

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	3590104109		
法人名	医療法人 茜会		
事業所名	ケアシティ白雲台		
所在地	下関市 上田中町8丁目14-5		
自己評価作成日	平成27年3月30日	評価結果市町受理日	平成27年12月28日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成27年4月21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)】

医療法人 茜会としての、医療との連携がスムーズに出来る。協力機関(内科・歯科)との連携を図っており、状態の変化に伴い、報告・連絡・相談を密に行い対応している。また、必要時における検査入院や整形やフットケアなどの専門医受診等の体制も整っている。また、事業所内に看護師を常勤配置しており、上記の相談がしっかり行える体制を取っている。比較的広い居室と、廊下からホールのゆったりとした空間で生活する事ができる。運動療法士が定期的に介入し、心身の機能回復に向けて援助している。

【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)】

前回の外部評価を受けて、目標達成計画を立てられ、独自に「生活・身体の変化記録表」を作成され、利用者一人ひとりの生活や身体の状態を把握できるよう工夫しておられます。記録の仕方を工夫することで、職員が利用者一人ひとりの状態や気持ちの変化を確認され、職員全員で話し合っ共有することで、利用者に対しての理解を深められ、思いや意向の把握につなげておられます。利用者の意向や思いを尊重し、利用者の楽しみごとを支援するため、レクリエーションの企画や家族と一緒にの外出支援、食事を楽しめる工夫などに取り組んでおられ、利用者が生きがいを持って暮らすことができるよう支援しておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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	
57	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	○	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	64	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	○	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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	65	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	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
60	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	○	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	職員は、活き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
62	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	○	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	69	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
63	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	○	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	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	掲げてある理念、特に自分らしさ・生きがい・楽しみが何かを考えながら援助している。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。管理者がポイントを説明している他、日常の業務の中で職員間の共有を図って、利用者が生きがいや楽しみを持って生活できるようレクリエーションの見直しを行うなど、理念を実践につなげている。		
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	町内の夏祭り、清掃・廃品回収へ参加。組長にもなり、回覧の配布や総会出席など行っている。子供神輿も施設に来設。地域のボランティアも時折来設。	自治会に加入し、役員として会合に参加している。職員と利用者は地域の清掃や廃品回収に参加したり、回覧板を回すなどしている。利用者は地域の夏祭りや小学校の夏祭りに参加し、事業所に秋祭りの子ども神輿を招いている。保育園児の来訪があり、ふれあい遊びやお遊戯鑑賞を楽しんでいる。ボランティア(尺八、ダンス、手品、ジャグリング)の来訪やそば職人のそば打ち体験、看護学校の実習を受け入れている。近隣の人と散歩のときなどに挨拶を交わし、花の差し入れなどがある。		
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	申し込みや相談に来られた方への対応は、行っている。発信に関しては、地区の高齢化が進みニーズなし。			
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	実施する意義は理解している。指導・評価された内容を基に、改善するよう日々努力している。	自己評価は、ミーティングや朝礼で管理者が全職員に評価の意義を説明し、評価のための書類を回覧して話し合い、管理者がまとめている。前回の外部評価後に全職員がミーティングで話し合い、目標達成計画を立て、ミーティング等の場で事故防止策の検討会を行って介護計画に反映させたり、利用者の生活や身体の変化の把握のため個人ファイルを工夫するなど、評価を活かして改善に取り組んでいる。		

