

## 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   | 2892000338          |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 博愛福祉会        |            |  |
| 事業所名    | 小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保 |            |  |
| 所在地     | 兵庫県明石市大久保町西脇519     |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月3日          | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |  |  |
|-------|----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 H.R.コーポレーション    |  |  |
| 所在地   | 兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年10月10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)】

|                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 柔軟なサービス調整と臨機応変な対応を行うことで、利用者様やご家族様が望む生活を継続できるように支援しております。特に個別支援については力を入れており、受診支援や外出支援、生活リハビリなど各利用者様やご家族様の状況や状態、ご希望に応じて支援を行っています。住み慣れた地域で暮らし続けたいという思いを実現するためにもケースカンファレンスを定期的に開催し介護士、看護師、ケアマネなど他職種連携を図っています。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 【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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 小規模多機能事業所の機能を活かし、利用者が可能な限り、住み慣れた地域で希望する在宅生活が継続できるように支援に取り組んでいる。送迎時・訪問時・毎月のモニタリング訪問時等に、利用者・家族の意向の把握に努め、柔軟なサービス調整と臨機応変な対応に努めている。「できること」を維持し増やしていく視点でケアプランを作成し、生活リハビリを活用した支援に取り組んでいる。看護師・作業療法士の配置があり、介護士・介護支援専門員と共に、専門職が協働できる体制がある。法人の研修体制・人事考課制度・カンファレンス等、職員の資質向上と連携に努め、サービスの向上に反映している。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<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る<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<br>3. 家族の1/3くらい<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)           | ○                            | 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)                     | ○                            | 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)                 | ○                            | 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) | ○                            | 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           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生き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  | 66  | 職員は、活き活きと働けている<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       |
| 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  | 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    |
| 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  | 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. ほとんどできていない |
| 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  |     |                                                                     |                              |                                                                   |

## 自己評価および第三者評価結果

| 自己<br>者<br>第<br>三 | 項<br>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<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   | 「その方らしい生活の支援」という事業所理念について、入職時に伝達すると同時に地域密着型サービスの意義や役割についてオリエンテーションを開催。                     | 法人の理念をもとに、ゆとり庵の理念を明文化し、地域密着型サービスとしての意義を明示している。入職時のオリエンテーションで、小規模多機能事業所の機能・役割と共に、ゆとり庵の理念を説明し理解を深めている。玄関に掲示して常に意識付けを行い、カンファレンスで理念に立ち戻って検討し、理念の実践に取り組んでいる。                                   |                                                      |
| 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   | 地域の祭りへ参加する程度となっており、地域の一員として協働できている内容はほぼない状況。                                               | 散歩・ドライブ・買い物・理美容・通院等で地域に出かける機会を設け、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるように支援している。春と秋の収穫祭で、獅子舞の来訪がある。地域の介護相談・トライやるウィークの受け入れ・認知症カフェでの講師等、地域貢献にも取り組んでいる。ゾーン会議に参加し、地域包括支援センター・民生委員・自治会等地域の関係機関と協働し地域支援に努めている。 | 地域住民やボランティアなど、地域からの来訪を受け、開かれた事業所として地域交流に取り組むことが望まれる。 |
| 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 | 在宅介護支援センター主催の地域の会議には定期的に参加。専門職や地域住民、行政機関と意見交換を行う。また、認知症カフェにも参加し、地域住民へ認知症への正しい理解について勉強会を開催。 |                                                                                                                                                                                           |                                                      |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>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                                                                  |
