

### 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   | 2592200022       |            |             |
| 法人名     | 株式会社Beスマイル       |            |             |
| 事業所名    | グループホームBeスマイルあど川 |            |             |
| 所在地     | 滋賀県高島市安曇川町田中302  |            |             |
| 自己評価作成日 | 令和元年12月 2日       | 評価結果市町村受理日 | 令和 2年 1月15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 |  |
|----------|--|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                    |  |  |
|-------|------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人ニッポンアクティブライフクラブ ナルク滋賀福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂店 2階            |  |  |
| 訪問調査日 | 令和元年12月25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)】

利用者の素敵な笑顔が引き出せるように努力をしている。又、利用者・家族にも不安を持たれないよう誠意を持って信頼関係が築ける事を大事にしている。特に利用者には、安心感をもってもらえる居場所となるよう仕事に工夫と努力をしている。利用者や家族・来訪者の方が、過ごしやすい空間の雰囲気であるようように努めています。特に来訪される家族の方とは、利用者の普段の様子をお伝えして、利用者にとってよりよいサービスを受けて頂けるように、話合う機会を設けるように努め、サービスの向上に努めています。介護サービス事業者協議会の事業運営に協力している中で、市役所や社協からの情報提供や連携がとれるようになり、災害についてBCP(事業継続計画)を検証している。現在は、眠りスキャン導入で夜間の居室内での状態把握が出来るようになり、タイムリーな支援につなげている。利用者の状態悪化などを、訪問看護との連携で、早めの処置や対応で防ぐことができているので、入院などの重症化が軽減出来ている。

#### 【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)】

広く知られている近江商人の「三方よし」の思想から創られた理念を職員はよく理解し、笑顔が絶えない介護に支えられて、利用者は家族的な雰囲気にも包まれた生活を送っている。職員の年齢構成は幅広く、介護経験を積んだ職員を中心に、各年齢層間のチームワークがよく、利用者家族からも厚い信頼を寄せられていることはアンケート結果からも推察できる。法人の代表者は、高島市介護サービス事業者協議会会長を務め、地域の事業者との連携に努めている。3月には、新しく「眠りスキャン」を導入して、就床時、利用者全員のメディカルチェックを事務所のディスプレイで遠隔観察することが可能となっている。

### 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<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<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. ほとんど掴んでいない | 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る<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<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<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<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: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<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<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<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<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<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<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<br>職員は、生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<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<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<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<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<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<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<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<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<br>利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<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    |   |   |

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 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  | 職員は全員理念を理解していて、利用者や家族近所の人等に対して、常に笑顔で丁寧に対応している。   | 近江商人の「三方よし」の教えからヒントを得た事業所理念を玄関、事務室に掲げ、新任職員の研修から始まり、介護時の笑顔を決やさぬよう職員間の会話の中でも注意し合いながら、実践に心がけている。     |   |
| 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  | 開設して12年目になり、隣近所の方と顔馴染みにもなり、挨拶を交わしたり、おすそ分けを頂いたりと良好な交流が出来ている。スタッフが南市区の防災訓練に参加している。               | 地域防災組織の訓練への参加や、野菜の差入れ、草取りボランティア受け入れなど近隣の交流は広がっている。  | 「事業所便り」の配付などの早期実現を期待したい。  |
| 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  | 市の見守り事業に参加しており、徘徊の方の見守りや相談窓口を行っている。  |   |   |
| 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                                     | 約2か月毎に開催し、運営の状況の報告や課題について話し合いをする中で委員より適切な助言や提案を頂き、サービス向上に向けて少しずつ活かしている。                        | 隔月開催の運営推進会議には、地域代表、市職員、利用者家族、利用者が参加している。運営内容の報告が中心で議事録も保管しているが、討議内容の経過記録を記載していない。                 | 運営推進会議では、事業所の運営報告に留まらず、議事録を充実して家族や職員にも開示し、外部評価結果目標達成計画のモニター役など、協力要請をすることを希望したい。 |
| 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  | 事業主が、介護サービス事業者協議会の会長(6年)を務めていることから、市町村担当者との関わりが増え、相互理解が深まっている。(市と合同で人材確保協議会を作り、人材確保にむけて協議している) | 地域包括支援課職員が運営推進会議に出席するとともに、法人代表が高島市介護サービス事業者協議会会長に就くなど、深い関係を維持している。各種申請、認定、研修などを通じて情報の交換を密にしている。   |   |
| 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 | 市が開催した管理者・中間層・初任者の3層に分かれての研修にそれぞれ職員を派遣し、理解を深めている。利用者の外出したい要望に応えるなど、臨機応変に対応しながら、戸閉しないケアを進めている。  | 「眠りスキャン」を居室全室に設置し、夜間就床時の利用者を拘束しないで安全に見守る効果を上げている。外部研修受講後は復命書の回覧により伝達し、共有化を図っている。夜勤時間帯以外は玄関の施錠はない。 |   |
| 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                                     | 市が開催した管理者・中間層・初任者の3層に分かれての研修にそれぞれ職員を派遣し、理解を深めている。  |   |   |

