

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 | 2570100509 | | |
| 法人名 | 医療法人湖青会 | | |
| 事業所名 | 高齢者グループホーム南志賀の里 1Fユニット | | |
| 所在地 | 滋賀県大津市南志賀三丁目1-18 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年1月15日 | 評価結果市町村受理日 | 平成27年3月23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 | NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター | | |
| 所在地 | 滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年3月12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)】

医療法人の運営するグループホームとして医師、訪問看護ステーション等と緊密に連携を取り、家族とのつながりを大切に、安心できる体制での「看取り」に取り組んできました。一方、併設する認知症対応型のデイサービスを活用し、在宅から支える「切れ目のない支援」にも対応できることを目指しています。地域ボランティアグループとは平成13年より交流しており、地域行事への参加や外出支援で協力していただいています。又、地域の学生の就労体験や幼稚園児の高齢者との交流の場としてホームを提供することで、認知症の人を理解し、支援していく地域での拠点になるよう努めていきたいと考えています。

【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)】

田畑の向こうに比叡山を仰ぎ見る地で、交通の便が良く住宅地にも近い環境に建つ事業所である。医療法人が母体であり、家族が医療について事業所に信頼を寄せている。母体が運営する多くの事業所が相互に学習し啓発し合ってサービスの向上に努めている。地域ボランティアの頻繁で広範囲の支援や地域の子ども達を招待してのひな祭りや芋煮会等で地域と交流している。重度化、看取りの方針は入居時など早期に家族に説明し納得してもらい、要対応時には家族、医師と都度相談し対応している。職員は家族の納得と安堵感の基での看取りを経験し、その看取りでの努力と経験が管理者・職員の自信となっている。清潔に保たれた居間や居室で、又併設デイサービスに出かけて、入居者は職員に見守られ、我が家で暮らしているようにゆったりと夫々のペースで過ごしている。

