。ご家族の皆さんに対しても、健康を損なわず、それぞれの生活を尊重して、介護が続けて行かれるようにお手伝いをさせて頂きたいと思っております。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年3月14日	評価機関 評価決定日	平成26年6月3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)】

小規模多機能型介護事業所アマリリスは、相鉄線三ツ境駅から神奈川中央交通バス戸塚行きで10分程の上阿久和バス停から徒歩2分の場所にある2階建ての事業所です。バス通りに面した住宅街の中にありますが、近くには長屋門公園があり、季節の花などを楽しむことができます。

＜優れている点＞

地域にある「一軒のおうち」として、地域住民と日常的に交流しています。近隣宅の茶摘や野菜の収穫を手伝ったり、事業所で一緒に昼食を食べたりしています。道路に面した窓から地域住民に挨拶をして、時には利用者や職員がお茶に誘うことがあります。災害時には、地域住民から協力を得るほか、地域住民の一時避難の場所として事業所を提供する等の相互協力をする体制を整えています。また、自治会の引きこもり・孤独死の予防活動に自治会の一員として参加し、一人暮らしの高齢者宅を定期的に訪問しています。散歩の途中で立ち寄っていた方が、介護認定を受けた後に利用開始となったケースもあり、「ただいま」と言いながら玄関ホールに入ってきています。

＜工夫点＞

近隣宅から新鮮な野菜を頂いたときは、利用者と調理方法を考えて献立を決めています。新鮮な野菜、旬の食材を使った、季節を感じられる食事の提供に努めています。また、利用者と職員が同じテーブルで食事を摂る様子は、家庭の食事の時間と同じ雰囲気があり、自然と会話が弾んでいます。

【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、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つなげている。	地域密着型サービスの意義の基づいた理念を掲げ実践している。職員全員、住みやすさは地域の価値を上げる事にもなると考えている。「自然な寄り処」を作りご近所で気楽に話し掛けあう関係でありたい。	開所前の内覧会での来場者の意見や小規模多機能ケアに関する文献を参考に地域交流を深め、地域の拠り所となることを目指す理念を作り上げています。管理者は職員との日々の会話等を通して理念の意識づけに努め実践につなげています。	
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。	自治会に参加している。地域者との挨拶は日々の事で、茶摘や畑の収穫経験にご招待頂く。自作物や不要となった家具、陶器等頂く。お茶のみや昼食に来て下さる。大正琴やフラダンス等のお友達をご紹介くださり、発表会を開催している。ご家族も参加される。	開所からまだ2年たらずですが、自治会の清掃活動、防災活動、講演会等に参加して地域との交流が進んでいます。近隣とは、野菜のおすそ分けがあったり、畑の収穫に招いてもらうような関係を築いており、事業所の催しにも気軽に参加してくれています。	
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。	事業所に来所される「地域」「民生委員」「老人会」等の方に、「本人の強さを引き出す事で自信を取り戻す事が出来る可能性がある」事をお知らせしている。たとえ認知症でも人として捉える事で内的力は十分に発揮される。交流を通じて感じて頂いている。		
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。	小規模多機能の意向と自治会の意向が似ている所がある。事業所に対しての積極的な意見はないが、地域の中の一つの家として関わりを求められている。地域の資源を情報として頂く事があり、利用者様と一緒に楽しんでいる。	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、自治会が設けた地域の集いの場「見守りの家」の利用方法や防災拠点集合所の事業所駐車場への移転等について協議しています。出席者から外出レクリエーションに適した場所等の地域情報の提供もあり、活用しています。	
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。	市町村担当者や地域包括支援センターとの連携を行っている。事業所で支援が困難な場合は区に相談や、地域包括支援センターに継続相談を行っている。担当ケア会議を行なった事例もある。ご紹介頂いた利用者様の様子は報告している。	地域包括支援センターには運営推進会議で事業所の情報を伝えており、困難事例について担当ケア会議の開催等、協働したこともあります。また、区の担当者には小規模多機能勉強会に参加した際に、運営等に関する不明な点を相談しています。	

