

平成26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         | 1490900295   | 事業の開始年月日       | 平成25年12月1日 |      |
|               |  | 指定年月日          | 平成25年12月1日 |      |
| 法人名           | 株式会社H&Tホールディングス  |                |            |      |
| 事業所名          | ライフケア@しんよこはま   |                |            |      |
| 所在地           | ( 〒222-0035 )  |                |            |      |
|               | 神奈川県横浜市港北区鳥山町1047-1  |                |            |      |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |      |
|               |  | 通い定員           | 名          |      |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |      |
|               |  | 定員計            | 18         | 名    |
|               |  | ユニット数          | 2          | ユニット |
| 自己評価作成日       | 平成26年11月1日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成27年3月9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 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1490900295&amp;SVCD=320&amp;THN0=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1490900295&amp;SVCD=320&amp;THN0=14100</a> |
|----------|---|

### 【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)】

立地は、JR横浜線の線路沿いにある。小机駅と新横浜駅の間にあるのでとても便利である。鉄道の走行は静かなので、あまり気にならない。庭に畑があるので野菜などを作り食事に使っている。花壇では、おりおりの花を栽培している。利用者も庭の作業に参加できる。室内には自転車こぎができるように機材を設置しているので自分のペースで参加できる。また、近所へ散歩や買い物に出かけることも可能である。家族の訪問はいつでもできる。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                     |               |            |
|-------|-------------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |            |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成26年12月15日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成27年2月17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)】

事業所は、JR横浜線小机駅より線路沿いの道を新横浜方面に向かい徒歩7分のみわかりやすい場所にある2階建て2ユニットのグループホームです。日産スタジアムが近く、周囲は畑に囲まれており線路脇ながら静かで快適な立地です。

<優れている点>

提携医とは24時間対応の連携をしています。内科医(月2回)・精神科医(月1回)・歯科医(週1回)の訪問診療と非常勤の看護師と精神科の看護師の訪問(各週1回)が定期的に行われており、医療連携体制が充実しています。利用者の多くが生活保護もしくは成年後見制度を利用していることもあり、職員はこれらの制度と対応の仕方をミーティングなどで確認しています。また、区役所から介護相談員が毎月1回来所し、利用者とは面談しています。そこで出た意見はすぐにサービスに反映しています。食事では、利用者に合わせてきざみ食やミキサー食への加工を職員が行っており、利用者ひとりひとりに細かく対応しています。

<工夫点>

帰宅願望の強い利用者の為に玄関内にベンチを置き、また、使用していない電話を置くなどで、落ち着ける工夫をしています。また、キッチンには整理整頓し、包丁などの刃物や冷蔵庫を施錠できるロッカーの扉の奥に置くことで、家具や物品の安全な配置に配慮しています。「感染症に係る嘔吐物の処理方法」や「緊急連絡の方法」など其々、必要なマニュアルが、必要とされる場所に掲示してあり緊急時にも慌てない工夫がされています。