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

| 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 | 「ゆっくりと 一緒にたのしく いきいきと」の理念を掲げ、個々のペースを大切に、その人らしく生きていくことの支援の大切さを共有するべく、全体会議やユニットごとのカンファレンス等で話しあっている。 | 法人の理念を受けて事業所独自の理念を玄関に掲げ、機会ある毎に職員間で話し合い認識を深めて、日頃のサービスの原点とし支援に活かしている。家族や地域住民に事業所たより、地域の作品展で明示して広報している。 | |
| 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 | 町内会に加入。地域での祭りや地蔵盆、公民館の行事にも参加している。地域のボランティアグループとも開設以来交流を継続、地元の特別支援学校には年間を通じて就労体験や高齢者との交流の場を提供している。 | 地域ボランティア、保育所園児との交流を深め、認知症に関する相談や見学を受け入れている。自治会に加入してその催しに出品などしているが、地域自治会など組織的な交流と連携は未だ途上にある。 | 相互交流による地域(自治会など)との組織的連携を更に深めて欲しい。 |
| 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 | 利用者以外の地域の方の相談は、気軽に受付、関係機関を紹介したり、連携をとり支援するようにしている。学生や幼稚園児にも、認知症の人に対する理解が深められる機会を提供している。 | | |
| 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 | 運営推進会議の委員は、年間2回程度の出席をご家族の皆様へ依頼し、幅広いご意見やご提案をいただいている。事故報告や感染症に対する情報も提供し、改善に向けて話し合う場を持つようにしている。 | 行政を含むメンバーが出席し隔月開催している。様々な内容で開催され議事録の回覧で職員が内容を共有し支援に活かしている。家族の出席を増やすためアンケートの実施、家族の都合に合すなどに努めている。 | |
| 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 | 体制や運営についての疑問点は、担当課に確認するようにしている。利用者や、他の相談者の情報についても、必要に応じて相談、連携をとるようにしている。市主催の研修等には積極的に参加するようにしている | 地域包括支援センター、市とは内容などによって夫々に相談や助言を受けるなどしている。認知症関係の住民相談など近隣の窓口と行政への橋渡し役を行っている。 | |
| 6 | (5) | ○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 | 身体拘束については、入居時に家族に説明し、理解をえている。玄関での人の出入りについては、他ユニットとも連携し、夜間以外は解錠している。安全に見守り対応するため、夜間にセンサーマットの使用をすることがある。 | 外部研修に参加し内部研修を実施して理解を深めて、サービスに活かしている。昼夜別徘徊対応マニュアルを備え、大津市の徘徊SOSシステムに参加している。緊急性・切迫性・安全性からのやむを得ずの施錠は、決して常態にならない事を厳守している。 | |
| 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 | 全体会議で研修し、虐待について考え、自分たちのケアを振り返る機会を設けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 全体会議で研修。成年後見制度の利用者については不利益のないよう、後見人との連携や情報提供を行っている。個々の事情で、制度の利用が必要と思われる方には提案している。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 入居申し込み時に、納得して申し込みをしていただけるように見学を進めている。契約の前に重要事項説明書にて丁寧に説明、改定の際にも来所いただいた上で内容や疑問点について誠実に説明するようにしている。 | | |
| 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 | 契約時には、気軽に相談やご提案を頂けるように伝えとともに、苦情受付窓口や、公的機関の紹介をしている。運営推進会議や面会時に具体的な意見をいただいた時は、職員全体で共有し、検討するようにしている。 | 家族訪問時には日頃の様子を伝達するとともに、敬老の日などに参加する家族からも意見・要望を聴いている。運営推進会議への家族の出席を増やす工夫をし、その際に意見や要望を聞き検討し対応している。 | |
| 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 | 全体会議や個人面談、日常の会話の中で、職員の意見を聞き、代表者にも伝えるようにしている。 | 職員は管理者に気軽に相談や提案をし、月1回のユニット会議で提案などを検討し、法人全体会議でそれを検討し決定して法人全体で共有しサービスに活かしている。外出の企画立案は職員が主に担当し実践している。 | |
| 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 | 代表者は、職場を直接訪問する機会が、月に数回あり、職場の雰囲気や実情を把握するようにしている。定期昇給や、休憩時間の確保、永年勤続表彰等、待遇や環境の改善に努めている。 | | |
| 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 | 法人として、介護職員初任者研修事業を行い、未経験の職員の教育を統括して行うシステムを構築している。認知症介護実践者研修等の受講も支援、現場で指導できる人材育成もすすめている。 | | |
| 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 | 法人内の全体研修を通じて、他部署の実情や、スキルを交換する場を設けている。又淡海グループホーム協議会に所属し、情報交換や交流の場を持っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 信頼関係を作るため小さな事柄にも耳を傾けにコミュニケーションを取るようになっている。特に初期にはゆっくりと時間をかけ、ホームが落ち着ける場所として少しずつ受け入れてもらえるよう努めている。 | | |
| 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 | 問い合わせや見学の段階からご家族の不安や心配ごと等聞くようになっている。面会時には様子を伝え、ささいな事でも相談してもらえるような関係が気付けるよう努めている。 | | |
| 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 | 入所時には、認知症専門医の受診の継続や担当ケアマネージャーとの連携、在宅サービス事業所との情報交換を行い、出来るだけ本人の負担の少ない方法を協議し、個々に具体的な支援方法を考えている。 | | |
| 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 | 職員は介護をする側、される側という関係になりがちな事を自覚し、家事を頼んだり、日常の相談事をするなどお互いを認め合い尊重できる関係を築いていくことを大切にしている。 | | |
| 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 | 入所しても、外出したり、部屋を訪ねたり自由に交流できること、様々な場面でのご家族との交流が、入居者の精神的な安定につながることを伝え、必要な時はその環境を整えるようになっている。 | | |
| 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 | 面会や電話、手紙を送ったり、外出先を相談して決める等、地域や人との関係が継続できるように支援するよう努めている。 | 馴染みの床屋での世間話のやり取り、家族との墓参り等の継続と、訪問者などとの新しい馴染みを作ることに心掛けている。重介護度の入居者をできるだけベッドごと居間に居てもらい、全員が関心を持ち合う関係を作っている。 | |
| 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 | 病状等でトラブルが考えられたり、又は、良い関係の継続に配慮し座席を工夫している。交流が困難な方も職員が間に入り孤立しないようになっている。自然な流れの中で、他者を心配したり思いやるような声かけの場面も見られる。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所先を訪ねたり、必要な情報を提供するようにしている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 入所時に、生活歴や好きなもの、嫌いなもの等聞くようにしている。「自分はどうしたいと思っているか」を聞いたり、うまく伝えられない方の場合は日頃の言動から推し量るようにしている。 | 家族との信頼関係を築きその家族からの声を聴くとともに、真摯に真正面から向き合って寄り添うことの積み重ねが、入居者の言葉にできない本意に至り得るとの思いで接している。得られた本意を共有し支援に活かしている。 | 真摯に、真正面から向き合うという当たり前の心構えと姿勢を、伝統として伝えていって欲しい。 |
| 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 | 入所時に記入してもらったフェイスシートを事前に職員間で共有し、それを踏まえ、新しい場所での居場所作りにいかせるようにしている。 | | |
| 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 | 細かいことでも気づいたことを記録し現状の把握に努めている。担当者は週ごとモニタリングし、会議で職員間で確認、情報交換している。 | | |
| 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 | モニタリングは、担当者ごとに行い、計画作成担当者がまとめて課題を抽出、ユニット会議にて介護計画の確認、変更を行っている。家族の意向や医療関係者等の意見も取り入れて計画を作成している。 | 生活記録、毎月のカンファレンスを基に見直し、変化がなくとも、3か月ごとに介護計画を作成している。急変時の見直しとも、家族に説明し同意を得ている。 | |
| 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 | 個別の記録は、項目別に介護計画も記載し、現状を把握し、見直ししやすいように工夫している。細かい日々の実践は、申し送りノートを活用し、共有するようにしている。 | | |
| 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 | 支援はワンパターンにならないように、個々の状況やニーズに合わせて対応している。併設するデイサービスとも連携し、行事やレク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 |
| 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 | 地域のボランティアや民生委と、消防団と連携し、地域行事にでかけたり、避難訓練、運営推進会議への参加等の支援を受けている。 | | |
| 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、納得が得られたか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 | 入所時には、希望があれば、かかりつけ医の受診が継続できることを伝えている。法人医専門外の、認知症専門医、眼科、歯科等の受診は、主治医と連携しながら適切な受診が出来るよう支援している。 | 家族の要望で法人の医師が主治医になり、月に2回の主治医の診察を受け、看護師の週1回の訪問看護を受けている。専門医(認知症など)や従前の受診はそのまま継続し、家族と同行支援している。結果は家族と共有している。 | |
| 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 | 訪問看護ステーションは、同法人であり、緊密に連携がとれている。緊急時や看取りの場面でも必要な情報や提案を受け、チームで対応している。 | | |
| 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。 | 入院時には、本人の状況がわかる職員が同行し、情報提供を行っている。病院側より早期の退院を勧められた時は、カンファレンスに同席し、切れ目のない支援ができるよう連携している。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入所時には重度化した場合の指針を説明し同意を得ている。家族にも、病状や体調の説明を行い、希望を聞くようにしている。主治医より終末期にあることの説明、ホームで出来る対応等丁寧に説明し、家族や本人の意向を尊重して話し合いを進め、チームでの看取りに取り組んでいる。 | 重度化・看取りの方針について入居時に説明し同意と承認を得ている。看取り時、家族にあらためて説明し相談し、同意と承認を得て協力して看取りを実践している。家族の安堵と満足の得られた看取りを経験し、事業所の態勢が整いつつある。 | |
| 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 | 法人内で定期的に勉強会を行っている。緊急時のマニュアルも整備している。ハイリスクの入居者については、個別にその都度対応を周知するようにしている。 | | |
| 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 | 避難訓練を行い、防火管理者が中心となり、自分でしっかり対応が考えることができるようにしている。地域の消防団、近隣の住民にも参加してもらい、訓練を行っている。 | 年2回避難訓練(内、夜間想定訓練1回)を地域有志や隣の住民の協力も得て実施している。防災マニュアル(地震時も含めて)を整備している。自治会など地域との組織的協力体制は未構築である。 | 自治会など組織的な協力体制を構築して災害などに備えて欲しい。 |

