

## 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         | 1475300602                                       | 事業の開始年月日       | 平成15年7月1日  |
|               |  | 指定年月日          | 平成15年7月1日  |
| 法人名           | 医療法人社団 東華会                                       |                |            |
| 事業所名          | サリューブルたかつ  |                |            |
| 所在地           | (〒213-0023) 川崎市高津区子母口 498-4                      |                |            |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員           | 0名         |
|               | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員           | 0名         |
|               |  | 宿泊定員           | 0名         |
|               |  | 定員計            | 27名        |
|               |  | ユニット数          | 3ユニット      |
| 自己評価作成日       | 平成22年12月31日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成23年3月23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 |
|----------|

### 【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)】

平成22年度の事業所として、特に多くのご家族様が気がかりとする【最後まで】を今年も取り組みました。開所7年が過ぎて、ホームでの終末期援助を受けた入居者様は開所日から振り返ると9名、今年度は3名となります。昨年高い評価を頂いた見取り計画書に則り、最後までご家族様が思い描いていた父や母として威厳ある生活を送りながら、ホームの生活一日一日を大切に、職員からの思いをこめた温かい介護を受けながら、命の限りをご家族様と共に入居者様の最後を支援してまいりました。振り返れば、サリューブルたかつの理念は、職員として入居者様の生活や思いをどの様に援助していくかに目線を置き、安心出来る生活や会話や思い出を語り合える関係づくりと、最後まで自分らしさを失わず生活が出来ればと考えていました。しかし介護も日々変化、そして見取りへと変化しました。サリューブルたかつのケアとして一番の誇りは【本人本位の介護を貫いてきた】といっても過言ではありません。時間をかけ、見守りながら何度も試行錯誤のケアに取り組み、2年間3年間をかけて本当に入居者様が望む生活を援助した経過があります。いい環境そしてその人にあった環境を作れる事が、私たちの援助だと考えています。入居者様の思いを受けとめ、その援助を実施する事が一番です。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |               |           |
|-------|-----------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部  |               |           |
| 所在地   | 神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207 |               |           |
| 訪問調査日 | 平成23年2月18日            | 評価機関<br>評価決定日 | 平成23年3月8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)】

<事業所の優れている点>  
 ◇事業所の基本理念を基に、各階独自のフロア理念を作成し活用している。  
 基本理念「信頼、安心、使命感(信頼あるスタッフにより安心した生活を営めるよう、また笑顔のある暮らしと地域福祉に応えられるよう使命感をもって介護サービスを提供します)」は平成15年の開設時に作成し、新たに各階でフロア理念を作成し実践に活かしている。  
 1F「利用者の笑顔が増える自立支援」、2F「よりそう介護」、3F「笑顔が生まれるコミュニケーション」。  
 ◇看取りに対して正面から取り組んでいる。  
 今年度看取った利用者は現時点で4名、平成15年開設以来では10名を数えている。これは利用者・家族が当事業所を信頼し、安心して介護を委ね、事業所がそれに答えている証である。難しい看取りにも家族と二人三脚で対応したケースが見られた。

<事業所の工夫してる点>  
 ◇職員の教育に力を注いでいる。  
 利用者本位の介護を実施するには、職員のレベルアップが不可欠として職員教育に力を注いでいる。現場での指導、主任中心のフロア会議、全体での運営会議とあらゆる機会を人材育成の場として、利用者の心を掴み、信頼・安心・使命感を発揮すべく、管理者以下全職員が日々努力している。  
 ◇開設依頼近隣の小学生との交流が続いている。  
 地元小学校3～6年生の有志によるボランティア活動で、今年度も数十名の生徒の訪問を受けた。利用者と語り、身の世話を受け、後日生徒から手紙を送られたり、一方小学校の運動会には毎年招待を受け参加している。この交流が利用者の楽しみになっている。

### 【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  | サリューブルたかつ |
| ユニット名 | 1階 2階 3階  |

| 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。<br>(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        | 利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、その時々々の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。<br>(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。<br>(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。<br>(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広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。<br>(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。<br>(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     |

