

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

### (評価項目の構成)

#### I.その人らしい暮らしを支える

- (1) ケアマネジメント
- (2) 日々の支援
- (3) 生活環境づくり
- (4) 健康を維持するための支援

#### II.家族との支え合い

#### III.地域との支え合い

#### IV.より良い支援を行うための運営体制

ホップ 職員みんなで自己評価!  
ステップ 外部評価でブラッシュアップ!!  
ジャンプ 評価の公表で取組み内容をPR!!!

ーサービス向上への3ステップー

新型コロナウイルス感染防止対策を十分おこない  
訪問調査を実施しております

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS         |
| 所在地   | 愛媛県松山市三番町6丁目5-19扶桑ビル2階 |
| 訪問調査日 | 令和3年9月21日              |

#### 【アンケート協力数】※評価機関記入

令和3年2月17日 集計

|         |       |    |       |    |
|---------|-------|----|-------|----|
| 家族アンケート | (回答数) | 11 | (依頼数) | 18 |
| 地域アンケート | (回答数) | 5  |       |    |

※アンケート結果は加重平均で値を出し記号化しています。(◎=1 ○=2 △=3 ×=4)

#### ※事業所記入

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 事業所番号    | 3870103946      |
| 事業所名     | 四葉のクローバー        |
| (ユニット名)  | 2階              |
| 記入者(管理者) |                 |
| 氏 名      | 濱崎 秀巳           |
| 自己評価作成日  | 令和 3 年 8 月 26 日 |

|                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 【事業所理念】※事業所記入<br>グループ理念 健康・愛情・幸福・希望<br>基本方針 利用者様、利用者の家族様職員の安全安心安らぎ<br>接遇方針 丁寧語を使う<br>伝わる挨拶をする<br>清潔感を持つ |  | 【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入<br>人員の不足を改善し、ユニットリーダーの受け持ちの範囲を明確にして組織力の向上を図るように計画した。ユニットリーダーとミーティングを重ね、今まで不明確で役割分担の出来ていなかった利用者との関係・利用者の家族との関係・近隣住民との関係を改善していく様目標を立てる。1ユニット7名の常勤職員で稼働したが、グループ内での人員の配分が上手くいかず、1名の技能実習生を加えて7人態勢で稼働した。当施設では初めての外国人の入職で、上手くいかない面も経験するが人員が安定する事で地域社会との関わりも増え、小学校の運動会の観覧。他施設への訪問。地域祭りに露店を出店する等人員が確保できる事で以前の地域との関わりを持ち直すことができた。ただしこの1年は感染症の流行の影響もあり、家族や近隣の方々との関係強化は停滞している。 |  | 【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br>誕生日会は、誕生日当日に行っており、本人の食べたいものを職員が手作りにしてお祝いでいる。<br><br>今年8月に、家族や医師、訪問看護師と話し合いの場を持ち、方針を共有して、事業所で初めて看とりを支援した。看とり支援時は、家族と職員が話し合いができるような機会を度々つくった。また、感染対策をしながら、利用者が家族と一緒に過ごせるよう配慮した。<br><br>法人全体で「帰ろうか宣言」を掲げ、就業終了時間15分前から業務が終わっていたら帰ることをすすめている。有給休暇取得80%達成に向けて取り組んでいる。勤続年数毎に連休がプラスされる。 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

評価結果表

【実施状況の評価】  
◎よくできている ○ほぼできている △時々できている ×ほとんどできていない

| 項目No.           | 評価項目                                                 | 小項目 | 内 容                                                                                      | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                          | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                                         |
|-----------------|------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------|------|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I.その人らしい暮らしを支える |                                                      |     |                                                                                          |      |                                                    |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| (1)‘。           |                                                      |     |                                                                                          |      |                                                    |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| 1               | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                     | a   | 利用者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。                                                         | ○    | ケアプラン更新時に希望や意向をお伺いしており、情報を共有し把握に努めている。             | ◎    |      | ○    | 入居時、アセスメントシートの項目に沿って本人や家族から聞き取りまとめている。その後は、介護保険更新時に更新している。<br>入居後、1か月程度は、日々の中で得た情報を用紙に書きためて、1か月後の計画見直しにつなげている。<br>日々知り得た希望や意向は、介護記録に記入している。<br>介護計画更新(3ヵ月ごと)前に、利用者個々の担当職員が、本人・家族から暮らしの希望や意向を聞いている。 |
|                 |                                                      | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。                                                   | ○    | 入居時のアセスメントやご本人の言動を記録に残し、気持ちをくみとるようにしている。           |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | c   | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | ○    | 面会時や電話でお伺いしているが、ホームに任せるといふ方もおられる。                  |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。                                                         | ◎    | 記録や申し送り、ケアプランで情報を共有している。                           |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | e   | 職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。                                                   | ○    | 思い込みで判断せず、ご本人やご家族の意思をお伺いしている。思いを表出できない方は職員で検討している。 |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| 2               | これまでの暮らしや現状の把握                                       | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○    | 入居時にセンター方式のアセスメント方式を用い、追加の情報は記録に残し共有している。。         |      |      | ◎    | 入居時、本人や家族から聞き取り、アセスメントシートに生活歴、仕事歴、性格、趣味などについてまとめている。<br>追記・備考欄に、趣味や大切にしてきたことなどの詳細を記入している。                                                                                                          |
|                 |                                                      | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ◎    | センター方式のD1、D2を用いて現状の把握に努めている。                       |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。                                          | ○    | 不安定になった時間や状況を記録に残し把握に努めている。                        |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | ○    | 便秘等の体調を管理し、不安定な時は寄り添い原因は何か把握に努めている。                |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | 24時間の生活の流れは個人の日課表を作成し、日々の記録や申し送りで変化や違いを把握している。     |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| 3               | チームで行うアセスメント<br>(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。                                                | ○    | 記録や申し送りで情報を共有し、ケアプラン更新時に意向をお伺いし、ご本人の視点で検討している。     |      |      | ○    | 介護計画更新時に職員でカンファレンスを行っている。カンファレンスは、事前に聞き取った本人・家族の希望と、全職員が個別に記入した情報(3か月間の評価・問題点・対策)をもとに話し合っている。                                                                                                      |
|                 |                                                      | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。                                                           | ○    | 日々の生活で困っていることや支援すべきことをミーティング時に検討している。              |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | c   | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。                                                     | ◎    | 検討した内容は議事録に残し、介護計画に反映している。                         |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| 4               | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画                             | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。                                                             | ○    | 全ての希望には添えていないが、出来る範囲で支援している。思いを表出できない方はくみとっている。    |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。               | ◎    | 介護計画更新時はご本人、ご家族の意向をお伺いし、全職員が意見を出し合っている。            | ○    |      | ○    | カンファレンスで話し合った内容をもとに計画を作成している。<br>排便コントロールが必要な利用者については、医師や訪問看護師の意見を反映していた。                                                                                                                          |
|                 |                                                      | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                                          | ○    | 重度の方も今まで通りの生活が送れるよう支援している。                         |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                               | △    | ご家族や地域の方と協力体制が取れている方もおられる。                         |      |      |      |                                                                                                                                                                                                    |
| 5               | 介護計画に基づいた日々の支援                                       | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。                                                      | ◎    | 介護計画の内容は予め意見を出し合いミーティングでまとめ職員間で共有している。             |      |      | ◎    | 新たに計画を作成した際には、カンファレンス記録と介護計画の内容を確認するように、タブレット端末の申し送りで周知している。<br>介護計画は、タブレット端末の介護計画欄で共有している。                                                                                                        |
|                 |                                                      | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。                           | ◎    | 介護計画に沿ってケアが実践できたか、毎月モニタリングで振り返り日々の支援につなげている。       |      |      | ◎    | 介護計画の支援内容に番号を振っており、介護記録にその番号と実践状況を記録している。                                                                                                                                                          |
|                 |                                                      | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。                        | ○    | 利用者様の言動と支援した内容は具体的に記録するようにしている。                    |      |      | ◎    | 介護記録に、実践状況と一緒に記録している。                                                                                                                                                                              |
|                 |                                                      | d   | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。                                                  | ○    | 職員の気づきや工夫も記録に残すようにしている。                            |      |      | △    | 介護記録に、気づきやアイデアを記録していたが、ユニットによっては、口頭で止まることが多い。                                                                                                                                                      |

