

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 | 「人は平等であり、尊厳され、安心できる普通の暮らしを送れる権利がある」の理念の下、平等でその人らしい普通の暮らしを送れるよう3か所に掲示し、職員採用時や勉強会時に理念の説明・確認を行い理念を共有し日々のケアにあつたている。 | 開設時に作成された理念を現在も継続している。管理者は理念の言葉一つひとつの意味するところを職員に分かり易く説明している。職員は理念を理解しており、日々、利用者一人ひとりの生活支援に活かしている。利用契約時にはホーム理念の趣旨を家族にも説明している。玄関、食堂、和室に理念を掲げ、来訪者にも分かりやすくしている。 | |
| 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 | 自治会に加入し、隣組長をつとめたり隣組の懇親会に参加したり、避難訓練に参加していただいたり隣組とはいい関係づくりが出来ている。地域の行事や地元の清掃などに参加している。毎日の散歩時気軽に声をかけていただいている。また毎年施設前で神輿をやっていただいたり、お茶のみに出かけてもらったりしている。 | 地域行事に積極的に参加し隣組の一員としてお付き合いしている。今年2月の大雪の時には地域の消防団員と一緒に住宅地内の雪かきをして廻り、一人暮らしの方や高齢者から喜ばれた。住民が「道に座り込んでいた」と利用者保護を連れて見えたり、飼い犬2頭を連れてきたこともあり、地域の人々はホームを隣人と受け止め日常的に交流している。住民から高齢者や家族介護の相談があれば親身になって応えている。 | |
| 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 | 懇親会時、散歩時、地域や施設のイベント時などの地域の方と交流の時に認知症の方へのご理解や支援の方法をその都度お話をしたり、見学していただいている。また暖かい時はベランダを縁側のように使って気軽に寄ってお茶を飲んでもらいながら、高齢者や家族の介護に関する疑問や相談に応じている。 | | |
| 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、そこの意見をサービス向上に活かしている | 3か月に一度開き、ホームでの出来事や行事や実際の報告、評価への取り組みや改善への取り組み等の報告、情報交換を行い委員からでた意見、アドバイスをもとに職員と話し合い改善に取り組んでいる。イベントや避難訓練と同時に地域の方や家族の方が多く参加していただけるようになってきている。 | 利用者、家族(3名)、隣組住民(7名)、区長、民生委員、外部看護師、地域包括支援センター職員、市職員の出席を得て開催している。ホームの活動、行事予定、利用者状況、外部評価結果と課題や取り組み状況等を報告し出席者から情報や意見・要望を頂き、意見交換している。出席者から避難訓練時のベルの音が聞こえないから拡声器にはどうかと助言を頂き消防署と相談する予定もある。課題の開催回数に関しては市担当者相談している。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者や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 | 市より毎月、相談員が来て運営や現場の実情を市町村に報告しており、市町村と考え方や運営の実態を共有しながらサービスの向上に取り組んでいる。運営推進会議にも参加していただき協力関係を築くよう努めている。 | 市主催の地域密着事業者研修会、地域包括支援センター主催の地域ケア会議(毎月)に出席し、また、佐久圏域介護保険事業者連絡協議会にも加入し研修会等に参加し情報を得ている。地域包括支援センター職員とホームとの関係は良好で日頃から気軽に相談できる間柄である。介護相談員が毎月一回2名で来訪し利用者の話を聞いている。介護保険更新申請は家族の依頼を受け代行している。認定調査員の訪問時は本人の様子を伝え、家族が同席することもある。 | |
| 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「介指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 | 身体拘束は原則すべて高齢者虐待に該当する行為であることを従業員に周知させ、身体拘束ゼロに努めている。また緊急やむを得ない場合でも従業員でよく話し合い代替案を模索するように努めている。研修では具体的な行為や不適切なケアの事例と対応・取組について重点的に学習し身体拘束ゼロの実践に取り組んでいる。また事業所内に具体的な行為やマニュアルや事例を常に掲示し常に心がけるようにしている。 | 職員は「身体拘束その他利用者の行動を制限する具体的な行為」とその弊害を認識しており、身体拘束や虐待を絶対にしないケアの実践に取り組んでいる。年1回は身体拘束に関する研修を行い、周知徹底に努めている。事業所内には拘束に関する資料が掲示されており職員はそれを読み返したり、眼にすることで意識し、時には気持ちを引き締める機会となっている。開設以降、拘束は一切行われていない。 | |
