

平成 29 年度

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 | 1473600664 | 事業の開始年月日 | 平成16年3月1日 | |
| | | 指定年月日 | 平成18年4月1日 | |
| 法人名 | 医療法人社団 東華会 | | | |
| 事業所名 | サリュールいずみ | | | |
| 所在地 | (〒245 -0022) 神奈川県横浜市泉区和泉が丘1-6-10 | | | |
| サービス種別 定員等 | 認知症対応型共同生活介護 | 定員計 | 18名 | |
| | | ユニット数 | 2ユニット | |
| 自己評価作成日 | 平成30年2月1日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成30年4月16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)】

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>明るく、温もりののある家庭的な雰囲気心がけ接しています。安全を見守りながらご本人の出来ることやりたい事を無理なく一緒に行うことで生活リハビリとし、又、感謝の気持ちをしっかりと伝え、役割、社会参加を感じて頂いております。 ご家族様にもいつでもお尋ね頂ける様配慮し、話やすい雰囲気を心がけています。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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30年2月28日 | 評価機関 評価決定日 | 平成30年3月30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)】

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【事業所の優れている点】 ◇理念に基づく利用者本位のケアの実践 ・設立来から在籍する経験豊かな職員を中心に、理念「優しい心、思いやりの心、いたわりの心、心と心の結びつきを第一に考え、今までと変わらない生活と自立の喜びを支援」に基づき、利用者のできることややりたいことを無理なく行えるよう、利用者本位のケアを実施し、職員と利用者の信頼関係も厚い。 ◇利用者が楽しく暮らせるための情報収集 ・2か月ごとに、ユニット単位で利用者をよりよく知るため「利用者懇談会」を開催している。利用者には自由におしゃべりしてもらい、思いや希望、食べたいもの、外出したい先などを聞き出し、職員間で共有しケアに生かしている。 ◇地域の一員としての生活 ・町内会に加入し、納涼祭や餅つき大会などの行事に手伝いから参加し、毎年、盆踊り用やぐらの花飾りを依頼され、地域の一員として活動している。 ・事業所行事で作るおはぎや赤飯を、日頃の感謝や挨拶を兼ねて近隣に配り、またフラダンスや着付けのボランティアの来訪もあり住民と交流している。 【事業所が工夫している点】 ・4月のお花見、5月の節句、8月の花火・スイカ割り、1月の初詣や2月の節分の他、バラやアジサイ見学、漬物づくり、浴衣着用の夏祭りなど多彩な行事が毎月企画され、利用者を楽しませ生活を豊かにしている。</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 | サリューブルいずみ |
| ユニット名 | 1F |

| 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。 (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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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 |
| 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 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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。 (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。 (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拡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。 (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、生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 |
| 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 |

| 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 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 | 理念の意味を理解し実践している。主任を中心に各ユニット目標を2ヶ月毎に決め、日々の介護に取り入れている。 | ・理念「優しい心、思いやりの心、いたわりの心、心と心の結びつきを第一に考え、今までと変わらない生活と自立の喜びを支援」を事務所に掲示し、会議で確認にしてケアを実践している。 ・特に、理念の趣旨の「利用者との関わり」を大切に支援している。 | |
| 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 | 床屋、レストラン、コンビニなど散歩がてら地域のお店を利用。彼岸、ホーム行事時など手作りのおはぎや赤飯など、利用者様と一緒に日頃の感謝や挨拶を兼ね伺い好評頂いている。町内納涼祭には飾り作りから参加させて頂き、当ホームのいずみ祭りには御協力頂いています。 | ・町内会に加入して、各種行事に参加し、毎年、盆踊り用やぐらの花飾りを頼まれるなど、地域の一員として活動している。 ・事業所の行事に作るおはぎや赤飯を近隣に配り、またフラダンスや着付けのボランティアの来訪もあり、地域の人々と交流する機会も多い。 | |
| 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 | 区役所、民生委員等見学受入あり。運営推進会議では認知症の方におこりうる課題をテーマに上げご理解していただいている。近所の障害者の方の作業所とバザーやダンボール寄付等の交流あり。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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 | 2か月に1回、他法人のグループホームと合同で開催。互いにそれぞれのホームの特徴、事例等紹介、報告等行いアドバイス等もいただいている。 | ・運営推進会議は、家族や地域包括支援センターの職員、民生委員、区の職員、事業所の職員をメンバーとし、2か月ごとに開催している。 ・会議では、施設の現状を報告し、出席者からの要望を聞き、地域の情報を得意見交換を行っている。 | |
| 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 | メールや郵送による情報があり、感染症などの講習会に参加している。 | ・区の職員とは、運営推進会議への参加のほか、日常の課題について相談し助言を得ている。 ・利用者の課題が生じたときは、高齢支援課以外の担当課の助言を受けて、支援している。 | |

