

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 | 4790100384 | | |
| 法人名 | 医療法人 城南会 | | |
| 事業所名 | 三原あけぼのホーム | | |
| 所在地 | 沖縄県那覇市三原1丁目2番6号 2階 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年 10月28日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年1月20日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigvosvoCd=4790100384-00&ServiceCd=320 |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ | | |
| 所在地 | 沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205 | | |
| 訪問調査日 | 令和元年 11月27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)】

家庭的な雰囲気の中、本人ができることできないことを見極めながら自立支援に努めています。また、利用者一人ひとりが明るく本人らしい生活が送れるよう支援しています。日中はデイケアを活用してメリハリのある生活を実践しています。利用者に医療的ケアが必要な場合は、医師(主治医)・看護師に速やかに報告し対応しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

当事業所は住宅街の中のマンションの2階にあり、3階以上は一般の住居となっている。地階に、同法人の居宅介護支援事業所がある。利用者全員が法人の医師がかりつけ医となっており、定期受診をはじめ、体調が悪い利用者がある場合はかかりつけ医にすぐ連絡をし、迅速に対応してもらうことができ、必要に応じて専門医につなぐなど安心・安全な体制がある。また、事業所ではかかりつけ医や訪問看護と連携を取りながら住み慣れたホームでの最期を希望する家族の要望に応え、職員はミーティングや申し送りで情報の共有を図りながらこの年で1月、5月、7月に3人の利用者を看取り、利用者、家族に寄り添った支援が行われた。

