

(別表第1)

## サービス評価結果表

### サービス評価項目

(評価項目の構成)

#### I. その人らしい暮らしを支える

(1) ケアマネジメント

(2) 日々の支援

(3) 生活環境づくり

(4) 健康を維持するための支援

#### II. 家族との支え合い

#### III. 地域との支え合い

#### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和 3 年 7 月 27 日   |

【アンケート協力数】※評価機関記入

|            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| 家族アンケート    | (回答数) 9名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 3名       |           |

※事業所記入

|          |                  |
|----------|------------------|
| 事業所番号    | 3891500054       |
| 事業所名     | グループホームはあと       |
| (ユニット名)  | A館               |
| 記入者(管理者) |                  |
| 氏名       | 吉岡 隼児            |
| 自己評価作成日  | 令和 2 年 11 月 14 日 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>【事業所理念】</p> <p>私達のホームは入居者の皆様の個性を尊重し、地域と共存し、共に生活することを目指します。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>経過表の記録を充実させるため、研修等を活用し介護記録の書き方を改めて習得しスキル向上を目指す。             <ul style="list-style-type: none"> <li>→施設内研修で介護記録の書き方と目的を実施し、意識付けを図っているがまだまだ十分とは言えず継続が必要。</li> </ul> </li> <li>運営推進会議の内容を見直し、地域や利用者のご家族との繋がりを密なものとする。             <ul style="list-style-type: none"> <li>→コロナ禍にあり十分な対応が取れておらず、十分な活動ができていない。</li> </ul> </li> </ul> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>事業所は、郊外電車の駅の近くで交通の便が良く、交通量の多い道路からは離れたのどかな環境に立地している。広々とした敷地の中にある平屋建ての事業所の建物は、隣接する事業所とも調和し、周辺地域にも違和感なく溶け込んでいる。また、事業所のすぐ近くには母体の医療機関があり、重度化や終末期の医療にも力を入れるなど、利用者や家族の安心につながっているほか、職員も24時間の医療連絡体制で心強い。さらに、今回の外部評価では、「地域アンケート」を実施することはできたものの、多くの回答までには至っていない。今後は、事業所として地域の中で利用者を支えていくことができるよう、地域住民との良好な関係の構築に向けて、引き続き取り組んでいくことを期待したい。</p> |
|---|--|--|

## 評価結果表

| 項目No.                  | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 1                      | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | ○    | 一人ひとりの思いや希望の把握に努め、できる限り本人の意向に添って生活が送れるようにしているが、現状では対応が困難な事もある。                    | ○    | /    | ○    | 毎年、更新している独自のアセスメント表には、項目毎に利用者や家族の希望や意向を聞く欄があり、記録されている。日頃の関わりの中で、職員は利用者から思いなどを聞き取るほか、意思を伝えることが難しい利用者には表情などから推し量り、把握できるよう努めている。また、家族には、介護計画の更新時や面会時を活用して、職員は思いや意向などを聞き取るようにしている。                          |
|                        |  | 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。   | △    | 日々の生活での関わりの中で、本人の行動や表情から意向を把握できるよう努めているが、家族さんの意向や職員の意見が強くなる事がある。                  | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。                                      | △    | よく面会に来られる家族さんに対しては話し合う機会があるが、遠方であったり面会が難しい家族さんに対しては電話等でやり取りは行っているが、話し合いまではできていない。 | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。   | △    | 個別のケース記録を行っているが、細かな部分まできちんと記録ができていない事がある。   | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。   | ○    | 職員間で話し合い留意しているが、どこまで本人の思いを汲みとれているかは判断が難しい。  | /    | /    | /    |   |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | △    | 入居時に本人や家族さんから聴いており、必要に応じ面会時や電話等で把握できるよう心掛けているが、把握できる情報には個人差がある。                   | /    | /    | △    | 入居の際に、職員は利用者や家族から生活歴などを聞き取るほか、これまで関わってきた関係機関の担当者などから情報を得ている。入居後も、面会の家族や知人などから新たな情報を聞き取り、把握した内容はアセスメント表に赤色の文字で追記して共有するようにしている。また、管理者は、「利用者や家族の関係性などから得られる情報には、個人差がある」と感じており、さらに利用者への理解が深められるような工夫を期待したい。 |
|                        |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 本人が現在できることを日々の生活の中で把握に努め、職員間で共有してできることをしてもらっている。                                  | /    | /    | /    |   |
|                        |  | 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。  | ○    | 一人ひとりの日々の生活の中で、心身の状態の変化の把握に努めている。   | /    | /    | /    |   |
|                        |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | ○    | 行動や言動、表情等から汲み取れるように努め、職員間で情報を共有している。  | /    | /    | /    |   |
|                        |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | ケース記録や業務日誌、申し送り等で情報を共有し、日々の変化を把握できるよう努めている。                                       | /    | /    | /    |   |
| 3                      | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | △    | ミニカンファレンス等で話し合いを行っているが、職員間での意見交換に止まってしまっている。                                      | /    | /    | ○    | 事業所では、訪問診療の1週間前にミニカンファレンスを開催し、職員間で情報共有した内容を、気づきシート①「気づいた点」、②「本人が困っていること、してあげたいこと」などにまとめている。その情報を訪問診療時に提供して、主治医や看護師、薬剤師を交えて意見交換を行い、本人の視点でのサービスが提供できるよう検討している。  |
|                        |  | 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。   | △    | 本人の思いや家族さんの希望を基に、ミニカンファレンス等で検討している。   | /    | /    | /    |   |
|                        |  | c   | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。   | ○    | 検討した内容に基づいて、話し合いを行っている。   | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームはあと

| 項目No. | 評価項目                     | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|--------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 4     | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ○    | 本人や家族さんの意向、職員の意見も踏まえ現状に合わせた介護計画を作成している。                           |      |      |      | カンファレンスは、訪問診療時に主治医を交えて開催している。事前に収集した利用者や家族の意見のほか、職員の意見やアイデアなどを共有して話し合い、それぞれの思いを反映した介護計画が作成できるよう取り組んでいる。   |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | △    | 家族さんによっては職員にお任せになってしまっている事もあり、きちんと意見やアイデアが反映できているとは一概には言えない。      | ○    |      | ○    |   |
|       |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ○    | 重度の方でも、できる限りホール等で過ごせる機会を作れるようプランを立てている。                           |      |      |      |   |
|       |                          | 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。                                 | ×    | 職員にお任せになってしまっていたり、地域との協力体制等が難しくできていない。                            |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 介護計画の内容把握や理解が十分にできているとはいえず、職員間で共有できるよう努めているが伝わりきれていない。            |      |      | ○    | 一人ひとりの介護計画の内容は、ミニカンファレンスの中で情報共有しているほか、サービス計画書を一纏めにして、すぐに職員が確認できるようにしている。計画に基づいた支援の実施状況はケアチェック表で確認しているものの、モニタリングの根拠となる記録までには至っていない。また、利用者の日々の暮らしの様子や職員の気づきや工夫などを記載した介護記録は、前回の目標達成計画に掲げて取り組んできたものの、管理者は、「まだまだ不十分」と感じていることもあり、継続した取組みを期待したい。 |
|       |                          | 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。             | △    | 記録を行っているが、振り返りに関しては不十分な面がある。                                      |      |      | △    |   |
|       |                          | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。          | △    | 個別の記録を行っているが、具体的な内容が少なく十分とは言えない。                                  |      |      | △    |   |
|       |                          | 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。                                    | △    | 気づきシートを使って記録し共有を図っているが、工夫やアイデアといった部分はまだまだ不十分である。                  |      |      | △    |   |
| 6     | 現状に即した介護計画の見直し           | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。  | ○    | 3ヶ月に1度見直しを行っている。また、本人の状態に変化が現れた時は、その都度見直しを行っている。                  |      |      | ○    | 介護計画は、3か月毎に見直しをしている。介護計画に沿ったケアチェックは毎日実施できていることもあり、毎月の現状確認と評価につなげられることを望みたい。また、利用者の状況に変化が見られた場合には、状況に応じて関係者で話し合い、新たな介護計画を作成している。   |
|       |                          | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。  | ×    | 状況に変化がみられない場合は、月1回の現状確認はできていない。                                   |      |      | △    |   |
|       |                          | 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。       | ○    | 状態に変化があった場合には、その都度見直しを行い新たに介護計画を作成しているが、家族等やその他の関係者等を上手く巻き込めていない。 |      |      | ○    |   |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | △    | 定期的、緊急時とも、その日に出勤している職員を中心に話し合いを行っている。                             |      |      | ○    | 毎月のミニカンファレンスは、訪問診療の約1週間前の職員が集まりやすい日を設定して開催している。参加できない職員には、事前に気づきシートで意見をもらっている。緊急時の話し合いは、当日出勤職員で実施している。また、会議の内容は、業務日誌を確認のほか、口頭での申し送りに留まっているため、伝達状況の確認まではできていない。今後は、会議等で話し合われた内容の議事録を作成して記録を残すなど、会議内容を正確に伝達できる仕組みづくりを期待したい。                 |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | ○    | 意見交換がし易いよう、一人ひとりに話を振ったり、気づきシートを使ってその場では発言し辛い職員からも意見を聴けるよう工夫している。  |      |      |      |   |
|       |                          | 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。                        | ○    | できる限り多くの職員が参加できる日を決めて行っている。                                       |      |      |      |   |
|       |                          | 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。                                 | △    | 口頭での伝達で終わる事が多く、十分とは言えない。  |      |      | △    |   |
| 8     | 確実な申し送り、情報伝達             | a   | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                               | △    | 申し送りや、重要な内容は業務日誌を使って共有しているが、正確な伝達できていない事がある。                      |      |      | △    | 日々の申し送りは実施しているものの、業務日誌での確認や口頭での申し送りに留まっているため、確実な伝達が行えていない。職員は、出勤後に業務日誌や会議録等を確認し、確認後には署名や捺印することを習慣づけるなど、確実な伝達に向けた仕組みづくりを期待したい。   |
|       |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)    | △    | 日々の申し送りで十分に伝わっていなかったり、必要な情報が抜けている事があるので、十分とは言えない。                 | ○    |      |      |   |