サリユールたかつ

| 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<br>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                    | 地域福祉のため、ご入居した高齢者の生活を安心して、家族との信頼関係を築きながら、運営に当たっています。理念は開所以来変わらない信念で貫いています。時と場合により、理念に関する事例には職員と話し一貫した理念に添っているかを理解出来るように説明また理解を共有している                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設以来の基本理念「信頼・安心・使命感」に加えて、新しく各階でフロア理念をつくり、実践につなげている。</li> <li>・基本理念とフロア理念は各階に掲示し、フロア会議で毎回議題にしている。</li> <li>・現場で理念が実践できているか、主任を中心に確認している。</li> </ul>  |   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | 地域との付き合いは、開所から老健たかつの影に隠れるような存在感だったが、現在は地域に根ざし、ホームの名前も認識されている。学校の生徒の訪問、コンビニの散歩、町内会の運動会や盆踊り、買い物、散歩などで交流が生まれている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会に入会し、町内会主催の運動会や盆踊り、せせらぎ祭りなどに参加している。</li> <li>・事業所の納涼会や餅つき大会に町民の参加を呼びかけている。地元小学校とは開設以来交流が続いており、生徒がボランティアとして訪れたり、利用者が運動会に招待されたりしている。</li> </ul>    |   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 介護事業部が中心となって、ヘルパー講習や介護道場を開催し地域の皆様へその情報を提供している。事業所個人としての地域貢献は、日々の生活で交流する近所の皆様との会話などで貢献している   | /   |   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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 | 今年度は昨年同様だが、参加人数は3～5人、毎年だが、事業所の取組みや出来事、悩みや医療情報などを報告してきた。ご家族様からの情報や地域包括のアドバイスなど参考にしながら、推進会議を進めている。今年度はおもに援助内容や見取りなどの情報を報告した。                              | ・今年度の運営推進会議は年6回のペースで実施し、家族、地域包括支援センター職員と本部職員が参加している。  | ・直近の運営推進会議では町内会代表者の出席が見られません。地域密着の観点からも地域住民の参加を期待します。 |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる           | 区役所との連携は特に問題や困難な事例が起きなければ、連携は取らなかつた。しかし地域包括の会議に同席することもあり、役所の情報などをそこで認識している。、更新時に事例など話すこともある。今年度は川崎社協からの講演なども依頼され、連携している。また、川崎市地域雇用関係の実習生を受け入れ協力関係を取っている | <ul style="list-style-type: none"> <li>・川崎市や区職員とは地域包括支援センター会議や認定更新時に積極的に話し合い、情報聴取や相談ができる関係になっている。</li> <li>・川崎市社会福祉協議会から管理者を対象にした講演を依頼されたり、雇用促進関係からヘルパー実習生の研修を受け入れたり協力関係ができています。</li> </ul> |   |

サリユールたかつ

| 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<br>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 | 法人全体方針として、身体拘束を禁止している。当事業所に於いても禁止、またご家族からの要望があっても、禁止している旨を説明、ご理解を頂いている。研修などで虐待や拘束など日々事例の中職員に理解を進める。拘束委員会を設置、主任たちでフロア内で周知徹底を図っている                      | ・身体拘束防止については事業所および法人全体で禁止している。<br>・拘束禁止委員会を毎月実施し、研修とあわせて実態を確認している。<br>・玄関は夜間のみ防犯上施錠しているが、日中は玄関はじめ全てのドアを開錠している。                  |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 徹底して人権を尊重すること、また虐待防止を実施してきた。委員会やカンファレンスなどで、振り返りを行い、言葉やこえ掛けなどの虐待にも注意、運営会議で月1回会議を開きながら、職員へ注意を呼びかけている。些細な出来事で、虐待と捉えられる事を拘束委員会で検討、周知徹底を取っている              |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 成年後見制度を利用している入居者様がいて、後見人との連絡を密に取っている。ご家族様から後見制度を活用したい旨の相談があり、情報を提供・関係書類など協力させて頂いている   |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時に当事業所での出来事に事例を説明しながら、疑問点などへ回答している。納得頂いたと入居時点ではあるものの、退所時に問題が発生したこともあり、現在は、前もって同意書など交わしている。この頃は初めての契約でなく、何度も取り交わす経験があるので、省けるとこもあるがより正確に説明する必要も発生してる。 |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | ご家族の要望や意見は、常時承り職員への情報として提供する。通達即対応、即申し送りや全体会議を開いて、反映させている。該当する階だけと捉えず全フロアで検討するよう運営会議で通達周知徹底する   | ・利用者とは日常の話し合いの中で、家族からは面談時や電話の時に「何かありませんか」と声を掛け、意見を聞いています。<br>・出された意見・要望はフロア会議で主任が纏め、運営会議で全職員に徹底している。<br>・提案者には管理者が返答することになっている。 |                   |

