

(別表第1)

## サービス評価結果表

### サービス評価項目

(評価項目の構成)

#### I. その人らしい暮らしを支える

(1) ケアマネジメント

(2) 日々の支援

(3) 生活環境づくり

(4) 健康を維持するための支援

#### II. 家族との支え合い

#### III. 地域との支え合い

#### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー  
 “愛媛県地域密着型サービス評価”

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 平成31年3月5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) 11名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 4名        |           |

#### ※事業所記入

|          |             |
|----------|-------------|
| 事業所番号    | 3873700409  |
| 事業所名     | グループホーム優瑠里  |
| (ユニット名)  | Aユニット       |
| 記入者(管理者) |             |
| 氏名       | 神野 順一       |
| 自己評価作成日  | H31年 2月 18日 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>【事業所理念】<br/>1.私たちは、入居者の「笑顔」を大切にします。<br/>2.私たちは、入居者の「心身の健康」を大切にします。<br/>3.私たちは、入居者の「生きがい」を大切にします。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】<br/>前回の現状における問題点・課題として、まず丁寧な言葉遣いに努めているが、気持ちに余裕がない時は優しい対応が欠けていたり、遠い所から利用者を選んでしまうだった。取り組んだ事はスタッフ会議で、アンガーマネジメントの勉強会を実施。自分の性格などを知った上で日々のケアに努めた。また、そういう場面があった場合はその都度、職員に伝え注意を促した。その結果、利用者に対する対応も以前と比べ、改善され良好な関係を築いている。次に看取りに関しては正しく理解する為、訪問看護の所長を講師として招き、看取りに関する勉強会を実施。また、状況下の身体状況を職員が理解・共有しての支援を行い、医師と連携を図り連絡体制等の強化に努めた。その結果、看取りに関する知識が高まり、職員の不安感が少し減った。夜間帯においても医師との連携を強化している為、職員の負担軽減に繋がった。次に地域の方との交流をもっと図るについては、現在も継続して行っているが、あまり取り組めていない現状がある。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>事業所周辺はみかん畑に囲まれ、国道から少し離れた住宅街に位置している。西日本豪雨災害で事業所も床上浸水など被害を受け、事業所内は改修中であったが、職員が一丸となり、利用者が笑顔を絶やさない毎日が送れるよう支援している。職員は尊厳等の研修や勉強会を行い、利用者一人ひとりを尊重した声かけを徹底するなど、利用者が居心地よく生活できるよう配慮したケアに努めている。</p> |
|---|---|---|

## 評価結果表

| 項目No.            | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------|--|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。   | ○    | 利用者に声をかけて希望や思いを聞いたり、本人の表情や行動から思いを汲み取っている。                          | ◎    | /    | ○    | 日々の関わりを大切にしながら、利用者一人ひとりの思い・意向等を言葉や表情から判断し把握に努め、経過記録に残している。            |
|                  |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | △    | 本人視点での検討はあるが、全部そういう視点で行っているかは少し疑問な所がある。                            | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。                                      | △    | 何かあった場合は報告・連絡を行っているが、普段からはあまり話し合いは出来ていない。                          | /    | /    | /    |   |
|                  |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 本人の訴えがあつたりすると介護記録に記入し、ミーティングやカンファレンスを実施して共有を図っている。                 | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。   | △    | 家族の話や生活歴等の把握は努めているが、もっと本人の思いを傾聴し把握に努める必要がある。                       | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ○    | コミュニケーションを図る際、馴染みの暮らしや住んでいた所など本人や家族から聞いてコミュニケーションを図り、安心できるよう努めている。 | /    | /    | ○    | 入居時に担当の介護支援専門員や病院等から情報を提供してもらっている。入居時には家族等からも馴染みの生活やこだわりなどを聞くようにしている。 |
|                  |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | バイタルチェックは毎日実施し、心身の状態を把握している。また、出来る事をお願いして何が出来るかの把握に努めている。          | /    | /    | /    |   |
|                  |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | △    | 不安や不安定になった時、時々なにが原因か分からない時がある。                                     | /    | /    | /    |   |
|                  |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | △    | 身体面では訴えや日々の観察にて把握しやすいが、精神面では時々分からない時がある。また、そうなった場合職員の対応も不十分な時がある。  | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。                                     | △    | 一日の過ごし方、リズムはほぼ変わらないサイクルだが日々の少し変化については見落とす時がある。                     | /    | /    | /    |   |
| 3                | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 本人の思いや家族の要望、職員の気付きを検討し、本人視点で考えている。                                 | /    | /    | ○    | アセスメントシートを基に、家族や職員等を交え、利用者が何を求めているのか、利用者一人ひとりの視点で検討している。              |
|                  |  | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。   | ○    | カンファレンス等を実施し、より良く暮らす為の検討をしている。                                     | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。   | ○    | 担当職員が毎月モニタリングを実施し、課題を見つけユニット間で情報を共有している。                           | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目                     | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 4     | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ○    | 介護計画を立てる前は本人様の意向を聞いたりして介護計画に反映させている。                                 | /    | /    | /    | 利用者の視点で検討した課題を職員で話し合い、職員や家族からの意見等を反映し介護計画を作成している。   |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ○    | 定期的にケアカンファレンスや評価を実施し、本人本位の介護計画が作成できるよう努めている。                         | ◎    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。                            | ○    | 重度の利用者に対しても何が出来るかを見極め、出来る事をして頂くよう努めている。                              | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                                 | △    | 家族や地域の方にもっと協力を要請したい所だが、その方々の事情も考慮するあまり盛り込まれていない。                     | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 職員間で共有出来ている部分もあるが、現状出来ていない部分もある。                                     | /    | /    | △    | 職員は介護計画の内容を把握するよう努めているが、一部の職員が把握せずに業務にあたっているため、全員が把握して業務を行うよう取り組んで欲しい。介護計画に沿った実践が行えているかどうか確認しやすいよう、アルファベットで評価することによって分かりやすく確認できるよう工夫している。利用者個々の言葉や表情など暮らしの様子が分かるよう記録されている。利用者一人ひとりに対する職員の気づき等が個別に記録されている。 |
|       |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | △    | 記録の方は介護計画に基づき、実施・記録しているがまだまだ不十分な点があり今後の課題として日々の支援に繋げていきたい。           | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。          | ○    | 申し送り、ショートミーティング等で情報を共有して把握に努め、記録に活かしている。                             | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | d   | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。                                    | ○    | 職員の気づきやアイデア等を取り入れ介護計画に反映し、記録している。                                    | /    | /    | ○    |   |
| 6     | 現状に即した介護計画の見直し           | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。  | ◎    | 本人がより良く暮らす為、モニタリングを実施し見直しを図っている。                                     | /    | /    | ◎    | 介護計画は6か月毎に見直している。毎月のスタッフ会議でサービス提供状況評価表に基づき、利用者の現状確認を行っている。体調不良など状況変化時は見直し、職員間で情報共有を行っているが、現状に即した介護計画の作成にまでは至っていないため、今後の取組みに期待したい。   |
|       |                          | 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。  | △    | 明らかな変化があった場合は確認しているが、見直し期間まではほとんど変わっていない。                            | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | c   | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。       | △    | 状態の変化等生じた場合は見直しを図っているが、少々の変化については検討し、計画を新たに作成するか判断している。              | /    | /    | △    |   |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | ○    | スタッフ会議やケアカンファレンスを通じて課題を提示し、課題解決に向け話し合いをしている。                         | /    | /    | ○    | 2か月毎にモニタリングを兼ねケアカンファレンスを行い細かく検討するほか、緊急案件がある場合は、管理者を中心にその都度話し合うようにしている。会議に参加できなかった職員には、会議録等を回覧し確認するほか、口頭でも伝えるようにしている。  |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | ◎    | 会議参加者が全員発言してもらい仕組みを取っている。また、ユニット会議では利用者一人一人に担当者をつけ担当者中心となり意見交換をしている。 | /    | /    | /    |   |
|       |                          | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                        | ○    | スタッフ会議は午後7時から開催している。よって出来る限り多くの参加可能な仕組みになっている。                       | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | △    | スタッフ会議議事録を通じて内容の把握に努めているもの、紙面でしか伝わっていない部分がある。                        | /    | /    | ○    |   |
| 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。                               | ○    | 日中勤務者はユニット間で朝礼を実施している。夜勤者に関しては日勤者が伝えている。                             | /    | /    | ○    | 毎日の朝礼で申し送り簿や業務日誌等により申し送りをを行い、情報を共有するよう努めている。  |
|       |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)    | △    | 重要な情報は全ての職員に伝えているものの、それを理解して全員が実行しているかは改善の余地がある。                     | ○    | /    | /    |   |

| 項目No.     | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-----------|-------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| (2) 日々の支援 |                         |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にされた支援 | 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。   | ○    | 日常生活においてご本人に相談したり、希望も聞き出来る限り実行するようにしている。   | /    | /    | /    | 飲み物の冷・温や種類の選択は、利用者に意思確認し選んでもらうようにしている。利用者が手伝い等をした後には、「ありがとう」と職員が感謝の意を伝えたり、手作業を行っている利用者を職員が褒めたりするなど、利用者が笑顔で生き生きとした表情になるよう配慮した支援に努めている。                       |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ○    | 利用者に声掛けをする際に、問いかけるような声掛けを行い、自己決定を促している。  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 意思疎通が可能な方には思いや希望を傾聴している。また、何が出来るかを見極めそれに沿った支援をしている。                                  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にされた支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)   | ○    | 利用者一人一人の力を把握し、その日の体調や気分に合わせて、その人のペースに合わせた生活を送って貰えるよう努めている。                           | /    | /    | /    |   |
|           |                         | e   | 利用者の生き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。  | ◎    | 喜びや楽しみを職員も共感できるよう笑顔で対応している。  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。   | ○    | 声掛けを中心に言い、表情や反応から思いを汲み取るよう努めている。   | /    | /    | /    |   |
| 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された言葉がけや態度等について、常に意識して行動している。   | ○    | 利用者を尊重し同じ目線で声掛けをするよう努めている。   | ◎    | ◎    | ○    | 職員は利用者を尊重し、同じ目線で対応するよう努めている。トイレ誘導等の際は、人目に触れないようさりげない声かけで対応するなど徹底している。利用者が居室にいる場合は、声かけしてから入室するようにしているが、掃除や洗濯物の整理等で居室に入る際は、無意識に入っている時があるため、今後は常時徹底するよう努めて欲しい。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。  | ○    | 人前でなくても敬意を払い、近くに行きあまり周りに聞こえない声のトーンで声掛けを行っている。  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮ながら介助を行っている。   | ○    | 排泄や入浴時は必ず扉をきちんと閉めるよう配慮している。  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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。   | △    | 利用者が居室に居る場合は、声掛け後入室しているが、利用者が居ない場合の入室では、本人に確認を取って入室するのがまだ不十分な所がある。                   | /    | /    | △    |   |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ○    | プライバシーや個人情報に関しては、定期的に職員に周知して保護や漏洩防止に努めている。   | /    | /    | /    |   |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けっ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。  | ◎    | 年長者として、利用者から学ぶべき点は多々ある為、信頼関係を構築し、時には助けてもらうように日々努めている。                                | /    | /    | /    | こだわりの強い利用者が、他の利用者と意見が違う時などに、トラブルにならないよう職員がいち早く気付き仲介する等、配慮している。利用者全員が参加できるようなレクリエーションを企画・実施するなど、利用者が孤立しないよう工夫している。   |
|           |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。   | ◎    | 出来ることはしてもらい、出来ないことを補うよう支援している。   | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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)。 | ◎    | レクリエーションでは皆さんが参加できるような事も取り入れ孤立しないようにしている。仲の良い利用者同士は職員が仲立ちし、積極的にコミュニケーションを図れるようにしている。 | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。  | ○    | トラブルが起きた場合、職員がすぐに介入し解消に努めている。  | /    | /    | /    |   |