| 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 | 県の高齢者虐待の研修に参加したり、内部研修で虐待の事例や不適切なケアの事例と対応・取組について重点的に学習し虐待防止や身体拘束ゼロの実践に取り組んでいる。また随時職員間で話し合い利用者さん本位のより良い介護ができるよう努めています。高齢者虐待の常に事業所内に掲示し虐待防止を徹底している。また老人同士でのいじめ、虐待を見過ごさないよう十分注意を払い、防止につとめている。 | | |

サガラシルバーハウス

| 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 |
| 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 | 管理者と職員が外部の研修で権利擁護事業や成年後見制度の学習をし、その資料やマニュアル等を使用し内部の研修を行っている。入所時や利用者さんを取り巻く環境が変化した場合にその都度必要性を検討している。 | | |
| 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 | 利用開始前から見学・説明を行い、利用開始時に重要事項説明書や契約書により十分説明し、疑問点等随時確認を行いながら理解・納得を図っている。法改正等の場合も改正部分を説明し新たなもので同意して締結していただいている。 | | |
| 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 | 普段から食事の時やレクの時などに利用者さんの意見・希望や苦情を聞けるよう傾聴に心掛けている。またよく利用者さんの表情や行動を観察し日々の生活の様子から言葉に出来ない不満や希望を見つけられるよう心がけている。またご家族の面会時にご意見や利用者さんが何かご希望は言っていないかかなどお聞きするようになっている。市より毎月来る相談員に苦情や不満を言える機会や運営推進会議等で家族の意見を聞く機会を設けている。そしてそれらを反映できるよう毎日のミーティング時や月一回の会議で職員間で随時話し合っている | 利用者の殆どが言葉や仕草等で自分の思いを職員に伝えることが出来る。不満や不快な気持ちなどは態度や表情で窺い知ることができ、直接本人に聞いたり、日頃の様子から感じ取っている。運営推進会議に利用者家族全員の出席をお願いし意見、要望を伺っている。また、面会は週一回、月に一回、遠方の方は年2回位と様々で、来訪の都度本人の様子を見ていただき、日々の様子を伝え、要望などを伺っている。毎月「お便り・近況連絡箋」に写真と一ヶ月の様子を個別に書き込み報告している。家族からは本人の暮らし振りや健康状態がわかる、また、要望に合わせて柔軟に対応してもらえると喜ばれている。家族会は行事にあわせて年4回開催している。 | |
| 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 | 普段から管理者や経営者側から声をかけたりコミュニケーションをとり、日頃から運営に関する職員の意見や提案のしやすい雰囲気づくりに努めている。管理者は日々の申し送り時など随時運営に関して意見を聞くようにしたり職員間で話し合い業務の改善に役立っている。また年数回慰労会などの職員間交流を行い事業所内の雰囲気づくりをし職員が提案しやすい環境に心がけるようにしている。 | 朝礼、夕礼時には管理者も交えて利用者一人ひとりの状況や変化を報告し確認しあっている。管理者が同席しているので運営やサービスに関する意見や提案など細かいことも職員は直接伝えている。2ヶ月毎に開かれる「業務会議」の中には業務の検討と内部研修(拘束・避難訓練・認知症ケア・事故予防・プライバシー保護・感染症と食中毒・倫理と法令遵守)が含まれ、職員は全員出席している。急な業務見直し案件がある場合、管理者はその日の勤務者と話し合い、決定事項は記録に残し全職員が周知できるようになっている。 | |
| 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 | 資格合格時に御祝い金や資格所得のための援助金や日々の業務実績を管理者と一緒に業務を行うことにより把握するよう努め頑張っている職員には昇給をしている。また内外の研修に積極的に参加させ初心に立ち返る事により向上心の維持に努めている。家族の都合によりもっと仕事をしたいや子供のために早めに帰るなど出来る限り融通をきかしている。また働きやすい環境づくりやチームとして同一の目標、方針を持つことで向上心の維持に努めている。 | | |
| 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 | 管理者も職員と同じように働いたり観察したり、一人ひとりのケアの仕方や力量を把握するように努め、随時指導を行っている。また毎年7回の内部研修などで学習したり、積極的に外部研修に管理者とともに参加させたりし、行けない職員にはレポート回覧してスキルの向上に努めている。新任の従業員にも管理者が直接指導するようにしている。 | | |
