

## 事業所の概要表

(平成 29年 9月 26日現在)

|                |                                                                                                                                                             |     |        |                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名           | グループホーム杜の里                                                                                                                                                  |     |        |  |
| 法人名            | 医療法人 福井整形外科・麻酔科                                                                                                                                             |     |        |                                                                                     |
| 所在地            | 愛媛県松山市鷹子町185番地1                                                                                                                                             |     |        |                                                                                     |
| 電話番号           | 089-955-6667                                                                                                                                                |     |        |                                                                                     |
| FAX番号          | 089-955-6665                                                                                                                                                |     |        |                                                                                     |
| HPアドレス         | http://f.gh2-morinosato@tau.e-catv.ne.jp                                                                                                                    |     |        |                                                                                     |
| 開設年月日          | 平成 17 年 12 月 20 日                                                                                                                                           |     |        |                                                                                     |
| 建物構造           | <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 2 ) 階建て ( ) 階部分                |     |        |                                                                                     |
| 併設事業所の有無       | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )                                                                                        |     |        |                                                                                     |
| ユニット数          | 2 ユニット                                                                                                                                                      |     | 利用定員数  | 18 人                                                                                |
| 利用者人数          | 18 名 ( 男性 3 人 女性 15 人 )                                                                                                                                     |     |        |                                                                                     |
| 要介護度           | 要支援2                                                                                                                                                        | 1 名 | 要介護1   | 4 名                                                                                 |
|                | 要介護3                                                                                                                                                        | 5 名 | 要介護4   | 3 名                                                                                 |
| 要介護度           |                                                                                                                                                             |     | 要介護2   | 3 名                                                                                 |
|                |                                                                                                                                                             |     | 要介護5   | 2 名                                                                                 |
| 職員の勤続年数        | 1年未満                                                                                                                                                        | 6人  | 1～3年未満 | 5人                                                                                  |
|                | 5～10年未満                                                                                                                                                     | 2人  | 10年以上  | 4人                                                                                  |
| 介護職の取得資格等      | 介護支援専門員                                                                                                                                                     |     | 1人     | 介護福祉士                                                                               |
|                | その他 ( )                                                                                                                                                     |     |        | 5人                                                                                  |
| 看護職員の配置        | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約 ) |     |        |                                                                                     |
| 協力医療機関名        | 福井整形外科・麻酔科 鷹ノ子病院 星の岡歯科                                                                                                                                      |     |        |                                                                                     |
| 看取りの体制 (開設時から) | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 看取り人数: 9 人 )                                                                             |     |        |                                                                                     |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|         |                                                                                                                                           |          |     |   |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---|
| 家賃(月額)  | 40,000 円                                                                                                                                  |          |     |   |
| 敷金の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円                                                                        |          |     |   |
| 保証金の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |          |     |   |
| 食材料費    | 1日当たり                                                                                                                                     | 1,200 円  | 朝食: | 円 |
|         | おやつ:                                                                                                                                      | 円        | 夕食: | 円 |
| 食事の提供方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等)                              |          |     |   |
|         | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                          |          |     |   |
| その他の費用  | 水道光熱費                                                                                                                                     | 12,000 円 |     |   |
|         | 保守点検費                                                                                                                                     | 4,000 円  |     |   |
|         | 衛生管理費                                                                                                                                     | 1,000 円  |     |   |
|         |                                                                                                                                           |          |     | 円 |

|                 |                                                                                      |                                           |                                                  |                                         |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 家族会の有無          | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間    |                                           |                                                  |                                         |
| 広報紙等の有無         | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 12 回) ※過去1年間 |                                           |                                                  |                                         |
| 過去1年間の運営推進会議の状況 | 開催回数                                                                                 | 6 回 ※過去1年間                                |                                                  |                                         |
|                 | 参加メンバー ※□にチェック                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 市町担当者 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 | <input type="checkbox"/> 評価機関関係者        |
|                 |                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員  | <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者   | <input type="checkbox"/> 近隣の住民          |
|                 |                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者   | <input checked="" type="checkbox"/> 法人外他事業所職員    | <input checked="" type="checkbox"/> 家族等 |
|                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                     |                                           |                                                  |                                         |

# 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 評価の公表で取り組み内容を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 | 特定非営利活動法人JMACS            |
| 所在地   | 愛媛県松山市千舟町6丁目1番地3 チフネビル501 |
| 訪問調査日 | 平成29年10月12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) | 10 | (依頼数) | 17 |
| 地域アンケート | (回答数) | 5  |       |    |

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

※事業所記入

|          |            |
|----------|------------|
| 事業所番号    | 3870105487 |
| 事業所名     | グループホーム杜の里 |
| (ユニット名)  | こもれび       |
| 記入者(管理者) |            |
| 氏名       | 中村 健二郎     |
| 自己評価作成日  | H29.9.26   |

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業所理念】※事業所記入<br>「あせらず、あわてず、あきらめず」<br>手の届く 目の届く 心の届く<br>生活を支援します | 【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入<br>前回の目標達成計画として「運営理念の理解」「災害時の対策、備え」について掲げていた。<br>運営理念に関しては開設から理念が変わっていない事もあり見直しを行った。結果としては今までのなじみのある理念のほうがよいとの結論の為、事業所理念は変更していない。定着しかけるが、人事異動などもあり前回とあまり変わらない理解度となっている。<br>災害時の対策として避難訓練を通しての学習、災害マニュアルの内容の見直し、周知を図った。避難訓練は、消防局より厳しい指導をいただき、はじめは注意点の多いものから現在では及第点をいただけるまでに練度は増している。災害時の備えに関しては、職員の入れ替わり等で、災害グッズが置いてある場所を知らない職員の比率が増えている。 | 【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br>事業所の駐車場を、夏休みの子供たちのラジオ体操の場に開放し、利用者も一緒に体操をしている。<br><br>ほぼ毎月計画を立てて、初詣や花見、菖蒲・コスモスなどの見物、外食やカフェへ出かけられるよう支援している。<br>畑やプランターで野菜や花を育てており、植付けや水やり、収穫などで外に出る機会をつくっている。<br>10月の目標は、「外の散歩」と決めていた。<br><br>秋には、栗ご飯や芋炊きをメニューに採り入れたり、事業所の畑で採れたサツマイモはふかし芋にするなど、季節感や喜ぶつかしいものを採り入れている。 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