| 自己 | 外部  | 外部評価   |   |   |  |
|----|-----|--|---|---|--|
|    |     | 自己評価<br>実践状況   | 実践状況<br>次のステップに向けて期待したい内容   |   |  |
| 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    | 成年後見が必要なケースでは、事業主が対応している。事業主が、後見人センターの委員をしており、顔の見える関係作りを行っている。                      |   |  |
| 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                        | 重要事項説明書の説明時には、特に契約解除の要件については、入院したら即契約解除等といった事はない等、利用者が不利益にならない事を伝え、安心して契約を結んで頂いている。 |   |  |
| 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                     | 「超・高齢者の運動会・家族会」を開き、家族間交流や、職員との会話、情報交換に努めている。その時の写真を引き伸ばしコメント添えて壁に貼り会話に繋げている。        | 事業所内ホールで開催した家族会を兼ねる「超 高齢者運動会」は、利用者・家族・職員が親しくなり、多くの情報を得る機会としている。3人構成のIYASHI隊(ヘアアレンジ・メイクセラピスト、アロママッサージ)は継続して利用者の希望に応えている。 |  |
| 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                                      | 職員会議だけに留まらず、平日頃や特に問題が起こった時は、職員の気づきやアイデアを聞き出し参考にしながら、運営するように心がけている。                  | オムツ交換時の声かけ、褥瘡防止スプレーの採用、介護技術の統一認識を共有するためスタッフノートの作成、訪看との情報の正確な情報交換に資する訪看ノートなど、職員の提案が随所を実現している。                            |  |
| 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      | 眠りスキャンを導入することで、夜間の居室内での利用者の状態把握が可視化でき、夜勤者の心理的負担の軽減に繋がっている。                          |   |  |
| 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         | 業務の作業手順書を作成し、業務の見直しと新人教育の場で活用するようにしている。   |   |  |
| 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 | 介護サービス事業者協議会の会長を代表が務めており、県からの補助金を活用して、災害時の要配慮者支援と人材確保の事業を行っている。                     |   |  |

| 自己                          | 外部  | 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>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 | サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状態や本人の思いに向き合い、サービスの開始を受け入れられるような関係づくりに努めている。           |   |                   |
| 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            | 家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、これまでの経緯について、ゆっくり聞かせて頂くようにしている。話を聞くことで、落ち着いて頂き、信頼関係を築けるように務めている。 |   |                   |
| 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        | 早急な対応が必要な相談者には、お話を聞かせて頂き、他の事業所のサービスに繋げられるように対応している。                                   |   |                   |
| 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                        | 本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ることに努め、暮らしの中で分かち合い、共に支えあえる関係作りに留意している。                        |   |                   |
| 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         | 利用者の様子や職員の思いを伝えることで、理解が得られて協力関係が築けた。  |   |                   |
| 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                     | 会話もなくなられた利用者の友人が訪問に來られ、日々の様子をお話したり、昔の話をしたりしている。                                       | 自分で歩行できて訪問する理髪店の利用、音楽祭や文化祭に参加して出会う旧友との会話、家族が支援して訪れる親族の法要参加などで馴染みの関係継続を支援している。 |                   |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 利用者間については、職員が調整役として中に入ったりする。また、性格の合わない利用者間は、席を工夫するなどしてトラブルが少なくなるよう努めている。              |   |                   |