| 項目<br>No. | 評価項目                    | 小<br>項目 | 内 容                                                                                                                                    | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                               | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                      |
|-----------|-------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6         | 現状に即した介護計画の見直し          | a       | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。                                                                                                                  | ◎        | 短期目標は概ね3か月で見直しを行っている。                                   |          |          | ◎        | ケアマネジャーが、一覧表にして見直しの時期を管理している。                                                                                                                   |
|           |                         | b       | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。                                                                                                    | ◎        | 要望や変化が見られない時も毎月モニタリングで振り返っている。                          |          |          | ○        | 毎月、利用者個々の担当職員がモニタリングを行い、現状確認を行っている。                                                                                                             |
|           |                         | c       | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。                                                                   | ◎        | 状況の変化が生じた場合や退院後は新たな介護計画を作成している。                         |          |          | ◎        | 退院時や看とり時、また、精神的な変化がみられるような時に、計画を見直している。                                                                                                         |
| 7         | チームケアのための会議             | a       | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                                                                              | ◎        | 毎月のミーティングで話し合っているが、緊急案件の場合はその日の勤務者で相談している。              |          |          | ○        | 話し合う必要がある場合は、その都度、勤務職員で話し合ったり、申し送り時に話し合ったりしている。                                                                                                 |
|           |                         | b       | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。                                                                           | ○        | 毎月のミーティングは意見交換できる環境にある。                                 |          |          |          |                                                                                                                                                 |
|           |                         | c       | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                                                                                    | ◎        | 毎月、13日はミーティングの日と定め夜勤者以外は参加できている。                        |          |          |          |                                                                                                                                                 |
|           |                         | d       | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                                                                             | ◎        | ミーティング議事録を作成し、いつでも閲覧できる情報を共有している。                       |          |          | ◎        | タブレットの申し送りや掲示板に入力しており、職員が確認したら、既読済みとして名前が表示されるしくみとなっている。                                                                                        |
| 8         | 確実な申し送り、情報伝達            | a       | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                                                                                           | ◎        | 情報はタブレットの連絡事項に書き込み情報を共有している。                            |          |          | ◎        | 家族からの連絡事項や業務連絡については、タブレットの申し送り欄や掲示板に入力している。職員が確認したら、既読済みとして名前が表示されるしくみとなっている。                                                                   |
|           |                         | b       | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。（利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等）                                                                | ◎        | 日々の生活で困っていることや支援すべきことをミーティング時に検討している。                   | ◎        |          |          |                                                                                                                                                 |
| (2) 日々の支援 |                         |         |                                                                                                                                        |          |                                                         |          |          |          |                                                                                                                                                 |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a       | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。                                                                                                | x        | 一人ひとりのしたいことの把握は出来ていない。                                  |          |          |          | 水分補給の際に、飲み物を数種類用意したり、温かいのが良いか冷たいのが良いか、その都度聞いたりして支援している。<br>起床時や入浴時に服を選ぶように支援している。                                                               |
|           |                         | b       | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。（選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等）                                                                         | ○        | パン購入、お好みの飲み物、を選ぶようにしている。                                |          |          | ○        |                                                                                                                                                 |
|           |                         | c       | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。                                                                 | ○        | 車椅子の方は臥床したいかお伺いするようにしている。入浴や体操の参加もご本人が決めるようにしている。       |          |          |          |                                                                                                                                                 |
|           |                         | d       | 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や習慣を大切に支援を行っている。（起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等）                                                           | ○        | 一人ひとりのペースや習慣を大切にしつつ、集団生活の決まりも大切にしている。                   |          |          |          | 利用者の趣味（釣り、相撲、高校野球など）を話題にして会話を楽しくするように工夫している。<br>誕生日会は、誕生日当日に行っており、本人の食べたいものを職員が手作りしてお祝いしている。<br>今夏は、かき氷や輪投げ、魚つりゲームなどを用意して、緑日の露店の雰囲気を楽しむように工夫した。 |
|           |                         | e       | 利用者の活き活きした言動や表情（喜び・楽しみ・うるおい等）を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。                                                                                    | ○        | 一人ひとりと合った声掛けをし、笑顔を引き出すようコミュニケーションをとっている。                |          |          | ○        |                                                                                                                                                 |
|           |                         | f       | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるように支援している。                                                         | ○        | ご本人の思いをくみとり意向に沿った暮らし方ができるように支援している。                     |          |          |          |                                                                                                                                                 |
| 10        | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a       | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。                                                                       | △        | ミーティングで人権や尊厳について学んでいるが、その方にあった声掛けが尊厳に当たらないこともある。        | ◎        | ◎        | ○        | 月1回、勉強会として、資料を回覧して、職員個々に感想コメントを書くしくみをつくっている。5月には身体拘束について学んでいる。<br>理念カードは、メモ帳に貼るなどして職員個々に携帯している。                                                 |
|           |                         | b       | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。                                                            | △        | さりげない声掛けや対応を心掛けているが、不穏な時など敬意を払った声掛けでないこともある。            |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                      |
|           |                         | c       | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。                                                                                           | ○        | 一人ひとりに合った対応でプライバシーに配慮した介助を行っている。                        |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                      |
|           |                         | d       | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。                                                                          | ○        | ノックや声掛けし、入室している。                                        |          |          | 評価困難     |                                                                                                                                                 |
|           |                         | e       | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。                                                                                            | ○        | ミーティングで学んでおり、理解し遵守している。                                 |          |          |          |                                                                                                                                                 |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a       | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けてもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。                                                                      | ○        | お手伝いや下膳が日課になっているが感謝の気持ちを言葉に出し伝えている。                     |          |          |          | 利用者の関係性を考慮して席順を決めている。自由に席を移動して、他利用者とおしゃべりする利用者には、見守りをしている。トラブルになりそうな時には、職員が間に入ったり、ソファの方に移動に誘うなどして様子を見ている。                                       |
|           |                         | b       | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。                                                                                            | ○        | 洗濯物量やテーブル、お盆拭き等のお手伝いをして下さったり、ソファで座る場所を譲ってくださる場面も見受けられる。 |          |          |          |                                                                                                                                                 |
|           |                         | c       | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、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。（仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等） | ○        | トラブルにならないような席次やトラブルになりそうな場面では早めに回避するようにしている。            |          |          | ○        |                                                                                                                                                 |
|           |                         | d       | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。                                                                           | ○        | 不穏時に多動になる方の行動で不安や支障が生じないように配慮している。                      |          |          |          |                                                                                                                                                 |

