

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	2894001029		
法人名	社会福祉法人博愛福祉会		
事業所名	看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家		
所在地	兵庫県姫路市飾磨区今在家北3丁目105		
自己評価作成日	令和4年3月3日	評価結果市町村受理日	



【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)】

主治医と連携を行い、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用する事が出来る。
 (通い・訪問に関しては7時～21時対応・夜間帯は緊急時のみ対応)
 ガン末期の看取り期・病状不安定における在宅生活の継続支援・退院後の在宅療養生活へのスムーズな移行支援

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

基本情報リンク先	http://www.kai gokensaku.jp/28/
----------	---

【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	令和4年3月30日		

【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)】

看護小規模多機能型居宅介護の強みを活かし、医療ニーズへの対応も可能な柔軟なサービス提供により、在宅生活を支援している。通い・訪問の時間帯を長く設定し、夜間の緊急時対応を行い、家族支援にも注力している。利用者個々のニーズや「ケアプランシート」をもとに、趣味活動・制作・家事参加・菜園活動・生活リハビリ等の日中活動により、心身機能の維持向上に取り組んでいる。かかりつけ医との医療連携、看護師・理学療養士・介護職員等の多職種でチームケアに取り組み、寝台浴の設備もあり、重度化・終末期対応の体制も整備している。医療福祉サービスを広く展開する社会福祉法人が運営する事業所であり、研修体制・人事考課制度等が整備され、職員の資質向上に取り組んでいる。

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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および第三者評価結果

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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員全体で共有できるよう掲示を行っている	法人の「理念」・事業所独自の「基本方針」を明文化し、地域密着型サービスの意義を明示している。「理念」を玄関に、「基本方針」を事務所に掲示し、「理念カード」を携帯する等、職員に周知を図っている。法人本部が配信する動画を使用して、入職時と共に、毎年の研修計画に入れて「理念」研修を実施し、理解を深め意識付けを行っている。各職員の目標管理の中に理念に関する個人目標を設定し、理念の実践に向け具体的に取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議や小規模連絡会を通して情報の共有を行っている。	自治会に加入し、運営推進会議に自治会副会長の参加がある。今在家地区企業交流会・姫路市小規模多機能連絡会に参加している。「いきいき体操」への会場提供、「見守り・SOSネットワーク」への登録等で、地域包括支援センターと連携している。利用者の買い物や通院で地域の社会資源を活用し、「いきいき体操」に地域住民と一緒に参加する等、利用者が地域とつながりが持てるよう支援している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	コロナ禍の為あまり参加は出来ていないが見守り・SOSネットワークの登録を行っている		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	コロナ禍で集まって会議を行えていない為資料を地域包括に直接持っていき担当職員へ持って行き意見を申し送りなどを通して共有を図っている。	利用者・家族・地域代表(自治会副会長)・地域包括支援センター職員・知見者(他事業所職員)・事業所職員を構成委員とし、2か月に1回開催している。コロナ禍のため書面開催とし、「運営推進会議資料」「元気だより」を配布・郵送し、登録者数・職員数推移、利用形態内訳、ヒヤリハット事故事例、行事や活動内容等を報告している。「運営推進会議資料」ファイルを玄関に設置し公開している。	配布・郵送時に返信用紙を同封し、構成委員から意見・情報等を収集して次回の「運営推進会議資料」で共有する等、書面開催でも意見・情報交換できる取り組みを行ってはどうか。