評価結果表

【実施状況の評価】

◎よくできている    ○ほぼできている    △時々できている    ×ほとんどできていない

| 項目<br>No.       | 評価項目                                                 | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                      | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                  | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I.その人らしい暮らしを支える |                                                      |             |                                                                                          |          |                                                                            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| (1)ケアマネジメント     |                                                      |             |                                                                                          |          |                                                                            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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。                                                         | ○        | 利用者一人ひとりとのお話を大切に、それぞれの希望や意向を把握するように努めている。                                  | ◎        |          | △        | 利用者との関わりの中で、把握した思いや希望は、介護計画1表の介護に対する意向欄に記入している。<br>さらに、把握した思いや希望などを蓄積して、共有するようなくみをつくってはどうか。                                                                                                                                                                    |
|                 |                                                      | 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。                                                   | ○        | 訴えがいない方には、普段の生活の様子や表情を見て、その人それぞれのペースを尊重している。                               |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | c           | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | ◎        | 本人をよく知る人がホームに来所された時には、その方のこれまでの暮らしや人物像をお聞きし、どういった思いであるのか聞いて話し合うようにしている。    |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                                         | ○        | 普段の生活の中で知り得た情報を24Hシートに記入し、スタッフ間で情報を共有している。                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | e           | 職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。                                                   | ○        | 関わり持つ中でその方の言動や表情を見て、どのような思いであるかを考え、ご本人のペースで生活していただくように支援に努めている。            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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。 | ◎        | ご家族様や知人の方など来所されたときには、これまでの暮らしがどうであったか聞いて情報を得ている。ご本人からは普段関わる中で情報を得るようにしている。 |          |          | ×        | 入居前、利用していた介護事業所から、生活歴や生活環境などについて情報を得るケースがある。<br>聞き取った利用者の情報をまとめるような取り組みは行っていない。                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                  | ○        | 日々の関わりの中で言動から得た情報をスタッフ間で共有し、状況や状態によってその方の力を発揮できるように支援している。                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                          | ○        | 24Hシートに記録し、どんな場面、状況でご本人の表情や言動が変化するのか把握するように努めている。                          |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | d           | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)                                    | ○        | 日々の生活の様子からどういった状態の時にまた、誰と関わる際に不安な要素が生まれるのか把握するようにしている。                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                     | ○        | 24Hシートや日々の申し送りによって、利用者一人ひとりの生活が把握できるようにスタッフ間で連携している。                       |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3               | チームで行うアセスメント<br>(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a           | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。                                                | ○        | カンファレンスを開き、本人が求めること、必要なことは何か検討している。また、日々の中で本人の望みなどの把握に努めている。               |          |          | ×        | 月1回のカンファレンス時に口頭で話し合っている。<br>さらに、カンファレンスで話し合った内容は、記録に残して、介護計画作成につなげてほしい。                                                                                                                                                                                        |
|                 |                                                      | 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。                                                           | ○        | 本人にとって望ましい生活とは何か、日々のケアを通して考え、職員間でも話し合いをしている。                               |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                                     | ○        | より良く暮らすための課題を決め、実現のための具体的な支援を計画している。また、計画したものは家族の理解を得るようにしている。             |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4               | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画                             | a           | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。                                                             | ○        | 基本的に本人の意向が反映された内容を作成しているが、介護側の目線から計画を定めている項目もある。                           |          |          |          | 介護計画書に家族の意見を記入する欄を設けており、意見があれば計画に反映している。                                                                                                                                                                                                                       |
|                 |                                                      | 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。               | ○        | 家族が来訪した際に近況などを話し、ケアについての意見を話し合っている。遠方の家族にはメールや手紙で意見を求めることも行なっている。          | ○        |          | △        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                          | ○        | 重度の方や、意思決定が難しい方でも慣れ親しんだ暮らしに近い環境で暮らして頂ける様に内容を設定している。                        |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                                               | △        | 家族の協力体制は盛り込んでいるが、数は少ない。地域の協力体制についてもほとんど取り入れられていない。                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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。                                                      | ○        | 毎月カンファレンスを行い、期間で該当する利用者それぞれの介護計画の内容について話し合い把握するようにしている。                    |          |          | △        | 個々の介護計画は、1冊のファイルにまとめて綴じている。<br>見直し後の計画は、内容を確認してサインするしくみをつくっているが、理解や把握できていない職員もあるようだ。<br><br>△ 計画見直し時期に、管理者と計画作成担当者が口頭で現状確認をしている。<br><br>△ 24時間シート(介護記録)に利用者の言葉や行動、エピソードなどを記録しているが、介護計画にもとづいた記録という点からは情報量が少ない。<br><br>○ 介護計画見直し前には、計画書に職員の気づきや工夫、アイデアなどを記入している。 |
|                 |                                                      | 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。                           | ○        | 毎月介護計画の計画内容から1つずつケアチェック項目をあげ、実践していくことで統一したケアへとつなげている。                      |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | 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。                        | ○        | 一人ひとりの24Hシートに日々の暮らしの様子や支援した内容を記録し、職員間で情報を共有している。                           |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                 |                                                      | d           | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。                                                  | ○        | 職員の気づきに関しては、個別に記録するようにしている。工夫やアイデア等は口頭で申し送りはすることもあるが、記録までには到らない。           |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 項目<br>No. | 評価項目                    | 小項目 | 内 容                                                                                                                                    | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                        | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                      |
|-----------|-------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6         | 現状に即した介護計画の見直し          | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。                                                                                                                  | ○        | それぞれの計画期間に応じて、カンファレンスを行い職員の意見を出し合い見直しを行っている。                                     |          |          | ◎        | 計画作成担当者が時期を管理しており、3ヶ月毎に見直しを行っている。                                                                                               |
|           |                         | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。                                                                                                    | ◎        | 毎月、計画期間に該当する利用者について要望、変化など特になくても現状確認は行なっている。                                     |          |          | △        | 月1回のカンファレンス時には、計画見直し間近の利用者と、気になることがある利用者について、口頭で現状確認を行っている。                                                                     |
|           |                         | c   | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。                                                                   | ◎        | 心身の状態や生活に変化が生じた場合は本人、ご家族に相談し、その後新しい計画を作成するようにしている。                               |          |          | ○        | 状態変化があった利用者の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。                                                                              | ◎        | 月に1度カンファレンスを開き、課題の解決を図っている。利用者の状態が変わることにもカンファレンスを行なっている。                         |          |          | ○        | 月1回、ミーティングを行っている。<br>法人内で事故などがあった場合、法人からの指示で、緊急ミーティングを行っている。<br>必要時には、その日の申し送り時に話し合うことが多い。                                      |
|           |                         | 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。                                                                           | △        | 職員それぞれの経験値や参加者が概ね毎回同じということもあり、活発な意見交換までにはいかない。会議となると、率直な意見が出にくい。                 |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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。                                                                                    | △        | 参加者の顔ぶれが毎月変化する。毎月概ね第4金曜日に開催しているが、参加者が増えるような工夫はしていない。                             |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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。                                                                                             | ○        | 会議で決まったこと、取り組みに対しての結果など記録し、参加できなかった職員に会議録を渡すようにしている。                             |          |          | ○        | 欠席した職員には、会議記録のコピーを手渡して、管理者が口頭でも説明を行っている。                                                                                        |
| 8         | 確実な申し送り、情報伝達            | a   | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                                                                                           | ○        | 日勤帯から夜勤者へ、夜勤者から日勤帯へ利用者それぞれの様子を申し送りしている。補足説明がないこともあり、きちんと伝わっていないことがある。            |          |          | ○        | 申し送りノートに記入して、確認後に署名するしくみをつくっている。<br>署名が少ない情報もみられた。                                                                              |
|           |                         | 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えるようにしている。（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）                                                                | ○        | 口頭で申し送りや伝達事項をするが、受診時や薬の変更などノートや日誌などに記録し、伝えるようにしている。                              | ○        |          |          |                                                                                                                                 |
| (2)日々の支援  |                         |     |                                                                                                                                        |          |                                                                                  |          |          |          |                                                                                                                                 |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。                                                                                                | ○        | 意志のはっきりされた利用者の要求には出来る限り叶えるように努めているが、利用者一人ひとりの要求は把握しきれしていない。                      |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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）                                                                         | ○        | 衣類を選んでもらったり、食べたいおやつや飲み物など選んでもらう機会を作るようにしている。また、意思決定の難しい方でも表情などから意思を読み取るように努めている。 |          |          | ○        | 飲み物について、温かいのと冷たいのと選んでもらったり、コーヒの砂糖やミルクの好みを開いたり、おやつを選んでもらったりしている。                                                                 |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現す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。                                                                | ○        | 思いが表せるように普段から接し、希望する物事に即した支援が出来るように努力している。本人にとって納得できていない部分もある。                   |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。（起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等）                                                           | ○        | 一人ひとりのペースは把握しているが、昼食や夕食の時間は皆さん揃って摂って頂いたり、入浴のタイミングは利用者の希望より職員の都合になっていることが多い。      |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | e   | 利用者の生き生きとした言動や表情（喜び・楽しみ・うろたえ等）を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。                                                                                   | △        | 好きな話題や興味を持っていることなどを把握し、それを糸口として楽しみを見出すような声掛けや活動を行なっている。                          |          |          | ○        | 料理上手な人に調理や味付けなどをお願いしている。利用者との会話の中では、職員が「～してよかったね」などと言葉かけしている場面がみられた。                                                            |
|           |                         | 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。                                                          | ○        | 表情でその方の思いを探り記録し、職員間で情報を共有することで、支援につなげている。                                        |          |          |          |                                                                                                                                 |
| 10        | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a   | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。                                                                       | △        | 利用者それぞれに対しての対応をしているが、業務中心になると、その人らしさやその方の領域を越えてしまっている。                           | ○        | ○        | ○        | 法人内研修や事業所の勉強会で学んだり、職員が意識して取り組めるように、毎月のミーティング時に管理者が話している。<br>数日前まで体調を崩していた人について、職員が隣りに座り、ゆっくり時間をかけてお茶を飲めるよう、見守りや介助を行っている様子がみられた。 |
|           |                         | 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を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。                                                          | △        | 排泄状態を確認したり、トイレ誘導などあからさまに声掛けしていることがあり、職員間で注意するようにしている。                            |          |          | ○        | 自分でトイレに行く利用者に、職員はその後そつと入室してサポートしている様子がみられた。<br>早足で玄関の方に向かう利用者に、「あら、こちらへどうぞ」と声をかけて、気分を替えられるようかわっている場面がみられた。                      |
|           |                         | 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。                                                                                           | ○        | 男性利用者には男性職員が、女性利用者には女性職員がなるべく介助するようにして、配慮するようにしている。                              |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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。                                                                          | ○        | 訪室時にはノックや声掛けし、また掃除の際は、掃除をする旨声掛けし、プライバシーに配慮するようにしている。                             |          |          | ◎        | 管理者は、入室前に丁寧に本人に許可をとっていた。                                                                                                        |
|           |                         | 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。                                                                                            | ○        | プライバシー保護などは理解しているが、「つい、うっかり」として様々な配慮が足りないこともある。                                  |          |          |          |                                                                                                                                 |
| 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。                                                                      | ○        | 掃除や調理の手伝いをして頂いたり、味付けのヒントをもらったり、職員と一緒に頂くことで一方的な関わりでなく感謝し合う関係性を築いている。              |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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。                                                                                            | ◎        | 利用者同士が気遣う姿や、お互いが足りない部分補う姿を見て支えあう大切さを職員は理解している。                                   |          |          |          |                                                                                                                                 |
|           |                         | 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） | ◎        | 利用者それぞれの相性を理解し、トラブルにならないようにしている。世話役になる方を労いながら、精神的な負担にならないよう個別な時間をもち話を聞くようにしている。  |          |          | ◎        | 足元が不安定な人が立ち上がりやすくなる時には、他利用者が見守りや声かけをしていた。<br>また、不安を感じる時には手を握ってあげているような様子がみられた。<br>世話役の利用者には、後の時間に職員と一緒に歌を歌ったりするような時間をつくっていた。    |
|           |                         | 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。                                                                           | ○        | 双方の話を聞いて状況を把握し、それぞれの考えをきちんと汲み取り、間に入って話すようにしている。                                  |          |          |          |                                                                                                                                 |

