

(別表第1)

## 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

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和 2 年 9 月 4 日    |

【アンケート協力数】※評価機関記入

|            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| 家族アンケート    | (回答数) 9名 | (依頼数) 14名 |
| 地域アンケート回答数 | 5名       |           |

※事業所記入

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 事業所番号           | 3870500422           |
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホーム「むつみの家」<br>2棟 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 山下龍二                 |
| 自己評価作成日         | 令和 2 年 8 月 20 日      |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>【事業所理念】</p> <p>1.のんびりと<br/>2.たのしく<br/>3.いっしょに<br/>私たちは、家族地域の人たちと共に入居者様と歩んできた道のりを大切に<br/>これからの生活を支援いたします</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <p>①本人や家族の意見を尊重しながら関係機関と連携し方針を共有していく<br/>・家族とは、本人の状態をその都度報告し事業所内で出来るケアの立案に反映している<br/>・母体病院や協力医療機関と連携し本人及び家族の意見に添いながらケアを実施している<br/>②入居者の身体機能に合わせた活動を個別的に支援出来る<br/>・老いゆく機能を建設的に判断し、本人が穏やかに活動できるように計画を立案しケアの実施をしている<br/>・本人の状態に合わせて活動面の拡大を段階を踏まえて実施している</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>開設から20年経過した木造平屋の事業所は閑静な住宅街にあり、市行政から福祉避難場所に指定されている。病院の看護師経験のある管理者は、職員や利用者一人ひとりに対して細やかな気配ばりを行い、大切にしていると感じられた。利用者一人ひとりの個別のカルテに特有の症状の情報を挟み、職員に分かりやすく工夫をしているほか、週間チェック表には健康状態の変化や排泄パターンなどの詳細が分かりやすく記録され、職員間で共有されている。また、事業所には勤続年数の長い職員が多く、配食された献立をそのまま盛り付けるのではなく、季節のきゅうりやトマトなどの野菜を飾り、彩りをよくするなど独自の工夫を見ることができた。</p> |
|--|--|---|

## 評価結果表

| 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  |
|------------------------|--|-----|--|------|---------------------------------|------|------|------|---|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |                                 |      |      |      |   |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |                                 |      |      |      |   |
| 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。   | ◎    | ケアプランを立案し日々かかわりの中でできる限り対応している   | ◎    | /    | ◎    | 入居時に、職員は利用者や家族から思いや暮らし方の希望、意向を把握して、フェイスシートに記録をしている。また、追加して把握した情報を含め、職員間で共有している。   |
|                        |  | 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。   | ◎    | 本人の表情や行動を見て少しでも意向に沿えるように努めている   | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。                                      | ◎    | サービス担当者会議や面会時などを活用し話し合っている      | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。   | ◎    | 本人の言動も記録に残し職員間で共有している           | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。   | ◎    | 本人の思いを見落とさないように日々傾聴し観察している      | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ◎    | フェイスシートを活用し家族からも情報を共有している       | /    | /    | ◎    | 入居時に、職員は利用者や家族から生活歴や馴染みの暮らし方、こだわり、大切にしてきたこと、生活環境などを聞いているほか、入居前の介護支援専門員から、これまでのサービス利用の経過などを聞いている。入居前に利用者が入院していた場合には、病院等からサマリーを入手している。日々の支援から得た情報はシートに追記し、職員間で共有している。 |
|                        |  | 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。                                  | ◎    | 本人の出来ることに視点を置き対応している            | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。  | ◎    | 家族にも情報収集するが、本人の言葉や態度で把握する       | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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)                                   | ◎    | 日々観察し把握できるよう職員とも情報を共有している       | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。                                     | ◎    | 週間表を活用し変化に対応している                | /    | /    | /    |   |
| 3                      | チームで行うアセスメント(※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。  | ○    | サービス担当者会議を行いケアプランを作成し対応している     | /    | /    | ○    | 事業所では、利用者一人ひとりの担当制を敷いており、担当職員が把握した情報を基にして、管理者や計画作成者、担当職員が話し合い、「利用者が何を求め、必要としているのか」を、本人の視点で検討している。   |
|                        |  | 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。   | ◎    | 日常生活の中でなにげなく発する言葉に耳を傾け検討している    | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。   | ○    | ケアプランのモニタリングをすることにより課題を明らかにしている | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |  |
|-------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|--|
| 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。   |      | ケアプランを立てる際本人と家族に意向確認を行っている                 |      |      |      | 利用者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、職員は利用者や家族と話し合い、介護計画を作成している。利用者の状態に応じて、職員は法人のワーカーや栄養士、薬剤師へ相談し、専門的な意見を反映して計画を作成している。  |  |
|       |                          | 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。 | ◎    | 本人家族担当医看護師介護福祉士その他職員の意見を出し合いケアプランを作成している   | ◎    |      |      |  |  |
|       |                          | 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。                            | ○    | 出来る限り本人の思いを組みとり意向に近い内容にしている                |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。                                 | △    | 家族との協力体制は出来ているが地域の方との協力は少ない数ではあるが交流できている   |      |      |      |  |  |
| 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。  | ◎    | 職員全員が内容を把握できるようにカルテに綴じ目が通すことが出来やすくしている     |      |      |      | 事業所では、職員が利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解しやすいよう、個別のカルテに介護計画のコピーを綴じ、日々の利用者のサービス提供に努めている。カルテや週間チェック表に職員は、介護計画に沿った評価を記録し、日々の支援につなげている。また、職員は利用者の日々の暮らしの様子や支援した内容のほか、職員の気づきや工夫、アイデアなどをカルテや申し送りノートなどに詳細を記録している。記録には、赤枠(医師からの指示)や青枠(看護師や介護職員からの指示や決定事項)を使い分けて記載し、職員が見やすく分かりやすい工夫をしている。 |  |
|       |                          | 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。             | ◎    | 毎月モニタリングを行い記録している<br>日々申し送りの中、職員間で状況確認している |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。          | ◎    | 日々の暮らしの様子は、カルテに記録している                      |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。                                    | ◎    | カルテ・週間表・個別申し送り表を独自に作成し記録している               |      |      |      |  |  |
| 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。  | ◎    | 期間に応じて見直しを行っている。<br>また、状況に応じても見直ししている      |      |      |      | 介護計画は6か月に1回見直しを行っている。月1回、職員は利用者の現状確認を行い、「生活援助計画評価表」に記録している。利用者の心身の状態や暮らしの状態に変化が生じた場合には、随時計画の見直しを行い、新たな計画を作成する場合もあるが、次の計画見直し時に作成している場合の記録も見られた。   |  |
|       |                          | 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。  | △    | 特に変化が見られなければ行っていない。                        |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。       | ×    | 変化が生じた時には、関係者と見直しているが随時計画は作成していない          |      |      |      |  |  |
| 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。                  | ×    | 月1回会議を行っていたが、現在は行っていない                     |      |      | △    | 毎日の申し送り後には、チームケアを行う上で課題解決をするために職員間で話し合いをしている。緊急案件がある場合には、その都度その場にいる職員で話し合いをしている。現在、職員体制や管理者の都合で月1回の部署会が開催できていない状況にあるため、今後は職員間で話し合う場が確保できるよう、会議を再開することを望みたい。また、参加できなかった職員には、申し送りノートで内容を伝達している。  |  |
|       |                          | 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。               | ◎    | 意見交換が出来るようにしている                            |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。                        | ◎    | なるべく工夫している                                 |      |      |      |  |  |
|       |                          | 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。                                 | ◎    | 部署会ノートを作成し全員に伝わるようにしている                    |      |      |      |  |  |
| 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。                               | ◎    | 申し送りノートや個人申し送り用紙を作成し活用している                 |      |      |      | 事業所では、ユニットごとに申し送りノートに伝達事項を記入し、職員間で共有できる仕組みがある。職員は伝達事項の確認後にはサインをするようにしているが、職員のサインのないユニットの申し送りノートの記録も見られた。   |  |
|       |                          | 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)    | ◎    | カルテに重要な内容を・全員に申し送る内容は青枠や赤枠で囲み目立つようにしている    | ◎    |      |      |  |  |