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) | 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) |
| 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) | 64 | 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) |
| 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) | 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) |
| 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) | 66 | 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12) |
| 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) | 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 |
| 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) | 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 |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28) | | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 | 開所時より特に変更することなく、職員全員で共有し実践するよう努めています。 | 理念については、①家庭的な雰囲気づくり、②利用者の自立の気持ちを大切にする。③心身機能の維持・改善、④人権と尊厳を守る、⑤地域交流の5つの理念を念頭におきながら、リラックスできる雰囲気づくりと自立支援を目指すことをミーティングの中で確認し、実践に生かしている。法人と事業所の理念がリビング横の事務所に掲示している。 | |
| 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 | 地域ケア会議を通して、自治会長との対話等地域との交流に努めています。 | 地域とのつきあいは、自治会に加入し、交流している。地域交流室を「地域ケア会議」の開催場所として定期的に提供し、管理者もメンバーとして参加している。地域の小規模多機能型居宅介護事業所の運営推進会議の委員となり、情報交換を行っている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 地域ケア会議や自治会の活動を通じて、地域貢献できるよう努めています。 | | |
| 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 | 利用者の状況や活動等の報告を資料を配布して、意見交換しながらサービス向上に努めています。 | 運営推進会議は、利用者・家族、市職員、包括支援センター職員、知見者が委員として参加し、年6回定期的に開催している。議事内容は入所状況や事故、苦情の報告、行事等となっている。議事録はリビングに置き、利用者や家族が閲覧できるようにしている。議事録は委員間の意見交換等の記載が少なく、会議の状況を読み取ることが困難な議事録となっている。委員に地域代表者の参加が得られていない。 | 運営推進会議の委員に地域代表を入れることが望まれる。 |
| 5 | (4) | 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる | 運営推進会議を通して連絡・相談等を行っています。また、権利擁護を活用していた利用者の成年後見人への変更の際にも協力していただきました。 | 運営推進会議に行政の担当者や地域包括支援センターの職員が参加してその中で情報を得ている。生活保護のケースワーカーが年2回、生活状況把握のため訪ねてくる。介護保険更新手続きのため、役所に職員が出向いている。今年、退所した利用者の金銭管理について、市へ相談して成年後見人の調整をし、市長申し立てを行った事例がある。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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 | 身体拘束ケアマニュアルを備え、身体拘束しないケアに取り組んでいます。また、三ヶ月に1回身体拘束委員会を行うよう努めています。 | 国の「身体拘束0への手引き」をマニュアルとして使用している。ミーティングの前に身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催し、身体拘束廃止フローチャートにもとづき身体拘束のないケアに取り組んでいる。ベッドからの転落防止のため居室をマット敷きにしたリ、ベッド下にセンサーを設置した利用者が5人いる。身体拘束廃止委員会の議事録が整備されていない。研修はミーティング時にマニュアルの読み合わせをして周知に努めている。 | 身体拘束廃止委員会の会議録の整備が望まれる。 |
| 7 | (6) | ○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 | 虐待防止についてのマニュアルを備え、職員は常に意識をもって防止に努めています。 | 「虐待及び身体拘束防止の手引」が整備され、法人主催の研修に参加して虐待についての理解を深めている。特に言葉使いには気を付けており、不適切な言葉使いがあった場合はミーティングで注意を促している。 | |
| 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 | 権利擁護事業や成年後見人制度についてマニュアルを備え、情報提供できるよう努めています。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約書や重要事項説明書に関しては、時間をかけて説明し疑問や不安をなくし納得した上で契約を行っています。 | | |
| 10 | (7) | ○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 | 意見や要望が話しやすい雰囲気作りに努め、改善点があれば可能な限り早急に対応するよう努めています。 | 利用者や家族の意見・要望等は、運営推進会議の中で聞いたり、日常の会話の中で聞いている。管理者は、家族の面会時には、積極的に声掛けて家族が話しやすい雰囲気づくりに努めている。これまで、家族からの事業所運営に関する意見等は殆どない。過去に家族から皮膚乾燥のためクリームを塗ってほしいとの要望があり、対応した事例がある。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 11 | (8) | ○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 | 日々の業務やミーティング等で、意見や提案は積極的に発言してもらい改善に努めています。また、必要性があれば個人面談も行っています。 | 運営に関する職員からの意見は、普段の業務時や月1回のミーティングで聞くようにしている。人間関係のトラブルがある場合は個別に相談にのっている。土、日にシフトを入れてほしいと申し入れのある職員は要望を取り入れている。「守礼の門」を利用者と一緒に制作するために必要な板や貼り絵を購入してほしいとの要望があり、購入を行った事例がある。 | |
| 12 | (9) | ○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 | 意見や要望があれば話し合いの場を設け、可能な限り改善するよう努めています。 | 就業規則が制定され、給与、年休、時間外勤務、健康診断等が整備されている。シフト勤務は職員の希望を取り入れながら作成している。夜勤勤務者4人中、3人は健康診断が年2回実施されている。感染症予防のため、職員と利用者のインフルエンザ予防接種が実施されている。年間5日の年休取得義務化については法人本部から資料が送付されているが、当日、確認した就業規則ではまだ改正されていなかった。 | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 法人内外を問わず、研修会や勉強会があれば、積極的に参加させるよう努めています。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 研修会や交流会の機会があれば、可能な限り参加するよう努めています。 | | |
| 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 | 利用者や家族の話をよく傾聴し、常にコミュニケーションをとりながら対応するよう努めています。 | | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 家族の意向や要望をよく傾聴し、納得していただける説明ができるよう努めています。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 利用者と家族の意向を話し合った上で、他事業所の情報も提供できるよう努めています。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 人生の先輩として尊重し、これまでの経験から学んだことを教わりながら、お互いの関係を築いていけるよう努めています。 | | |
| 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 | 健康状態や精神状態の変化等には、家族と共に考え連携・協力して支援するよう努めています。 | | |
| 20 | (10) | ○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 | 馴染みの方の来所は少ないのが現状です。時々のドライブの際、自宅近くまで行き本人の記憶を確認したりしています。 | なじみの人や場との関係性の支援については、本人や家族から聞き取りをしている。今年5人の新規入居者があり、アセスメントで情報を把握している。ウォーキング仲間が面会に来たり、入居前の関係事業所職員が面会に来ている。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 食堂兼リビングでの座席配置は、特に気を配り利用者が孤立したり口論しトラブルにならないよう努めています。 | | |
| 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 | サービスが終了しても、本人への面会や家族との連絡はとれるよう努めています。 | | |
| 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 | (11) | ○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 | 利用者の思いや、希望・要望を把握し可能な限り対応するよう努めています。また、家族にも協力してもらいながら支援しています。 | 思いや意向の把握については、日ごろの会話の中で聞くようにしている。居間のソファで、民謡を聞きながら昼寝をしている利用者がある。食事の要求が頻繁にある利用者には、小さなおにぎりを作って対応するなどしている。 | |