| 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 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 | 管理者主任等、権利擁護の研修を受け、職員の教育に当たっている。 玄関の施錠は行っていない。 | ・職員は入社時研修で身体拘束禁止を学び、ユニット会議で日頃のケアを振り返り、身体拘束をしないケアを実践している。 ・日中、玄関、ユニット出入口、居室を含む窓は、施錠せず、自由な暮らしを支援している。 | |
| 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 | 研修に参加し知識を深める。 又、各職員にユニット会議の場でフィードバックし、周知。 職員の作業に無理がないように気を配り忙しさから虐待に繋がらないようにしている。 | | |
| 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 | 管理者、主任は権利擁護、後見人制度の研修に参加。 | | |
| 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 | 契約書の中にも謳われており、再度契約終結場面でも十分説明している。 | | |
| 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 | 日頃より、入居者様、ご家族様には話しやすい雰囲気を中心掛け、利用者懇談会、家族会等行い意見交流をおこなっている。又月1回後利用者様の近況報告のお手紙を送っている。 | ・家族の意見・要望は家族会や来訪時に、来訪が少ない家族とは電話で情報交換をしながら聴き取り、利用者からは日常会話や表情、行動から察して、一人一人のケアプランや運営に反映している。 | |

| 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 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 | 日頃から話しやすい雰囲気や心掛け、重要なことはユニット会議で話し合い、必要であれば運営会議、本部会議へと上げ検討。回答は職員へおろしている。職務規程、月給制、夜勤手当等の改善など生かされている。 | ・管理者は、申し送り時や毎月のユニット会議で職員の意見や要望を聞いている。 ・また、日頃からコミュニケーションを図るよう心掛け、行事や行事食、飾り付けなどで職員の意見を聞きだし、運営に反映している。 | |
| 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 | 人事考課制度を取り入れ、職員自身目標を持ち、自己努力が評価に繋がっている。夜勤明けの休みは確保され過剰な連続勤務、サービス残業はない。就業規則も閲覧できるようにしてあり、内容も規定に沿っている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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 | 初日オリエンテーション。しばらくは主任、先輩職員と組んで同じ作業を行う。交換研修、主任研修あり。研修内容はユニット会議の場でフィードバック。 | | |
| 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 | 管理者は月1回の管理者会議、本部会議に出席し、議題を絞って検討。職員は他事業所との交換研修をおこなっている。 | | |
| 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 | ご家族、ご本人からあらかじめアンケート提出いただき、そのうえ、生活歴や、嗜好、興味のあることなど伺いサービス計画書を作成。更に細かい資料を作り職員に開示。介助を統一させる。新規入居者様にはまず、ホームの生活になれ、職員とのコミュニケーションを図り、安心感を持って頂けるよう接し、利用者様の出来ること、出来ないこと、趣味など知ることから始まり、環境が変わった不安を理解し、無理強いをしないことを常に伝えている。 | | |

