

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                            |            |           |
|---------|----------------------------|------------|-----------|
| 事業所番号   | 2891400117                 |            |           |
| 法人名     | 医療法人社団 紀洋会                 |            |           |
| 事業所名    | 認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム幸の郷 |            |           |
| 所在地     | 兵庫県丹波篠山市本郷108-2            |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和2年 7月 16日                | 評価結果市町村受理日 | 令和3年1月22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 [://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou\\_pref\\_topiigvosyo\\_index](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topiigvosyo_index)

#### 【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 福祉市民ネット・川西 |  |  |
| 所在地   | 兵庫県川西市小花1-12-10-201  |  |  |
| 訪問調査日 | 令和2年10月5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)】

自然に囲まれ、四季折々の行事で季節感あふれる催しがあり、1年を通じて楽しんで生活できる環境です。今年は特に外出や外食が出来ない為、施設周辺や施設内で過ごすことが多く、色々な楽しみも半減しています。そんな中でも「コロナに負けるな」と書かれた沢山の鯉のぼりが青空に泳ぐのをまじかで見た時は元気をもらえ地域の方々の方々の力強さを感じました。今年の事業所の目標は「みんなが気持ちよく過ごせる環境作りに努める」です。不適切チェックを職員全員で行い、不適切チェックを無くすことを真剣に考え自分自身のケアを見直すことで、「ケアの基本理解と正しい実技」を見直すきっかけとなりました。「ここは皆さん穏やかでいいですね」初めて訪ねて来られた方の感想です。安心して暮らせる環境作りに職員一同取り組んでいます。

#### 【第三者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)】

自然豊かな田園風景のなか、同法人の小規模多機能ホームと隣接して建つ事業所である。母体の医療法人は多くの介護サービス事業を展開し、地域の医療・福祉を一手に担っている。事業所理念の「明るく家庭的な雰囲気・・・」は利用者の様子から感じ取ることができ、小学校や地域住民との交流等が頻回に行われ地域に溶け込んだ暮らしが実現できている。定期的な医師の訪問診療と、訪問看護師による健康管理が行われており、利用者の高齢化や重度化がすすんではいるが、職員は利用者一人ひとりが自由に楽しく好きな事ができる環境を目指す支援に努めている。コロナ禍のもと外出しにくい状況ではあるが、利用者と職員が共に外出・外食等ができる日を皆で心待ちにしている。管理者は職員が自由に発言し働きやすい環境で利用者支援が出来るように、日々配慮している。

### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | <input type="radio"/> | 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 | 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)  | <input type="radio"/> | 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    |
| 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)             | <input type="radio"/> | 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                  | 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:2,20)                     | <input type="radio"/> | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<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)                   | <input type="radio"/> | 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    | 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広がったり深まり、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<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)    | <input type="radio"/> | 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    | 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> | 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       |
| 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)                  | <input type="radio"/> | 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    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<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している<br>(参考項目:30,31)         | <input type="radio"/> | 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                                   | <input type="radio"/> | 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. ほとんどできていない |
| 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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> | 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    |    |   |                       |   |