| 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 | 利用者や家族からの情報を得ながら、これまで過ごされてきた経緯を把握し支援できるよう努めています。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 健康チェックと経過記録等を申し送りにて情報を共有し、利用者の状態や変化を把握するよう努めています。 | | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 26 | (12) | ○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 | ミーティング等で介護職員との話し合いを持ち、現状に即した介護計画に見直すよう努めています。 | 介護計画は、計画作成担当者を中心に利用者、管理者、職員の意見を聞きながら作成している。長期目標や短期目標が設定され、モニタリング、評価も実施されている。随時の見直しもされている。今年5人の新規入居者がおり、アセスメントや課題分析を行い、長期目標、短期目標が設定され、本人及び家族の同意も得られている。 | |
| 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 | 日々の様子や変化等は、個別に記録していません。また、情報を共有して実践や介護計画の見直しに活かしています。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生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 | 利用者や家族からの要望等、状態や状況に応じて可能な限り柔軟に対応・支援するよう努めています。 | | |
| 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 | 少しずつですが、地域資源を把握できるよう努めています。 | | |
| 30 | (13) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 利用者全員の主治医は当法人の医師なので、定期受診や変化があれば迅速に対応していただいています。また、専門診療が必要な場合は紹介状を書いています。 | 法人の医師が主治医となっているが、他院へ受診に行く利用者もいる。その際は情報提供書を持参させ、受診結果は主治医へ報告し、職員との情報共有は業務日誌へ記録して、確認後サインをしている。週2回(月・木)の訪問看護利用で健康状態を確認しており、2名の利用者が訪問歯科を利用している。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 週2回訪問してもらい、バイタルチェック等を行っています。また、身体面や精神面の変化があれば報告し対応していただいています。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時の状況を家族・病院側と情報交換を行いながら支援しています。また、面会に行き利用者の状態を確認しています。 | | |
| 33 | (14) | ○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 | 主治医から家族へ重度化・終末期の指針を説明していただき、本人や家族の希望・要望を考慮した上で、延命や看取りに関する同意書を作成しています。 | 入居時に「重度化した場合における対応に関する指針」を説明し、「終末期の対応の同意書」を徴している。重度化した場合は再度家族の意思を確認し、「看取り介護・医療の同意書」をもらい、医師、訪問看護と連携して対応している。職員は看取りの経験があり、全職員での情報共有を行い、家族・利用者への支援を行っている。この1年で3人の看取りをしている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 緊急時マニュアルを備え、主治医・家族・救急への連絡体制はとっている。応急手当や初期対応の訓練は定期的には行えていませんが、不定期に主治医・看護師からのアドバイスがあり職員間で確認しています。 | | |
| 35 | (15) | ○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 | 消防訓練を通して災害に対する対処法を身に着けるよう努めています。しかし、近隣住民にも協力を得ての避難訓練は行えていません。 | 消防訓練は昼・夜間想定訓練を年2回実施している。避難経路や避難方法について消防署の方から指導を受け、職員へも周知している。5月には消防用設備等の点検も済んでいる。水・食料品の備蓄がされている。食料品は期限切れに注意しながら補充に気を付けている。地域住民の参加が課題であると管理者は認識している。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 | (16) | ○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 | 利用者の人格を尊重し上から目線ではなく、人生の先輩として敬意をはらいながら支援するよう努めています。 | 「個人情報保護方針」や「利用目的」が揭示されている。入浴は「着替えましょうか」、「歩いてみましょう」と様子を見ながら声を掛けたり、時間をおいて声掛けするなどの工夫をしている。排泄支援時は、扉を閉める等プライバシーに配慮している。 | |
| 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 | 利用者の思いや要望があれば、傾聴し可能な限り自己決定できるよう支援しています。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者の意見を尊重しながら、可能な限り本人のペースで過ごせるよう支援しています。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | これまでの身だしなみやおしゃれができるよう、家族にも協力していただき支援しています。 | | |
| 40 | (17) | ○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 | 野菜の皮むきやもやしのひげ取り等、できることは手伝ってもらいながら食事作りをしています。食後は、テーブル拭きやお膳拭き等も行っています。 | 食事は、ご飯とみそ汁は事業所で作り、副食は配食サービスを利用している。日曜日と木曜日の朝食は”パン食”と決め、週に1回は果物を出している。差し入れがある場合はその食材を使って提供することもある。3時には、お菓子と利用者の好みに応じてコーヒーを出すなどの工夫をしている。日頃は職員も一緒に食事を摂っていることだが、調査時は職員と一緒に食事している場面は見られなかった。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 食事量や水分量は、毎日チェックし記録をとって把握するよう努めています。また、食欲不振の利用者には主治医に報告・確認し経腸栄養剤等を活用しています。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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 | 毎食後の口腔ケアは、利用者の状況や状態に応じて支援しています。口腔状態にトラブルがあれば家族に報告し歯科受診につなげています。また、2名の利用者は月2回の訪問歯科受診を行っています。 | | |
| 43 | (18) | ○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 | 日中はトイレ誘導するよう支援しています。しかし、夜間帯は職員が1名のため、数名の利用者は居室にポータブルトイレを設置し排泄を行っています。 | 日中は定時誘導や排泄チェック表をもとに利用者個人の排泄パターンを把握し、声掛け誘導するようにしている。夜間は大きめのパット使用の利用者が多く、ポータブルを使用される方もいる。ポータブル使用後は、水を溜め、ハイターで洗浄するなど臭いが出ないように配慮している。 | |
| 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 | 日々の排便状態を記録し、食事や水分摂取量・運動等に配慮しています。また、主治医・看護師に報告・相談しています。 | | |
| 45 | (19) | ○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 | 入浴は週3回になっていますが、利用者の体調や拒否がある場合は無理強いしない対応を行っています。 | 入浴は週3回の午前中を基本としているが、利用者の要望で午後入浴も対応している。入浴拒否される方はほとんどいないが、利用者の体調や様子を見て、声掛けし、無理強いをしないように誘導・支援をしている。浴室は冷暖房機が設置されている。 | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 良眠できるようデイケアの活用やホームでの活動を取り入れ、一日のリズムが崩れないよう支援しています。 | | |
| 47 | (20) | ○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 | 利用者一人ひとりのお薬を職員間で確認してから服用させています。お薬の変更や臨時薬があれば内容や副作用について申し送りしています。 | 薬の管理については、管理者が薬袋に飲ませる日付を記入し、その日のリーダーが1日分をセットし、飲ませる時は、他の職員とのダブルチェックと服薬チェック表での確認をし、与薬している。薬の変更時は口頭で伝え、申し送り欄に記載し、確認後サインをするなど共有して周知が図られているが、マニュアルは作成されていない。 | 誤薬は人災と言われているので、誤薬防止の観点からも「服薬支援マニュアル」の作成が望まれる。 |
| 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 | 利用者や家族から好み等を聞き取り、楽しめるよう支援しています。また、野菜の皮むき・もやしのヒゲ取り・食器洗い・洗濯物たたみ等を行っています。 | | |
| 49 | (21) | ○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 | 気分転換を図るため、ドライブや散歩を兼ねてスーパーへの買い物等を行っています。また、家族との外出や外泊は積極的に支援しています。 | 利用者の状況・状態を見てドライブしたり、スーパーで買い物をしたりしている。また家族の協力を得てお正月や旧盆には自宅で過ごせるよう支援している。天気の良い日は屋上で、外気浴を兼ねて茶話会を行うこともある。季節の行事として、桜を見に与儀公園へ出かけたり、初詣に出かけるなど外出支援を行っている。 | |
| 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 | 本人で所持したい方には保管してもらい、必要に応じて買い物等を行っています。 | | |