| 項目<br>No. | 評価項目              | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                                               | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                             | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                   |
|-----------|-------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12        | 馴染みの人や場との関係継続の支援  | a           | これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。                                                                                       | ◎        | 日常の会話やご家族の方々から聞き得た情報から利用者それぞれと関わる人間関係について把握している。                                      |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | 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。                                                                                      | △        | 書面上ではなじみの場所等をなんとなく知っているが、培ってきたものについては、しっかりとした把握は出来ていない。                               |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | 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。                                                               | △        | こちらから会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくことはできていないが、ホームの方に足を運んで頂いた時はまた来て頂けるよう支援している。                 |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | 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。                                                                                | ○        | 特別なおもてなしはせず、普段通りの空間のままで気軽に来て頂けるように心がけている。                                             |          |          |          |                                                                                              |
| 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)<br>(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △        | 業務中心となり、一人も戸外へお連れすることが出来ないことが多い。短時間でも日光浴して頂くなど職員で連携を取って取り組みたい。月に1回は利用者全員で外食に行くなどしている。 | ○        | ○        | ○        | ほぼ毎月計画を立てて、初詣や花見、菖蒲・コスモスなどの見物、外食やカフェへ出かけられるよう支援している。                                         |
|           |                   | 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。                                                                                        | △        | 休みの職員に協力してもらうなどで外出して頂いている。地域の方やボランティアなど外部の方に協力の要請はしていない。                              |          |          |          | 畑やプランターで野菜や花を育てており、植付けや水やり、収穫などで外に出る機会をつくっている。10月の目標は、「外の散歩」と決めていた。                          |
|           |                   | 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。                                                                                                     | ○        | 現在は重度の方はいないが、以前はその時の状態を見て短時間でも外出できるように取り組んだ。                                          |          |          | ○        | 母体病院からリフト車を借りて、重度の人も一緒に出かけられるように支援している。日常的にも、車イスでちょっと玄関先や庭に出たり、近くと一緒に散歩したりできるよう支援している。       |
|           |                   | d           | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。                                                                          | ○        | 利用者本人が気になっている墓参りなどは、ご家族が年に1、2回連れて行かれている。                                              |          |          |          |                                                                                              |
| 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。                                                         | ○        | 職員間の勉強会で認知症や行動・心理症状など基本的なことは理解している。利用者それぞれの変化について職員で情報を共有し要因を探り、取り除けるように取り組んでいる。      |          |          |          | 服薬時、白い錠剤が見えやすいように、職員が黒い容器に薬を入れて、自分でつまんで飲めるよう支援している様子がみられた。                                   |
|           |                   | 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・向上を図れるよう取り組んでいる。                                    | ○        | 低下してきているところを観察し、職員が介助し過ぎてしまわないように注意しながら、利用者のその時の状態によって出来ることをして頂く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)                                                               | ○        | 「出来ない」とする前から言われ介助されるのを待っている方に対しては、ジェスチャーや声掛けし、次の動作を促すように誘導している。                       | ○        |          | ◎        |                                                                                              |
| 15        | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a           | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。                                                                       | ○        | 普段の関わりの中で、一人ひとりの楽しみやどんな役割があるかを把握するようにしている。                                            |          |          |          | 季節の行事やラジオ体操、クリスマスにはみんなで食事するなど、楽しみごとをつくっている。家事を行う機会づくりや、他利用者のお世話、歌の好きな人には、日々の中で歌う時間を持つなどしている。 |
|           |                   | 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すように、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。                                                         | ○        | 一人ひとり出来ることや興味あることが異なるので、個別に関わりながら役割やレクリエーションなどで頂いている。                                 | ○        | ◎        | ◎        |                                                                                              |
|           |                   | c           | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。                                                                                                  | △        | 地域の関わりとしては、地区の盆踊り大会に参加する程度で、まだ役割などが持てるようにはできていない。                                     |          |          |          |                                                                                              |
| 16        | 身だしなみやおしゃれの支援     | a           | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。                                                                                | ○        | いつも同じ服で過ごされる方が多いため、季節に合った服装を提案したり、ご自分で出来ない方にはその時の利用者の様子に合わせ職員が用意するようにしている。            |          |          |          | 利用者一人ひとりが似合う洋服を着ていた。希望があれば、訪問美容を利用して毛染めができるようサポートしている。                                       |
|           |                   | b           | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるよう支援している。                                                                           | ○        | 自分の好みでおしゃれができる方は任せている。自己決定しにくい方には季節や天候にあったものを用意し本人の了解を得て、その人らしさができるようにしている。           |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | c           | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えた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。                                                                                | ○        | その人らしさを大切にし、季節に合ったものを職員が用意して本人の了解を得るようにしている。                                          |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | d           | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。                                                                                         | ◎        | 外出や行事を楽しまれるかは、ご自分でおしゃれをされている。自己決定がしにくい方にはその方が持っている服でおしゃれを楽しんでもらえるように支援している。           |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | e           | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできりげなくカバーしている。(髪、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                                                         | ○        | 他の利用者に配慮して小さい声で声掛け、自尊心を傷付けないようさりげなくしている。                                              | ○        | ○        | ○        |                                                                                              |
|           |                   | f           | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。                                                                                                         | ○        | ホームに2ヶ月に1回理容師が来て散髪などしてもらっている。利用者自身の希望が特にないため、個別の対応ができていない。                            |          |          |          |                                                                                              |
|           |                   | 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。                                                                                            | ○        | 重度な方でも、その人らしい髪型にしたり、手持ちの服でその方らしさが保てるように工夫はしている。                                       |          |          | ◎        |                                                                                              |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                              | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                         | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                                                                    | ○        | 介護における食事の大切さを理解し、楽しく、美味しく召し上げてもらえるような声掛けを工夫している。                                  |          |          |          | <p>献立は、ストックを確認しながら利用者の意見を聞いて決めている。</p> <p>食事後に、利用者2人がテーブル席で食器拭きをする様子がみられた。</p> <p>ウナギが苦手な人には、イワシのかば焼きを用意するなど、好き嫌いなどに対応している。</p> <p>秋には、栗ご飯や芋炊きをメニューに採り入れたり、事業所の畑で採れたサツマイモはふかし芋にするなど、季節感や昔なつかしいものを採り入れている。</p> <p>茶碗や湯飲み、箸などは、家族が準備したものを使用している。</p> <p>今年8月から、職員は、利用者の食事が終わってから休憩時間として、別の場所で食事をしてもよいことになっており、現在利用者の食事中は、サポートに専念している。</p> <p>オープンキッチンになっており、調理の音や匂い、様子がよく見える。</p> <p>献立のバランスなどについて、職員は口頭で相談し合っている。</p> <p>医師である法人代表者が、月2回、昼食と一緒に食べて確認している。</p> |
|           |                | b           | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともに行っている。                                                            | ○        | 献立を考えてもらったり、出来る範囲での調理の手伝いしてもらるように支援している。但し、業務に追われ頻度としては減ってきている。                   |          |          | ◎        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                                        | ○        | 調理や後片付けを行なってもらっている。その際は必ず感謝の言葉を述べているが、反応は薄く達成感や自信につながっているとは言いがたい。                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                                                       | ○        | 、各利用者の持つアレルギーは必ず把握しお互い共有するようにしている。嗜好品や苦手なものも本人より聞き出し、職員間で伝え合っている。                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                     | ◎        | 旬の食材、季節独特の食材や料理を考え提供するように努めている。                                                   |          |          | ◎        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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、いれどりや器の工夫等) | ◎        | 身体機能を考慮し調理法、美しい盛り付け方を工夫している。また、利用者hの状態に合わせた食事形態を日々取れるようにしている。                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | g           | 茶碗や湯飲み、箸等を使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。                                                                | ◎        | 家族様と相談したり、本人に選んでもらったりと使いやすく、使い慣れて愛着がわくような食器類を使用している。                              |          |          | ◎        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                 | △        | 業務を行う中で時間を作り医療者と一緒に食事が取れるようにしている。しかし、どうしても業務に流されてしまう傾向あり。食事へのサポートはそれぞれ行なっている。     |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                             | ○        | 可能な限りの経口摂取を目指している。どうしても料理の形状を崩さなければならぬ場合は、事前に見てもらったり、言葉で説明するなど食事を楽しんでもらえるようにしている。 | ○        |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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日を通して確保できるようにしている。                                    | ○        | 栄養のバランスや水分摂取量に偏りが出ないように記録をとり、それぞれの状態把握に努めている。                                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                         | ○        | 本人にとっての望ましい食事形態を常に考慮して工夫している。食分量や水分摂取量が少ない場合は、便秘や疾患の面からもアプローチしている。                |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | l           | 職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。                            | ○        | カンファレンスごとに食事形態や食分量など適切に提供できているか話し合っている。栄養士だけでなく他職種へも意見を求めている。                     |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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。                                           | ○        | 調理には日常的に関わる為、調理用具の毎日の消毒や賞味期限などには気を付けている。ただし、賞味期限内に食材を使い切れないこともある。                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 18        | 口腔内の清潔保持       | a           | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。                                              | ◎        | 誤嚥性肺炎との関連性など口腔ケアの持つ重要性はほとんどの職員が理解している。                                            |          |          |          | <p>半数以上の利用者は、月1回、歯科医による口腔内の状態確認や手入れを受けており、報告書で状況を把握している。</p> <p>他の利用者は、歯磨き時の目視に止まっている。</p> <p>昼食後に、自ら歯磨きを行う利用者の様子がみられた。</p> <p>声かけや、サポートをして半数以上の人は、毎食後に口腔ケアを行っているが、拒む人などについては、毎食後はできていない人もいようだ。</p>                                                                                                                                                                                                                                                          |
|           |                | 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。                                                  | ○        | 協力医療機関との連携もあり、虫歯の有無、義歯の状態は適宜、把握している。ただし、舌の状態などの細かな面までは完全に把握しているとは言いがたい。           |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | c           | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。                                                      | ○        | 歯科医師などからの指示、指導は取り入れ実践するようにしているが、十分とはいえない。                                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | d           | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。                                                                           | ○        | 声掛けをしたり、介助することで清潔保持に努めている。意思疎通の難しい利用者の義歯の手入れが十分に行なえていない事もある。                      |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | 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)               | ○        | うがい等できることを行なえるような努力はしている。利用者の心身状態などによって支援できていないことあり。                              |          |          | △        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                | f           | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。                                                | ◎        | 不具合などの発見時は協力医療機関と速やかに連携を取り指示をもらっている。                                              |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                          | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                           | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                 |
|-----------|----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                       | ○        | 出来る限り日中はトイレへ誘導して、トイレで排泄が出来るように支援している。                                               |          |          |          | おむつ使用の必要性や適切性については、必要時、カンファレンス時に口頭で話し合っている。                                                                |
|           |                | 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。                                                                                   | ◎        | 研修や講習、または勉強会などで便秘について理解している。                                                        |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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）                                                                        | ◎        | 利用者それぞれの排泄に関する記録をして把握するようにしている。                                                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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の状態にあった支援を行っている。                           | ◎        | 毎日の排泄状態を把握しており、紙パンツやパットの使用頻度など職員間で情報を共有し、一人ひとりの状態にあった支援を行なうようにしている。                 | ◎        |          | ○        |                                                                                                            |
|           |                | 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。                                                     | ○        | 日中、夜間などの排泄状態を把握し、問題点があれば、日頃から話し合い検討している。                                            |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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。                                                                   | ○        | 24Hシートに一人ひとりの排泄記録をつけ、時間でなく状況に合わせて声掛け誘導している。                                         |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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。 | ○        | ある程度排泄の状況や失禁の頻度を見て、一人ひとり対応し、本人や家族に同意を得ているが、本人の好みには合っていないかもしれない。                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | h           | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ（紙パンツ・パッドを含む）を適時使い分けている。                                                               | ○        | 一人ひとりの排泄状態により、下着や紙パンツなど検討し、適時使い分けている。                                               |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | i           | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。（薬に頼らない取り組み）                                               | ○        | 普段から食物繊維が多い食材を取り入れたり、水分をきちんと摂って頂くなど、自然排便を促すように取り組んでいる。                              |          |          |          |                                                                                                            |
| 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）。                                       | ○        | 希望がはっきりされている方は、希望に沿って入浴して頂いている。希望が特にならない方は、入浴日の間隔が空きすぎないように職員主観で決めている。              | ◎        |          | ○        | 週2回の入浴を基本に支援しており、午前と午後は本人のタイミングで選んでもらっている。<br>現在、利用者全員が湯船で温まれるよう支援している。<br>さらに、個々の入浴の習慣なども探り、支援に採り入れてはどうか。 |
|           |                | b           | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。                                                                                | ◎        | 入浴剤を入れたり、過度にならない程度に湯温を好みの温度に調節するなどして、少しでもリラクセスでき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。                                                                               | ◎        | 体の洗える部分は洗ってもら、タオルで顔だけでも拭いてもらうなど残存機能の活用は行なっている。危険性のある場面では介助を行い入浴を楽しめるように努力している。      |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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良く入浴できるよう工夫している。                                                         | ○        | 入浴拒否の理由などは必ず考え、拒否する理由を可能な限り除き不安なく気分よく入浴できるようにしている。                                  |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | e           | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。                                                             | ◎        | 入浴前には必ず健康状態を確認し入浴の判断をしている。入浴後も水分補給をしてもらいながら経過観察をしている。                               |          |          |          |                                                                                                            |
| 21        | 安眠や休息の支援       | a           | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。                                                                                      | ○        | 24Hシートを使い、毎日の睡眠状態を記入し、把握している。                                                       |          |          |          | ふらつきなどがみられた場合は、医師に報告して、相談しながら減薬に取り組んだり、服薬中の人も今以上用量が増えないように検討している。                                          |
|           |                | b           | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。                                             | ○        | 不眠時はその利用者にとってキーとなる出来事がなかったか、体調変化がないかなど様々な角度から原因を考えている。また、日中に軽い運動をしてもらったりなどの工夫もしている。 |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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。                        | ○        | 夜間よく休んで頂くために体操や散歩などの工夫をしており、利用者の性格等も含めて考えてはいるが、薬に頼ってしまうことも多い。                       |          |          | ○        |                                                                                                            |
|           |                | 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。                                                                             | ○        | リビングでの傾眠が多い時や休息が必要な時は居室へと誘導するようになっている。                                              |          |          |          |                                                                                                            |
| 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。                                                                   | △        | 電話の使用や手紙の投函は自由であり、本人らにも伝えている。本人からの希望がないと積極的に電話、手紙のやり取りへの支援は行なえていない。                 |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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。                                                         | △        | どこかで「できない」と思ってしまう、必要な支援は不足している。                                                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | c           | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。                                                                                          | △        | 使いやすい場所へ電話を配置するなど配慮している。しかし遠慮等もあって気兼ねなく電話しているとは言いがたい。                               |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | 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。                                                                             | ○        | 届いた手紙は、本人希望があれば返信したり、記載されている電話番号へ電話をかけたりして音信を取るようになっている。                            |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                | e           | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらったとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                                                | △        | 電話をかけることに関しては、家族より了承を摂っている。家族側からの電話は積極的にはお願ひできていない。                                 |          |          |          |                                                                                                            |