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。	勉強会を実施している。玄関の施錠は日中行なっていない。家族の要望時や、介護の提供においても身体拘束に該当しないかの検討を行い「ケア」を実践している。	運営法人の勉強会の中で、法令順守の一環として身体拘束の研修を受けており、全職員がワークショップ形式のトレーニングを行っています。以前、利用者家族から玄関の施錠の要請があった際には、弊害を説明して説得に努めています。	
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。	社内の研修以外にも機会があれば高齢者虐待の研修に参加している。スタッフ同士、気になる事は常時話しあっている。新規利用者様で、虐待の可能性がある事を区に相談して、地域包括センターに繋げたケースがある。		
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。	職員には、各制度と利用者様と繋げる理由を告げ、話し合い、必要度を図っている。必要と思われるご家族様には情報の提供を行なっている。		
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。	十分な時間を取って丁寧に説明をしている。要望をお聞きした上で、利用料金や対応可能な範囲、生活へのリスクを説明している。入院等で暫く活用されない時や退居時も十分な説明と確認を行なっている。		
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。	その場で随時受け付けている。連絡超。電話、メールの活用、必要時は場を設定して、区や地域包括センターに紹介、連絡している。それらの事柄を通して、視野を広げた支援へと反映している。利用者様聞き取り調査により外食希望があった、実行している。	家族の意見や要望などは主に連絡帳で把握し、苦情・相談記録票に記載しています。送迎の職員に対して家族が要望等を伝えるケースもあり、寄せられた意見等については苦情・相談マニュアルに基づいて対応を検討し、運営に反映しています。	

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。	職員は自ら意見や提案を申し出ている。管理者と共に検討している。その他に、定期的カンファレンスを開いている。職員からの意見は管理者を通して代表者へ伝えている。	経験豊富な職員が多く、日々のケアやミーティングを通して様々な意見や提案が上がってきます。意見等は管理者も加わった場で検討すると共に法人の担当課長を通して、或いは毎月の管理者会議の際に代表者にも伝えられ運営に反映されています。	
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。	代表者は、年1回幹部研修、社員旅行、年2回お祭り、月1回の管理者会議に常に同席。職員に触れ合う機会がある。現場の把握に努めている。職員に出会うときは常に「ご苦労さん」と気さくに声をかけて話を聞く体制がある。		
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。	代表者は、会社として必要と認められた研修については勤務として行っている。法人による介護職員初任者研修等、個人の資格習得についてはシフトへの考慮を行っている。定期的勉強会や、外部講師等による教育研修会も開催。		
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。	瀬谷ケアマネットに登録し、情報交換・勉強会等行いネットワーク作りをしている。小規模多機能勉強会（横浜市高齢福祉局主催）に出席し、横浜市内の小規模多機能との情報交換を行っている。		
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。	ご本人の最初の出会いをととても重視している。明確な理由がなく不安でご利用になっておられるかも知れない。それでも「また来たい」と思って頂ける様に、気配りをして、自身で居場所が見つけられるように努めている。		

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
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。	ご本人とご家族の関係維持の為には、本人と家族の繋がりを知る事が大事だと思う。家族の負担状況、想い、関係の把握に努める。介護者の表情、雰囲気を読む努力をして、話を聞く様にしている。		
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。	医療依存度や環境整備も含め、ご本人の生活のしづらさや、ご家族が介護の困難としている所を把握する。ご本人の意欲を尊重して行く。必要時は、医療や福祉用具貸与にも対応を努めている。		
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。	関わりの中から、同じ「人」という共通点を通じ「一緒に生活する」関係に重点をおいている。喜怒哀楽を深く感じ合う事で想いを共感し信頼関係を築いている。		
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。	ご家族との関係が在宅生活継続を左右すると思う。介護者の楽しみ、表情、有り方、雰囲気を読む努力をしている。支援の有り方を一緒に考える事が出来る関係を作る様にしている。自宅での介護の様子や方法を聞く時間を持つ。絆を壊さない配慮をする。		
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。	信頼している病院、買物慣れしているお店、気さくな美容院、好きな趣味のサークル通い等、社会と繋がる機会を継続して行けるように勤めている。目を向けるようにしている。	殆どの家族が利用契約を結ぶまでに何度も事業所を訪れており、利用開始後の本人との関わりを含めた様々な機会を利用して馴染みの人や場の把握に努めています。子供の頃遊んだ公園を訪れたり昔通った道をドライブする等の支援を行っています。	