サリユーブルたかつ

| 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<br>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                                      | 意向調査はすべて法人指導で行っている。職員の意見や意向を運営に反映させるまでは行ってない。しかし調査結果等全職員を集め意向等の確認をしている。ともすれば今年度の調査は、役職にあるもののバッシング的で適切とはいえず、改善を必要としている。献身的意見や反映できる内容にあらず、よって職員へ、意向調査の目的の周知徹底が必要と思える | ・法人として年1回全職員から意見、要望を聞き出している。事業所では毎月のフロア会議で職員から意見、要望を聞き、運営会議で全職員がその内容を共有している。<br>・職員の提案で、従来各階でバラバラに行っていた日々の職務分担の方法などを統一して、お互いに応援しやすくした。 |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 働く環境つくりのために事例発表など努力を重ねてきたが、離職をとめる環境がまだ作られていない。契約社員制度がほとんどであり、正社員雇用でなければ優秀な職員離れが続くことは否めない。法人も管理者の要望や社会現状などを把握してはいるものの、社員こようへ踏み出せないでいる                               |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 法人として、質の向上に欠かせない職員教育は、昨年度からヘルパー講座を主催、法人所属の職員を教育している。内部研修は全体研修及び各階カンファレンスでの研修を実施してきた。研修や講座参加要望には、積極的に支援している。特に新人教育や中堅職員教育などの教育は欠かせない                                |  |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者が、神奈川県グループホーム協会の幹事を務めていたり、川崎市社共などの研修でホームの話をしたり、た施設との交流を図っている。また法人内での交流研修を実施、互いに刺激しあってスキルアップしている   |  |                   |
| 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<br>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        | 入居前のアセスメントや家族の要望、本人の不安や苛立ちなど、十分に傾聴している。入居後本人からの思いを全職員が共有し、安心出来る生活を提供している。  |  |                   |

サリユールたかつ

| 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<br>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     | 入居相談から始まり、入居できない場合でもご家族様の悩みや混乱など電話で相談を受けている。入居の場合は、主任のアセスメントや入居後の訪問時に家族からお話を伺ったりまた、直接事務所などで相談を受けている   |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | そんなサービスを必要としているか、また他サービスが適当であるかどうかを、入居相談の段階で決めている。医療連携が頻繁でホーム生活が無理と判断した場合は他施設の援助を開始。ホーム生活では、カンファレンスでケアプランを作成する。ケアプランには、家族の要望を書いてもらえるように説明している |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 共に暮らす家族と考える事は大切であるが、やはり介護する・・・と言う気持ちが強くなってしまふのは否めない。職員は支える気持ち、一方的でなく共に何かを一緒におこなう、常に確認しながら、傾聴しながら援助する気持ちを説き明かしている。                             |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 面会時に報告し、状況の変化など電話で随時連絡を取り合い、家族が出来ること、職員が支えることをお互い確認しあいながら、本人と家族の絆をつなげている。   |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 常に関係継続に必要なことは、友人の訪問や手紙のやりとり、電話の援助、家族等いつでも訪問できる事をお知らせしている。また懐かしい人との楽しい語らいの場を提供したりする。終末期の入居者様など、訪問客をお願いしたり、身内が常に訪問できるように援助している。                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者とは普段本人がよく使う言葉で話したり、一緒に行動して、これまでの人間関係などを聞き出している。</li> <li>・友人の訪問時にはお茶を出し、挨拶をして、楽しい語らいの場を提供している。</li> <li>・知人への電話や手紙出しの支援を行っている。</li> </ul> |                   |