| 項目<br>No.       | 評価項目              | 小項目 | 内 容                                                                                                                                                | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                           | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                   |
|-----------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                                                                                                                | △        | 利用者自身がお金を所持、使用することについてよいことであると認識しているが、リスクを考えてしまい本人の現金所持に結びついていない。                   |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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づけている。                                                                                                             | △        | 必要な品物の買出しなどには一緒に出かけているが、頻度は少ない。また、出かけたとしても支払いは職員が行なうといったように使う機会も限られている。             |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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。                                                                                                | △        | 外出先などで理解、協力を求めることはあっても、日頃からの買い物先の協力が得られるような体制にはなっていない。                              |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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。                                                           | △        | 入所時に金銭所持について話したり、希望物の買い物時等相談はするが、紛失等のリスクからお金の所持への支援はほとんど出ていない。                      |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。                                                                                                                     | △        | 入所時に金銭の管理に関して本人も交え家族と話しているが、それ以外ではあまり話せていない。また、話し合い時も家族がメインとなり本人とは十分に話せていない。        |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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)。                                                                   | ◎        | 金銭管理の難しい方は契約時に契約書の項目、法人としての取り決めを説明し了承を得ている。                                         |          |          |          |                                                                                                                              |
| 24              | 多様なニーズに応える取り組み    | a   | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                                                                                       | ○        | その時々ニーズに合わせ、その都度、ある程度の柔軟な支援は行なっている。サービスの多機能化までは到達できていない。                            | ◎        |          | ○        | 家族が受診支援する際、希望があれば職員も同行している。家族の希望で、昔撮った本人の映像と一緒に鑑賞した。                                                                         |
| (3)生活環境づくり      |                   |     |                                                                                                                                                    |          |                                                                                     |          |          |          |                                                                                                                              |
| 25              | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   | a   | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。                                                                                              | ○        | 季節の花を植えたり、玄関周りの清掃、環境整備をすることで気軽に出入りできるような工夫はしているが、結果には結びついていない。                      | ◎        | △        | ◎        | 玄関周りにはプランターに花を植え、ベンチを設置している。きれいに掃除をしていた。玄関内に家族用のトイレがある。                                                                      |
| 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くような設えになっていないか等。) | ○        | 家と変わらない環境、雰囲気でも暮らして頂ける様に心地よい空間作りを努めている。また、必要以上に派手になったり、質素になり過ぎないような季節感のある装飾を心がけている。 | ○        | ○        | ◎        | 玄関内の壁面は、家族が季節に応じて飾り付けられており、調査訪問日にはハロウィンの飾りになっていた。居間には、利用者の写真をたくさん飾っている。居間の一角にたたみの間があり、利用者は、腰を掛けて洗濯物をたたんだりしている。               |
|                 |                   | 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。                                                                                                              | ○        | 不快な音等がないように気をつけているが便所など配慮に工夫の余地が残る部分もある。清掃に関しては毎日行なっている。                            |          |          | ◎        | 食事の時には、職員が「テレビを消しておきますか」と聞いて消していた。手すりなどの消毒を行っている。                                                                            |
|                 |                   | 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。                                                                    | ○        | 季節ごとに利用者と壁紙を作成したり、行事で撮影した写真などを飾って季節感や思い出に浸ることの出来る空間を作っている。                          |          |          | ○        | そろばんを手にとって、はじく人がいた。昼食後、職員が洗った食器をテーブルに置くと、利用者が拭いていた。                                                                          |
|                 |                   | 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。                                                                                                 | ○        | 気の合う人同士で過ごせる空間があったり、個室とはいえず、過度の干渉をされない空間はある。                                        |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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。                                                                                                                     | ○        | 共用空間からは、トイレや浴室は見えないが、トイレの扉の閉め忘れなど配慮に欠ける点がある。                                        |          |          |          |                                                                                                                              |
| 27              | 居心地良く過ごせる居室の配慮    | a   | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。                                                                                           | ◎        | 入居時に家族へ依頼し使い慣れたものを持ってきてもらう様になっている。また、本人の好みのものを選んでもらうようにもしている。                       | ○        |          | ○        | 畳の上にカーペットを敷いた居室は、文机の上に開いた雑誌があり、「読みたい記事があるから、毎月職員に買ってきてもらうのよ」と話してくれた。                                                         |
| 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。                                                                               | ○        | 日常の中での危険性を低くする為の配慮は行なえている。安全に行動できることで自立した生活と長く行えるように考えている。                          |          |          | ◎        | トイレ入り口の表示は、周りに飾り付けて目に入りやすいよう工夫していた。トイレを気にする人には、本人が集中して取り組めるパズルを用意したり、自分の席のテーブルに、次にトイレに行く時間を書き、行ったら線を引くなどして、自分で確認ができるようにしていた。 |
|                 |                   | 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。                                                                                            | ○        | 飾り付けをする際は不快に思う利用者がいないように考えて配置している。また、間違いやすい物、紛らわしいものは置かないように配慮している。                 |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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)                                              | △        | なじみのあるものが手に取れる位置にあるが、個人差や活動意欲の触発できる物の差が大きい。                                         |          |          |          |                                                                                                                              |
| 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)                | △        | 全ての職員へ施設することのデメリットを勉強会などを通して伝えている。内から見た印象については理解しているが、地域など外部から見た印象等、理解していない部分もある。   | ×        | △        | △        | 今年2月の内部研修で拘束による弊害などについて勉強している。落ち着かない利用者への対処として、1年間以上、日中も玄関に鍵を掛けていたが、本人が落ち着いたこともあり、9月末から開錠している。                               |
|                 |                   | 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。                                                                         | △        | 家族への理解は図っているが、現実問題としての回答としては十分な理解を得られていない。                                          |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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あたらないよう、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)。                                                          | △        | 外出の察知や外出傾向の把握には常に努めている。利用者の自由の為、極力玄関へ鍵をかけないようにしている。近所の理解は得られているが協力体制としてはまだ、薄い。      |          |          |          |                                                                                                                              |
| (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。                                                                                                                | ○        | 大まかな病歴や現状についての理解はある。細かな留意点などの把握は不足している。                                             |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | b   | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                                                                   | ○        | 日々のケアのなかの状態観察をすることで、その人の変化をより早く発見できるように支援している。                                      |          |          |          |                                                                                                                              |
|                 |                   | 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。                                                                                | ○        | 気軽にではないが、かかりつけ医等に相談し支持をもらえるような体制を作っている。                                             |          |          |          |                                                                                                                              |