| 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   |
|-----------|-------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| (2) 日々の支援 |                         |     |  |      |  |      |      |      |  |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にしたい支援 | 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。  | ○    | 訴えに対して可能な限り行っている                       | /    | /    | /    | 起床時に、数枚の服の中から利用者を選んでもらうなど、職員は二者択一など利用者の状態に合わせた声かけをしている。利用者の得意なこと(野菜作りなど)を把握して、職員は声かけや話題提供を行いながら、活き活きとした言動や表情を引き出している。  |
|           |                         | 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)   | ○    | 内容によって自己決定をしてもらっている                    | /    | /    | /    |  |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかるか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。   | ◎    | 本人の気持ちを優先し納得してもらえるよう支援している             | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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したい支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | ◎    | 個々のタイミングや体調に合わせた支援を行っている               | /    | /    | /    |  |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きとした言動や表情(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。   | ○    | 傾聴や本人の喜べる内容の声掛けをしながら対応している             | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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支援している。  | ○    | 本人の思いをできる限り取り取るよう支援している                | /    | /    | /    |  |
| 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したい言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 職員間で話し合いながら、常に意識しながら取り組んでいる            | /    | ◎    | ○    | 年2回、法人内で「身体拘束について」の研修を実施しており、その中で利用者のプライバシー等について職員は学んでいる。また、管理者が県などの外部研修で研修で学んだことを繰り返し職員に伝達することにより、利用者の誇りやプライバシーを大切にしたい言葉かけや態度が取れるように努めている。利用者の危険な行為が見られた場合には、つい職員から大きな声を発してしまうこともある。日々利用者のしぐさから、職員はさりげなくトイレ誘導をしている。また、居室へ入室時には、不在の場合にも事前に利用者へ声かけして、了解を得てから入室している。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさま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かけや対応を行っている。   | ○    | 敬意を図りながら対応しているが、危険な時などに大きな声が出てしまうことがある | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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助助を行っている。   | ○    | 個別にタイミングを見ながら声をかけている                   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。  | ◎    | 本人が居室にいるときは、ノックと声掛けを行い了解を得てから入室している    | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。  | ◎    | 職務としての守秘義務を守り業務している                    | /    | /    | /    |  |
| 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、利用者に助けを求め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。   | ◎    | 常に感謝の言葉を表現しながら関わりを持っている                | /    | /    | /    | 職員は、利用者同士の関係性を把握して対応している。集団生活が難しい被害妄想のある利用者もあり、職員は特に注意を払いながら、配慮した対応をしている。  |
|           |                         | 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。  | ○    | お互いが尊重できる程度に関わりをもてるよう配慮している            | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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える機会を作る、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)。 | ○    | 日頃から、利用者同士の関係性をよく観察しながら距離を調整している       | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ◎    | 利用者同士の距離や関係性をできる限り調整している               | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |
|--------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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。   | ○    | 特に、担当の職員は関係性の把握に努めている  | /    | /    | /    |  |
|        |                   | 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。  | ○    | 家族からの情報を収集や利用者本人とのかかわりの中で把握に努めている                            | /    | /    | /    |  |
|        |                   | 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きた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | △    | 家族の了解を得ながら、関係性が途切れないように支援している                                | /    | /    | /    |  |
|        |                   | 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。  | ○    | 家族(契約者)の了解を得ながら取り組んでいる                                       | /    | /    | /    |  |
| 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。(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)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | ○    | 散歩や庭に出る等の希望は、気温や天候を考慮しながら対応している<br>個別の外出は、家族とも協力しながら対応している   | ○    | ×    | △    | 職員は、車いすの利用者も一緒に事業所の庭で茶話会を楽しんだり、週1～2回の買い物や近くの美容室に歩いて出かけたりできるよう支援している。現在は、新型コロナウイルス感染症や熱中症への予防対策のため、事業所として日常的な利用者の外出支援はできていないが、コロナ禍の終息後には外出支援を再開予定である。 |
|        |                   | 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。  | ×    | 現時点では実施していない   | /    | /    | /    |  |
|        |                   | 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。   | ○    | 庭先で日光浴等の対応を実施している  | /    | /    | △    |  |
|        |                   | 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。  | ○    | 家族の協力を得ながら実施している   | /    | /    | /    |  |
| 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。   | ○    | 早めに対処が出来る様に都度職員間でカンファレンスを行い、取り組んでいる                          | /    | /    | /    | 入浴時に、自分で洗える部位を洗身はしてもらするなど、利用者自身でできることは、職員が見守りや一部介助をしながら、自らしてもらっている。  |
|        |                   | 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。                                | ◎    | 日常生活の中で得意であったことを勤め日課にして身体機能維持を図っている<br>現在は、敷地内が多いが散歩なども行っている | /    | /    | /    |  |
|        |                   | 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)   | ○    | さりげなく声掛けしやされ感のない様に気を付けながら一緒にやっている                            | ◎    | /    | ○    |  |
| 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。   | ○    | データベース・フェイスシートや家族からの情報を基に本人の楽しみごとを引き出せるように考え動いている            | /    | /    | /    | レクリエーション時に利用者の得意なぬり絵をしたり、野菜の下ごしらえや盛り付け、洗濯物たたみ、モップがけを手伝ってもらったりするなど、職員は日々の生活の中で、利用者の役割や出番をつくっている。  |
|        |                   | 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。  | ○    | 残された機能を把握しながら、無理なく出来る作業を動いている                                | ◎    | △    | ◎    |  |
|        |                   | 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。  | ×    | 現在地域行事は行えていない  | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |
|-------|----------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。   | ◎    | 持参しているものの中から、選んだり勧めたりして身だしなみに興味を持っていただいている                  |      |      |      | 職員は利用者の汚れはさりげなく拭き取ったり、場合によっては人目につかない場所に利用者へ移動してもらい、着替えをしてもらうなどのカバーしている。重度な状態の利用者であっても、職員は家族と相談し、毎日利用者の好みの服を着用してもらい、メリハリが持てるよう支援している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため、美容室へ行くことや訪問理美容の利用はできていない。   |
|       |                | 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に整えられるように支援している。  | ◎    | 入居前からの本人の持参を優先し納得いく様に動めている                                  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 表情を観察しながら押し付けにならない様に支援している                                  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ○    | 外出時は、本人の希望を聞きながら服装を決めている                                    |      |      |      |   |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりしげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                      | ◎    | 指摘されるようなことがない様に気配りをしながら対応している                               | ◎    | ◎    | ○    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ○    | 希望の店に行くときは、家族の協力のもとと得ている                                    |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ◎    | 家族の協力のもと実施している  |      |      | ○    |   |
|       |                |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 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。   | ◎    | 個々に合わせて楽しい食事が提供できるように支援している                                 |      |      |      | 事業所では、昼食と夕食は配食サービスを利用しており、事前に業者には献立の希望を伝えている。職員は季節の野菜や果物を購入し、献立に一品足すなど、利用者が食事を楽しみになるような工夫をしている。利用者はテーブルや食器を拭くほか、野菜の下ごしらえなどを手伝いしている。コロナ禍の終息後には、利用者と一緒に買い出しに行くことを再開する予定である。季節に応じて、利用者と一緒に懐かしい干し柿や梅ジュースと一緒に作ることを楽しみにしている。食器類は利用者の状態に合わせて、器の重さや形、取っ手の有無を配慮したものを使用している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため利用者と一緒には食事をしていないが、職員は同じ食卓に座り、食事介助や見守りを行っている。重度な状態の利用者であっても、調理の音や汁物などの匂いを感じ、職員は食べることへの意識づけや雰囲気づくりを大切にしている。現在、事業所にはアレルギーのある利用者はいないが、職員は食事形態にも対応し、ミキサー食であっても彩りのある盛り付けなどを工夫している。 |
|       |                | 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。   | △    | 下ごしらえなどできる利用者と共にやっている                                       |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                                       | △    | 調理済の食材を導入している為ほとんど出来ていない                                    |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ◎    | データベース・フェイスシートから情報を収集すると共に本人から聞き取りし職員全員が情報共有している            |      |      |      |   |
|       |                | 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。                    | ○    | データベースや家族からの聞き取りを基にアレルギーなどは把握している<br>旬の食材は積極的に使用している        |      |      | ○    |   |
|       |                | 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、いらずや器の工夫等) | ◎    | 個々の機能に合わせて食事が苦痛とならない様に配慮している<br>食べやすい容器なども考慮している            |      |      |      |   |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等使いやすいもの、使いやすいものを使用している。  | ◎    | 不具合があれば使いやすいものを取り寄せて対応している                                  |      |      | ◎    |   |
|       |                | h   | 職員も利用者と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。                | △    | コロナウイルス感染症対策の為、現在は一緒に食事を囲めないが見守りしながらその都度対応している              |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                            | ○    | 料理のメニューを話題とし、そこから本人の食べたい希望の物を聴取している                         | ◎    |      | ○    |   |
|       |                | 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。                                   | ○    | 専門の業者と契約し栄養バランスに配慮した食事を提供している                               |      |      |      |   |
|       |                | 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。                        | ◎    | 管理医師とも相談しながら不足の部分を補えるように取り組んでいる                             |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ○    | 専門の業者と契約し栄養バランスに配慮した食事を提供している<br>また、状況によっては母体病院の栄養士にも相談している |      |      | ○    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 感染委員会及び管理医師の指示を受けながら衛生管理に取り組んでいる                            |      |      |      |   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ◎    | 歯科医の情報を得て職員はその必要性を理解している   | /    | /    | /    | 毎日、職員は利用者の義歯の状態を確認しているほか、利用者の口腔内の健康状態を確認し、必要時には訪問歯科を利用している。毎食後に、職員は利用者一人ひとりに合った口腔ケアを丁寧に支援しており、スポンジを使用して介助している利用者もいる。   |
|       |                | 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。  | ○    | 訪問歯科を利用し口腔内チェックを行っている  | /    | /    | ○    |  |
|       |                | 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。  | ○    | 訪問歯科を利用時、医師から指導を受けている  | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 本人が出来るところまでして頂き最終チェックをしている   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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に、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)                           | ○    | 口の中の汚れや臭いが生じた際は原因を調べ対応している   | /    | /    | ○    |  |
|       |                | 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、歯科医を受診するなどの対応を行っている。  | ◎    | その場ですぐに症状を聞きどんな症状か確認を行い管理医師へ報告の上訪問歯科や受診を速やかに行っている                            | /    | /    | /    |  |
| 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。                       | ◎    | 理解出来ている<br>すぐに、オムツ・紙パンツで対応するのではなく段階をもって使用を検討している                             | /    | /    | /    | トイレで排泄できることを基本として、職員は利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげなく声かけをしてトイレ誘導をしている。支援内容は、週間チェック表に記録している。   |
|       |                | 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。   | ◎    | 看護師や管理医師と連携し便秘が引き起こされる原因や症状について話し合い理解に努めている                                  | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)  | ◎    | 専用の書類に毎日記載し確認を取り把握している   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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状態にあった支援を行っている。                            | ◎    | 排泄は、トイレ・PTイレを基本として考えている<br>紙パンツやパッドを使用しているがその人に合わせて、トイレ誘導し出来る限りトイレでの排泄を促している | ◎    | /    | ◎    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 排泄状態を把握し問題があればその都度職員で話し合い、また管理医師や看護師へ相談している                                  | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ◎    | 定期的な時間誘導以外にも本人のタイミングに合わせてこまめに誘導している  | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。 | △    | 使用に際して選択はなされているが職員の方で決めていることが多い<br>家族には、その都度報告し意見を聞いている                      | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)を適時使い分けしている。  | ◎    | 状態に合わせて、個別に使い分けしている<br>パットの吸水量や大きさなど個々に対応している                                | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)   | ◎    | 時間帯に分けて、ヨーグルトや牛乳や乳酸菌飲料などを使用<br>その方の嗜好や体質に合わせて使い分けしている<br>ラジオ体操も日課に取り入れている    | /    | /    | /    |  |
| 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)  | △    | 入浴に関しては入る時間や日程はほとんど職員が決めている<br>拒否の際は無理をせず清拭や足浴などを支援している                      | ◎    | /    | △    | 事業所では入浴時間を15時30分～16時30分と決めており、利用者は週に2～3回入浴することができる。利用者の状態や希望に応じて、職員は入浴日を変更したり、シャワー浴や清拭、衣服交換などの対応をしたりしている。冬至には浴槽にゆずを浮かべ、利用者が季節を感じ、楽しんで入浴できるよう工夫している。利用者一人ひとりの希望や習慣に沿った入浴は、利用者の状態や職員体制から難しい面もあるが、少しでも利用者が入浴を楽しむことができるような取組みを期待したい。 |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ◎    | 一人づつ個別に入浴している  | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ◎    | 出来る事は行ってもらい職員と1対1で行っている<br>滑り止めマットを活用し安全に入浴出来ている                             | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。   | ◎    | 本人の了解をもらいながら入浴支援を行っている<br>個人のペースに合わせて行っている                                   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ◎    | バイタルを測定し入浴前後で一般状態の観察を行っている   | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ◎    | 専用の書類に時間ごとに記載し把握している                                       | /    | /    | /    | 利用者の半数は、入居前から睡眠導入剤を服用している。職員は医師と相談し、日中の活動を増やすなど薬を減らすよう努めており、服薬の必要がなくなった利用者もいる。        |
|       |                | 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。                         | ◎    | 眠れない方に対してその都度原因を考え管理医師や看護師とも相談し改善できるように取り組んでいる             | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。    | △    | 日中の活動内容を検討しているが睡眠導入剤を使用している方は多い                            | /    | /    | ○    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 日中のパターンはほとんど本人のペースに合わせている<br>飲食以外は全て本人の自由にしている             | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ◎    | 本人の希望があれば応じている<br>制限なく自由に希望できる                             | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                     | ○    | 職員が手助けをしながら電話の支援を行う事が多い                                    | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ◎    | 制限なく自由に希望できる   | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 直接本人へ手渡している  | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | ◎    | 希望する入居者には、職員が間に入り家族に協力を依頼している                              | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | お金を所持することの大切さは理解しているが、事業所として自己管理を認めていない                    | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ×    | 職員や家族が代行し購入している  | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                      | ○    | 同じ店を利用することが多いので店員と職員間で馴染みの関係が築けている                         | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。 | ×    | 事業所としては管理を認めていないが希望がある方に関しては買い物の同行を行っていた。<br>現在は、感染対策として中止 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | △    | 現在事業所として管理は認めていないが話し合っていない過去、金銭所持を認めていた際は話し合っていた           | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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)。         | ◎    | 入居時契約の際当事業所のルールを説明し同意を得ている                                 | /    | /    | /    |   |
| 24    | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                           | ○    | 個々に応じてその都度職員の間で相談しながら取り組んでいる                               | ◎    | /    | ○    | 家族が受診に付き添えない場合には、職員が利用者と一緒に受診している。また、利用者の希望に応じて、自宅まで一緒に歩いて行くなど、職員は柔軟な支援ができるよう取り組んでいる。 |