| 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 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 | 良く説明することと、ご理解いただけたかの確認に時間を割いている。話しやすい雰囲気は常に心かけている。面会時間は原則決めておらず、外泊や遅くなる時などは相談し、可能な限りご家族との時間を大切にしてもらっている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | お身体の不安等、医療機関の相談。医師の見解と、ご本人にとって必要とあれば、訪問マッサージの説明も行っている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 共同生活介護とは利用者様同士、又職員と一緒に共同で作業することと指導されている。自立支援であることを忘れず、利用者様には「やらされている」では無く「自分も出来る」という自信と自立の喜びを支援する。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 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 | 気軽に会いに来ていただけるようお声を掛けている。お身体や精神的な変化は電話や面会時にすぐお伝えし、報告、相談している。 | | |
| 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う、支援に努めている | ご家族に確認し、友人との電話、手紙などのやり取りは自由である。馴染みの美容院などご家族に手伝っていただきながら利用している。 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族、友人の面会時には居室に案内し、お茶を出して出来るだけ対話時間が増えるように支援している。 ・なじみの美容院や思い出の場所、外出に出かけるときは、家族の協力を得ている。 | |

| 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 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 | 相性の合わない方は喧嘩になる前に早めの介入。ただし軽い言い合いは見守っている。利用者同士の会話は見守りかみ合わないときは職員が介入し、さり気なく会話をつなぐ。 | | |
| 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 | 月日がたち疎遠となってしまった。 | | |
| 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。 | 日頃の会話から希望を聞きだしている。会話の困難な方は表情やご様子から汲み取り、又聞き取った情報から察し、無理なく本人の体調や気分に合わせて支援していく。 | ・利用者の思いや意向は、家族の情報と日々の関わりでの表情や会話から把握している。寡黙な利用者は、入浴時や夜間1対1のときにゆっくり聞いたり表情から推測している。 ・把握した思いや意向は、個人別ファイルに記載し、職員間で共有してケアに反映している。 | |
| 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、ご家族からの情報など関わった方からの情報を収集。お仏壇のお供えなど忘れつつあるが、声をかけ一緒におこなっている。 | | |
| 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 | 利用者様とのかかわりが最優先順位として仕事をし、密に関わっている。バイタル確認から始まり状態に変化がある方は更に細かく確認し、情報交換している。 | | |

| 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 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 | 細かい事でも常に話し合いを持ち、ユニット会議であげている。それを基盤にサービス計画を作成。ご本人の意向、ご家族の希望を伺い内容に盛り込んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・毎月話しあっているモニタリング結果を基に、家族の意向と必要時には医師・看護師の意見参考に、全職員で話し合い、利用者に即した介護計画を作成している。 ・計画は短期は3か月、長期は6か月ごとに見直し、変化があれば随時見直している。 | |
| 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 | 時間を追って記録。大きな変化や課題は赤字で記入。連絡ノートを使い、情報の共有、介護内容の見直しをしている。 | | |
| 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 | 介護用品会社など状態に合わせ相談、意見を頂くときもあり。 | | |
| 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 | 町内会に参加。納涼祭、文化祭、餅つきなど地域行事に手伝いから参加させていただいている。琉球太鼓、ハワイアンなどのボランティアに来ていただき、ご利用者様も喜んでいる。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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 | 月2回の内科往診。 週1回の訪問歯科とも連携。 | <ul style="list-style-type: none"> ・全利用者が協力医(内科)を主治医としている。 ・事業所に内科、精神科、皮膚科の往診のほか、訪問看護師が毎週来訪し、健康管理を行っている。 ・協力医以外は家族対応としているが、職員が付き添うこともある。 | |

| 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 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 | 週1回の訪問で支援していただいている。 | | |
| 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、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。 | 入院について、往診医に相談、または状況によっては搬送先で決まることとなる。病院サイドと情報共有しその方に合った方向性を十分に検討。 | | |
| 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 | 6名のお看取りを行っている。ご家族と良く話し合い、意向を聞き行っている。食事形態、オムツ交換、体位変換等全て勉強になった。 | <ul style="list-style-type: none"> ・重度化した場合、「ターミナルケアの指針や条件」に基づき、家族、協力医、看護師、職員が連携し、方針を共有して支援する体制ができている。 ・事業所として看取りの経験もある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・すでに重度化対応の研修を行っています。看取り後の振り返りカンファレンスを実施するなど、職員の看取り対応知識のさらなるレベルアップが期待されます。 |
| 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 | 研修に行き月日がたってしまったため、再研修を検討中。 | | |
| 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、年2回を行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・消防署員立会いのもと、夜間想定避難訓練と事業所独自の訓練を実施し、近隣住民の参加も得ている。 ・避難誘導、初期対応、火災通報や消火器の扱いを訓練内容とした。 ・利用者・職員の飲料水・食料を3日分と衛生用品を備蓄している。 | |