### 【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  | ライフケア@しんよこはま |
| ユニット名 | ユニット1        |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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  |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |   |   |  |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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近づけている。                     | 地域密着型サービスについて、職員とともに再確認して、地域社会との良好な関係や利用者の支援が維持していけるように意見交換している。理念はそのために、いつでも振り返りケアに生かされるようにしている。 | 事業所の理念は2年ほど前に、より分かりやすいものに変え、1階と2階のキッチンの目につく場所に掲示しています。職員は利用者が少しでも笑顔になるように、理念に沿ったサービスを心掛けています。                   |  |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                     | 鳥山町自治会に加入している。町会の案内による活動に参加できるようにしている。盆踊り、敬老会には利用者に参加している。防災拠点訓練には職員が参加している。                      | 近くの中学生や高校生が、職業インタビューや職業体験で来所し、食事の準備や清掃、レクリエーションに参加して利用者と触れ合っています。また、自治会の祭りや盆踊り、敬老会の参加は、利用者の楽しみとなっています。          |  |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                   | 居室の空き室希望の家族等が見学する時に個別にその都度認知症ケアについて丁寧に説明している。   |   |  |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 利用者の家族との交流の進め方などのアドバイス等をうけできるところから取りくんでいる。  | 昨年までは、2ヶ月に1回開催していましたが、今年度はまだ開催はありません。家族の参加が困難になり、現在、地域包括支援センター職員から助言を受け、色々と努力をしている状態です。                         | 運営推進会議への家族の参加が課題としています。事業所の楽しいイベントなどに家族の参加を呼び掛けるなど、参加しやすい工夫により運営推進会議が開催されることが期待されます。 |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。           | 生活保護を受ける利用者が多いため、港北区役所の担当者との連絡等を密に行っている。  | 区役所の保護課とは、連絡を密に取り相談したり助言を得ています。また、高齢障害支援課とも連携をとり利用者の紹介があります。地域包括支援センターの主催で、近隣3カ所のグループホームとの連絡会を年1回開催し、交流を持っています。 |  |

| 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<br>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。 | 利用者ごとの帰宅願望、外出、徘徊等の傾向を職員全体で共有して見守りを行っている。ベッド柵で囲んだり、車いすのベルト着用は行っていない。                               | 年に1回また折に触れ身体拘束について職員ミーティングで確認をしています。帰宅願望の強い利用者には、玄関にベンチや電話を置き見守り対応をしています。家族から拘束に当たる要望が出た際も、身体拘束の弊害を説明し拘束は行っていません。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。                                       | 虐待防止については行動指針として常に見えるところに張り出している。日常のケアで常に再確認している。   |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 現在、数名の利用者に後見人が選任されているので職員は折に触れ関わることもある。利用者の権利擁護につき対応が必要になれば支援していく。                                |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 本人、家族等に時間をとり説明している。入退きの対応、利用料金、医療連携について丁寧に説明し家族等に納得してもらえるように説明している。                               |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 利用者がいつでも意見や要望を気軽にいえる雰囲気作りをしている。家族に対しても面会時や電話などを通して意見や苦情が言えるようにしている。市町村の苦情相談窓口のポスターを見えるところに掲示している。 | 利用者は、自分の意見や要望をはっきり伝えていきます。利用者の意見から、歩いて数分のスーパーまでおやつを買いに出掛けています。家族が来た時には、こちらから声掛けをして、積極的に会話を交わし、意見などを聞くようにしています。    |                   |

| 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<br>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。                                      | いつでも運営に関して意見や提案を受け付けている。定期的にミーティングを開催し意見や提案を受け付けている。そして、提案や意見が反映されるようにしている。            | 管理者は、日常的な職員との会話の中から意見などを吸い上げる努力をしています。月1回の全員参加のミーティングでは職員の意見や提案が出され、そこで出た意見や提案は、検討し運営に反映しています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 職員の希望に添えるように労働時間を設定している。勤務状態による職員一人一人の疲労、ストレスを考慮するとともに職員同士の人間関係にも配慮している。               |  |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 各種資格試験の受験を奨励している。各種研修の参加も薦めている。研修の案内等を掲示したり、設置している。                                    |  |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 年に1度、近隣のグループホームが集まり連絡会を開いている。同業者の様々な取り組みを知り、それを活かせるようにしている。                            |  |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |  |  |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。        | 本人の生活歴や趣味、大切にしているもの等を事前に書面で情報を確保する。事前にできるだけ本人に当施設に見学にきてもらう。そして、本人の要望や不安などを把握するようにしている。 |  |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | 本人と家族の抱える問題点を把握できるように、なるべく詳細に聞き取りを行い、施設の対応について丁寧に説明し安心して入居できるようにつとめている。                   |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 本人や家族から支援していく方向性を確認する。その他、担当介護支援専門員や区役所担当者からも支援について確認する。職員みな意見も参考にして、適切な支援ができるようにしている。    |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 本人ができることは、なるべく本人ができるようにしている。年月とともに、本人の自立度が低下してきても一人の人間としての関係が壊されないように、声掛けに配慮する等気を配っている。   |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | 家族ができることは、なるべく家族にしてもらうことにより、本人自身の安心感につながる。本人の日ごろの状態を報告したり、写真を送ったりしてともに支える関係を心掛けている。       |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                 | 本人に馴染みの場所がある場合、家族の協力により外出できるようにしている。家族がいない場合は、後見人が外出をサポートしてくれる。そして馴染みの場所との関係が続くように支援している。 | 以前住んでいた家の近所の方が訪ねて来ることがあり、お茶を出してゆっくりお話ができるよう支援をしています。また、入居前から通っていた馴染みの美容院へカットに行く人や、家族の協力で定期的に墓参りに行く利用者もいます。 |                   |