| 項目<br>No. | 評価項目              | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                                                   | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                               | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                            |
|-----------|-------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12        | 馴染みの人や場との関係継続の支援  | a           | これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。                                                                                           | △        | ご家族に話やアセスメントで把握しているが、全ての方の把握は出来ていない。                                    |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | b           | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。                                                                                          | △        | ご家族に話やアセスメントの情報をもとに散歩や入浴時、ご本人にお伺いしているが、意思疎通ができていく方やご家族と疎遠な方もおられる。       |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | c           | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。                                                                   | ○        | 外出、外泊、他施設に入居の奥様面会、住みなれた場所での散歩や墓参り、等に出掛ける方もおられる。                         |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | d           | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                                                                    | ○        | 玄関は開放しており、ご近所の知人や友人、同僚が気軽に来られるようにしている。                                  |          |          |          |                                                                                                                                       |
| 13        | 日常的な外出支援          | a           | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、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取り組んでいる。<br>(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)<br>(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △        | 散歩の希望がある方はコースを選んでいただいているが、散歩を嫌がる方や人員の都合で出掛けることができない日もある。                | ○        | ○        | △        | 春には、近所の公園に桜を見に行った。<br>日常は、月に数回、玄関前のベンチに座り、ひなたぼっこをすることに止まっている。<br>病院受診が、外出の機会となっている。<br>さらに、状況をみながら、利用者や職員の気分転換を図るような取り組みに工夫はできないだろうか。 |
|           |                   | b           | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。                                                                                            | ×        | ボランティアや認知症サポーター等の協力で外出支援は出来ていない。                                        |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | c           | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。                                                                                                         | ○        | 重度の方も車椅子で自宅周辺の散歩や日光浴で気分転換できるよう支援している。                                   |          |          | △        |                                                                                                                                       |
|           |                   | d           | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。                                                                              | △        | 全ての方の希望を把握できていない。ご家族と出掛けることができるよう支援している。                                |          |          |          |                                                                                                                                       |
| 14        | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a           | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。                                                             | ○        | 認知症についてはミーティングや研修で学び理解はしている。一人ひとりの行動や状態の変化に対応できるよう職員間で情報を共有し、対応を検討している。 |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | b           | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                        | ○        | 毎日ラジオ体操、リハビリ体操、口腔体操を実施している。下肢や上肢機能低下防止の為、個人リハを行っている方もおられる。              |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | c           | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)                                                                   | ○        | D1・D2を用いて一人ひとりの状態を把握し、見守ったり一緒に行うようにしている。                                | ○        |          | ○        |                                                                                                                                       |
| 15        | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a           | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。                                                                           | ○        | ケアプランに楽しみごとや役割、お手伝いを取り入れている。                                            |          |          |          | 食後のテーブル拭きが役割の利用者には、職員が布巾を手渡ししてお願いしている。<br>オリンピック開催期間中は、ゲームや脳トレなどを競技として見立てて楽しみながら行えるように、金・銀・銅メダルで景品(ジュースなど)を用意した。                      |
|           |                   | b           | 認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、日常的に、一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。                                                            | ○        | 認知症や障害のレベルが進んでも、出来ることを見極めお手伝いをして頂いている。                                  | ○        | ○        | ○        |                                                                                                                                       |
|           |                   | c           | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。                                                                                                      | ×        | 出来ていない                                                                  |          |          |          |                                                                                                                                       |
| 16        | 身だしなみやおしゃれの支援     | a           | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。                                                                                    | △        | 自己決定できる方はご自分の思うようにしている。そうでない方は職員が選んでいる。                                 |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                            |
|           |                   | b           | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。                                                                              | ○        | 季節に合った衣服を着ていない方もおられるが、ご本人の思いを尊重している。                                    |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | c           | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。                                                                                     | ○        | 自己決定できない方は、本人の気持ちに沿って支援している。                                            |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | d           | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。                                                                                             | ○        | 季節や外出にふさわしい服装ができるよう支援している。                                              |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | e           | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできたり、食べこぼし、口の周囲等)                                                                                                | ○        | 髭剃りがうまくできない方の介助を行っている。食べこぼしや衣服の汚れはさげなく声掛けし更衣している。                       | ◎        | ◎        | 評価困難     |                                                                                                                                       |
|           |                   | f           | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。                                                                                                             | ○        | 希望のお店がある方はご家族が対応している。                                                   |          |          |          |                                                                                                                                       |
|           |                   | g           | 重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。                                                                                                | ○        | 訪問理容師に髪型を希望し、本人らしいふくをご家族が持参されている。                                       |          |          | ○        |                                                                                                                                       |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                              | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                            | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17        | 食事を楽しむことのできる支援 | a           | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。                                                                    | ○        | 一人ひとりの形態や量は把握できている。                                                  |          |          |          | 米は農家から購入している。<br>業者が立てた献立で食材が届き、職員が調理している。<br>利用者は、つくしのはかま取りや豆の筋とりなどをしているが、食事一連のプロセスに関わることは少ない。<br>テーブル拭きや下膳をする利用者がいる。<br><br>決まった献立で食事が届くため、利用者の好みや昔なつかしいものを採り入れることは難しい。<br>釣りの好きな職員が釣った魚を持って来てくれたり、実家が農家の職員が野菜を差し入れてくれたりする。 |
|           |                | b           | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。                                                            | ○        | 外注の為、献立作りはしていないが、一部の方は下膳、テーブル、お盆拭きをお手伝いをして頂いている。                     |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | c           | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。                                        | ○        | 調理、盛り付けをできる方がおられないが、下膳できる方はコップだけでも下膳し、テーブル、お盆拭きをプランに入れ自信や達成感につなげている。 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | d           | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。                                                       | ○        | 一人ひとりの好きなものや苦手なものを把握できるよう台所内に張り紙をしている。現在、アレルギーのある方はおられない。            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | e           | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | △        | 現在は外注に献立や材料を発注しているが、旬の野菜や果物は提供している。                                  |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | f           | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いんどりや器の工夫等) | ○        | 一人ひとりに合った大きさに切り、食べやすい器で提供している。                                       |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | g           | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。                                                                | ○        | 茶碗や湯飲みはご家族が持参しているが、状態の変化に応じて軽いものや持ちやすいものに変えて対応している。                  |          |          | 評価<br>困難 |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | h           | 職員も利用者和同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ○        | 職員と一緒に食べていないが、見守りや介助し、食べ方の混乱や食べこぼしなどに対するサポートは行っている。                  |          |          | 評価<br>困難 |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | i           | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | ○        | 対面で調理を行っているので音やにおいで感じることができる。                                        | ◎        |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | j           | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                    | ◎        | 外注の為、カロリー計算や栄養バランスはとれている。体重の増減や状態に応じた量を提供している。                       |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | k           | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                         | ◎        | 体重の増減で主食の量を決め、水分摂取量の少ない方には細目に飲み物を勧め、お茶ゼリーを提供している。                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | l           | 職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。                            | ×        | 外注の食材を発注しているので出来ない。                                                  |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | m           | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。                                           | ○        | 毎日、調理器具を消毒し、食材が届くと直ぐに冷蔵、冷凍で保管し衛生管理に努めている。                            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
| 18        | 口腔内の清潔保持       | a           | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。                                              | ○        | ミーティングや研修で学び、歯科医の指導も受け理解している。                                        |          |          |          | 口腔ケア時に確認しており、異常を発見した場合は、訪問歯科の受診につなげている。<br><br>新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                                                     |
|           |                | b           | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。                                                  | △        | 虫歯の治療や義歯の状態は把握しているが、自立している方の口腔内の状態や舌の状態は把握できていない。                    |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | c           | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。                                                      | ○        | 直接の指導は受けていないが、ミーティングや研修で学んだことは活かしている。                                |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | d           | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。                                                                           | ◎        | ご自分で手入れできない方は職員が手入れしている。夜間は外し、定期的に洗浄剤を使用している。                        |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | e           | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                | ○        | 一人ひとりにあった口腔ケアの方法で支援している。                                             |          |          | 評価<br>困難 |                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                | f           | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。                                                | ○        | 治療や修理が必要な場合は家族の了解を得て歯科往診を依頼している。                                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                               |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                          | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                            | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                        |
|-----------|----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19        | 排泄の自立支援        | a           | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ（紙パンツ・パッドを含む）の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                       | ○        | ミーティングや研修で学び理解している。                                  |          |          |          | カンファレンス時やその都度、職員で話し合っており、タブレット端末の申し送りで共有している。<br>紙パンツとパッド使用の利用者について、排泄パターンをみながら、トイレ誘導などして支援し、布パンツ使用に状況が改善した事例がある。<br>職員から、パッド使用の提案があった際、まずは試供品で大きさや当て方などを試し、必要性や適切性について検討した事例がある。 |
|           |                | b           | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。                                                                                   | ○        | ミーティングや研修で学び理解している。                                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | c           | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。（間隔、量、排尿・排便の兆候等）                                                                        | ○        | 排泄チェック表を活用しパターンを把握している。                              |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | d           | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ（紙パンツ・パッドを含む）使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々々の状態にあった支援を行っている。                          | ○        | 一人ひとりの状態に応じた支援を行っている。                                | ◎        |          | ◎        |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | e           | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。                                                     | ○        | 要因を探り改善に向け取り組んでいる。                                   |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | f           | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。                                                                   | ○        | 排泄チェック表を活用し時間を決めトイレ誘導を行っている。                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | g           | おむつ（紙パンツ・パッドを含む）を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | △        | 家族様との話し合いは出来ているがご本人を交えての話し合いは行えていない事が多い              |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | h           | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ（紙パンツ・パッドを含む）を適時使い分けている。                                                               | ○        | 一人ひとりの状態に合わせて使い分けている。                                |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | i           | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。（薬に頼らない取り組み）                                               | ○        | 自然排便を促すため腹部マッサージ等を行っているが、排便が困難な方は薬を使用している。           |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
| 20        | 入浴を楽しむことができる支援 | a           | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。（時間帯、長さ、回数、温度等）。                                       | △        | 安全に入浴する為、曜日や回数は決めている。その時の体調によって変更している。               | ◎        |          | △        | 週2回、午前中の中の入浴を支援している。<br>湯温や長さなどは、その都度、本人に聞きながら支援している。<br>さらに、入浴を楽しむという観点から個々の希望や習慣を支援に採り入れてはどうか。                                                                                  |
|           |                | b           | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。                                                                                | ○        | 一人ひとりの希望に応じ入浴して頂いている。                                |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | c           | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。                                                                               | ◎        | 洗髪・洗身は出来る所は本人にして頂いている。常時見守りをして安心して入浴して頂いている。         |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | d           | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせずに気持ち良く入浴できるよう工夫している。                                                        | ◎        | 拒否ある時は無理強いをしない様、時間や順番をずらす等して本人が気分よく入浴して頂ける様に工夫している。  |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | e           | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。                                                             | ◎        | バイタルチェックを行い、入浴前の健康状態確認、また入浴後も水分補給を行い状態確認をしている。       |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
| 21        | 安眠や休息の支援       | a           | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。                                                                                      | ◎        | 夜勤者の申し送りや記録にて把握している。                                 |          |          |          | 現在、薬剤内服者が7名おり、往診時に、医師に相談しながら支援している。                                                                                                                                               |
|           |                | b           | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。                                             | ○        | 日中起きていて頂いたり、活動量を増やす等工夫しているが、個々の習慣や意思もあり難しい。          |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | c           | 睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。                        | ○        | 日々の生活リズムを話し合い、安眠して頂ける様、個々に合わせた日中の過ごし方の支援に努めている。      |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | d           | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。                                                                             | ○        | 本人が希望、または眠そうにされていたら居室で休んで頂く様に声掛け、誘導している。             |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
| 22        | 電話や手紙の支援       | a           | 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。                                                                   | ◎        | ご自分で電話は出来ないが、希望があれば電話をしている。                          |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | b           | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。                                                         | ◎        | 本人が電話を保持できない方は職員が電話を持ち補助する等の支援を行っている。                |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | c           | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。                                                                                          | ◎        | 希望があれば電話出来る。                                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | d           | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。                                                                             | ○        | 家族と相談し、希望により対応している。                                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |
|           |                | e           | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                                                 | ◎        | 電話の希望があれば、職員が伝え、その後本人が話をされている。また、定期的に電話をくださる家族もおられる。 |          |          |          |                                                                                                                                                                                   |



