

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 ぽ～れぽ～れ		
事業所名	民家型宅老所 ぽ～れぽ～れ松が枝		
所在地	長崎県長崎市松が枝町3番23号		
自己評価作成日	平成24年2月29日	評価結果市町村受理日	平成24年3月29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	株式会社 福祉サービス評価機構		
所在地	福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F		
訪問調査日	平成24年3月22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感じ出しています。そのねらいから、ハード面は取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。スタッフを含めた第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。地域の様々なイベントに、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。

【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)】

ホームの縁側にご利用者が座り、行き交う地域の方に話しかける姿も日常で、路面電車の音を聞きながら、のんびりと日向ぼっこを楽しまれている。ホームでは、ひのきの浴槽で朝の一番風呂に入られている方や、洗濯物をたたまれている方もおられ、ご本人のペースで毎日を過ごされている。“今できる事、潜在的にできるであろう事”に着目したケアが行われ、オムツを使用せず、最後までトイレやポータブルでの排泄支援が行われている。総括責任者は看護師・認知症ケア専門士でもあり、祖父母の終末期ケアも経験しており、主治医からの信頼も厚い。病院のPTとも連携を取り、リハビリにも取り組まれ、下肢の筋力がついてきた方もおられる。「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…」と言う総括責任者の思いを職員も共有し、ご利用者本位の生活支援が続けられている。ホームの1階では、見学に来られた家族の方が日々の悩みを話されている。長い時間、家族の思いを傾聴されているのはホームの代表であり、ほっとされた表情で帰られる方も多い。まさに代表の目指している“掛け込み寺(ホーム)”になってきており、今後も認知症専門事業所として、地域の中のコミュニティの場を作り続けていく予定である

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 (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
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	日々生活の中で常に基本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、その人にとってを追及するようになってきています。又それぞれの勤務時に皆で理念を唱和し、毎回気持ちを入れて実践へとつなげる努力をしています。	地域の方とのパイプ役になり、駆け込み寺的な役割を担われている。地域の一員として行事活動に関わり、地域の方からの相談も増えている。職員が外部研修を受講し、講義内容が、そのままホームで実践されている事に感動された職員もおられ、ご利用者のお気持ちを大切に、根拠あるケアが続けられている。	
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	交番がすぐ側へ移転した事で、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新たに築け始めています。	代表と総括責任者は地域活動に積極的に取り組まれ、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。	居宅のケアマネの方等に、今後も認知症専門事業所としての取り組みや成果等を伝えていく予定である。区民センターで月1～2回は地域の方向けの相談コーナーを作る予定であり、認知症の病気の方を支えていくコミュニティー作りをしていきたいと考えられている。
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、具体的に個別な対応とご本人に対する細やかな声かけを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	当事業所の認知度が低いので、もう少し専門職の方に、勉強会を行ったら等のアドバイスを受け、居宅介護支援事業所へ向けての勉強会を開催しました。	23年度は介護相談員の方にも参加頂けるようになり、地域の情報を頂いている。参加者からの意見で、地域包括と居宅介護支援事業所を訪問し、ホームの取り組みをお伝えする機会を作り、相談件数が徐々に増えてきている。ご利用者と担当者も参加しており、個々の家族にも年1回は参加下さるようお願いしている。	
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に取り組んでいる	定期的な運営推進会議に市町村の地域担当保健師がメンバーに入ってます。又、他事業である認知症通所介護等も通して、相談をさせてもらったり、受けつたりの良好な関係作りが出来ています。	市からの依頼で、介護相談員派遣事業の要請を毎年受けている。また、身元引受人もおられず、介護認定も受けていない方の緊急のご相談を頂き、引き受けさせて頂いた。代表が「虐待防止運営委員会」の委員として参加し、長崎市GH連絡協議会の理事として、介護保険課との意見交換会にも参加されている。	
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。	身体拘束排除宣言文書をサービス担当者会議の時にお渡しして、取り組み状況をお伝えしており、入院時につなぎ服だった方も退院後は普通の洋服で過ごして頂いている。散歩で迷われる方のために、派出所や地域の方へのお願い文書を作り、地域で見守り・連絡体制をして頂ける取り組みも行っている。	
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。又、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。又、必要な方にはそれらを活用出来るよう、お話しさせて頂いています。		
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	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、お話しさせて頂いております。		
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	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、運営推進会議や、ご面会の際に、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、ご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	運営推進会議もスタッフに必ず出席してもらい、司会等の役割を担ってもらっています。又、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て共通認識出来る場となっています。	毎週のカンファレンス時の意見交換も活発で、予定時間をオーバーする時もある。会議の時に、ご利用者が日々の暮らしへの提案を下さり、新人職員の指導もして下さっている。ご本人の心配な事を把握し、ご本人本位の解決策の検討が続けられており、運営者の方とも気軽に意見交換ができています。	
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おります。又、労働時間、勤務内容、希望する勉強内容等、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、職員にもどのような事を勉強して行きたいか、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
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	現在の御本人様の有り様を把握する為に2名のスタッフをまず担当にし、マンツーマンでの対応を出来るように配置。センター方式のシート(D-4焦点情報24時間生活変化シート)を密着で、3～4日程(夜勤者とも共同)記載しご家族にも写しをお渡ししております。		
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こと要望等に耳を傾け、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	どういった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、築く努力をしています。		
19		○本人と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、ご家族が大切に想ってる事などをお伝えしたり、ご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。		
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、頑張ってたっしやった姿をご存じの方々から、声を掛けてもらえるので、積極的にお連れしてます。	ご利用者が孤独感を感じないように、できるだけ顔馴染みの方との交流を保てるようにしている。近くがご実家だったという事がわかり、幼稚園とご実家のあった場所にお連れして、昔のお話を伺う事ができた。年末には職員を配置し、お墓参りにお連れすることもできた。	
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、居室にお連れして、行き来できる様に支援しています。		