| 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 | 佐久圏域GH協議会や佐久圏域介護保険事業者連絡協議会に加入しており、研修会や勉強会、相互訪問等に管理者、職員が参加している。また市の地域密着事業者の研修や地域ケア会議等での意見交換によりサービスの質向上に取り組んでいる。県の研修等で他の介護事業者との関係を作り、他施設等に訪問し当施設のサービスの向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 信頼関係を構築なしでは利用者の本当の望む暮らしを知ることはできないので、入居前の面談時に家族等からの情報をもとに、ご自宅や病院等に何度も足を運びゆっくりと時間をかけ話をしたり見学に来ていただき、本人の思いを受け止めるよう努め、本人の意思で入所したいと思うまでできるかぎり信頼関係を築けるように努めている。 | | |
| 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 | 相談や見学、面談と入居前に会う機会を数回設け不安な事や希望している事を十分聞けるように努めている。また家族の思いと利用者さんの思いの違いに注意し、両方の思いが最大限くみ取れるよう心がけている。 | | |
| 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 | 相談時に本人と家族のニーズに合った支援は何かを見極め、在宅が可能か他の施設が適切かなど主治医やケアマネや本人家族と話し合い、グループホーム以外の各種施設や在宅で暮らすための各種サービスの選択肢もある事を説明している。 | | |
| 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 | 洗濯や掃除、料理、農作業など得意な事は積極的にしてもらったり教えてもらったりして、できない部分を支援するように入居者主体で生活していくことを意識しながら共に生活している。ご本人の役割を見出し、それを大事にし、尊重しながら共に暮らせるよう心がけている | | |
| 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 | 利用者さんの歴史や人間関係を出来る限り本人や家族に教えてもらい、それをもとに利用者さんの経験や知識を本人や他の利用者さんの生活そして職員の仕事や生活に生かせるように努めている。また家族の方に面会時や電話等で入居者の不安な事や困っていること、状態を伝えより良い解決に向けたアドバイスや情報をもらっている。またできるようなら外出や外泊のお願いをし、家族の思い出や絆を大切にしよう心がけている。 | | |
| 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 | ご家族にお話しして馴染みの人に面会にきてもらったり、今まで家で使用していたものを持参してもらい少しでも自宅の雰囲気近づけるようにしている。またできるようならなじみの場所や家、田んぼやお墓参りへの外出や外泊のお願いをし、利用者さんそれぞれの大切なものとの関係が続くよう心がけている。 | 昔からの友達、自宅近くの隣人、知人らが面会に訪れている。お盆やお彼岸のお墓参り、年末やお正月の外出・外泊を家族に勧めている。お正月に帰宅できない利用者には家族が会いに来てくれる。外泊できる場合は2～3泊している。希望時には電話を掛けて関係を継続している。レクリエーションやお茶の時間には家族に年賀状や季節の便りを書き送るようにしている。家族は「良く書けたね」と褒めている。毎年、指導を受けて利用者は書き初めもしている。それを見た家族が「へ～おらちのじいさんが書いたんかい？」と喜ばれたようである。 | |
| 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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 洗濯や掃除、料理など利用者同士で共に支えあい生活できる場面づくりや、レクリエーションなどで話しやすい環境づくりをしている。また人はねたきりが一番孤独であると思えるから出来る限り離床出来るよう支援し日中活動的に生活していただくことにより利用者さん同士が関わりあえるよう支援している。また食事やお茶の時間などは職員も間に入り積極的に会話できる場面づくりをしている。 | | |
| 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 | 退所後も御茶飲みやイベントに遊びに来てもらったり手紙のやりとりや電話などを行っている。またその方の地区でのお祭り等に招待してもらい皆で参加したりしている。その後の様子を聞いたりや近くに行ったらお会いしたりしている。 | | |

| 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 | |