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
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。	支援の基本は、ご利用者一人一人のこだわり、喜び楽しみ、苦しみといった気持ちに職員が気を配る。人と人が交わる場の力を意識しそれを生かしていく。交わるきっかけ作り、見守り、調整する。少人数の集まるの中で、自然と顔なじみの関係が出来る。		
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。	サービス終了後、ご利用者が死亡後も家族は来所して下さったり、町中で会うと挨拶を下さる。「通い」で楽しげに過ごしていた頃を思い出されている。その後の経過やご家族の様子を知らせて下さる。		
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。	不安にならず、遠慮しないようにと心がけている。ご本人の意見やつぶやき等を尊重している。困難な場合は「その人らしさ」を取り戻せる場所の提供に努める。安心した関係づくりへと考察していく。	利用者に寄り添って見守り、話を傾聴することで思いや意向の把握に努めています。意思疎通が困難な場合には「その人らしさ」を取り戻せる場所の提供に努め、自宅の庭を散歩する事で人に交わることに慣れ、閉ざしていた心を開いた利用者もいます。	
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。	これまでの過ごし方や、大切にしていた事は何かと言う事に目を向けていく。サービスを受ける事は、その人らしさの支援になっているのか？と把握に努めている。		
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。	それぞれが異なる人生を歩んで来た社会的な存在である。ご本人の毎日、生活で繰り返される日課や習慣の中から「こだわり」を見つける。内なる力の根底が有ると思う。不安や身体状況も冷静に一体的に観察する必要があると思っている。		

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。	ご本人やご家族の意向を取り入れて作成している。必要とされた関係事業者、時には地域ケアプラザからもご意見頂く。その人らしさへの発見や支援へと繋げている。	介護計画には本人や家族の意向が反映されており、必要な場合には医師、看護師、福祉用具専門相談員、地域ケアプラザ職員等の意見も取り入れています。新鮮な目で内容を確認し、現状に則した計画にするため、モニタリングを月1回実施しています。	
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。	ケース記録に記録している。日々の会話や申し送りで連携・共有している。毎月のケアカンファレンスでは、気づきや工夫があった場合、記録を残し豊かに暮せるように実践している。職員間の情報を共有している。		
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。	家族関係が難しい事例では、双方の預け渡し場所になったり、親族・友人の来所場所として活用して頂いている。「通い」方法や時間、受診についてもご家族の意向を出来るだけ反映させている。		
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。	地域ケアプラザ、民生委員、心配して下さるお隣さん、地域の美容室、簡単な用事了解の配食サービス、一般住民の地域の方にも常に交流している。不要になり頂いたオムツはご近所にも緊急時に活用している。		
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。	かかりつけ医にケアプランを渡し連携に努めている。緊急時や必要時は、かかりつけ医から他の病院に連携で、適切な医療がスムーズであった。	訪問看護師が月1回訪れて、利用者の健康状態の確認と筋力低下予防の体操を行っています。通院介助を行っている利用者のかかりつけ医にケアプランを渡して、病状、服薬等について相談し、メールや電話で指示を受けています。	

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
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。	事業所内では看護日誌として、気になる時、介護～、看護～と記載して連携を取っている。相談や気付きは常時看護師と連携出来る体制がある。お互い同じ情報を持ち、必要時の医療的支援が受けられる体制を保っている。		
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。	入院中はお見舞いに伺ったりする。ご家族とは連絡を取り様子を確認している。退院時は病院の医療連携室、看護師、OT、PTと面会して情報の共有を行っている。		
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。	終末期ケアを行った経験がある。意向にずれないように確認をして、地域の医師・看護師と方針を共用している。事業所で出来る範囲を十分に説明している。範囲を超えた場合に備えて居宅介護支援事業所にも連携体制をとっている。	終末期ケアについては、医師が看取り期に移行したと判断した時に、家族と話し合い、事業所でできるケアについて説明しています。看取り期に移行しても、好きだった入浴ができるよう医師、看護師と連携して支援しています。	終末期の意向については、事前に本人、家族から意向を確認しておくことも必要と思われます。終末期ケアの指針等を明確にすることについても検討が期待されます。
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。	急変時の対応マニュアルはある。初期の対応は不定期に、情報を共有している。アイスノンやスポーツドリンク飲料は常時準備している。		
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。	防災についてのマニュアルがある。地域の方も交えて避難訓練を行っている。地域には以前から、顔の見える関係で日頃のお助け合いを実践という「谷戸おとなり場システム」がある。アマリリスは「いっとき避難場所」となっており関係性の構築をしている。	年2回行う避難訓練に地域住民に参加をお願いし、協力を得る体制を整えています。ブルーシートや非常食等の備蓄も行い、地域住民の「いっとき避難場所」としています。災害発生時の連絡体制も整えており、事務室に連絡表を掲示しています。	