| 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<br>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。               | 食堂の座る配置などに配慮し、利用者同士が仲良く過ごせるようにしている。利用者同士の関係を職員が情報を共有できるようにしている。そして、利用者同士のトラブルを未然に防止できるようにつとめている。              |  |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。 | 利用契約が終了する場合はほとんどが体調悪化による入院によるもので医療が必要になる。そのため、病院を探し、紹介し支援している。退去後も支援している。                                     |  |                   |
| <b>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</b> |      |   |   |  |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                       | 本人が意思を伝えることができる場合は、その意向に沿って暮らしていけるようにしている。本人が意思を伝えることができない場合でも、本人の好き嫌いや、本人を知る人からの情報をあつめ、本人の意向に沿えるように検討を重ねている。 | 比較的自立度の高い利用者は、はっきりと自分の意向を伝えていきます。困難な利用者は、家族や以前の介護支援専門員に話を聞いたり、表情や行動などの観察で推し量っています。また、区役所の介護相談員を通して思いや意向を把握しています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                   | 本人に家族がいる場合、細かく聞き取り入居後も今まで同様の暮らしをおくられるように支援する。身寄りがない場合、今までの担当介護支援専門員等に問い合わせ、本人の生活をよく知る人から情報を集めて支援にいかしていく。      |  |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                 | 利用者の一日の生活を支援記録に記載し職員が情報を共有できるようにしている。バイタル等の身体の状態や精神状態の変化についても支援記録に記載し情報を共有できるようにしている。そして、本人の全体が把握できるようにしている。  |  |                   |

| 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<br>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。 | 日ごろの生活の中で本人の思い等を確認し、家族からも日ごろから意見を聞き、職員みなから情報を持ち寄り施設担当介護支援専門員とよく話し合い適切な介護計画ができるようにしている。 | 計画作成に当たって、日々個別に取った記録（支援経過記録）や医療情報、看護要約などの資料と、利用者および家族、職員の意見をケアマネジャーと相談して作成しています。作成した計画はファイルされ職員間で共有しています。 |                                     |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 個別の支援記録を作成し、情報を共有している。気づきや個々の工夫を皆で実施できるようにしている。そして、この記録をもとに介護計画の作成に生かしている。             |   |                                     |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 家族が対応できない時など、状況に応じ通院や送迎などを行っている。その他、家族等の要望により臨機応変に対応している。                              |   |                                     |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | 地域ケアプラザの図書館を利用している。近所のスーパーへの買物へ行き利用している。また、近所の美容院へ行くなどして利用している。                        |   |                                     |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | 入居前からのかかりつけ医を本人が希望する場合は、希望に沿い継続してもらおう。本人が、かかりつけ医にこだわらない時は、本人や家族の同意のもと施設提携の医師に往診してもらおう。 | 入居前のかかりつけ医や提携医、近所のクリニックなどを受診しています。月2回の内科や月1回の精神科、週1回の歯科の訪問診療があります。更に、看護師による治療処置が週1回、精神科看護師の訪問も月1回行われています。 | 皮膚科診療のニーズが高く皮膚科医の訪問診療への働きかけも期待されます。 |