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
5	(4)	○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	運営状況の報告・情報交換・意見交換は継続し、意見をサービスの向上に活かしている。	2ヶ月に1回開催し、利用者の状況、行事、避難訓練、ヒヤリハット、外部評価結果等の報告や今後の行事予定等について説明し、意見交換を行っている。家族からの意見で、事業所行事の花見や外食に家族が参加できるように取り組み、家族の参加が増えるなど、意見をサービス向上に活かしている。	・地域メンバーの拡大
6	(5)	○市町との連携 市町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	会議等での情報交換を行っている。その他、必要に応じ相談を行っている。	市の担当課とは、運営推進会議の他、電話や議事録提出に直接出向くなどして、相談をして助言を得るなど、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センターとは、運営推進会議時や電話等で情報交換して、連携を図っている。	
7	(6)	○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	理解し、身体拘束は行っていない。しかし、安全面の観点から、変わらず玄関は常時開いている訳ではない。職員数や行事・時間帯に応じて、開けている。	マニュアルがあり、研修で学び、全職員が理解をして身体拘束をしないケアに取り組んでいる。年1回、虐待防止のための自己点検シートを全職員で実施している。スピーチロックについては、気になるところを職員同士で注意しあい、新人職員には直接指導している。日中玄関の施錠はしておらず、外出したい利用者とは、一緒に外出するなど工夫している。	
8		○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	虐待についての勉強会や法人内の研修参加等にて学んでいる。1年に1回、自己点検票実施。		

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
9		○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	権利擁護に関しての理解は出来ている。入居者1名が、権利擁護利用中。		
10		○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	行っている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	意見箱は、同様に玄関に設置。苦情は真摯に受け止め、対応している。全職員へ通達・徹底。	相談や苦情の受付体制や処理手続きを定め契約時に家族に説明している。運営推進会議出席時や面会時、年1回の家族会、電話等で家族からの意見や要望を聞いている。職員の言葉づかいや洗濯物に関する家族からの意見があり、朝礼で話し合って改善に取り組んでいる。	
12	(8)	○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	職員ミーティングを実施、又は個人からの相談に対し、出来るだけ意見や要望を上へ報告している。	月1回のミーティングや朝礼時に、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。管理者は普段から職員が気軽に相談できるよう声かけをしている。職員から業務の流れについて提案があり、業務手順の変更や勤務体制の見直しを行っている他、レクリエーションの企画等、職員の意見や提案を運営に反映させている。	
13		○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	環境・条件の整備に努めている。		

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
14	(9)	○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	法人内・外の研修参加。施設内でも、毎月勉強会開催。法人全体が、資格取得に関し積極的である。	外部研修は、職員に情報を伝え、希望や段階に応じて受講の機会を提供している。法人研修は、禁煙についてや転倒・転落のリスクマネジメント、認知症の予防、高齢者虐待の予防等の内容で実施し、年4回参加している。内部研修は、職員が交代で講師になり、毎月1回、食中毒について、転倒予防、認知症の周辺症状、熱中症・水分補給、心不全、介護予防の運動、接遇・基本的なマナーについて、ノロウィルス、下肢浮腫について、行動療法、高齢者の食事等について等のテーマで実施している。資格の取得を支援し、新人には管理者や先輩職員が指導している。	
15		○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	グループ内での交流はあるが、外部との交流はあまりない。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	訴えを傾聴。こまめにコミュニケーションを取り、信頼関係の確立に努めている。職員間でも情報共有も継続。		
17		○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	十分に要望を聞き、それに沿って援助が出来る様努力している。面会時に近況を報告し、相談に応じるようにしている。		
18		○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	不安や要望を聞き、それに沿った援助が出来る様に努めている。		
19		○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	円滑にコミュニケーションが取れ、トラブルがない様に職員が、気を配っている。		

