

1 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 | 2270600576 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 栄幸会 | | |
| 事業所名 | きたうえファミリーアネックス | | |
| 所在地 | 静岡県三島市徳倉1148番地2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 30 年 12 月 20 日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年4月16日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/222/index.php?action_kouhyou_detail_U22_kani=true&iqvosvoCd=2270600576-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 静岡タイム・エージェント | | |
| 所在地 | 静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階 | | |
| 訪問調査日 | 平成 31年 1 月 30日 | | |

【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)】

静かな環境でこじんまりとした建物なので家庭的な雰囲気を感じています。玄関先の庭では花の植え替え、室内では装飾をご入居者様と手作りし、季節を感じていたでる様に工夫しています。職員の個性を活かしたレクリエーションでの交流もでき、隣にあるもう1棟のグループホームと防災訓練・行事など互いに助け合い協力体制が出来ています。ご入居者様一人一人の人格を尊重した支援を大切に、今まで行っていた事を続けられるよう努めています。そして元気に過ごせるように体操・散歩・段差訓練など下肢筋力の維持にも心がけています。施設での看取りを希望される方が多く、特養の看護師・主治医と連携をとる事でご入居者様・ご家族様に安心して頂ける様対応しています。

【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)】

民家風の平屋の事業所の真ん中にフロアがあり、利用者・職員が家庭的な雰囲気の中で穏やかに過ごしている。壁面には季節を感じる利用者の作品や写真が飾られ、見て会話が弾んでいる。「一人ひとりの人格を尊重した介護を」の理念に則り、本人の気持ちを慮って支援をしている。職員は記録・防災・安全衛生などの委員で、法人他施設の委員と勉強会を通して学んだことを報告している。記録委員からの指導でフォーカスチャージングの記録を皆が出来るようになり計画書作成の参考になっている。毎日段差訓練などを継続することで体力の維持に努め、トイレでの排泄に繋がっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | 項目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 |
|--|---|---|---|
| 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない | 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る (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 |
| 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 | 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:2,20) | ○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 | 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が拡がったり深まり、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. 全くない |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生き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 | 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 |
| 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 | 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 |
| 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 | 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. ほとんどできていない |
| 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、安心して暮らしている (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 | | |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|--|---|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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ふ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 | 「お一人お一人の人格を尊重した介護をさせて戴きます」という理念をフロアーに掲げ、GH会議では唱和し、職員同士が確認する事でご入居者様とゆったりと関わられるよう支援に努めています。 | 開設当初の理念を継承している。月1回の会議で個別に合ったケアが出来ているか？問題点や良い点等を評価して話し合い理念に則った対応に努めている。 | |
| 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 | 町内の敬老会では職員が参加したり、町内会の方へ運営推進会議等の参加の呼びかけを行っています。 | 以前から地域の住民と触れ合う機会が少ない。民生委員を通して防災訓練へ職員が参加して手伝ったり、敬老会で職員の踊りを披露する等して、交流につなげられるに取り組みを始めた。 | |
| 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 | 市役所の一画を借り、ご入居者様の日常生活の写真を展示するなど認知症の方の関りを見て戴き、理解を含め普及に努めています。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1度開催し、率直な意見や助言をいただき、サービスの質の向上に活かしています。 | 地域包括支援センター職員・民生委員・家族代表・市介護相談員などが参加して、隣接のグループホームと合同で定期開催をしている。事業所からの報告の後、質疑応答や意見交換でアドバイスを受けている。 | |