| 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<br>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。                      | 看護師を職員として配置している。日常の健康管理において、相談や助言をうけている。また、必要に応じ対応してもらう。支援記録をもとに連携して、体調変化の早期発見につとめている。               |   |  |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 協力病院と連携し、入院後の早期退院をめざして情報交換等をしている。家族とも情報交換を密にして、早期退院をめざしている。  |   |  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 入居時に重度化した場合における対応に関する指針を文書にして本人、家族、身元引受人に対しよく説明し同意した旨の署名をもらう。また、病院に入院する際に再度確認している。                   | 利用者家族とは「重度化対応・終末期ケア対応指針」により事業所の指針を説明しています。実際にその時期が近づいた段階で再確認しています。事業所での看取りの経験もあり、職員間の教育も折に触れてミーティングなどで行っています。 |  |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 急変時の対応はフロア中央のカウンターにマニュアルを設置して、いつでも見られるようにしている。また、事故発生時は電話口に通報マニュアルを設置して、いつでも通報できるようにしている。通報訓練を年1度行う。 |   |  |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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。   | 水害ハザードマップ、防災マップを2階エレベーターホールに設置し、いつでも確認できるようにしてある。鳥山町自治会と消防応援協力に関する覚書を作成した。                           | 防災拠点訓練への参加や消防訓練の実施を目標に定めており、夜間想定訓練の外部研修を受ける等、今期中の実施に向け準備を進めています。災害時の備蓄について米約1ヶ月分、その他物資を約1週間分備蓄しています。          | 現在、災害時備蓄品として水の備蓄はありません。最低3日分を目安に備蓄しておくことが期待されます。 |

| 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  |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |   |  |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                | 職員一人一人が自覚し、利用者の人格を尊重し言葉を選んで対応している。利用者が、自己決定できるようにケアを行い、言葉かけをしている。個人情報漏らさないように、日ごろからお互いに確認している。    | 利用者の多くが生活保護や成年後見制度を利用しているため、制度の概略や個人情報の取り扱いについて職員ミーティングで確認をしています。ケアプランなど個人情報にかかわるファイルは、必要な時以外は事務所内で施錠して保管しています。 | 生活保護及び成年後見制度について更に理解を深めるような研修や勉強会など、職員間で行われることも期待されます。                     |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                     | 要望を伝えられる利用者に対しては、気楽に話ができる環境づくりをしている。要望を伝えられない利用者に対しては、職員の押し付けにならないように、気をつけている。                    |   |  |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 利用者一人一人のペースにより生活している。一人一人の体調により、支援している。外出や買い物などにも家族の要望も含めて対応している。                                 |   |  |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | なるべく本人自身でみだしなみができるように支援している。本人ができない場合は本人の要望を確認して介助している。本人から確認できない場合は家族等から情報を集めて支援している。            |   |  |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | 好き嫌いの好みを把握し、毎回の食事で順番よく整えるように支援している。お好み焼きのようにリクリエーションとして作るときもある。利用者の体調を確認し無理のないように、かたづけ等にも参加してもらう。 | 昼食は同一法人内の弁当店から配達され、朝夕食は職員が調理しています。職員に主婦が多く利用者の好みに合わせた調理と、体調を見ながら、きざみ、ミキサー食などへ変更をしています。                          | 地元中学生来訪時にお好み焼きレクを行ない好評だったこともあり、利用者のリクエストに応え、利用者家族が参加できるレクリエーションの企画も期待されます。 |