| 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   |
|-------------------|-----------------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| <b>(3)生活環境づくり</b> |                       |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 25                | 気軽に入れる<br>玄関まわり等の配慮   |     | 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。  | ○    | 駐車場は常に開放している<br>敷地内の環境整備を整え気軽に立ち寄れる雰囲気を作っている  | ◎    | ○    | ○    | 初めて事業所を訪問した調査員には、旧道から駐車場への入口と玄関の入口が分かりづらく感じた。事業所の玄関前には季節の花や木が植えてあり、ベンチが設置され、くつろげるような雰囲気がある。  |
| 26                | 居心地の良い<br>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ぐような設えになっていないか等。) | ◎    | 季節に応じて飾りつけを変えたり入居者が手作りで作成し展示している  | ◎    | ○    | ◎    | 共用空間の壁には、紙で作成した季節のひまわりや朝顔のなど季節感のあるものが飾られ、ソファが設置され利用者は自由にくつろげる空間となっている。事業所内には窓が多く、自然光が入り明るい。毎日、利用者と一緒に掃除を行い、清潔感がある。また、利用者と一緒に花の飾りを作ったり、干し柿を吊るしたりするなど、利用者や来訪者は季節を感じ、居心地よく過ごせるよう工夫している。 |
|                   |                       | 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。  | △    | 共同生活の為色々な状態の方が入居されており大きな声を出す方もいる<br>不満を訴える方に対しては都度職員が間に入りサポートしている                     |      |      |      |  |
|                   |                       | 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。  | ◎    | 季節によって飾りつけを変えている<br>季節の花や野菜などを手に取り季節感を味わっている  |      |      |      |  |
|                   |                       | 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。   | ◎    | リビングの席を変えたり自由に自室で過ごせる様特に制限していない   |      |      |      |  |
|                   |                       | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。   | ◎    | 直接見えないような環境になっている   |      |      |      |  |
| 27                | 居心地良く過ごせる<br>居室の配慮    |     | 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で活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ◎    | 入居時より、自宅で使用していた家具など馴染みのあるものを持ち込んでもらい居心地よく過ごせる様工夫している                                  | ◎    |      | ◎    | 入居時等に、利用者や家族が相談し、居室には使い慣れたタンスや棚などを持ち込むことができる。家族の写真を貼っている居室もあり、利用者が居心地よく過ごせるような工夫がされている。  |
| 28                | 一人ひとりの力が<br>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「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。   | ◎    | 自室やトイレなどに目印やポスターなどをつけてさりげない配慮工夫をしている  |      |      | ◎    | 事業所では利用者に応じて、居室のタンスの引き出しには収納された衣類が分かりやすいよう表記したり、黄色の紙に大きく「トイレ」と表記し、利用者が混乱しないように工夫している。また、居室の手作りされた表札には、カタカナや漢字で氏名を書き、自分の居室が分かりやすいようにしている。   |
|                   |                       | 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。  | ◎    | 自室内は、個人に合った環境を整え不安や混乱を招きにくい工夫をしている  |      |      |      |  |
|                   |                       | 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。(ほうき、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)  | △    | 雑誌や新聞などの比較的安全なものは手に届く場所に設置している危険を伴うものは、生活環境の中に設置はしていない<br>要求がある際にその都度見守りながら使用してもらっている |      |      |      |  |
| 29                | 鍵をかけない<br>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)の出入り口、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)                  | ◎    | 職員は弊害について理解している<br>離棟する際は、職員が付き添っている  | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、日中は事業所では鍵をかけていない。事業所に来訪者がいると、センサーブザーがなるようにしている。また、17時～翌朝8時まで、防犯のため鍵をかけている。   |
|                   |                       | 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。   | ◎    | 鍵をかけない暮らしについて、入居時説明をしている<br>帰宅要求や離棟がある際は常に見守りし、安易な施錠はしない事を伝えている                       |      |      |      |  |
|                   |                       | 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、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。   | ◎    | 離棟に注意しながら日中は開放している<br>運営推進会議を通して地元の方への理解に努めている  |      |      |      |  |

| 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 |
|-----------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ◎    | フェイスシートや家族からの情報を基に把握に努めている                           | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。                                    | ◎    | 毎日のバイタル測定や一般状態の観察を行い異常の早期発見に努めている<br>また、カルテに記録を残している | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等に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。                                 | ◎    | 管理医師・看護師・家族へ連絡し早目の受診を行い指示を仰いでいる                      | /    | /    | /    |                            |
| 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。   | ◎    | 入居の段階でかかりつけ医に関しては継続を基本してもらっている                       | /    | ◎    | /    |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ◎    | 希望の病院との関係性は維持できるように連携を取っている                          | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。                               | ◎    | 受診の結果は常に家族と情報を共有し今後についての相談を行っている                     | /    | /    | /    |                            |
| 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。  | ◎    | 入院先の医療機関へはサマリーなどの情報提供を行い都度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。  | ◎    | 医療機関先にもよるが、なるべく情報を共有できるように連携を取っている                   | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 協力医療機関と連携は図れている                                      | /    | /    | /    |                            |
| 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。 | ◎    | 事業所の看護師・管理医師と情報を共有しながら取り組んでいる                        | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 事業所内の看護師及び協力医療機関へ24時間相談できる体制をとっている                   | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ○    | 日々の健康状態を記録に残し状態の変化に適切に支援できる様に取り組んでいる                 | /    | /    | /    |                            |
| 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。   | ○    | 病院からの薬説明書や文献集などを活用し理解に努めている                          | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 服薬に関しては、一定のルールを決め安全に提供できる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。                       | ◎    | 記録に残しながら日々の変化を情報共有している                               | /    | /    | /    |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 変化があった際はその都度記録に残し申し送りの際に看護師へ情報共有している                 | /    | /    | /    |                            |

| 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  |
|-------|-------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。                        | ◎    | 状況の変化に対してその都度家族に報告相談し方向性も検討している  | /    | /    | /    | 入居時に「利用者が重度化した場合における対応に係る指針」に基づき、職員は利用者や家族に説明している。利用者の状態が悪化した場合には、家族や医師、看護師、職員が話し合い、方針を共有している。また、看取り支援が必要となった場合には、法人内の病院に入院することを選択することが可能である。 |
|       |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、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。                                 | ◎    | 管理医師と情報を共有しながら、協力医療機関との連携を行っている。   | ○    |      | ○    |   |
|       |             | 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。                                     | ○    | 職員の力量を判断しながらどこまでの支援が出来るか判断している   | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。  | ○    | 家族へは、入居時及びその都度事業所の「出来る事・出来ない事」を説明し理解を求めている                                       | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。 | ○    | 協力医療機関と連携をしながら今後の変化に対応する準備を話し合っている   | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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)  | ◎    | 家族の声に耳を傾けながら個別に取り組んでいる   | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ◎    | 医療法人の感染委員会に参加し情報を得ている<br>また、感染予防の研修会や医療安全の研修会にも2回全員参加している                        | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                     | ◎    | 研修会に定期的に参加している。<br>マニュアルファイルが誰もが目のつきやすいところに保管している<br>今年度は、コロナ対策のため特に注意しながら対応している | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                          | ◎    | 母体病院からその都度最新の状況は知らされており、インターネットからもその都度情報収集している                                   | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。  | ◎    | 母体病院からの情報と老健局からの情報をその都度共有し職員間でも共有している  | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。   | ◎    | 職員の手洗いやうがいは徹底し出来ている。<br>利用者や来訪者等の手指消毒・検温・健康状態調査も徹底している                           | /    | /    | /    |   |

| 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   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>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。  | ○    | 入居者の些細なことで家族へ報告し状態を共有しコミュニケーションを行い信頼関係が築けるように努力している                                   | /    | /    | /    | 職員は家族に敬老会の行事案内を送付し、昨年は10名の家族の参加があった。現在、事業所では新型コロナウイルス感染症予防のため、行事を中止している。年4回、「むつみ新聞」を発行し、家族全員へ送付している。遠方の家族には、その都度、利用者が参加した行事の写真など送付しているほか、月1回、職員は家族全員へ電話を掛け、日常の利用者の暮らしぶりや様子を伝え、家族から気軽に相談できるよう努めている。また、事業所の運営上の事柄や出来事については、2か月に1回の運営推進会議で報告するほか、職員から家族との電話時に伝えて、理解や協力を得るようにしている。 |
|                     |                            | 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)                                | ○    | 職員は、常に笑顔を中心掛け話しやすい雰囲気を作るように努めている。来訪者へは、お茶等を提供している<br>現在コロナ対策上、面会時の裸入室不可・飲食不可リモート面会調整中 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 行事は案内を出し参加を呼び掛けている<br>外出も家族協力体制がとれている<br>食事作りは依頼していない                                 | ◎    | /    | ○    |  |
|                     |                            | 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) | ◎    | 疎遠となっている家族はいない。生活状況など面会時や電話で報告できている<br>年4回「むつみ新聞」を発刊している                              | ○    | /    | ○    |  |
|                     |                            | 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な内容を把握して報告を行っている。  | ◎    | 年2回カンファレンスを実施し話し合ったり面会時や電話の際に伺っている<br>相談などは、時間や別室を設けて伺う時もある                           | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)             | ◎    | 今のご本人の状態をその都度伝え報告し対応の仕方等話し合い協力を得ている   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 運営上の事柄行事の誘いは文章で報告しているが職員の異動等は特に伝えていない   | x    | /    | ○    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 家族会を兼ねた運営推進会議の実施や敬老会の案内は行っている。  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり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。  | ◎    | リスクについては都度説明し理解を得て対応等検討している   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。   | ◎    | 基本的には、担当者が窓口になりつつもその都度面会時に近況を報告し意見等を伺っている   | /    | /    | ◎    |  |
| 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。  | ◎    | 家族に来棟して頂きその都度説明し理解を得ている   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。                | ◎    | 入居時に退去時の条件について説明している。<br>納得のいく退居になるよう説明し行先も相談している                                     | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)                          | ◎    | 口頭で説明および、書面にて了解を得ている  | /    | /    | /    |  |