| 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 | 日々信頼関係の構築を心がけ、利用者さんの心から話してくれる環境づくりをし、アセスメントだけでなく日々の表情の変化、発言、行動などをよく観察し職員で話し合いその都度プランやアセスメントを見直したり、本当の思いや希望や意向を把握できるよう努めている。また意向等を満たすのにその方にとってどんな方法が最良なのか、職員それぞれが利用者さんになったつもりで考え最良な方法を会議等で話し合っている。困難な場合でも介護者の都合ではなく利用者さんの立場になって考え話し合い、出来る限り利用者さんの希望に近づいた実践が出来る様努めている。 | 職員は日々利用者さんと関わりながら一人ひとりの思いや意向、希望の把握に努めている。ふと洩らす呟きや利用者との会話の中から食べたいものや出かけたかったと思っていることを察知することもある。把握が難しい利用者の場合は複数の選択肢(二者択一)を用意し、選び易いように働きかけ試みることもある。言葉や仕草などがなくても本人のアイコンタクトからも思いや訴えを感じ取りたいと努めている。利用者が話しかけてきた時には決して待たせず話を聞くようにし、本人の思いや希望を聞く機会として職員は手を止め、足を止めて利用者に向き合っている。 | | |
| 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 | 入所前から何度も本人や家族と会い信頼関係を築けるよう努め、早い段階で出来る限り本人の歴史や人柄、生活、家族関係などを把握できるように努めている。またアセスメントの情報だけでなく普段の生活の中で知ることが出来る情報も職員が共有できるように努めアセスメントに反映しながら、日々の生活でそれらが生かせるよう心がけている。 | | | |
| 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 | 日々職員の気づきや1日の様子、変化、可能性(例えば歩行や立ち上がり等心身の可能性)等を申し送り時の話し合いや記録により共有、把握に努めている。そのうえでケアプランに反映したり、会議等で職員間で出来る事やしていく事を把握し支援できるように努めている。また流れ作業のような仕事ではなく共に生活している家族のようによく話しよく聴き、日々常に利用者さんの表情や行動、言動を観察するように心がけている | | | |
| 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 | 日々の申し送りや記録、会議等で職員が活発に意見交換しそれぞれのアイデアを取り入れたり、ご本人とよく話しし本人の望む暮らしを見出し、その暮らしのための課題等を本人や家族に意見を聞いたり、専門的な意見やアイデアを主治医等に聞き活発に意見交換し、それらをもとに介護計画を作成している。また利用者に変化があった場合やおおよそ3か月に1回モニタリングを行いプランの見直し現状に即した介護が行われるよう努めている。 | 利用者や家族から暮らし方や生活に対する意向を伺い職員と協議し本人が本人らしく暮し続けるために必要な支援(必要に応じ主治医から意見や助言を得ている)を組み合わせ、個別の介護計画を計画作成担当者が作成している。朝夕の申し送り時に管理者も出席し、利用者の変化などの情報を得ている。3ヶ月毎にモニタリングし、日々の記録(発言、行動ケアの実践と結果など)を計画の見直しに反映させている。状況の変化や計画通りに進んでいない場合は見直し、修正や新たに作り直すこともある。家族には毎月の「お便り・近況連絡箋」で計画の進み具合や本人の様子を文章で伝え、意見や意向も伺っている。 | | |
| 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 | 申し送り時には特に注意すべき事柄や気づき、その日した工夫を話し、個別の記録にも日々の様子や発言内容、行動、表情などの気づきやケアの実践、結果、や工夫等を記入し、職員間で情報を共有し日々の実践や次の工夫や介護計画の見直しに反映している。日々変わりゆく利用者の状態に対応できるよう気づきや工夫を大事にしよりよい介護の実践にいかせるよう努めている | | | |
| 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 | 通院や買い物、花見やお墓参りに行きたいや選挙に行きたいなどそれぞれの利用者のニーズに出来る限り対応し流れ作業的な単純な支援ではなく、柔軟な温かみのある支援をするよう心がけている。またその時は他の利用者の弊害にならないよう経営者や非番の職員が出来る限り支援する。仕事としての関わりではなく家族のように利用者さんの生活環境の重要な部分であるよう心がけています。 | | | |

サガラシルバーハウス

| 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 |