| 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       | 利用者登録数や人員などの運営状況、事故や苦情内容について報告・共有できている。意見についてもサービスに取り入れるように努めているが家族や地域との協働という点では課題が残る。                     | 利用者・家族・在宅介護支援センター職員・自治会長を構成メンバーとして、年に6回開催している。全利用者の家族に開催を案内し、議事録と会議資料を配布して、運営推進会議を周知し多くの家族が参加できるように取り組んでいる。会議では、資料をもとに利用者状況、事業所の活動、事故・クレーム等の報告を行い、時期に応じたトピックで情報提供している。参加者から、意見・提案・情報を、運営やサービスに反映できるように取り組んでいる。                                         | 参加者の充足が困難な状態であるが、地域住民代表や知見者の参加が得られるように、引き続きの取り組みが望まれる。議事録のファイルの設置等による、会議録の公開が望まれる。 |
| 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                 | 困難ケースや地域で暮らす利用者様の課題について相談するなど、協働できるように努めている。                                                               | ゾーン会議・地域ケア会議に参加し、市や地域包括支援センターと協働し、課題解決に取り組んでいる。地域包括支援センターと協働して、地域の困難ケースの支援に努めている。市の保護課の職員と協働して、社会的支援を要する利用者への支援を行っている。毎月市の担当窓口を訪問する機会があり、担当者に相談・質問を行い、助言や回答を得ている。                                                                                      |                                                                                    |
| 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 | 入職時のオリエンテーションで身体拘束について研修を実施。、正しい理解を持てるようにしている。また、支援困難な方については都度カンファレンスを開催。玄関施錠は防犯も兼ねて17:30～8:00で実施。日中は施錠なし。 | 重要事項説明書の「身体拘束等の排除について」の条項で事業所の方針を明示し、契約時に利用者・家族に説明し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。入職時の法人の研修と、事業所のオリエンテーションで、「身体拘束廃止」について学ぶ機会を設けている。法人の年間研修計画にもとづいて、「身体拘束について」の研修を実施している。事業所の研修担当職員が研修を受講し、事業所で資料を配布し伝達研修を行っている。欠席者にも資料配布して周知を図っている。日中は玄関の施錠は行わず、閉塞感のない暮らしを支援している。 |                                                                                    |

| 自己<br>評価 | 第三<br>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     | 入職時のオリエンテーションで高齢者虐待について研修を実施。その他、事業所内での研修も実施予定。利用者様との関わり方、介助方法についてはカンファレンスで検討し、不適切なケアにならないようにしている。 | 「虐待防止」についても、上記「身体拘束廃止」と同様の方法で研修を実施している。気になる言葉かけや対応があれば、管理者や主任が注意を促し、不適切ケアにつながらないように意識向上に努めている。送迎時・訪問時に家族の様子や家庭の状況に留意し、家族の介護負担が過重にならないように、サービス調整等を提案している。職員配置の調整やカンファレンスでの検討など、職員の疲労やストレスの蓄積がケアに影響しないように配慮している。入浴時等には身体状況の観察を行い、事業所の内外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。 |                   |
| 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 | 現状制度を利用してる利用者様もあり、カンファレンス等で制度について伝達する機会は持てている。地域包括支援センターや成年後見センター、後見人との連携を図ることが出来ている。              | 職員カンファレンスで成年後見制度についての資料を配布し、学ぶ機会を設けている。制度を利用している事例があり、支援やカンファレンスを通して、制度について理解を深める機会がある。今後も利用の必要性がある場合は、管理者が窓口となり、関係機関と連携して支援する仕組みがある。                                                                                                                                  |                   |
| 9        | (8)     | ○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                      | 契約時には可能な範囲で来所して頂き、事業所内の設備や職員の動き、サービス内容について理解・納得して頂けるように説明するように努めている。                               | 利用希望者には、自宅訪問時や見学时に、パンフレットを用いて小規模多機能事業所の特色やサービス内容を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報取扱同意書・リスク説明書を用いて説明し、理解と同意を得ている。特に料金については、保険外費用を明確にし、利用者個々のシミュレーションを作成して具体的に説明している。契約内容の変更時には、変更内容を明確に説明した文書を作成し、電話などで管理者が説明したうえで、文書で同意を得ている。契約終了時にはサマリー等で情報提供し、円滑な移行を支援している。             |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 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                                                                                  |
| 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                | 運営推進会議にて利用者様やご家族様の意見、要望を確認。また、日頃の連絡帳や送迎・訪問時に家族様からの声も記録に残すようにしている。            | 運営推進会議で、利用者・家族が意見・要望を表す機会を設けている。送迎時・訪問時等に職員が把握した意見・要望は、管理者・主任に報告し、「介護記録」に入力し「申し送り事項」に挙げて共有している。月に1回、管理者がモニタリング訪問や電話でのモニタリングを行い、利用者・家族の意見・要望を聞き取り、ケアや居宅サービス計画等に反映している。訪問時のサービス内容を手順書で統一する等、家族の意見をサービスや運営に反映している。 |                                                                                                    |