| 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   |   |
|--------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|---|
| <b>Ⅲ. 地域との支え合い</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |  |   |
| 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。   | ◎    | 2か月に1回運営推進会議へ参加して頂き理解を得ている                                    | /    | ◎    | /    | 事業所として自治会に入会しており、職員は自治会のごみ当番や年2回の地域清掃に参加している。利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、職員と一緒に地区運動会に参加したり、地域のスーパーや美容室を利用したりしている。また、事業所には保育園の園児や小学校の児童の慰問があり、利用者と交流を深めている。現在、新型コロナウイルス感染症予防のため、事業所では利用者の外出を控えている。                                     |   |
|                    |   | 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)      | ◎    | 地域のごみ当番・清掃活動・子供太鼓・保育園行事(夕涼み会・クリスマス会)小学校のふれあい訪問・地区運動会など、定期的に参加 | /    | ×    | ◎    |  |   |
|                    |   | 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。  | △    | 日常のかかわりがないので増えてはいない   | /    | /    | /    |  | / |
|                    |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。   | ×    | 用事のある時以外は立ち寄ることは無い  | /    | /    | /    |  | / |
|                    |   | 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。   | △    | 日常的には挨拶程度行事の際はお付き合い出来ている                                      | /    | /    | /    |  | / |
|                    |   | 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)                                     | ◎    | 定期的にはボランティアの方に来ていただきレクリエーションをしたり行事の時には支援を働きかけている              | /    | /    | /    |  | / |
|                    |   | 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。   | ○    | 地元の地域資源を活用し出来る範囲で実施している                                       | /    | /    | /    |  | / |
|                    |   | 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)。 | ◎    | 定期的に交流し関係作りは出来ている   | /    | /    | /    |  | / |
| 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。  | ○    | 毎回地域の方・家族の方・行政の方への案内を送っているが参加率は低い                             | /    | ◎    | ○    | 運営推進会議には、利用者や家族、自治会長、地域包括支援センターの職員が参加している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため、メンバーに書面で意見を提出してもらい、職員のみで会議を開催している。会議では利用者の様子やサービス提供の実際、評価への取組み状況などを報告している。また、会議の中で事業所として利用者が行方不明になった場合の対応について、参加者に相談と提案を行った結果、近隣地区の広告塔として地域住民に呼びかけ、助けを求められるようになった。 |   |
|                    |   | 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組み状況等)について報告している。  | ○    | 都度報告しているが、家族の参加が少ないため、全員に十分な情報が行き届いていない                       | /    | /    | /    |  |   |
|                    |   | 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。                                 | ◎    | 出された意見や提案等は、話し合い日々の取り組みやサービス向上に活かしている                         | /    | ○    | ○    |  |   |
|                    |   | 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。   | △    | テーマによっては行政の意見を聞いているが同じメンバーであることが多く、また、人員配置上こちらで日程を決定している      | /    | /    | ○    |  | / |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | インターネットや運営推進会議を通し公表している                                       | /    | /    | /    |  | / |



| 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  |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 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。                     | ○    | 毎朝唱和し認識するようになってきたが、現在感染症対策のため唱和していない。             | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 利用者家族には、入居時に伝えている。しかし、地域の方へは伝えていない。               | ○    | ○    | /    |   |
| 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。   | ◎    | 法人内において、必須研修と年数に応じた研修を実施している                      | /    | /    | /    | 法人代表者の来訪は難しいが、代わりに代表者の医師である配偶者の往診が月2回あり、その際には職員に声をかけるなど配慮がある。年1回、事業所では忘年会や新年度会を開催し、職員同士の交流を深めているほか、職員のストレスチェックを行い、働きやすい職場づくりに努めている。     |
|                            |   | 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。   | ○    | 母体病院の協力の元研修を実施している<br>部署内には、各部門から情報を共有している        | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。                              | △    | ストレスチェックや個人面接を行い職員の状況を把握しようと努めているが各スタッフの満足度は低い    | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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) | △    | 地域密着型協会に加入しているが、研修の参加率は低い<br>同業者間との交流は、一部のみ限定的である | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 面接や業務改善を行うがストレスの軽減には十分には至っていない                    | ◎    | △    | ○    |   |
| 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。  | ◎    | 定期的に研修を実施している                                     | /    | /    | /    | 年2回、法人内で「身体拘束について」の研修会を実施している。日々管理者は利用者への虐待や不適切なケアが見過ごされることがないように、職員に声かけをしている。不適切な行為を発見した場合には、職員から管理者へ伝え、管理者は申し送り時に職員全員に情報共有し、改善に努めている。 |
|                            |   | 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。  | ◎    | 申し送りや部署会などの機会を通して問題点を話し合っている                      | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見過ご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。                                   | △    | 対処法は理解しているが、マニュアルが全体には周知徹底されていない                  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。  | ◎    | 日常的に職員の意見を聞き介入している                                | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ◎    | 委員会が設置され年2回定期的に研修を受けている                           | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。  | ◎    | ケースに応じて身体拘束にならないように都度話し合っている                      | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、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。                       | ◎    | 常に家族に身体状況を報告しケアの取り組みやリスクについて話し合っている               | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 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。                  | △    | 大まかに理解しているが、十分な理解に至っていない                              |      |      |      |   |
|       |                       | 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。       | △    | 主に管理者が相談に応じている<br>また、専門的な知見者を交えて対応している                |      |      |      |   |
|       |                       | 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。  | ◎    | 地域包括支援センターや専門の機関へと相談し連携体制に成年後見制度の利用をしている              |      |      |      |   |
| 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。                  | △    | 基本的方針は決まっているが、個別のケースのマニュアルに関しては整備できていない               |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                   | ○    | 研修は実施しているが十分な自身には至っていない                               |      |      |      |   |
|       |                       | 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。     | ◎    | インシデントレポートを活用し取り組んでいる                                 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                            | ◎    | 個別の入居者への情報とアセスメントにてリスクマネジメントに取り組んでいる                  |      |      |      |   |
| 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。                               | ○    | マニュアルはあるが、個別のケースとしてその都度話し合いを行っている                     |      |      |      |   |
|       |                       | 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。 | ◎    | 上司に報告しケースに応じた対応をしている                                  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。 | ◎    | 納得がいくまで話し合いを行いつつ、単独での判断ではなく母体病院のメディエーターに相談をしながら対応している |      |      |      |   |
| 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っている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ◎    | その都度個別に話し合い対応している                                     |      |      | ◎    | 利用者が意見や要望、苦情を伝えやすいように、管理者はユニット内を巡回し、利用者に声をかけている。管理者は家族へ行事事内や運営推進会議の参加を呼びかけるほか、来訪時などには家族に声をかけ、意見や要望を言いやすいように心がけている。また、管理者は年1～2回職員との個別面談を行い、職員のストレスなど精神面のフォローをするほか、意見や提案を聞き、ともに利用者本位の支援をしていくための運営を検討している。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(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)            | ◎    | 運営推進会議の機会なども通して相談窓口を開いている<br>ケースに応じては、個別に聞く機会を設けている   | ◎    |      | ◎    |   |
|       |                       | 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。                          | ◎    | 必要があれば、都度情報提供している                                     |      |      |      |   |
|       |                       | 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っている。                            | △    | 代表者が直接現場に出てくることはないが、書類及び全体の会議にて報告している                 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。             | △    | 適宜、職員の要望を聞いているがなかなか時間が取れていない                          |      |      | ○    |   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |
|-------|---------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。  | ◎    | 会議などの機会を通して連携とり取り組んでいる  |      |      |      | サービスの評価結果と目標達成計画の取組みを、市担当者や地域包括支援センターのほか、運営推進会議のメンバーに報告している。会議に参加していない家族には評価結果等を報告していないため、今後は家族全員に報告する方法を検討し、理解を深めることを期待したい。また、事業所のモニターをしてもらっていないため、今後は運営推進会議のメンバーなどにモニターになってもらい、出された意見を参考にして、サービスの向上に努めて欲しい。             |
|       |               | 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。   | △    | 評価することで問題点を明らかにすることは出来ているが学習の機会などに生かせていない                                       |      |      |      |   |
|       |               | 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。   | △    | 計画に対して模索しながら取り組んでいる   |      |      |      |   |
|       |               | 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。                                       | △    | 結果は会議を含めて報告しているがモニターとしてもらえてはいない   | ○    | △    | △    |   |
|       |               | 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。  | ○    | 事業所内でのみ話し合っている  |      |      |      |   |
| 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）   | ○    | 災害対応マニュアルは作成している  |      |      |      | 年2回、事業所では避難訓練を実施しており、うち1回は消防署と連携してもらい実施するほか、もう1回は訓練ほか職場内で勉強会を実施した結果を消防署へ報告している。訓練には地域住民への声かけをしているものの、参加するまでには至っていない。事業所として、地域や防災訓練や他の福祉サービス事業所との避難訓練への参加もできていない。コロナ禍の終息後に管理者は、「地震災害を想定した避難誘導の訓練を、地域住民にも声かけして実施したい」と考えている。 |
|       |               | 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。  | ◎    | 様々な時間帯を想定しての訓練を行っている  |      |      |      |   |
|       |               | 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。   | ○    | 定期的には非常食は保管している<br>但し、一部は母体病院と合同で保管管理している                                       |      |      |      |   |
|       |               | 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。   | ○    | 運営推進会議を通して自治会等とは話し合っている<br>但し、明確な支援体制までには至っていない                                 | ×    | ○    | △    |   |
|       |               | 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）                     | ○    | 行政などと相談しながら協力体制を図っている   |      |      |      |   |
|       |               | 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） | ○    | 新聞の発刊などの広報活動や母体病院の認知症ケアに関する研修会の講師などで実践報告なども行っている<br>また、看護学校などで講師として実践報告などを行っている |      |      |      |   |
| 51    | 地域のケア拠点としての機能 | 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。   | ◎    | 電話などで、地域の方や家族の方からの相談に応じている  |      | △    | ◎    | 月1～2回、地域住民から事業所への入所の申し込みや認知症の対応などの相談があり、管理者は認知症高齢者の対応方法を説明するほか、必要に応じて関係機関の相談窓口へ情報提供などを行っている。事業所は福祉避難所に指定されているため、市行政と連携して避難時の備蓄品を整備している。   |
|       |               | 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）  | ○    | 肺胞しているが、実績はない<br>現在は、感染対策上は開放されていない   |      |      |      |   |
|       |               | 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。   | ○    | 現在は受け入れていない   |      |      |      |   |
|       |               | 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）                       | ○    | 地域の活動には出来る限り参加している  |      |      | ○    |   |



(別表第1)

## 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!!  
 シャンプ 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

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和 2 年 9 月 4 日    |

【アンケート協力数】※評価機関記入

|            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| 家族アンケート    | (回答数) 9名 | (依頼数) 14名 |
| 地域アンケート回答数 | 5名       |           |