| 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 | 隣組を主として警察、消防や消防団とあらかじめ離設、消火等に迅速に協力してもらえるよう関係を作っている。必要性に応じて介護保険以外の他のサービス(理美容サービス)を利用する場合は地域包括センター等と話し合うようにしている。また日本舞踊などのボランティアの来所も願っている。また利用者さんが大切にしてきた心の支えとなる環境やなじみの友人、家族関係等も把握し、出来る限り協力を仰ぎながらよりよい生活につなげられるよう心がけている。地域にある畑で芋ほりしたりしている。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望する主治医や医療機関を受診していたが、従業員も同行して情報を共有できるよう努めている。特に希望がない場合や通院が困難な場合、利用者や家族に納得していただこうと協力医療機関の先生に依頼し毎月往診していただいている。必要な場合はCTや精密検査他の病院の紹介などしていただいている。協力医療機関の医師とはなじみの関係になっており長年相談協力していただいており、重度化した場合主治医・看護師・家族等密に連絡をとり、利用者さんがなじみの環境で安心して最期のその時を迎えられるよう職員、家族、医師と一丸になってターミナルケアを行っている。 | 利用前のかかりつけ医を継続している利用者もいるが利用開始時に往診可能な協力医療機関をかかりつけ医に変更する方もいる。協力医は月一度往診し利用者の状態を診察し健康管理に努めている。また、年一回利用者全員が血液検査、胸部写真、心電図などの検査を受け、異常などあれば適切な治療が受けられるよう医療機関が紹介されている。専門医の受診には家族が付き添うが職員が代行することもある。代行した場合は受診結果を報告している。協力歯科医も必要に応じ往診している。市の歯科衛生士も来訪し義歯や口腔ケア指導が行われている。 | |
| 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 | 常に気づきや変化を個別記録や申し送りに書き、管理者である看護師に出来る限り口頭で詳細を伝えるようにし、緊急時には電話で連絡をとり、迅速な処置、受診が受けられるようにしている。小さな変化でも気づけるよう観察することの重要性を研修で勉強し実践できるように努めている | | |
| 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、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。 | 入退院時には医療機関の関係者や主治医、家族と情報交換と話し合いや担当者会議を密に行い援助に努めている。協力医療機関とは常に連絡相談をしており重度化、急変時にすぐに対応できる環境を整えている。また入院中は入院先に足を運び早期退院に向け退院の計画を医療機関の関係者と本人、家族と話し合い、退院に備えた受け入れの態勢を整えている。また萩原医院や佐久病院とは月1度の往診もあり急変時や困ったときには相談できる関係作りを行っている。 | | |
| 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、事業所です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 | 重度化や終末期のあり方について早期から家族と話し合い、病院なのか当施設なのか家族や本人の意向を把握しておき、かかりつけ医や家族と密に相談し対応方針の共有をはかり終末期に備える。重度や終末期の入居者に対して対応可能な事、困難な事、などを職員で話し合いや1日1日の変化等をかかりつけ医に相談したり家族に報告したりして、施設、家族、かかりつけ医と連携して支援し終末期に備える。 | 「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」があり、利用開始時に事業所の終末期のあり方を説明し、利用者が終末期の状態となった時、また、その後も状態変化のたびに看取り介護を継続するかどうか意思確認している。看取り対応中は本人の状態変化に応じて家族は医師や看護師、職員と話し合っている。職員は家族に寄り添い、安心と納得が得られるよう心を込めて家族と共に取り組み、開設以来2名の方を看取っている。最期を迎えた家族からは「良いお別れが出来ました」、「母は幸せでした」等感謝の言葉を頂いている。 | |
| 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 | 看護師によりすべての職員が定期的に応急手当や初期対応の訓練、研修を受けている。また応急手当の仕方マニュアル、連絡方法を目的のところに貼ってあり方が一の事故発生時に備えている。 | | |
| 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 | 年に2回の避難訓練やマニュアル等による指導を行い、特に夜間の確実な避難誘導ができるように訓練している。また隣組の会合等に出席の際に災害時の協力について働きかけている。近隣の方や消防署員を交えた避難訓練も行い消火器の使い方等教えてもらい防火への意識を高めるよう努めている。また施設内に掲示し常に意識できるようにしている。 | 年2回避難訓練をしている。1回目は夜間想定計画書を消防署に提出し避難訓練を行い、写真付きの実施報告書を提出している。2回目は消防署の協力を得ながら昼間行い通報や避難誘導訓練、消火器の取扱いなどの指導を受けている。利用者は車椅子や手引きでテラスへ避難している。備蓄は食糧、水、介護用品を3日分用意している。地域との協力体制に関しては隣組から協力の申し出があり役割割りなどは話し合う予定である。災害時緊急連絡網の呼び出し訓練も計画されている。 | |