サリユーブルたかつ

| 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<br>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                | 特に、会話ができる入居者同士が同席し、作品づくりに参加できる入居者と見ているだけの入居者でも一緒にかかわりを持つように、つねに職員が配慮している。また入居者同士がイキイキと話している場合は暖かい目で静かな見守りをしている。入居者同士仲間意識を持ちながら、お互いに悩みを聞いたり、元気をつけたりしている関係もある。歩行訓練やカラオケなどで、仲間意識が芽生えてきている。                     |  |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 退所後、継続的に援助することは、あまりない。死亡等発生で退所の場合は、ご家族へ必要書類など送付したり、入院に関する必要書類などを提供している。また改めてご相談を受けるときもあり、入居された利用者の次を見続ける時もあります。   |  |                   |
| 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<br>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。                       | ケアの基本【本人本位】を振りかえれば援助してきたと痛感する。当事業所の誇れる部分でもある。思いや暮らし方を言葉に出して伝える力を失いつつある認知症の高齢者へ、本人の意向を探る、さぐれる力を職員として持つべきであって、それは信頼関係を作らなければニーズとして浮かび上がってこないものです。カンファや些細な情報、発語など分かるようにノートやアセスメントで連絡し合い、職員同士で共有することで、本人本位に近付ける | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の会話や散歩中の発言などから、利用者の思いや意向を把握している。</li> <li>・判断が難しくなった利用者には、日頃の言動や表情などから見極めている。</li> <li>・把握した思いや意向は個別記録に記入し、日曜カンファレンスでまとめ、職員間で共有し、ケアに反映している。</li> </ul> |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居時の細かいアセスメントを実施するのだが、ご家族によっては後で分かることが多いのもあります。生活歴から行動パターンが把握できたり、のんびりと独居で暮らしたりなど予測します。書面上に記載でなく、傾聴や会話や散歩中の発語などで把握出来ている   |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 現状把握は、日々の生活のなかで、それぞれ職員が把握出来る状況である。ケア記録、バイタル表の確認、夜間の記録・業務日誌など個別に記録する。身体的精神的状況把握、作業、家事参加など細かく記載し、職員間での共有を図ることで把握される   |  |                   |

サリユールたかつ

| 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<br>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 | アセスメントをもとに作成した介護計画書を期間ごと・モニタリングをし更新する。入居者課題は、日曜カンファレンスやフロアカンファレンスで職員・家族・主治医・本人の意見と気持ちや思いなどを介護計画に反映させている。また変化には即対応、職員の意見をケアプランへ組み込んでいる。 | ・介護計画の作成には職員と家族が話し合い、主治医の意見を反映して作成している。<br>・計画期間は原則3ヵ月として、状況に変化があった時や家族の要望があった時には見直している。<br>・日曜カンファレンスでの情報を、フロア会議に報告して職員間で共有している。    |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別記録は全職員で記載している。当日出勤者が主に記載するのだが、出来事や不安状態の観察と対応したことなど、記録している。この記録を職員全員で共有し、カンファレンスで検討する事項となる。更新の介護計画書へ反映することが多い。                        |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居者様の状況に添って支援している。退院後のリハビリなど、ご家族様へ訪問を実施している治療院などの情報や、病院からの定期的リハビリなど積極的に導入している。また訪問歯科や眼科なども定期で訪問している。                                   |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域行事への参加は必ず実施している。盆踊り、町内会運動会・せせらぎまつりなど、積極的に参加するよう、お誘いの工夫をする。   |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | 訪問診療導入後、入居者は従前に比べ健康管理が適切に管理されている。主治医と職員のコンタクト及び本人の訴え等、状況を仔細に提供し、緊急時も安心出来る環境を整えられた。突発時など主治医との連絡がスムーズにおこなえるので、ご家族にも喜んで頂いている。             | ・現在利用者は全員協力医を主治医としている。入所時に協力医の説明はするが、主治医の選択は利用者の判断に任せている。<br>・通院の援助は原則家族とし、薬は事業所の契約薬局で受け取っている。<br>・訪問診療は協力医が月2回、眼科医月1回、歯科医月4回行われている。 |                   |