| 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<br>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。            | 利用者個別の支援記録に一日ごとの食事量、水分摂取量を記録している。食事量が半分の時が三回続いたときは主治医に連絡し相談するなど利用者の体調管理を支援している。              |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                    | 毎食後、口腔ケアを行っている。自立している場合も見守りをしている。利用者により誘導して口腔ケアを行い、また、職員が歯ブラシ、スポンジを用いて支援している。                |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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。     | なるべく自分で排泄できるように支援している。その際、本人の自尊心に配慮し支援している。尿意の分からない時や、オムツの時は本人の様子や時間帯を考慮してトイレ誘導をしている。        | 目標として、リハビリパンツ等の使用量の減少を目指していますが、利用者の状況の変化により失禁回数は目標に反し増加傾向にあります。その記録等は詳細に取っており、さらなる様子観察や声掛けを行い、支援に努めています。          |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                     | 適度な運動を行えるように配慮し便秘予防している。食事はヨーグルト、野菜、水分等などの便秘を予防できる食材を用いるようにしている。利用者によっては主治医から便秘改善の薬を処方してもらう。 |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 利用者の希望に沿い入浴している。利用者の希望がないときは、不公平にならないように回数や順番を設定する。入浴を拒否する場合は、職員が交替して対応する。                   | 入浴は午後の時間帯で、週3回を基準にその日の体調に合わせて柔軟に対応しています。シャワー浴を完備し、石鹸なども使い慣れたものを使用出来ます。また、入浴剤などを入れ、雰囲気を変えたり、今後ゆず湯やしょうぶ湯なども検討しています。 |                   |

| 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<br>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。  | 昼夜逆転にならないように、日中に活動できるように支援している。また、利用者一人一人の体調に配慮し、午睡を取り入れたり休息を取り入れている。               |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。   | 服薬マニュアルを作成し、服薬事故を防止している。また、服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医の指示があるときは、その都度主治医に報告、確認を行う。       |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 食事のかたづけ等本人が希望する役割を行えるように支援している。花壇や畑の作業に参加することに喜びを感じる利用者には、自分の今までの経験が生きるように支援している。   |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 日常的に外出できるように支援している。家族の家に遊びに行く、家族とドライブに行くなど本人に合わせた支援をしている。近所に買い物に行く、散歩に行くなどの支援をしている。 | 以前は動物園などにドライブに出掛けたこともあったようですが、利用者の多くが外出を望まなくなってきました。希望により日常的な買い物など近隣のスーパーや理美容院、バザーなどに出かける支援をしています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 本人が希望し、管理できる場合は本人がお金を持ち使えるように支援している。施設で管理している場合もなるべく本人が自分で支払いができるように支援している。         |  |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 施設の電話は本人が希望する時に使用できるように支援している。手紙は自由にやりとりをしている。そのさい、プライバシーが守られるように気をつけている。                      |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 共用の場所には、違和感のない、落ち着いた調度品を置き、転倒防止のためなるべく不要なものを置かないようにしている。また、季節感がわかるように、飾りつけをして心地よく生活できるようにしている。 | 以前、徘徊した利用者の検索時に、警察から直近の写真を用意するよう要請された経緯もあり、部屋の入口や共用の掲示板に利用者の写真を飾っていません。現在では共用空間の楽しい雰囲気となっています。家族に送ることもあり、喜ばれています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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。  | 一人一人の個性や性格を考え、居心地の良い場所になるようにしている。玄関にイスを置き、居間にソファを置き、心地よく過ごすことができるようにしている。                      |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 家族に協力してもらい、本人が長年使い慣れた家具や衣類を持参してもらい心地よく過ごせる空間になるようにしている。また、好みのもの等を取り寄せたりして居室づくりをしている。           | 利用者は、居室を自由に使い易く使用しています。すべて新調したが落ち着かず、最終的に使い慣れた家具や衣類を持ち込んだり、備え付けのベッドではなく、持ち込む利用者もいます。事業所では、馴染みのものを使うことを奨めています。     |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | トイレと分かりやすく表示するなど、本人が自立した生活ができるように工夫している。椅子の配置など、安全に自立した生活ができるように工夫している。                        |   |                   |