| 項目 No.    | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-----------|-------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| (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。   | △    | 一人ひとりの「その日したいこと」の把握に努めているが、対応はできていない。                              | /    | /    | /    | 入浴や睡眠、排泄のタイミングなど、職員は利用者へ声をかけて確認し、自己決定できるよう努めている。着替え時の衣服は、事前に職員が数種類選んで利用者へ「どの服を着ますか」などと聞き、利用者本人に選んでもらっている。また、飲み物の湯茶なども、メニューを提示して選んでもらうこともある。さらに、職員は利用者へ興味のある話題を提供したり、得意なことをしてもらったりなど、一人ひとりに合わせた声かけを工夫しながら、利用者の活き活きした表情を引き出すよう努めている。 |
|           |                         | 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)  | ○    | 可能な限り自身で決定できるよう支援している。意思決定が困難な利用者さんには、声掛けや本人の表情等から読み取れるよう努めている。    | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。  | △    | 一人ひとりの思いや希望の理解に努め、その人に合わせた支援を行っているが、職員全員がきちんと実施できているとはいえない。        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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)   | △    | 可能な限り本人のペースに合わせて支援ができるよう努めているが、日々の業務に追われ疎かになっている事が多い。              | /    | /    | /    |  |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。   | ○    | 一人ひとりに合わせた声掛けを行い、ゆったりとした雰囲気づくりを心掛けている。                             | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。   | ○    | 表情や反応から少しでも本人の意向を読み取れるよう心掛けている。                                    | /    | /    | /    |  |
| 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かけや態度等について、常に意識して行動している。   | △    | 言葉遣いや態度に気を付け行動しているが、全ての職員ができていないと難しい。また、業務に追われていたりすると疎かになる事もある。    | ○    | ◎    | △    | 法人内研修の年間計画の中に、人権や尊厳などのテーマを設け、職員に学ぶ機会を作っている。管理者は、「声かけや態度について、全ての職員が意識して実践できているとはいえず、人員不足による多忙な業務の中で不適切な場面もある」と感じており、不適切と思われるケアが見られた場合には、管理者からその都度職員に声かけをしている。また、居室への出入りは、利用者へ声をかけて確認のうえ入室しており、職員の不必要な入室はしないようにしている。                 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。  | △    | 意識して行動しているが、全ての職員ができていないと難しい。また、業務に追われていたりすると疎かになる事がある。            | /    | /    | △    |  |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。  | ○    | 羞恥心やプライバシーに十分配慮し行動しているが、業務に追われていたりすると疎かになってしまう事がある。                | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 不必要な入室は避け、本人への声掛けを行い確認を取っている。                                      | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ○    | 全ての職員がきちんと理解して実行できているとはいえないが、プライバシー保護や個人情報保護について理解、遵守に努めている。       | /    | /    | /    |  |
| 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、利用者へ助けを求めたり教えをもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。  | ○    | 家事(掃除、洗濯、炊事等)で利用者へ手伝わってもらい、その行為が終わったら感謝の気持ちを伝えるようにしている。            | /    | /    | /    | 職員は、利用者同士の関係性の把握に努めており、トラブルを未然に防げるよう努めている。また、職員は、利用者同士が関わり合えるような配席に考慮するとともに、見守りを行っている。   |
|           |                         | 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。   | ○    | 職員が間に入ったり、見守りを行い利用者同士が支え合って暮らしていけるよう支援している。                        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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い場面をつくる等)。 | ○    | 座席の位置を工夫したり、見守りを行う中でトラブルになりそうな時は間に入り対応している。また、利用者同士の関係性の把握にも努めている。 | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | d   | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。  | ○    | トラブルを未然に防げるよう、必要な時は職員が間に入り場面を変えたり気分転換を図る等の配慮をしている。                 | /    | /    | /    |  |