| 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 |
| 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 | 徘徊等も問題行動ととらえるのではなくその人の個性、歴史ととらえ寄り添ったりお話を聞いて納得してもらったり、それぞれの人格を尊重し誇りを損ねないよう心がけている。人生の先輩としての尊重した言葉かけや排泄入浴時等プライドを傷つけるような事がないように対応に配慮し支援をしている。記録等の個人情報も目隠しをして管理している。 | プライバシー保護に関する研修を積み重ねながら、個人を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけに徹している。職員は利用者のその人らしい尊厳ある姿をありのままに受け止めケアに当たっている。排泄や入浴支援時にはさりげない声がけや対応に努め、自己決定しやすい言葉(二者択一)掛けをするように努めている。利用者は苗字や名前に「さん」を付けて声がけされている。 | |
| 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 | 入居者の状態に合わせて食事やお茶の時間レクリエーション散歩を主としてあらゆる場面において、希望を聞いたり、ニーズを引き出すような雰囲気づくりや場面づくりをしている。また意思表示の困難な入居者の表情やしぐさ等も注意深く観察し出来る限り本人の意思を確認し支援している。また押しつける介護ではなくご本人の意思を聞き口腔ケアや排泄、睡眠等利用者の決定に基づいた介助に心がけている。時には介助拒否の方もいるが時間を変えたり説得したり工夫して介助するよう努めている。 | | |
| 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、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 | 本人がテラスや散歩に出たいときは他の仕事の手を止め一緒に出たり、寝たいときに寝たり、レクや散歩に行きたくない時は行かないなど無理強いせず、「ふつうの暮らし」をおくるために入居者本人のペースを大切に、常に本人の意思を聞いてから介助や行動に移すようし、意見や希望にそってその人らしい生活を送れるように支援している。 | | |
| 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 | 毎朝出来る方はひげそりや歯磨き整容をすすめ、出来ない方も介助して本人らしい格好でいられるよう支援している。2か月毎に美容師が来所したり行きつけの美容室にてカット・パーマされている。おしゃれについても希望時やご家族との外出時に本人の望むものを選んでいただくよう働きかけている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 本人や家族から好みのものや嫌いなものを聞いたり普段の表情や行動で把握するように努め、買い物や調理の手伝い、片づけ等を一緒にする事で食事への興味を維持し、本人のはしや食器を使用し、いつもの席で職員と利用者が話しながら食べ、食事が楽しみであり続けるように努めている。また献立に旬のものや好みのものやお祝いなどを取り入れたり、テラスで育てた野菜や近くの畑で自らとった野菜を食事にだし、食事が楽しめるよう支援している。食事介助の必要な方も出来る限り自分で食べられるよう一部介助を心がけ食事が生きる楽しみになるようおいしい食事・楽しい食事を心がけている。 | 献立は利用者の好みや希望を取り入れて栄養士が立てている。利用者が食事の準備に関わるケースは重度化により少なくなっている。食形態は一人ひとりの咀嚼や嚥下状態を見て、トロミにしたり、刻みにしたりと工夫し、本人が食べやすいようにしている。殆どの利用者が全介助に近い支援を受けている。「口を開けてください。御飯ですよ」、「目を開けてください」、「口の中のものを飲み込んでください」と職員は1サジ毎、声をかけながら介助している。食事が摂れない場合には看護師に相談し栄養補助食品を使うこともある。利用者の誕生日にはおやつに手作りケーキでお祝いしている。 | |
| 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 | 常日頃から食べた量、飲んだ量を記録、情報共有しカロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足には細心の注意をしている。食べられないときは看護師に相談し体調に気をつけ、茶碗や箸を変えたり、一部介助したり、栄養機能食品などを使用したり工夫しながら継続して食事が出来るよう支援し負の循環が起きないように注意している。また一人ひとりの状態や習慣に応じて刻みやミキサー食など工夫をし十分な栄養摂取ができるように支援している。また自力で食べられなくなってきた方もすぐ介助するのではなく出来るところまで自力で食べてもらい残りを介助するよう心掛けている。 | | |