| 項目<br>No.       | 評価項目              | 小<br>項<br>目 | 内<br>容                                                                                                                                               | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                 | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                   |
|-----------------|-------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------------|
| 23              | お金の所持や使うことの支援     | a           | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。                                                                                                                  | ○        | 理解している。                                                                   |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | b           | 必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。                                                                                                               | ×        | 現在、買い物する機会が無い為、できていない。                                                    |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | c           | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                                                                                  | ×        | 現在、買い物する機会を作る支援ができていない。                                                   |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | d           | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら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。                                                             | ○        | 以前は所持している方もおられたが現在は所持されていない。                                              |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | e           | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。                                                                                                                       | ○        | お金は預かっているが、家族の意向もあり、所持されている方はいない。                                         |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | f           | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしておき、本人・家族等の同意を得ている。（預り金規程、出納帳の確認等）。                                                                     | ◎        | 入所時説明を行い、同意を得ている。預り金については出納の確認ができるようにしている。                                |          |          |          |                                                              |
| 24              | 多様なニーズに応える取り組み    | a           | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、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。                                                                                         | ○        | アロマセラピーや訪問理美容、必要時は医療機関受診の付き添い等支援している。                                     | ○        |          | ○        | 利用者が使用する化粧品などの買い物を職員が代行している。                                 |
| (3)生活環境づくり      |                   |             |                                                                                                                                                      |          |                                                                           |          |          |          |                                                              |
| 25              | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   | a           | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。                                                                                                | ◎        | 門扉や玄関の戸も開放している。また、玄関よりスロープがあり、敷地内にベンチを置いている。                              | ◎        | ◎        | ○        | 調査訪問日、玄関扉は開放していた。玄関周りに植物を植え、ベンチを複数配置している。玄関前はスロープを設置している。    |
| 26              | 居心地の良い共用空間づくり     | a           | 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。（天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそっくりな感じになっていないか等。） | ○        | リビングにはテレビやソファを設け、季節の花を生ける等、雰囲気作りにも努めている。                                  | ○        | ◎        | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                   |
|                 |                   | b           | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。                                                                                                                | ○        | 毎日掃除を行い、遮光カーテンで陽射しを調節し、臭いがこもらない様換気にも努めている。                                |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                   |
|                 |                   | c           | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激（生活感や季節感を感じるもの）を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                                                      | ○        | 季節の花を生けたり行事の時の写真を壁に貼る等生活感・季節を感じて頂けるような工夫をしている。                            |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                   |
|                 |                   | d           | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。                                                                                                   | ○        | リビングでは利用者同士で思い思いに過ごされており、テレビの前のソファで一人でも過ごせる様な配置をしている。                     |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | e           | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。                                                                                                                      | ○        | 共用部分から見えるトイレ等は、出入りをする時は必ず戸を閉める等注意している。また、浴室は内部が見えない様、暖簾をしている。             |          |          |          |                                                              |
| 27              | 居心地良く過ごせる居室の配慮    | a           | 本人や家族等と相談しながら、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。                                                                                             | ○        | 家具、テレビ、寝具等を持参して使用して頂き居室に写真や書初めの作品を飾ったりと居心地よく過ごせる様、工夫している。                 | ◎        |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                   |
| 28              | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a           | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかったこと」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配慮や工夫をしている。                                                                                | ○        | バリアフリーで、あらゆるところに手摺を設置し安全に過ごせる様になっている。また、居室前に名札やトイレの表示を掲げる等、分かりやすい工夫をしている。 |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                   |
|                 |                   | b           | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。                                                                                              | ○        | 危険なものは本人の目に触れない様配慮し、個人の物には名前を記入しトラブル防止に努めている。                             |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | c           | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。（ほろろ、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等）                                                | ○        | 新聞・広告・本・パズル等、いつでも閲覧できる様共用部分に置いている。                                        |          |          |          |                                                              |
| 29              | 鍵をかけないケアの取り組み     | a           | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット（棟）の出入口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。（鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等）                   | ○        | 日中は玄関の戸を開けており、夜間のみ玄関の鍵を施錠している。居室やユニット間の出入口は常時開けている。                       | ◎        | ◎        | ◎        | 日中は、玄関やユニット出入口は、鍵をかけていない。鍵をかけることの弊害については、身体拘束についての勉強会で学んでいる。 |
|                 |                   | b           | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。                                                                           | ○        | 施錠を望まれる家族はいない。職員間の見守り・声掛けを徹底して離脱に注意し、自由な暮らしをして頂いている。                      |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | c           | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵を掛けないで暮らすよう工夫している（外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等）。                                                           | ○        | 不穏や帰宅願望の強い方は特に見守り、声掛けをして職員と一緒に外に出る等、対応している。                               |          |          |          |                                                              |
| (4)健康を維持するための支援 |                   |             |                                                                                                                                                      |          |                                                                           |          |          |          |                                                              |
| 30              | 日々の健康状態や病状の把握     | a           | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。                                                                                                                  | ○        | アセスメントや家族、本人の言葉やケアマネの情報などから把握している。                                        |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | b           | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                                                                     | ○        | 日々身体状態、異常のサインを注視し、早期発見に努め、その日のバイタルなどを詳細に記録に残す様にしている。                      |          |          |          |                                                              |
|                 |                   | c           | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等いつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                                                                   | ◎        | 24時間医療連携を行っており、特変や急変あれば速やかに連絡・報告し指示を仰いでいる。                                |          |          |          |                                                              |