※事業所記入

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 事業所番号           | 3870500422           |
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホーム「むつみの家」<br>3棟 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 山下龍二                 |
| 自己評価作成日         | 令和 2 年 8 月 20 日      |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>【事業所理念】</p> <p>1.のんびりと<br/>2.たのしく<br/>3.いっしょに<br/>私たちは、家族地域のみなさんと共に入居者様と歩んできた道のりを大切に<br/>これからの生活を支援いたします</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <p>①本人や家族の意見を尊重しながら関係機関と連携し方針を共有していく<br/>・家族とは、本人の状態をその都度報告し事業所内で出来るケアの立案に反映している<br/>・母体病院や協力医療機関と連携し本人及び家族の意見に添いながらケアを実施している<br/>②入居者の身体機能に合わせた活動を個別的に支援出来る<br/>・老いゆく機能を建設的に判断し、本人が穏やかに活動できるように計画を立案しケアの実施をしている<br/>・本人の状態に合わせて活動面の拡大を段階を踏まえて実施している</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>開設から20年経過した木造平屋の事業所は閑静な住宅街にあり、市行政から福祉避難場所に指定されている。病院の看護師経験のある管理者は、職員や利用者一人ひとりに対して細やかな気配ばりを行い、大切にしていると感じられた。利用者一人ひとりの個別のカルテに特有の症状の情報を挟み、職員に分かりやすく工夫をしているほか、週間チェック表には健康状態の変化や排泄パターンなどの詳細が分かりやすく記録され、職員間で共有されている。また、事業所には勤続年数の長い職員が多く、配食された献立をそのまま盛り付けるのではなく、季節のきゅうりやトマトなどの野菜を飾り、彩りをよくするなど独自の工夫を見ることができた。</p> |
|---|--|---|

## 評価結果表

| 項目No.                  | 評価項目   | 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   |
|------------------------|--|--|--|--|------|------|------|--|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |  |  |  |  |      |      |      |  |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |  |  |  |  |      |      |      |  |
| 1                      | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>   | <p>◎</p> <p>◎</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>◎</p> | <p>本人のベースに合わせたケアを行っている</p> <p>その都度スタッフと意見交換をしている。</p> <p>担当スタッフから家族には現状報告に努めている</p> <p>整理を行いながら取り組んでいる</p> <p>担当職員を中心に情報の整理を行いながら取り組んでいる</p>   | ◎    | ◎    | ◎    | <p>入居時に、職員は利用者や家族から思いや暮らし方の希望、意向を把握して、フェイスシートに記録をしている。また、追加して把握した情報を含め、職員間で共有している。</p>   |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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・職員のかかり等)</p> <p>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。</p> | <p>△</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>○</p> <p>○</p> | <p>ケースによっては家族との情報収集が不十分な時もある</p> <p>個々の出来ることを探りながら実行・評価・計画し取り組んでいる</p> <p>個々の本人の背景を想像しながら取り組んでいる</p> <p>本人の過去の背景と今の本人の状況を合わせて、本人の心情を想像し取り組んでいる</p> <p>職員間の情報の共有を行いながら把握できるように努めている</p> | ◎    | ◎    | ◎    | <p>入居時に、職員は利用者や家族から生活歴や馴染みの暮らし方、こだわり、大切にしてきたこと、生活環境などを聞いているほか、入居前の介護支援専門員から、これまでのサービス利用の経過などを聞いている。入居前に利用者が入院していた場合には、病院等からサマリーを入手している。日々の支援から得た情報はシートに追記し、職員間で共有している。</p> |
| 3                      | チームで行うアセスメント(※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) | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>   | <p>○</p> <p>◎</p> <p>◎</p>                   | <p>心がけているが、すべての場面で出来てはいないかもしれない</p> <p>本人の生活状況をみながら常に検討している</p> <p>職員間及び家族の同意を得ながら課題を明らかにしている</p>  | ○    | ○    | ○    | <p>事業所では、利用者一人ひとりの担当制を敷いており、担当職員が把握した情報を基にして、管理者や計画作成者、担当職員が話し合い、「利用者が何を求め、必要としているのか」を、本人の視点で検討している。</p>   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |   |
|-------|--------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|---|
| 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。   | △    | 本人の意思が表出されにくいケースも多く家族の意向と職員の間違った思いが計画に反映されやすいケースが多い       |      |      |      | 利用者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、職員は利用者や家族と話し合い、介護計画を作成している。利用者の状態に応じて、職員は法人のワーカーや栄養士、薬剤師へ相談し、専門的な意見を反映して計画を作成している。  |   |
|       |                          | 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。 | △    | 本人が不在であることが多いが、管理医師・看護師・介護福祉士などの職員間が相談し家族の意見も聞きながら取り組んでいる | ◎    |      | ◎    |  |   |
|       |                          | 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。                            | ○    | 家族からの情報を得ながら、個々に取り組んでいる                                   |      |      |      |  |   |
|       |                          | 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。                                 | ×    | 計画の中に地域の方との協力体制等が盛り込まれた内容となっていない                          |      |      |      |  |   |
| 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。  | ◎    | ケアプランのファイルを作りカルテにケアプランを挟み共有している                           |      |      |      | 事業所では、職員が利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解しやすいよう、個別のカルテに介護計画のコピーを綴じ、日々の利用者のサービス提供に努めている。カルテや週間チェック表に職員は、介護計画に沿った評価を記録し、日々の支援につなげている。また、職員は利用者の日々の暮らしの様子や支援した内容のほか、職員の気づきや工夫、アイデアなどをカルテや申し送りノートなどに詳細を記録している。記録には、赤枠(医師からの指示)や青枠(看護師や介護職員からの指示や決定事項)を使い分けて記載し、職員が見やすく分かりやすい工夫をしている。 |   |
|       |                          | 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。             | △    | 記録は出来ているが、状況確認は不十分である                                     |      |      |      |  | ◎ |
|       |                          | 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。          | ○    | 状況に変化があった時には記録をしているが、日々の様子は細かく記録できていない時もある                |      |      |      |  | ◎ |
|       |                          | 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。                                    | ○    | ひとりひとりに対しての気づきや工夫は実施しているが記録に残せていない事がある                    |      |      |      |  | ◎ |
| 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。  | ◎    | 各担当者が期間に応じて見直しを行っている                                      |      |      |      | 介護計画は6か月に1回見直しを行っている。月1回、職員は利用者の現状確認を行い、「生活援助計画評価表」に記録している。利用者の心身の状態や暮らしの状態に変化が生じた場合には、随時計画の見直しを行い、新たな計画を作成する場合もあるが、次回の計画見直し時に作成している場合の記録も見られた。  |   |
|       |                          | 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。  | ◎    | 担当がモニタリングを行い現状把握に努めている                                    |      |      |      |  | ◎ |
|       |                          | 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。       | ○    | 変化が生じた際には、家族へその都度報告し見直しを行っている                             |      |      |      |  | ○ |
| 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。                  | △    | 緊急に対してその場にいるスタッフで話し合いをするが、定期的に行っていない                      |      |      |      | 毎日の申し送り後には、チームケアを行う上で課題解決をするために職員間で話し合いをしている。緊急案件がある場合には、その都度その場にいる職員で話し合いをしている。現在、職員体制や管理者の都合で月1回の部署会が開催できていない状況にあるため、今後は職員間で話し合う場が確保できるよう、会議を再開することを望みたい。また、参加できなかった職員には、申し送りノートで内容を伝達している。  |   |
|       |                          | 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。               | △    | 申し送り時や部署会での話し合いは行っているが活発でない                               |      |      |      |  |   |
|       |                          | 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。                        | △    | 交代勤務のため工夫はしているが、全員参加は出ていないノートを活用し意見を出している                 |      |      |      |  |   |
|       |                          | 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。                                 | ◎    | ノートを活用しながら申し送りは徹底している                                     |      |      |      |  | ◎ |
| 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。                               | ◎    | カルテ、申し送りノート又は口頭で共有することが出来ている                              |      |      |      | 事業所では、ユニットごとに申し送りノートに伝達事項を記入し、職員間で共有できる仕組みがある。職員は伝達事項の確認後にはサインをしようとしているが、職員のサインのないユニットの申し送りノートの記録も見られた。  |   |
|       |                          | 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)    | ○    | 伝わるようにしているが漏れもみられている<br>重要な事項は、捺印し確認をとっている                | ◎    |      |      |  |   |

| 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   |
|-----------|-------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| (2) 日々の支援 |                         |     |  |      |  |      |      |      |  |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にしたい支援 | 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。  | △    | 努力はしているが、行えていない事が多い                                | /    | /    | /    | 起床時に、数枚の服の中から利用者を選んでもらうなど、職員は二者択一など利用者の状態に合わせた声かけをしている。利用者の得意なこと(野菜作りなど)を把握して、職員は声かけや話題提供を行いながら、活き活きとした言動や表情を引き出している。  |
|           |                         | 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)   | ◎    | 出来るときは本人に選んでもらう機会を作っている                            | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ◎    | 本人とのコミュニケーションの中で本人が納得しながら暮らせるように支援している             | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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したい支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | ◎    | 出来る範囲個人の生活ペースに合わせた支援を努力している                        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 個人に合わせて本人が喜ぶような内容を声掛けをし、雰囲気を作っている                  | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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支援している。  | ◎    | 表情や全身の反応を見ながら本人のペースを心掛けながら支援している                   | /    | /    | /    |  |
| 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したい言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 意識して行動できるよう心掛けている。                                 | /    | ◎    | ○    | 年2回、法人内で「身体拘束について」の研修を実施しており、その中で利用者のプライバシー等について職員は学んでいる。また、管理者が県などの外部研修で研修で学んだことを繰り返し職員に伝達することにより、利用者の誇りやプライバシーを大切にしたい言葉かけや態度が取れるように努めている。利用者の危険な行為が見られた場合には、つい職員から大きな声を発してしまうこともある。日々利用者のしぐさから、職員はさりげなくトイレ誘導をしている。また、居室へ入室時には、不在の場合にも事前に利用者へ声かけして、了解を得てから入室している。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさま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。   | ○    | 敬意を払って一人ひとり声を掛けているが、目立たずさりげない声掛けは行えていない時もある        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ◎    | 各個人のプライバシーに配慮しながら介助している                            | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 居室は、利用者のプライバシーな場所であることは理解しているが業務上不在時に入室することもある     | /    | /    | ◎    |  |
|           |                         | 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。  | ◎    | 記録の処理には、シュレッダーを使用し意識して取り組んでいる                      | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ◎    | 生活の中で分からないことは人生の大先輩である利用者に教えてもらい、また、必ず感謝の気持ちを伝えている | /    | /    | /    | 職員は、利用者同士の関係性を把握して対応している。集団生活が難しい被害妄想のある利用者もあり、職員は特に注意を払いながら、配慮した対応をしている。  |
|           |                         | 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。  | △    | 相互作用の大切さは感じているが、利用者間の症状から難しい時もある                   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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える機会を作る、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)。 | ○    | 利用者同士の人間関係を考慮しながら距離調整に努めている                        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ◎    | 共有スペースでは、特に利用者間の距離感を相性をみながら調整している                  | /    | /    | /    |  |