| 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 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 | 個々の性格や症状、好き、嫌いについて理解し、情報交換し、声掛けの統一をしている。居室に職員が入る時は必ず声を掛けてから入ることを徹底。 | ・利用者一人ひとりの性格、認知症症状、本人の希望により、あえてちゃん付けで呼びかけたり、フランクに話しかける場面があるが、利用者を人生の先輩として敬う気持ちを基本とすることを忘れず、信頼関係を構築した上での対応をしている | |
| 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 | 職員との馴染みの関係が出来ており話しやすい雰囲気を心がけている。日頃の暮らしの中で選択できる場面を多く作り、常に自己決定できるように働きかけている。 | | |
| 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 | 日頃の会話から希望を聞きだしている。会話の困難な方は表情やご様子から汲み取り、又聞き取った情報から察し、無理なく本人の体調や気分に合わせて支援していく。 | | |
| 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 | 自立されている方は好みに任せている。購入時に迷いが見られたら個々の特徴にあわせ支援している。ご自分で出来ない方はご家族の情報や、その方に似合う物を支援。 | | |
| 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 | メニューは決めずにその日何が食べたいか利用者様と相談し、調理にも参加していただいている。盛り付け、モヤシのひげ取り、刻みなど個々の残存機能を生かし関わっていただいている。感謝の言葉は必ず伝える。 | ・日々、利用者の希望、食材など考慮し、ユニットごとに献立を考えている。利用者の力に応じた手伝いをお願いしている。 ・行事のお祝い膳や特別ランチ、外食、おはぎ作り、らっきょう漬け作りなど食を通した楽しみが多い。 | |

| 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 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 | 野菜を多く使って調理。見た目にも配慮し、工夫。ムセのある方にはトロミ、ミキサー食と個々にあわせ対応。 | | |
| 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 | 週1回の訪問歯科と相談して口腔ケアをしている。義歯はご本人と磨き夜間は洗浄剤に付け毎日対応している。 | | |
| 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向けた支援を行っている | 排泄表にて個々の状態を把握。可能な限り綿パンツを優先し、トイレ誘導や最小限のパットで過ごしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・排泄の状況を把握し、本人のサインや仕草を見逃さないようにトイレ誘導している。 ・夜間は個別の見守りやポータブルトイレを使用する場合もある。 ・排泄のデータを丁寧にとり、改善に活かしているケースがある。 | |
| 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 | 野菜やきのこ類、ヨーグルトなどしっかり取るようにしている。ラジオ体操や散歩、買物などで体を動かしている。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | 可能な限り希望日に入浴。又入浴表を確認し、声を掛けている。時間帯に対しては安全を考え見守れる日中となっている。入浴剤や、柚子湯、菖蒲湯など季節を楽しんで頂いている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・基本は週2回だが、希望があれば、毎日でも対応が可能である。 ・シャワー浴の場合は足湯をしながら十分に温まるようにしている。 ・拒否が強い場合も、職員の話術、声かけの時機を変えたり家族の協力を得て、入浴をするケースがある。 | |

| 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 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 | 健康に支障がない時間であれば促すが、後は個々のペースにあわせている。就寝前は団欒を心がけ気持ちよく眠りにつけるよう配慮。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりを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 | 個々の処方ファイルを作り、職員が観覧できるようになっている。変更時には速やかに主任から指示通達される。 | | |
| 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 | 調理、片付け、掃除、楽しみ等個々にあわせ一緒に行っている。 | | |
| 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。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 | ドライブ、外食、季節の外出、又個別外出等行っている。ご利用者様の身体的状況、認知症状にもより外出が難しい方も増えてきたため、内部での行事も検討。自宅に外泊することもあり。 | ・利用者の介護度が上がるにつれ、日常的な散歩の機会が減っているが、外気浴や近くの店へお菓子の買い物など気分転換を図っている。 ・初詣や花見といった外出は、少人数で何回に分けており、できる限り全員が楽しめるようにしている。 | |
| 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 | 全員がおこずかいとして金庫にお預かりしている。会計時、見守りの中ご本人が支払う事もあり。 | | |