| 項目<br>No. | 評価項目             | 小<br>目<br>目 | 内 容                                                                                                 | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                          | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                              |
|-----------|------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31        | かかりつけ医等の受診支援     | a           | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。                                             | ○        | アセスメントの記録や家族によりこれまでの受診状況を把握し、家族の希望する医療機関に受診できる様支援している。                             | ◎        |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 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。                                     | ◎        | 希望するかかりつけ医と連携し、本人の状態・様子を伝える等、適切な医療を受けられる様支援している。                                   |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | c           | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ◎        | 職員が受診対応した時は、結果を必ず家族に報告し、合意を得られる様努めている。                                             |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
| 32        | 入退院時の医療機関との連携、協働 | a           | 入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。                                                          | ◎        | 介護サマリーを作成し、情報提供を行っている。                                                             |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。                                              | ◎        | 入院中や退院に向けての情報交換・相談に努めている。                                                          |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | c           | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。                                                        | ○        | 利用者の希望や家族の要望が優先で入院先が決まる為、提携クリニック、病院以外は関係づくりはしていない。入院時や退院時は誠意を持って対応することを心がけている。     |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
| 33        | 看護職との連携、協働       | a           | 介護職は、日常の関わりの中で得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ている。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ○        | 看護師とはよく報告・連絡・相談をしている。                                                              |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。                                                        | ○        | 協力医療機関が24時間対応して下さる。看護職についていつでも相談に乗れる体制である。                                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | c           | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                     | ○        | 日々の健康チェックは血圧・体温を始め、入浴時の皮膚の状態、浮腫みの状態、食事量・排泄などを確認し主治医に報告出来るようにしている。                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
| 34        | 服薬支援             | a           | 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。                                                               | ○        | 処方箋を把握し、理解している。                                                                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。                                                  | ○        | 薬のマニュアルを作成し、二重チェック行いエラーが発生しづらいように取り組んでいる。                                          |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | c           | 服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用（周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等）がないかの確認を日常的に行っている。                       | ◎        | 食事量や排泄量は毎日（あるいは毎回）確認している。また、薬の変更や量の変更、タイミングの変更時には変化があった時点、または1週間後に主治医に報告するようにしている。 |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | d           | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。                                              | ◎        | 本人の状態は良く観察している。本人に状態の変化があった場合は医師や看護師にすぐに状況を伝え、指示を仰ぐ。またそれを記録に残す。                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
| 35        | 重度化や終末期への支援      | a           | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                           | ○        | 入居時に弊社の指針を説明し、克、状態変化の都度確認を行っている。                                                   |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                   | ○        | 本人や家族の希望を伺い、職員の意見も取り入れながら方針決定を行い、かかりつけ医を交えて方針を決定し、それぞれが方針を共有している。                  | ○        | ◎        |          | 入居時、家族に看とり介護についての同意書に基づき、事業所でできること、できないことなどについて説明している。<br>今年8月に、家族や医師、訪問看護士と話し合いの場を持ち、方針を共有して、事業所で初めて看とりを支援した。<br>看とり支援時は、家族と職員が話し合いができるような機会を度々つづけた。また、感染対策をしながら、利用者が家族と一緒に過ごせるよう配慮した。 |
|           |                  | c           | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。                                        | ○        | 職員の終末期対応の実績や、現実のスキルを把握してできることを家族と話し合っている。                                          |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | d           | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。                                                 | ○        | 契約時に当事業所での重度化及び終末期の話は必ず行い了解を得るようにしている。また、状態の変化によって必要な場合は再度確認と了解をえている。              |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | e           | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。    | ○        | 終末期の経験はないものの、勉強会は定期的に実施している。                                                       |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | f           | 家族等への心理的支援を行っている。（心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等）                                                         | ○        | 施設での実績はないものの、職員の経験や体験からアドバイスを行っている。                                                |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
| 36        | 感染症予防と対応         | a           | 職員は、感染症（ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等）や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。                            | ○        | 勉強会や研修にて学んでいる。                                                                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | b           | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                        | △        | 勉強会や、その時流行している感染症について会社の資料に目を通している。日常的な訓練は出来ていない。                                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | c           | 保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。                             | ◎        | 今回の新型コロナウイルスに関しては毎日その動向はチェックし、予防・対策を打っている。加湿・殺菌・面会制限・三密防止等。                        |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | d           | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。                                                                 | ◎        | 日頃より情報収集に努め、感染者または疑いのある方に関しては居室対応を行ない、面会は制限を行う等、家族にも協力を得ている。                       |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |
|           |                  | e           | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。                                                | ◎        | 職員は検温や手洗いうがいを徹底しており、来訪者にはマスク着用、検温、手指消毒の協力を得ている。                                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                         |



