

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	4270103403		
法人名	有限会社 ぼ～れぼ～れ		
事業所名	民家型宅老所 ぼ～れぼ～れ松が枝	ユニット名	1
所在地	長崎市松が枝町3番23号		
自己評価作成日	平成25年3月8日	評価結果市町村受理日	平成25年3月27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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般財団法人 福祉サービス評価機構
所在地	福岡市博多区博多駅南4-3-1 博多いわいビル2F
訪問調査日	平成25年3月11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)】

築50年以上経つ木造2階建て民家を、改装した民家型のホームです。まるで実家に帰ってきたような、ホッとする雰囲気を醸し出しています。そのねらいから、ハード面は敢えて手を加えていません。又市内の軌道電車路に沿って、商業地と住宅地と観光地と混合している、利便性の良い所に建っています。スタッフを含めての第2の家族として、ホームを位置づけ、生活リハビリにこだわり、大家族で生活をしています。認知症があった両親の、家から見送って欲しいという希望から、代表が在宅介護10年目に開所したホームです。地域の色々なイベントに、ホームの行事の一環として参加しています。代表が生まれ育った町という事もあり、地域に密着したホームです。平成23年度内で、消防設備の拡張を行い、スプリンクラーを始めとした諸々の設備も整えております。

【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)】

“民家型宅老所 ぼ～れぼ～れ松が枝”では、1つ屋根の下で温かい生活が送られている。認知症サービスも併設しており、日々サービスを利用される地域の方々との交流が続けられている。1階は広い畳の間に、“ご自分の力で歩きたい”と言う思いが募る環境でもあり、車いすは使用していない。日々の生活リハビリの効果は着実に表れており、24年度は3名の方が在宅に戻る事ができた。その後もご本人の希望により、当事業所の認知症サービスを利用され、代表の願いでもある“住み慣れた自宅”での生活支援を続けている方もおられる。看取りを終えた方もおられるが、家族とのご縁は続いており、精霊流しの時には“ぼ～れぼ～れ”をスタートして、精霊流しに行かれた方もおられる。「明日は会えないかもしれない。だからこそ今を一生懸命に…」と言う代表と総括責任者の思いを職員も十分に理解しており、ご本人本位の支援が続けられている。“駆け込み寺”としての役割も担っているが、“最後の砦”的な存在では無く、掛け込む前に少しでも“ぼ～れぼ～れ”で行われている真の認知症ケアを伝えていく役割を、今後も担っていきたいと考えられている。

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	66	職員は、活き活きと働けている (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