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 第三者 | 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   |
| <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                             | 毎年、年度目標は年度末に1年を振り返り、目標の達成度合を話し合い、出来ていないことを見極め、より良い事業所になる為には何が必要かを話し合い目標を決めている。                             | 法人の基本理念と、事業所の理念「明るい家庭的な雰囲気の中で個々に寄り添っている。地域に溶け込んだ生活の支援」を事務所に掲げ、職員は利用者に寄り添い、その表情や笑顔から現場で理念が活かされていると管理者は感じている。毎年職員で話し合った達成目標も掲げている。      |   |
| 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                             | 今年度は新型コロナウイルスの影響で地域交流は出来ていないが、例年は地域の祭りや催しに参加し交流を図っている。夏祭りが縮小されて開催されるかもしれないので何らかの形で支援できたらと考えている。            | 自治会に加入し、地域開催の夏祭りやたい焼きや綿菓子販売したり、囲碁ボール大会に参加する等の行事に参加し、地域との交流を深めている。自治会の例年行事である山から山に架けたロープに無数のこいのぼりが泳ぐ様子は、事業所から眺めることができ、利用者の楽しみとなっている。   |   |
| 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                           | 小学校や地域に働きかけ認知症サポーター講習会第2回の開催をしたいと考えていたが、次年度以降で感染症が落ち着いたら行いたいと考えている。  |   |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<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        | 3月を最後に5月・7月は書面で情報提供し、個別に意見交換した。  | 運営推進会議は、隣接する小規模多機能事業所と合同で隔月開催している。自治会長や地域住民の積極的な参加があり活発な意見が多く出され、充実した会議内容であるが、事故とヒヤリハットの内容、及び再発防止策への報告の記録がない。コロナ禍のなか、家族への議事録の送付が望まれる。 | 事故・ヒヤリハットの報告と再発防止策についての意見交換の状況を、文字にして記録できるような議事録の書式を用意されてはどうか。また、すべての家族に配布し、意見を求めているはどうか。 |
| 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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                   | 運営推進会議へ参加して頂いており、事業所の取り組みを十分に知ってくださっている。困ったときには相談し、協力を頂いている。   | 市との連絡や情報交換は本部を通じて行う。運営推進会議に、市職員や地域包括支援センター職員等の出席があり情報交換している。利用者のSOS登録を機に地域ケア会議に参加したり、年に1度開催される地域密着会議に参加している。                          |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 法人内で作成したマニュアルに基づき、身体拘束をしないケアを実践している。年2回の研修を行い、スピーチロックや不適切ケアについて学んでいる。今年度は不適切ケアを無くすためにはどうすればよいかについて取り組んでいる。 | 運営推進会議で身体拘束適正化委員会を開催している。玄関は夜間以外は開錠し、外出希望があれば職員と一緒に出掛けている。不適切ケアを減らす取り組みや毎月の職員会議前に、身体拘束をしない研修を実施し、適正化に日々取り組んでいる。                       |   |

| 自己 | 第三者  | 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              |
| 7  | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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逃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     | 法人内で作成したマニュアルに基づき勉強会を行っている。不適切ケアを無くすことが大事だと自己のケアを見直す意味で毎年不適切ケアチェックを行っているが、今年度はチェックのついた項目を無くすための対策を講じ虐待の予防に努めている。 | 虐待防止と身体拘束適正化に関するセルフチェックを実施し、チェックが少なかった職員を講師とし研修会を行っている。身体拘束と同時に、虐待の研修を年間研修計画に組み込み、職員会議の前に実施している。職員の不適切な呼びかけ等に遭遇した時は、管理者がその場で職員を呼び注意している。 |                                |
| 8  | (7)  | ○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 | 毎年本部に講師を依頼し、研修を行っている。ご家族へ制度を情報として伝えることは出来ているが実際には制度利用に繋がっていないと感じる。引き続き支援してゆく。                                    | 現在制度を利用している利用者はないが、契約時にパンフレットを見せて説明している。現在、制度利用が必要と思われる利用者が居り管理者は活用に向けて支援している。玄関にパンフレットを準備し自由に閲覧、持ち帰りができるようにしている。今年度の職員研修は11月に予定している。    | 法人の弁護士から、説明してもらうのも方法のひとつではないか。 |
| 9  | (8)  | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                     | 契約時にご家族に重要事項説明書、医療連携体制、ケアプラン、入退所時について、お小遣いについて等の説明を行い同意の上で契約を結んでいる。  | パンフレットで利用の流れを表し、事務所で管理者が説明、見学のうえ納得を得た契約に繋げている。緊急時や重度化、看取りに関して文書で説明し、同意を得ている。介護保険制度の変更時には、本部が対応している。                                      |                                |
| 10 | (9)  | ○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                  | ご意見、苦情の窓口を契約時に説明している。意見箱の設置を行っている。必要時に速やかに連絡が取れるよう希望される連絡方法で連絡を取っている。お小遣いの預かり証についてご意見を頂き変更した。                    | 家族会はないが、年に2回家族交流会を開催している。入居後に飲酒を希望した利用者が、家族や主治医の了解の下、晩酌をする等個人的要望にも応えている。外出や外食希望者には、随時個別対応をしている。近況報告は利用者の写真入りで、家族に2か月に1回送付している。           |                                |
| 11 | (10) | ○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                                   | 毎月の業務会議の中で、業務改善や仕事のしやすさについて話し合い意見交換を行っている。年に2回行っている面談でも意見を聞いて業務改善に役立てている。  | 管理者は、職員から毎月の会議の他にも、折に触れて意見を聴く機会を作っている。利用者の食事形態の変更要望や、業務内容の変更等職員の意見で変更したことは多くある。管理者は職員の心配事や悩みの相談にもものっている。                                 |                                |
| 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   | キャリアパスに基づく評価で各自のレベルが明確になり目指すべき目標が分かりやすくモチベーションアップにつながっている。夜勤回数、公休、有給の取得を明確に行う事と無理のないシフトを組むことで向上心を持って働くことが出来ている。  |  |                                |

| 自己                         | 者 | 第三 | 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 |
| 13                         |   |    | ○職員を育てる取り組み<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         | 個々のレベルはキャリアパスで評価し把握できているが、細かいケアのレベルアップ研修がなかなか実施できていないのが現状である。その為、今年度からレベルの底上げをすべく研修に取り組んでゆく。1名の職員が実務者研修を受講している。 |      |                   |
| 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作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 法人内では毎年、全職員が参加して介護研究発表会を行っている。当事業所でも役立つような発表は事業所内で情報共有し実践している。毎月の法人内の会議では各事業所の取り組みを見聞きし刺激をもらっている。               |      |                   |
| <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           | 本人がどうありたいか確認を行い、家族の希望や要望を確認した上でサービスの提供を行っている。職員は情報収集しその方の思いの把握に努め安心して生活して頂ける様に考え支援している。                         |      |                   |
| 16                         |   |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 十分に話を伺い、不安や要望などが無いかな面会時や電話、メールなどでコミュニケーションをとり信頼関係の構築に努めている。   |      |                   |
| 17                         |   |    | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 相談者の困っておられることを見極めたうえで、必要なサービスが提供できるように事業所や相談員、ケアマネにつなげている。  |      |                   |
| 18                         |   |    | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 入居者自ら洗濯物干しや洗濯たたみ、テーブル拭きや食器拭きなどそれぞれが出来ることを率先して行えるように支援している。カルタ取りやしりとり、ボール投げ、魚釣りなどは出来ることは役割分担し、職員も一緒に楽しんでいる。      |      |                   |

| 自己                                 | 者第三  | 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 |
| 19                                 |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<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        | 各々が希望される連絡方法で、こまめに連絡を取り、入居者の様子や情報、思いを伝えている。また、家族の思いも伺い相互共有できるようにしている。毎月のお便りでは近況に写真を添えてお知らせし、喜んでいただいている。 |  |                   |
| 20                                 | (11) | ○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                    | 今年度はあまり外出できていないが、地域の方が訪ねて来られた時にはなじみの入居者と話をされている。1月の小学校の催しには出店と参加をさせていただいたが、昔から知り合いの多くの方が入居者に声をかけてくださった。 | 民生委員や、隣接の小規模多機能事業所利用者が、訪ねて来ることがある。小学校の催しや地域の夏祭りに出店したり、事業所の感謝祭に地域住民に呼びかけ、参加を得る等地域との交流の機会が多い。理美容は2か月に1回事業所に来訪している。 |                   |
| 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                | 座席や日々の役割を決める時に性格や相性などを考慮して決めている。そうする事により、一つの作業を行う時も入居者同士で声をかけ合い、助け合って円滑に作業されている。                        |  |                   |
| 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 | ADLの低下や病気により他のサービスの利用に代わってからも見かけた時の様子などを遠方の家族に伝えることもある。また、家族からも連絡や相談を頂き、出来ることは協力している。                   |  |                   |
| <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                                 | (12) | ○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                        | 本人の思いを共有し毎月の会議の時のケアカンファレンスで話し合い、希望に添える工夫を行っている。コミュニケーションが困難な場合には、生活歴などの情報をもとにその方の思いの把握に努めている。           | 本人の話や、入所前の事業所や家族から情報を聞き取り、要望の把握や対応に心掛けている。コミュニケーションの取りにくい利用者は、生活歴等を勘案し二者選択で示し「うん」や「いいや」で意向を判断している。               |                   |
| 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                    | 入所前には自宅や施設を訪問し、本人家族ケアマネ等から話を伺い、これまでの生活歴やサービス利用歴の把握に努めている。   |  |                   |

| 自己 | 者第三  | 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   |
| 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   | 朝夕の申し送り時と記録から、入居者の身体的、精神的状態の確認と把握を行っている。個々のケアチェック表でその方が行う訓練の確認を行い実施するようにしている。                          |  |   |
| 26 | (13) | ○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 | 毎月のミーティングでケアカンファレンスを行い、現状のケアがその方に合っているか全員で検討し変更がある時は、担当者がケアチェック表の項目を更新している。                            | 毎月開催のケアカンファレンスで、担当者がチェック表を記入しケアマネが確認、次期介護計画作成につなげている。サービス担当者会議は月に1度の会議の中で実施しているが、モニタリングシートが無く、現在様式作成を検討している。サービス担当者会議に利用者や家族の参加はないが、介護計画書は家族に説明し了解を得ている。 | 利用者や家族、看護師等の出席を得てサービス担当者会議を開催されてはいいかがか。モニタリングの実施により、より良い介護計画作成につなげて欲しい。 |
| 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                        | 個々の様子や日々の気づきなどを申し送り時に引き継ぎを行い管理日誌や個人記録に入力し情報の共有を行っている。(ほのぼのNEXT導入)必要に応じケアプランの見直しにつなげている。                |  |   |
| 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             | 個々の状態に応じた食事形態の工夫、外出支援など急な外出にも柔軟に対応している。  |  |   |
| 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                         | 地域や小学校の行事、祭りなどへ参加している。西部包括支援センターや自治会、避難訓練時には消防署のお世話になっている。今年度は初めて行方不明者対応訓練を初めて行った。                     |  |   |
| 30 | (14) | ○かかりつけ医の受診支援<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                    | かかりつけ医は全員が母体である岡本病院である。月2回の往診、月1回の歯科往診があり、訪問看護が月2回の健康チェック、歯科衛生士が月4回の口腔ケアに訪問している。体調変化時は必要に応じ通院介助を行っている。 | 家族と相談の上、全員が協力病院をかかりつけ医にしている。月2回、整形と内科・外科の訪問診療があり、月2回訪問看護の健康チェックを受けている。協力病院には診療科は概ね揃っているが、心療内科に関しては入院できないため、他院に入院となる。老健が退院後の受皿となることもある。                   |   |

| 自己 | 者    | 第三 | 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<br>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                          | 体調変化時には速やかに訪問看護に連絡し相談の上、指示をもらっている。必要時には受診できるように支援している。  |  |                   |
| 32 | (15) |    | ○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、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。 | 入院時は1週間ごとに病院関係者に様態を聞き報告書を作成している。家族とも情報共有し、今後の方向性を検討している。入院が1カ月以上になり、事業所での対応が難しい状態であれば、家族同意の上一旦退居して頂いている。  | 直近で4～5人の入院があった。入院中は病院と連携しながら容体について本部に報告書を提出する。ADLに変化がある時は、退院前に病院関係者から情報を得たうえで、家族とも相談し退院時期や今後の方針を決める。入院を減らすため、栄養バランスに気をつけ、特に牛乳の摂取には力をいれている。                                     |                   |
| 33 | (16) |    | ○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、事業所です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   | 入所契約時に終末期のありかたについて説明している。早い段階から関係者と連絡をとり家族と話し合いを行い方向性を決めるようマニュアル化している。                                    | 契約の際に、重度化と看取りに関する指針を説明する。点滴や吸引等の医療体制が必要になれば対応が難しいことや、積極的な延命は望まないという家族の意向が強ければ、医師の判断のもと今後の体制について検討することなどをあらかじめ説明している。今まで二人の看取りを経験しているが、職員へのメンタルケアは極めて重要であると管理者は考え、研修の充実を目指している。 |                   |
| 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  | 緊急時マニュアルを作成し、職員全員がその内容の把握が出来るようにしている。毎年急変時シミュレーションの研修と消防署員による人工呼吸器やAEDの講習を受けている。掃除器吸引法や背部殴打法の研修を行っている。    |  |                   |
| 35 | (17) |    | ○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  | 防災マップを掲示し避難場所、消火栓、AEDの設置場所の確認を行っている。年2回避難訓練を行っているが内1回は運営推進会議時に行い一緒に学び訓練を行っている。台風時は消防団が見回りをを行い状況の連絡を頂いている。 | 年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施している。ハザードマップでは事業所が浸水地域であることや、土砂災害の危険地域に隣接しているため、早めに避難することが求められ、実際に何度か避難している。運営推進会議を利用して訓練を実施したり、設備の整った防災センターへの避難ができるよう、地域との協力体制が整っている。                       |                   |

| 自己                               | 者 | 第三   | 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 |
| <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                               |   | (18) | ○一人ひとり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                   | プライバシー保護や接遇研修を行い一人ひとりの人格を尊重した対応を行い安心して生活が出来るように心がけている。  | 接遇やプライバシーの研修において、不適切チェックを実施し、職員が講師を務めることで職員全体のレベルアップを目指している。基本的に名前はさん付けで呼ぶが、職員に意識をしっかりと向けたい時などは特別に名前でも呼ぶこともある。また、排泄用語については、職員間の伝達であからさまな言葉を選べるよう工夫している。 |                   |
| 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                     | ケアを行う前の説明と同意を頂いている。又複数の選択肢を用意し選んでもらうようにしている。  |   |                   |
| 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 | 生活リズムを大事にし、その時の体調や気持ちに沿った支援をしている。予定以外でも入浴したいときにしてもらったり、外の空気が吸いたいという方には付き添って外に出ている。                                      |   |                   |
| 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                                  | 更衣の際には季節感を大事にしながらかつたい服が着れるように支援している。2か月に1回の散髪時には希望に沿った髪型にしてもらえる様に配慮している。  |   |                   |
| 40                               |   | (19) | ○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     | メニューは職員が考えているが作成時には何か食べたいものはないか希望を聞いている。食事は職員も一緒に食べ、味付けや食材の大きさ、固さなどを聞き参考にしている。一緒に片付けを行い野菜の皮むきを手伝って頂き、出来ることを協力しながら行っている。 | 職員が順番に献立を考え、週に1～2回買い物に行き、調理をしている。半調理の具材を使うことが議題に上がったが、品数やミキサー食の人数が多いなどの理由で手作りを継続している。職員がひとり検食し、他の職員は介助をしながら一緒に食事を摂っている。下ごしらえや片づけなどの役割を担っている利用者の姿もある。    |                   |
| 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          | 各々に合った食事形態や食事量を見極め提供している。持病による食事量の工夫、好みの問題などカロリーや食材を工夫することで食事量、水分量ともに一定量を摂取出来ている。                                       |   |                   |



| 自己 | 者第三  | 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 |
| 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、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、口腔ケアを行なっている。昼食後には重曹水を使用し舌ブラシで舌磨きを行なっている。それぞれの状態に応じたブラシやスポンジを使用し口腔内の清潔保持に努めている。 |   |                   |
| 43 | (20) | ○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むけた支援を行っている       | 尿意がなく失禁状態の方には排泄表をもとにトイレ誘導やオムツ交換をおこなっている。失禁が多いが紙パンツの使用が嫌な方には夜間声かけによりトイレでの排泄を促している。  | 着脱介助は必要であるが、尿意があり、自身でトイレに行く利用者もいる。そうでない利用者は、排泄記録を参考に、定時、あるいは個々のタイミングで排泄できるよう支援している。トイレ誘導することで、オムツが紙パンツに変更できた利用者がある。ヨーグルトやオリゴ糖で便秘の予防をしている。 |                   |
| 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                       | 日々の体操や歩行訓練、水分摂取やオリゴ糖を使用するなど便秘予防に努めている。   |   |                   |
| 45 | (21) | ○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、個々にそった支援をしている | 2日に1回、朝にシャワー浴希望の方がおられる。他の方は週に2回の入浴であるが、シャワー浴希望の方は見守りのもと希望に沿って支援している。               | 入浴は週2回、午後を基本に行っている。希望者には同性介助を行い、入浴を望まない利用者には、無理強いせず、理由を聞きながらできる対応をしている。浴槽は前面がスライドでき、利用者のADLに合わせた座位入浴が可能な個浴型介護浴槽を使用しており、職員の負担軽減にもなっている。    |                   |
| 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の状況に応じて、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                       | 各々の体調や習慣に合わせて休養して頂いている。出来るだけ日中は活動的に過ごし夜間はよく休めるように支援している。                           |   |                   |
| 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                   | 内服薬の変更はその都度申し送りノートで周知している。用法や用量については間違えないように服薬確認表にも記入し情報共有している。                    |   |                   |

| 自己 | 者    | 第三 | 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 |
| 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  | 洗濯たたみ洗濯干し、食器拭きテーブル拭きなどそれぞれの能力や向き不向きを見極め、その方に合った役割が持てるように支援している。頭の体操のプリントなどはいつでもできるように同じ場所に準備してある。                                      |  |                   |
| 49 | (22) |    | ○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。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                      | コロナの影響で思うところに行けない状況であるが、お元気な方は家族の協力の元外出や外食で気分転換をされている。遠出は出来ないが施設周辺で天気の良い日に散歩や外でおやつを頂いている。  | 遠出ができない時期は、施設前に椅子を並べてレクリエーションやお茶を楽しんでいる。家族によっては、外食に連れ出してもらえる利用者もいる。新型コロナウイルスの流行前は、地域行事に参加したり遠足に出かけたりと、外出を楽しんでいた。                                     |                   |
| 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  | お金の管理は施設が行っているが希望があれば購入したり一緒に買い物に行けるように支援している。   |  |                   |
| 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   | 希望時に電話をかけたり、携帯電話を持っておられる方はかかってきた時に家族と話をされている。季節の便りを出したい方には書けるように支援している。  |  |                   |
| 52 | (23) |    | ○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 | 中庭には季節の花を植えみんなで水やりを行い楽しんでいる。裏には久しぶりに畑を作りさつま芋を植えた。秋には焼きいもを楽しむ予定。室温、湿度、換気には気を配り快適に過ごせるように配慮している。   | リビングの窓からは田園風景が見渡せ、天井は高く開放感がある。中庭には花を、裏庭には野菜を植え、入所前までの暮らしに近づけている。また、車椅子の移動がしやすいように座席配置を工夫し、スペースを確保している。壁には、自然や人など地域の慣れ親しんだ風景の写真を飾り、落ち着いた家庭的な環境を作っている。 |                   |
| 53 |      |    | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | ホールには食卓とソファを配置しくつろいで過ごせる工夫を行っている。テーブルでは気の合った人同士でおしゃべりや作業が出来るように座席を考え快適に過ごせるよう工夫を行っている。また、好きな所に座れるようにホールのあちらこちらに椅子を配置し、外の景色を眺めて過ごす方もある。 |  |                   |

| 自己 | 者    | 第三 | 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 |
| 54 | (24) |    | ○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 | 使い慣れたものや家族の写真など、安らいで過ごせる空間作りを支援している。また、必要に応じ加湿器や電気あんかを持って来られ、職員が管理しながら快適に過ごせるように支援している。   | 備えつけのベッド、エアコン、カーテンの他に、自宅で使い慣れたタンスや机、必要な場合はテレビなどを持参してもらい設置している。居室ドアには目印となる動物の切り絵や小物が飾られている。利用者の状態によっては、安全を考慮して居室を変更することもある。 |                   |
| 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」「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    | 各々の状態にあった居室の配置や室内のセッティングを行い安全かつ快適に過ごせるように心がけている。車いすの方が自操作してホールの中を自由に行き来できるようにテーブルの配置には注意している。毎日使用するプリント、鉛筆、色鉛筆、定規などはしたい時に出来るように手の届くところに置き、自分で出したり片付けたりできるようにしている。 |  |                   |

### 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |   |   |   |            |
|----------|------|---|---|---|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題  | 目標  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 13   | 利用者や家族、看護師等の出席を得てサービス担当者会議を開催されてはいかがか。モニタリングの実施によりより良い介護計画につなげてほしい。                         | ①関係者に声をかけサービス担当者会議の開催<br>②分かりやすいモニタリング表の作成    | ①入居者家族に声を掛け開催してゆく<br>②以前使用していた様式でケアチェック表と連動させ担当者が評価する。ほのぼののモニタリング表を活用し担当者の評価と連動させる。 | 6か月        |
| 2        | 3    | 「事故・ヒヤリハット」の報告書と再発防止策についての意見交換の状況を、文字にして記録できるような議事録の書式を用意されてはいかがか。又、すべての家族に配布し意見を求めているいかがか。 | ①事故・ヒヤリハット発生時は運営推進会議で報告しその状況と対策を議事録にし家族に配布する。 | ①運営推進会議の議事録を家族に送付する。  | 2月         |
| 3        |      |   |   |   | 月          |
| 4        |      |   |   |   | 月          |
| 5        |      |   |   |   | 月          |