

平成27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         | 1495600288   | 事業の開始年月日       | 平成25年10月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成25年10月1日 |
| 法人名           | ヒューマンライフケア株式会社   |                |            |
| 事業所名          | ヒューマンライフケア麻生の宿   |                |            |
| 所在地           | ( 215-0005 )   |                |            |
|               | 神奈川県川崎市麻生区千代ヶ丘7-6-4  |                |            |
| サービス種別<br>定員等 | <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 25名        |
|               |  | 通い定員           | 15名        |
|               |  | 宿泊定員           | 9名         |
|               |  | 定員計            | 名          |
|               |  | ユニット数          | ユニット       |
| 自己評価作成日       | 平成28年2月27日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成28年7月6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 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

「通い」「泊まり」「訪問」3つのサービスを柔軟に組み合わせご利用いただくことで、住み慣れたご自宅・地域での暮らしをいつまでも元気にイキイキと、安心して続けていただくことを目指しています。スタッフ一同、いつも「笑顔」と「こころ」を大切にサービスの向上に努めるとともに、積極的な地域交流で地元の皆様に信頼いただける施設でありたいと考えております。

### 【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28年3月29日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成28年6月1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、小田急線新百合ヶ丘駅から千代ヶ丘方面行きのバスで約8分、「千代ヶ丘」下車徒歩3分のバス通りに面した住宅地にあります。近くに郵便局、スーパーマーケットなどの商店、公園や畑もあります。運営母体は、福祉サービスを幅広く全国的に展開しています。

<優れている点>

自宅で介護・生活援助をして貰う「訪問介護」、急な時は最長20時まで過ごせる「通い」、長期・短期の「泊まり」の3つのサービスを要望に応じて柔軟に対応しています。利用者が住み慣れた自宅と地域での暮らしをできるだけ続けることを大切にしているので、地域との関係づくりについて積極的に取り組んでいます。職員が開設時に作った経営理念の「家族のように助け合いながら笑顔にあふれる生活が送れるように支援します」を標語にサービスをしています。利用者が自分の親や大切な人だったら、自分の対応をどう思うか、と自問し行動することを基本にしています。利用者の「こころ」を大切に受け止め、寄り添える介護について事業所全体で一生懸命、笑顔で明るく取り組んでいます。

<工夫点>

職員の提案から始まった、職員間でのお互いの「いいところ探し」を行い、職員一人ひとりの介護スキルの向上に努力しています。これにより職員間の人間関係が建設的になるとともに、利用者への観察力や気づき力が向上して、介護サービスの品質が向上しています。

### 【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  | ヒューマンライフケア麻生の宿 |
| ユニット名 |                |

| V アウトカム項目   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 56<br>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)     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない  |
| 57<br>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)             | <input type="radio"/> 1, 毎日ある        |
|   | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|   | <input type="radio"/> 3, たまにある       |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 58<br>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)                   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 59<br>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)   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 60<br>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)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 61<br>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)        | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 62<br>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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 63<br>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)  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と    |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどできていない  |
| 64<br>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)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように    |
|  | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|  | <input type="radio"/> 3, たまに         |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 65<br>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) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている    |
|  | <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている   |
|  | <input type="radio"/> 3, あまり増えていない   |
|  | <input type="radio"/> 4, 全くいない       |
| 66<br>職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が    |
|  | <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |

| 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つなげている。                     | 理念について、職員がいつでも見えるように、施設入り口に貼り出してある。社内研修などで、理念のかかれた冊子を配布しており、読み合わせることで、理解を深められるようにしている。 | 理念を玄関に掲出し、利用者と職員の目に触れるようにしています。「笑顔」と「こころ」を大切に考える理念を、全体会議でテーマとして話しています。利用者が自分の親や大切な人だったら、自分の対応をどう思うかと自問し行動しています。 |                   |
| 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。                     | 買い物や散歩に出かけ、地域と関わられるように努力しています。   | 地域の盆踊りや避難訓練に参加すると共に、事業所のパーベキュー会には地域からも参加があります。ハロウィンでは子どもたちの訪問を受けています。利用者の送迎時に、近くの商店から声を掛けて貰うなどの関係づくりが来ています。     |                   |
| 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。                   | 社会福祉協議会に登録し、ボランティアの受け入れなど、積極的に取り入れていくようにしている。  | /   | /                 |
| 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。 | 2ヶ月に1回、運営推進会議を行っている。施設での行事の報告や様子などを報告し、意見をいただいたことをサービスに反映できるようにしている。                   | 地域包括支援センター職員、利用者家族、利用者代表、地域住民代表として町会長が参加して、2ヶ月に1回開催しています。会議では、利用者の状況、事業所の行事、消防訓練の結果、事故発生、事故防止の取り組みなどの報告をしています。  |                   |
| 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。           | 利用者の体調やニーズの変化があった際には、市町村の担当窓口へ電話相談、又は直接出向き必要に応じた手続きをとっている。                             | 管理者は地域包括支援センターや区の高齢者支援課などの担当窓口へ電話連絡や必要に応じて訪問するなど、連絡を取りあっています。利用者が急な専門病院への入院が必要になった時、区の手配で迅速に入院ができています。          |                   |

| 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。 | 職員の見守りや連携を重視し、外に行きたい方や落ち着かない様子の方は、一緒に外に行くなど、安全面に配慮しながら、自由に暮らしていけるよう支援している。 | 事業所内の生活は、食堂の冷蔵庫を自由に使用できるなど、家庭での生活のように自由に暮らせることを大切にしています。放置や尊厳を否定する、身体拘束になり得る「不適切なケア」などについて、毎月の全体会議の中で職員間で話し合っています。 |                   |
| 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。                                      | 虐待防止のマニュアルを作成。ミーティングなどで勉強会を実施し、虐待となり得る行為を具体的に伝え、職員に意識を持ってもらうようにしている。       |  |                   |
| 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。                                 | 必要と思われる、利用者がいた場合、管理者を中心に手続きを行っているが、職員には制度と利用を行う理由について説明をしている。              |  |                   |
| 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。  | 契約時に時間をとり、重要事項の説明を丁寧に行っている。利用料に変更がある場合は、ご家族に説明し、同意をいただいている。                |  |                   |
| 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。   | 連絡ノートを作成し、ご家族のご意見や要望を書いていただき、できるだけ希望に沿うようにしている。                            | 利用開始時のフェイスシートとアセスメントシートをもとに職員が利用者と接する中で希望を把握しています。家族への「連絡ノート」に要望記載欄を設け、家族の意向を把握できるようにしています。利用者と家族の希望に沿うよう努めています。   |                   |

| 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。                                      | 月1回のミーティングで職員の要望や意見を聞いている。その意見を元に管理者と職員と話し合い、改善できるところは改善するように努力している。 | 月1回の全体会議の議長と書記を職員が交替制で務め、会議資料作成の準備を行うなど運営に主体的に参加しています。職員の提案で始めた、職員互いの「いいところ探し」をすることにより介護サービスの向上につながっています。 |                   |
| 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。      | 月1回、品質チェックシートを管理者が記入し、より働きやすい環境となるよう現状の把握に努めている。                     |   |                   |
| 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。          | 職員一人ひとりのケアの力量が同等になるように、介護技術向上の社内研修を積極的に受けてもらうようにしている。                |   |                   |
| 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。 | 小規模多機能事業所の勉強会に参加し、情報交換を行っている。  |   |                   |
| <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。        | 事前面談で本人とお会いし、生活状態やニーズについて把握。ご利用者様の思いやニーズに沿ったサービスが提供できるよう努めている。       |   |                   |

| 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。     | ご家族のニーズをお聞きし、可能な限り希望に沿う対応をするように心がけています。利用をしていく中で、変化が生じたら都度相談をし、家族と話し合うようにしています。 |   |                   |
| 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。 | 相談の時に、柔軟な対応ができる小規模多機能ケアの特性や他サービスの利用も含めながら、サービスを考え提案をしています。                      |   |                   |
| 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。                    | 利用者のできることを生かせるよう、職員が一方的に行うのではなく、できることは行っていただき、利用者にも参加してもらうことを心がけています。           |   |                   |
| 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。     | ご自宅での様子をお聞きしたり、施設での様子をお伝えしたり、ご本人の情報が共有できるようにしています。                              |   |                   |
| 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。                 | ご近所の店に送迎時の協力をしてもらったり、挨拶をしたりして、一緒にご本人を支援していただけるように協力をしていただいている。                  | 利用開始時に生活状況を聞き取り、居宅での生活において、地域との関係性が継続できることを大切にしています。コンビニエンスストアで日課のスポーツ新聞購入、馴染みの理美容室の利用、通い慣れた医院への通院などを支援しています。 |                   |