| 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 | 認知症のかたである前にひとりの人として尊重することの大切さを、事例検討や実際の場面で伝えるようにしている。 | 利用者の人格尊重の大切さを全職員が共有出来るよう内部研修も徹底している。新人職員には重点的に指導している。言葉掛けには、利用者の性格と状況を判断して誇りを損なわないように努めている。 | |
| 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 | 利用者主体であり、本人の思いをしっかり受け止め尊重できるように、本人の思っていることを導き出せるような声かけを行うように努めている。 | | |
| 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 | 出来るだけ、本人の思いやペースを大切にしている。スタッフ間で協力し、思いに添えるよう支援している。 | | |
| 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 | 本人の選んだ服装や、化粧品に気づき声かけしたり、自分で選ぶことができるように支援している。自分では難しくなられた方にも、従来の好みを尊重した色や髪形を選ぶようにしている。 | | |
| 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 | 食事作りの時は、みんなと一緒に準備をしている。食器拭き等、声かけし、手伝っていただくようにしている。入居者の希望で外食や出前をとることもある。 | 食事は施設内の厨房で調理したものを配膳している。職員は利用者に応じて、ご飯をおにぎりに、副食を一口サイズに等の工夫をしている。利用者も後片付けなどに参加し職員も一緒に食事をし、笑顔で和やかに楽しんでいる。 | |
| 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 | 食事量、水分量を記録し、チェックするようにしている。本人の体調に合わせて、おかゆやペースト食にしたり、家族と相談して、食べやすいものを提供するなど最期まで経口摂取できるよう支援している。 | | |
| 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 | 口腔ケアの研修を行い、職員は口腔ケアの重要性を理解している。出来るだけ、自分で行えるよう声かけし、不十分な所を介助している。又、訪問歯科とも連携し、状態にあったケア用品を使用するようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人の状況に応じて声かけをしている。チェック表を使用し、パターンをつかむようにしている。おむつの勉強会を実施。適切なおむつやパットの使用で、出来るだけトイレで排泄が継続できるよう支援している。 | 利用者の排泄パターンをチェック表に記入して職員全員で共有し、さりげないトイレ誘導に努めている。尿意や便意があってもトイレで排泄するという認識がない利用者には特に気配りをしている。 | |
| 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 | 水分量の確保や、運動が予防になることを伝え、一緒に体操をしている。必要な方には、主治医や看護師と連携し、浣腸の使用や緩下剤の服薬をし、重度の便秘を予防している。 | | |
| 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 | 本人より希望のある時は、入浴していただけるよう調整している。 | 3日に1度の入浴だが希望に応じて随時入浴に応じている。体調等に配慮してリフトやバスボードなども使い、入浴を楽しめるように工夫している。入浴出来ない場合には、清拭や足浴で清潔維持に努めている。入浴剤、柚子湯なども楽しんでいる。 | |
| 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 | 本人もちのベッドや布団の使用が出来、いつも休める状態に整えている。安心できるように好きな音楽をかけることもある。 | | |
| 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 | お薬手帳や薬剤師からの情報提供で使用目的や副作用をいつでも確認できる。症状の変化を共有し、適切に対応できるように努めている。服薬チェック表で管理している。 | | |
| 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 | 本人の得意な事を生かせるような仕事や、レクリエーションの内容を考えたり、興味のある、行事への参加をすすめたりしている。 | | |
| 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 | 日常的な外出は難しい状況にあるが、本人からの希望があるときは出来るだけ意向に添えるようにしている。職員で対応できない時は家族に伝え協力していただく事もある。ボランティアの協力で外出する事もある。 | 入居者の重度化等で頻繁に屋外に出られる機会は少ないが、近所を散歩、ボランティアの協力を得ての花見など季節を感じられる外出支援をしている。時には、皆で外食も楽しんでいる。 | |