| 項目No. | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | △    | ある程度は把握しているが、把握しきれていない部分もある。                                  | /    | /    | /    |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 会話の中で馴染みの場所を用いて会話する部分がある。分からなければその方に聞いたり、基本情報など読み返して把握に努めている。 | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | △    | 馴染みの場所へ出掛ける事もあるが、現状あまり実行出来ていない事がある。                           | /    | /    | /    |  |
|       |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    | 家族、友人等来所された時、いつでも気軽に訪問してもらうよう周知している。                          | /    | /    | /    |  |
| 13    | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △    | 行事の参加や散歩など戸外へ出掛ける環境はあるものの積極的に取り組んでいるかは現状あまり出来ていない。            | ○    | ○    | △    | 庭先に出たり散歩等に行ったりしているが、利用者が外出したい時に対応できないなど希望に沿えないこともあるため、重度の利用者も含め、利用者が外出したい時に外の空気を吸い気分転換が図れるよう、臨機応変な支援に努めて欲しい。 |
|       |                   | 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。  | ×    | 外出支援に関してはあまり協力を得られていない。                                       | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。   | ×    | 行事で戸外に行くことはあるがあまり実行出来ていない。                                    | /    | /    | △    |  |
|       |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | △    | 家族と出掛ける方もいるが、希望に添え行きたい場所への支援は現状あまり出来ていない。                     | /    | /    | /    |  |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 認知症に関する事は、スタッフ会議の中で行う勉強会や研修などを通じて理解を深めている。                    | /    | /    | /    | 日常生活の中で野菜を切ることや食卓を拭くなどの役割を担ってもらうほか、食事介助なく食事をとるなど自分でできることやできそうなことはしてもらっており、職員は見守りながら支援に努めている。                 |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                | ○    | 日々のケアで、身体面の機能低下の事を理解し、医師・看護師・職員ともに連携を図り、維持・向上が図れるよう努めている。     | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)   | ○    | 事前に得意な事や好きな事を把握し、出来る事、出来るような事をお願いしてもらい、分からなければお手伝いしている。       | ○    | /    | ○    |  |
| 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。   | ○    | 楽しみや役割を見つけ、日々業務にあたっている。                                       | /    | /    | /    | 洗濯物たたみや調理の手伝いなど、利用者自身が希望し楽しみながら行っていることが多く、人参を切ることやもやし根とりなど、利用者それぞれ役割や出番があり、取り組んでもらっている。                      |
|       |                   | b   | 認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、日常的に、一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。  | ○    | 楽しみや役割はその人それぞれ異なっていて、それを把握し、それに沿った取り組みを出来る範囲で行っている。           | ○    | ○    | ○    |  |
|       |                   | 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。  | ◎    | 行事に積極的に参加し、地域の方とのふれあいを支援している。                                 | /    | /    | /    |  |

| 項目No. | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 16    | 身だしなみやおしゃれの支援   | a   | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。   | ○    | 個性を大切にし、身だしなみを整える支援を行っている。   | /    | /    | /    | 職員は利用者の髪型や服装に乱れがないよう、整容には常に気をつけており、整容に乱れ等がある場合は、さりげなくカバーするよう努めている。重度の利用者も訪問理容等を利用し髪を整え、家族が選んだ好みの衣服を着るなど、その人らしさが保てるよう支援している。   |
|       |   | 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に整えられるように支援している。  | ○    | 定期的に訪問美容を利用してもらっている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 自己決定がしにくい方に関しては、家族などの意見も取り入れている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ◎    | 外出の際はおしゃれ着等把握し、それを進めてみる時もある。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                       | ○    | 出来る限り周りに気づかれないよう配慮している。  | ○    | ○    | ○    |   |
|       |   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ×    | 現状あまり行けていない。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | 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。  | ○    | 家族等にも協力してもらい把握しながら支援している。  | /    | /    | ○    |   |
| 17    | 食事を楽しむことのできる支援  | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。   | ○    | 食事の大切さを十分理解した上で提供している。   | /    | /    | /    | 調理の下ごしらえや後片付け、買い物などは、利用者と一緒にしている。季節を感じる献立や特別な行事食など、利用者からのリクエストを聞き調理しており、すしなど人気のあるメニューが提供されている。茶碗や湯飲みなどは、利用者の使い勝手のいいものを使用している。職員は利用者と一緒に食卓を囲み、食事介助しながら楽しそうに食事をしている。重度の利用者も、調理中の匂いや音を感じてもらえるよう居室のドアを開けているほか、会話などで食に対する興味を持ってもらうよう配慮している。献立の栄養バランスについては、市保健センターの栄養士にアドバイスをもらうほか、職員間でも話し合う機会を持つよう努めている。 |
|       |   | b   | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。   | ○    | 買い物、調理、後片付け等は利用者とともにする部分があるが、献立・食材選びは職員が行っている。   | /    | /    | ○    |   |
|       |   | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。   | ○    | 出来る方に関しては、積極的にお願いしている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | d   | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。  | ○    | ミーティングやケアカンファレンス等を通じて把握に努めている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                      | ○    | 苦手なものやアレルギー等は、季節感や旬の食材を取り入れ代替献立を実行している。  | /    | /    | ○    |   |
|       |   | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしいよ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、いろどりや器の工夫等) | △    | 健康状態を考慮しながら調理方法を変えたり、時には医師・看護師に相談し提供している。一方でまだ不十分な点もある。  | /    | /    | /    |   |
|       |   | g   | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。   | ○    | その人に合った物を使用している。   | /    | /    | ○    |   |
|       |   | 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。                  | △    | 職員も利用者も同じ食卓で会話をしながら食べたりしているが、さりげないサポートはあまり出ていない。   | /    | /    | ◎    |   |
|       |   | 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。                              | ○    | 声掛けや会話の中で、献立を伝えるなど行っている。   | ○    | /    | ○    |   |
|       |   | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                     | △    | ある程度の確保は出来ているが、一人一人正確に実施出来ているかは、改善の余地がある。  | /    | /    | /    |   |
|       |   | 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。                          | ○    | 食事が少なく、食べれない時などは栄養補助飲料などを摂取してもらう時がある。水分に関しては、1回に飲む量を減らし数回に分けたり、おやつなどを利用し、水分の多いおやつなどを提供し工夫している。 | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ○   | 季節毎の献立は、保健センター栄養士に確認・アドバイスの元作成している。   | /    | /  | ○    |      |      |   |
| m     | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。                | ○   | 食材はその日のメニューで使い切るよう努めている。また、調理器具は漂白剤等を使用し消毒を行っている。   | /    | /  | /    |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ○    | 口腔ケアの重要性は常に周知し、日々のケアに努めている。                              | /    | /    | /    | 口腔内の状況を把握できていない利用者もいるため、職員全員で利用者一人ひとりの口腔内の健康状況を把握し、清潔が保てるよう口腔ケアに努めて欲しい。                |
|       |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。  | △    | 毎日のケアの中で、一人一口腔内の状況を常に観察し、把握に努めているが、把握しきれていない部分もある。       | /    | /    | △    |  |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。  | ×    | 勉強会の中で口腔ケアについて学ぶ事はあるが、歯科医等から学ぶというのは少ない。                  | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 義歯の手入れは、清潔かつ丁寧にできるよう職員には指導している。                          | /    | /    | /    |  |
|       |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                           | ○    | 口腔ケアも出来る所は自立にてしてもらい、出来ない所を手伝うようにしている。                    | /    | /    | △    |  |
|       |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。  | △    | 義歯の不具合等が生じた場合には、速やかに歯科受診を行っているが、本人の訴えがないとあまり行っていない。      | /    | /    | /    |  |
| 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。                       | ○    | 排泄に関して、極カトイレでの排泄を促し声掛け・誘導をしている。よって自立での排泄に繋げている。          | /    | /    | /    | 基本的に排泄はトイレで行うようにしている。利用者の状況について職員間で話し合い、利用者の意向を確認しながら排泄用品を決定するなど、利用者個々の状態に応じた支援に努めている。 |
|       |                | 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。   | △    | 便秘により、不穏の状態になりやすいことは理解しているが、全部把握できていない部分もある。             | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)  | ○    | 本人の排泄のパターンを把握し、量や間隔が乱れたらすぐに対応策を取っている。                    | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々状態にあった支援を行っている。                            | ○    | ケアカンファレンス等を通じて常に見直し、本人の視点でのケアに努めている。                     | ◎    | /    | ○    |  |
|       |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。   | ○    | 排泄に対し、職員のちょっとした気づきや改善点を見つけ職員間で情報を共有し、改善に向け取り組んでいる。       | /    | /    | /    |  |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ○    | 尿意や便意の有無に関わらず、本人の羞恥心に配慮しながらある程度排泄の間隔が空いた場合、トイレの声掛けをしている。 | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。 | △    | おむつ等に関しては職員がその人に合った物を選んでいるが、本人や家族と話し合い支援しているまでは至っていない。   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)を適時使い分けしている。  | ○    | 基本的にはほぼ変わらないが、その日の状態で使い分けしている部分はある。                      | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)   | △    | 食物繊維を摂ってもらったり、体操なども取り入れてはいるが、毎日出来ていない現状がある。              | /    | /    | /    |  |
| 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)。                                       | △    | 希望や習慣に沿って入浴は現状出来ていないが、清潔保持の為、週2~3回を目標に入浴してもらえよう努めている。    | ◎    | /    | △    | 利用者の希望に対応するよう努めてはいるが、業務の関係で職員が不足している場合は、希望時間帯の入浴などに応じることができないため、臨機応変な対応にも取り組んで欲しい。     |
|       |                | 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。  | ○    | 体調も考慮しながら極力ゆったり入浴してもらっている。                               | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 自立を促し、出来ない所をサポートしている。                                    | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | まず入りたくない原因を探り、それに応じた声掛けや誘導を行っている。拒否が強い場合は無理に進めない。        | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 入浴前はバイタル測定及び検温、状態観察や声掛け等で見極め、入浴後もバイタル測定を行い状態の把握に努めている。   | /    | /    | /    |  |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | ほぼ毎日同じサイクルで就寝・起床をしているので把握している。                           | /    | /    | /    | 夜間の良眠につなげるため、利用者には日中活動を増やしてもらうよう工夫しており、安易に薬剤に頼らないよう支援している。            |
|       |                | b   | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。                         | ○    | 眠れない原因は様々で、原因を模索し解決に向け取り組んでいる。例えば便秘で不眠なら、それを解消する運動をするなど。 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。    | ○    | 基本は日中の活動を積極的に取り組むなど、夜間の睡眠につながるよう努めている。                   | /    | /    | ○    |   |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | ○    | 傾眠等見受けられた場合は、声掛け行い状態を見て休息してもらうようにしている。                   | /    | /    | /    |   |
| 22    | 電話や手紙の支援       | a   | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | △    | 積極的にはあまり出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                     | △    | 積極的にはあまり出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | △    | 本人の希望があればしてもらうがこちらから促すことはあまり出来ていない。                      | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人にすぐに渡し読んでもらっている。また、発語等ない方などは職員が代読して伝えている。              | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                             | △    | 本人が電話をかける事について理解、協力をしてもらう方もいるが、現状出来ていない方もいる。             | /    | /    | /    |   |
| 23    | お金の所持や使うことの支援  | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。  | △    | 本人がお金を所持している人が少ない為、大切さは理解しているが使う機会があまりない。                | /    | /    | /    |   |
|       |                | b   | 必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。   | △    | 積極的に行く人と行けていない人がいる。                                      | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                      | ○    | 買い物をする際はほとんどが近隣のスーパーやホームセンターなど利用している為、理解、協力を得られている。      | /    | /    | /    |   |
|       |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | △    | 欲しいものがあれば、使えるように支援しているが所持は現在の所してもらっていない。                 | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | お金の管理については社労士事務所にて管理している。家族にもその旨を周知している。                 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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)。         | ○    | 基本現金は預かっていない。使ったものに関しては、家族の同意を得て利用料等と一緒に請求している。          | /    | /    | /    |   |
| 24    | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、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。                             | ○    | 本人や家族のニーズに耳を傾け、出来る限りそれに対応出来るよう取り組んでいる。                   | ◎    | /    | ◎    | 自宅のバイクが気になる利用者の要望に応じ、家族の協力を得て、事業所までバイクを持って来るなど、多様なニーズに対して柔軟な支援に努めている。 |