| 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 |
| 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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                 | 職員が間に入り、利用者とは会話やレクリエーションをすることで、利用者同士も交流が図れるようにしている。                               |  |                   |
| 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。 | 終了家族に関しては、口頭でいつでも相談に応じられる旨を伝えている。   |  |                   |
| <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。                        | 日々、利用者へ声かけを行い、希望や意向の変化の把握に努めている。場合によっては、関係者、機関に連絡を取り調整を行うようにしている。                 | 利用開始時に、本人と家族から希望や暮らし方のこだわりを聞き取り、把握しています。職員はサービス利用時の利用者との会話や様子から得た思いや意向を「サービス提供記録」として個人ごとのファイルに残し、情報共有してケアに活かしています。 |                   |
| 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。                    | ご本人、家族から聞き取りをした内容は基本情報に記入し、職員にも伝えるようにしている。  |  |                   |
| 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。                                  | 訪問に行き、ご家族にあった際に利用者の状態や自宅での過ごし方などをお聞きすると、同時に施設での状態や過ごし方をお伝えし、お互いに状況を把握できるようにしています。 |  |                   |

| 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 |
| 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。 | ご家族やご本人と関わる中で、計画の変更があるようだったら、都度、相談し変更を行う。職員とはミーティングの中で意見交換、カンファレンスを同時に行い、介護計画が現状にあっているか確認している。 | 利用開始時のアセスメントで目標設定と具体的な介護内容について介護計画を作成しています。月に1回及び必要の都度、関係者で意見交換とカンファレンスを行い、サービスの状況と家族の意見を聞き、内容を確認しています。          |                   |
| 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。                        | 個別のサービス提供記録簿を作成し、日々の気づきや食事・水分量・排泄状況など記録し、職員が常に確認でき、始業前に必ず確認するよう指導している。                         |  |                   |
| 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。               | ご本人、家族の状況に応じて、訪問、宿泊の臨時利用や、必要に応じて通院などの支援を行っている。   |  |                   |
| 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。                         | 金銭管理が必要な方は、「あんしんセンター」を利用していただくなどしている。また、徘徊をしてしまう方に関しては、本人の立ち寄りそうな店には協力を頼んでいる。                  |  |                   |
| 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。                    | 事前にご家族、ご本人の希望をお聞きし、希望があれば事業所の協力医に変更をするなどしている。また、必要に応じて通院の援助を行っている。                             | 利用者の生活基盤は自宅であり、従来からのかかりつけ医への受診に支障がないよう努めています。通院も最大限支援しています。週2回、事業所に訪問診療医の往診があり、希望すれば利用できます。薬局も来て調剤した薬を貰うことができます。 |                   |