サガラシルバーハウス

| 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 | 食事が楽しいことであるために毎食後一人ひとりの状態に応じ、歯磨きをすすめたり、口腔ケア（歯磨き、義歯の手入れ、口腔内の出血や炎症、残物の確認等）をしている。夜はポリドントで入れ歯をケアしたり、歯のない方も舌のケアを支援している。介助拒否があっても肺炎と危険性等を説明納得してもらい最低でもよる1回は出来るよう努めている。 | | | |
| 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 | 日頃より排泄パターンを観察し把握に努め、個々に応じ朝晩と日中の定期的なトイレ誘導を行ってできる限り排泄の失敗を減らすよう努めている。またリハビリパンツやポータブルトイレや尿とりパッドの使い方を丁寧に説明し、それらを用いて出来る限りおむつではなく自分でトイレで排せつできるように努めている。表情や行動にも排泄のサインが隠れているときがあるので普段から注意深く観察するよう心がけている。 | 一人ひとりの排泄パターンを職員は共有し支援している。日中はリハビリパンツで過し、トイレでの排泄支援を行っている。普段は見られない利用者の動きや目線の様子にも注意を払い、さり気なく声をかけ、確認しながら失敗しないよう心がけている。夜間は安心や安眠のためにオムツを使う方やポータブルトイレを使う方もいる。利用前はオムツのみであったが利用後にリハビリパンツで過しトイレでの排泄ができるようになった例もある。 | | |
| 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 | 水分や出来る限り繊維質の多い野菜の摂取を心掛けたり散歩や体操などで体を動かすことや排便の出るパターンを把握することにより自然排便できるように努めている。また出来る限りの排便の確認やかかりつけ医や家族の情報をもとに一人ひとりの体質を把握し、必要に応じかかりつけ医や看護師と相談等をし、その人にあった便秘対策をしている。 | | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 従業員のローテーションや他の利用者との兼ね合い、希望された時間、曜日に入れたい事もあるが、できる限り希望の入浴を楽しんでもらえるよう支援している。また入浴時の不安や羞恥心等への細やかな対応を常に心掛けるよう指導している。 | 週2回の入浴を基本としている。一日に5名入浴しているが昼食後から夕食前までの時間帯での入浴であり利用者はユックリ、自分のペースで入浴できている。入浴の順番（特に一番風呂）は本人の希望に沿うようにしているが全員に聞きながら順番を譲ったり、譲られたりしながら気分よく入浴できるよう工夫している。入浴を拒む方は現在のところいない。入浴時は脱衣所と浴室に職員が配置されており浴槽の出入りも必要に応じ二人介助で行い安全安心の支援が行われている。 | | |
| 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 | 夜間の安眠と昼夜逆転がないよう日中の活動を促しているが、就寝、起床時間に決まりはなく自分のペース自分の好きな場所で休息したり入眠していただいている。また睡眠パターンや生活習慣や「家族との外出で疲れた」や「昨晚は寝れなかった」などのその時々状況に合わせて安眠、休息できるように支援している。しかし日中寝ている事が多くなる事が多いよう活動への声かけをしたり活動的な一日になるよう努めている。 | | | |
| 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、用量について薬剤師より説明を受けた看護師による指導や、薬の説明書を保管しいつでも確認できるようにしている。また飲み忘れや誤飲をしないように薬は食後手渡しで行い目の前で服薬の確認を行っている。また新しい薬を使用するときは特に注意深く観察し記録するよう努めている。 | 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法、用量について薬剤師より説明を受けた看護師による指導や、薬の説明書を保管しいつでも確認できるようにしている。また飲み忘れや誤飲をしないように薬は食後手渡しで行い目の前で服薬の確認を行っている。また新しい薬を使用するときは特に注意深く観察し記録するよう努めている。 | | | |