| 自己                                 | 外部   |  | 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  |
| 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                    | 新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心掛けている。      |  |  |
| <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   | 日常のケアの中で利用者の行動と表情から推測し把握している。意思の疎通が困難になった利用者には日々の関わりの中で声掛けは大切にし不安にならない様に、真意を察し対応している。 | 利用者の多くが重度化したことで、本人の意向の把握が難しくなっているが、利用者の日頃の言動の見守りを強化し、得られた情報を共有している。  |  |
| 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                                       | 家族の訪問時等に生活歴や好み、暮らし方を聞き、把握に努めている。困った時などは、家族に電話して、相談や情報提供に努めている。                        |  |  |
| 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   | 各利用者の日々の状況把握に努め、持てる力を生かし支援する様努めている。朝夕に本人の状態を確認し、どのように支援するか把握することに務めている。               |  |  |
| 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 | 利用者に変化などがある場合は、ご家族様の思いや意見を聞かせていただき訪問看護との連携でモニタリングしケアにつなげている。                          | 介護計画は、3ヶ月毎に更新し家族に説明して同意の署名押印を得ている。日頃のケア記録はモニタリング結果として纏めがなく、介護計画書ファイルと別のファイルに保存しているので、介護計画書更新時の正確な照合に不便である。 | 介護計画の更新内容を確認するため、ケア記録を3か月ごとのモニタリングシートに纏め、介護計画書と同じファイルに保存管理することを希望する。 |
| 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                        | 個別にファイルを用意し、血圧や体温、排泄等身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認出来るようにしている。     |  |  |
| 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               | 大きな声が出ている事で、他利用者さんとのトラブルの改善で、生活機能向上支援事業依頼して改善に努めている。                                  |  |  |

| 自己 | 外部   | 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   |  |
| 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                                     | 地域の図書館・近隣のギャラリーへ出向いたり、各種ボランティアの利用で日々の暮らしを楽しめる様に支援している。                               |   |  |
| 30 | (11) | ○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                                 | ご本人や家族が希望されることに応じて対応している。基本的には家族同行の受診となっているが不可能な時は職員が代行するようにしている。                    | 利用者本人と家族の同意のもと、協力医を主治医として医療連携体制を採り、利用者の健康維持に努めている。特科診療は家族対応か、事業所が代行することもあるが、診療結果は共有している。              |  |
| 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                         | 糖尿病を患っておられる利用者に対して、ご飯の量を調整するなどの工夫をすることで、改善がみられた。皮膚の病気についても、早めの処置やこまめな処置で、悪化防止に繋げている。 |   |  |
| 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、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      | 入院時には、病状を把握し、本人の支援方法等に関する情報を医療機関に提供している。また、医療機関や本人・家族と連携をとりながら、早期退院出来るように対応している。     |   |  |
| 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 | 重度化に伴い看護師と連携しながら、家族と話し合いの場を設けて、事業所としての対応や可能なケアについて説明を行い、家族との方針の共有をはかっている。            | 入所開始時の重要事項説明書の説明と併せて、「看取りに関する同意書」を本人及び家族に説明し同意を交わしているが、医師の判断による終末期以降の合議内容についての記録はない。                  | 「看取りに関する同意書」を「重要事項説明書」の1項に追加し、医師による終末期の判定時期以降の合議内容を時系列的に記録することを望む。 |
| 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   | 救急救命講習などを受講し、備えている。訪問さんと今後の訓練などについて相談していきたい。   |   |  |
| 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   | ホームではマニュアル作成して、スタッフ会議の時に再確認をし改善をしている。高島市介護サービス事業者で市と社協との連携でBCPの勉強を行っている。             | 地域防災組織訓練への参加や、高島市S協と共同してBCP(事業継続計画)作成に参画し、災害発生時の被害を最小限に抑え、事業の継続や復旧を図るための計画作りを始めている。備蓄内容は、量・場所とも不十分である | 地域のハザードマップを確認し、避難対策の構築を期待する。飲料水は3日以上を水難時に備え2階倉庫での備蓄を望む。            |