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
20		○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	信頼関係構築には努力を継続。特に面会時 に家族を交えながら、話す機会を作るように している。		
21	(10)	○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	家族・親類・友人等の面会を推奨。面会時 は、気兼ねなくゆつくりと過ごせるような雰囲気 作りをしている。馴染みの場所には、外出 や散歩の際に立ち寄るようにしている。	家族や親戚の人、友人、知人、教え子、宗教 関係者などの来訪がある他、年賀状や暑中 見舞い、電話での交流を支援している。馴染 みのスーパーでの買い物や過去の勤務先や 自宅周辺のドライブ、馴染みの神社への初詣 に出かけている。家族の協力を得て法事や葬 儀への参加、墓参り、正月の外泊など、馴染 みの人や場所との関係が途切れないよう支援 している。	
22		○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	互いに交流が持っているような気配りはしてい る。全員でできるレクをしたり、個人の残存能 力に応じた活動を行っている。孤立しないよ う、それぞれに声掛けを行っている。		
23		○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	何かあれば、相談にのる事は伝えている。亡 くなった方へのご挨拶や、入院・退去となっ た入居者の方々の面会に行ったり、御家族 と話したりしている。		
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					
24	(11)	○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	会話時間を多くし、把握に努めている。意向 の把握が困難な場合は、色々試みて表情や その時々言動などを基に検討している。	入居時のアセスメントで家族から生活歴など の情報を聞いて、基本情報や「個人シート」に 記録している。日常の関わりの中で、利用者 の言葉や行動を「生活・身体の変化記録」に 記録し、ミーティングや申し送りで話し合っ て、思いや意向を把握するよう取り組んでい る。困難な場合は、家族から聞いたり、本人の 表情や声から本人本位に検討して把握に努 めている。	

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
25		○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	本人・家族からの情報収集を行っている。できるだけ、その方の生き方を尊重している。		
26		○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	職員間の情報の共有化を行い、日々の対応に心がけている。		
27	(12)	○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	随時、話し合って現状に応じた介護ができるようにしている。	計画作成担当者や利用者を担当する職員を中心に、本人や家族の意向や要望、かかりつけ医や看護師の意見を参考にして介護計画を作成している。3ヶ月毎にカンファレンスを行いモニタリングをし、3ヶ月毎の短期目標や6ヶ月毎の長期目標の見直しを行っている。生活状況チェック表を活用してケア内容を毎日検討し、状況の変化に応じて現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	朝夕の申し送りやミーティングにて情報交換・介護計画の見直しを行っている。生活・身体の変化記録に日常の変化を記入し、		
29		○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	体調・状況を考慮したうえで対応している。		
30		○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	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
31	(13)	○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	定期的な訪問診療を受け、報告・相談を密にしている。支援診療あり、緊急時の対応も充実している。必要に応じ、専門医の受診も行っている。	本人や家族の同意を得て、協力医療機関をかかりつけ医としている。他科受診が必要な時は情報提供書を持参したりFAXで情報を提供し、家族の協力を得て受診の支援をしている。受診後は情報を家族に伝達し共有している。協力医療機関から月2回の往診がある他、緊急時にも連携して適切な医療を受けられるように支援している。	
32		○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	気付き・相談は多い。必要に応じて往診・受診・看護が受けられるよう支援している。		
33		○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。	状態変化時は、電話・書面にて主治医へ報告・相談をおこない、病院関係者との関係作りにも気を配っている。		
34	(14)	○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	ターミナルの受け入れは可能であるが、実例なし。	重度化した場合の対応に係る指針があり、契約時に事業所で対応できることについて説明し、同意書を交わしている。実際に重度化した場合は、本人や家族の意向を踏まえて、かかりつけ医と相談し、他施設や医療機関への移設を含めて方針を共有し支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	定期的ではないが、院内・院外研修に参加している。	事例が生じた場合は、その場にいた職員で検討し、インシデント、アクシデントレポートに記録して、翌朝の朝礼時に報告すると共に、申し送りノートで職員間で共有している。検討した結果は、「生活・身体の変化記録」にも記録し、介護計画に反映させている。法人研修で転倒予防について、内部研修で熱中症への対応について学ぶ機会を設けているが、応急手当や初期対応の訓練を定期的に行って、実践力を見につけているとはいえない。	・全職員での応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施