自己	外部		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	日々の生活の中で常に理念を取り入れた生活をしています。プランの中にも自然と盛り込まれ、その人らしさや、人間らしさ、その人にとって追及するようになってきています。またそれぞれの勤務時に皆で理念を唱和し、毎回気持ちをを入れて実践へとつなげる努力をしています。	職員が介護計画作成に関わる事で、“利用者の思いをもっと知りたい”と願う職員が増えてきている。理念にある“その人らしさ”を考える事も当たり前になり、生活歴を改めて見つめ直し、人生を生き通すための方法を“とことん考えるチーム”が作られてきている。代表と総括責任者の指導のもと、根拠あるケアが続けられている。	今後も“ぼ～れぼ～れ”の理念を玄関の外に掲示したり、地域の会合や実習を受け入れる時に、“目配り、気配り、心配り、その人らしさをひきだす介護”を発信していき、認知症ケアの理解者を増やしていきたいと考えている。
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	町内の老人会の毎月の会合の場所を提供している。交番がすぐ側へ移転して来たので、御入居者様をお連れし、顔を覚えてもらっています。また、署員の方達がより身近に声を掛けてもらったり、時には中の様子も見に来て頂いたりという関係性が出来ています。	代表と総括責任者は地域活動に積極的に取り組み、町内の老人会の会合を毎月ホームで開催している。認知症の人と家族の会(長崎地区)大浦地区相談所としての拠点にもなっている。地域行事にも参加し、保育園児の慰問や歌のボランティアの方も来られ、職員のお孫さんや子供たちが出店の手伝いもしてくれている。	今後も地域貢献の一環として、老人会(市老連)の集まりの後に介護相談会を行ったり、自治会の総会で認知症ケアの出前講座等もしていければと考えている。実習生の受け入れも増える事から、真の認知症ケアを伝えていく予定にしている。
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	自治会役員をする事により、地域の方の事業所内への出入りが多くなる事で、認知症の人の理解や支援の方法を、具体的に見て頂く機会が増えることで、個別な対応とご本人に対する細やかな声掛けも頂くようになりました。		
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	認知症の事業所として、地域の中で役割を担って欲しいとの要望から、次年度に、老人会の定例会などに参加し、認知症の広報活動や、駆け込み寺としての、「地域の中でのぼ～れぼ～れ」の役割を果たしていく予定です。	区民センターで開催しており、市の方と地域包括の方が交代で参加して下さっている。認知症の人と家族の会の方や市議会議員、介護相談員等が参加して下さい、それぞれの活動状況や取り組みへのアドバイスを頂く事ができている。避難訓練の様子や行事等をビデオで見て頂き、「訓練と一緒に参加したい」等の希望も頂いた。	
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に取り組んでいる	代表が長崎市虐待防止運営委員会の委員として会議に参加させてもらったり、認知症の人と家族の会の役員として、高齢者すこやか支援課や精神保健課と交流の場もあり、良好な協力関係が築けています。	認知症リーダー研修の講師依頼が“認知症の人と家族の会”の方にあり、代表が講師を務めさせて頂いた。市長もホームに来られ、災害対策の実状を確認して頂き、スプリネックスミニ(粉タイプ)の設置状況も見て頂いた。市議会議員の方とも、長崎グループホーム火災の原因に関して話し合う機会が作られた。	
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	事業所の方針として、一切身体拘束はしておりません。＜～身体拘束排除宣言＞をしており、実践している事を御家族等へ説明させて頂いています。	行動障害の原因を丁寧に把握し、ご本人の思いを大切にしたり関わりを続けている。散歩で迷われる方のために派出所や地域の方へお願い文書を作り、地域の方々にも見守りをして頂き、連絡して頂ける取り組みも行っている。入院時に“つなぎ服”を着用していた方もおられたが、退院日から普通の洋服で過ごして頂いている。	
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	外部講習会で、高齢者虐待防止関連法の勉強会に参加し、それを伝達研修にて内部の勉強会に活かし、共通認識の上において施設内での防止に努めています。また、代表が長崎市虐待防止運営委員会のメンバーでもあります。		

自己	外部		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
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	実際に地域権利擁護事業を利用されている方がいらっしゃる事で、月に一度の支援があり、内容についての学びの機会が多い。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、契約書・重要事項説明書を用いて説明を行っています。その時に、不安点や疑問点に付いてお尋ねしています。その後も随時お気軽に声を掛けて頂くよう、お話しさせてもらっております。		
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	長崎市の介護相談員受け入れをし、利用者様の意思を聞き出してもらい、助言を頂いたり、運営推進会議に参加して頂いた時や、面会の際に、お話を伺っています。	”最期をどこで迎えたいか”と言う意向も含めて、利用者の真の思いに寄り添い、日々の生活に活かすようにしている。家族関係を大切にした対応策の検討も行われ、家族には、毎月、写真やお手紙を郵送したり、運営推進会議や面会時(メールも含めて)にも意見を頂いている。	
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	週に1回のカンファレンスの進行はスタッフに任せており、自由に意見交換でき、共通認識出来る場となっています。代表・総括責任者は常にスタッフへ、意見等聞く姿勢がある事を伝えています。	毎週のカンファレンス時の意見交換も活発で、外部研修の伝達研修の方法や内部研修のテーマなど、職員個々の視点から意見やアイデアが出されている。運営者の方とも気軽に意見交換ができており、会議の時には、利用者本位の解決策の検討が続けられている。総括責任者(看護師)が適宜、医療面のアドバイスを続けている。	
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	介護労働安定センター主催の「雇用管理責任者講習専門コース」を受講。パートから正社員の転換の受け入れをしています。又、各職員の状況に合わせて、労働時間、勤務内容、希望する盤今日内容等、柔軟に対応できる様、整備に努めています。		
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	事業所の年間研修計画と、個々の職員の立場や経験、習熟度に応じた研修の参加を促しており、職員にもどういう事を勉強していきたいか、希望を取り入れながら、報酬面でも働きながら学べる環境づくりをしています。		
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	他法人主催や介護福祉士会及び長崎市GH連絡協議会の全体会・地区別研修会に継続して参加し意見交換・交流を職員間で行っています。それにより他事業所での対応等を通じて、サービスの質の向上に努めています。		