| 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。                      | 看護職員を配置。利用者の日頃の状態を把握。利用者の健康管理や状態変化にいち早く気づけるよう、介護職員と連携をとっている。            |   |   |
| 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。  | MSW、医師、看護師と連携し、利用者の状態や退院時期を把握し、退院後に速やかにできる限りの支援ができるようにしている。             |   |   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 重度化するおそれのある利用者が出た場合、家族や関係医療機関と連携を強め、今後のケア方針などを相談している。その結果は随時、職員に伝達している。 | 事業所として看取りケアの経験はまだありませんが、「最期まで自宅で過ごしたい」という本人・家族の希望があり、提携医師と看護師の協力を得て積極的に取り組む方針です。看取りケアに向けて職員の研修に取り組むところです。 |   |
| 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。   | 利用者が急変した時の、連絡先や対応方法などを職員に伝え、更に記入した物をフロアに掲示してある。                         |   |   |
| 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。   | 利用者と共に避難訓練を行い、不具合があれば都度、話し合いを行い訂正をしている。                                 | 避難訓練は年2回行っています。事業所は1階にあり、食堂からウッドデッキへ容易に避難できます。災害発生に備えて水、食料の備蓄を行っています。災害発生時には、地域の人々の協力が得られる体制ができています。      | 災害に備えた水や食料などの備品については、有効期限の管理と、屋内・屋外の保管場所の効果的な利用について工夫する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。                 | ご本人の誇りを傷つけないような対応を心がけている。また、全室個室であり、一人ひとりのプライバシーが守れる環境づくりをしている。                    | 法人として「介護スタッフハンドブック」を全職員に配布、研修を繰り返しています。言葉の掛け方では、丁寧さだけでなく、真に「心と心の繋がっている話し方」について具体例をあげ議論し、対応の仕方を全員で学んでいます。      |                   |
| 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。                      | ご本人の希望に添えるよう、できる限り個別での対応をするように心がけている。  |   |                   |
| 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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。 | 大まかな一日の流れはあるが、本人に合わせるようにしているので、きちんと時間で分けてはいない。場合によっては食事時間をずらすなど、臨機応変な対応をするようにしている。 |   |                   |
| 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。                                   | 身だしなみや服装など、ご本人と相談しながら好みにあったものとなるようにしている。   |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。      | 食事の準備や片付けなど、利用者にも参加してもらいながら行っている。  | 食事について、車椅子の利用者も含め全員が「できることは自分で」を実践して家庭的な雰囲気大切にしています。また、好みの食材を使い、季節感を取り込んだ「お楽しみフード」を季節ごとに企画して変化を演出し、皆で楽しんでいます。 |                   |

| 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 |
| 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。                 | 一人ひとりに合わせた、量や食事形態で提供するようにしている。一日の水分量をチェックし、不足しがちな利用者を把握し、こまめに飲んでいただくようにしている。 |  |                   |
| 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、声かけを行い、口腔ケアを行ってもらうようにしている。   |  |                   |
| 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。          | 利用者の様子を見て、トイレの声かけ、誘導をし、なるべくトイレで排泄をしていただくように促している。                            | 利用者の排泄チェック一覧表には、水分摂取量も一緒に記録し、排泄パターンと健康状況を把握して、トイレ誘導を行っています。自宅へ戻った時にも支障がないように、便座での排泄を基本にしています。排泄状況に変化があれば家族にも連絡しています。 |                   |
| 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。                          | 毎日、牛乳やヨーグルトなど提供している。利用者によっては腹部マッサージを行うなど、できるだけ自然にできるように心がけている。               |  |                   |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 一人ずつ入浴していただき、一人の職員がすべてを行うようにしている。利用者の状態に合わせて入浴日を決めているので、時間や曜日は決めていない。        | 週2回の入浴を原則としています。浴槽には入浴用リフト設備があり活用しています。できるだけ同性介助を原則にしています。入浴拒否の利用者には、清拭や足湯など浴室の脱衣室で行い、自然に入浴したい雰囲気作りを行っています。          |                   |

| 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 |
| 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。  | 無理のないよう、疲れた様子がみえたら、臥床していただくなど、ゆっくりと休息できるように心がけている。                                     |   |                   |
| 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。   | 薬の説明書は職員がいつでも見れる場所においてあり、内容が把握できるようにしてある。通所、訪問をされる方で薬の管理が難しい方は職員が確認をし、内服していただくようにしている。 |   |                   |
| 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。                              | 利用者ができそうなこと、得意そうな仕事は行ってもらうようにしている。終わったあとは、必ず感謝の言葉を伝えている。                               |   |                   |
| 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。 | 買い物や散歩など、利用者の希望や体調に合わせ、行うようにしている。  | 散歩など、外出支援についてはサービス提供記録簿に記載して家族へ報告しています。通いの利用者の帰宅途中で、スーパーで買い物をする支援もしています。毎日脳トレを加味した体操はで運動しています。ウッドデッキでの外気浴も楽しむことができます。 |                   |
| 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。                              | 家族からお金を預かり、事業所で管理。利用者から希望があった際は、そこからお金を出し、ご本人と買い物に行き払ってもらうようにしている。                     |   |                   |