| 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   |
|-------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | ○    | 担当の職員を中心に家族や利用者本人から情報収集に努めている   |      |      |      |  |
|       |                   | 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。  | ○    | ケースによるが、会話の可能な方は、話の中で聴取出来ている  |      |      |      |  |
|       |                   | 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きた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ×    | 現在、感染症対策のため外出や面会には制限をしている   |      |      |      |  |
|       |                   | 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。  | ×    | 現在、感染症対策のため外出や面会には制限をしている   |      |      |      |  |
| 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。(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)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △    | 現在、感染対策上、敷地外への外出は最小限となっている  | ○    | ×    | △    | 職員は、車いすの利用者も一緒に事業所の庭で茶話会を楽しんだり、週1～2回の買い物や近くの美容室に歩いて出かけたりできるよう支援している。現在は、新型コロナウイルス感染症や熱中症への予防対策のため、事業所として日常的な利用者の外出支援はできていないが、コロナ禍の終息後には外出支援を再開予定である。 |
|       |                   | 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。  | ×    | 現在、感染対策上健康確認が取れた家族や職員以外の不特定方との交流を制限させてもっている                           |      |      |      |  |
|       |                   | 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。   | △    | 敷地内での野外活動は許可しているが、職員の人員と利用者個人の身体状況から難しくなっている                          |      |      | △    |  |
|       |                   | 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。  | △    | 本来出かけられるようになっているが、感染対策上外出は不要不急以外は制限を行っている                             |      |      |      |  |
| 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。   | ○    | ケースに応じて、中核症状を見定めながら行動心理症状の分析を話し合いながら取り組んでいる                           |      |      |      | 入浴時に、自分で洗える部位を洗身はしてもらうなど、利用者自身でできることは、職員が見守りや一部介助をしながら、自らしてもらっている。   |
|       |                   | 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。                                | ○    | 利用者一人ひとりに合わせた機能訓練を実施している。状態に合わせて適切に補助具を使用し「歩ける」期間を少しでも維持できるように取り組んでいる |      |      |      |  |
|       |                   | 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)   | △    | 時間の許す限り見守りを行っている  | ◎    |      | ○    |  |
| 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。   | ○    | 各利用者に応じて役割を設けられるように取り組んでいる  |      |      |      | レクリエーション時に利用者の得意なぬり絵をしたり、野菜の下ごしらえや盛り付け、洗濯物たたみ、モップがけを手伝ってもらったりするなど、職員は日々の生活の中で、利用者の役割や出番をつくっている。  |
|       |                   | 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。  | △    | 各利用者のケースに応じて症状に合わせて取り組んでいる  | ◎    | △    | ◎    |  |
|       |                   | 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。  | ×    | 感染対策上、地域での活動は行えていない   |      |      |      |  |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |
|-------|----------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | ○    | 利用者本人の個性を大事にし、支援している  |      |      |      | 職員は利用者の汚れはさりげなく拭き取ったり、場合によっては人目につかない場所に利用者へ移動してもらい、着替えをしてもらうなどのカバーしている。重度な状態の利用者であっても、職員は家族と相談し、毎日利用者の好みの服を着用してもらい、メリハリが持てるよう支援している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため、美容室へ行くことや訪問理美容の利用はできていない。  |
|       |                | 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に整えられるように支援している。  | ○    | 極力、本人の好みに合わせた支援を行っている   |      |      |      |  |
|       |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 時間が許す限り職員が見守りアドバイスをしながら自己決定の支援を行っている                                |      |      |      |  |
|       |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ◎    | 本人らしさが合わせられるような服装を楽しめるように支援している                                     |      |      |      |  |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)  | ○    | 本人の自尊心を大切にしながら、声掛けを行っている  | ◎    | ◎    | ○    |  |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ×    | 現在は、感染対策上本人の望む店に通うことは出来ない   |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | ケースに応じて本人らしさが保てるよう支援している  |      |      | ○    |  |
|       |                |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 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。   | ○    | 食事の一連のプロセスの大切さを理解している   |      |      |      | 事業所では、昼食と夕食は配食サービスを利用しており、事前に業者には献立の希望を伝えている。職員は季節の野菜や果物を購入し、献立に一品足すなど、利用者が食事を楽しみになるような工夫をしている。利用者はテーブルや食器を拭くほか、野菜の下ごしらえなどを手伝いしている。コロナ禍の終息後には、利用者と一緒に買い出しに行くことを再開する予定である。季節に応じて、利用者と一緒に懐かしい干し柿や梅ジュースと一緒に作ることを楽しみにしている。食器類は利用者の状態に合わせて、器の重さや形、取っ手の有無を配慮したものを使用している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため利用者と一緒に食事をしていないが、職員は同じ食卓に座り、食事介助や見守りを行っている。重度な状態の利用者であっても、調理の音や汁物などの匂いを感じ、職員は食べることへの意識づけや雰囲気づくりを大切にしている。現在、事業所にはアレルギーのある利用者はいないが、職員は食事形態にも対応し、ミキサー食であっても彩りのある盛り付けなどを工夫している。 |
|       |                | 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。   | ○    | 利用者の能力に応じて限定的に調理の下ごしらえに参加<br>また、後片付けも部分的に参加している                     |      |      | △    |  |
|       |                | 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。                                       | △    | 部分的な参加が多く、自信や達成感までには繋がっていない   |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 利用者の摂取状況を見ながら好き嫌いを把握している<br>アレルギーに関しては、フェイスシートや家族からの聞き取りを行い把握に努めている |      |      |      |  |
|       |                | 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がらの味のものを取り入れている。                    | ○    | 季節感を感じる事の出来る食材を選択し提供<br>また、手作りおやつなどを一緒に調理し提供している                    |      |      | ○    |  |
|       |                | 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て調理方法としつつ、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、いらずや器の工夫等) | ○    | 利用者の状態に合わせて形態は調整している<br>適宜、嚥下機能テストも協力医療機関でうけ判断材料としている               |      |      |      |  |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等使いやすいもの、使いやすいものを使用している。  | ○    | 個人で使いやすいものを選択し使用している  |      |      | ◎    |  |
|       |                | h   | 職員も利用者と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。                | ○    | ペースや食べ方、また混乱に対してサポートしている<br>現在、感染対策として職員と一緒に食事を摂取することは中止している        |      |      | △    |  |
|       |                | 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。                            | △    | 配食サービスを利用しているが不定期ながらも手作り食事を提供している                                   | ◎    |      | ○    |  |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べら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。                                  | ○    | 定期的に血液検査を行い、栄養バランスの把握を行いバランスを見ながら確保できるように努めている                      |      |      |      |  |
|       |                | 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。                        | ○    | 一人ひとり個人のペースに合わせて工夫し対策を取っている   |      |      |      |  |
|       |                | 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。                           | △    | 不定期ながらも、多職種の見解を聞きながら対応している  |      |      | ○    |  |
|       |                | 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。  | ○    | 感染対策として、日常的に消毒作業を行っている  |      |      |      |  |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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   |
|-------|----------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | ○    | 訪問歯科の指導を受けながら口腔ケアの必要性重要性の理解に努めている                     |      |      |      | 毎日、職員は利用者の義歯の状態を確認しているほか、利用者の口腔内の健康状態を確認し、必要時には訪問歯科を利用している。毎食後に、職員は利用者一人ひとりに合った口腔ケアを丁寧に支援しており、スポンジを使用して介助している利用者もいる。   |
|       |                | 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。   | ◎    | 口腔ケアの際に、各個人の口腔内の健康状態を把握している                           |      |      | ○    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 不定期ながらも訪問歯科の利用の際には積極的に指導を受けている                        |      |      |      |  |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ◎    | 訪問歯科の指導の下、義歯の正しい手入れ方法を理解しながら利用者が適切に行えるようにサポートを行っている   |      |      |      |  |
|       |                | 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に、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)                            | ◎    | 一人ひとりに声掛けし、見守りや介助を行いながら本人の口腔内の健康状態を把握に努めている           |      |      | ○    |  |
|       |                | 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、歯科医を受診するなどの対応を行っている。   | ○    | 不具合が生じた際は歯科受診を積極的に依頼している                              |      |      |      |  |
| 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。                        | ○    | 研修等を受けて排泄ケアの与える影響は理解している                              |      |      |      | トイレで排泄できることを基本として、職員は利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげなく声かけをしてトイレ誘導をしている。支援内容は、週間チェック表に記録している。   |
|       |                | 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。  | ○    | 原因と影響について、研修会などの機会を通し一般的には理解している                      |      |      |      |  |
|       |                | 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)   | ○    | 新しい書式を活用し、職員間で理解に努めている                                |      |      |      |  |
|       |                | 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状態にあった支援を行っている。                             | ○    | 一人一人の状態や現状をトータルに見直し支援している                             | ◎    |      | ◎    |  |
|       |                | 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。  | ○    | 多職種連携を行いながら話し合い要因を考えながら支援している                         |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 個人のペースを把握しながら時間などは個々に設定し対応している                        |      |      |      |  |
|       |                | 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、どのような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。 | ○    | 本人の状態や排泄パターン(兆候)考えながら使用しているオムツ類の使用に関しては使用前に家族へも相談している |      |      |      |  |
|       |                | 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)を適時使い分けしている。   | ○    | 個別の状態に合わせて使い分けしている                                    |      |      |      |  |
|       |                | 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)  | ○    | 現在は、ユニット内で出来る運動(ラジオ体操)や水分摂取食事形態などに留意しながら取り組んでいる       |      |      |      |  |
| 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)   | △    | 個々の週間週間や希望に沿った支援には至っていない一般的な習慣と本人の意思を確認しながら取り組んでいる    | ◎    |      | △    | 事業所では入浴時間を15時30分～16時30分と決めており、利用者は週に2～3回入浴することができる。利用者の状態や希望に応じて、職員は入浴日を変更したり、シャワー浴や清拭、衣服交換などの対応をしたりしている。冬至には浴槽にゆずを浮かべ、利用者が季節を感じ、楽しんで入浴できるよう工夫している。利用者一人ひとりの希望や習慣に沿った入浴は、利用者の状態や職員体制から難しい面もあるが、少しでも利用者が入浴を楽しむことができるような取組みを期待したい。 |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。   | ○    | 本人のペースに合わせながらなるべくくつろげる環境になれるように支援している                 |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 安全面を考慮しながら、適切に器具(シャワーチェアー・手すり)を使用し支援している              |      |      |      |  |
|       |                | 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、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ○    | 本人の理解を得られるように工夫したり声掛けに取り組んでいる                         |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 必ずバイタル測定を実施し状態把握に努めている                                |      |      |      |  |