| 項目 No. | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|--------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 12     | 馴染みの人や場との関係継続の支援  | a   | これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。   | △    | 入居時に話を聴き情報収集に努めているが、細かな人間関係までは把握できていない。  |      |      |      |  |
|        |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | △    | 地域との関係や馴染みの場所については、利用者さんによって把握できる情報に差があり、曖昧な事も多きちんと把握できているとはいえない。                            |      |      |      |  |
|        |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ×    | コロナ禍にあり、感染症予防の観点から制限している部分があり、殆どできていない。  |      |      |      |  |
|        |                   | 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。  | △    | コロナ禍にあり、感染症予防の観点から制限している部分があり、十分ではない。  |      |      |      |  |
| 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) | △    | コロナ禍にあり、ドライブや密にならない野外での散歩程度となっている。また、外出が嫌いな方は1日室内で過ごされている。重度の方は、無理のない程度に日向ぼっこを行っている。         | △    | ○    | ○    | 現在のコロナ禍において、事業所では利用者の外出できる頻度が少なくなっているものの、少人数でドライブに出かけたり、事業所周辺を散歩したりできるよう支援している。寝たきりの利用者には、職員が体調やタイミングを見計らいながら、日向ぼっこや朝夕の外気浴で、気分転換を図っている。  |
|        |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ×    | 地域の人やボランティア等を活用しての外出支援はできていない。   |      |      |      |  |
|        |                   | 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。   | △    | 本人の体調に合わせ、できる限り戸外で過ごせる機会を作れるよう努めている。   |      |      | △    |  |
|        |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ×    | 家族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への外出はできていない。   |      |      |      |  |
| 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。   | △    | 認知症やBPSDに対する理解を図っているが、認知症だけでなく精神疾患を患っているケースもあり、その時の気分によって上手くいった事も上手くいかなかった事もあり、対応が難しくなる事がある。 |      |      |      | 事業所では、なるべく食事の最初は利用者自身で食べてもらえるようおにぎりなどの形態にしたり、自分で歩きたい利用者には、危険のないよう動きやすい環境を整えたりするなど、できることが継続できるような環境づくりに取り組んでいる。また、職員は、利用者本人のできることやできそうなことは、自身でしてもらうよう心がけているものの、つい声や手を出してしまうこともある。             |
|        |                   | 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。                                | △    | 認知症によるものと疾患によるものとの区別がきちんとできていない職員もあり、適切な維持・向上が図れているとはいえない。                                   |      |      |      |  |
|        |                   | 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)   | △    | なるべく、本人のできる事、できそうな事に対しては声掛けや一緒に行う事で維持に努めているが、つい手が出てしまう事がある。                                  | ○    |      | ○    |  |
| 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。   | ○    | 一人ひとりの有する力の把握に努めており、日々の生活の中からも新たな発見があれば、職員間で情報を共有している。                                       |      |      |      | 洗濯物たたみやチラシを折ってゴミ箱を作ってくれる利用者や、毎日のラジオ体操の時にみんなの前でしてくれる利用者もいる。職員は利用者の役割や出番づくりにも努め、張り合いや喜びに繋がるよう努めている。また、一部の利用者に留まっているため、ちょっとしたできる役割をしてもらうなど、アセスメントを深めて、より多くの利用者が張り合いや喜びを実感しながら生活できるような取組みを期待したい。 |
|        |                   | 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。  | △    | 一人ひとり役割や楽しみをもって生活が送れるよう支援している。だが、全ての方に対して役割や楽しみごとを作ることは難しく、上手くいかない事がある。                      | ○    | ○    | △    |  |
|        |                   | c   | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。  | ×    | 地域の中で役割や出番、楽しみが持てる支援は行っていない。   |      |      |      |  |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 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。  | △    | 自分で選ぶことができる方は好みに合わせて身だしなみを整えてもらっている。だが、重度の方は職員が選ぶ事が多い。  |      |      |      | 着衣の乱れや汚れに気づいた場合には、他の利用者がいる場ではなく、動き出したタイミングなどを見計らって職員が声をかけ、さりげないフォローをするようにしている。食事時などに汚れる可能性があれば、職員は事前にタオルでカバーするなどの対応もしている。また、重度な利用者にも、職員は家族に利用者の好みを聞き、本人らしい身だしなみや整容となるような支援に努めている。さらに、訪問理美容では、利用者にかットや髭剃りなどの好みを聞いて合わせてもらうほか、白髪染めの対応もするなど、利用者には喜ばれることもある。   |
|       |                | 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。   | ○    | 家族さんの協力を得ながら、本人の好みの服装や持ち物で整えられるよう支援している。  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。   | ○    | 自己決定が難しい方には、声掛けと一緒に考える事で本人の気持ちに添えるよう努めている。  |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | △    | 季節に合った服装を心掛けているが、その人らしさの工夫はできていない。  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりけが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)                                       | △    | 衣類の着方が間違っていたり汚れがみられたら、さりげなくフォローしている。だが、髭剃りは不十分な事がある。  | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | △    | 行きつけの理容・美容室へ行かれる方は殆どいない。ホームへ毎月第2金曜日に訪問があり、そちらを利用されている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | 重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。   | ○    | できる限り、本人らしさに気を付けた髪形や服装になるよう支援している。  |      |      | ○    |   |
|       |                |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 17    | 食事を楽しむことのできる支援 | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。  | ○    | 食事の準備や片付け等、一緒にできる方と行い支援している。  |      |      |      | 事業所では、職員体制の関係でユニットでの食事づくりが困難となり、業者の配食サービスを活用している。事業所内では、炊飯と汁物のみを作り、食材を温めるなどの盛り付けをしている。職員は調理の手間が省けたこともあり、利用者に調理の下ごしらえなどを手伝ってもらう機会がほとんどなくなったものの、手作りのおやつの際には利用者に一緒に手伝ってもらいながら作ることもある。業者から、3週間前にメニューが届き、アレルギーの場合には発注書に記入して、食材を変更することもできる。茶碗や箸、コップなどは、利用者の使い慣れた物を使用しているほか、身体状況の変化に伴って、使いやすい物に変更している。また、管理者は、「茶碗などは、軽いプラスチック製ではなく、きちんと重みを感じてほしい」と思っている。現在のコロナ禍において、利用者と一緒に食事を摂ることは控え、職員は見守りや介助に徹しているものの、利用者と同じ食事を食べている。重度の利用者で、経管栄養の場合には居室で対応しているものの、事業所では寝食別を心がけて食事前にはリビングで過ごしてもらい、配膳の様子や匂いで食事の雰囲気を感じることができる。さらに、業者からは、栄養バランスの取れた高齢者向けの食材が届けられるものの、食事形態などはカンファレンス時に話し合い、事業所で手を加えている。 |
|       |                | 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。  | △    | 買い物や食材選びはできていないが、調理や後片付け等できる事は利用者と一緒にやっている。   |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | ○    | できる事は一緒になって行うよう心掛け、行った後は必ず感謝の気持ちを伝えるようにしている。  |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ○    | 入居時に嗜好の有無を確認しており、入居後も好きな物、嫌いなものがあれば職員間で情報を共有している。   |      |      |      |   |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔ながらの味のものを取り入れている。                     | ○    | なるべく季節感を感じられる献立や食材を使えるよう心掛けている。ひじきや切り干し大根など、昔からよく食べられている食材も取り入れるようにしている。                          |      |      | △    |   |
|       |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせて調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | △    | 一人ひとりの嚥下状態に合わせて、主治医、職員間で相談しながら食形態を決めている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。  | ○    | なるべく本人の使い慣れたものを使用するよう努めている。また、本人の身体機能に合わせて、軽いものや割れにくいものを選択するようにしている。                              |      |      | ○    |   |
|       |                | 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やっている。                 | △    | なるべく一緒に食卓を囲んで一緒に食事をするよう努めているが、業務に追われ同じ時間に食べる事ができない事が多い。   |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                             | △    | 利用者の方が過ごすホールで調理を行っており、献立を伝えたり調理中の音やにおい等で雰囲気づくりに配慮している。  |      | ○    | ○    |   |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                   | △    | 十分な食事が摂取できるように努めている。水分は、1200mlを目標として、飲み物や飲み方を工夫している。  |      |      |      |   |
|       |                | k   | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                         | ○    | 食事の摂取量が少なかったり十分ではない場合は、主治医と相談し栄養補助食品(ラコール、エンジュア等)で補助している。寒天ゼリーやアイスクリーム、プリン等のカロリーの高い食品を食べてもらう事もある。 |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | △    | 献立に偏りがないよう配慮しているが、定期的な話し合いは行っていない。  |      |      | ○    |   |
|       |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ○    | 食材の賞味期限や状態を確認して使用しており、調理器具の衛生管理にも気を付けている。   |      |      |      |   |