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。	言葉は、語調や表情等で印象が違ってくる。語尾を伸ばしたり、上げたりして効果的にプラスの感情に響かせている。社会的な存在としての「その方と思う気持ち」を表現している。	接遇・マナーをテーマにした研修を行っています。利用者との会話は、声の大きさ、表情、間の空け方、語尾に注意し、年長者として敬意を払い、活動の切替時には、意思確認も行っています。利用者にプラスの効果を感じてもらうようにしています。		
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。	そーと見守っていく事や、傍に寄り添う時間を作る事で「ご本人が伝えたい事」を関係者全員が探っていく姿勢を大事にしている。ご利用者のサインを見逃さない姿勢である。どんな些細な事でも、自己決定した事は共に喜んでいる。			
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。	「長年培った暮らし方」「そのあり方」を人中心的な考えで支援している。決まり事を極力少なくする事で、ご本人たちからの提案が増える。自ら楽しみの構築に参加されて、活動量があがっている。			
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。	外出や行事の日等はお化粧や素敵なフーフで来所される事がある。近隣の美容院は特別料金で希望に添い、車いすの方でも了解です。髭剃りが難し時は近隣の理容院へと繋げます。入浴後はご本人の整髪が整うまで見守る。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	畑の様子を見たり、頻繁に届く採れたて野菜の運びを手伝って頂いたり、調理法をたずねたりと視覚や感情に訴えて食欲を増すようにしている。好みは考慮している。準備や片付けを出来る方は一緒に行って頂いている。	利用者の希望を行事に取り入れ、月1回の外食を実施しています。近隣から新鮮な旬野菜のおすそ分けがあり、調理方法などを利用者と一緒に考え、季節感のある食事を提供しています。近隣の住民が訪れて食事を共にすることもあります。		

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
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。	ご近所からも頂く豊富で新鮮な野菜と、「魚」がお好きな方が多いので「魚」のメニューで「美味しい」と摂取量を上げている。盛り付けも大事にしている。状況により食事時間の変更もある。水分量は1人750ml程摂取している。		
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。	全員声掛けで、歯磨きをされています。時折、嫌がられたりする事もあるが、「嗽のみ可」や、時間を置き説明で、お願いをする。根気よく継続する事で口腔ケアは可能となって行く。		
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。	排泄パターンを把握している。全員に入浴前、昼食後、お帰りに声を掛けている。尿意の無い方にはパットの交換をさりげなく伝えている。配慮して処理している。テーブル式オムツから、リハパンになったご利用者の方もおられる。	利用者の排泄のパターンを把握して、さりげなく声をかけています。オムツからリハビリパンツに変更になった利用者もあり、排泄の自立に向けた支援を行っています。排泄の自立を目指して、筋力向上に意欲的に取り組むケースもあります。	
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。	生活状態や身体状態、薬の影響を考慮して心身の不快感の様子を観察する。Drやご家族のアドバイスを頂きながら食事、水分、運動に取り入れている。自宅からジュースやヨーグルト持参のご利用者もおられる。		
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。	入浴日は登録時に希望を勘案して設定している。当日は了解、納得後、誘導を行なっている。入浴の入り方は個人のペースを重点においている。慣れたやり方に添う事が安全だと考える。浴室に入り、洗面器で下着洗い後「一連の入浴」の方もおいでです。「いいお湯」満足頂く	利用者のペースに合わせて慣れた方法で入浴してもらっています。本人と家族の意向が合わない場合は、医師に確認しながら本人の負担にならないよう配慮しています。利用時間に合わせて入浴の時間を変更することもあり、利用者から「いいお湯」という満足の声があります。	