サリユールたかつ

| 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<br>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                       | 昨年同様法人からの看護師が対応している。週1回訪問、入居者状況を判断して記録していく。職員へは注意事項や危険予測などを伝える。23年度は主治医付きの看護師へ変更になるので、より医療連携が出来ると思う。  |  |  |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院は、主治医の指示にて入院となる。主治医紹介状で入院するケースが多い。患者の情報はサマリー提供、病院へは早期退院も可能であることをご家族には伝えている。病院関係機関との関係は主治医の先生を介して構築されている。今年度入院に関して救命救急センターへ搬送されるも、延命治療拒否にて帰所した。退院後の受け皿無くホームで受けている。病院との連携では必ず受け皿を約束している |  |  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 今年度の終末期援助は3名実施した。事業所としては、入居契約時に終末期について必ずしも見取りが出来たことを約束できない旨説明してきた。状況の変化でその時期で無いと判断できないと説明している。今年度は入院ごの受け入れが難しいケースだったが、職員と家族との話し合いで、ホームで出来る医療的行為を理解して頂き、了解の下での終末期援助でした。                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期支援は可能な範囲で対応する方針で、医師・看護師との連携はできており、入所時に家族の意向を把握している。</li> <li>・今年度の看取りは現時点で4名実施し、開設以来7年半で10名対応した。</li> <li>・研修は定期的の実施し、看取りに入った段階で管理者が職員に再度確認している。</li> </ul> |  |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 全ての職員が実践力を身に付けているとはいえない。急変の判断は、関った職員の経験や力量に委ねている。急変時や事故発生の際にすべき事、連絡調整や救急車対応などについては、1階としてシュミレーションの取り組みを行っている。  |  |  |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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  | 避難訓練は年2回必ず実施している。地域との協力は、隣接たかつと推進委員の協力でご理解を頂いている段階といえる。いざの場合に備え、協力を頂く体制は老健たかつと同様とを感じる。年ごとに職員も代わるので訓練は毎回気持ちを引き締め実施している。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・避難訓練は年2回職員・利用者が参加し、2・3階は避難階段を使って実施している。</li> <li>・夜間を想定した連絡網で職員が駆けつける体制が出来ている。</li> <li>・備蓄は隣接する「老健たかつ」で確保している。</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・避難訓練には、まず地域の人が参加できるような方法を工夫されては如何でしょうか。その後、防災協定を結ぶなどすることが望まれます。</li> </ul> |