| 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。   | △    | 口腔ケアの必要性や重要性の理解に努めているが、全ての職員に浸透しているとはいえない。   |      |      |      | 毎食後、職員は利用者に声をかけ、歯磨きなどの口腔ケアを実施している。介助が必要な利用者には、職員がモアブラシを使用したり、噛む利用者には指ガードを使った対応もしたりしている。自分で口腔ケアができる利用者には、職員が後で確認するほか、磨き残しがある場合には再度磨き直しをてもらっているものの、十分な口腔内の状態の確認やケアの実施までには至っていない。今後、職員は口腔ケアの必要性や重要性を再認識し、全ての利用者の口腔内の清潔保持に努めることを望みたい。 |
|       |                | 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。   | △    | 自分で口腔ケアをされる方は確認ができていない。また、拒否が強い方も十分に確認がとれていない。   |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。   | △    | 不定期で協力歯科医院から研修を受けているが、きちんと活かすことができていない。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ○    | 自分で行える方は声掛けにて対応し、自分で行えない方は職員が行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                            | △    | 食後に声掛けを行い、必要に応じ誘導や介助にて支援している。だが、拒否が強い方や行為が自立されている方の口腔内のチェックは不十分である。                    |      |      | △    |   |
|       |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医を受診するなどの対応を行っている。   | ○    | 異常があれば主治医へ相談し、家族さんへ報告して協力歯科医院への受診を行っている。また、受診が難しい場合は、訪問診療にて対応している。                     |      |      |      |   |
| 19    | 排泄の自立支援        | a   | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                        | △    | 理解しているが、おむつ使用による心身へのダメージまでは深く理解できていない。   |      |      |      | 事業所では、重度化によりおむつを使用している利用者も多いものの、座位が取れる状態の利用者には、職員がトイレでの排泄介助をしている。また、排泄チェック表で確認して、職員は声かけや誘導しており、パッドの汚染もなく過ごせている利用者もいる。さらに、おむつなどの排泄用品の使用に関しては、利用者の状態に合わせて、家族とも相談しながら選定している。   |
|       |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。  | △    | 一般常識の範囲程度に止まっている職員も多く、きちんと理解できていない。  |      |      |      |   |
|       |                | 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)   | ○    | 一人ひとりの排泄状況をチェック表を用いて、おおよその排泄パターンを把握している。   |      |      |      |   |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々状態にあった支援を行っている。                             | △    | トイレで用が足せるよう、一人ひとりの状態に合わせてパットやオムツを選択しているが、必要性や適切性についての見直しはきちんとできていない。                   | ◎    |      | ○    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 本人の状態によって、動作や方法考え改善できるように努めている。  |      |      |      |   |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。  | ○    | チェック表を確認しながら、個々に合わせて声掛けや誘導を行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういった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。 | △    | おむつ類は必要性が現れた場合に、家族さんへ連絡し相談の上使用している。使用するものも、家族さんが用意される事もあるが、施設側で用意することが多く好みでの選択はできていない。 |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ○    | 本人の排泄状況や排泄量に合わせて使用している。  |      |      |      |   |
|       |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)  | △    | 水分摂取を促したり、腹部マッサージや散歩等を行い工夫しているが、全ての方にできていないとは言えず十分ではない。                                |      |      |      |   |
| 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)   | △    | 時間帯や曜日などは職員が決めており、拒否される方や本人が入浴を希望された場合は、できる限り希望に沿うように努めている。                            | ◎    |      | ○    | 利用者は、週3回入浴することができる。重度で入浴介助が必要な利用者も多く、利用者の身体状況に合わせてリフト浴も活用しながら、安全な入浴支援に努めている。また、事業所として、あらかじめ入浴できる曜日や時間帯の予定を立てているものの、利用者の一歩風呂などの希望を聞きながら、可能な限り対応している。   |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。   | ○    | 体調に注意しながら、ゆっくりと入浴できるよう支援している。  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。  | ○    | 本人にできる事はしてもらい、不十分であったりできない事は声掛けや介助を行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ○    | 入浴を拒む方に対しては、声掛けや方法を工夫したり日を変えたりしながら、本人が納得して入浴できるよう支援している。                               |      |      |      |   |
|       |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。  | ○    | 毎朝、バイタルチェックを行っており、その日の体調に考慮しながら、必要に応じ再度バイタルチェックを行い日程調整を行っている。入浴後もしっかりと状態観察を行っている。      |      |      |      |   |