| 項目<br>No. | 評価項目             | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                 | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                           | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                       |
|-----------|------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------------------|
| 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。                                             | ◎        | 入居時等にこれまでの既往歴、受療状況を把握し、家族、本人が希望する医療機関を可能な限り受診できるようにしている。            | ◎        |          |          |                                                                  |
|           |                  | b           | 本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたか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。                                   | ○        | かかりつけ医とは、密に連絡、連携を取り適切な医療を受けられ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。                               | ◎        | 必要な情報は家族へ報告を行い、情報の共有化を図っている。入院や本人の体調や介護度の変化等に応じて話し合いも行なっている。        |          |          |          |                                                                  |
| 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。                                                          | ◎        | 入院の際は、医療機関へ嗜好なども含めた情報を提供し本人の負担軽減に努め、スムーズな連携が出来るように支援している。           |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                              | ○        | お見舞いなどで病院を訪れた際は、関係者と情報交換を図り、お互いに相談しあっている。                           |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                        | ○        | 施設と関わりの深い病院との関係作りは行なっているが、かかわりの薄い病院関係者との関係作りは出来ていない。                |          |          |          |                                                                  |
| 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。 | ○        | 日常のかかわりで気付いたことや、気がかりなことは看護師に相談している。必要があれば、看護師に状態確認してもらい医師の判断を仰いでいる。 |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                        | ○        | 相談できる体制は作れているが、24時間気軽に相談できる状況にはなっていない。                              |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                     | ◎        | 毎朝のバイタルチェックや必要に応じたチェックを適切に行なえるようにしている。こまめな観察を欠かさずに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。                                                               | ○        | 大まかな目的や主な副作用などは理解しているが、正確な把握は出来ていない。                                |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                  | ◎        | 必ず職員二人で服薬前の確認を声を出して行っている。また、きちんと飲み込み、飲み残しがないか確認を行っている。              |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                       | ○        | 体調不良や本人の状態に変化があった場合、薬の副作用ではないかななどの面からもアプローチしている。                    |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                              | ○        | 新しい薬が増えたり、頓服薬を服用した際は、家族等に情報提供は行なっている。状態変化の記録は不十分な点も見られる。            |          |          |          |                                                                  |
| 35        | 重度化や終末期への支援      | a           | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                           | ○        | 入居時にその時点での意向を聞いている。また、状態変化段階ごとに本人、家族や関係機関を含め話し合い方針を決定している。          |          |          |          | 入居時と状態変化時には、家族に説明して話し合い、意向を確認しながら書面で方針を共有している。利用者本人の意向なども探ってほしい。 |
|           |                  | b           | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。                                   | ○        | 終末期が目に見えてくる段階での話し合いは、関係医療機関を含め方針の決定、共有をしている。                        | ○        |          | ○        |                                                                  |
|           |                  | 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。                                        | ○        | 終末期の対応について職員の体験や力量を分析しどの程度の支援が出来るか熟慮し、必要に応じて勉強会を開くなどの工夫も取っている。      |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                 | ○        | 入居時だけでなく、状態変化が起こった際は明確に事業所で出来ること、出来ない事を説明し理解して頂けるように努力している。         |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。    | △        | 今後起こりうる変化について検討はしているが、重度化や終末期に近づく、チームで支援できる体制を整えるような状況である。          |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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)                                                         | ○        | 家族の思いを共感できるようにしながら、差し出がましき程度度の提案をしたり、思いを共有できるように支援をおこなっている。         |          |          |          |                                                                  |
| 36        | 感染症予防と対応         | a           | 職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。                            | ○        | 定期的に感染症についての勉強会を開いている。また、食中毒や白癬など分類ごとに学べるような勉強会にしている。               |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                        | ○        | 感染症マニュアルを作成し職員の目の届くところに配置している。また、勉強会と平行して訓練も行なっている。                 |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                             | △        | 個人的に情報の取得に取り組んでいる職員もいるが、事業所としてはあまり出来ていないといえる。                       |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                                 | ○        | 地域の感染症発生状況、情報には収集に努め、随時対応できるようにしている。                                |          |          |          |                                                                  |
|           |                  | 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。                                                | ○        | 手洗いの徹底はできているが、うがいに關しては徹底しているとは言えない。利用者、来訪者も含め、手指消毒が出来るようにしている。      |          |          |          |                                                                  |