サリユールたかつ

| 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<br>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                 | 入居者への声掛けには、まず無理じいしないことを原則とする。尊厳をもって接することが大切と事例などで説明している。排泄・入浴等プライバシーを守り、小声で話しかける。声掛けを身体拘束委員会で検討、周知徹底を図っている。   | ・利用者が誇りを損なわない、命令口調などはせず、利用者の好む声掛けをするようにしている。<br>・排泄、入浴などでは小声で話しかけプライバシーを守っている。<br>・声掛けについては身体拘束委員会で職員に徹底を図っている。                           |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 各階での入居者の認知障害が様々なので、自己決定を導き出す対応が、それぞれに出来る・出来ないと分かれる。買い物・散歩・レクへの参加、洋服の選択など、本人に決定出来る様、声を掛けている。判断が難しくなった入居者へは、日頃の言動などから予測、表情などを見極めて決定している。  |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 一日の過ごし方は、個々の自由、マイペースで過ごしている。その日の過ごし方には、家事参加や、自分で洗濯物をたたむなど、利用者の能力を引き出しながら、役割を感じてもらおうよう促し、誘導を行う   |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 月1回理美容を提供している。髪の毛の伸び具合やパーマなど、本人から希望されたり家族からの依頼など、また職員の判断で家族の了解を得て援助して。自分から毎日お化粧をする入居者もおりますので、外出着を持参するよう話したり、お出かけなどの援助も実施した。   |   |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 家事参加は主に作るより片付けを重点的ですが食事前の準備・テーブル拭・下膳は必ず実行している。原則職員も一緒に食事を摂取、食後の会話がとても賑やかだ。食事交流会が栄養委員により計画され、他階訪問一緒に食べている。季節感や好きな食べ物の話に笑いが絶えない。今年度は、全利用者を対象に、誕生日の夕食を頻回に行っている。夕食でも嚥下状態に合わせ、食事形態を考慮している。食材サービスだが、季節の食材や行事メニューなど考慮されている | ・利用者はテーブル拭きや下膳などできる範囲で参加し、食事中は職員との会話や笑いが絶えない。<br>・献立、食材は週5日は業者から、2日分を利用者の好みを取り入れ調理している。<br>・行事食、誕生会にはファミリーレストランなどでの夕食やチョコケーキなどを作って楽しんでいる。 |                   |

サリユールたかつ

| 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<br>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                 | データーを中心に、水分チェック・食事量・食事摂取量を把握。個人の状態に合わせている。食材搬入にてカロリー計算がしやすく、禁食などにも注意をしている。糖尿病の既往歴者がいるので、量や食材などに注意をしている。脱水に注意している。   |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 必ず実施されている。義歯や拒否あるが自立で毎回実施する利用者もあり、見守りは欠かさない。一部介助が必要な場合は、その状態により援助してる。歯科健診もあり、口臭が激減している。義歯消毒も実施してる。  |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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把握する為排泄は時間を追って記載確認してる。自立排泄者以外は、時間を決め排泄声掛け後に援助となる。トイレでの排泄を重視している。介助も自立部分を支え、必要最低限にとどめている。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立の利用者は10%で他はリハビリパンツを使用している。</li> <li>・排泄パターンを把握し、また仕草や様子からさりげなくトイレへ誘導している。</li> <li>・高齢化が進み自立への回復は難しいが、清潔・快適に心がけ現状を維持している。</li> </ul>                               |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 便秘予防と活気ある生活のために、ラジオ体操や散歩で体や腸の動きを活発にしているが、まだ十分でない。便秘薬処方およびブルーンなど、排泄チェック表を確認しながら、3日を区切り与薬となる。   |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 個々に応じた援助には、時間帯・曜日を決めて援助している。タイミングを逃したり、拒否などで週2回の入浴援助が出来ないこともあり、やむを得ず入浴を強要するような事も出てくるが、無理じいをせずに入浴を援助している。終末期援助もあるので状況によっては、老健の機械浴を使用する。身体低下により浴槽内に入れなくなるが、2人介護での援助をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴は最低週2回11時～15時を原則としているが、希望により随時入浴可能である。</li> <li>・季節により菖蒲や柚子湯で楽しみ、入浴剤も楽しみにしている。</li> <li>・終末期の利用者には老健たかつの機械浴で入浴介助している。</li> <li>・嫌がる利用者には日や職員を変えて対応している。</li> </ul> |                   |