| 項目No.      | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| (3)生活環境づくり |                   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 25         | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | ○    | 日中は施錠せず、いつでも気軽に入出入りが出来るようになっている。  | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関周りには菜園や桜の木があるほか、庭先でも休めるよう椅子を設置するなど、訪問者に配慮した雰囲気になっている。   |
| 26         | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものが置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設えになっていないか等。) | ○    | 台所や食堂、浴室は家庭的な雰囲気になっている為、使いやすいようにしている。また、居室は馴染みの物があったり、殺風景にならないようにしつつ、安全にも考慮している。玄関、トイレ、廊下は安心して使用できるようにしている。 | ◎    | ○    | ○    | リビングや居室は使い慣れた椅子・テーブルがあるなど家庭的な雰囲気、心地よく過ごせるようになっている。職員が毎日早出で清掃を行うなど、清潔感が感じられる。リビング中央のテーブルには、季節の花が中央に飾られており、季節感が感じられるようになっている。 |
|            |                   | b   | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。   | ○    | 毎日早出・遅出が清掃を行い、清潔を保持している。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | c   | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。   | ○    | 皆さん花が好きなので、季節を感じる花を飾ったり、壁に季節が分かるように絵や写真を飾っている。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。  | ○    | 十分に配慮し、落ち着いて過ごせる空間を提供している。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。   | ○    | トイレは見えないように扉をきちんと閉めるようにし、浴室はすりガラスになっており中が見えないようになっている。  | /    | /    | /    |   |
| 27         | 居心地良く過ごせる居室の配慮    |     | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ○    | 生活歴や話から、使い慣れた物や好みの物を置いたりして居心地良く過ごしてもらっている。  | ◎    | /    | ○    | 居室には家族写真など大切なものや使い慣れた家具などが置かれ、居心地よく過ごせるようになっている。  |
| 28         | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。  | ○    | 各居室には表札があり、自分の居室が分かるようになっている。歩くスペースは常に物が落ちていないか、邪魔になるものはないか気にしながら配慮している。                                    | /    | /    | ◎    | トイレや浴室には「空いています。」の札をかけ、利用者に分かりやすくしている。トイレには足台を設置し、安全に排泄の姿勢を維持できるよう工夫され、自立した生活が送れるよう配慮している。                                  |
|            |                   | b   | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。   | ○    | 利用者が不安に感じる物などがあつたりすれば、すぐに撤去するなどの措置を取っている。   | /    | /    | /    |   |
|            |                   | 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)   | △    | 安全面も考慮し、いつでも手に取れる物と手に取れない物を分けている。   | /    | /    | /    |   |
| 29         | 鍵をかけないケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                 | ○    | 夜間帯は防犯の為、施錠しているが日中は施錠することなく過ごし、いつでも外に出入り出来る状況にある。   | ◎    | ◎    | ○    | 職員は鍵をかけることの弊害を理解し、日中玄関等は自由に出入りできるようになっている。  |
|            |                   | 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。  | ○    | 契約時等に家族には説明を行い、理解を得ている。   | /    | /    | /    |   |
|            |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ○    | 玄関に行くとセンサーが鳴り、外へ行く時は気付くようになっている。また、外へ出たい時は無理に引き止めず、一緒に散歩など行っている。  | /    | /    | /    |   |

| 項目No.            | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 情報をファイリングし、全スタッフが確認した上で介助を行っている。また、分からない時はその都度確認している。                      | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                                    | ○    | 毎朝バイタル測定を行い、少しでも普段と様子が違う場合、バイタルを測定し数値と状態、言葉等を必ず記録している。                     | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                                 | ○    | 週一回の訪問看護と月二回の訪診時に前回からの様子等変化があれば、相談し指示、アドバイスもらっている。                         | /    | /    | /    |                            |
| 31               | かかりつけ医等の受診支援     | a   | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。   | ◎    | 情報をファイルにまとめており、スタッフ全員確認した上で受診している。   | ◎    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ◎    | 家族の希望を聞いた上で、主治医に伝えている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 受診後、家族に電話をし、報告している。  | /    | /    | /    |                            |
| 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。  | ◎    | 入院の際には個人ファイルを持参し、伝えている。  | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 受診した際などに、入院した方の現在の情報等を聞くよう努めている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ◎    | 訪診などの際、密に連携をとっている。   | /    | /    | /    |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ◎    | 週一回の訪問看護の看護師に相談している。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ◎    | 主治医に夜間連絡先を聞いている。何かあればすぐに来てもらえる体制を取っている。                                    | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                     | ○    | 全スタッフで入居者様の状態を把握し、それを職員間で共有し、すぐに受診できる様に努めている。                              | /    | /    | /    |                            |
| 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。   | ○    | 必ず処方箋を確認し、何の薬なのか、また注意点についても確認し、対応している。                                     | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 誤薬防止の為、朝昼夕で色分けを行い、飲み忘れがないか必ず2名で確認を行っている。                                   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 食事量や排泄に関しては、一人一人記録にまとめ変化があればすぐに分かるようにしている。また少しの変化でも記録に残し、必要時かかりつけ医に相談している。 | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 面会時等家族に本人の状態等は伝えている。また週一回の訪問看護、月二回の提携医の訪診時に伝えている。                          | /    | /    | /    |                            |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目        | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                    |
|-------|-------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 35    | 重度化や終末期への支援 | a   | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                        | ○    | 面会時等に家族と情報を共有し、家族との話し合いを行い、意向確認をしている。                     | /    | /    | /    | 終末期のあり方等について、医師や家族、職員等関係者で方針を話し合い共有するよう努めている。 |
|       |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                 | ○    | かかりつけ医等から得た情報を家族はもちろんのこと、職員間でも話し合いをその都度行っている。             | ○    | /    | ○    |   |
|       |             | c   | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。                                     | ○    | 現状でできる支援が出来るように、職員間で情報を共有しあっている。また、不安などあれば職員の思いを聞き対応している。 | /    | /    | /    |   |
|       |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 面会時等に家族に十分な説明を行い、実施している。                                  | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。 | ○    | 家族やかかりつけ医とは常に連携を取っており、万が一に備え準備を行っている。                     | /    | /    | /    |   |
|       |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ○    | どういった支援を行うか家族と話をして、家族の事情の考慮や精神面で不安に出来るだけならないよう配慮している。     | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 施設内で定期的に勉強会を開いている。主治医の指示に従い、予防接種を行っている。                   | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                     | △    | 定期的に勉強会を開いているが、実際に訓練としてあまり行えていない部分もある。                    | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                          | ○    | 主治医、行政等から発生状況を聞いている。                                      | /    | /    | /    |   |
|       |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 外出時のマスク着用、帰居時の手洗いや手指消毒を行っている。                             | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。   | ○    | 出勤後や外出後は、必ず手洗い・手指消毒を行っており、来訪者に対しても手指消毒をお願いしている。           | /    | /    | /    |   |

| 項目No.               | 評価項目                       | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>家族との関係づくりと支援 | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。  | ◎    | 家族の面会の際など、近況報告やアルバムを見て利用者の要素を確認している。                                       | /    | /    | /    | 夕涼み会と運動会の事業所の2大イベントには家族にも参加してもらえるよう案内しており、家族の参加率は高くなっている。ゆるりん便りで利用者の日常生活を写真などを掲載し伝えている。便りや電話、面会時に事業所の運営上の事柄や出来事を報告しているが、職員異動までは報告していないため、今後は職員の人事関係も報告するよう努めて欲しい。面会時に家族が話しやすいよう職員が声かけに努め、利用者の日頃の様子を伝えたり、家族からの要望等を把握したりするようにしている。 |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ◎    | 面会の際、柔らかい表情で挨拶を行い、お茶等も状況を見て勧めている。  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 月行事で家族参加しているものを案内文書を出して出欠を取り、面会時、一緒に散歩や外出してもらい家族もいる。                       | ◎    | /    | ○    |  |
|                     |                            | 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) | ◎    | ゆるりん(ホーム便り)を月一回家族に送付し、利用者の写真や文書を読んでもらい、ホームでの生活や出来事、日常の様子などを知らせている。         | ○    | /    | ○    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | △    | 知りたい事や不安に感じている事があれば相談を受けるが、こちらから打診する事はあまり出ていない。                            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)             | ○    | 個人情報を確認。利用者のこれまでの生活歴を元に、今の状態を家族に伝え、対応方法を説明している。                            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | ◎    | 面会時などにお知らせする必要がある事は、文書も準備し、理解や協力を得よう努めている。また、中々面会に来れない方に関しては電話で伝えている。      | x    | /    | △    |  |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ◎    | ふれあい集会、夕涼み会、運営推進会議等の中で交流が図られている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。   | ○    | 利用者からの要望があった場合は家族に報告。家族の希望も伺い、医師にも相談している。                                  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 家族の方から、最近の様子を気軽に聞かれる事があったり、スタッフ側も伝えるようにしている。                               | /    | /    | ○    |  |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約時に具体的な説明を行い、理解、納得してもらうよう努めている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。                | ○    | 契約時に具体的な説明を行い、万が一退居になるような事が起こった場合も、退居前に十分な説明と理解を得られるよう努めている。               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ◎    | 契約時及び料金改定時には、具体的に直接か電話にて説明し、料金の内訳も文書で示し同意を得ている。また、家族全員納得の上で同意書に署名・捺印を得ている。 | /    | /    | /    |  |