| 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                                 | 適時職員との個別面談を実施。また、カンファレンスや職員会議で運営等について意見を確認している。                              | 職員カンファレンス・ケアカンファレンスを実施し、職員が意見・提案を出し合って話し合い、管理者も参加して把握している。人事考課の個人面談を年2回、随時の個人面談を適宜実施し、管理者が個別に意見を聴く機会も設けている。業務担当職員を設け、業務についての意見・提案を検討し実践につなげている。職員から出された意見・提案は、業務改善・業務分担・書式の整備など、サービスや運営に反映している。                 | 職員カンファレンスの議事録を整備し、参加できなかった職員にも周知を図ることが望まれる。また、カンファレンス前の議題や意見収集、カンファレンス後の意見交換や共有についても、文書で行うことが望まれる。 |
| 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 | 個別に職員の意見・目標を確認しつつ、現場主任から勤務状況を聞き取り、本人の強みを生かせるような業務の担当制を取り入れる。                 |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |
| 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    | 定期的な法人内研修の伝達研修の実施。あわせて、外部研修への参加を促している。現場主任や管理者主導で個別に指導し、各職員の課題や目標への支援に努めている。 |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>者<br>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 |
| 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 | 管理者・計画作成者は地域の交流会や会議に参加しネットワーク作りを行い連携を図ることが出来ている。一般職員については他法人との交流機会は多くなく今後の課題である。         |                                                                                                                                                                        |                   |
| <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           | 本人面談は必ず行うとともに家族様や関係者から生活状況を聴き取り、本人を取り巻く環境と今後を予測し、一緒に安心できる環境づくりを行おうに努めている。                |                                                                                                                                                                        |                   |
| 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                      | 面談や契約時には家族様の思いを尊重し、主訴を確認し信頼関係の構築に努めるように努めている。                                            |                                                                                                                                                                        |                   |
| 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                  | 今困っていることを把握し、当方での受入が最適かどうか判断し、本人様・家族様にとって最善のサービスを提案できるように努めている。そうでない場合は法人内外問わずに調整を行っている。 |                                                                                                                                                                        |                   |
| 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                                  | 生活の中心者は本人様であることを本人様に伝え、思いや望みを確認している。職員は利用者様のできる事探しを行い、介護計画書に反映するように努めている。                |                                                                                                                                                                        |                   |
| 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                   | 毎月のモニタリングやその他の機会を通し、お互いの思いを確認できる場となるように努める。その上で役割分担を決め、家族様にも介入して頂き、関係者であることを実感していただいている。 |                                                                                                                                                                        |                   |
| 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                          | 本人様や家族様から生活歴等の聴き取りを行う。老人会への参加や馴染みの美容院、近隣住民との繋がりなど今行っていることが継続できるよう個別支援を実施している。            | 契約時には、家族記入の「個人史」から馴染みの人や場所についての情報を把握している。利用中に把握した内容は、「介護記録」の「生活」欄等に入力し共有している。利用中に親族・友人等の来訪や電話があり、関係継続を支援している。また、訪問サービスを利用して、スーパー・理美容院・病院・老人会・福祉センターのイベント等に送迎の支援を行っている。 |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>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 |