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
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」中はソファやベットに自由に休息をして頂いている。必要時は掛け物を職員がすぐ対応している。「泊り」中、眠れない方は、ご本人の欲するままに付き合う。時にはほぼ一番中、お話を伺う事がある。		
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、職員が内容を把握出来る様になっている。服薬変更時は口頭で職員に通知する。状態変化観察に努める。居宅療養管理指導や訪問看護導入のご利用者とは、関係者と連絡を密に連携実行している。		
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。	念頭に「自分が自分らしく感じられるように」と支援している。関わり開始時は得意とする所からだが、意欲と意思に添って自由に変化していく。ご利用者様と職員との人間同士の対等な関係は、響き合う快さとなり、生きる張り合いへの発展可能性と考える。		
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。	「通い」は、ドライブ、買物、散歩、野菜の収穫等、ご希望に添って取り入れている。普段行けない動物園・花見・みかん狩り等や、近隣宅の庭や畑で、茶摘、じゃがいも堀りの体験もある。ご利用者聞き取り調査一番の要求は「外食」であった。月1回実践している。	大和市の桜の名所の花見や動物園、みかん狩り等の行事を企画して、普段行けないような場所に出かけています。日常的には、散歩やドライブのほか、近隣宅の茶摘やじゃがいも堀りを体験したり、事業所の畑まで野菜の収穫に行っています。外食は、毎月企画して実施しています。	
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。	買物同行時は、自身の財布からお出し頂いている。牧場のアイス購入時は、自動販売機だった。順番で好みの物を選び操作して頂いた。喜びは大きかった。常時少額持参の方や、家族と事業所が金銭出納帳を通して、ご本人の自由なお金確保に努めているケースもある。		

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。	電話を希望の方には利用出来るように、ご本人立会いで設置の手続き支援を行なった。遠くのご親戚に掛ける電話が「呼び出し」が多くて通じ難い」と訴える方がおいでです。「通い」の間に「掛ける支援を行い」会話出来る様に支援している。		
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。	玄関から入ると空間が広く取られている。掃きだしの窓からは庭の芝生と畑、情緒ある風景が見えて人気です。地域の方達からも「玄関あたりにいると柔らかさを感じる」と言って下さる。孤独感のない「家の縁側から」を意識している。床暖房や換気等で空調調整している。	玄関を入ると、利用者の描いた風景画が飾られ、大きな熊のぬいぐるみが迎えてくれます。ホールにつながるリビングは、大きな窓から陽射しが入り、明るさと暖かさを感じることができます。窓の向かい側の壁には、利用者自らが製作した立体画が飾られています。	
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。	ベット、ソファ、マッサージ機、ダイニングテーブル、椅子を室内に点在して置いている。自らが、状態に応じて遠慮なく居心地よい場所を選定出来る様配置している。心地良さは、最も心身に深く影響を与えている。		
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。	「泊り」がお一人の場合は、「通い」と同じ環境のフロアで過ごして頂いている。同じベットで休まれる。抱き枕やアンカ、ポータブルトイレ等持参される事もある。慣れた生活、こだわりの安楽により、安心を得て頂く様努めている。	2階にある泊まりの部屋は、プライバシーに配慮した空間となっています。泊まりの利用者の意向等により、人の気配が感じられる通いのスペースで過ごすことも可能としています。その際は、衝立等を利用して空間を分けています。	
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。	ご利用者の1人ひとりの身体状況に合わせて手すりの位置・種類を決めている。職員間では「危険」と「安全な自己機能開花」の検討は常である。浴室・トイレ・洗面所に手すりを設置した。レクリエーションの道具も安全に自己選択出来る様に皆が見える所に整備している。		

(別紙4(2))

事業所名 小規模多機能型居宅介護事業所アマリス

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 6 月 9 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	33	契約時や、容態変化が、し出始めた時に、重度化した場合や終末期のあり方をお聞きした事がある。家族はその場の雰囲気嫌がる。話は難しい。事業所で出来る事は伝えている。	H25.9「看取り」経験後、同地域にある小澤竹俊主治医[めぐみクリニック地域緩和ケア研究会]での勉強会に参加している。協力できる連携体制で「自宅に居る」と言う希望を叶えたい。	会社の小規模多機能型居宅事業所会議で、課長と部長同席時に検討して頂く。「契約時等嫌がる家族は多いので難しい」との回答。急変した時点で家族と「看取り」のあり方を共有した経験が過去にある。事業所は家族と常の関わりがあるので常時説明・支援が出来る体制としていく。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月