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	当事業所の認知ディを利用していってくださった方が、ご自宅で転倒し骨折、手術前よりご家族からご相談を受け、手術後、入居でお預かりし、在宅支援の方向で、専門的リハビリも継続しながら、生活リハビリの徹底により、骨折後4カ月で在宅への復帰を支援させて頂きました。		
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。	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。年々、ご利用者の思いを把握できるようになり、“私の気持ちシート”の記録も確実に増えている。楽しい事や嫌な事を観察力で見極めながら、記録に残す事も“当たり前”になっており、個人情報ファイルも活用し、日々情報を更新している。	「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	ご本人やご家族、ご面会者の方々から、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ージャー等より、利用経過を情報収集し、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、必要な関係者と連携が図れ、現状に即した介護計画作成に取り組む事が出来ています。	チーム担当制でアセスメントと計画作成を行い、総括(ケアマネ)の方が助言しながら、全職員で話し合っている。ご本人の力を見極め、できる部分を増やしており、本が好きの方を地域の図書館にお連れする計画も作られた。“補聴器の電池を確認する”などの細やかな支援もあり、ご本人への声かけも具体的にセルフで明記している。	
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	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「介護記録研修」に行ったスタッフからの提案で、記録委員会を立ち上げ、その2名のスタッフと共に、勧めて行ってます。		
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てみました。このように、ご本人やご家族の状況に合わせた柔軟な提案や支援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
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	交番が町内に引っ越ししてきたので、ご入居者様と一緒に良く挨拶に行きます。又、老人会の毎月の会合の場所として、提供し、カラオケも楽しんでもらっています。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いる。往診の時も色々な意見交換が行われ、服薬相談も行われている。職員が通院介助し、記録も丁寧に残し、家族との受診結果の共有もできている。病院のPTとも連携を取り、通院リハビリと共に、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、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	早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し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。	23年は4人の看取りケアをさせて頂いた。『長崎在宅Dr. ネット』の信頼できる医師に24時間相談でき、往診も行われている。終末期へのご本人の意向を大切にしており、看護職が4名勤務し、介護職との連携も行いながら、ホームでの看取り支援が行われている。最期は眠るように安らかな表情で、家族や他のご利用者も一緒にお見送りする事ができた方もおられる。	
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4年前より年に1回一般救命講習を、長崎市消防署松ヶ枝出張所救急隊に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、一次避難場所・二次避難場所・最終避難場所を確認してます。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→松ヶ枝公園、最終→第13分団となりました。	年2回、ご利用者、消防署員と一緒に昼夜想定避難誘導訓練が行われ、年に3回、自主避難訓練を行っている。大村GH火災を教訓に、地域の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、トット食品や水、毛布等の布団類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
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。	代表と総括責任者等は、ご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・・・」という言葉を職員に伝えている。看取りケアも経験し、職員は多くの学びを頂いた。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い関わりを続けており、先輩職員の姿勢を新人職員も学ばれている。	
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	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、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に支援しています。		
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、そのお店の方と連携を取り、御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、再発見して行く事で、楽しんで下さっています。	手作りおやつは卵を割る事からして頂いており、もやしの根きりや配下膳、食器拭き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、ご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。		
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。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、夜間のみリハビリパンツへなど、実践しています。	オムツの使用はしていない。最後までトイレやホータブルで排泄されており、日々の観察を行い、夜間睡眠時はリハビリパンツでも、日中は布パンツを使用するなど、尿意を保てるように努めている。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、就寝前のココア摂取はもちろん、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、毎日入浴出来る様にしています。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。	気持ちの良い入浴を大切にしており、その日の職員の中で、どの職員が誘導すると気持ち良く入浴できるか、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考えている。ひのきの浴槽でゆっくりと入浴され、朝の一番風呂に入られる方や職員とゆっくり会話をされる方もおられ、季節に応じて菖蒲湯も楽しまれている。	
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	お昼寝や夜、人の気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られない方には、湯たんぽを使用したりと個々の状況を把握してい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二名を中心に、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)緩和ケアの麻薬についても主治医からと、特に重要な薬に関して理解を深めるよう努めています。		
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	日常生活では、出来る事出来ない事だけでなく、好む事・好まない事にも着目し、又役割も楽しくされているかが重要と考えてます。自由な行動も支援し個人情報ファイルを活かした感情面の支援を意識しています。		
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	いつでも自由に外に出掛けられる様に、ハード面でも配慮しています。実際に何度も散歩に出られる方もおられます。ご本人専用のおやつ、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、地域の方と会話をされたり、散歩や買い物に出かけている。桜や秋桜の花見、平和祈念式典、若宮稲荷神社の竹ん芸、QueenMary2などの客船の入港見学等、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。回転寿司を食べに行かれたり、ご実家の近くや自宅、美容院など、要望に沿った個別の外出も行われている。	

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けられる環境にあります。年賀はがきを準備させて頂いて、やりとりをされる方もいらっしゃいました。書く事が難しい方は、電話でお礼を言ってもらったりと代替案を用意しています。		
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50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、お風呂は個室で1対1の対応を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、ご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、生活話を話して下さっている。体調変化に応じて、転倒予防のために藤椅子を全て無くし、座椅子に変更するなど、安定して立ち上がりができる環境が作られた。温湿度はチェック表で管理し、換気も時間毎に行われ、築50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、工夫をしています。		
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。	民家のお部屋をそのまま利用している。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た方や、毛布等の使い慣れた物を持参されており、布団を敷く向きの希望もご本人に確認している。23年には、各部屋にスプリンクラー(粉式)が設置された。	
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。トイレに、行きは四つ這い(間に合わないの)で行かれる方に、帰りに杖をお持ちし、歩行して頂いたり工夫しています。		

事業所名: 民家型宅老所 ぽ～れぽ～れ松が枝

作成日: 平成 24 年 3 月 28 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	2	地域の方が駆け込みで認知症の事を気軽に相談できる場を作りたい。	定期的な相談コーナーの開設	月に1～2回程度、大浦地区区民センターにおいて、地域の方向けの相談コーナーの開設	12 ヶ月
2	2	居宅のケアマネージャーに認知症専門事業所としての取り組み等の情報が不足している。	居宅のケアマネージャーの方々と協力、連携作り	毎月、地域包括支援センターや、地域の居宅介護支援事業所に顔を出し、取り組みや成果、認知症の最新情報などの、情報を発信していく。	12 ヶ月
3	9	1対1のケア場面以外でも、ご利用者とゆっくり、少し余裕を持って、接する事が出来る時間が欲しい。	“目配り 気配り 心配り”の更なる実現	①スタッフが“3つの配り”を余裕を持って出来るように、業務改善委員会で検討を重ねる。 ②ご本人の表情や、言葉を拾い出し、記録に残す。 ③2～3名のケア施行後、記録に戻る。	12 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月