| 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                | 各利用者様で傾向や性格、疾患などが異なるため、合う合わないを配慮した配席や過ごし方を提案し実施している。あわせて実施した後の関係性についても把握するように努めている。 |                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 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 | 利用終了後も本人様や家族様から相談を受ける事もあり。事業所まで相談のため足を運ばれる家族様もあり、一緒にサービス検討を行う。                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| <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                   | 本人様の思いを整理し把握し、実現するための検討をカンファレンスや家族様と行う。                                             | 利用開始時に聴き取った利用者・家族の思いや意向は「フェイスシート」に記録し、家族記入の「生活機能シート」からも把握に努めている。毎月のモニタリングや利用中のコミュニケーションから把握した思いや意向は、カンファレンスや「介護記録」で共有し、サービス内容やケアに反映している。把握が困難な利用者については、文字盤の利用等個別のコミュニケーション方法を工夫したり、家族の意見や情報を参考にしたり、表情や反応から汲み取る等、本人本位に検討し把握に努めている。 |                   |
| 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                    | 生活歴や個人史については家族様から聴き取ると同時に書面に記入して頂くように依頼しこれまでの経過等の把握に努めている。                          |                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 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                                  | 時間軸に沿った生活状況を把握し、介護計画へ反映。また、日頃の過ごし方やADLについても日々の記録に残すようにしている。                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 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                   |
| 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 | 担当職員がメインと計画作成者と連携し、本人を含めた関係者から聴き取りを実施し、介護計画書へ反映している。課題としては、本人様・職員ともに課題への意識付けが弱い。目標達成へ向けた継続的な支援が必要。 | フェイスシート(アセスメントシート)をもとに、サービス担当者会議で検討し、居宅サービス計画書を策定している。居宅サービス計画書をもとに、担当職員が中心となってケアカンファレンスで検討し、ケアプランシートを作成している。必要に応じて、「支援手順書」と写真での説明シートを作成して個別の支援方法を明示し、ケアの統一を図っている。サービスの実施状況は、「介護記録」に「タイトル」をつけて入力し、「申し送り事項」欄を活用して共有している。毎月のモニタリング訪問や随時のケアカンファレンスで、見直しの必要性の有無を確認し、必要時には随時見直しを行い、現状に即した居宅サービス計画書を作成している。定期的には6ヶ月に1回の見直しを行っている。見直し時には、「モニタリング評価シート」で評価し、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族・職員・関係者からの意見をもとに見直しを行っている。 | 居宅サービス計画書を見直す際には、再アセスメントを行うことが望まれる。 |
| 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                        | 日々の様子やケアの実践、実践後の状態についての取り組みは出来ているが記録の情報量・内容が課題。                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| 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               | 事業所都合の支援体制ではなく、可能な範囲で本人様や家族様の思いを実現できるよう当事者の生活リズムで支援をサービス調整を行うように努めている。                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| 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                         | 地域の会議へ参加するなど地域資源の把握には努めているが、本人様が地域の中で力を発揮できる機会や場所の確保には至っていない。                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |

| 自己<br>第3 | 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 |
| 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                                  | 訪問サービスとして受診時の送迎や必要に応じて受診の付添も実施。本人様の状態確認に努め、必要な情報はかかりつけ医から収集している。                                            | 利用者個々のかかりつけ医は、契約時に把握しフェイスシートに記録している。利用者の受診については、家族同行が基本であることを契約時に説明している。例外的に職員が同行し問診・検査に立ち会う場合は、主治医の説明等をパソコンの「介護記録」に入力し、家族に電話等で報告し職員間で共有している。家族同行のみの場合は、電話で受診結果や薬の内容変更等を把握し「介護記録」に入力している。看護師の配置があり、利用者の健康管理や日々の状態の変化の把握に努め、医師・薬剤師と密に連携し適切な医療をが受けられるよう支援できる体制がある。 |                   |
| 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                               | 状態変化や気づきについては都度、看護師へ報告し対応を検討している。必要に応じて家族への報告や受診の提案も行っている。                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 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。 | 利用者様が入院した場合には、地域連携室の相談員へ連絡し、入院の経過や当方利用時の様子を書面で渡すなどをし情報共有に努めている。また、退院前カンファレンスにも参加し、退院後の生活がスムーズに行えるように支援している。 | 利用者の入院時には、フェイスシート・看護サマリー・内服状況等で、病院に情報提供を行っている。入院中は管理者が面会に行き、地域連携室等、病院関係者と連携を取りながら早期退院に向け支援している。退院前には、退院カンファレンスに参加し、また、利用者宅を訪問し作業療法士を中心に退院後の住環境の整備に努めている。退院時に看護サマリー・リハビリサマリー等の提供を受けて、介護計画書の見直しを検討し、退院後の支援に反映している。                                                 |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>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                                                                                                                                                                                               |
| 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 | 本人様の心身状態に応じて、本人・家族様と適時話し合いの機会を設け、今後の対応について一緒に検討している。対応できる・できないを正確に伝えつつ役割分担を明確にするように努めている。 | 契約時に「重度化・終末期への支援について」にもとづいて、事業所の方針と「できる事」「できない事」を利用者・家族に説明している。重度化を迎えた段階で主治医と家族を交えて話し合い、状態や方針の共有を行い家族の意向に沿った支援に努めている。事業所に看護師の配置があり、終末期については、自宅での看取りの支援を基本としている。主治医・訪問看護師と連携を密にとりながら支援に取り組んでいる。                  |