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
5	(4)		○市町村との連携 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	コロナ関係の補助金など分からない際は積極的に担当者へ連絡し確認している。	運営推進会議・「いきいき体操」・「見守りSOSネットワーク」等を通して、地域包括支援センターと連携している。市からのメールで情報提供を受け、相談事項や報告事項があれば市役所の窓口を訪問し、事業所運営やコロナ対策に活かしている。生活保護受給者の利用支援についても、市の保護課と協働している。	
6	(5)		○身体拘束をしないケアの実践 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	玄関の施錠だけでなく、窓も施錠せず、必要に応じて許可を得るようにしている	「身体拘束排除マニュアル」を作成し、身体拘束を行わないケアを実践している。エリア内の「身体拘束廃止・虐待防止委員会」を3ヶ月に1回実施し、事業所から代表者が参加し、委員会議事録の回覧により職員周知を図っている。年間研修計画をもとに、年に2回「身体拘束廃止」研修(eラーニング)を実施し、研修レポート提出により全職員の受講を確認している。玄関は施錠せず、外出の希望があれば職員が同行し閉塞感を感じないように支援している。	「身体拘束排除マニュアル」の内容の整備が望まれます。委員会議事録の周知が明確になる工夫をしてはどうか。
7	(6)		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	Eラーニングにて年間計画を立て研修を行い、虐待の防止に努めている	「高齢者虐待防止」についても「身体拘束廃止」と同様に、eラーニング研修・エリア内の「身体拘束廃止・虐待防止委員会」により、不適切ケア防止に向け取り組んでいる。法人として、ストレスチェック・相談窓口の設置・「自己申告シート」を実施し、また、事業所として、ゆとりのある人員体制、希望を取り入れたシフト調整、定期的・随時の相談対応を行う等、職員のストレス等がケアに影響しないよう努めている。送迎時・訪問時等に家庭環境や家族の状況に留意し、必要に応じてサービス調整を提案したり、地域包括支援センターと連携しながら、家族の介護負担の軽減や利用者の権利擁護につなげている。	

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
8	(7)	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	Eランニングにて年間計画を立て研修を行い、適宜話し合いを行っている。	現在までに、日常生活自立支援事業や成年後見制度活用の事例はない。「権利擁護に関する制度」について、eラーニング研修で学ぶ機会を設けている。今後も制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、介護支援専門員が窓口となり、地域包括支援センター等関係機関と連携して支援できる体制がある。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては家族様と日程調整を行い直接話を行い同意・押印を得るようにしている。	利用希望者に、わかりやすく構成されたパンフレットと説明資料の冊子を用いて、看護小規模多機能型サービスの仕組みや特徴、できる事出来ない事等を詳細に説明している。利用料についても、「個別料金シュミレーション表」を作成して具体的に説明している。契約時には、契約書、重要事項説明書、同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。契約内容に改定がある場合は、改定部分を文書で説明し、文書で同意を得ている。	
10	(9)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	定期的なカンファレンスや玄関先の意見箱の設置	利用者の意見・要望等は、利用中のコミュニケーション中で把握に努めている。家族の意見・要望等は、「連絡ノート(通い)」「訪問サービスノート」・送迎時・訪問サービス時・モニタリング訪問時・サービス担当者会議時など多様な機会を活用して把握に努めている。毎月、写真を多数掲載し、行事や活動の様子を伝える「元気だより」を発行し、家族の意見・要望が出やすいように取組んでいる。把握した意見・要望等は、システム内の「申し送り」で共有し、サービス調整や介護計画に反映できるよう取り組んでいる。	

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
11	(10)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定期的に面談を行い、聞く機会を設けている	日々の共有事項は、朝礼・申し送りノートで共有している。利用者支援や業務について検討事項があれば、随時ミニカンファレンスで検討し、利用者支援についてはシステム内の「経過記録」で、業務については「申し送りノート」で共有し、職員の意見・提案を、利用者支援や業務に反映している。管理者が、定期的には年2回、随時にも個人面談を行い、職員の意見を個別に聴く機会を設けている。また、勤務後の「日誌」の送信により、職員がエリア長に意見を伝える仕組みがあり、「自己申告シート」や相談窓口により、法人に意見を伝える機会もある。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	相談の窓口の設置や必要に応じて面談を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	年間を通しての研修やジョブローテーションを行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	小規模連絡会に参加し、他事業所間で情報の共有を図っている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	カンファレンスの際や契約の際にサービス内容の説明と要望を伺いケアプランに反映・情報を共有するようにしている		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	カンファレンスの際や契約の際にサービス内容の説明と要望を伺いケアプランに反映・情報を共有するようにしている		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ニーズを伺った上で必要に応じて契約と同時に特養の手続きを行ったりしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一つ一つ声掛けを行い、選択出来る所は選んでもらっている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	カンファレンスやモニタリングを通して利用者様・家族様の意向を確認している。		
20	(11)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	アセスメントシートや個人史などを通して把握を行い職員間で情報の共有を図っている。	利用開始時の家族記入の「個人史」等から馴染みの人や場所についての情報を把握し、事業所作成の「アセスメントシート」にも記載している。利用中のコミュニケーションで把握した内容があれば、システム内の「介護記録」に入力している。コロナ禍のため制限があるが、家族・友人・知人等が来訪する場合もあり、また、買い物・理美容・通院送迎の支援を行い、馴染みの人や場所との関係継続の支援に努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	利用時のお席の配慮や似たような趣味をもった利用者様同士の間で職員が入り介入を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他のサービスに移行した際は1っか月後にサービス側に連絡を様子を確認している。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
23	(12) ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	事前にアセスメントシートや個人史を活用し意向の確認を行っている。	利用者個々の思いや暮らし方の希望を、利用開始時の家族記入の「個人史」「生活機能」等から把握に努め、事業所作成の「アセスメントシート」にも記載している。日々のコミュニケーションや毎月のモニタリングから把握した内容は、「ケアプランシート」に追記し、ケアプランや支援に反映できるよう取り組んでいる。思いや意向の把握が困難な利用者については、利用前のサービス事業所・病院からの情報や家族の意見を参考にしたり、本人の表情や言動等から推察し把握に努めている。	「個人史」を活用し、新しく把握し利用者個々の馴染みの関係・生活歴・生活習慣・趣味・嗜好等を追記し、情報の蓄積と共有につなげてはどうか。
24	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	今までの生活歴などは入院先や前のCMIに情報やケアプランシートをもらうようにしている。		
25	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	アセスメントシートや個人史などを活用している。		
26	(13) ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	多職種でカンファレンスを行い作成している。	「アセスメントシート」と家族記入の「個人史」「生活機能」をもとに「課題整理シート」で課題・ケアのあり方について検討し、初回の介護計画を作成している。以降は基本的に6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。介護計画のサービス内容は「ケアプランシート」に時間毎・具体的に記載し、サービス実施状況は「ケアプランシート」に沿って「介護記録」に記録している。介護支援専門員のモニタリング訪問に合わせて月1回「モニタリング評価表」で評価している。介護計画の見直し時には「基本情報」の中の「アセスメントシート」で再アセスメントを行っている。利用者・家族の意向を聞き取り、医療関係者・サービス事業者等の意見や助言は「指示書」「照会用紙」で収集し、担当者会議を開催している。「サービス担当者会議の要点」に取りまとめ、本人・家族や多職種の意見を反映させ、現状に即した介護計画を作成している。	

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

自己	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
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	多職種で現場プランを作成し活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	モニタリングを通して意向の確認している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	インフォーマルなサービスを活用し必要に応じて地域包括等に相談を行っている。		
30	(14)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	指示書を依頼しており、必要に応じて連絡し直接指示を仰いでいる。	契約時に、現在のかかりつけ医や今後の希望等について確認し、「基本情報」に記載して共有している。受診支援としては、通院の送迎を行っている。かかりつけ医に訪問指示書を依頼し、適切な医療と事業所のサービスを受けられるよう医療連携関係を築いている。日中は看護師の配置があり、日常的な健康管理やストーマ吸引・胃ろう等の医療的処置、利用者個々のかかりつけ医と情報交換を行っている。夜間も緊急時には看護師が対応できる24時間体制がある。毎日の健康状況や受診記録はシステム内の「介護記録」に残し、「連絡ノート(通い)」で家族と共有している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	日中看護師を1名以上配置を行っている為業務の中で報連相を行っている。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
32	(15) ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	退院後の経過などを連絡し、情報の共有・関係性の構築に努めている。	入院時には「看護サマリー」で医療機関に情報提供している。入院中は家族や医療連携室と情報交換し連携を図りながら、看護師・理学療養士を配置している強みも活かし早期の退院に向け支援している。退院前カンファレンスの開催があれば介護支援専門員や看護師が参加し、退院時には「看護サマリー」の提供を受けている。退院までに把握した情報は、事業所内外の関係者で共有し、自宅の環境整備、泊りを含めたサービス調整等の検討材料として、退院後の在宅生活に備えた支援に活かしている。	
33	(16) ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期に関しては事前にターミナルの同意書を家族様より頂き意向を確認しながら多職種連携しケアを行っている。	重度化・終末期を迎えた段階で、「ターミナルケアについての同意書」に沿って説明し同意を得ている。家族・かかりつけ医・事業所と話し合いを重ね、内容は「介護記録」に記録し共有している。家族に看取り介護の意向があれば、看取り介護に向けた介護計画への見直しを行い、かかりつけ医・看護師・理学療養士・介護職員・関係事業所が連携し、多職種でのチームケアに取り組んでいる。年間研修計画に入れて「ターミナルケア」研修(eラーニング)を実施し、職員へのメンタルサポートにも配慮している。	
34	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	研修や事故報告書を通して情報の共有を行っている。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

自己	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
35	(17)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	BCPを作成し職員間で情報の共有を行っている。	年2回、昼間・夜間想定で実践的な災害訓練を利用者も参加して行っている。令和3年度は9月・3月に実施している事を「訓練・教育実施結果」で確認した。実地訓練の他、「災害時対応」についてeラーニング研修も行い、意識向上を図っている。地域とは自治会副会長との情報共有で協力体制を築いており、現在中止されている地域の防災訓練に参加予定であることを伝えている。災害に備えた非常用食料・備品類は事業所内に準備し、管理者が備蓄リストで管理している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	高齢者虐待の研修や入職前に説明を行い同意を得ている。	年間研修計画に基づき、「接遇」「プライバシー保護」「認知症ケア」「高齢者虐待防止」「身体拘束廃止」研修(eラーニング)を実施し、人格尊重・誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について、継続的に意識付けを図っている。気になる言葉かけや対応があれば、「日報」等で助言や注意喚起している。個人ファイルは事務所の鍵付き書庫で適切に保管し、写真の利用については契約時に「肖像権に係る同意書」で同意を得る等、個人情報・プライバシー保護に取り組んでいる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日中の活動を通して自己決定できるよう声掛けを行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その人らしい生活を送る事が出来るよう集団のタイムスケジュールでの活動ではなく、個々に出来るよう行ってる。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	季節に応じたその人らしい服装出来るよう本人様に選んでもらっている。		
40	(19)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	買い物と一緒にいき、利用者様のニーズがあるときは野菜などを切ってもらう。(コロナの影響もあり買い物には最近は行けていない。)	職員が、季節感・行事・利用者の希望を採り入れた献立を1週間単位で作成し、毎食手作りの食事を提供している。食材は地域のスーパーで購入する他、プランター菜園で収穫された新鮮な野菜類も活用している。苗植え・水やり・収穫に利用者も参加し、園芸活動や季節感を楽しんでいる。利用者個々の状況に応じて、ミキサー食・ペースト食・制限食にも対応している。通常は利用者も食材購入の買い物や調理に参加しているが、コロナ禍のため、お盆拭き・おしぼり準備等、制限された中で好みや力を活かして参加できるよう支援している。毎月の行事に合わせたイベント食、随時のおやつ作りレクリエーションを企画し、誕生日会はケーキでお祝いする等、食事に変化を付けて楽しめるよう取組んでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量・水分量の把握の為表を確認し管理を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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ったかチェックシートを活用し把握している。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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 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	排泄管理表を作成し、リズムの把握に努めている。	「ケアプランシート」で利用者個々の介助方法・留意点を、「排泄管理表」で排泄状況・排泄パターンを共有し、トイレでの排泄・排泄の自立に向けた支援を行っている。ドアの開閉・声かけ等、利用者の羞恥心やプライバシーにも配慮している。介助内容や排泄用品等の検討事項は随時「ミニカンファレンス」で意見交換して「介護記録」に記録し、「連絡ノート(通い)」や「訪問サービスノート」で家族との共有を図っている。毎月介護支援専門員がモニタリング訪問時に自宅での状況を聞き取り、総合的な視点で現状に即した支援に取り組んでいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘になりやすい人は出ていない日数を把握し必要に応じて摘便などを行っている。		
45	(21)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	個々に同意を得たうえで曜日を決め入浴して頂いている。	利用者個々の身体状況に応じて、一般浴・リフト浴・寝台浴で入浴できる設備が整っている。週2回の入浴を基本とし、利用者の意向に合わせて曜日を決定しているが、体調や気分に応じて臨機応変に日時変更している。同性介助の希望には同性で対応し、拒否時には無理強いせず、声掛けの工夫や清拭に変更して清潔を保持している。実施状況は、「介護記録」に入力して職員共有し、「連絡ノート(通い)」で家族に報告している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	臥床できる時間・スペースを確保している。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