| 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 | 農業一筋の方にはお花や野菜の育て方を教えてもらいテラスで一緒に育てたり近くの畑と一緒に収穫したり、テラスや散歩で四季を感じたり、歌が大好きな方とはレクの時間以外でも一緒に歌ったり、仕事づきな方とは一緒にお手伝いしていただいたり、一緒に花見等に行ったり利用者さんの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、楽しみごと、気分転換の支援をしている。 | | | |

サガラシルバーハウス

| 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 | 日常的な散歩やその他入居者の希望に応じ外出の支援をしている。また常に外の景色や空気を吸えるテラスへは好きな時好きなだけ出られるようになっている。重度の方でも広いベランダでいつでも戸外にでて気持ち良く過ごせるよう支援している。一緒に買い物したり家族に協力してもらいながら、なじみの大切な場所へ出かけられるよう支援している。近所の畑での収穫や花見など外出支援をしている。 | 天気の好い日には足腰を丈夫にしようとして区内を散歩している。顔見知りの方や住民と出会うと挨拶したり時には世間話をすることもある。車椅子の利用者は毎回一緒にいけないので広いテラスで日光浴しながら眼下に広がる佐久平や遠くの山並みを眺めたり気分転換している。公園の花見に出かけたり、通院の帰りに遠回りして昔働いていた街を散策したり、個別支援で買い物に出かけたりと利用者の希望に沿いながら支援している。外出については家族の応援もあり協力的である。 | |
| 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 | 入居者の力量や希望に応じて少額ではあるが財布を持っていただき、自分のほしいちょっとしたものを買っていただく支援をしている。 | | |
| 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 | 希望される時などは自由に電話をしてもらっている。また年賀状や季節のたよりなど積極的に出せるようレクリエーション時やお茶の時間等に勤めて書いて頂いて家族へプレゼントするように支援している。 | | |
| 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 | 共用空間は自宅のように安心して暮らせるようにイスや机、こたつ、畳等があり広いスペースを自由に使っていたいでいる。空気がこもらないように出来る限り窓を開け外の空気を取り入れたり、排泄物はすぐ捨てるよう清潔な環境に注意している。また床暖房・クーラーなどで快適な生活が送れるようにしている。大きな窓や自由に出入りできる広いテラスから春夏秋冬季節を満喫していただくたり、季節の花が手に入ったときは飾るなど季節感を取り入れるよう工夫している。 | 広いリビングと居間(畳敷き)にはガラス窓から陽の光が差し込み、食堂のテーブルで利用者と職員が談笑しながら手作業をしていた。床暖房とエアコンで温度調節されているので厳寒期も夏の暑さの時期も快適に過している。リビングからテラスに出ると田園風景や二両編成の電車が走るのが見える。眺望が楽しいテラス前の落葉樹の木々は大きくなり今年の夏は調度良い日影を作ったようである。天井からは干支の馬(書初め)のヤジロペー、壁には鉄道唱歌風の貼り絵、利用者のスナップ写真などが掲げられ、利用者は寝る時間を除き皆で一緒にテレビを見たり、リハビリしたりして過ごしている。 | |
| 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 | 広いスペースにテーブル、こたつや気軽に寝ころべる場所やベランダにベンチを用意し気の合った仲間と過ごしたり、一人になりたいときは居室や離れたソファや畳や照テラスのベンチを使用し、自由におもいのままに一人になれるよう工夫している。また一人ひとりの居場所づくりのため入所時等に席を決めそれぞれの居場所を作り楽しい仲間づくりの工夫をしている。 | | |
| 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 | 居室には出来るだけ使い慣れた家具、生活用品、家族の写真、楽器など持ち込んでいただき、イベント時の写真などを飾り、本人が居心地よく過ごせるように工夫している。 | 居室にはベッドと押入れが取り付けられている。壁に細工があり二人部屋に切り替えられる居室も用意されている。利用者は自宅から使い慣れたタンスやテーブル、椅子、テレビなどを持ち込んでいる。仏壇や大正琴を持参した方もいる。家族写真と一緒に外出時のスナップ写真も一緒に飾り、馴染みの品々に囲まれていることで窓の外が自宅とは違っていても自分の居場所、安心できる場所となっている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 一人ひとりに居室に表札をつけ、トイレにもいくつかの目印や表札また夜間は電気をつけたままにしておくようにしたりできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。施設内でも歩行器やポータブルトイレ等を使い「今はできてない事」も出来る限り「できる」にかわるようように工夫し自立した生活を送れるように支援している | | |