愛媛県グループホームはあと

| 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。  | ○    | 就寝や起床時間を個別に記録しており、把握できている。  | /    | /    | /    | 事業所には夜眠れない利用者もいるが、リビングでテレビを見て職員と一緒に過ごすなどの対応をしている。事業所では、自然な睡眠のリズムが取れるような支援に努めており、日中昼寝などをする利用者もいるが、できるだけ薬剤に頼らない支援をしている。  |
|        |                | 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。                         | ○    | 眠れない場合は、無理に休んでもらうのではなく、ホールや居室など本人が過ごしやすい場所でリラックスしてもらう工夫をしている。         | /    | /    | /    |  |
|        |                | c   | 睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。    | △    | 睡眠状態を確認しながら、主治医と相談し対応している。また、薬剤を使用する場合は使用する事での注意事項を確認し、状況報告をして相談している。 | /    | /    | /    |  |
|        |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | ○    | 一人ひとりの生活リズムに合わせて、必要に応じ心身を休める場面をとれるように心掛けている。                          | /    | /    | /    |  |
| 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。   | ○    | 希望があれば、電話をしたり手紙のやり取りができるよう支援している。                                     | /    | /    | /    |  |
|        |                | b   | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。                                     | ×    | 意思疎通の難し方に対しては、促したり必要な手助けができていない。                                      | /    | /    | /    |  |
|        |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 本人から希望があれば、可能な限り希望に沿えるようにしている。  | /    | /    | /    |  |
|        |                | d   | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。   | ○    | 届いた手紙や葉書は本人に直接渡しており、本人から希望があれば返事を返せるよう支援している。                         | /    | /    | /    |  |
|        |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | △    | 家族の状況に合わせて、理解や協力をお願いしている。   | /    | /    | /    |  |
| 23     | お金の所持や使うことの支援  | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。  | △    | 理解してはいるが、本人がお金を所持する事での紛失や、いくらあったなかつたといったトラブルへの心配や関心が強い。               | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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。   | ×    | 日常的に機会が作れておらず、コロナ禍にあり一緒に買い物に出かける機会が殆どない。                              | /    | /    | /    |  |
|        |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | ×    | コロナ禍にあり、日常的な買い物ができておらず、協力を得る働きかけも行えてない。                               | /    | /    | /    |  |
|        |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | △    | どうしても本人が少額でも持っていないと落ち着かない、といったケースがあれば、家族さんと相談しながら同意を得られた場合は行っている。     | /    | /    | /    |  |
|        |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | 入居時に説明を行っている。   | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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)。         | ○    | 入居時に説明を行っており、同意を得ている。また、個別に出納帳を作成しており、毎月お手紙と一緒にコピーを送付している。            | /    | /    | /    |  |
| 24     | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                           | ○    | 本人や家族さんの希望に沿って、外出や外泊、他科受診等の支援を行っている。                                  | ○    | /    | ○    | 母体医院以外の他院への受診は、基本的に家族やヘルパーに依頼し、職員は介護タクシーの手配などを行っているものの、緊急を要する場合には職員が受診対応をすることもある。また、コロナ禍において、事業では面会制限が設けられているものの、配偶者の通夜に参列できるよう配慮したこともある。コロナ禍が落ち着いてきた段階で、ワクチン2回接種で県内在住の家族には、面会できるよう緩和している。 |