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
36	(16)	○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 2回（内	定期的に避難訓練実施。マニュアルに沿って避難。地域とは、高齢者が多い為難しいが、自治会長へ連絡すれば、集会所の開放などできる事は協力して頂ける。	年に1回は、消防署の協力を得て、昼間を想定した避難、消火、通報訓練を実施している他、年1回夜間を想定した避難訓練を利用者も参加して実施している。運営推進会議で災害時の対策について検討し、自治会長や近隣の住民に避難訓練への参加を呼びかけているが、参加を得るには至っていない。自治会長は緊急連絡網に入っているが、地域との協力体制が十分とはいえない。	・地域との協力体制の構築
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	声かけや対応には日々気を付けている。特に入浴・排泄に関しては特に注意を払っている。	内部研修で学び、ミーティングで職員同士が確認して、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。入浴介助や排泄支援、着替えの支援時には利用者の自尊心を傷つけない声かけやプライバシーを損ねない対応に配慮している。	
38		○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	意思表示しやすい雰囲気作りを心がけている。		
39		○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	レクやお茶の時間の飲み物・おやつや食べたい食事など、希望を聞くようにはしている。		
40		○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	支援している。服のコーディネートと一緒に考えたり、季節感を考えながら身だしなみが整えられ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
41	(18)	○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	手作りおやつ種類を考え、本人の意思のもと一緒に行っている。季節の果物を使ったケーキやぜんざい等、手作りのおやつも提供している。	昼食と夕食の副菜は法人の配食を利用し、朝食とご飯や汁物は事業所で調理している。月3回、利用者の希望を取り入れたメニュー（お刺身、てんぷら、おでん、カレー、お好み焼き等）の昼食づくりを行ない、利用者は下ごしらえや調理、盛りつけ、台拭き、配膳、下膳、後片付けなどできることを職員と一緒にしている。季節の行事食やおやつづくり（ホットケーキ、フルーツケーキ、ゼリー、寒天、ドラ焼き、ぜんざい、ポップコーン、綿菓子等）、外食など、食事が楽しみなものになるよう工夫して支援している。	
42		○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	食事量等ほぼ把握。水分摂取に関しては、こまめに勧めたり好きな飲み物を出す等、気を配っている。		
43		○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	毎食後、口腔ケアを実施。必要に応じて、訪問歯科診療を依頼している。		
44	(19)	○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	個々の排泄パターンを理解し、定期的にトイレ誘導を行っている。日中の失敗が少ない方は、昼間は布パンツへ移行している。	生活状況チェック表を活用し、利用者一人ひとりに応じた声かけや誘導などで、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。	
45		○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	便通に良い飲食物の工夫は行っている。適度に体を動かせるよう声かけを行っている。必要に応じ、主治医に相談し下剤や浣腸など対応している。		

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
46	(20)	○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	体調や気分によって入浴日を変更することはあるが、概ね入浴日は決まっている。入浴時は個々のペースで入浴できるよう配慮している。	入浴は毎日可能で、10時から12時までの間に、利用者の希望や体調に合わせて2日に1回は入浴できるよう支援している。利用者の状態によりシャワー浴や清拭、足浴などの支援を行い、菖蒲湯や入浴剤を使った入浴など、入浴を楽しむ工夫をしている。入浴したくない利用者には、無理強いをせず、時間をおいたり声かけの工夫をしている。	
47		○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	一人ひとりの状況に応じて、安楽な時間を提供している。		
48		○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	理解できている。個人ファイルに薬情を挟んでいる。内服方法・作用・副作用が確認できるようになっている。錠剤が苦手な方には、病院へ依頼し粉碎して散剤にて対応等。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	お酒が好きな方にはノンアルコールビールを時々提供。家事や買い物・料理やおやつ作り等楽しめるよう援助している。	折り紙、ぬり絵、貼り絵、ボーリング、パターゴルフ、風船バレー、下関カルタ、(ラジオ、リハビリ、若返り、嚥下、指)体操、歌を歌う、書初め、テレビ鑑賞、新聞を読む、脳トレ(計算、ことわざ、言葉遊び等)、洗濯物干し、洗濯物たたみ、アイロンがけ、園芸(プランター作り)、雑巾縫い、棒編み、季節の壁画飾り作りなど利用者一人ひとりの楽しみごとや気分転換の支援をしている。	
50	(22)	○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	希望に沿うよう努力はしているが、近所の外出が多い。家族の見舞い・ドライブ・お墓参り等は、家族と外出される場合もある。他。季節に合わせ、希望を聞きながら外出行事を設けるようにしている。	周辺への散歩や買い物ツアー(ゆめシティ等)、季節の花見(桜、つつじ、コスモス等)、ドライブ(角島、門司レトロ、北九州等)に出かけている。家族の協力を得て、見舞い、法事への参加、外泊、外食、花見などに出かけているなど、戸外に出かけられるように支援している。	