サリユールたかつ

| 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<br>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  | 休息時間は個々の状況で判断、自分から入室いつでも自由に休息できる。1階は夜間混乱となる入居者も多く、入眠を強要しない。日常の活動に気をくばることや、主治医との連携で眠ることを自然に確保できるようにしている  |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 薬の処方については、主治医の指示どおり実施する。服薬は居宅療養管理指導により、薬の管理をする。職員は誤薬や飲み忘れに注意している。薬の説明書等管理し、処方薬どおり、飲みきるまで確認介助を実行している   |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 楽しみは、カラオケ。外食。午後からの時間を楽しみにしている。役割は下膳や洗濯物たたみ、テーブル拭きなどをお願いしている。好きな食べ物は糖尿などから満足するほどの援助は出来てない。気分転換は外出・歌・貼り絵・塗り絵・百人一首などを行っている。  |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 外出・散歩特にご希望される入居者へは、何度も出かけることがある。買い物や散歩、食べたいものを買うに行くなど、せせらぎ川へ鯉の餌やりなど、またご家族様へも出かけるようお願いをしている。   | ・散歩は可能な日には、車椅子利用者も一緒に毎日出かける。<br>・買物や美容院などの外出希望があれば、可能な限り対応している。<br>・初詣、桜や藤の花見などには事業所の車で出かけ、家族と一緒に墓参りに出かける利用者もいる。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 入居時は自分の財布など持参するが、時間の経過と共に、金銭感覚は無くなっていくので自分で管理出来る入居者は、持参金や預かり金から買い物をする。職員見守りは欠かさない。お祭りなどで好きなものを買ったり、散歩がてらにお菓子をかったり自由にしている。お金がないと不安で毎日混乱する入居者へは、預かっていることを伝え安心を提供する。 |  |                   |

サリユールたかつ

| 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<br>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   | 2階には電話を自由にかける入居者がおり、見守り支援や小銭の用意をしている。各階に手紙が届いたり、贈り物なども届くのでお礼の電話や家族へ伝える事の援助をしている。また年賀状や季節の挨拶をやりとりするので、全て援助する。問題が起きる状況の場合は、家族との了解のもと預かることもある。  |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 音に敏感な入居者もいるので、適度な音にしている。場所が分からず混乱する入居者へは、場所の表示をしている。プライバシーの問題はあるものの、自室を忘れる事もおおくなりだし、やめていた名前の張り出しを復活したフロアもある。   | ・浴室前に、湯上り時にゆったり休めるようソファベットの椅子が置いてある。<br>・居間にはお雛様が飾られ、壁には貼り絵で大木を作り、季節の花を咲かせている。<br>・行事での写真や小学生訪問時の写真・手紙が居間、廊下に飾られている。                            |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | 共用空間には、個別にくつろげるように長椅子を2ヶ所に置き、一人になりたい時や仲間とおしゃべりなどに利用している。一日中イスに座っているのではなく、ソファでの会話をたのしんでいる。  |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時に馴染みの物とこだわっている物品を持参するようお願いしている。居室は自分の好きなように配置した。TVやラジオを持参、好きなときに観賞している。全ての家族が馴染みの物を持参するわけではない。ホームでは出来る範囲での心地よさを感じるよう支援してる。  | ・利用者は馴染みのベッド、フuton、タンスやテレビなどを持ち込み、自宅と同じように寛げる配置にしている。<br>・事業所がエアコンを設置して環境を整え、広いクローゼットを備え付けて、整理をし易くしてある。<br>・室内の温度、湿度を調節し、1日1回除菌剤を噴霧し風邪対策をとっている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 終末期であっても、自分で食べる。ホークスプーンを持ち、口へ運ぶ行為をじっと見守る事もある。しかし重度化・高齢者が多く、自立支援が出来なくなっており、常に見守りや介助を必要としている。各場面で自立出来る行為には、可能な限り自分でやってみましょうとこえ掛け援助をしている。自室は入居者にとって最も安心出来る場所となっており、自分なりの生活を送る為に家族も協力、入居者へは身の回りの小さな協力をお願いしている。 |   |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名

サリユーブルたかつ

作成日

平成23年3月8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    | 2<br>・<br>3<br>・<br>1<br>4 | 地域への貢献として、現在内部研修として実施される研修内容を外部の関係機関などへ広く公開してみたい | 研修を実施する夏・冬2回ぐらいを見当とする | 地域への貢献として、現在内部研修として実施される研修内容を外部の関係機関などへ広く公開してみたい | 長期と見越して1年間をかける |
| 2    |                            |  |                       |  |                |
| 3    |                            |  |                       |  |                |
| 4    |                            |  |                       |  |                |
| 5    |                            |  |                       |  |                |