| 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>(3)生活環境づくり</b> |                   |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 25                | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | △    | 敷地内に入口が2つある為、どちらか分からず訪ねて来られる事があり分かりにくい部分がある。   | ◎    | ◎    | ○    | 事業所の両隣には、民家でない他の事業所の建物があり、建物外観も親しみやすく周辺に馴染んでいる。事業所の建物は平屋で、左右対称にユニットの玄関があり、道路に面して明るい雰囲気でありやすくなっている。  |
| 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、必要なものを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。) | △    | 共有空間に関しては、季節の花を飾ったり壁に季節感のあるものを飾る事もあるが、比較的簡単なイメージに落ち着いている。  | ○    | ◎    | ○    | 広々としたリビングにはテーブルやソファが置かれ、利用者はゆったりとテレビを見ながら過ごしているほか、車いすの利用者も動きやすい環境となっている。水槽や七夕飾りが、利用者や来訪者に季節を感じさせており、毎月発行している「はあと、つじい、デイ便り」にも様子が掲載されている。また、利用者がチラシで作るごみ箱、ピアノなどは、利用者の能動的な言動も引き出してきている。廊下は表札のみで、やや殺風景な感じも否めないが、利用者が安全に移動できる空間となっている。さらに、毎日職員が事業所内を掃除し、清潔な空間が提供されている。 |
|                   |                   | 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。   | ○    | 毎朝、職員が掃除を行っており、トイレには芳香剤を置き臭いにも注意している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | 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。   | ○    | 外へ出て季節の移り変わりを感じてもらったり、季節の花を飾る等で居心地よく過ごせるよう努めている。   |      |      |      |   |
|                   |                   | 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。  | ○    | 気の合う人と過ごせるよう座席を工夫したり、居室やホールへの出入りを自由にしてもらっており配慮している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。  | △    | 共有空間から繋がっているため、使用時はドアを開け忘れないよう気を付けている。   |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 本人の使い慣れたものを持ってきてもらっているが、個人によって差があり、必要なものだけになってしまっている場合もある。   | ○    |      | ○    | 居室はエアコンやベッド、たんすが常備されているほか、様々な絵画も飾られている。自宅からテレビや家具を持ち込んで、植物を飾ったりしている居室もあり、事業所では利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。  |
| 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。  | △    | 日々の生活の中で、なるべく危険性を下げる配慮を行い、安全に行動できるようにしている。   |      |      | ○    | トイレには分かりやすいよう表示をしているほか、利用者によっては居室の表札を大きくして間違わないよう工夫している。また、利用者が安全に移動できるよう廊下には物を置かず、廊下の端には歩行訓練する利用者が休めるように、いすを配置している。  |
|                   |                   | 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。   | ○    | 職員同士で情報を共有し、配置等を工夫している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ぼうき、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)   | △    | 物によっては、すぐに手の届かない所に置いてあることがあり、活動意欲を触発まではできていない。   |      |      |      |   |
| 29                | 鍵をかけないケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態でも暮らすことへの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                  | △    | 全ての職員が理解し実行できているとはいえない。日中は基本玄関を施錠していないが、内側の戸は施錠してあるため十分な配慮ができていない。また、常に十分な見守りを行う事が難しく、業務に追われて目が届かない面もある。 | ◎    | ◎    | △    | 玄関は網戸仕様で施錠されていないが、ユニットの出入り口やユニット間のドアは施錠され、利用者が自由に出入りできる環境となっていない。職員は、鍵をかけることの弊害は理解しているものの、利用者の見守りの体制が確保できていないため、家族の理解を得て施錠している。今後は、事業所として、利用者の安全を担保しつつ、自由な生活が提供できるような工夫を望みたい。   |
|                   |                   | 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。  | ×    | 話し合いはできていない。   |      |      |      |   |
|                   |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、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)。  | △    | 玄関に報知器があり、近くへ行くと音が鳴り聞こえるようになっている。近隣の理解や協力を得る取り組みはできていない。   |      |      |      |   |