| 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                                             | 定期的な訓練は実施できていないが、発生後の対応については職員間で共有し、対応が適切だったか、今後の対応方法について検討している。                          |                                                                                                                                                                                                                 |
| 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                                             | 今年度の災害時避難訓練については10月に実施予定。地域との協力体制は今後の課題。                                                  | 平成29年度は10月に、消防署立会いのもとに、利用者参加、日中想定で、通報・避難・消火の総合訓練を実施した。年度内に夜間を想定した消防訓練を予定している。ハードマップで地域の立地状況を把握し、災害対策マニュアルの作成を予定している。また、食料・備品等の備蓄について検討中である。                                                                     |
| <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                                                     | 権利擁護の視点からも相手を尊重した関わりを行えるよう啓発している。接遇についても研修実施済み。                                           | 入職時は、法人のオリエンテーションで「接遇マニュアル」を配付し、接遇研修を実施している。平成29年度の法人研修で「接遇・コンプライアンス」研修を実施し、研修担当者が事業所内で伝達研修を実施し周知を図っている。年2回の個人面談時や日常業務の中で、管理者や主任が言葉遣いや対応について注意を促し、職員の意識向上に努めている。利用者の個人ファイル類は事務所の鍵のかかるロッカーに保管し、個人情報の適切な管理に努めている。 |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>者<br>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 |
| 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                      | 本人様の思いが表出できる機会を設け、自由に発信できる環境作りを実施。自己決定できるだけの選択肢を準備するように努める。                   |                                                                                                                                           |                   |
| 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  | 各利用者様が望む形の過ごし方ができるように個別で取り組むが、手持ち無沙汰の利用者様もおられ、アセスメントに基づいた支援が課題。               |                                                                                                                                           |                   |
| 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                                   | お一人での外出が難しい利用者様と一緒に衣類の買出しに行くなど、見て選ぶ楽しみの機会を提供するように努めている。                       |                                                                                                                                           |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 生活リハビリとして、献立や買出し、調理、片付けなどを一緒に取り組んでいる。役割、生きがいとなっている利用者様もいらっしゃる。                | 職員が利用者の希望や季節に応じて献立を立て、地域の商店やスーパーで食材の買い出しを行い、毎食手作りの食事を提供している。生活リハビリとして、献立・買い物・調理・後片付けに参加できるように支援し、役割・生きがいづくりを行っている。おはぎ等、季節感のあるおやつ作りも行っている。 |                   |
| 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           | 日頃の食事状況から看護師・介護士にて食事形態の検討を行う。自助具の提案や食事形態などを考慮し、可能な範囲自力で召し上がることができるように取り組んでいる。 |                                                                                                                                           |                   |
| 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                    | 食後、口腔ケアの実施。可能な範囲はご自身で行って頂き、定期時職員が介助する。9月より歯科衛生士の資格を持った計画作成者の入職により口腔指導に注力している。 |                                                                                                                                           |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 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 |
| 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  | 各利用者様の排泄状況を把握し、タイミングや場所、手段、声掛け方法を個別に検討している。                                    | 利用者の大半は、排泄が自立している。支援が必要な利用者には、「排泄管理表」を活用し、適宜声かけ・誘導を行っている。トイレの設計上、利用者個々の健側・患側に応じて選択して使用でき、残存能力を活かした排泄の支援を行っている。必要時には随時カンファレンスを行い、介助方法や使用している排泄用品について検討を行い、現状に即した支援に努めている。                                        |                   |