| 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り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 | 3ヶ月に1度の地域のグループホーム連絡会には市の担当者を交えて事業者でのサービスの取り組みを伝えています。 | 行政とは法人が主に連携をとって、必要な情報を聞いている。地域包括支援センター主催のオレンジホットサロンに参加している。利用者の作品を市の展示会に提出している。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護保険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 | 夜間(スタッフの一人の時間)と日中(職員が少ない時)は一時的に施錠する事はありますが、他の身体拘束はありません。 | 「身体拘束廃止適正化委員会」は法人の他事業所と合同で定期開催をして、報告は受けている。利用者の意思を尊重し自由に過ごしてもらう支援をしている。表情を見てテラスや外の散歩に誘って気分転換を図っている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|---|---|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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 | 介護中に不適切な声掛けや態度がない様に職員同士で確認しています。必要に応じGH会議等で話し合い適切な対応が出来る様に努めています。 | | |
| 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 | 外部研修・勉強会等にて職員は周知しています。ご家族様からの相談があれば可能な限り支援していきたいと思っております。 | | |
| 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 | 不安や疑問には誠意を持って答えさせて戴き、ご入居者様・ご家族様が十分に納得が出来る様に気を配っています。 | | |
| 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なら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 | ケアプランの作成時には、ご入居者様・ご家族様からの意見や要望の声を管理者や職員に直接伝えられるようにしており、得られた意見が反映されるように努めています。 | 年2回の家族会では、職員は外れて意見交換する機会を設けている。出た意見は代表がまとめて管理者へ伝える仕組みがある。面会時に声をかけると気づいたことを言ってもらえることがあり、聞いたことは記録し、皆で共有して反映させている。 | |
| 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 | 毎月のグループホーム会議や担当者会議では、事前に検討内容を伝え活発な意見交換が出来る様に努めています。 | 職員は事前に意見用紙に記入している。会議で意見や提案事項について話し合い、検討して反映させている。職員は安全衛生・防災・記録委員会などの委員会に属している。各委員として法人の勉強会に出席しホームで伝達研修等行なっている。 | |
| 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 | 管理者は、スタッフ個々の介護課題・目標を理解しており、向上心を持って働けるように配慮しています。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 職員の能力に合った外部研修・毎月の施設内勉強会への受講を勧めしています。また毎月のGH会議では、順番で課題を出し合い勉強会をしています。随時ケアに関して問いかけながら指導に努めています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|-----|--|--|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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作り、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り組みをしている | 地域の同業者との合同研修会の開催や、グループホームの事例発表会・研修会・市内グループホーム連絡会に参加し情報交換を行いサービスの質の向上に努めています。 | | |
| 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 サービスを導入する段階で、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 | サービス導入前には、管理者は来訪又は自宅訪問を行いご本人様の意向・困りごと等を伺い、安心と信頼を持って利用して頂けるように努めています。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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 | サービス導入前には、ご家族様と導入までの状況や不安、今後の要望は何かを話し合い、信頼関係が構築できるように努力をしています。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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 | アセスメントと担当者会議にて、ご家族様・ご本人様の意向を汲み取り導入時に何が必要であるかを見極め、必要なサービスが適切に行えるように努めています。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々の暮らしは職員が中心となるのではなく、利用者様と一緒に寄り添いながら行い「役割」を持って戴けるよう支援し、「ありがとう」を多く伝えられることで信頼関係の構築に努めています。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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 | ご家族様の面会時には、日々の暮らしの状況や施設としての支援内容を伝え、スタッフとご家族様が共に支えていく姿勢を伝えていきます。また、遠足やイベント時にご家族様も参加していただけるように環境を整えています。 | | |
| 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 | 面会時間・外出時間は決められていなく、自由に馴染みの友人やご家族様が訪ねられてこられるように伝えていきます。 | 友人や習い事仲間の定期的な訪問がある。職員が中に入ることもあって継続して来て欲しいと伝えている。「富士山が見たい」要望があると車で見に行くなどの支援を行っている。絵手紙・習字・油絵・ハーモニカ・漢字などの趣味が継続できるよう支援している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|--|--|--------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 一人ひとりの生活歴・性格・認知症状を把握し、利用者様同士が楽しく食事や会話ができるように席を配置し、スタッフの関わり方を工夫して利用者様同士で支え合える関係づくりに努めています。 | | |
| 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 | 施設以外の場所で暮らす際には、そこでの生活が安心して継続が出来るよう、サービス等の情報を積極的に提供し、相談に乗るよう努めています。 | | |
| 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 | ケアプラン作成時にご本人様・ご家族様に意向を確認し、センター方式を用いて入居者様の能力・嗜好等の把握、日々のケアの中から得られた情報は持ち寄り話し合いを重ね入居者様の意向・希望を把握するよう努めています。 | 利用者は意見や要望を伝えられる人が少なく、傍らに寄り添い言葉を拾う対応で思いを把握している。テレビやチラシを見て発する言葉や表情で要望や気持ちが解ることがある。 | 口に出せない人の思いをくみ取る工夫の取り組み等に期待したい。 |
| 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 | ご本人様やご家族様からの聞き取りやセンター方式を活用して、その方の馴染みの暮らしや生活環境の把握に努めています。サービス内容に対してはモニタリングを実施し達成状況を確認しています。 | | |
| 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 | お1人お1人の方と向き合い耳を傾け、ご本人様の気持ちに近づくよう努めています。また、申し送りや日々のケース記録を確認することで現状把握に努めています。 | | |
| 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 | サービス担当者会議にてご家族様の意向を確認し、毎月の会議ではケースカンファレンスを行い入居者様の現状に沿った介護サービスを話し合いこれらをもとに介護計画を作成しています。 | 本人の意向を把握できない場合は、その人に必要とされることを皆で考え計画に反映させている。家族の意向と職員の意見の収集・フォーカスチャータリングを参考にケアマネジャーが介護計画書を作成している。 | |
| 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 | 日々の様子や計画の実践はフォーカスチャータリング方式にて記録しており、職員は常に目を通す事で情報を共有したり計画の見直しを行っています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | ご家族様・ご本人様のその時々希望や意向に寄り添い「安心して暮らす事が出来る」を目指し、現状に捉われない柔軟な姿勢で対応をしています。 | | |
| 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 | 地域のボランティアの方々の力を借り、お茶会・歌・体操・料理等の楽しい時間を過ごして戴くように支援をしています。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | かかりつけ医への受診時には、基本的に職員が同行して日々の状態を伝えて状態に沿った適切な医療がスムーズに受けられるように支援しています。継続的かつ受診回数が多い場合はご家族様の協力を得ています。 | 協力医は月2回往診があり、訪問歯科もある。必要に応じ他科受診や継続しているかかりつけ医は家族に依頼しているが、車椅子の人は職員が対応している。結果は共有している。状態の変化を細かく説明し適切な医療を受けられるように支援している。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 介護職は、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 | 入居者様の心身に変化があれば敷地内にある特養の看護師に随時報告・相談しており、適切な受診や看護を受けられるように連携しています。 | | |
| 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、又、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。あるいは、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 | 入院時には管理者が同行し病院関係者との情報交換を積極的に行い、ご本人様が安心して治療を受けられるような支援を行っています。退院時にはケアカンファレンスを行い退院後の適切な対応を確認しています。 | | |
| 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、事業所で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 | 入居時には終末期に関する意識調査を行い、終末期を施設で迎えたいというご家族様については、施設として出来る事をしっかりと伝えていきます。終末期には、ご家族様・嘱託医・主治医・看護師と連携をしながら最善の支援が出来るように行っています。 | 入居時に「看取り介護の基本理念」を基に家族に説明をしている。基本理念は、エンゼルケアを含む終末体制や職員の教育まで多種細部にわたってマニュアル化されている。年1回家族会の時「終末期における事前意識確認書」の提出を求め、確認をしている。 | |
| 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 | 会議などで応急手当の練習を行い実践力を身に付けるように努めています。また緊急時のご家族様・看護師・管理者への連携体制は確立しています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 防災委員の職員が中心となり定期的に防災訓練が行われ、マニュアルに沿って対応をしています。毎月の防災訓練に加えて法人内での訓練にも参加しています。 | 防災委員が年間計画を立て、火災・水害・地震を想定した訓練を行っている。今年度目標に上げ全職員が参加の訓練の実施と夜勤者全員が夜間想定訓練の実施をした。 | |
| 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 | マナー向上推進者が中心となりスピーチロックや接し方についての勉強会を行い、入居者様やご家族様・来客者様にとって「訪れてよし 過ごしてよし 住んでよし」の場を目指しています。 | 接遇担当者が中心になって「認知症に関して」の勉強会をしている。職員同士お互いに言葉使いについてよい点や悪いことなど伝え、注意しあっている。理念に沿って一人ひとりの人格を尊重した介護に努めている。 | |
| 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 | 不安な表情や行動にいち早く気が付き寄り添う事を大切にしています。ご本人様の思いや希望を自然に表わして戴く事が出来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 | 認知症への理解を深め「その人らしさ」の大切さを常に意識し、出来る事を1日を通し支援しています。 | | |
| 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 | ご家族様やご本人様の希望を伺い、その方らしい服装や髪型で日々の暮らしが楽しく過ごす事が出来るように努めています。毛染め・マニキュア・ビューティーボラも実施しています。 | | |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事の準備では、下ごしらえや後片付け等、個々の入居者様のレベルや思いに考慮しながら、入居者様と職員と一緒に実施しています。 | 食材は発注し届けをもらい、職員の手作りの食事を3食提供している。職員は手弁当であるが同じテーブルに座り会話をしながら介助や見守りして一緒に食べている。天気の良い日はテラスでピクニック弁当にして食べる楽しみがある。手作りおやつと一緒に作ることもある。 | |
| 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 | 毎月の体重を把握して必要に応じて主食量を調整しています。栄養バランスは管理栄養士に献立の確認をしてもらいアドバイスを受けています。また、入居者様の嗜好をふまえて献立を作成しています。 | | |

静岡県(きたうえファミリーアネックス)

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|---|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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、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 | 昼・夕食後はお1人お1人の口腔状態や出来る能力に沿った口腔ケアを実施し、必要時にはご家族様と相談し訪問歯科を利用しています。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 排泄チェック表を活用してお1人お1人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄がいつでも行えるよう自立支援に努めています。 | 段差機能訓練や体操・散歩で下肢筋力の維持や、立位・座位の確保に努めトイレでの排泄が継続できるよう支援している。時間を見て早めの誘導をするなどして、状態によってパッドの大きさを変更をしている。 | |
| 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 | 排泄チェック表を活用し排便状況を把握しています。ご入居者様になるべく自然に排便が出来る様に朝食にヨーグルトを提供したり、食事以外の水分補給を促し散歩や体操を実施しています。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 基本的な入浴日は決まっていますが、入居者様の希望や、体調に沿うように時間や曜日は柔軟な対応に心がけています。職員とマンツーマン入浴により安心して入浴が出来るように支援しています。 | 入浴は午前と決めているが希望に沿いながら対応し、週2回は入浴をしている。本人の様子を見て思い図って同姓介助の対応をしている。拒む人には無理強いせず、声掛けの工夫をして入浴できるよう支援している。 | |
| 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 | 午後になると疲れから傾眠や混乱等の様々な症状が出る方が多く、基本的に昼寝が出来る環境を作っています。夜間の就寝時間も生活習慣とその日の意思をもとに状況に応じて支援しています。 | | |
| 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 | 内服管理は看護師と連携して管理者が行っています。職員は1人1人の内服情報を理解しており、副作用や症状の変化には随時看護師に報告し指示を仰いでいます。 | | |
| 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 | 役割・楽しみが「自信や居場所・生きがい」に繋がることを考えています。職員が入居者様に「ありがとう」と感謝の気持ちをその都度伝えて信頼関係を高めていくことも大切にしています。 | | |

静岡県(きたうえファミリーアネックス)

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。又、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 | 敷地内の散歩やデッキに出て、季節の移り変わりを感じるように支援しています。車で遠足や個人外出(本人や家族希望も考慮して企画)や買い物も実施しています。 | 天候を見てテラスや玄関入り口のベンチで外気浴や近くを散歩している。個人外出は希望を聞いて職員と1対1で出かけている。年2回家族に声掛け一緒にドライブで遠出の外出をし、外食もしてくる。 | |
| 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 | 金銭管理は行っていませんが、外出時には入居者様の能力や希望に応じて、支払い支援が出来るように努めています。 | | |
| 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 | 希望される入居者様にはご家族様の協力を得ながら電話を掛けたり受けたりが出来るようにしています。手紙のやり取りに関しては年賀状・暑中見舞いなど季節の変わり目に近況をお伝えしています。 | | |
| 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 | 玄関・フロアーには季節の花を飾ったり、壁面には季節感ある装飾を考え、心地よく暮らせるよう工夫をしています。また、部屋ごと使用用途が入居者様にはっきりと分かるようプレート等を工夫しています。 | 建物の真ん中にフロアがあり、職員の目が届きやすい。天窓からの日除けに簾をかけてある。壁面には季節や行事を感じる花やお雛様など利用者の作品や写真が飾っており、見て会話が弾んでいる。大きなソファや好きな場所で寛いでいる。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | フロアーにソファを置き自由に腰を掛け、気の合った方とゆっくりと話せるように配慮しています。また、台所内、玄関前や玄関外に椅子やベンチを置いてご利用いただいています。 | | |
| 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 | 心地よく暮らして戴く事の大切さをご本人様・ご家族様に伝え、居室には日ごろ使っていた家具を置いたりアルバムや写真を貼り居心地の良い空間を作っています。また、使い慣れた食器や湯飲みなどで食べる事ができるように配慮しています。 | 洗面台とクローゼットが設置されている。テレビや馴染みの家具を持ち込み壁面にはレクで作った作品や写真が飾られてある。その人らしい居心地のよい居室になっている。担当職員は障害物をおかず動線を確認して整理・整頓し、利用者と一緒に掃除をしている。 | |
| 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」「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 | 玄関から居室までは段差がなく、居室周りやトイレ内には手すりが設置されています。居室前には表札などで、自分の部屋が分かる工夫をしています。 | | |

目標達成計画

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 | 23 | 全介助で重度の方への寄り添いが、他のご入居者様に比べて出来ていない。 | 他のご入居者様と隔たりなく、寄り添う時間を増やす。 | 独歩の出来るご入居者様と一緒に、散歩へ出かける事を日々の業務に取り入れる。 | 12ヶ月 |
| 2 | | | | | 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、行を挿入して下さい。