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所名  | ライフケア@しんよこはま |
| ユニット名 | ユニット2        |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |   |      |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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近づけている。                     | 地域密着型サービスについて、職員とともに再確認して、地域社会との良好な関係や利用者の支援が維持していけるように意見交換している。理念はそのために、いつでも振り返りケアに生かされるようにしている。 |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                     | 鳥山町自治会に加入している。町会の案内による活動に参加できるようにしている。盆踊り、敬老会には利用者と参加している。防災拠点訓練には職員が参加している。                      |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                   | 居室の空き室希望の家族等が見学する時に個別にその都度認知症ケアについて丁寧に説明している。   |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 利用者の家族との交流の進め方などのアドバイス等をうけるところから取りくんでいる。  |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。           | 生活保護を受ける利用者が多いため、港北区役所の担当者との連絡等を密に行っている。  |      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | 利用者ごとの帰宅願望、外出、徘徊等の傾向を職員全体で共有して見守りを行っている。ベッド柵で囲んだり、車いすのベルト着用は行っていない。                               |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。                                       | 虐待防止については行動指針として常に見えるところに張り出している。日常のケアで常に再確認している。   |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 現在、数名の利用者に後見人が選任されているので職員は折に触れ関わることがある。利用者の権利擁護につき対応が必要になれば支援していく。                                |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 本人、家族等に時間をとり説明している。入退きの対応、利用料金、医療連携について丁寧に説明し家族等に納得してもらえるように説明している。                               |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 利用者がいつでも意見や要望を気軽にいえる雰囲気作りをしている。家族に対しても面会時や電話などを通して意見や苦情が言えるようにしている。市町村の苦情相談窓口のポスターを見えるところに掲示している。 |      |                   |



| 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<br>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。                                      | いつでも運営に関して意見や提案を受け付けている。定期的にミーティングを開催し意見や提案を受け付けている。そして、提案や意見が反映されるようにしている。            |      |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 職員の希望に添えるように労働時間を設定している。勤務状態による職員一人一人の疲労、ストレスを考慮するとともに職員同士の人間関係にも配慮している。               |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 各種資格試験の受験を奨励している。各種研修の参加も薦めている。研修の案内等を掲示したり、設置している。                                    |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 年に1度、近隣のグループホームが集まり連絡会を開いている。同業者の様々な取り組みを知り、それを活かせるようにしている。                            |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |  |      |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。        | 本人の生活歴や趣味、大切にしているもの等を事前に書面で情報を確保する。事前にできるだけ本人に当施設に見学にきてもらう。そして、本人の要望や不安などを把握するようにしている。 |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | 本人と家族の抱える問題点を把握できるように、なるべく詳細に聞き取りを行い、施設の対応について丁寧に説明し安心して入居できるようにつとめている。                   |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 本人や家族から支援していく方向性を確認する。その他、担当介護支援専門員や区役所担当者からも支援について確認する。職員みな意見も参考にして、適切な支援ができるようにしている。    |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 本人ができることは、なるべく本人ができるようにしている。年月とともに、本人の自立度が低下してきても一人の人間としての関係が壊されないように、声掛けに配慮する等気を配っている。   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | 家族ができることは、なるべく家族にしてもらうことにより、本人自身の安心感につながる。本人の日ごろの状態を報告したり、写真を送ったりしてともに支える関係を心掛けている。       |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                 | 本人に馴染みの場所がある場合、家族の協力により外出できるようにしている。家族がいない場合は、後見人が外出をサポートしてくれる。そして馴染みの場所との関係が続くように支援している。 |      |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。               | 食堂の座る配置などに配慮し、利用者同士が仲良く過ごせるようにしている。利用者同士の関係を職員が情報を共有できるようにしている。そして、利用者同士のトラブルを未然に防止できるようにつとめている。              |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。 | 利用契約が終了する場合はほとんどが体調悪化による入院によるもので医療が必要になる。そのため、病院を探し、紹介し支援している。退去後も支援している。                                     |      |                   |
| <b>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</b> |      |   |   |      |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                       | 本人が意思を伝えることができる場合は、その意向に沿って暮らしていけるようにしている。本人が意思を伝えることができない場合でも、本人の好き嫌いや、本人を知る人からの情報をあつめ、本人の意向に沿えるように検討を重ねている。 |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                   | 本人に家族がいる場合、細かく聞き取り入居後も今まで同様の暮らしをおくられるように支援する。身寄りがない場合、今までの担当介護支援専門員等に問い合わせ、本人の生活をよく知る人から情報を集めて支援にいかしていく。      |      |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                 | 利用者の一日の生活を支援記録に記載し職員が情報を共有できるようにしている。バイタル等の身体の状態や精神状態の変化についても支援記録に記載し情報を共有できるようにしている。そして、本人の全体が把握できるようにしている。  |      |                   |