| 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  |
|--------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | 巡回時間を中心に状態把握に努め職員間で情報を共有し取り組んでいる             | /    | /    | /    | 利用者の半数は、入居前から睡眠導入剤を服用している。職員は医師と相談し、日中の活動を増やすなど薬を減らすよう努めており、服薬の必要がなくなった利用者もいる。        |
|        |                | 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。                         | ○    | 日中の活動を通して昼夜逆転しない様に取り組んでいる                    | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。    | ◎    | 管理医師と職員間で相談しながら支援している                        | /    | /    | ○    |   |
|        |                | 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。   | ◎    | 個室の環境下でプライバシーが保たれ心身を休養できる環境を整えている            | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ○    | 個別ではあるが、携帯電話を所持し本人自ら電話でやり取りを行っている            | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                                     | ○    | 本人からの希望の際には手助けしながら支援している                     | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 電話の対応室は無いが個人の携帯所持は認めている                      | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 直接本人へ渡し、個別の対応を行っている                          | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                             | ○    | 適宜、家族に対しては個別に協力の依頼は行っている                     | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ×    | 本人がお金を所持すること大切さは理解しているが事業所としては個人の金銭所持は行っていない | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ×    | 以前は、一緒に買い物へ行っていたが現在は感染上の理由から同伴の買い物へは行っていない   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                                      | ×    | 現在は行っていない                                    | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。 | ×    | 家族へは、事業所の意向を伝えた上で入居契約を行っている                  | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ×    | 金銭の所持がない為、話し合いは、行われていない                      | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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り、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)。         | ×    | 所持できないというルールを入居の際家族へ説明している                   | /    | /    | /    |   |
| 24     | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                           | ○    | 個々のニーズに対応して、一定のルールの中で柔軟な支援に取り組んでいる           | /    | ◎    | ○    | 家族が受診に付き添えない場合には、職員が利用者と一緒に受診している。また、利用者の希望に応じて、自宅まで一緒に歩いて行くなど、職員は柔軟な支援ができるよう取り組んでいる。 |



| 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   |
|-------------------|-------------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| <b>(3)生活環境づくり</b> |                   |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 25                | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 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。  | ○    | 気軽に来棟出来る様に玄関周りは清潔に保たれているが、現在は、ユニット自体への入棟は禁止している                                       | ◎    | ○    | ○    | 初めて事業所を訪問した調査員には、旧道から駐車場への入口と玄関の入口が分かりづらく感じた。事業所の玄関前には季節の花や木が植えてあり、ベンチが設置され、くつろげるような雰囲気がある。  |
| 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、必要なものを置いている殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設えになっていないか等。) | ○    | 家庭的な雰囲気を崩さない様に装飾などにも取り組んでいる安全面にも配慮しながら過度な飾りつけにはならない様に、取り組んでいる。<br>季節感を取り入れた飾りつけを行っている | ◎    | ○    | ◎    | 共用空間の壁には、紙で作成した季節のひまわりや朝顔のなど季節感のあるものが飾られ、ソファが設置され利用者は自由にくつろげる空間となっている。事業所内には窓が多く、自然光が入り明るい。毎日、利用者と一緒に掃除を行い、清潔感がある。また、利用者と一緒に花の飾りを作ったり、干し柿を吊るしたりするなど、利用者や来訪者は季節を感じ、居心地よく過ごせるよう工夫している。 |
|                   |                   | 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。  | ○    | 毎日掃除を実施し、また、汚れた際にはその都度掃除を行っている  |      |      |      |  |
|                   |                   | 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。  | ○    | 季節感を得られるように工夫しながら飾りを作成している  |      |      |      |  |
|                   |                   | 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。   | ○    | 共有のリビング環境と個室とをバランスよく利用できるよう、適宜調整を行っている  |      |      |      |  |
|                   |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。   | ○    | 居室のトイレにはカーテンを設置し自室ドアと合わせて2重の配慮に取り組んでいる  |      |      |      |  |
| 27                | 居心地良く過ごせる居室の配慮    |     | 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。   | ◎    | 個々の状態に合わせて使い慣れた家具などや衣類などを居室に置き居心地良く過ごせる環境を提供している                                      | ◎    |      |      | 入居時等に、利用者や家族が相談し、居室には使い慣れたタンスや棚などを持ち込むことができる。家族の写真を貼っている居室もあり、利用者が居心地よく過ごせるような工夫がされている。  |
| 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「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。   | ○    | 棟内には、手すりや設置されている各居室にトイレと洗面所がありなるべく自立した生活が送れる様、配慮に努めている                                |      |      | ◎    | 事業所では利用者に応じて、居室のタンスの引き出しには収納された衣類が分かりやすいよう表記したり、黄色の紙に大きく「トイレ」と表記し、利用者が混乱しないように工夫している。また、居室の手作りされた表札には、カタカナや漢字で氏名を書き、自分の居室が分かりやすいようにしている。   |
|                   |                   | 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。  | ◎    | 個別に検討し不安や混乱が少なく過ごせる様に工夫している   |      |      |      |  |
|                   |                   | 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。(ぼうし、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)  | ○    | 危険物を除き生活空間内でさりげなく設置している   |      |      |      |  |
| 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)の出入り口、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)                | ◎    | 職員一人一人が、鍵に対する弊害に対して理解している   | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、日中は事業所では鍵をかけていない。事業所に来訪者があると、センサーブザーがなるようにしている。また、17時～翌朝8時まで、防犯のため鍵をかけている。   |
|                   |                   | 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合っている。  | ○    | 入居時及び適宜家族へは説明し理解が得られるよう働きかけている  |      |      |      |  |
|                   |                   | 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、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。   | ○    | 日中、施錠は行っておらず離棟の場合職員が付き添っている玄関には、鍵を設置し外出の際の把握に努めている                                    |      |      |      |  |

| 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 |
|-----------------|------------------|-----|---|------|---|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ◎    | フェイスシートや家族からの情報収集を行い職員間で把握に努めている                                  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                    | ◎    | 日々のバイタル測定・入浴や清拭の際に身体変化の観察に努めている                                   |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等に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。                                 | ◎    | 看護師や管理医師と常に連携を取りながら早期対応が出来る様に努めている                                |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 家族の協力を得ながら、なるべく希望する医療機関への連携に努めている                                 | ◎    |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ◎    | 本人及び家族の意向を尊重しながら適切な医療へ繋がるように支援している                                |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                               | ◎    | 情報は常に共有しながら、家族への合意を得ている   |      |      |      |                            |
| 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。  | ◎    | 医療機関と連携し情報提供に努めている(フェイスシートの活用)                                    |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 早期の復帰が出来る様に、入院先医療機関や家族と情報共有をしている                                  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 協力医療機関との連携は、適宜行っている。  |      |      |      |                            |
| 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。 | ◎    | 常駐の看護師へ申し送りを行い相談・指示を仰いでいる<br>また、症状によっては直接管理医師に直接連絡を取り報告や指示をもらっている |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 常に看護師と母体病院で連携し相談できる体制を取れている                                       |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ◎    | 毎日のバイタル測定や状態に応じて観察項目を調整し異常の早期発見に努めている                             |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 病院や薬局から提供されるお薬説明書やその他文献集などから薬剤に関する理解に努めている                        |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 服薬については、一定のルールを決め取り組んでいる<br>服薬時には、名前を復唱出来る限り2名での確認を行っている          |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                       | ○    | 服薬の調整時には、副作用の有無や体調の変化に注意しながら取り組んでいる                               |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 本人の状態の経過を記録し看護師・医師また家族とも情報共有を行っている                                |      |      |      |                            |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |
|--------|-------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 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。                        | ◎    | 終末期に関しては、事業所として看取りは行わない事を事前に説明し理解を得ている状態変化時は、その都度家族へ報告し状況に応じて意向確認を取っている | /    | /    | /    | 入居時に「利用者が重度化した場合における対応に係る指針」に基づき、職員は利用者や家族に説明している。利用者の状態が悪化した場合には、家族や医師、看護師、職員が話し合い、方針を共有している。また、看取り支援が必要となった場合には、法人内の病院に入院することを選択することが可能である。 |
|        |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、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。                                 | ○    | 終末期に際しては、職員・看護師・管理医師・家族等が話し合い方針を共有している                                  | ○    |      | ○    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | 一定の医療処置が発生した際をベースに終末期への移行を判断し支援の見極めを行っている                               | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。  | ○    | 入居時には、書面を通して説明を行い理解を求めている   | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。 | △    | 管理医師やかかりつけ医との医療連携を行いながら、終末期の適応出来る施設や病院への移行を支援している                       | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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)  | ○    | 家族からの話には積極的に耳を傾け心理的支援に取り組んでいる   | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ◎    | 母体病院における年2回の感染研修へ全員参加し定期的に学んでいる   | /    | /    | /    | /   |
|        |             | 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。                     | ○    | 母体病院の定める感染マニュアルに沿って対応している<br>また、研修時には手技の訓練を行い体制を整えている                   | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。                          | ◎    | 行政からの通知やインターネット、また、母体病院の感染委員会に参加し様々な情報を共有している                           | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。  | ◎    | 母体病院の感染委員会に1回/月参加し地域の感染状況を情報収集している                                      | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。   | ◎    | 今年度は特に、新型コロナウイルス感染症対策として徹底した手洗い・手指消毒を実施面会などは、感染状況をみながら対応している            | /    | /    | /    |   |

| 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  |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>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。  | ○    | 家族の声に耳を傾けながら、一緒に考えながらの関係を目標としている  | /    | /    | /    | 職員は家族に敬老会の行事案内を送付し、昨年10名の家族の参加があった。現在、事業所では新型コロナウイルス感染症予防のため、行事を中止している。年4回、「むつみ新聞」を発行し、家族全員へ送付している。遠方の家族には、その都度、利用者が参加した行事の写真など送付しているほか、月1回、職員は家族全員へ電話を掛け、日常の利用者の暮らしぶりや様子を伝え、家族から気軽に相談できるよう努めている。また、事業所の運営上の事柄や出来事については、2か月に1回の運営推進会議で報告するほか、職員から家族との電話時に伝えて、理解や協力を得るようにしている。 |
|                     |                            | 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)                                | △    | 元々は、気軽に面会できる環境づくりを目指していたが、今年度からは新型コロナウイルス感染症対策として、面会のあり方は変わってきている。              | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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)   | △    | 行事として敬老会などの家族参加型の活動も機会として設けていたが今年度から家族の参加行事は難しくなる                               | ◎    | /    | ○    |   |
|                     |                            | 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) | ◎    | 新聞などの「たより」は4回/年発行している。また、遠方の家族に対しても定期的な連絡を取り日常生活の様子などを伝えている                     | /    | ○    | ○    |   |
|                     |                            | 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な内容を把握して報告を行っている。  | ○    | 家族の聞きやすい関係性が作れる様に普段から接している  | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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)             | △    | ケースに応じて認知症に対する理解などをパンフレットなどを通して説明している。  | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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)   | ○    | 運営推進会議にて報告している。しかし、現在は報告内容を文章で送付している  | x    | /    | ○    |   |
|                     |                            | 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)   | x    | 敬老会や運営推進会議の機会を通して交流の場としていたが今年度は感染対策として中止予定である                                   | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり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。  | ◎    | リスクの説明は、その都度行い利用者の現状を共有出来るように努めている  | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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。   | ◎    | 気軽に相談できる関係を作る為、日頃からコミュニケーションを図り信頼関係の構築を目指している。ケアプランの見直しなどには定期的に連絡を取り話し合う場を設けている | /    | /    | ◎    |   |
| 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。  | ◎    | 入居時退去時の際には、管理者及び現場職員から説明を行い理解が得られるように取り組んでいる                                    | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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。                | ◎    | 退去に関しては、その過程を明確に説明を行い家族へ説明し理解に努めている   | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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)                          | ◎    | 料金に関しては、契約時及び改定時その都度文章にて送付及び説明し理解に努めている   | /    | /    | /    |   |