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
47			○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	利用者様一人一人のお薬情報を把握し、確認し利用時に持参・訪問時に服薬確認をお行っている。		
48			○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人様の意向を確認して楽しい事嗜好品の提供を行っている。		
49	(22)		○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者様より散歩に行きたいと要望があった際は一緒に外に行くようにしている。	通常は、利用者個々の希望やニーズに応じて、散歩・買い物・理美容・通院・花見等の外出支援を行っている。コロナ禍のため通常の外出支援は困難な状況であるが、時期や時間帯・場所を勘案し、必需品の買い物・通院に同行したり、ドライブには出かけている。また、敷地内のプランターで野菜の苗植え・水やり・収穫をしたり、庭の掃除や植木の剪定、ベランダでの洗濯物干し等、利用者が戸外に出て気分転換や生活リハビリできるよう支援している。	
50			○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物同行の際は本人様に支払いを行ってもらうようにしている。		
51			○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話を利用したいといわれた際は利用できるようにしている。		

看護小規模多機能型居宅介護ゆとり庵今在家

自己	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 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	基本的に使いやすいように配慮し食事・新聞・テレビなどで季節や生活感を工夫している。	リビングは広く開放感があり、窓からの自然光で明るい。壁には季節・行事に合わせて利用者と協同制作した装飾品を飾り、塗り絵コーナーには各利用者の作品が掲示されて、季節感や楽しさが感じられる。テーブル席とソファ、大型テレビを設置し、キッチンが併設されている。折り紙・塗り絵・習字・将棋等の趣味の活動や個々にテレビ鑑賞・会話等を楽しんだり、体操・歩行訓練や家事に参加する等、利用者個々の利用時間帯や「ケアプランシート」に応じて、意向に沿った過ごし方ができるように支援している。換気や消毒の徹底、加湿器・空気清浄機・オゾン発生器の活用、各テーブル上にパーテーションを設置する等、環境面・衛生面に配慮している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	テレビやソファの位置を工夫し、また座席の固定は行っていない。		
54	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	契約の際に使い慣れた物を持って来ても良いことの説明を行い、必要に応じて和室の部屋も選ぶことができる。	泊りの部屋は洋室(8室)と和室(1室)を用意している。各部屋は窓からの自然光で明るく、ベッド・チェスト・エアコン・ナースコール・懐中電灯等が備え付けられている。宿泊日数に合わせた着替え用衣服の他、使い慣れた寝具・時計等の生活用品が自由に持ち込まれ、自宅同様に居心地よく落ち着いて過ごせる環境づくりを行っている。利用者の心身状況に合わせて、安全で不公平感がないよう部屋割りに配慮している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ワンフロアの為死角がないように工夫し出来る部分はしてもらうようしている。		

(様式2(1))

事業所名 ゆとり庵今在家

目標達成計画

作成日: 令和 4年 4月 25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
1	4	・運営推進会議を活かした取り組みについて登録数・事故事例・活動内容をコロナ禍の為書面開催にて情報の共有を行っており意見の反映が出来ていない。	より一層情報・意見交換を行い、地域と共有する事が出来る	書面にて開催した際他の構成員と意見交換が行えるよう返信用の用紙を作成次回の資料に取り入れ共有出来るようにする。 2ヶ月
2	6	・身体拘束をしないケアの実践 マニュアルの作成・委員会の設置を行っているが職員が周知出来ていない。	マニュアルの再検討を行い委員会の議事録の共有を図る	法人内の他の施設と情報共有を図る 議事録が職員全員と共有出来るよう掲示を行う。 2ヶ月
3	23	・思いや意向の把握 アセスメントを行っているが、初回以降に趣味や嗜好等の追記が行えていない。	項目を追加し、情報の蓄積・共有に繋げる。	個人史の活用を行い、項目の追記を行い情報の蓄積と共有に努める。 2ヶ月
4				ヶ月
5				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。