| 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 |
| 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 | お金は、お小遣いを事務所で管理しているが、必要があれば、家族に説明し、所持してもらうことがある。本人の要求があれば一緒に残高を確認したり、買い物の支払いをしていただく事もある。 | | |
| 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 | 希望があった時は、電話や手紙をFAXしている。家族からの電話も取り次いでいる。年賀状を作って家族に出している。 | | |
| 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 | 入居者と季節にあった壁紙をつくり飾ったり、習字の作品を貼っている。室温や採光は居心地の良いものになるよう気をつけている。室内の植物は入居者が水やりをし、大切に育てている。 | 大きな窓のある明るい共有空間の壁には利用者の作品を数多く掲示している。CDラックや本棚なども配置して、気軽に利用出来るように配慮している。食事中は雰囲気づくりにラックのCDをBGMとして利用している。浴室、トイレも清潔に保っている。 | |
| 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 | 座席を工夫したり、ソファコーナーを設けている。カウンター前のテーブル席で職員に相談や談話したり、お茶を飲まれる姿も見られる。 | | |
| 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 | 入所時に出来るだけ馴染みのある家具を持ち込んでもらったり、写真を飾ったりして、落ち着けるような空間作りが出来るように依頼している。家具や置物の場所を移動するときは本人と相談し、出来れば一緒に行うようにしている。 | ベッドや洗面台などは備え付けだが、収納棚等は馴染みの品を持ち込んでいる。家族の写真や好みの品も飾り、馴染みの家具を持ちこみ親しんだ生活環境の維持に工夫している。 | |
| 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 | トイレの貼り紙をしたり、居室前に手作りの表札をかけ場所をわかりやすく工夫したり、できないことやできることを把握して、できること、わかることへつなげていく声かけを行っている。 | | |

2 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 | 2 | ボランティアや幼稚園、支援学校等、個別での交流は継続しているが、地域自治会等との組織的な交流についてはすすんでいない。 | 自治会や社会福祉協議会との連携等、地域の中での協力体制が築くことができる。 | 社会福祉協議会の運営の手伝いや、地域の行事に参加する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 35 | 災害時における地域との組織的協力体制が未構築である。 | 地域のボランティアや近隣の住民の協力に加え、自治会にも避難訓練への参加等、有事に協力していただけるような関係をつくる。 | 民生委員と相談し、避難訓練に自治会から参加していただけるよう依頼。協力関係を築いていく。 | 12ヶ月 |
| 3 | 13 | ある程度のスキルは定着してきたが、ケアの振り返りが必要。個別の能力に応じた研修の実施が不十分である。 | 個々の能力に応じ、介護技術、認知症ケア、看取り介護、について利用者を中心にした支援が行える。 | 全体での研修に加え、個々の能力と課題に応じた研修計画をたて、それに基づいた研修を実施する。 | 12ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |

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、行を挿入して下さい。