| 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                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ. 家族との支え合い |                                                             |     |                                                                                                                |      |                                                                                             |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
| 37          | 本人とともに支え合う家族との関係づくりと支援                                      | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。                                                           | ◎    | 家族の意見を大事にし、介護のヒントやケアへの意見の取入れを行なっている。また、長期間努めている職員、長期間入所している利用者家族の間ではよい意味での馴染みの関係が気付いていると思う。 |      |      |      | 「杜の里だより」に毎月の行事予定を載せて、紙面や来訪時に参加を呼びかけている。<br>家族は、春の花見や杜もりバザー、クリスマス会などに参加している。<br><br>毎月、利用者個々の担当職員が、日常の様子を手紙に書き、写真を添えて送付している。<br>毎月送付する「杜の里だより」には、イベント時や日常の様子を写真にコメントを付けて載せている。<br>遠くに住む家族とは、メールでやり取りを行っている。 |
|             |                                                             | 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)                                   | ◎    | 家族の方に気軽に来ていただけるような雰囲気作りに努めている。居室への宿泊の自由、24時間の連絡、面会の自由など家族に説明している。                           |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)                                                              | ○    | 家族が参加できそうなレクリエーションを企画し、毎月お知らせとして参加などを呼びかけている。                                               | ○    |      | ○    |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)    | ○    | 来訪機会の少ない家族には、毎月の生活の様子を写真つきでお送りし、本人の様子が分かるようにしている。たよりも毎月発行し写真を多く使うことで具体的な様子が伝わるようにしている。      | ◎    |      | ◎    |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的内容を把握して報告を行っている。                                                    | ○    | 来所時や電話連絡時に、可能な限り家族の疑問や不安な点を聞き、状況をお話している。                                                    |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)                | ○    | 家族との関係性の理解のために、家族来所時にそれまでの様子を生の声として、失礼にならないよう聞き出すようにしている。                                   |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)                                              | ○    | 管理者やケアマネージャーなどの大きな人事があれば、理解が得られるように報告を行っている。運営上の事柄は運営推進会議で簡単に触れる程度。                         | ○    |      | ◎    |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)                                                                | ○    | 花見やクリスマス会など季節ごとの行事には、比較的家族参加もあるため、毎年行なっている。家族間での交流は難しい様子。                                   |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | i   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にした対応策を話し合っている。                                                       | ○    | 起こり得るリスクについては、ケアプランを立てることで対応策を含めたリスクについての話を行なっている。                                          |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。                                            | ○    | 来訪時の声掛けは常に行なっており、要望や不満点を聞いている。月に一度はお便りを送っているが、定期的な連絡を積極的に行っているとはいえない。                       |      |      | ○    |                                                                                                                                                                                                            |
| 38          | 契約に関する説明と納得                                                 | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。                                                                       | ◎    | 契約書を基本とし出来るだけ分かりやすい言葉、表現を使い理解して頂けるようにしている。                                                  |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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。                   | ◎    | 退去に関してはご家族と主治医を交えて十分な話し合いを行い、納得していただいている。また、退去先にスムーズに移れるように支援を行なっている。                       |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)                             | ◎    | 契約時に料金の内訳や諸経費などを説明し同意を得ている。また、実費負担が発生することに説明を行い、同意、確認を行っている。                                |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ. 地域との支え合い |                                                             |     |                                                                                                                |      |                                                                                             |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
| 39          | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。                                                            | ○    | 近隣住人や町内会を通して事業所への理解を図っている。                                                                  |      | ○    |      | 事業所の駐車場を、夏休みの子供たちのラジオ体操の場に開放し、利用者も一緒に体操をしている。<br>地域とのネットワークづくりに向けて、新しい取り組みにチャレンジしてはどうか。                                                                                                                    |
|             |                                                             | b   | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)     | ○    | 地域への活動は主に季節ごとの行事などに参加することで果たしている。また、ラジオ体操の場としての敷地の提供など行なっている。日常的な挨拶については十分とはいえない。           |      | ○    | ○    |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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。                                                                                 | ○    | けっして多いとはいえないが、町内会の方方や近隣の住人が支援してくれている。特に施設内の畑に関しては、こまめなアドバイスやお手伝いをしていただけている。                 |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。                                                                                        | △    | 機会があれば、なかなか立ち寄っていただけない。                                                                     |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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。                                                                | △    | 散歩中の挨拶程度の付き合いが多い。気軽に立ち寄れてはいないが、機会があって立ち寄られた方々とは円滑な交流を図っている。                                 |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | 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)                                    | △    | 地域行事に関しては予定を伝えて下さったり、お誘いを受けることは多い。日常的な活動に関しては支援してもらえるような体制になっていない。                          |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                                          | △    | 地域資源の把握は職員によって把握の度合いが違う。努力はしているが地域資源の有効活用は出来ているとはいえない。                                      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |
|             |                                                             | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等) | ○    | 以前に比べ近隣のグループホームや公民館など機会があるごとに声を掛けて関係を深められるようになってきている。                                       |      |      |      |                                                                                                                                                                                                            |