| 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<br>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。 | 日ごろの生活の中で本人の思い等を確認し、家族からも日ごろから意見を聞き、職員みなから情報を持ち寄り施設担当介護支援専門員とよく話し合い適切な介護計画ができるようにしている。 |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 個別の支援記録を作成し、情報を共有している。気づきや個々の工夫を皆で実施できるようにしている。そして、この記録をもとに介護計画の作成に生かしている。             |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 家族が対応できない時など、状況に応じ通院や送迎などを行っている。その他、家族等の要望により臨機応変に対応している。                              |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | 地域ケアプラザの図書館を利用している。近所のスーパーへの買物へ行き利用している。また、近所の美容院へ行くなどして利用している。                        |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                    | 入居前からのかかりつけ医を本人が希望する場合は、希望に沿い継続してもらおう。本人が、かかりつけ医にこだわらない時は、本人や家族の同意のもと施設提携の医師に往診してもらおう。 |      |                   |

| 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<br>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。                     | 看護師を職員として配置している。日常の健康管理において、相談や助言をうけている。また、必要に応じ対応してもらおう。支援記録をもとに連携して、体調変化の早期発見につとめている。              |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 協力病院と連携し、入院後の早期退院をめざして情報交換等をしている。家族とも情報交換を密にして、早期退院をめざしている。  |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所の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。 | 入居時に重度化した場合における対応に関する指針を文書にして本人、家族、身元引受人に対しよく説明し同意した旨の署名をしてもらう。また、病院に入院する際に再度確認している。                 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。  | 急変時の対応はフロア中央のカウンターにマニュアルを設置して、いつでも見られるようにしている。また、事故発生時は電話口に通報マニュアルを設置して、いつでも通報できるようにしている。通報訓練を年1度行う。 |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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。  | 水害ハザードマップ、防災マップを2階エレベーターホールに設置し、いつでも確認できるようにしてある。鳥山町自治会と消防応援協力に関する覚書を作成した。                           |      |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |      |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                | 職員一人一人が自覚し、利用者の人格を尊重し言葉を選んで対応している。利用者が、自己決定できるようにケアを行い、言葉かけをしている。個人情報漏らさないように、日ごろからお互いに確認している。   |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                     | 要望を伝えられる利用者に対しては、気楽に話ができる環境づくりをしている。要望を伝えられない利用者に対しては、職員の押し付けにならないように、気をつけている。                   |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 利用者一人一人のペースにより生活している。一人一人の体調により、支援している。外出や買い物などにも家族の要望も含めて対応している。                                |      |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | なるべく本人自身でみだしなみができるように支援している。本人ができない場合は本人の要望を確認して介助している。本人から確認できない場合は家族等から情報を集めて支援している。           |      |                   |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | 好き嫌いの好みを把握し、毎回の食事で順番よく整えるように支援している。お好み焼きのようにリクリエーションとして作る時もある。利用者の体調を確認し無理のないように、かたづけ等にも参加してもらう。 |      |                   |