| 項目No.      | 評価項目  | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------|---|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| Ⅲ.地域との支え合い |   |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 39         | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域:事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。  | ◎    | 地域の人に対しては、行事や運営推進会議等で説明、理解を得ている。  | /    | ◎    | /    | 散歩に出かけた際には近隣の方とあいさつを交わし、地域で開催される敬老会に参加している。事業所で行う夕涼み会を年1回実施しているが、地域住民の参加がないのが現状である。今後は地域住民にも参加してもらえるよう地域イベントでの交流などを通して、日頃から関係を深められるような取組みが望まれる。 |
|            |   | b   | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)     | △    | 地域活動への参加については現状あまり行えていない。   | /    | ○    | △    |   |
|            |   | 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。   | ○    | 増えているとは言えないが、支援してくれている方はいる。   | /    | /    | /    |   |
|            |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 行事の時は来られるが、普段は少ない。  | /    | /    | /    |   |
|            |   | 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。  | ×    | 以前はあったが、ごくたまにしかない。  | /    | /    | /    |   |
|            |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                    | △    | ボランティアには行事等の声掛けをするが、近隣の方はあまり出来ていない。   | /    | /    | /    |   |
|            |   | 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。  | ×    | 傾聴ボランティアや認知症カフェや交流サロンなど様々な地域資源があるが存在を把握出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|            |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取組みを行っている(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)。 | △    | 学校などは学生が来所して交流を深めたり、消防は避難訓練等を通じて交流がある為、協力や理解を日頃から得られている。近くのスーパーは食材をお願いしている事もあり、理解を得ている。 | /    | /    | /    |   |
| 40         | 運営推進会議を活かした取組み  | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。   | △    | 地域の方は比較的参加してもらっているが、利用者・家族についてはあまり参加をしてもらえていない現状がある。                                    | ○    | /    | △    | 運営推進会議に利用者が参加していないため、利用者が参加できるよう工夫することを期待したい。会議では、外部評価等の結果報告はしている。会議で出された意見等について、職員間で話し合うほか、意見等を反映し取組んだことは報告し運営に活かせるよう努めている。                    |
|            |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取組み状況等)について報告している。                                       | ◎    | 運営推進会議にて議題で取り上げ、自己評価・外部評価の内容は報告している。また、利用者の状態・取組みなどその都度報告している。                          | /    | /    | ○    |   |
|            |   | 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組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | ○    | 会議内容についてはスタッフ会議にて報告し、日々の取組みやサービス向上に活かしている。  | /    | ○    | ○    |   |
|            |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。  | △    | 参加メンバーはほぼ固定ではあるが、積極的に家族の参加を要請しているものの現状は、あまり参加してもらえていない。                                 | /    | ○    | /    |   |
|            |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。   | ◎    | ホームページ等で公表している。   | /    | /    | /    |   |

| 項目No.                      | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|----------------------------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ◎    | 仕事をする上で目標を持ち、目的を明確にし、理念である「笑顔」「心身の健康」「生きがい」を常に掲げて、利用者の日々の暮らしを支援している。                                     | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | ○    | いつでも見える位置に掲示している。  | ○    | ○    | /    |   |
| 42                         | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。   | △    | 介護福祉士試験等の資格取得の為に研修参加費の一部助成がある。それ以外の研修等については積極的に参加するよう周知しているもののあまり参加できていない。                               | /    | /    | /    | 代表者はスタッフ会議に参加するなど、管理者や職員のことをよく理解し、希望休が取得できるよう配慮したりストレスチェックを行ったりして、職員のストレス軽減等に努め、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | △    | OJTについては取り組んでいるが、細かい指導や学習についてはまだまだ改善すべき点がある。   | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。                              | ◎    | 勤務3年以上の職員には特別手当や退職金共済への加入制度がある他、各資格手当の支給がある。また、経営者がスタッフ会議にて経営報告や各手当等の説明を行っている。経営者が定期的に顔を出し職員の意見を直接聞いている。 | /    | /    | /    |   |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ○    | 認知症実践者研修への参加、市や南予グループホーム連絡協議会主催の研修会や勉強会に参加し交流を図っている。   | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ◎    | 代表者は定期的に顔を出し、職員の思いや意見を直接聞き、対応している。   | ○    | ○    | ◎    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ○    | 研修や勉強会があれば参加している。スタッフ会議の議題で取り上げ、具体的な事を学んでいる。   | /    | /    | /    | 職員は虐待等にかかる勉強会等に参加し、不適切なケアを発見した場合の対応方法や手順等を理解し共有している。  |
|                            |   | 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。  | ○    | 会議の中で提示したり、その日のうちに話し合いをしたりしている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。                                    | ○    | 虐待や不適切ケアがないよう普段から意識し、職員が互いに注意を払うよう促している。対応手順等に関しては、定期的に確認している。   | /    | /    | ○    |   |
|                            |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | 職員の普段の様子や状態を把握するよう努めている。また、勤務シフトが偏っていないかなど点検している。  | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 身体拘束廃止に関する指針に基づき、職員には説明・理解を得ている。また、施設内研修にて年2回、教育、研修の実施を行っている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 身体拘束に当たる行為を十分に理解し、利用者の状態、状況に照らし合わせ、その都度話し合い協議、検討を重ねている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ○    | 身体拘束に関する資料を用意しており、家族にも見てもらい、その上でどのようなリスクがあるのか、説明対応している。  | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目                  | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 45    | 権利擁護に関する制度の活用         | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。                  | ○    | 制度については利用している方がおり、制度を理解している。また、スタッフ会議にて学び、理解を深めている。         | /    | /    | /    |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。       | △    | 要望があれば相談等を行っているが、こちらから積極的に提供したりする事はあまり出来ていない。               | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。  | ○    | 支援が必要な利用者が制度を利用する場合、専門機関等に連携を図り、円滑に行えるようにしている。              | /    | /    | /    |   |
| 46    | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                  | △    | 勉強会を通じ、対応については周知しているが、対応マニュアルとして確立している物は不十分である。             | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。                                   | △    | 看護師等と連携を図り、実践力を身に付けてはいるが、定期的に行えていない。                        | /    | /    | /    |   |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。     | ○    | スタッフ会議にて事故事例、事故報告、ヒヤリハットを用いて職員全員で共有し、再発防止に努めている。            | /    | /    | /    |   |
|       |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。                            | ○    | ちょっとした事でもヒヤリハットを作成し、リスクや危険について検討を行い事故防止に努めている。              | /    | /    | /    |   |
| 47    | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。                               | ○    | マニュアル作成はないが、苦情、相談、処理等を準備。必要時、使用出来る様になっている。                  | /    | /    | /    |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ◎    | 苦情相談ないよう記録表の項目に沿って出来事を記入し、スタッフ会議でも報告。必要時はユニット会議で話し合いも行っている。 | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。 | ◎    | 出向ける所ならスタッフが出向き、お詫びの他、対策案等を伝え、納得して頂ける様、話し合いも行っている。          | /    | /    | /    |   |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ○    | 月に一回外部から相談員が来所している。個別で聞き取りも行っている。                           | /    | /    | ○    | 利用者からは個別に意見等を聞いたり、介護相談員等に話を聞いてもらう機会をつくっており、相談員が聞いた内容はノートに記録し、職員にも回覧し共有している。家族からは面会時に個別に要望等を聞くようにしている。管理者は会議等で職員の意見や提案等を聞いているが、運営に反映させるまでは至っていないため、職員から個別に聞く機会を設けることが望まれる。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | △    | 運営推進会議や個別に聞く事は行っているが、定期的には現在の所行えていない。                       | ○    | /    | ○    |   |
|       |                       | 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。                          | △    | 契約時には重要事項説明書にて説明しているが、あまり情報提供を適宜に行えていない。                    | /    | /    | /    |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ◎    | 定期的に現場を訪れ、職員の要望や意見・提案等を直接聞き、対応している。                         | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。             | △    | 会議等での意見や提案を聴いているが、個別に聴く機会はあまり今の所、設けていない。                    | /    | /    | △    |   |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目          | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|---------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 49    | サービス評価の取り組み   | a   | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。  | ◎    | 職務遂行能力評価表等にて、年1回以上自己評価に取り組んでいる。                          | /    | /    | /    | 運営推進会議で評価結果は報告しているが、モニターを依頼するまでには至っていないため、今後は家族等参加者に取組みのモニターをしてもらえるようになることに期待したい。  |
|       |               | 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。   | ○    | 事業所の現状や課題を明らかにし、職員に対し意識統一を図っている。                         | /    | /    | /    |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 目標達成に向け、日々事業所全体で取り組んでいる。                                 | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                                       | △    | 運営推進会議にて報告を実施しているが、それ以外はあまり出来ていない。                       | ○    | ○    | △    |  |
|       |               | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | △    | 目標を掲げ実行し成果を確認しているが、細かくは行えていない。                           | /    | /    | /    |  |
| 50    | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)   | △    | 訓練を行う際、マニュアルを確認し実施しているが、マニュアルを見直す必要がある。                  | /    | /    | /    | 消防署立会いのもと避難訓練は行っているが、地域住民や関係機関等との合同訓練までは至っておらず、緊急災害時の支援体制も確保できていない。今後は法人本部の協力のもと、関係機関とも連携し、地域との合同避難訓練等に取り組むことが望まれる。                                  |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 訓練に関しては、年1回消防士立会いの元実施したり、毎月19日に様々な時間帯や状況を想定した避難訓練を行っている。 | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ×    | 定期的に行っていない部分がある。   | /    | /    | /    |  |
|       |               | 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。   | △    | 消防署とは密に連携を図っているが、地域住民、近隣、他事業所等の協力体制はあまり確立されていない。         | ×    | ○    | △    |  |
|       |               | 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)                     | △    | 原子力防災合同訓練への参加を行い、地域の災害対策に取り組んでいるが、それ以外はあまり参加出来ていない。      | /    | /    | /    |  |
| 51    | 地域のケア拠点としての機能 | a   | 事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等) | △    | 地域に向けての情報発信や活動は、積極的に取り組めていない部分がある。                       | /    | /    | /    | 地域に事業所のことを周知しているが、地域住民にはまだまだ浸透していないため、今後は事業所のPR等に努めることが望まれる。西日本豪雨災害の復旧・復興中であり地域活動に参加できていないが、市や地域包括支援センター等と連携し地域イベント等にも取り組むなど、地域とのつながりがより深まるよう努めて欲しい。 |
|       |               | 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。   | ○    | 相談があれば相談を受け付けている。  | /    | ×    | △    |  |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×    | 事業所の行事での交流はあるが、地域の方が集う場所としての解放及び活用は行えていない。               | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ◎    | 地域の高校による介護実習や中学生による職場体験など、毎年受け入れ人材育成等に協力している。            | /    | /    | /    |  |
|       |               | 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)                       | ×    | 現在の所、あまり行えていない。  | /    | /    | ×    |  |



(別表第1)

## サービス評価結果表

### サービス評価項目

(評価項目の構成)

#### I. その人らしい暮らしを支える

(1) ケアマネジメント

(2) 日々の支援

(3) 生活環境づくり

(4) 健康を維持するための支援

#### II. 家族との支え合い

#### III. 地域との支え合い

#### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー  
 “愛媛県地域密着型サービス評価”

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 平成31年3月5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) 11名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 4名        |           |

#### ※事業所記入

|          |             |
|----------|-------------|
| 事業所番号    | 3873700409  |
| 事業所名     | グループホーム優瑠里  |
| (ユニット名)  | Bユニット       |
| 記入者(管理者) |             |
| 氏名       | 神野 順一       |
| 自己評価作成日  | H31年 2月 18日 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>【事業所理念】<br/>1.私たちは、入居者の「笑顔」を大切にします。<br/>2.私たちは、入居者の「心身の健康」を大切にします。<br/>3.私たちは、入居者の「生きがい」を大切にします。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】<br/>前回の現状における問題点・課題として、まず丁寧な言葉遣いに努めているが、気持ちに余裕がない時は優しい対応が欠けていたり、遠い所から利用者を選んでしまうだった。取り組んだ事はスタッフ会議で、アンガーマネジメントの勉強会を実施。自分の性格などを知った上で日々のケアに努めた。また、そういう場面があった場合はその都度、職員に伝え注意を促した。その結果、利用者に対する対応も以前と比べ、改善され良好な関係を築いている。次に看取りに関しては正しく理解する為、訪問看護の所長を講師として招き、看取りに関する勉強会を実施。また、状況下の身体状況を職員が理解・共有しての支援を行い、医師と連携を図り連絡体制等の強化に努めた。その結果、看取りに関する知識が高まり、職員の不安感が少し減った。夜間帯においても医師との連携を強化している為、職員の負担軽減に繋がった。次に地域の方との交流をもっと図るについては、現在も継続して行っているが、あまり取り組めていない現状がある。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>事業所周辺はみかん畑に囲まれ、国道から少し離れた住宅街に位置している。西日本豪雨災害で事業所も床上浸水など被害を受け、事業所内は改修中であったが、職員が一丸となり、利用者が笑顔を絶やさない毎日が送れるよう支援している。職員は尊厳等の研修や勉強会を行い、利用者一人ひとりを尊重した声かけを徹底するなど、利用者が居心地よく生活できるよう配慮したケアに努めている。</p> |
|---|---|---|

## 評価結果表

| 項目No.            | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------|--|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。   | ○    | 利用者に声をかけて希望や思いを聞いたり、本人の表情や行動から思いを汲み取っている。                          | ◎    | /    | ○    | 日々の関わりを大切にしながら、利用者一人ひとりの思い・意向等を言葉や表情から判断し把握に努め、経過記録に残している。            |
|                  |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | △    | 本人視点での検討はあるが、全部そういう視点で行っているかは少し疑問な所がある。                            | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。                                      | △    | 何かあった場合は報告・連絡を行っているが、普段からはあまり話し合いは出来ていない。                          | /    | /    | /    |   |
|                  |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 本人の訴えがあつたりすると介護記録に記入し、ミーティングやカンファレンスを実施して共有を図っている。                 | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。   | △    | 家族の話や生活歴等の把握は努めているが、もっと本人の思いを傾聴し把握に努める必要がある。                       | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ○    | コミュニケーションを図る際、馴染みの暮らしや住んでいた所など本人や家族から聞いてコミュニケーションを図り、安心できるよう努めている。 | /    | /    | ○    | 入居時に担当の介護支援専門員や病院等から情報を提供してもらっている。入居時には家族等からも馴染みの生活やこだわりなどを聞くようにしている。 |
|                  |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | バイタルチェックは毎日実施し、心身の状態を把握している。また、出来る事をお願いして何が出来るかの把握に努めている。          | /    | /    | /    |   |
|                  |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | △    | 不安や不安定になった時、時々なにが原因か分からない時がある。                                     | /    | /    | /    |   |
|                  |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | △    | 身体面では訴えや日々の観察にて把握しやすいが、精神面では時々分からない時がある。また、そうなった場合職員の対応も不十分な時がある。  | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。                                     | △    | 一日の過ごし方、リズムはほぼ変わらないサイクルだが日々の少し変化については見落とす時がある。                     | /    | /    | /    |   |
| 3                | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 本人の思いや家族の要望、職員の気付きを検討し、本人視点で考えている。                                 | /    | /    | ○    | アセスメントシートを基に、家族や職員等を交え、利用者が何を求めているのか、利用者一人ひとりの視点で検討している。              |
|                  |  | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。   | ○    | カンファレンス等を実施し、より良く暮らす為の検討をしている。                                     | /    | /    | /    |   |
|                  |  | 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。   | ○    | 担当職員が毎月モニタリングを実施し、課題を見つけユニット間で情報を共有している。                           | /    | /    | /    |   |

| 項目No. | 評価項目                     | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。   | ○    | 介護計画を立てる前は本人様の意向を聞いたりして介護計画に反映させている。                                 | /    | /    | /    | 利用者の視点で検討した課題を職員で話し合い、職員や家族からの意見を反映し介護計画を作成している。  |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ○    | 定期的にケアカンファレンスや評価を実施し、本人本位の介護計画が作成できるよう努めている。                         | ◎    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。                            | ○    | 重度の利用者に対しても何が出来るかを見極め、出来る事をして頂くよう努めている。                              | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                                 | △    | 家族や地域の方にもっと協力を要請したい所だが、その方々の事情も考慮するあまり盛り込まれていない。                     | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 職員間で共有出来ている部分もあるが、現状出来ていない部分もある。                                     | /    | /    | △    | 職員は介護計画の内容を把握するよう努めているが、一部の職員が把握せずに業務にあたっているため、全員が把握して業務を行うよう取り組んで欲しい。介護計画に沿った実践が行えているかどうか確認しやすいよう、アルファベットで評価することによって分かりやすく確認できるよう工夫している。利用者個々の言葉や表情など暮らしの様子が分かるよう記録されている。利用者一人ひとりに対する職員の気づき等が個別に記録されている。 |
|       |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | △    | 記録の方は介護計画に基づき、実施・記録しているがまだまだ不十分な点があり今後の課題として日々の支援に繋げていきたい。           | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。          | ○    | 申し送り、ショートミーティング等で情報を共有して把握に努め、記録に活かしている。                             | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | d   | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。                                    | ○    | 職員の気づきやアイデア等を取り入れ介護計画に反映し、記録している。                                    | /    | /    | ○    |   |
| 6     | 現状に即した介護計画の見直し           | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。  | ◎    | 本人がより良く暮らす為、モニタリングを実施し見直しを図っている。                                     | /    | /    | ◎    | 介護計画は6か月毎に見直している。毎月のスタッフ会議でサービス提供状況評価表に基づき、利用者の現状確認を行っている。体調不良など状況変化時は見直し、職員間で情報共有を行っているが、現状に即した介護計画の作成にまでは至っていないため、今後の取組みに期待したい。   |
|       |                          | 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。  | △    | 明らかな変化があった場合は確認しているが、見直し期間まではほとんど変わっていない。                            | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | c   | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。       | △    | 状態の変化等生じた場合は見直しを図っているが、少々の変化については検討し、計画を新たに作成するか判断している。              | /    | /    | △    |   |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | ○    | スタッフ会議やケアカンファレンスを通じて課題を提示し、課題解決に向け話し合いをしている。                         | /    | /    | ○    | 2か月毎にモニタリングを兼ねケアカンファレンスを行い細かく検討するほか、緊急案件がある場合は、管理者を中心にその都度話し合うようにしている。会議に参加できなかった職員には、会議録等を回覧し確認するほか、口頭でも伝えるようにしている。  |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | ◎    | 会議参加者が全員発言してもらい仕組みを取っている。また、ユニット会議では利用者一人一人に担当者をつけ担当者中心となり意見交換をしている。 | /    | /    | /    |   |
|       |                          | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                        | ○    | スタッフ会議は午後7時から開催している。よって出来る限り多くの参加可能な仕組みになっている。                       | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | △    | スタッフ会議議事録を通じて内容の把握に努めているもの、紙面でしか伝わっていない部分がある。                        | /    | /    | ○    |   |
| 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。                               | ○    | 日中勤務者はユニット間で朝礼を実施している。夜勤者に関しては日勤者が伝えている。                             | /    | /    | ○    | 毎日の朝礼で申し送り簿や業務日誌等により申し送りをを行い、情報を共有するよう努めている。  |
|       |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)    | △    | 重要な情報は全ての職員に伝えているものの、それを理解して全員が実行しているかは改善の余地がある。                     | ○    | /    | /    |   |

| 項目No.     | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-----------|-------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| (2) 日々の支援 |                         |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にされた支援 | 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。   | ○    | 日常生活においてご本人に相談したり、希望も聞き出来る限り実行するようにしている。   | /    | /    | /    | 飲み物の冷・温や種類の選択は、利用者に意思確認し選んでもらうようにしている。利用者が手伝い等をした後には、「ありがとう」と職員が感謝の意を伝えたり、手作業を行っている利用者を職員が褒めたりするなど、利用者が笑顔で生き生きとした表情になるよう配慮した支援に努めている。                       |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ○    | 利用者に声掛けをする際に、問いかけるような声掛けを行い、自己決定を促している。  | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 意思疎通が可能な方には思いや希望を傾聴している。また、何が出来るかを見極めそれに沿った支援をしている。                                  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にされた支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)   | ○    | 利用者一人一人の力を把握し、その日の体調や気分に合わせて、その人のペースに合わせた生活を送って貰えるよう努めている。                           | /    | /    | /    |   |
|           |                         | e   | 利用者の生き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。  | ◎    | 喜びや楽しみを職員も共感できるよう笑顔で対応している。  | /    | /    | ◎    |   |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。   | ○    | 声掛けを中心に言い、表情や反応から思いを汲み取るよう努めている。   | /    | /    | /    |   |
| 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された言葉がけや態度等について、常に意識して行動している。   | ○    | 利用者を尊重し同じ目線で声掛けをするよう努めている。   | ◎    | ◎    | ○    | 職員は利用者を尊重し、同じ目線で対応するよう努めている。トイレ誘導等の際は、人目に触れないようさりげない声かけで対応するなど徹底している。利用者が居室にいる場合は、声かけしてから入室するようにしているが、掃除や洗濯物の整理等で居室に入る際は、無意識に入っている時があるため、今後は常時徹底するよう努めて欲しい。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。  | ○    | 人前でなくても敬意を払い、近くに行きあまり周りに聞こえない声のトーンで声掛けを行っている。  | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮ながら介助を行っている。   | ○    | 排泄や入浴時は必ず扉をきちんと閉めるよう配慮している。  | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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。   | △    | 利用者が居室に居る場合は、声掛け後入室しているが、利用者が居ない場合の入室では、本人に確認を取って入室するのがまだ不十分な所がある。                   | /    | /    | △    |   |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ○    | プライバシーや個人情報に関しては、定期的に職員に周知して保護や漏洩防止に努めている。   | /    | /    | /    |   |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けてもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。   | ◎    | 年長者として、利用者から学ぶべき点は多々ある為、信頼関係を構築し、時には助けてもらうように日々努めている。                                | /    | /    | /    | こだわりの強い利用者が、他の利用者と意見が違う時などに、トラブルにならないよう職員がいち早く気付き仲介する等、配慮している。利用者全員が参加できるようなレクリエーションを企画・実施するなど、利用者が孤立しないよう工夫している。   |
|           |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。   | ◎    | 出来ることはしてもらい、出来ないことを補うよう支援している。   | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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)。 | ◎    | レクリエーションでは皆さんが参加できるような事も取り入れ孤立しないようにしている。仲の良い利用者同士は職員が仲立ちし、積極的にコミュニケーションを図れるようにしている。 | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。  | ○    | トラブルが起きた場合、職員がすぐに介入し解消に努めている。  | /    | /    | /    |   |

| 項目No. | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | △    | ある程度は把握しているが、把握しきれていない部分もある。                                  | /    | /    | /    |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 会話の中で馴染みの場所を用いて会話する部分がある。分からなければその方に聞いたり、基本情報など読み返して把握に努めている。 | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | △    | 馴染みの場所へ出掛ける事もあるが、現状あまり実行出来ていない事がある。                           | /    | /    | /    |  |
|       |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    | 家族、友人等来所された時、いつでも気軽に訪問してもらうよう周知している。                          | /    | /    | /    |  |
| 13    | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △    | 行事の参加や散歩など戸外へ出掛ける環境はあるものの積極的に取り組んでいるかは現状あまり出来ていない。            | ○    | ○    | △    | 庭先に出たり散歩等に行ったりしているが、利用者が外出したい時に対応できないなど希望に沿えないこともあるため、重度の利用者も含め、利用者が外出したい時に外の空気を吸い気分転換が図れるよう、臨機応変な支援に努めて欲しい。 |
|       |                   | 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。  | ×    | 外出支援に関してはあまり協力を得られていない。                                       | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。   | ×    | 行事で戸外に行くことはあるがあまり実行出来ていない。                                    | /    | /    | △    |  |
|       |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | △    | 家族と出掛ける方もいるが、希望に添え行きたい場所への支援は現状あまり出来ていない。                     | /    | /    | /    |  |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 認知症に関する事は、スタッフ会議の中で行う勉強会や研修などを通じて理解を深めている。                    | /    | /    | /    | 日常生活の中で野菜を切ることや食卓を拭くなどの役割を担ってもらうほか、食事介助なく食事をとるなど自分でできることやできそうなことはしてもらっており、職員は見守りながら支援に努めている。                 |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                | ○    | 日々のケアで、身体面の機能低下の事を理解し、医師・看護師・職員ともに連携を図り、維持・向上が図れるよう努めている。     | /    | /    | /    |  |
|       |                   | c   | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)   | ○    | 事前に得意な事や好きな事を把握し、出来る事、出来るような事をお願いしてもらい、分からなければお手伝いしている。       | ○    | /    | ○    |  |
| 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。   | ○    | 楽しみや役割を見つけ、日々業務にあたっている。                                       | /    | /    | /    | 洗濯物たたみや調理の手伝いなど、利用者自身が希望し楽しみながら行っていることが多く、人参を切ることやもやし根とりなど、利用者それぞれ役割や出番があり、取り組んでもらっている。                      |
|       |                   | b   | 認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、日常的に、一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。  | ○    | 楽しみや役割はそれぞれ異なっていて、それを把握し、それに沿った取り組みを出来る範囲で行っている。              | ○    | ○    | ○    |  |
|       |                   | 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。  | ◎    | 行事に積極的に参加し、地域の方とのふれあいを支援している。                                 | /    | /    | /    |  |

| 項目No. | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 16    | 身だしなみやおしゃれの支援   | a   | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。   | ○    | 個性を大切にし、身だしなみを整える支援を行っている。   | /    | /    | /    | 職員は利用者の髪型や服装に乱れないよう、整容には常に気をつけており、整容に乱れ等がある場合は、さりげなくカバーするよう努めている。重度の利用者も訪問美容等を利用し髪を整え、家族が選んだ好みの衣服を着るなど、その人らしさが保てるよう支援している。  |
|       |   | 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に支援している。  | ○    | 定期的に訪問美容を利用してもらっている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 自己決定がしにくい方に関しては、家族などの意見も取り入れている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ◎    | 外出の際はおしゃれ着等把握し、それを進めてみる時もある。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                       | ○    | 出来る限り周りに気づかれないよう配慮している。  | ○    | ○    | ○    |   |
|       |   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ×    | 現状あまり行けていない。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | 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。  | ○    | 家族等にも協力してもらい把握しながら支援している。  | /    | /    | ○    |   |
| 17    | 食事を楽しむことのできる支援  | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。   | ○    | 食事の大切さを十分理解した上で提供している。   | /    | /    | /    | 調理の下ごしらえや後片付け、買い物などは、利用者と一緒にしている。季節を感じる献立や特別な行事食など、利用者からのリクエストを聞き調理しており、すしなど人気のあるメニューが提供されている。茶碗や湯飲みなどは、利用者の使い勝手のいいものを使用している。職員は利用者と一緒に食卓を囲み、食事介助しながら楽しそうに食事をしている。重度の利用者も、調理中の匂いや音を感じてもらえるよう居室のドアを開けているほか、会話などで食に対する興味を持ってもらうよう配慮している。献立の栄養バランスについては、市保健センターの栄養士にアドバイスをもらうほか、職員間でも話し合う機会を持つよう努めている。 |
|       |   | b   | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。   | ○    | 買い物、調理、後片付け等は利用者とともにする部分があるが、献立・食材選びは職員が行っている。   | /    | /    | ○    |   |
|       |   | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。   | ○    | 出来る方に関しては、積極的にお願いしている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | d   | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。  | ○    | ミーティングやケアカンファレンス等を通じて把握に努めている。   | /    | /    | /    |   |
|       |   | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                      | ○    | 苦手なものやアレルギー等は、季節感や旬の食材を取り入れ代替献立を実行している。  | /    | /    | ○    |   |
|       |   | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしいよ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、いろどりや器の工夫等) | △    | 健康状態を考慮しながら調理方法を変えたり、時には医師・看護師に相談し提供している。一方でまだ不十分な点もある。  | /    | /    | /    |   |
|       |   | g   | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。   | ○    | その人に合った物を使用している。   | /    | /    | ○    |   |
|       |   | 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。                  | △    | 職員も利用者も同じ食卓で会話をしながら食べたりしているが、さりげないサポートはあまり出ていない。   | /    | /    | ◎    |   |
|       |   | 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。                              | ○    | 声掛けや会話の中で、献立を伝えるなど行っている。   | ○    | /    | ○    |   |
|       |   | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                     | △    | ある程度の確保は出来ているが、一人一人正確に実施出来ているかは、改善の余地がある。  | /    | /    | /    |   |
|       |   | 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。                          | ○    | 食事が少なく、食べれない時などは栄養補助飲料などを摂取してもらう時がある。水分に関しては、1回に飲む量を減らし数回に分けたり、おやつなどを利用し、水分の多いおやつなどを提供し工夫している。 | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ○   | 季節毎の献立は、保健センター栄養士に確認・アドバイスの元作成している。   | /    | /  | ○    |      |      |   |
| m     | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。                | ○   | 食材はその日のメニューで使い切るよう努めている。また、調理器具は漂白剤等を使用し消毒を行っている。   | /    | /  | /    |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ○    | 口腔ケアの重要性は常に周知し、日々のケアに努めている。                              | /    | /    | /    | 口腔内の状況を把握できていない利用者もいるため、職員全員で利用者一人ひとりの口腔内の健康状況を把握し、清潔が保てるよう口腔ケアに努めて欲しい。                |
|       |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。  | △    | 毎日のケアの中で、一人一口腔内の状況を常に観察し、把握に努めているが、把握しきれていない部分もある。       | /    | /    | △    |  |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。  | ×    | 勉強会の中で口腔ケアについて学ぶ事はあるが、歯科医等から学ぶというのは少ない。                  | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 義歯の手入れは、清潔かつ丁寧にできるよう職員には指導している。                          | /    | /    | /    |  |
|       |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                           | ○    | 口腔ケアも出来る所は自立にてしてもらい、出来ない所を手伝うようにしている。                    | /    | /    | △    |  |
|       |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。  | △    | 義歯の不具合等が生じた場合には、速やかに歯科受診を行っているが、本人の訴えがないとあまり行っていない。      | /    | /    | /    |  |
| 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。                       | ○    | 排泄に関して、極力トイレでの排泄を促し声掛け・誘導をしている。よって自立での排泄に繋げている。          | /    | /    | /    | 基本的に排泄はトイレで行うようにしている。利用者の状況について職員間で話し合い、利用者の意向を確認しながら排泄用品を決定するなど、利用者個々の状態に応じた支援に努めている。 |
|       |                | 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。   | △    | 便秘により、不穏の状態になりやすいことは理解しているが、全部把握できていない部分もある。             | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)  | ○    | 本人の排泄のパターンを把握し、量や間隔が乱れたらすぐに対応策を取っている。                    | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々状態にあった支援を行っている。                            | ○    | ケアカンファレンス等を通じて常に見直し、本人の視点でのケアに努めている。                     | ◎    | /    | ○    |  |
|       |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。   | ○    | 排泄に対し、職員のちょっとした気づきや改善点を見つけ職員間で情報を共有し、改善に向け取り組んでいる。       | /    | /    | /    |  |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ○    | 尿意や便意の有無に関わらず、本人の羞恥心に配慮しながらある程度排泄の間隔が空いた場合、トイレの声掛けをしている。 | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。 | △    | おむつ等に関しては職員がその人に合った物を選んでいるが、本人や家族と話し合い支援しているまでは至っていない。   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 基本的にはほぼ変わらないが、その日の状態で使い分けている部分はある。                       | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)   | △    | 食物繊維を摂ってもらったり、体操なども取り入れてはいるが、毎日出来ていない現状がある。              | /    | /    | /    |  |
| 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)。                                       | △    | 希望や習慣に沿って入浴は現状出来ていないが、清潔保持の為、週2~3回を目標に入浴してもらえよう努めている。    | ◎    | /    | △    | 利用者の希望に対応するよう努めてはいるが、業務の関係で職員が不足している場合は、希望時間帯の入浴などに応じることができないため、臨機応変な対応にも取り組んで欲しい。     |
|       |                | 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。  | ○    | 体調も考慮しながら極力ゆったり入浴してもらっている。                               | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 自立を促し、出来ない所をサポートしている。                                    | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | まず入りたくない原因を探り、それに応じた声掛けや誘導を行っている。拒否が強い場合は無理に進めない。        | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 入浴前はバイタル測定及び検温、状態観察や声掛け等で見極め、入浴後もバイタル測定を行い状態の把握に努めている。   | /    | /    | /    |  |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | ほぼ毎日同じサイクルで就寝・起床をしているので把握している。                           | /    | /    | /    | 夜間の良眠につなげるため、利用者には日中活動を増やしてもらうよう工夫しており、安易に薬剤に頼らないよう支援している。            |
|       |                | b   | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。                         | ○    | 眠れない原因は様々で、原因を模索し解決に向け取り組んでいる。例えば便秘で不眠なら、それを解消する運動をするなど。 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。    | ○    | 基本は日中の活動を積極的に取り組むなど、夜間の睡眠につながるよう努めている。                   | /    | /    | ○    |   |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | ○    | 傾眠等見受けられた場合は、声掛け行き状態を見て休息してもらうようにしている。                   | /    | /    | /    |   |
| 22    | 電話や手紙の支援       | a   | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | △    | 積極的にはあまり出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                     | △    | 積極的にはあまり出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | △    | 本人の希望があればしてもらうがこちらから促すことはあまり出来ていない。                      | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人にすぐに渡し読んでもらっている。また、発語等ない方などは職員が代読して伝えている。              | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                             | △    | 本人が電話をかける事について理解、協力をしてもらう方もいるが、現状出来ていない方もいる。             | /    | /    | /    |   |
| 23    | お金の所持や使うことの支援  | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。  | △    | 本人がお金を所持している人が少ない為、大切さは理解しているが使う機会があまりない。                | /    | /    | /    |   |
|       |                | b   | 必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。   | △    | 積極的に行く人と行けていない人がいる。                                      | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                      | ○    | 買い物をする際はほとんどが近隣のスーパーやホームセンターなど利用している為、理解、協力を得られている。      | /    | /    | /    |   |
|       |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | △    | 欲しいものがあれば、使えるように支援しているが所持は現在の所してもらっていない。                 | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | お金の管理については社労士事務所にて管理している。家族にもその旨を周知している。                 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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)。         | ○    | 基本現金は預かっていない。使ったものに関しては、家族の同意を得て利用料等と一緒に請求している。          | /    | /    | /    |   |
| 24    | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、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。                             | ○    | 本人や家族のニーズに耳を傾け、出来る限りそれに対応出来るよう取り組んでいる。                   | ◎    | /    | ◎    | 自宅のバイクが気になる利用者の要望に応じ、家族の協力を得て、事業所までバイクを持って来るなど、多様なニーズに対して柔軟な支援に努めている。 |



| 項目No.      | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| (3)生活環境づくり |                   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 25         | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | ○    | 日中は施錠せず、いつでも気軽に入出入りが出来るようになっている。  | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関周りには菜園や桜の木があるほか、庭先でも休めるよう椅子を設置するなど、訪問者に配慮した雰囲気になっている。   |
| 26         | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものが置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設えになっていないか等。) | ○    | 台所や食堂、浴室は家庭的な雰囲気になっている為、使いやすいようにしている。また、居室は馴染みの物があつたり、殺風景にならないようにしつつ、安全にも考慮している。玄関、トイレ、廊下は安心して使用できるようにしている。 | ◎    | ○    | ○    | リビングや居室は使い慣れた椅子・テーブルがあるなど家庭的な雰囲気、心地よく過ごせるようになっている。職員が毎日早出で清掃を行うなど、清潔感が感じられる。リビング中央のテーブルには、季節の花が中央に飾られており、季節感が感じられるようになっている。 |
|            |                   | b   | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。   | ○    | 毎日早出・遅出が清掃を行い、清潔を保持している。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | c   | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。   | ○    | 皆さん花が好きなので、季節を感じる花を飾ったり、壁に季節が分かるように絵や写真を飾っている。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。  | ○    | 十分に配慮し、落ち着いて過ごせる空間を提供している。  | /    | /    | /    |   |
|            |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。   | ○    | トイレは見えないように扉をきちんと閉めるようにし、浴室はすりガラスになっており中が見えないようになっている。  | /    | /    | /    |   |
| 27         | 居心地良く過ごせる居室の配慮    |     | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ○    | 生活歴や話から、使い慣れた物や好みの物を置いたりして居心地良く過ごしてもらっている。  | ◎    | /    | ○    | 居室には家族写真など大切なものや使い慣れた家具などが置かれ、居心地よく過ごせるようになっている。  |
| 28         | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。  | ○    | 各居室には表札があり、自分の居室が分かるようになっている。歩くスペースは常に物が落ちていないか、邪魔になるものはないか気にしながら配慮している。                                    | /    | /    | ◎    | トイレや浴室には「空いています。」の札をかけ、利用者に分かりやすくしている。トイレには足台を設置し、安全に排泄の姿勢を維持できるよう工夫され、自立した生活が送れるよう配慮している。                                  |
|            |                   | b   | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。   | ○    | 利用者が不安に感じる物などがあつたりすれば、すぐに撤去するなどの措置を取っている。   | /    | /    | /    |   |
|            |                   | 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)   | △    | 安全面も考慮し、いつでも手に取れる物と手に取れない物を分けている。   | /    | /    | /    |   |
| 29         | 鍵をかけないケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                 | ○    | 夜間帯は防犯の為、施錠しているが日中は施錠することなく過ごし、いつでも外に出入り出来る状況にある。   | ◎    | ◎    | ○    | 職員は鍵をかけることの弊害を理解し、日中玄関等は自由に出入りできるようになっている。  |
|            |                   | 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。  | ○    | 契約時等に家族には説明を行い、理解を得ている。   | /    | /    | /    |   |
|            |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ○    | 玄関に行くとセンサーが鳴り、外へ行く時は気付くようになっている。また、外へ出たい時は無理に引き止めず、一緒に散歩など行っている。  | /    | /    | /    |   |

| 項目No.            | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 情報をファイリングし、全スタッフが確認した上で介助を行っている。また、分からない時はその都度確認している。                      | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                                    | ○    | 毎朝バイタル測定を行い、少しでも普段と様子が違う場合、バイタルを測定し数値と状態、言葉等を必ず記録している。                     | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                                 | ○    | 週一回の訪問看護と月二回の訪診時に前回からの様子等変化があれば、相談し指示、アドバイスももらっている。                        | /    | /    | /    |                            |
| 31               | かかりつけ医等の受診支援     | a   | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。   | ◎    | 情報をファイルにまとめており、スタッフ全員確認した上で受診している。   | ◎    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ◎    | 家族の希望を聞いた上で、主治医に伝えている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 受診後、家族に電話をし、報告している。  | /    | /    | /    |                            |
| 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。  | ◎    | 入院の際には個人ファイルを持参し、伝えている。  | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 受診した際などに、入院した方の現在の情報等を聞くよう努めている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ◎    | 訪診などの際、密に連携をとっている。   | /    | /    | /    |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ◎    | 週一回の訪問看護の看護師に相談している。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ◎    | 主治医に夜間連絡先を聞いている。何かあればすぐに来てもらえる体制を取っている。                                    | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                     | ○    | 全スタッフで入居者様の状態を把握し、それを職員間で共有し、すぐに受診できる様に努めている。                              | /    | /    | /    |                            |
| 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。   | ○    | 必ず処方箋を確認し、何の薬なのか、また注意点についても確認し、対応している。                                     | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 誤薬防止の為、朝昼夕で色分けを行い、飲み忘れがないか必ず2名で確認を行っている。                                   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 食事量や排泄に関しては、一人一人記録にまとめ変化があればすぐに分かるようにしている。また少しの変化でも記録に残し、必要時かかりつけ医に相談している。 | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 面会時等家族に本人の状態等は伝えている。また週一回の訪問看護、月二回の提携医の訪診時に伝えている。                          | /    | /    | /    |                            |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目        | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                    |
|-------|-------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 35    | 重度化や終末期への支援 | a   | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                        | ○    | 面会時等に家族と情報を共有し、家族との話し合いを行い、意向確認をしている。                     | /    | /    | /    | 終末期のあり方等について、医師や家族、職員等関係者で方針を話し合い共有するよう努めている。 |
|       |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                 | ○    | かかりつけ医等から得た情報を家族はもちろんのこと、職員間でも話し合いをその都度行っている。             | ○    | /    | ○    |   |
|       |             | c   | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。                                     | ○    | 現状でできる支援が出来るように、職員間で情報を共有しあっている。また、不安などあれば職員の思いを聞き対応している。 | /    | /    | /    |   |
|       |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 面会時等に家族に十分な説明を行い、実施している。                                  | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。 | ○    | 家族やかかりつけ医とは常に連携を取っており、万が一に備え準備を行っている。                     | /    | /    | /    |   |
|       |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ○    | どういった支援を行うか家族と話をして、家族の事情の考慮や精神面で不安に出来るだけならないよう配慮している。     | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 施設内で定期的に勉強会を開いている。主治医の指示に従い、予防接種を行っている。                   | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                     | △    | 定期的に勉強会を開いているが、実際に訓練としてあまり行っていない部分もある。                    | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。                          | ○    | 主治医、行政等から発生状況を聞いている。                                      | /    | /    | /    |   |
|       |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 外出時のマスク着用、帰居時の手洗いや手指消毒を行っている。                             | /    | /    | /    |   |
|       |             | 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。   | ○    | 出勤後や外出後は、必ず手洗い・手指消毒を行っており、来訪者に対しても手指消毒をお願いしている。           | /    | /    | /    |   |

| 項目No.               | 評価項目                       | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>家族との関係づくりと支援 | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。  | ◎    | 家族の面会の際など、近況報告やアルバムを見て利用者の要素を確認している。                                       | /    | /    | /    | 夕涼み会と運動会の事業所の2大イベントには家族にも参加してもらえるよう案内しており、家族の参加率は高くなっている。ゆるりん便りで利用者の日常生活を写真などを掲載し伝えている。便りや電話、面会時に事業所の運営上の事柄や出来事を報告しているが、職員異動までは報告していないため、今後は職員の人事関係も報告するよう努めて欲しい。面会時に家族が話しやすいよう職員が声かけに努め、利用者の日頃の様子を伝えたり、家族からの要望等を把握したりするようにしている。 |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ◎    | 面会の際、柔らかい表情で挨拶を行い、お茶等も状況を見て勧めている。  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 月行事で家族参加しているものを案内文書を出して出欠を取り、面会時、一緒に散歩や外出してもらい家族もいる。                       | ◎    | /    | ○    |  |
|                     |                            | 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) | ◎    | ゆるりん(ホーム便り)を月一回家族に送付し、利用者の写真や文書を読んでもらい、ホームでの生活や出来事、日常の様子などを知らせている。         | ○    | /    | ○    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | △    | 知りたい事や不安に感じている事があれば相談を受けるが、こちらから打診する事はあまり出ていない。                            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)             | ○    | 個人情報を確認。利用者のこれまでの生活歴を元に、今の状態を家族に伝え、対応方法を説明している。                            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | ◎    | 面会時などにお知らせする必要がある事は、文書も準備し、理解や協力を得よう努めている。また、中々面会に来れない方に関しては電話で伝えている。      | x    | /    | △    |  |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ◎    | ふれあい集会、夕涼み会、運営推進会議等の中で交流が図られている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。   | ○    | 利用者からの要望があった場合は家族に報告。家族の希望も伺い、医師にも相談している。                                  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 家族の方から、最近の様子を気軽に聞かれる事があったり、スタッフ側も伝えるようにしている。                               | /    | /    | ○    |  |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約時に具体的な説明を行い、理解、納得してもらうよう努めている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。                | ○    | 契約時に具体的な説明を行い、万が一退居になるような事が起こった場合も、退居前に十分な説明と理解を得られるよう努めている。               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ◎    | 契約時及び料金改定時には、具体的に直接か電話にて説明し、料金の内訳も文書で示し同意を得ている。また、家族全員納得の上で同意書に署名・捺印を得ている。 | /    | /    | /    |  |

| 項目No.             | 評価項目  | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------------------|---|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| <b>Ⅲ.地域との支え合い</b> |   |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 39                | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域:事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。  | ◎    | 地域の人に対しては、行事や運営推進会議等で説明、理解を得ている。  | /    | ◎    | /    | 散歩に出かけた際には近隣の方とあいさつを交わし、地域で開催される敬老会に参加している。事業所で行う夕涼み会を年1回実施しているが、地域住民の参加がないのが現状である。今後は地域住民にも参加してもらえるよう地域イベントでの交流などを通して、日頃から関係を深められるような取組みが望まれる。 |
|                   |   | b   | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)     | △    | 地域活動への参加については現状あまり行えていない。   | /    | ○    | △    |   |
|                   |   | 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。   | ○    | 増えているとは言えないが、支援してくれている方はいる。   | /    | /    | /    |   |
|                   |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄りたり遊びに来たりしている。  | △    | 行事の時は来られるが、普段は少ない。  | /    | /    | /    |   |
|                   |   | 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。  | ×    | 以前はあったが、ごくたまにしかない。  | /    | /    | /    |   |
|                   |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                    | △    | ボランティアには行事等の声掛けをするが、近隣の方はあまり出来ていない。   | /    | /    | /    |   |
|                   |   | 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。  | ×    | 傾聴ボランティアや認知症カフェや交流サロンなど様々な地域資源があるが存在を把握出来ていない。  | /    | /    | /    |   |
|                   |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取組みを行っている(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)。 | △    | 学校などは学生が来所して交流を深めたり、消防は避難訓練等を通じて交流がある為、協力や理解を日頃から得られている。近くのスーパーは食材をお願いしている事もあり、理解を得ている。 | /    | /    | /    |   |
| 40                | 運営推進会議を活かした取組み  | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。   | △    | 地域の方は比較的参加してもらっているが、利用者・家族についてはあまり参加をしてもらえていない現状がある。                                    | ○    | /    | △    | 運営推進会議に利用者が参加していないため、利用者が参加できるよう工夫することを期待したい。会議では、外部評価等の結果報告はしている。会議で出された意見等について、職員間で話し合うほか、意見等を反映し取組んだことは報告し運営に活かせるよう努めている。                    |
|                   |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取組み状況等)について報告している。                                       | ◎    | 運営推進会議にて議題で取り上げ、自己評価・外部評価の内容は報告している。また、利用者の状態・取組みなどその都度報告している。                          | /    | /    | ○    |   |
|                   |   | 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組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | ○    | 会議内容についてはスタッフ会議にて報告し、日々の取組みやサービス向上に活かしている。  | /    | ○    | ○    |   |
|                   |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。  | △    | 参加メンバーはほぼ固定ではあるが、積極的に家族の参加を要請しているものの現状は、あまり参加してもらえていない。                                 | /    | ○    | /    |   |
|                   |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。   | ◎    | ホームページ等で公表している。   | /    | /    | /    |   |

| 項目No.                      | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|----------------------------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ◎    | 仕事をする上で目標を持ち、目的を明確にし、理念である「笑顔」「心身の健康」「生きがい」を常に掲げて、利用者の日々の暮らしを支援している。                                     | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | ○    | いつでも見える位置に掲示している。  | ○    | ○    | /    |   |
| 42                         | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。   | △    | 介護福祉士試験等の資格取得の為に研修参加費の一部助成がある。それ以外の研修等については積極的に参加するよう周知しているもののあまり参加できていない。                               | /    | /    | /    | 代表者はスタッフ会議に参加するなど、管理者や職員のことをよく理解し、希望休が取得できるよう配慮したりストレスチェックを行ったりして、職員のストレス軽減等に努め、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | △    | OJTについては取り組んでいるが、細かい指導や学習についてはまだまだ改善すべき点がある。   | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。                              | ◎    | 勤務3年以上の職員には特別手当や退職金共済への加入制度がある他、各資格手当の支給がある。また、経営者がスタッフ会議にて経営報告や各手当等の説明を行っている。経営者が定期的に顔を出し職員の意見を直接聞いている。 | /    | /    | /    |   |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ○    | 認知症実践者研修への参加、市や南予グループホーム連絡協議会主催の研修会や勉強会に参加し交流を図っている。   | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ◎    | 代表者は定期的に顔を出し、職員の思いや意見を直接聞き、対応している。   | ○    | ○    | ◎    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ○    | 研修や勉強会があれば参加している。スタッフ会議の議題で取り上げ、具体的な事を学んでいる。   | /    | /    | /    | 職員は虐待等にかかる勉強会等に参加し、不適切なケアを発見した場合の対応方法や手順等を理解し共有している。  |
|                            |   | 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。  | ○    | 会議の中で提示したり、その日のうちに話し合いをしたりしている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。                                    | ○    | 虐待や不適切ケアがないよう普段から意識し、職員が互いに注意を払うよう促している。対応手順等に関しては、定期的に確認している。   | /    | /    | ○    |   |
|                            |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | 職員の普段の様子や状態を把握するよう努めている。また、勤務シフトが偏っていないかなど点検している。  | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 身体拘束廃止に関する指針に基づき、職員には説明・理解を得ている。また、施設内研修にて年2回、教育、研修の実施を行っている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 身体拘束に当たる行為を十分に理解し、利用者の状態、状況に照らし合わせ、その都度話し合い協議、検討を重ねている。  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ○    | 身体拘束に関する資料を用意しており、家族にも見てもらい、その上でどのようなリスクがあるのか、説明対応している。  | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目                  | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 45    | 権利擁護に関する制度の活用         | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを含め理解している。                | ○    | 制度については利用している方がおり、制度を理解している。また、スタッフ会議にて学び、理解を深めている。         | /    | /    | /    |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。       | △    | 要望があれば相談等を行っているが、こちらから積極的に提供したりする事はあまり出来ていない。               | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。  | ○    | 支援が必要な利用者が制度を利用する場合、専門機関等に連携を図り、円滑に行えるようにしている。              | /    | /    | /    |   |
| 46    | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                  | △    | 勉強会を通じ、対応については周知しているが、対応マニュアルとして確立している物は不十分である。             | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。                                   | △    | 看護師等と連携を図り、実践力を身に付けてはいるが、定期的に行えていない。                        | /    | /    | /    |   |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。     | ○    | スタッフ会議にて事故事例、事故報告、ヒヤリハットを用いて職員全員で共有し、再発防止に努めている。            | /    | /    | /    |   |
|       |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。                            | ○    | ちょっとした事でもヒヤリハットを作成し、リスクや危険について検討を行い事故防止に努めている。              | /    | /    | /    |   |
| 47    | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。                               | ○    | マニュアル作成はないが、苦情、相談、処理等を準備。必要時、使用出来る様になっている。                  | /    | /    | /    |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ◎    | 苦情相談ないよう記録表の項目に沿って出来事を記入し、スタッフ会議でも報告。必要時はユニット会議で話し合いも行っている。 | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。 | ◎    | 出向ける所ならスタッフが出向き、お詫びの他、対策案等を伝え、納得して頂ける様、話し合いも行っている。          | /    | /    | /    |   |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ○    | 月に一回外部から相談員が来所している。個別で聞き取りも行っている。                           | /    | /    | ○    | 利用者からは個別に意見等を聞いたり、介護相談員等に話を聞いてもらう機会をつくっており、相談員が聞いた内容はノートに記録し、職員にも回覧し共有している。家族からは面会時に個別に要望等を聞くようにしている。管理者は会議等で職員の意見や提案等を聞いているが、運営に反映させるまでは至っていないため、職員から個別に聞く機会を設けることが望まれる。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | △    | 運営推進会議や個別に聞く事は行っているが、定期的には現在の所行えていない。                       | ○    | /    | ○    |   |
|       |                       | 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。                          | △    | 契約時には重要事項説明書にて説明しているが、あまり情報提供を適宜に行えていない。                    | /    | /    | /    |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ◎    | 定期的に現場を訪れ、職員の要望や意見・提案等を直接聞き、対応している。                         | /    | /    | /    |   |
|       |                       | 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。             | △    | 会議等での意見や提案を聴いているが、個別に聴く機会はあまり今の所、設けていない。                    | /    | /    | △    |   |

愛媛県グループホーム優瑠里

| 項目No. | 評価項目          | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|---------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 49    | サービス評価の取り組み   | a   | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。  | ◎    | 職務遂行能力評価表等にて、年1回以上自己評価に取り組んでいる。                          | /    | /    | /    | 運営推進会議で評価結果は報告しているが、モニターを依頼するまでには至っていないため、今後は家族等参加者に取組みのモニターをしてもらえるようになることに期待したい。  |
|       |               | 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。   | ○    | 事業所の現状や課題を明らかにし、職員に対し意識統一を図っている。                         | /    | /    | /    |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 目標達成に向け、日々事業所全体で取り組んでいる。                                 | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                                       | △    | 運営推進会議にて報告を実施しているが、それ以外はあまり出来ていない。                       | ○    | ○    | △    |  |
|       |               | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | △    | 目標を掲げ実行し成果を確認しているが、細かくは行えていない。                           | /    | /    | /    |  |
| 50    | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)   | △    | 訓練を行う際、マニュアルを確認し実施しているが、マニュアルを見直す必要がある。                  | /    | /    | /    | 消防署立会いのもと避難訓練は行っているが、地域住民や関係機関等との合同訓練までは至っておらず、緊急災害時の支援体制も確保できていない。今後は法人本部の協力のもと、関係機関とも連携し、地域との合同避難訓練等に取り組むことが望まれる。                                  |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 訓練に関しては、年1回消防士立会いの元実施したり、毎月19日に様々な時間帯や状況を想定した避難訓練を行っている。 | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ×    | 定期的に行っていない部分がある。   | /    | /    | /    |  |
|       |               | 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。   | △    | 消防署とは密に連携を図っているが、地域住民、近隣、他事業所等の協力体制はあまり確立されていない。         | ×    | ○    | △    |  |
|       |               | 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)                     | △    | 原子力防災合同訓練への参加を行い、地域の災害対策に取り組んでいるが、それ以外はあまり参加出来ていない。      | /    | /    | /    |  |
| 51    | 地域のケア拠点としての機能 | a   | 事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等) | △    | 地域に向けての情報発信や活動は、積極的に取り組めていない部分がある。                       | /    | /    | /    | 地域に事業所のことを周知しているが、地域住民にはまだまだ浸透していないため、今後は事業所のPR等に努めることが望まれる。西日本豪雨災害の復旧・復興中であり地域活動に参加できていないが、市や地域包括支援センター等と連携し地域イベント等にも取り組むなど、地域とのつながりがより深まるよう努めて欲しい。 |
|       |               | 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。   | ○    | 相談があれば相談を受け付けている。  | /    | ×    | △    |  |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×    | 事業所の行事での交流はあるが、地域の方が集う場所としての解放及び活用は行えていない。               | /    | /    | /    |  |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ◎    | 地域の高校による介護実習や中学生による職場体験など、毎年受け入れ人材育成等に協力している。            | /    | /    | /    |  |
|       |               | 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)                       | ×    | 現在の所、あまり行えていない。  | /    | /    | ×    |  |