| 項目<br>No.    | 評価項目                                                        | 小<br>項目 | 内 容                                                                                                             | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                             | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                              |
|--------------|-------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II.家族との支え合い  |                                                             |         |                                                                                                                 |          |                                                                                       |          |          |          |                                                                                                                         |
| 37           | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援                                      | a       | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。                                                            | ○        | 面会時や電話連絡時には家族の思いや状況を伺い、家族と共に支えていける関係を築ける様努めている。                                       |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策期間のため評価はできない。<br><br>月1回、利用者個々の担当職員が手紙に写真を添えて状況報告を行っている。写真は、日々の様子が分かるものを選んで送っている。<br>年4回、事業所便りを家族に送付している。 |
|              |                                                             | b       | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                    | ○        | 面会時には気軽に訪れて頂き、居心地良く過ごせるような雰囲気作りを行っている。(現在は面会を制限している)                                  |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | c       | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)                                                               | ×        | 現在、家族が参加する機会を作れていない。                                                                  | ○        |          | 評価困難     |                                                                                                                         |
|              |                                                             | d       | 来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等)     | ○        | 月に一回、日常の様子をお手紙を書いたり、ホームの便りを発行している。                                                    | ◎        |          | ○        |                                                                                                                         |
|              |                                                             | e       | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的内容を把握して報告を行っている。                                                     | ○        | 家族の希望や不安に思われていること等を電話や来訪時にお伺いしたり、現状報告を行っている。                                          |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | f       | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)                 | ○        | 本人の状態の変化や様子を報告し、理解をして頂いた上で本人とより良い関係を続けられるよう支援している。                                    |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | g       | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)                                               | △        | 従業員の移動、退職については報告していない。行事、設備改修、機器の導入は運営推進会議にて議題として扱い、議事録を第1保証人に送付している。                 | △        |          | △        |                                                                                                                         |
|              |                                                             | h       | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)                                                                 | ×        | 現在家族会や行事等も行なえていない為、家族同士の交流は図れていない。                                                    |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | i       | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。                                                       | ○        | 1人1人に起こり得るリスクについて、面会時や電話にて家族に状況報告等行っており、利用者が安心して暮らせるよう話し合っている。                        |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | j       | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。                                             | ○        | 家族の来訪時や電話時に気軽に相談や希望を言って頂いたり、こちらからお伺いしている。                                             |          |          | ○        |                                                                                                                         |
| 38           | 契約に関する説明と納得                                                 | a       | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。                                                                        | ○        | 契約時には本契約前に事前に具体的な説明を行い納得された状態で本契約を行っている。説明機会が2度ある為、後の行き違いは少なくなっている。                   |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | b       | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                    | ○        | 転居は2年間で2例あり、いずれも本人、家族の納得のいくように支援している。                                                 |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | c       | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                              | ○        | 細かく文書化して契約書、同意書、重要事項説明書に明記している。                                                       |          |          |          |                                                                                                                         |
| III.地域との支え合い |                                                             |         |                                                                                                                 |          |                                                                                       |          |          |          |                                                                                                                         |
| 39           | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a       | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。                                                             | ○        | 地域の方に事業所の存在価値を認識して頂くべくイベントの参加や地域社会行事に参加している。                                          |          | ○        |          | 建物周辺や歩道の掃除をしている時に、近所の人とあいさつすることはあるが、地域行事が中止のため地域との交流の機会はほぼない。<br>さらに、このような時期であっても地域とのつながりを持てるような工夫や取り組みはできないだろうか。       |
|              |                                                             | b       | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)      | ○        | 日常的な挨拶は行い、秋祭りに神輿に来てもらったり、餅つき行事に参加して頂いたりしていた。また、昨年度は地域包括センターの協力で地域の祭りに出店させて頂き、交流も広がった。 |          | ○        | △        |                                                                                                                         |
|              |                                                             | c       | 利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。                                                                                  | ○        | 以前と比べ、外出する機会が減少しているが、グループ内での感染症発生の際には自治会や、地域包括センター、青年団より多くの支援を頂いた。                    |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | d       | 地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。                                                                                        | △        | 地域の方々が施設内に遊びに来られることはないが、駐車場の花壇を取り換えてくれたり、畑で取れた果物をお持ちになられる。                            |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | e       | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。                                                                 | △        | 御近所の方は定期的にお付き合いをしており、職員や利用者には差し入れを頂いたりする。                                             |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | f       | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | ×        | 現状は全てできていない。                                                                          |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | g       | 利用者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。                                           | ×        | 現状は全てできていない。                                                                          |          |          |          |                                                                                                                         |
|              |                                                             | h       | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ○        | 公民館(自治会)、コンビニ、福祉施設、消防へは関係向上的な働きかけを行っている。                                              |          |          |          |                                                                                                                         |