自己	外部		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
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	現在のご本人様の在り様を把握する為と、チームケアの観点から、ご利用者1名に2名のスタッフが担当し、交代制の勤務の中でもマンツーマンでの対応をできるように配置し、アセスメントからケアプランまで、計画作成担当者と連携し、一緒に作成しております。		
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	まずは、現在困っている事や不安な事、要望等に耳を傾け、実際に施設を見学して頂き、直接お話を伺う機会を設け、当事業所の理念や開所に至る経験等をお話しさせて頂き、不安の軽減に努め、話しやすい関係作りを心掛けています。		
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	どういう支援が今必要とされているのか、介護支援専門員・認知症ケア専門士を始め、在宅介護歴15年の管理者がじっくりお話を伺っています。又、提案もさせて頂く事もあります。		
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	御本人が主体となり、その人なりの役割を持って生活する事で、理念の「共に、生活します」を基本に、共に支えあう関係を、築く努力を継続しています。		
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	御本人へ、御家族が大切に想っていることなどをお伝えしたり、御家族とご本人との関係性も密になるような、関係作りを心掛けています。例えば、御本人のお誕生日会の日程を調整や、イベントの参加、ボランティアの願いをさせて頂いています。		
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	ご本人が活動されていた場所へお連れする事で、想い出されたり、頑張ってもらった姿をご存じの方々から、声を掛けて頂けるよう、色々な場所へ可能な限りお連れするようにしています。	大浦宮日の時に以前の仕事仲間から声を掛けて頂くなど、地域行事などにお連れする事で、昔の関係をたどれる機会になっている。日々のご本人の行動から、ご本人の真の思いを見つめる取り組みも続けており、家族のお見舞いを実現する事もできた。要望に応じて自宅や美容院等にお連れしている。	
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	会話が無くても、側に居て違和感が感じられない方同士に、スタッフが入って話をする機会を作ったり、話が少しでも続くような方同士だったら、率先して場を作って差し上げたり、レクレーション等を通して、協力し合える様な場作りに努めています。		

自己	外部		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
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	一年三か月程、御入居されていた方が、在宅に帰られました。その後もご本人のご希望により、当事業所の認知デイをご利用され、在宅支援を継続しています。看取りを終え、昨年初盆だった方の県外のご家族が、精霊流しで、うちをスタートして、流しに行かれました。その後も関係性が継続されています。		
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	週に一度のカンファレンスで、自分の担当の方の変化や想いを記録等(全スタッフから情報を得た分)から発表してもらい情報を共有しています。ケアプラン作成の担当スタッフは特に御本人の希望・想いに寄り添い把握に努めています。	センター方式等も活用し、行動の背景にある思いの把握に努めている。“私の気持ちシート”の記録も増えており、家族にもセンター方式を記入して頂いている。計画に基づいた個別記録を残せるようになり、職員がケアマネジメント(アセスメント+計画作成+モニタリング)に関わる意識も高まっている。職員の観察力と気づきが更に深くなっている。	「目配り気配り心配り」を日々努めており、夜勤の時や入浴時、バイタルチェックの時にも意識してお話する時間を作られている。今後も引き続き、ご利用者とゆっくり話せる時間を更に増やし、思いや意向の把握に努めていきたいと考えられている。
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	御本人や御家族、御面会の方々から、これまでの生活歴や馴染みの暮らし方をお伺いしたり、在宅サービスを受けていた方はケアマネジャー等より、利用経過を情報収集したり、またご自宅の訪問もさせてもらい、把握に努めています。		
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	今、出来る事、潜在的に出来るであろう事に、日々の生活の中で常に着目する視点を持つ事を心掛け、お一人お一人に担当者を付け、個人情報ファイルを日々更新し、個々へのアプローチに取り組んでいます。		
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	週1回の全職員による定例カンファレンスの中で、新たな気づきや情報を共有し、現状に即した介護計画を作成しています。食事量や飲水量等を誰がいつ見てもわかる“一目でわかるで表”を作成、ご面会時にご家族にサインを頂いています。	総括(ケアマネ)の助言のもと、チーム担当制でアセスメントと計画作成を行い、全職員で話し合っている。ご本人の力を見極め、できる部分を増やすと共に、以前の生活歴を大切にしながら日課に変更し、ご本人の“動線”を大切にしながら計画が作られ、活動性が増えた方もおられる。ご本人の好きなメロンパンなどを家族が持ってきて下さっている。	
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	情報を共有しながら、実践や介護計画の見直しに活かすよう努めています。日々の記録については月間目標にあげ、スタッフ間で気づきが出来るようになっています。		
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、その時々にも生じ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	施設内での、ご面会により、混乱されるご入居者様に、ご家族とも話し合い、外のカフェでご面会の時間が取れるようにしました。この1年は、ご入居の方の在宅移行がスムーズに居宅介護支援事業所とも連携して行う事が出来ました。		

自己	外部		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
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	交番へのご挨拶や、老人会の毎月の会合の場所としての提供は継続させてもらっています。又、地域の方が月に2回程度、歌のボランティアに来て下さっていましたが、夏頃からは、そのボランティアはご入居者様のご家族が引き継いで下さっています。		
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	事業所の協力医療機関への初診時は、必ずご家族にも同席して頂き、緊急時等もご安心して頂けるよう配慮しています。入居前のかかりつけ医を継続し、医師との連携も取れるようスタッフも同行しております。	主治医からの信頼を頂いており、往診時色々なアドバイスを頂いている。職員が通院介助し、家族との受診結果の共有もできている。腹部の手術を受けた方も早期に退院され、往診を受けながら見事に回復された方もおられ、日々のリハビリにも取り組み、下肢の筋力がついてきた方もおられる。鍼灸師や歯科衛生士の訪問もある。	
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	日々、看護職(計4名)も介護職として勤務に入り、ケアマネ・認知症ケア専門士・看護師の資格を持つ現場責任者が常駐しています。身体的変化や精神的変化も含めて日常の健康管理を支援しています。		
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。	認知症である事をわかって頂き、かかりつけ医と連携取れる所を紹介して頂いているので、早期退院はもちろんの事、常日頃から施設関係者も外来利用するようにして、情報交換が出来やすいよう努めています。		
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	速い段階でご本人ご家族の意向を確認。状況に応じて都度、細かい点を確認後、代表や職員全員で事業所として支援が可能な事、難しい事、不安な事を率直に話し合い、ご本人やご家族にお話させてもらい、主治医と連携を取って支援させてもらっています。	『長崎在宅Dr.ネット』の信頼できる医師に24時間相談でき、往診も受けられている。4名の看護師が勤務し、介護職と連携し、23年度に4名の看取りケアが行われ、安らかな表情でお見送りする事ができた。重度化している方もおられるが、食事摂取も食思に応じた丁寧なケアが続けられ、少しでもご本人の力で歩けるように支援している。全員が「最期までぼ～れぼ～れで・・・」と希望されている。	
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	応急手当や初期対応の訓練として、おおよそ年に1回、一般救命講習を、長崎市消防署松が枝出張所救急隊に2時間ほどの講義と実際に人形を使用しての訓練を地域住民の方も参加して頂き行っています。		
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	運営推進会議で地域の消防団・地域の方々も含めて一時避難場所・二次・最終避難場所を確認します。地域の協力隊メンバーにも再確認して頂き、一次→区民センター前、二次→松が枝公園、最終→第13分団となっています。	年2回、利用者、消防署員と一緒に昼夜想定避難誘導訓練が行われ、訓練前には自主訓練を2回程行い、体調に応じた避難方法の確認を行っている。消防団や青年会を中心に近隣協力隊を結成し、地域の方と一緒に一般救急講習を受講している。災害に備えてトイレット食品や水、毛布等が準備されている。	