| 自己                               | 外部   | 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                               | (14) | ○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                   | 援助が必要な時も、まずは本人の気持ちを大切に考えてさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。                            | 日頃の介護にかかわる声かけや行動に、理念を忘れることなく笑顔で接し、利用者を傷つけない配慮を続けている。人権に関する外部研修の受講に至っていない。                      | 普遍的な人権擁護の精神の解釈を職員間で共有するため、外部研修を受講して欲しい。 |
| 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                     | 職員は利用者と過ごす時間を通して、利用者の希望、関心、嗜好を見極めるように心掛けており、それを基に日常の中で本人が選びやすい場面を作れるように努めている。              |  |   |
| 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 | 行きたいところへ外出(自宅や買い物等)したり、本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別対応を心掛けている。しかし、入浴や行事等、職員の都合が優先されてしまうことも少なくない。 |  |   |
| 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                                  | ボランティアで「IYASI隊」に来て頂き、お化粧や髪のアレンジをして笑顔が見られた。男性の利用者さんには手のアロママッサージをして頂いた。                      |  |   |
| 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     | 近隣から頂く季節野菜や果物を使い職員と会話しながら下拵えをお手伝いされる利用者もいる。お誕生日にはご本人様の好きな物を提供している。                         | 居間を見通せる台所で、職員が輪番で調理を行い、利用者と共に食事を楽しんでいる。利用者の好みを献立に反映し、食材の購入も行っている。利用者の誕生日には好きな食事を準備し、季節食の献立もある。 |   |
| 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          | 利用者の状態を見て、不調の時などは訪看とも連携しながら、食事量・水分量共に、個々の活動量・摂取量に応じて支援している。                                |  |   |
| 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、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                   | 起床時・就寝前に口腔ケアを実施している。昼食後には、必要に応じて実施している。  |  |   |

| 自己 | 外部   |   | 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 |
| 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むけた支援を行っている                              | 利用者個々の排泄パターンを把握して、さりげなくトイレ誘導するなど個々に応じた排泄の支援をしている。  | 職員の提案で、利用者個人別の排泄状況を一覧できる「排泄記録表」にまとめ、記入する際のインクの色も区分して全員の排泄パターンを認識し、状況に応じた誘導が出来るようになっている。         |                   |
| 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  | 便秘予防に水分補給や毎朝食時にヨーグルトの飲用をするなど、繊維質の摂取および運動を促している。便秘ぎみの方には、毎朝牛乳を飲んで頂いている。                   |   |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                        | 週2回の入浴が基本で、入浴を拒む利用者には、時間を空けた誘導や、シャワー、清拭、足湯等で対応している。2人介助が必要な利用者にも対応しながら、利用者の希望に沿う努力をしている。 | 毎週2～3回の入浴を行っている。介護度によりシャワー浴となる時は、足浴も並行して行っている。本人の希望と体調に合わせ、忌避者には笑顔で接する誘導で入浴に導いている。              |                   |
| 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   | 日中は個別に体調の変化等を見ながら休息したり、夜には必要に応じて話したり、温かい飲み物を取って頂いたり、安心してできるように努めている。                     |   |                   |
| 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  | 通院記録には必ず目を通し、会議で伝達し薬の準備・配薬は別の職員が行い、間違いがないように努めている。                                       |   |                   |
| 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                             | 花の世話、洗濯干し・たたみ等それぞれに合ったことを出来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。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 | 行きつけの理髪店に出かけたり、買い物など、職員の支援のもと、外気にあたる事ができるよう努めている。文化祭や自衛隊の音楽祭等のイベントにも参加できるように支援している。      | 季節の良い好天時には外気に触れるようにしている。外出時には、緊急事態発生に備え、当該利用者の「医療情報」カードを携行している。花見、紅葉狩り、文化祭鑑賞、自衛隊音楽祭鑑賞などを楽しんでいる。 |                   |



| 自己 | 外部   |  | 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 |
| 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  | 利用者の買い物は、事業所の立替で行うようにして現金を所持しない形をとっているが、本人の希望がある場合、ご家族と相談して所持して頂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   | 本人が希望されたら電話や手紙などの支援をしている。   |   |                   |
| 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 | 季節の花を飾ったり、壁面に季節を表現したり季節感を感じて貰える様努めている。トイレの芳香剤は、業者が1か月に1度交換するようにして、快適に過ごせるように工夫している。 | 前庭を始め、随所に季節の変化を感じさせる利用者の作品や、各種行事の記録写真を説明文付きで飾るなどの工夫を施している。利用者の動線を短くする工夫があり、自然光を広く取り入れる大きな窓により明るい室内となっている。                           |                   |
| 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  | ローカなどにソファを置いたりしてホールではなく、一人で過ごせる居場所づくりに工夫している。                                       |   |                   |
| 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  | 居室は使い慣れたベットや布団、家族の写真などを置き、居心地良く過ごせる工夫をしている。   | 全室フローリング仕上げで、カーペットを敷いている居室もある。利用状態に即した機能ベッドや小型家具、その他自分好みの電化製品など、持ち込み品を組み合わせて、自分好みの生活空間を作り上げている。書道に堪能な利用者は、自分が参加した運動会の表彰状を自作して飾っている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 利用者が安全に生活できる様手すりを設置。居室やトイレ等、場所が分かる表示をしたりして自立に向け支援している。食堂のイスとテーブルは安全性の高いものを使用している。   |   |                   |

## 2 目標達成計画

作成日:令和2年 1月15日

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 |
| 2        | 2    | 事業所と地域とのつきあいについて、認知症カフェの開設を検討していたが、利用者の重度化や職員確保の面から見直しが必要 | 地域とのつきあい方の内容を職員と検討し、地域交流を深めていく  | 職員会議や運営推進会議を利用して、どういう取組が可能か？検討してみる。以前、近所のギャラリーから作品展をしてみても声をかけて頂いたことがあり、そういう事などを検討してみる。  | 6ヶ月        |
| 2        | 4    | 運営推進会議の討議内容の経過記録  | 討議内容についての経過記録の充実  | 運営推進会議の委員や行政、他事業所の取組などを参考にさせて頂き、記録の充実を図る。また、運営推進会議の内容等について、家族様との共有を図れる取組についても検討する。  | 6ヶ月        |
| 1        | 26   | 介護計画とモニタリング   | 介護計画書と日頃のケア記録のまとめ方についての見直し  | 日頃のケア記録を3ヶ月毎のモニタリングシートにまとめ、介護計画書と同じファイルに保存管理するように見直す。   | 3ヶ月        |
| 2        | 33   | 重度化や終末期に向けた方針の共有において、「看取りに関する同意書」を重要事項説明書の1項に追加するか検討      | 重要事項説明書への看取りの記載   | 重要事項説明書への記載について、連携している訪看や他事業の取組、弁護士などの専門家とも相談し、記載内容について検討していく。  | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 災害対策  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・BCP作成の取組み。</li> <li>・備蓄品(3日分以上の飲料水)の確保</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・BCP作成については、代表と管理者で原案を作っていく。</li> <li>・備蓄品については、3日分以上の飲料水の確保が出来るように、備蓄方法やルールを検討し、備蓄を行う。</li> </ul> | 12ヶ月       |
| 2        | 36   | 一人ひとりの尊重とプライバシーの確保  | 人権擁護に関する外部研修の受講   | 人権擁護や高齢者虐待、接遇などに関する外部研修への参加   | 6ヶ月        |

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。