| 項目<br>No.           | 評価項目                                                                                                                                                                                    | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                         | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                              | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                  |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40                  | 運営推進会議を活かした取組み                                                                                                                                                                          | a           | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。                                                                              | △        | 現在は文書による開催のみであるが、構成メンバーは自治会、家族代表、民生委員、包括支援センターで実施している。                                 | ○        |          | ○        | この一年間は、書面開催で行っており民生委員、家族代表、地域包括支援センター担当者の参加がある。                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 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（自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等）について報告している。                                  | ○        | 外侮評価の内容と自己評価は毎年行っている。運営推進会議では行事計画と実績が主な議題であったが、現在外出行事が出来ない為、改装計画、感染症防止の取組みが主な内容となっている。 |          |          | ○        | 利用者の状況や行事について報告している。外部評価実施後は、評価結果と目標達成計画について、口頭で報告した。                                       |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                             | △        | 会議で出された意見や提案をもとに、小学校行事への参加や、新型コロナウイルス発生時の対応、発生時の初動計画などを作成し配布するなどを行った。                  |          | ◎        | ×        | この一年間では、意見や提案はほとんど出でおらず、取り組みに活かしたり、結果を報告したりするような取り組みは行っていない。                                |
|                     |                                                                                                                                                                                         | d           | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。                                                       | △        | 日曜日開催や、他施設との合同開催を試みたりするが参加者は増えてはいない。                                                   |          | ◎        |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | e           | 運営推進会議の議事録を公表している。                                                                                          | ○        | 議事録は家族に郵送している。また、ユニットの入りに閲覧ファイルを設置しており、誰でも閲覧できるようにしている。                                |          |          |          |                                                                                             |
| IV.より良い支援を行うための運営体制 |                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                                             |          |                                                                                        |          |          |          |                                                                                             |
| 41                  | 理念の共有と実践                                                                                                                                                                                | a           | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○        | 共通の理念を作り、朝礼で唱和している。                                                                    |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。                                                                             | △        | 一昨年の運営推進会議にてお伝えした。本年は思う様に説明の機会を設けられなかった。我々の理念を額に入れ、各階に掲示している。                          | ○        | △        |          |                                                                                             |
| 42                  | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a           | 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、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。                                                   | △        | 法人外部の研修には応援体制もあり参加も多い。しかし、計画的に実施されているとは言い難い面がある。                                       |          |          |          | 法人全体で「帰ろうか宣言」を掲げ、就業終了時間15分前から業務が終わっていたら帰ることをすすめている。有給休暇取得率80%達成に向けて取り組んでいる。勤続年数毎に連休がプラスされる。 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 管理者は、OJT（職場での実務を通して行う教育・訓練・学習）を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。                                           | ○        | 現実起こる問題や、対処方法を解説し実行してもらう事も多い。なるべく個人で考えながら実際に現場で使える技術の習得に時間を取っている。                      |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 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。                              | ○        | 新たに管理部長を設け、働き甲斐のある職場づくりを目指して業務改革中である。有給、労働時間は新たな試みを実践中である。                             |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | d           | 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、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。（事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加） | ○        | 市町単位の事業所連絡会や地域の地域密着サービスの連絡会にはほぼ毎回参加している。                                               |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | e           | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。                                                                   | △        | 新たなセクションの創設や福利厚生面の充実に力を入れている。                                                          | ○        | ◎        | ○        |                                                                                             |
| 43                  | 虐待防止の徹底                                                                                                                                                                                 | a           | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。                                            | ○        | 定期的に勉強会のテーマにし学習している。行っていない行為については理解している。                                               |          |          |          | 9月の勉強会で虐待・身体拘束について学んでいる。不適切なケアを発見した場合は、主任や管理者に報告することになっている。                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。                                                              | △        | 朝礼等でケアに関する指導を行っている。当日に起こった問題を吸い上げ、対処方法や考え方を話し合っている。ただし、ケアだけではないので△                     |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。                                    | ○        | 職員各々が注意を払っている。万が一そのような行いを発見した際には管理者に報告が上がる様に指導している。また、どのような対処方法が適切であるかを都度話し合っている。      |          |          | ○        |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | d           | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。                                                        | ○        | ストレスがケアに表出することは多い。日常は注意し点検をしている。                                                       |          |          |          |                                                                                             |
| 44                  | 身体拘束をしないケアの取り組み                                                                                                                                                                         | a           | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。                                          | ○        | 勉強会を企画し実施し概ね理解している。                                                                    |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。                                                      | △        | 朝礼等で身体拘束に関する指導を行っている。当日に起こった問題を吸い上げ、対処方法や考え方を話し合っている。ただし、身体拘束だけではないので△                 |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 家族等から拘束や施設等の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | △        | 家族からの要望は無いが、入居時には身体拘束を行わない旨、しっかりと説明している。契約時に身体拘束については時間を掛けてじっくり説明している。                 |          |          |          |                                                                                             |
| 45                  | 権利擁護に関する制度の活用                                                                                                                                                                           | a           | 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び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。                                                     | ○        | おおそ理解している。                                                                             |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。                                          | △        | 気軽に相談頂ける様にパンフレットの配布などを行った。                                                             |          |          |          |                                                                                             |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関（社会福祉協議会、後見センター、司法書士等）との連携体制を築いている。                                     | △        | 包括支援センターや社会福祉協議会へは連携を取っているが、その他の機関とは連携は取れていない。                                         |          |          |          |                                                                                             |

| 項目<br>No. | 評価項目                  | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                   | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                                   | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                     |
|-----------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46        | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a           | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                               | ○        | 年1回以上は必ず勉強会や訓練をしている。事故発生時はどの基準で行動するべきか機会がある毎に周知している。                                        |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | b           | 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。                                                | △        | この1年間は開催回数が減少したが定期的に勉強会を実施している。                                                             |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | c           | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。                   | ○        | 事故報告書・ヒヤリハットはその都度まとめ、職員全員が閲覧している。検討は月一度カンファレンス等で話し、再発防止に努めている。                              |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | d           | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。                                         | ○        | 1人1人のリスクについてはカンファレンスや日頃の職員同士の気付きや相談・報告にて検討し、事故防止に努めている。                                     |          |          |          |                                                                                                |
| 47        | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a           | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。                                            | △        | 勉強会を実施し、対応は管理者に丁寧にやり取りするように決めている。                                                           |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | b           | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。              | ○        | 一時的には管理者が現場で対応し、必要とあれば市に相談している                                                              |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | c           | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。              | ○        | 大きな苦情は数年発生していないが、これまでと同様に先方の考えを理解し当方の考えを伝え、今後の改善方法を一緒に考えて行く方向で解決に向けて話し合う方向で行っている。           |          |          |          |                                                                                                |
| 48        | 運営に関する意見の反映           | a           | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくる。（法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等）                                | ○        | 3ヶ月に1回カンファレンスの前に話を聞いている。苦情は他の利用者に関するものが多いが、容易には改善に結びつかない場合も多い。                              |          |          | ○        | 個別に訊いている。                                                                                      |
|           |                       | b           | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくる。（法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等）                            | ○        | 面会機会が減少しているものの電話やメールで連絡を取り、その機会を設けている。ご意見箱は設置しているが現在稼働はしていない。また、苦情については介護保険課・包括センターも紹介している。 | ○        |          | ○        | 電話や来訪時に訊いている。複数の家族から、「市内から来訪する際に、建物が分かりづらい」という意見があり、昨年、南側壁面にロゴマークを取り付け、正面の壁面にあった事業所名の表示を新しくした。 |
|           |                       | c           | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。                                       | ○        | 入居時に必ず説明している。又、運営推進会議でも積極的に利用して頂く様に願っている。                                                   |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | d           | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくらしている。                                        | ◎        | 良く足を運ばれている。意見を直接聞いている。                                                                      |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | e           | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。                          | △        | 会議の制限、三密の回避で会話は少なくなっている。                                                                    |          |          | ○        | 管理者は、日々の中で聴いており、職員から意見やアイデアがあれば、まずは「やってみよう」と言って、みなで取り組んでいる。                                    |
| 49        | サービス評価の取り組み           | a           | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                                    | ○        | 年1回サービス評価を実施している。                                                                           |          |          |          | 外部評価実施後の運営推進会議時に評価結果と目標達成計画について、口頭で報告している。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。                               |
|           |                       | b           | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。                                       | △        | 1年を通してミーティング量が減少し、例年どうりには行かなかった。                                                            |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | c           | 評価（自己・外部・家族・地域）の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。                         | △        | 人員の確保は安定したものの、地域との結びつきは以前より活発ではない。                                                          |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | d           | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                   | ○        | 地域の民生委員を務めておられ現在家族の代表として関わりを持って頂いている方をお願いしている。合同会議の提案を頂きグループ内での取り組みは実現した                    | ○        | ○        | △        |                                                                                                |
|           |                       | e           | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。                                              | △        | 慢性的な人員不足を改善し、介護のレベルアップの推進は、不足人員を派遣等で補うため多くの人が入れ替わるのみとなり、レベルの向上には至っていない。                     |          |          |          |                                                                                                |
| 50        | 災害への備え                | a           | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。（火災、地震、津波、風水害、原子力災害等）                             | ○        | マニュアルは出来ている。火災、水害、地震については訓練を実施している。職員が安定しない為全員とは言えないまでも半数の職員は対応出来る様になっている。                  |          |          |          | 避難訓練（5月・11月）を、職員と利用者で行っている。訓練の様子は、写真を添えて運営推進会議（書面）で報告した。                                       |
|           |                       | b           | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。                          | ○        | 火災、地震については訓練を実施している。                                                                        |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | d           | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。                                           | ◎        | 火災設備は年1回定期点検を実施し非常備品・食料も7日分備蓄（利用者ベース）して点検も行っている。                                            |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       | e           | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。                         | ○        | 年2回消防訓練（総合訓練）後の運営推進会議にて報告し、協力をお願いをしている。また、訓練も見学して頂いている。                                     | △        | ○        | △        |                                                                                                |
|           |                       | f           | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。（県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等） | ×        | ここ1年は、地域防災訓練や災害対策には参加していない。11月の地域防災訓練も参加できなかった。                                             |          |          |          |                                                                                                |
|           |                       |             |                                                                                       |          |                                                                                             |          |          |          |                                                                                                |

| 項目<br>No. | 評価項目          | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                       | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                      | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                           |
|-----------|---------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------|
| 51        | 地域のケア拠点としての機能 | a           | 事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。（広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等） | △        | ここ1年は地域の研修も少数で参加したに留まった                                        |          |          |          | 入居相談で来訪する人の介護相談は行っているが、今後は、地域のケア拠点として取り組みに工夫してみてほしい。 |
|           |               | b           | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。                                                                           | ○        | 見学者の方からはよく相談を受けている。本人の状態を伺い、自施設に入居を推進するのみでなく、より良い業態を進める様にしている。 |          | △        | △        |                                                      |
|           |               | c           | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。（サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等）                                          | ×        | 出来ていない。                                                        |          |          |          |                                                      |
|           |               | d           | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。                                                             | ×        | 出来ていない。                                                        |          |          |          |                                                      |
|           |               | e           | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。（地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等）                       | △        | 昨年度、地域行事の高浜フェスタには包括支援センターや地域自治体と協力して会の開催を行う事が出来た。              |          |          | ×        |                                                      |