自己	外部		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	
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	お一人お一人の誇りや自尊心を損ねるような言葉掛けは、直接職員に対して介護拒否や興奮などの反応で還ってきます。もし自分だったら・・・と常に自分に振り返って言葉掛けや対応に心掛けています。又、スタッフ同士で注意しあうよう心がけています。	代表と総括責任者、全職員は、利用者の尊厳を大切にされており、「明日は会えない事もあるので、今を一生懸命に・・・」という言葉職員に伝えている。その方にとって心地良い言葉を選択し、言葉掛けや声の大きさ、表情の観察を丁寧に続けている。職員のチームワークも良く、優しく利用者に対応している。		
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	日常の会話の中でも意図的に、その方の考え方や感じ方を引き出して行くような関わりを持ち、時には具体的に選択を示し、ご自分で意思決定したり、納得しながら日常生活を送れるよう支援しています。			
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	まずは、ご本人の生活のペースや体調その日の気分が大切だと考えています。なので、職員側の決まりや都合を優先させるのではなく、ご本人の希望を優先する支援をしています。			
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	ご本人に希望がある場合には、近隣のお店で支援して下さるお店があり、いつでもすぐに対応して下さるので、そのお店と連携を取り、ご利用できる様に支援しています。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は、作る事が好きな方、食べるのだけが好きな方、それぞれの好みや出来る事を見守ったり少しの介助で出来る事などを細かく担当スタッフが見守りつつ、再発見していく事で、楽しんでして頂いてます。	おやつは卵を割る事からして頂き、もやしの根きりや配下膳、食器拭き、食器洗い等もして下さっている。栄養士・調理師が美味しい料理を毎日作って下さり、利用者も残さず食べられている。ミキサーの仕方も美味しさを追求し、次第に普通食が食べられるようになった方もおられる。留地祭りに行き、流し素麺も楽しまれている。		
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	食が進まない方には、食形態の変更や提供時間の工夫をし、個別の支援を行っています。水分量は、形状の変更を行い、摂取量の把握と個々の身体状況に合わせた必要摂取量の確保に努めています。記録にも確実に残し、継続した支援を行っています。			
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、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	口腔内不潔は疾病を誘発し不潔な状態により食欲の減退・摂食嚥下能力の低下から誤嚥性肺炎等、高齢者にとって致命的となります。歯科衛生士の週1回の定期訪問により、チェック・指導を受けながら、毎食後個々の状態に合わせた口腔ケアに取り組んでいます。			

自己	外部		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
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	各個人の排泄表で、排泄の状態や間隔などの習慣を把握し、リハビリパンツを使用されている方も、日中は布パンツへ変更し、タイマーをセットしてトイレ誘導を時間で行ったり、夜間のみのリハビリパンツ使用への変更を実践しています。	布パンツを使用している方が多く、終末期も最後までトイレやポータブルでの排泄支援を大切にしている。食事や運動と合わせて漢方薬等も併用しながら自然排便にも努め、入居時にオムツだった方も布パンツに変更できた方もおられる。	
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	便秘は精神症状や興奮状態を誘発しやすいので、食事や水分はもちろん、運動やドライブ、腹部マッサージや温罨法などで、働きかけを様々な方向から取り組んでいます。		
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	月～日曜日、毎日入浴できる様にしています。個々の好みに合わせて、時間帯や温度など様々な配慮をして、入浴を楽しめる様に支援しています。	檜の浴槽でゆっくりと入浴されている。職員との会話を楽しまれる方もおられ、「いい湯だな～♪」等の歌も聞かれている。季節に応じて菖蒲湯も行われ、気持ちの良い入浴を大切にしており、どのような声かけだと気持ち良く入って頂けるかを職員で検討している。できる所はご自分で洗って頂き、自立支援を大切にしている。	
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	お昼寝や夜、人の心配がする居間の方が休めるとかスタッフが待機している所という方もいらっしゃいます。希望に沿うように、冬場寝付けない方には、湯たんぽを使用したりと、個々の状況を把握して行く事で安眠への支援をしています。		
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	総括責任者の看護師と薬担当スタッフ2名を中心に、かかり付けの薬剤師とも連携を取りながら、他スタッフと情報の共有に努めている。(処方の変更、増量、減量、臨時薬等)又、服薬時はスタッフ2名での確認を2回行い、最終与薬するスタッフがご本人との確認を行い支援している。		
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	ご本人の出来る事、出来ない事だけでなく、得手・不得手にも気を配り、役割を持って、充実感を持って頂く事が大事と考え個人に向き合えるよう努めています。		
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。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	施設はしておらず、自由に外に出られるようにしています。ご本人の専用のおやつ、化粧品等の買い物支援。美容室や理容室に協力して頂いての理美容支援、実家の場所を記憶されてる方のその地域周辺へのドライブ等。	玄関の縁側に座り、地域の方と会話を楽しまれており、近隣の公園まで散歩したり、買い物に出かけている。桜や秋桜の花見、平和祈念式典、帆船祭り(水辺の森公園)、子供の日餅つき(大浦諏訪神社)にも出かけ、地域の方と再会された方もおられる。地域行事を含めて積極的に外出し、ランタンの時は電車での外出も楽しまれている。回転寿司等の外食にも行かれている。	