| 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                  | 排泄状況の確認や聞き取りを行い、必要に応じて受診へ同行し主治医と相談を実施している。必要に応じて、看護師による浣腸や介護士による便秘体操の実施を行っている。 |                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 個別で入浴回数や方法、時間帯等を相談し実施している。入浴目的で利用しておられる利用者様もあり、気分のリフレッシュが図れるように取り組んでいる。        | 浴室は、明るく広く、手摺りを随所に設置し、快適に安全に入浴できる環境を整備している。入浴回数は週2回以上を基本としているが、利用者の家庭状況・体調・希望等に応じて、臨機応変に対応している。個浴でゆっくりと入浴できるように支援し、異性介助を嫌がる利用者には同性介助で対応し、入浴を嫌がる利用者には声掛けやタイミング等個別の工夫を行っている。利用者の身体状況に応じて、リフトを使用し浴槽で入浴できるように支援している。 |                   |
| 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                   | 各利用者様のこれまでの生活習慣を優先した生活が送れるように取り組んでいる。                                          |                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 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              | 看護師を中心とした内服管理を行うと同時に、内服変更時には内服情報を提供していただくように本人・家族様へも依頼している。                    |                                                                                                                                                                                                                 |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>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                             | 利用前面談時には生活歴や嗜好品、楽しみなどの聴き取りを行い、事業所内での過ごし方や役割がないか検討している。                                           |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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 | 季節毎の外出行事や毎日の食材の買出しへ同行して頂けるように取り組む。また、個別対応も実施しており、思い出の場所などへの外出も実施している。                            | 日常的な外出では、主に、施設周辺の散歩や日常生活用品等の買い物に出かけている。日々の食材の買い出しに利用者と同行することもある。利用者の希望に応じて、個別や少人数でドライブする機会も持てるように支援している。初詣、桜・藤鑑賞、秋祭り等、季節が感じられるように支援している。神戸の動物王国等、普段は行けないような場所への外出に努めている。 |                   |
| 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                             | 日頃金銭を所持されていない利用者様には、外出時に本人が望む物を購入できるように金銭を準備して欲しいと家族様へ提案している。自身で管理できる方に付いては、外出の機会を提供できるように努めている。 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                                                      | 電話の希望があれば都度対応しているが、手紙による支援は実施しておらず。                                                              |                                                                                                                                                                          |                   |

小規模多機能型居宅介護 ゆとり庵大久保

| 自己<br>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                                                        |
| 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 | 職員視点ではなく、利用者様にとっての空間作りを行うように努めている。移動面での環境整備や配置の分かりやすさ見易さ、温度調節などを行う。                                    | 木造平屋建ての新しい建物で、ワンフロアのバリアフリーで高齢者が安全に過ごしやすい環境である。整理・整頓された環境で、トイレの表示等もわかり易く工夫されている。木調の落ち着いた雰囲気、清潔感があり、台所での調理の音や匂いから家庭的な雰囲気が感じられる。プランターの花や観葉植物は置いているが、壁面等に装飾を行わず、自宅に近い環境づくりを図っている。玄関前のロビースペースには椅子が設置され、利用者の希望に応じて、一人や少人数で過ごせる場所も確保している。 | 自宅に近い雰囲気作りをコンセプトとし、意図的に装飾を控えた環境づくりが行われているが、春夏秋冬の祭事や季節感等を適度に採り入れる工夫が望まれる。 |
| 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                                                      | 構造上、完全に一人になれる空間の確保は難しいが玄関スペースにソファ等の椅子を配置することで他者とは離れた空間を確保している。その他、テーブル等の配置転換により馴染みの利用者様が過ごせるように工夫している。 |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |
| 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                                          | これまで本人様が使用していた日用品等の持ち込みも許可しており、居室空間を馴染みのある過ごしやすい空間として頂くよう取り組む。                                         | 和室が2部屋と洋室が7室の泊まりの部屋が整備されている。ダンスとベッドが設置され、ベッドやポータブルトイレは利用者個人宅に合わせた位置に配慮され、安全確保のために動線も考慮している。利用者の生活スタイルに合わせた寝具、状況に応じて簡易ベッド・褥瘡マットの使用も可能である。使い慣れた布団やクッション、また、写真やお気に入りのもの等を持ち込み、ゆっくりと寛げる環境作りに取り組んでいる。                                   |                                                                          |
| 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                                             | ご本人様の身体能力や判断能力を考慮し、ご自身でできる事を継続できるような環境作りを実施。                                                           |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |