

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 | 2071700237 | | |
| 法人名 | 社会医療法人 恵仁会 | | |
| 事業所名 | シルバーハウス塚原 | | |
| 所在地 | 長野県佐久市塚原2228-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年1月25日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年4月20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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部 | | |
| 所在地 | 長野県松本市巾上13-6 | | |
| 訪問調査日 | 平成24年2月8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)】

運営推進会議の定期開催や、介護福祉士やヘルパー2級の実習生の受け入れ等を以前よりも積極的に行うことで、外部との繋がりも増えてきている。また、佐久圏域内のGHとも緩やかな連携も継続できている。運営推進会議においては、現場での問題点や工夫していることを直接、行政・包括・近所住民にお伝えでき、より、GHについて理解を深めていただける機会になっているので、委員の負担も考慮しながら、継続できることを第一に緩やかに進めている。また、入居されている方が、その時の状態に応じて、もっとも安心できる場所で生活が送れるよう、母体施設や専門医と連携を図りながら、「GHで最期まで」にはこだわらず、「その方に必要なサービスが適切に受けられ、安心できる環境で生活が送れる」事を第一に支援しています。

【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)】

事業所周辺に地域住民や住居が少ないという立地条件の中、数軒の住民と親しい付き合いをし、運営推進会議の委員になって頂き、利用者が地域の一員となり、利用者にとって事業所が安らぎのある生活の場となるよう取り組んでいる。これまで暮らしてきた当たり前の日々が、この事業所でも実現出来るよう食事・入浴・排せつの三大介護を中心にして、利用者の思いや望み、体調などに配慮しながら、支援することを心掛けている。開所してから13年を経過して、それまでの経験を踏まえて介護することも多いが、その経験にとらわれることなく、今、目の前にいる利用者の姿を正しく捉えるよう努めると共に新たな知識を積極的に受け入れる姿勢を持っている。利用者や家族の思いの把握、馴染みの人や場との関係作り、介護計画作り、終末期の対応など、利用者や家族にとって一番幸せで、居心地が良く、寛げる空間は、どんな場所でも、どんな時間なのかを真摯に考え実現しようと取り組んでいる。管理者、職員同士の良好なコミュニケーションを土台にし、隣接する老健等との有機的な繋がりを得て、利用者の「今」を支え続けている。

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

| ユニット名() | | 項目 | | 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 ↓該当する項目に○印 | 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 (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、活き活きと働いている (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、安心して暮らせている (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

[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 | 「やすらぎのある生活の場」という点で、入居者の「生活」を支えるという認識は共有している。また、「地域の皆様の為に」という点では運営推進会議を足がかりに、徐々に繋がりもできてきていると思う。 | 「地域の一人として安らぎのある生活の場」となるよう取り組むことを理念とし、玄関入口に誰にでもわかるよう掲げられている。当初の理念から職員で話し合っ、現状にあった理念に作り変え、申し送りなどを通じて理念の共有化や実践に結び付ける継続的取り組みを行っている。 | |
| 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 | 地区の行事への参加の機会はまだ無いが、ご近所の方のご挨拶やお付き合い、また事業所主催の夏祭りなどにご参加いただきながら、交流は日常的に行っている。 | 事業所周辺の住民や地区での行事は少なく、自治区の住民と親しくふれあう機会は少ない。しかし、数軒の隣近所の住民との交流は普段の暮らしの中で挨拶したり、お裾分けを頂いたり、時には立ち寄ってもらったりと親しい近所付き合いをしている。同経営の隣接する老健での行事に参加する折、地域の方との交流の機会もあり、職場体験や実習生の受け入れも積極的にいい地域で必要とされる役割も担っている。 | |
| 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 | 今年度ではないが、事業部の公開講座で認知症の勉強会を開催したりしている。 | | |
| 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、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 地域の皆様に参加いただいた結果、ご近所付き合いがより親密になり、忌憚りの無い意見を伺えるようになってきていると感じている。行政の方に直接報告できることで、サービスの質についても意識付けが出来ているように思う。 | 隣近所の方、行政、家族の参加の下、法人主催の第三者委員会も含めて年6回開催され、和やかな雰囲気の中で、積極的な意見交換が行われている。委員の方が参加し易い曜日や時間への配慮をしながら、現状報告や外部評価、事業所の課題など透明性のある課題が提出され、委員の事業所理解に繋がっている。 | |
| 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取り組んでいる | 入退居・事故報告を行っていることに加え、運営推進会議において、事業所の取り組みや実情を報告している。 | 運営推進会議を通じて、現場を理解して頂くと共に、事故等の事業所の現状をありのままに伝え、事業運営の疑問点について相談を持ちかけるなど、行政との協力関係を築く努力をしている。市の行うべき実地検査の頻度は少ないが、介護相談員派遣事業の受け入れは行っており、今後は相談員との相互協力関係をより積極的に行うことも模索中である。 | |

| 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 |
| 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 | 緊急やむをえない場合以外は、日中玄関には施錠はしていない。身体拘束もおこなっていない。また、法人主催の学習会にも参加している。 | 法人主催の人権擁護に関する学習会を毎年1回行い、抑圧感のない暮らしの支援について職員の理解を得ている。鍵を掛けないことによるリスクは、見守りや連携プレー、時には付き添い、近所の方の見守りを通じて軽減を図ると共に家族にも事業所の取り組みを十分に説明している。 | |
| 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 | 法律について直接学ぶ機会はありませんでしたが、虐待防止の意識はある。そのためなるべく外部の人の受け入れをおこなっている。 | | |
| 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 | 実際活用する必要はなく支援した経験は無いが、できるよう勉強はしている。 | | |
| 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 | 解約時は十分な説明を行い記録にも残している。また、利用料金改定時には文書にて説明をおこなうようにしている。 | | |
| 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 | 秋の家族会の時に日頃の利用者の様子をビデオで説明し、その上でご家族のご意見などを伺える機会を設けた。 | 面会時・電話・年2回行われる家族会(家族同士の話し合い含む)の折に、利用者の現状を正確に伝えると共に利用者や家族の思いや意見を聞いている。意見等は日々のミーティングや運営会議で話し合い対応しているが、緊急の場合は管理者・担当で検討し速やかに対処している。利用者や家族の思いや意見を大切にできるケアを心掛けている。 | |
| 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 | 月1度の事業所の運営会議などで、発言できる機会を設けている。実際反映もしている。 | 月1回の運営会議、年2回の目標面談、年1回の労働条件の意見聴取と職員の意見や情報を受け入れるシステムが構築されている。職員の異動も少なく馴染みの関係作りへの配慮もあり、管理者、職員同士のコミュニケーションも良好である。 | |

| 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 |
| 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 | 年間2回の目標面談を通して、向上心ややりがいを持って働けるよう支援できるよう努めている。 | | |
| 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 | 法人内の学習会に参加できるように機会は確保している。外部研修も必要に応じて受講している。管理者がおこなっている。 | | |
| 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 | 佐久圏域内のGH11箇所と協働して、勉強会の開催をしたり相互訪問などの取り組みをおこなっている。 | | |
| 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 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 | 入居前にショートや体験利用をして頂いたり、入居直後も、その人を中心に他入居者と関わられる機会を重点的に持つよう意識して取り組んでいる。 | | |
| 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 | 上記のような取り組みをする中で、家族とも関係を持つ努力をしている。関係を深めるのは、入居後の重点課題と考えている。 | | |
| 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 | 上記の取り組みが可能であれば、直接その方と関わられるので、その中で他サービスが適切か、GHが適切かは本人中心の視点で意見を述べている。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護する側・される側という視点よりも、暮らしを共に支えながら送る仲間という意識を強く持っている。 | | |
| 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 | ご家族と話をする際は、ご家族のできることを、無理のない範囲内でよいので、私たちと一緒に、お年寄りを支えて欲しいと伝えている。 | | |
| 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 | ご家族にも協力を頂きながら、そのような支援に努めている。 | 利用者の地域社会との関係継続は事業所が具体的に何処まで実現出来るのかの相互理解が成立しないと困難が多いが、外出する際の事業所の車の借用や職員の付き添い支援ができること、事業所に自由に訪問しても良いことなどを、知ることによって、これまでの関係が継続出来たり、事業所としても把握が出来るようになった。ただ、把握が出来て、支援を模索しても重度化により、実現が難しいケースもあることを伺った。 | |
| 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 | 利用者さん同士の関係も良好になれるよう、意識して支援している。 | | |
| 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 | 長年関係を築いてきた家族にとっては、GHスタッフの方が相談しやすいということもあるはず。必要に応じて相談にものっている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | なるべく本人の想いを汲み取れるように、関係作りに努めている。 | 言葉や表情、日々の様子や反応を観察する中から1人ひとりの思いや希望を把握している。衣装や小物をもとに、どんな思いがあるのか家族に聞いたり、家族の思いだけで衣類等を決めないで、利用者と一緒に買い物に行って決めるなど利用者の意向に沿った生活が実現出来るよう取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 生活歴は本人を知る為に重要なものと考えている。今までの経緯の把握に日々努めている。 | | |
| 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 | 把握はできているが、全体的に重度化が進み、それを発揮できる機会をつくる事が、難しくなってきた状態にある。 | | |
| 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 | それぞれの入居者さんに担当があり、そこに情報は集まった上でカンファレンスをし、計画作成している。 | 包括的自立支援プログラムを土台に、面会時や電話で家族からの情報を得て、利用者の担当を中心に介護計画を立案している。毎日のショートカンファレンス、月1回実施状況の把握を行い、心身の変化に応じた臨機応変の見直しをすると共に、6か月に1度介護計画の見直しを行っている。介護記録は、プランに実施状況・生活記録・訪問看護師の記録等が網羅され、分かり易く計画の評価、見直しに繋がっている。家族には面会の折に計画の説明をし意見等を聞くと共に了解を取っている。 | |
| 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 | ケアプランの評価と、日中・夜間の様子の記録を中心に記入し、情報の共有もできている。 | | |
| 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 | 入居を開始又は検討している方に対して、ショートや体験利用等を実施しながらニーズに合ったサービス提供もおこなっている。医師等から専門的アドバイスをもらい、サービスに反映している。 | | |
| 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 | 全体的に重度化しており、支援が十分にできない状態にある。 | | |

| 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 |
| 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 | 主治医や専門医に適切に受診できるよう、また希望の入院機関にて治療が受けられるよう支援している。 | 利用者や家族の希望により事業所の協力医がかかりつけ医となり、月2回の往診を受けており、医師に家族の思いを伝えると共に変化があれば家族に伝えるなど情報の共有化が行われている。医療連携体制があり、週2回看護師の協力を得ることができ、健康管理面での安心を得ている。精神・歯科等の専門医は利用者ごとに違うが、家族の付き添いを原則とし、状態説明などのため職員が同行している。 | |
| 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 | 契約している、訪問看護ステーションの看護師と必要に応じて連絡・相談を行い、必要な看護等が受けられるよう支援している。 | | |
| 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。 | 安心して治療が受けられるよう、病院とも情報交換は密におこなっているし、家族とも連絡をとりながら不安の解消に努めている。 | | |
| 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 | 必要に応じて家族へ管理者から説明をおこなっている。記録にも残している。必要に応じて担当ケアマネとも話し合いを持っている。運営推進会議で話をしていいる。 | 重度化や終末期対応の指針があり入居時に十分な説明をして対応への共有化を図っている。説明を受けても、終末期対応は時の経過により忘れがちになるが、利用者にとってふさわしい具体的なあり方については、状況変化に応じて都度話し合いを持って、利用者や家族の思いにそえるよう努めている。重度化についても利用者が安心して生活できる場やケアの提供を重視して他のサービス提供事業所も視野に入れて検討する姿勢を持っている。 | |
| 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 | 法人の勉強会には参加できるように、機会を作っている。リスクマネジメントについても行っている。 | | |
| 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 | 災害時を想定した、避難方法などの確認を訓練時以外にもするようにしている。近所の方にも、避難経路などを説明している。 | 屋間想定訓練(通報・避難誘導・消火)を消防署立会いの下、全職員参加で行い、本年3月に夜間想定訓練を計画している。地域住民・消防団・隣接事業所・警備保障会社の協力を得られる体制になっている。災害時の食料備蓄は隣接事業所の協力を得ている。何時でも災害対応ができるよう、随時又夜勤前に対応シミュレーションを行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 入居期間が長くなり、関係が出来てきてくると少し慣れてきた部分もあり、言葉使いも馴れ合いになりつつある。単なる敬語ではなく、利用者心理やTPOを意識した言葉使いをしていきたい。 | 年1回の権利擁護の学習会、年3回程の認知症研修、個別研修の報告会などを行い、人格の尊重や尊厳の保持の認識の共有化は出来ている。言動のチェックは責任者が現場で注意を促し、場合によっては運営会議に提案し改善に向けての取り組みをしている。利用者の書類は鍵の掛かる保管庫に収納し、記録はコンピューター処理で他者に見られない配慮をしている。 | |
| 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 | 時には本人が話しやすい職員が接したりしながら、本人が話しやすい環境作りもしている。 | | |
| 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 | 日常は本人のペースに合わせた食事時間、休息の時間、起床・就寝時間を可能な限り優先している。 | | |
| 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 | 外出時の服装や、お化粧、パーマなど、なるべくその人らしさが保てるよう、把握し、支援している。 | | |
| 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 | 食事形態が複雑になり、入居者さんに活躍して頂ける場面が減ってしまっている。洗い物などのお願いできる場面は、毎日お願いしている。 | 利用者の力量に応じて下準備・配膳・片付けを職員と一緒にいき、これまで暮らしてきた食事風景に近い日々となっている。テーブルの位置やクロスを変えたり、匂いの物、お裾分けで頂いた物等も取り入れて、季節感や変化を楽しむ食事となる工夫も行い、職員も同じテーブルを囲んで会話を楽しみながらの食事となっている。献立は職員が作成し、月1回隣接事業所の栄養士のチェックを受けている。 | |
| 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 | 栄養補助食品や水分ゼリーを活用し、無理なく摂取できるよう支援すると共に、量のチェックも毎日おこなっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 毎食後、必ず口腔ケアを実施できている。必要に応じて、歯科衛生士によるチェックと指導を受けている。 | | |
| 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 | 自立に向けての取り組みは不十分かもしれないが、トイレでの排泄が継続できるように支援している。本人のペースになるべく合わせてトイレへの誘導もおこなっている。 | 一部介助を必要とするが、概ね自立している利用者が半数近くいる。トイレを使つての排泄を介護の基本とし、尿取りパットやリハビリパンツを使いながら排泄記録に基づいたパターンに沿って誘導や声掛けをしている。羞恥心や不安への配慮のため、事前誘導や食事前の声掛けなどを行っている。 | |
| 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 | 便秘の及ぼす影響は、経験からも十分理解できている。下剤では無く、自然排便が促せるように水分量や摂取するものにも意識をしている。なるべく運動も取り入れている。 | | |
| 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、個々にそつた支援をしている | 入浴のタイミングは職員の都合優先の事が多いが、一番風呂にこだわる方、ゆっくり入りたい方の希望などがかなうよう支援している。 | 特別な日を除き、ほぼ毎日入浴出来るようになっており、平均して1人週2回、1日3~4人が入浴している。入浴間隔を考慮して声掛けをし、利用者の希望・体調・気分に合わせて入浴日を決め、気持ち良く入浴出来るような支援をしている。重度者には職員二人で、入浴拒否者には言葉掛けの工夫で、長湯や一番風呂好きなどの希望の受け入れなど個別支援の入浴が行われている。 | |
| 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 | その時々体調や心理を把握し、休めるように支援している。また、夜間施錠して休みたい方(本人の希望)には、施錠できるようになっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 向精神薬等の副作用によっては転倒などのリスクが高くなるものについては、十分に注意し、量の調整も医師にお願いしている。他の薬についても職員が処方箋と薬の照らし合わせをすることで、効果等を理解するようにしている。 | | |
| 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 | 役割はそれぞれにある。仕事の役割、そこに居てくれるだけで、みんなにとって安心をあたえてくれる存在(役割?)の人。それぞれがここにいる意味が感じられるような人間関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 全体的に重度化しており、支援が十分にできない状況になっているが、職員だけで支えきれない場合などを中心に家族にも協力を求めながら、家族にも一緒に支えているという意識を持ってもらえるようにと、考え、取り組んでいる。また、家族会などでも呼びかけをしている。 | 重度化傾向もあり日常的な散歩外出は充分には出来ないが、玄関先やウッドデッキを活用して、気分転換や五感の刺激として戸外に出る機会が多くなるよう努めている。個人の希望に応じてのドライブは臨機応変に行っている。畑を耕す、布団干し、日常の買い物同行、家族の協力依頼など戸外に少しでも多く出られる工夫を重ねている。 | |
| 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 | 自分で管理している方が1名いる。支払いも自分ですし、困っているときには手助けしている。進行していく過程で、全ての時期でお金を自分で持つことが大切とは思わないが、大切な時期は持てるよう支援している。 | | |
| 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 | その支援が必要な方がいれば、電話をかけたりにしてもらえるよう、事務所の電話をご利用いただいたりして支援している。 | | |
| 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 | 刺激があった方が望ましいときと、望ましくないときの区別を意識してつけている。(休む時間、活動する時間の、ON/OFF) | 玄関には鉢植えの花、居間兼食堂に節分の鬼の貼り絵、家族会や行事の思い出写真が飾ってある。居間兼食堂の掃き出し窓からはウッドデッキ・桜の木・各種の野鳥・隣家の果樹園・遠方に山並が眺められ、移りゆく季節も感じられ、採光も良く、明るく過ごしやすい雰囲気を漂わせている。利用者が立ち上がり易いソファを配置した畳の間でゲームをしたり、寛いだりして違和感なく良い笑顔で過ごしている。台所は電磁調理器で整理整頓も行き届き、トイレも十分な広さがあった。 | |

| 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 |
| 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 | 入居者さんのADLや性格などに応じて、家具類の配置換えなどをしたり、誘導時に配慮をしたりと工夫をしている。 | | |
| 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 | 居室は意外とシンプルだが、利用者のADLに合わせてレイアウトをしたり、個々に使いやすいように工夫している。 | 居室はベッドと頭床台以外は利用者の希望する物が配置されている。以前、多くの馴染みの物を持ってきた利用者もいたが、「自分の家ではない」という思いが強く、持ち帰ったケースがあることを伺った。個々の利用者が居室で気持ち良く、落ち着いて過ごしていくには何が 필요한のか話し合いながら居室作りを行っている。 | |
| 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 | トイレの表示、居室の表札などを分かりやすく表示している。 | | |

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】 | | | | | |
|----------|------|--|--|--|------------|
| 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 | 災害発生時、離設等の緊急時における、初期の判断や応援要請が当事者(特に夜間は1人のスタッフ)の判断に委ねられてしまい、その結果(リスク)が大きく左右される。 | 災害発生時、緊急時の応援体制の充実。少しでも早く、周囲への協力を要請し、対応に当たる人員を確保する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・連絡網の見直しを行う →役職等関係なく、迅速に人員を確保できる連絡網を作成する ・実際に連絡後、事業所到着にかかる所要時間を確認と、確実な連絡方法を再確認し、意識付けを行う | 6ヶ月 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。
目標達成計画