| 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 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 | ご家族に確認後、電話、手紙は自由。 | | |
| 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 | 窓も大きく陽も良く入り、フロア的にも明るく温かみのある空間となっている。飾りもご利用者様と一緒に作り季節を感じていただけるよう飾っている。食事中はテレビは消し、心地良い音楽を流している。 | <ul style="list-style-type: none"> ・廊下や階段の壁に利用者の共同作品や行事の写真を展示して、季節感を演出している。 ・テレビの前と廊下にソファを置き、利用者はゆったり寛いでいる。 ・日差し、温湿度、気になる臭いなど職員は気をつけている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場 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 | 椅子の数は多く、それぞれの居場所の確保はされており玄関前や庭にも設置している。 | | |
| 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 | ご自分のなじみの物、好みの物をお持ちになり生活されている。居室担当と一緒に掃除や季節の衣替えも行っている。居室で過ごすことの多い方は好みの音楽など聴けるよう用意、工夫をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・仏壇、家族の写真、使い慣れたタンス、人形、自作の絵画など、本人が大切にしている品々を持ち込んでいる。居室によっては、窓から富士山を臨むことができる。 ・居室担当職員が中心に利用者と一緒に掃除や整理整頓を行っている。 | |
| 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」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 | 足元の環境整備、バリアフリーである。トイレは分かるように表示。 | | |

| | |
|-------|----------|
| 事業所名 | サリュールいずみ |
| ユニット名 | 2F |

| 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。 (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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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。 (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。 (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拡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。 (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、生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 |
| 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 |

| 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 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 | 理念の意味を理解し、実践している。主任を中心に書くユニット目標を2か月毎に決め、日々の介護に取り入れている。 | | |
| 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 | 床屋レストラン、コンビニなど散歩がてら地域のお店を利用。彼岸、ホーム行事など手作りのおはぎや赤飯など利用者様と一緒に日頃の感謝や挨拶を兼ね伺い好評いただいている。町内納涼祭には飾り作りから参加させて頂き問うホームのいずみ祭りには御協力頂いています。 | | |
| 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 | 区役所、民生委員等見学受入あり。運営推進会議では認知症の方に起こりうる課題をテーマに上げご理解していただいている。近所の障害者方の作業所とバザーやダンボール寄付等の交流あり。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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 | 2月に1回他法人のグループホームとの合同で開催。互いそれぞれのホームの特徴、事例等紹介、報告等行いアドバイスもいただいている。 | | |
| 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 | メールや郵送による情報があり、感染症などの講習会に参加している。 | | |

| 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 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 | 管理者、主任等が権利擁護の研修を受け、職員の教育に当たっている。玄関の施錠は行っていない。 | | |
| 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 | 研修に参加し、知識を深める。又、各職員にユニット会議の場でフィードバックし、周知。職員の作業に無理がないように期を配り忙しさから虐待に繋がらないようにしている。 | | |
| 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 | 管理者、主任等が権利擁護、後見人制度の研修に参加。 | | |
| 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 | 契約書の中にもうたわれており、再度契約終結場面でも十分説明している。 | | |
| 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 | 日頃より、入居者様、ご家族様には話しやすい雰囲気を心かけ利用者懇談会、家族会等行い意見交流を行っている。また、月1回利用者様の近況報告のお手紙を送っている。 | | |