自己評価および外部評価結果

確定日:令和2年1月14日

| 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 |
| 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 | 要望があれば柔軟に対応するよう努めています。 | | |
| 52 | (22) | ○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 | 室温やテレビの音量・照明には十分配慮し、壁には季節感をだすための飾りつけをして、心地よく過ごせるようなく風をしています。 | リビングは程よい明るさで、水槽が置かれ、大きめのソファ2つが配置されており、利用者は食後にくつろいだり、民謡を聞いたりしている。クリスマスの飾り付けで年末の雰囲気演出されている。加湿器も置かれ、感染予防にも気を付けている。居室に面した廊下は広く収納棚も多く、すっきりと片付いている。 | |
| 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 | 共有空間にイスやテーブル、テレビ等を配置して、利用者が思い思いに過ごせるよう居場所を工夫しています。 | | |
| 54 | (23) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 利用者が使用していた身の回りの物や家具等を持ち込んでいただいて、落ち着いて過ごせるよう工夫しています。 | 居室には、洗面台・タンス・戸棚・ベッド・エアコンが備え付けられている。利用者の馴染みの整理ダンスや2人用のテーブルなど、個人が使い慣れたものが持ち込まれている。居室には家族写真やカレンダー等が置かれている。 | |
| 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 | 手すりを設置して可能な限り利用者の動線上に物を置かないよう、安全で自立した生活が送れる工夫をしています。 | | |