| 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 |
| 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。   | 全室個室であるので、携帯電話を持っている方は持ってきていただいております。そこから自由に家族と連絡をとったり、かかってきたりしてお話している。   |  |                   |
| 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。 | 清掃は毎日行い、清潔に保つようになっている。朝にはカーテンをあげ、窓を開けて外の空気を感じてもらえるようにしている。                | 和室3部屋は間仕切りを取ると大広間となり、毎年正月には茶話会が開かれています。居間は利用者全員で2ヶ月ごとにテーマを決めて飾り付けをしています。居間には、自宅と同様に、飲みたい時に自由に選べる珈琲、紅茶、ジュースなどが用意されています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<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。   | 全室個室であり、一人で過ごせる空間を確保している。また、テーブルやソファ、マッサージイスを設置しており、思い思いの場所で過ごせるよう工夫している。 |  |                   |
| 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。  | 個室であり、ご本人の使い慣れた衣類や道具を持ってきてもらい、心地よく過ごせるように配慮している。                          | 居室は全て個室で、泊り時には何を持ち込んでも自由です。泊りには、ベッドなどの家具配置も本人・家族と相談し、現在の自宅の居室と比較しても違和感がないよう工夫しています。夜間はナースコールを用意して不安の解消をしています。          |                   |
| 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。  | できる限り、ご自分で行えることは行ってもらおうようにしているが、常に見守りや介助ができるような位置に職員がいるようにしている。           |  |                   |

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 ヒューマンライフケア 麻生の宿

作成日： 平成 28 年 6 月 20 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    | 11   | 現在、介護のリーダーの適任者が不在で管理者が兼務しているような状況にある。管理者の負担の軽減も含め、スタッフの介護職員としての力量の全体的な底上げが必要である。  | 介護スタッフの誰もが、介護リーダーとして動けるような力量を身につけ、現在いるスタッフの中から、介護リーダーや主任を任命できるような状況をつくる。   | フロアー会議では毎月職員が入れ替わり議長を務め全員がリーダーとしての介護職員としての自覚、全体を見渡せる力、責任感などの向上を図る。担当でない日も、全体が把握でき自分以外のスタッフの動きも考えながら動けるようこころがける。                            | 12ヶ月       |
| 2    | 33   | 介護の職場とし始めて勤務したというスタッフが多く、ターミナルケアや急変時の対応の経験がないスタッフが大半である。今後増えていくであろう重度や終末期の利用者の対応やケアについて不安がある。                                     | スタッフが比較的厚い日勤帯はもちろん、一人になってしまう夜勤帯も利用者の急変時は必要最低限の対応ができ、利用者、家族が安心できる状況をつくる。  | 協力医の協力も得ながら看護師を主とした施設内の研修（看取り、急変時）を定期的実施していく。<br>スタッフ全員の利用者の観察力を向上できるような研修、ミーティングを定期的実施する。   | 3ヶ月        |
| 3    | 35   | 夜間での災害発生を想定した避難訓練が行われておらず不安がある。夜間においては、施設内は必要最小限の人員しかいないため。利用者全員を安全に非難してもらうには、地域の方々の協力も不可欠な状況がある。<br>災害時の備蓄がないことも外部評価によって指摘されている。 | 地域での協力者も含め、スタッフの災害時の連絡網を作成し、特に夜間の大地震、火災などの災害時は夜勤者が近隣に居住のスタッフと地域の方々の協力のもと、泊まりの利用者が安全に避難できるような体制作りをする。災害時に利用者が当座を凌げる程度の飲食物の備蓄ができる。 | 運営推進会議の場を借り、地域の方々から災害時（特に夜間）の協力が得られるかどうかお願いし、得られるようならば、その方々を含めた連絡網（通信手段が使用できるか否かも考慮し）を作成する。<br>本部職員と備蓄する品目や量は検討する機会を設け、早急に購入、備蓄を行い、見直しを行う。 | 3ヶ月        |
| 4    |      |   |  |  | ヶ月         |
| 5    |      |   |  |  | ヶ月         |