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
51		○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	通常、施設内ではお金を持つことはない。祭り等の外出時にお金を支払う場面を設けることもある。		
52		○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	希望に応じて、御家族へ電話をしたりしている。手紙に関しては、特に希望なし。年賀状に家族に当てたメッセージを書かれる方もいる。		
53	(23)	○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	照明・物の配置・温度や湿度等、日々気を配っている。季節に応じた製作物を飾ったり、花を飾ったり工夫している。また、好きな音楽を流したり雰囲気作りも行っている。	広々とした共用空間の大きなガラス窓からは、眼下に周辺の建物や木々の緑を眺めることができ、中央に位置するアイランドキッチン廻りに大きな食卓テーブルを置いている。テレビのコーナーを囲むようにソファを配置し、畳コーナーと共に、利用者同士の憩いの場となっている。居室前の廊下は広く、洗面所や浴室、トイレにも行きやすく使いやすくなっている。	
54		○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	ほとんどの方が、自由に好きな場所で過ごしている。一人になりたい時は自室に戻り写真を眺めたり、タンスの整理をしたりする。気の合う仲間とは、ソファ等で楽しく過ごせるよう工夫している。		
55	(24)	○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	工夫している。壁の白が病院みたいで嫌がる方には、柄物の布を天井から吊るしたり、それぞれに家族の写真を飾ったりと好みに応じている。	テレビや衣装ケース、衣類、日用品など使い慣れたものを持ち込み、壁のコルクボードに家族の写真やカレンダー、飾り物を貼って、本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。	
56		○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	活動の邪魔にならないよう物の配置に気をつけたり、個々の能力に応じた行動ができるように援助している。異食、電源破壊し指を入れないようテープなどで目隠しをしたり、安全に過ごすように工夫している。		

2. 目 標 達 成 計 画

事業所名 ケアシティ白雲台

作成日：平成 27 年 12 月 27 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	35	・早朝から夜間帯に転倒事故が起こりやすい。 ・高齢、心疾患が多く急変の可能性がある。	・転倒、誤薬、離設ゼロ。 ・観察の目を養い、異常発見が出来る。	・定期的に応急処置、初期対応の訓練を実施。 ・内部研修実施、院内、外部研修参加。 ・夜間の睡眠不足解消に向けての援助。	1年
2	28	・早朝から夜間帯の情報・変化が、職員全員に、周知されにくい。	・職員間の情報の共有化ができ、解決策を見つけ、実行できる。 ・個々の変化、頻度が一目で分かる。	・熱計表に、睡眠時間や周辺症状を記載→月末に評価→睡眠不足、心身の状態が不安定な方をピックアップ→検討。 ・夜間の状況、対応記録作成。	1年
3	7	・常時、玄関を開錠していない。	・離設、事故のない程度での開錠ができる。	・職員配置の多い時間帯に開錠。	1年
4	47	・寝つきが悪い、昼夜逆転の方が少なくない。	・十分に睡眠が取れ、心身の状態の安定化を図る。	・日中の活動内容に変化をつける。 ・レク不参加方に対しての個別ケア：30分程度、個別に関わる。 ・就寝前の援助の工夫：マッサージやアロマ。	1年
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。