| 項目<br>No.           | 評価項目                                                                                                                                                                                    | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                         | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                  | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                              |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 40                  | 運営推進会議を活かした取組み                                                                                                                                                                          | a           | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。                                                                              | ○        | 地域の代表や民生委員等は参加の割合が多いが、利用者家族の参加は少ない。                                        | ○        |          | △        | 家族は毎回、1～2人の参加がある。民生委員2人が参加している。利用者の参加はない。                                               |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                  | ○        | 近況報告をはじめ、利用者のプライバシーにも考慮しながら活動状況を話している。                                     |          |          | △        | 外部評価結果について報告している。                                                                       |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                             | ○        | 出された意見やアドバイスは日々のケアや、次の活動へ活かすようにしている。結果報告はやや不十分な部分もあり。                      |          | ○        | ○        | 会議時、「議事録を家族に送付してはどうか」と提案があり、送付する取り組みを始めたことを報告した。会議で理念の見直しについて意見があり、見直しの結果、変更しないことを報告した。 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                       | ○        | なるべく興味を持ってもらえるようなテーマを考えている。開催時間に関しては施設側の都合を優先しがちである。                       |          | ○        |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | e           | 運営推進会議の議事録を公表している。                                                                                          | ○        | 会議後、一週間以内に議事録を清書し、ご家族や関係各所に配布し公表できるようにしている。                                |          |          |          |                                                                                         |
| IV.より良い支援を行うための運営体制 |                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                                             |          |                                                                            |          |          |          |                                                                                         |
| 41                  | 理念の共有と実践                                                                                                                                                                                | a           | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | △        | 事業所理念は分かりやすく覚えやすくしているが、理念が浸透しているとはいえない。                                    |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                                             | △        | 分かりやすい理念だが、家族や地域選に伝わっているとはいえない。                                            | △        | △        |          |                                                                                         |
| 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。                                                   | ×        | 一人ひとりの現状とレベルの把握に努めている。法人外の研修に関しては、ほとんど受けさせられていない。                          |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                           | △        | 自身や経験の深い職員から、経験の浅い職員へ指導や助言を与えるようにしている。しかし、計画性、見通しの甘さもある。                   |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                              | △        | 向上心を持って働けるような職場を作る努力はしているが、結果に結びついていない現状である。                               |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | d           | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ○        | 少しずつではあるが、交流会等を通して同業者と接する機会を作っている。                                         |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | e           | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。                                                                   | ○        | 職員のストレスの分析や現状の問題点の把握を行い、職員の声を聞くような努力は怠っていない。                               | ○        | ○        | ○        |                                                                                         |
| 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。                                            | ○        | 定期的に虐待について学ぶ機会を設けている。また、日々の言動で虐待につながりかねないことは職員同士で話し合えるようにしている。             |          |          |          | 職員は、行為を発見した場合は、管理者に報告することを知っている。                                                        |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。                                                              | ○        | なるべく、いつでもケアについて話し合えたり、お互いに議論できる時間を作れるようにしている。                              |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。                                    | ○        | 虐待や不適切なケアがないように注意を払っている。職員に関しては虐待等が発見した場合については、「報告を上げる」以外の対処、手順を知らない職員が多い。 |          |          | ○        |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                        | ○        | 職員のストレスが利用者へ向かないように常々注意を払っており、利用者がストレスのはけ口にけっしてならないようにしている。                |          |          |          |                                                                                         |
| 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。                                          | ○        | 禁止対象や、緊急性については学ぶ機会を作っている。全ての職員が正しく理解出来るまでには至っていない。                         |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                      | ○        | 利用者や現場の状況が身体拘束に当たらないのか検討し、職員間で話し合えるようにしている。                                |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 家族等から拘束や施設等の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ◎        | 要望があっても、弊害などについて分かりやすい説明を心がけ納得して頂けるようにしている。対策や工夫の具体例を挙げて拘束という状況がないようにしている。 |          |          |          |                                                                                         |
| 45                  | 権利擁護に関する制度の活用                                                                                                                                                                           | a           | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを含め理解している。                                                   | △        | 漠然と理解している程度で、細かな制度の違いや利点などの理解は不十分である。                                      |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。                                          | △        | 情報提供の準備も含めてできていない。相談があつてから情報説明を行なう状況である。                                   |          |          |          |                                                                                         |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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などとの交流や情報提供を図り、制度理解が出来るような連携体制は築いている。                            |          |          |          |                                                                                         |