| 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 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 | 日頃から話やすい雰囲気を中心に重要な事はユニット会議、話し合いまた、必要であれば運営会議、本部会議へと上げ検討。回答を職員へおろしている。職務規程、月給制、夜勤手当等の改善など生かされている。 | | |
| 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 | 人事考課制度を取り入れ、職員自身目標を持ち、自己努力が評価に繋がっている。夜勤明けの休みは確保され過剰な連続勤務、サービス残業はない。就業規則も閲覧出来るようにしてあり、内容も規定に沿っている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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 | 初日はオリエンテーション。しばらくは主任、先輩職員と組んで同じ作業を行う。交換研修、主任研修あり。研修内容はユニット会議の場でフィードバック。 | | |
| 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 | 管理者は月1回の管理者会議、本部会議を開催し、議題を絞って検討。職員はた、事業所との交換研修を行っている。 | | |
| 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 | ご家族、ご本人にはあらかじめアンケートやお話で生活歴や嗜好等興味のあることなどを伺いサービス計画書を作成。更に細かい資料を作り、職員に開示。介助を統一させる。新規入居者様にはまず、ホームの生活になれ職員とのコミュニケーションを考え、安心感を持って頂けることから接し、利用者様の出来ること、出来ない事、趣味など知る事から始まり、環境が変わった不安を理解し、無理強いはいしないことを常に使える。 | | |

| 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 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 | 良く説明する事。ご理解いただけたかの確認に時間を割いている。話しやすい雰囲気は常に心かけている。面会時間は原則きめておらず、外泊や、帰りが遅くなる時などは相談し、可能なかぎり、ご家族との時間を大切にしてもらっている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 良く説明する事と、ご理解いただけたかの確認に時間を割いている。話しやすい雰囲気は常に心かけている。面会時間は原則きめておらず、外泊や遅くなる時などは相談し、可能なかぎりご家族との時間を大切にもらっている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | お身体の不安等、医療機関の相談。医師の見解と、ご本人にとって必要とあれば訪問マッサージの説明も行っている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 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 | 気軽に合いにきていただけるようお声を掛けています。お身体や精神的な変化は電話や面会時にすぐお伝えし報告、相談している。 | | |
| 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 | ご家族に確認し、友人との電話、手紙などのやり取りは自由である。馴染みの美容院などご家族に手伝っていただきながら利用している。 | | |

| 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 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 | 相性の合わない方は喧嘩になる前に早めの介入。ただし、軽い言い合い見守っている。利用者同士の会話は見守り、かみ合わないときは職員が介入し、さり気なく会話をつなぐ。 | | |
| 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 | 月日がたち疎遠となってしまった。 | | |
| 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。 | 日頃の会話から希望を聞きだしている。会話の困難な方は表情や語様子から汲み取り又、聞き取った情報から察し無理なく無理なく本人の体調や気分に合わせて支援している。 | | |
| 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、ご家族からの情報など関わった方からの情報を収集。喫煙者に対しての一服の楽しみの継続。 | | |
| 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 | 利用者様との関わりが常に優先順位として仕事をし、密に関わっている。バイタル確認から始まり、状態に変化がある方は更に細かく確認し、情報交換している。 | | |

| 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 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 | 細かい事でも常に話し合いを持ち、ユニット会議で上げている。それを基盤にサービス計画書を作成。ご本人の意向、ご家族の希望を伺い内容に盛り込んでいる。 | | |
| 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 | 時間を追って記録。大きな変化や課題は赤字で記入。連絡ノートを使い情報の共有、介護内容を見直しをしている。 | | |
| 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 | 介護用品会社など状態に合わせ相談意見を頂くこともあり。 | | |
| 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 | 町内会に参加。納涼祭、文化祭、持ちつきなど地域行事に手伝いから参加させていただいている。ボランティア等来ていただきご利用者様も喜んでいる。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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 | 月2回の内科往診。 週1回の訪問歯科とも連携。 | | |

| 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 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 | 週1回の訪問で支援して頂いている。 | | |
| 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、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。 | 入院について往診医に相談、または状況によって搬送先で決まる事となる。病院サイドと情報共有し、その方に合った方向性を十分に検討。 | | |
| 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 | 5名のお看取りを行っている。医師、看護師との連携、ご家族様とも意向を伺い、話し合いを持ちながら行っている。食事形態、オムツ交換、体位変換全て勉強になった。 | | |
| 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 | 研修に行き月日がたってしまうため再研修を検討。又研修については職員へのフィードバックを行っている。 | | |
| 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 | 避難訓練は年2回、27年11月に夜間想定訓練を実施。 | | |

| 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 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 | 個々の性格や症状、好き、嫌いについて理解し、情報交換し、声かけの統一をしている。居室に職員が入る時は必ず声をかけてから入ることを徹底。 | | |
| 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 | 話しやすい雰囲気や常にかかっている。日頃の暮らしのなかで選べる場面を多く作り、自己決定出来るように働きかけている。 | | |
| 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 | 日々の会話の中から希望を聞きだしている。会話の困難な方は表情や、ご様子から汲み取り又、聞き取った情報から察し、無理なく本人の体調や、気分に合わせて支援していく。 | | |
| 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 | 自立されている方は好みに合わせ任せている。購入時に迷いが見られたら個々の特徴にあわせ支援。ご自分で出来ない方はご家族の情報やその方に似合う物を支援。ブラッシングや化粧水など声をかけ促す。 | | |
| 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 | メニューは決めずにその日何が食べたいか利用者様と相談。調理にも参加して頂いている。盛り付け、モヤシのひげ取り、刻みなど個々の残存機能を生かし、関わっていただいている。感謝の言葉は必ず伝える。 | | |

| 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 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 | 野菜を多く使って調理。見た目にも配慮し、工夫。ムセのある方にはトロミを使用。ミキサー食と、個々にあわせ対応。 | | |
| 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 | 週1回の訪問歯科と相談し、口腔ケアをしている。義歯はご本人と磨き夜は洗浄剤に付け毎日対応している。 | | |
| 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向けた支援を行っている | 排せつ表にて個々の状態を把握。可能な限り綿パンツを優先し、トイレ誘導や最小限度のパットで過ごしている。 | | |
| 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 | 野菜やきのこ類、ヨーグルトなどしっかり取るようにしている。ラジオ体操や散歩、個別で買物等からだを動かしている。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | 可能な限り希望日に入浴。又、入浴表を確認し、声をかけている。時間帯に対しては安全を考え見守れる日中としている。入浴剤、柚子湯、菖蒲湯など季節を楽しんでいただいている。 | | |

| 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 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 | 健康に支障がある時間であれば促すがあとは個々のペースにあわせている。就寝前は団欒を心かけ気持ちよく眠りに漬けるよう配慮。 | | |
| 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 | 個々のファイルを作り、職員が閲覧できるようになっている。変更時等速やかに主任から指示通達される。 | | |
| 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 | 調理、片付け、掃除、楽しみなど個々にあわせ一緒に行っている。 | | |
| 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。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 | ドライブ、外食、季節の外出又、個別外出など行っている。身体的、認知症的に外出が難しい方も増えているため内部で楽しめる行事、レクリエーションなど検討。 | | |
| 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 | 全員がおこずかいとして金庫にお預かりしている。会計時見守りの中ご本人が支払う事もあり。 | | |

| 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 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 | ご家族に確認後、手紙も電話も自由。 | | |
| 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 | 窓も大きく日が良く入り、フロア的にも明るい温かみのある空間となっている。飾りもご利用者様と一緒に作り、季節を感じていただけるように飾っている。食事中はテレビを消し、心地音音楽を流している。 | | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場 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 | 椅子の数は多く、それぞれの居場所の確保はされており、玄関前や庭にも設置している。 | | |
| 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 | ご自分のなじみの物、好みの物をお持ちになり、生活されている。居室担当制と一緒に掃除や季節の衣替えも行っている。 | | |
| 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」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 | 足元の環境整備、バリアフリーである。トイレは分かるように表示。 | | |

目 標 達 成 計 画

事業所名 サリューブルいずみ

作成日 平成30年4月11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組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|
| 1 | 33 | 看取り介護に対する意識。さらなる知識の習得 | 新たに研修参加。 | 看取りに関する際研修参加。ホームにて職員にフィードバック。 | 6か月 |
| 2 | 35 | 備蓄品等の職員の認識と所在の把握。 | 定期的な入れ替えと、所在を誰が見てもわかるよう明確にする。 | 事務所に掲示し場所、個数等把握できるようにする。 | 6か月 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