自己	外部		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
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	お金を使う事が楽しく、又、その事を求められている方には、ご家族と協同しながら、お金の心配をせずに使えるようにしています。又、財布をバックに入れてます。		
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	電話は内外において自由にかかけられる環境にあります。遠方の妹さんとお電話で話されたりと、いう支援をしています。		
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	築55年の旧民家2階建てを改装して使用しており、生活しやすい雰囲気、廊下にはベンチを設置し、集団の中でも個になれるような空間づくりや料理の香りや音がしていたり、共用場所は殆どが畳の為、寝そべる事が出来、冬には掘りごたつも登場するなど、居心地良く過ごせるような工夫をしています。又、お風呂は檜風呂の個浴で対応させてもらっています。	廊下のベンチはちょっと静かな空間で、利用者同士でおしゃべりしたり、玄関外のベンチでお茶をしながら、昔話に花が咲く時もある。2階の居室には階段の所に電動リフトが設置されているが、職員が支えながら階段を上がられる方も多し。温湿度はチェック表で管理し、リビングでは加湿器も活用している。築55年の民家でもあり、漏電対策の工事も行われた。	
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	様々な場所に色々な椅子や座椅子を置いたりする事により、共有空間の中で思い思いに過ごせるように、工夫しています。ちょっと、隠れた場所で一人過ごせる空間も設けています。		
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	ご本人の使い慣れたものを持ち込んで頂いています。フローリングの居室でも畳を敷いたり、畳のお部屋でもベッドを置いたりして生活歴を活かした工夫をしています。	天井に青い空と雲をペイントしているお部屋もあり、少しでも明るい気持ちで過ごせるようにしている。仏壇やタンスを置かれている方や、毛布、枕等の使い慣れた物を持参されており、体調に応じてベッドを外し、布団を敷かれている方もおられる。ご本人の大好きな猫のパジャマやコップを愛用されている方もおられる。	
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	当事業所は、日常生活の中での生活リハビリにこだわっており、日常生活の中でその方の身体機能を活かして、安全かつ自立した生活が送れるよう支援しています。2階のお部屋がわからなくなった方には、1階に移って頂きました。		

事業所名：民家型宅老所 ぽ～れぽ～れ松が枝

作成日：平成 25 年 3 月 27 日

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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。

優先 順位	項目 番号	次のステップに向けて取り組みたい内容	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	9	1対1のケア場面以外でも、ご利用者とゆったり、余裕を持って、接して行きたい。	“目配り 気配り 心配り”の実践	①ケア場面以外で、ご利用者と接する時間を確保して行く為に、業務改善員会で記録の見直しなど、具体的に検討を重ねる。	24 ヶ月
2	1	こちらから出向いて行き、認知症の相談会や啓蒙をしていきたい。	認知症の相談会や啓蒙の継続	①近隣の地域も含めて、自治会の会合後や、老人会の会合後に、時間を頂き、相談会や勉強会の実施を行う。	24 ヶ月
3	2	介護福祉科の実習生の受け入れ	介護福祉科の実習生の受け入れ	①実習生の受け入れを通し、指導等のスキルアップや担当職員の配置を行う。	24 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月