| 項目<br>No. | 評価項目                  | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                   | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                      | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                 |
|-----------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                               | ○        | 急変時の対応マニュアルは作成している。急変時の連絡体制や対処法は普段から職員を目に付く場所に提示している。                          |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | b           | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。                                                | △        | 定期的に訓練を行なえているとはいいがたい。実践力も育っていない状況である。                                          |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | c           | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手前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。                    | ○        | ヒヤリハットの報告を習慣を付け、月に1回ヒヤリハットをまとめた物をミーティング等で検討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。                                         | ○        | カンファレンスなどでリスク、危険性について検討し対策を立てている。また、日々のケアの中で早急な対策が必要な時は、事故防止のための対策を速やかに実践している。 |          |          |          |                                                                                                                            |
| 47        | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a           | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。                                            | ○        | 苦情対応マニュアルは差別化しているが、職員間では理解、適切な対応の検討が出来ていない。                                    |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。              | ○        | 寄せられた苦情には真摯な姿勢で、速やかに手順に沿い対応している。必要性によっては市町に相談、報告を行っている。                        |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。              | ○        | 苦情への対策案は速やかに検討し回答するように努めている。納得を得られるよう、真摯に話し合い、関係作りを行なっている。                     |          |          |          |                                                                                                                            |
| 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づけている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                             | ○        | 相談窓口の設置はしており、個別に意見要望を聞く機会も適宜設けている。                                             |          |          | △        | 階ユニットの事務室のガラス窓に大きく「苦情相談窓口」と掲示している。<br>しかし、利用者が伝える機会はありません。<br>運営推進会議への参加を支援してはどうか。<br>運営推進会議に参加する家族は機会があるが、その他の家族は、機会が少ない。 |
|           |                       | b           | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつづけている。(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)                         | ○        | 家族からの良い意見も苦情も気負わずに伝えられる機会を作っている。家族会など未設置の物もあり。                                 | ○        |          | △        |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。                                       | △        | 利用者、家族の相談できる公的な窓口の情報提供は出来ていない。                                                 |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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づけている。                                         | ○        | 常に現場の意見を取り入れる姿勢はとっている。職員の意見や提案等への回答もすばやく行なえるよう努力している。                          |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。                          | ○        | 一人ひとりの意見を聞く機会は常に持つようにしている。利用者本位の支援の為にどうすればよいか話そうにしている。                         |          |          | ○        |                                                                                                                            |
| 49        | サービス評価の取り組み           | a           | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                                    | ○        | 法人全体で半年に1回自己評価を行っており、職員の現状把握に努めている。                                            |          |          |          | 運営推進会議時に報告したり、玄関に置いたりしているが、モニターをしてもらい取り組みは行っていない。                                                                          |
|           |                       | b           | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。                                       | △        | 評価結果は職員へ公表しているが、学習の機会としては生かせていない。                                              |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。                         | △        | 計画は作成しているが、事業所全体での取り組みとはなっていない。                                                |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | d           | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                   | ○        | 運営推進会議の場を使い結果報告を行っている。また、議事録として参加できなかった方には送付している。                              | △        | △        | △        |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。                                              | △        | 法人全体では成果確認を行っているが、事業所内などでの確認は不十分である。                                           |          |          |          |                                                                                                                            |
| 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)                             | △        | 災害へのマニュアルは作成しているが、周知徹底しているとはいいがたい。また、原子力災害等の比較的新しい災害には対応できていない。                |          |          |          | 避難訓練は、運営推進会議と併せて行っており、会議メンバーも参加している。<br>さらに、地域との合同の訓練や話し合いを重ねながら、協力・支援体制に取り組んでほしい。                                         |
|           |                       | 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。                          | ○        | 半年に1回、避難訓練を行い安全な避難ができるように訓練を行っている。時間帯は、日勤帯と夜勤帯を想定して行なっている。                     |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | d           | 消火設備や避難経路、保管している非常食・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。                                             | △        | 消火設備等の点検はおこなっているが、不定期であり、まだまだ不十分である。                                           |          |          |          |                                                                                                                            |
|           |                       | 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。                         | △        | 地域から合同の避難訓練の提案やアドバイスを頂いているが実現できていない。                                           | △        | ○        | △        |                                                                                                                            |
|           |                       | 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) | ×        | 地域の災害対策にはほとんど参加できていない。                                                         |          |          |          |                                                                                                                            |

| 項目<br>No. | 評価項目          | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                       | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                  | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                           |
|-----------|---------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------|
| 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) | △        | 広報活動は少しずつ行なっているが、積み上げた実践力を生かしておられず、情報の発信も不十分。                              |          |          |          | 相談支援の取り組みは行っていない。<br>地域の人とかかわる機会を捉えて、相談支援にも取り組んでどうか。地域のニーズを探ってみてほしい。 |
|           |               | b           | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。                                                                           | △        | 相談支援は機会があれば行なっている程度。積極的に地域高齢者やその家族とは関わっていない。                               |          | ○        | ×        |                                                                      |
|           |               | 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)                                          | ○        | 近隣の小学校などからの依頼には応じており、毎年ラジオ体操の場を提供している。また、公民館や近隣介護施設からの依頼があれば駐車スペースを提供している。 |          |          |          |                                                                      |
|           |               | 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。                                                             | ○        | 常時ボランティアの受け入れはしている。また、近隣中学校からの職場体験の受け入れを毎年行なっている。                          |          |          |          |                                                                      |
|           |               | 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)                       | ○        | 地域イベントごとではあるが、町と連携を取れている。近隣の介護施設や教育機関などとは互いに協力し合える関係を作れるようにしている。           |          |          | ○        | 中学生の職場体験学習を受け入れている。<br>地域のグループホーム交流会に参加しており、他事業所と一緒に新人職員向けの科目を担当した。  |