| 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  |
|--------------------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| <b>Ⅲ. 地域との支え合い</b> |   |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 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。   | ○    | 自治会や近隣の学校や保育園との交流を持ちながら理解を図っている                            | /    | ◎    | /    | 事業所として自治会に入会しており、職員は自治会のごみ当番や年2回の地域清掃に参加している。利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、職員と一緒に地区運動会に参加したり、地域のスーパーや美容室を利用したりしている。また、事業所には保育園の園児や小学校の児童の慰問があり、利用者と交流を深めている。現在、新型コロナウイルス感染症予防のため、事業所では利用者の外出を控えている。                                      |
|                    |   | 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)      | ◎    | 自治会へ入会し行事等への参加や地域の方との日常的挨拶掛けを行っている                         | /    | ×    | ◎    |   |
|                    |   | 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。  | ×    | 立ち上げより年月が経ち周知はされているが支援者の増加には至っていない                         | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 行事や案内に際する時のみ来棟している   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | △    | 日常的挨拶などは実施出来ているが、気軽に立ち寄れる関係性は構築できていない                      | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)                                     | △    | ボランティア活動に際しては、一部協力を得ながら支援して頂いている                           | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | △    | 地域における、活動や行事には出来る限り参加しているが今年度は感染状況を踏まえ参加は控えている             | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)。 | △    | 理容室や教育施設などに関して、関係性を保ちながら取り組んできているが今年に関しては感染状況を踏まえ交流は出来ていない | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 文章にて案内していたが参加率は高くない今年度に関しては、感染状況から文章報告を行っている               | /    | ◎    | ○    | 運営推進会議には、利用者や家族、自治会長、地域包括支援センターの職員が参加している。現在は、新型コロナウイルス感染症予防のため、メンバーに書面で意見を提出してもらい、職員のみで会議を開催している。会議では利用者の様子やサービス提供の実際、評価への取り組み状況などを報告している。また、会議の中で事業所として利用者が行方不明になった場合の対応について、参加者に相談と提案を行った結果、近隣地区の広告塔として地域住民に呼びかけ、助けを求められるようになった。 |
|                    |   | 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。                                      | ○    | 会議において、利用者サービスの実際を写真を交えて報告していたが、今年度は文章にて報告となっている           | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。                                 | ○    | 家族からの貴重な意見や思いをサービス向上に繋げられる様に取り組んでいる                        | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | 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。   | ○    | 日時設定を適宜調整しているが参加率向上に繋がっていない                                | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ◎    | 運営推進会議やインターネットにて公表している                                     | /    | /    | /    |   |



| 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  |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 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。                     | ○    | 毎朝の申し送り前唱和し常に心掛けに取り組んでいる  |      |      |      |   |
|                            |   | 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。   | ×    | 御家族や利用者の方・地域の方へは十分な理解に繋がっていない                                   | ○    | ○    |      |   |
| 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。   | △    | 母体病院の研修へは参加出来ているが外部研修については全員を対象には行っていない                         |      |      |      | 法人代表者の来訪は難しいが、代わりに代表者の医師である配偶者の往診が月2回あり、その際には職員に声をかけるなど配慮がある。年1回、事業所では忘年会や新年度会を開催し、職員同士の交流を深めているほか、職員のストレスチェックを行い、働きやすい職場づくりに努めている。     |
|                            |   | 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。   | △    | 母体病院と連携しながら定期的に研修を受けている<br>職場内においては、計画的には行っていない                 |      |      |      |   |
|                            |   | 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。                              | △    | 不定期ながらも、個々に面接を行い状況把握に努めている                                      |      |      |      |   |
|                            |   | 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) | ○    | 大切さは理解しているが、積極的参加には至っていない                                       |      |      |      |   |
|                            |   | 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。   | △    | 職員が働き甲斐を感じながら日々の業務に取り組める様努力している                                 |      | ◎    | △    |   |
| 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。  | ○    | 高齢者虐待防止法の研修へ参加しながら虐待に関する知識の習得に努めている                             |      |      |      | 年2回、法人内で「身体拘束について」の研修会を実施している。日々管理者は利用者への虐待や不適切なケアが見過ごされることがないように、職員に声かけをしている。不適切な行為を発見した場合には、職員から管理者へ伝え、管理者は申し送り時に職員全員に情報共有し、改善に努めている。 |
|                            |   | 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。  | ◎    | 朝の申し送りを中心に管理者も参加し話し合いを行っている                                     |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見過ご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。                                   | ○    | 各自が不適切なケアに関して一定の意識を持つ事が出来ている<br>対応方法に関しては、管理者への報告・相談を踏まえて対処していく |      |      |      |   |
|                            |   | 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。  | △    | 出来る限りユニットで声をかけて回り一人一人の状況把握に努めている                                |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 身体拘束廃止委員会を立ち上げ全員が周知徹底できるように努めている                                |      |      |      |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 不明な点は、委員会に報告相談を仰ぐようにしている  |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、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。                       | ○    | 今までに、ご家族からの要望はないが、その都度家族へは状況を報告し理解を図っている                        |      |      |      |   |

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 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。                  | △    | 各制度事業に関する資料は、有しているが全員が十分な理解には至っていない                                       |      |      |      |   |
|       |                       | 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。       | △    | 現場サイドでは、十分な情報提供には至っていないが有識者の情報提供を行いながら対応している                              |      |      |      |   |
|       |                       | 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。  | ○    | 制度について橋渡し出来る様、専門の機関との連携を大切に取組んでいる   |      |      |      |   |
| 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。                  | △    | 急変時等の連絡体制は整っているが、対応に関しては全体に周知は出来ていない                                      |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                   | △    | 年に1回救急講習を実施し、実施後は資料を各職員が閲覧できるようにしている。しかし、実践力はまだ、備わってはいない                  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。     | ◎    | 事故報告書やヒヤリハット報告書(インシデントレポート)は都度作成し職員間で共有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。                            | ◎    | 各職員と管理者が都度話し合い事故防止に取り組んでいる  |      |      |      |   |
| 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。                               | △    | 対応マニュアルは作成しているが、周知には至っていない  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。 | △    | 上司へ報告を行い速やかに対応している  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。 | △    | 苦情が発生した際には、速やかな対応を心掛けている<br>前向きな話し合いが行えるように普段からコミュニケーションをとっている            |      |      |      |   |
| 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っている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ○    | 運営推進会議や介護相談員来所の機会を設定している<br>今年度は、介護相談員は来所出来ていない(感染対策上)                    |      |      | ◎    | 利用者が意見や要望、苦情を伝えやすいように、管理者はユニット内を巡回し、利用者に声をかけている。管理者は家族へ行事案内や運営推進会議の参加を呼びかけるほか、来訪時などには家族に声をかけ、意見や要望を言いやすいように心がけている。また、管理者は年1~2回職員との個別面談を行い、職員のストレスなど精神面のフォローをするほか、意見や提案を聞き、ともに利用者本位の支援をしていくための運営を検討している。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(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)            | ○    | 運営推進会議を実施し話を伺う機会と設定している<br>今年度は実際の実施は出来ていないが、家族へ議事録を郵送し要望や意見を返信出来る様になっている | ◎    |      | ◎    |   |
|       |                       | 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。                          | ○    | 状況によっては公的相談機関へ窓口を情報提供を行います<br>但し、苦情などの報告はここ2年は見られていない                     |      |      |      |   |
|       |                       | 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っている。                            | ○    | 代表者は現場に来ることはないが法人理事が定期的に訪問し報告している。  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。             | ○    | 職員一人ひとりの意見や提案等を聞くよう心がけ定期的に話し合いの機会を設定している                                  |      |      | ○    |   |

愛媛県グループホーム「むつみの家」

| 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  |   |
|--------|---------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|---|
| 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。  | △    | 一同に介して集まる事は無く十分な話し合いは行えていないが必要性は皆感じている                            |      |      |      | サービスの評価結果と目標達成計画の取組みを、市担当者や地域包括支援センターのほか、運営推進会議のメンバーに報告している。会議に参加していない家族には評価結果等を報告していないため、今後は家族全員に報告する方法を検討し、理解を深めることを期待したい。また、事業所のモニターをしてもらっていないため、今後は運営推進会議のメンバーなどにモニターになってもらい、出された意見を参考にして、サービスの向上に努めて欲しい。             |   |
|        |               | 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。   | ○    | 評価することで自分たちのケアのありかたについて考える機会となれている                                |      |      |      |   |   |
|        |               | 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。   | △    | 十分ではないが改善できるように取り組んでいる  |      |      |      |   |   |
|        |               | 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。                                       | △    | 地域包括支援センターや家族等へ報告しているが十分でない                                       | ○    | △    | △    |   |   |
|        |               | 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。  | △    | 評価時期には行っているが、定期的に十分には行えていない                                       |      |      |      |   |   |
| 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)   | ○    | 定期的に火災訓練(避難訓練)を実施。不定期ではあるが地震想定訓練なども実施。                            |      |      |      | 年2回、事業所では避難訓練を実施しており、うち1回は消防署と連携してもらい実施するほか、もう1回は訓練ほか職場内で勉強会を実施した結果を消防署へ報告している。訓練には地域住民への声かけをしているものの、参加するまでには至っていない。事業所として、地域や防災訓練や他の福祉サービス事業所との避難訓練への参加もできていない。コロナ禍の終息後に管理者は、「地震災害を想定した避難誘導の訓練を、地域住民にも声かけして実施したい」と考えている。 |   |
|        |               | 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。  | ○    | 様々な時間帯を想定し訓練を実施<br>また、訓練後話し合いを行い安全や実際を想定しての意見を出し合っている             |      |      |      |   |   |
|        |               | 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。   | ○    | 消火設備点検は定期的を実施<br>非常食に関しては、母体病院の方で備蓄し管理                            |      |      |      |   |   |
|        |               | 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。   | ○    | 地域の消防署と連絡を取り話し合う機会には至っていない  | ×    | ○    | △    |   |   |
|        |               | 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)                     | ○    | 自治会などと話し合いは行っているが、合同訓練には至っていない                                    |      |      |      |   |   |
|        |               |     |   |      |   |      |      |      |   |   |
| 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) | ○    | 法人の関連に伴う認知症関連の研修会への参加や看護学生に対して講義や実践報告を行っているが、事業所発信の活動はあまり取り組めていない |      |      |      | 月1～2回、地域住民から事業所への入所の申し込みや認知症の対応などの相談があり、管理者は認知症高齢者の対応方法を説明するほか、必要に応じて関係機関の相談窓口へ情報提供などを行っている。事業所は福祉避難所に指定されているため、市行政と連携して避難時の備蓄品を整備している。   |   |
|        |               | 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。   | ○    | 地域に窓口を開き入居だけではなく様々な相談に対応している                                      |      |      | △    |   | ◎ |
|        |               | 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)  | ×    | 地域活動の場として活用は出来ていない  |      |      |      |   |   |
|        |               | 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。   | ×    | 現在、人材研修等の受け入れは行っていない  |      |      |      |   |   |
|        |               | 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)                       | △    | 法人の医療機関と連携を行い一部地域ボランティアに参加している                                    |      |      |      |   | ○ |