| 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<br>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。            | 利用者個別の支援記録に一日ごとの食事量、水分摂取量を記録している。食事量が半分の時が三回続いたときは主治医に連絡し相談するなど利用者の体調管理を支援している。              |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                    | 毎食後、口腔ケアを行っている。自立している場合も見守りをしている。利用者により誘導して口腔ケアを行い、また、職員が歯ブラシ、スポンジを用いて支援している。                |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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。     | なるべく自分で排泄できるように支援している。その際、本人の自尊心に配慮し支援している。尿意の分からない時や、オムツの時は本人の様子や時間帯を考慮してトイレ誘導をしている。        |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                     | 適度な運動を行えるように配慮し便秘予防している。食事はヨーグルト、野菜、水分等などの便秘を予防できる食材を用いるようにしている。利用者によっては主治医から便秘改善の薬を処方してもらう。 |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 利用者の希望に沿い入浴している。利用者の希望がないときは、不公平にならないように回数や順番を設定する。入浴を拒否する場合は、職員が交替して対応する。                   |      |                   |

| 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<br>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。  | 昼夜逆転にならないように、日中に活動できるように支援している。また、利用者一人一人の体調に配慮し、午睡を取り入れたり休息を取り入れている。               |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。   | 服薬マニュアルを作成し、服薬事故を防止している。また、服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医の指示があるときは、その都度主治医に報告、確認を行う。       |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 食事のかたづけ等本人が希望する役割を行えるように支援している。花壇や畑の作業に参加することに喜びを感じる利用者には、自分の今までの経験が生きるように支援している。   |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 日常的に外出できるように支援している。家族の家に遊びに行く、家族とドライブに行くなど本人に合わせた支援をしている。近所に買い物に行く、散歩に行くなどの支援をしている。 |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 本人が希望し、管理できる場合は本人がお金を持ち使えるように支援している。施設で管理している場合もなるべく本人が自分で支払いができるように支援している。         |      |                   |



| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 施設の電話は本人が希望する時に使用できるように支援している。手紙は自由にやりとりをしている。そのさい、プライバシーが守られるように気をつけている。                      |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 共用の場所には、違和感のない、落ち着いた調度品を置き、転倒防止のためなるべく不要なものを置かないようにしている。また、季節感がわかるように、飾りつけをして心地よく生活できるようにしている。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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。  | 一人一人の個性や性格を考え、居心地の良い場所になるようにしている。玄関にイスを置き、居間にソファを置き、心地よく過ごすことができるようにしている。                      |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 家族に協力してもらい、本人が長年使い慣れた家具や衣類を持参してもらい心地よく過ごせる空間になるようにしている。また、好みのもの等を取り寄せたりして居室づくりをしている。           |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | トイレと分かりやすく表示するなど、本人が自立した生活ができるように工夫している。椅子の配置など、安全に自立した生活ができるように工夫している。                        |      |                   |

平成26年度

## 目標達成計画

事業所名 ライフケア@しんよこはま

作成日： 平成 27 年 2 月 24 日

| 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   | 防災訓練の実施、特に夜間想定 of 訓練が必要である。              | 消防訓練のうち、誘導訓練、通報訓練、夜間想定訓練を1回ずつ行う。     | レクリエーションに組み込み皆で参加する。夜間想定は地域の協力を受ける。 | 12ヶ月       |
| 2    | 4    | 運営推進会議に参加する家族が少ないため、家族の要望や意見を聞く機会があまりない。 | 各家族に年1回参加してもらう。                      | 催し物に家族を招待して施設に来やすくする。               | 12ヶ月       |
| 3    | 43   | オムツの使用者の使用頻度が増えている。                      | 尿取りパッドの使用を工夫して、リハビリパンツやオムツの使用頻度を減らす。 | トイレ誘導とオムツ交換の時間を工夫する。                | 12ヶ月       |
| 4    |      |  |                                      |                                     | ヶ月         |
| 5    |      |  |                                      |                                     | ヶ月         |