| 項目 No.           | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|---|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 病歴や現病の把握に努めており、主治医から留意事項等についても指導してもらっている。                                       |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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、バイタルチェックを行っており、いつもと違う行動や変化がみられた場合は、個別に記録として残しており、必要に応じ申し送りや日誌等を使い早期発見に努めている。 |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                 | ○    | きちんと医療連携ができており、24時間いつでも連絡が取れる状況にある。   |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 母体が病院の為、基本的にはそちらで診てもらっているが、家族さんから希望がある場合は主治医へ報告し紹介状を書いてもらい、希望する医療機関へ受診してもらっている。 | ◎    |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 入居時に説明し、母体である病院の医師がかかりつけ医となっている。かかりつけ医とは、しっかりと連携が取れており、適切な医療を受けられるよう支援している。     |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 通院方法は家族へ連絡し確認を取っている。受診結果の内容は家族さんから聴いたり、紹介状がある場合はその返事を確認する事で情報を共有している。           |      |      |      |                            |
| 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。  | ○    | 入院時には、介護サマリーを作成している。必要に応じ電話連絡での情報提供も行っている。                                      |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | 必要に応じ面会に行ったり、病院関係者に可能な範囲で状況を聴いている。  |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | △    | 母体である病院とはしっかりと関係が作れているが、それ以外の病院関係者との関係づくりはできていない。                               |      |      |      |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ○    | 日頃の関わりの中で、変化があれば看護師や主治医へ報告し相談している。  |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 母体が病院である為、いつでも連絡し相談できる体制となっている。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                     | ○    | 毎朝、バイタルチェックを行っており、変化があれば報告・相談し早期発見・治療に繋げている。                                    |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 薬情等を確認しており、ある程度理解できている。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 利用者ごとに朝・昼・夕・眠前と一包化されており、本人確認を行い服薬を行っている。  |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 日頃からしっかりと確認を行い、変化があれば主治医へ報告し相談している。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 状態に変化があれば、その都度主治医へ報告しており、情報提供ができています。   |      |      |      |                            |

| 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。                        | ○    | 入居時に説明し確認をしている。また、状態に変化があれば状況に応じ主治医や家族と今後の事について話し合っている。                                   | /    | /    | /    | 母体法人が医療機関であり、看取り支援にも積極的に取り組んでいる。事業所には、「重度化した場合における対応に関する指針」があり、入居時に利用者や家族に説明するほか、急変時や終末期等にも説明している。また、利用者の状況に応じて、家族や医療機関等の関係者を交えて話し合い、方針を共有しながら支援している。さらに、事業所では、定期的に職場内研修の中で、看取り介護などを取り上げた研修を実施している。 |
|        |             | 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。                                 | ○    | 重度化における指針に基づいて、主治医・家族・職員で方針を共有し、同意を得ている。  | ◎    |      | ○    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | 把握に努め、必要に応じ主治医や看護師と話し合い、どこまでの支援ができるかを見極めている。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 入居時や、重度化した場合等に、主治医・家族を含めた話し合いの中で、できる事・できない事の説明を行っている。                                     | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | ○    | 今後起こりうる変化については、主治医や看護師より説明を受けており、いつでも連絡できるよう調整している。変化があれば、家族さんへ報告を行い必要に応じ主治医とも話し合いを行っている。 | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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)  | △    | 相談があれば、話し合い支援を行っているが十分とはいえない。   | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 外部や内部での研修を通して学んでいる。   | /    | /    | /    |   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | 感染症マニュアルを作成し、いつでも閲覧できるようにしているが、日頃からの訓練まではできていない。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | c   | 保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。                          | ○    | 市役所や包括からのメールで情報が送られてきているので、資料を職員が閲覧できるようにしている。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 市役所や包括からのメールで情報が送られてきている。対応には、主治医に相談している。   | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。   | △    | 手洗いは徹底しているが、うがいは十分とは言えない。また、流行時にはマスクの着用を促している。  | /    | /    | /    |   |

| 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、喜怒哀楽をともし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。   | △    | 関係づくりに努めているが、まだまだ十分とは言えない。  | /    | /    | /    | 事業所では、家族が行事に参加できるような呼びかけまでは、行えていない。管理者等は、「家族の負担にならないように」との思いもあり、敢えて連絡していない部分もあるが、事業所として、コロナ禍の収束後には、利用者と家族、家族同士の触れ合いの場が提供できるような取組みを期待したい。毎月、利用者の状況を郵送で報告するほか、「はあと新聞」なども同封している。また、職員の異動は、事業所便りを活用して報告しているが、運営上の事柄や出来事の報告は、運営推進会議の中での報告に留まっているため、会議に参加していない家族に会議録を送付するなど、伝達方法を検討して家族に理解が得られることを望みたい。また、毎月「はあと新聞」を送付するほか、3か月に1回の介護計画更新時を活用して、職員が気がかりなことなどを家族に聞いているものの、意見や発言をもらうまでには至っていないため、家族が気軽に相談できるような関係構築に取り組みすることを期待したい。 |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | △    | 家族さんが気軽に訪れる事ができるような雰囲気づくりに努めているが、コロナ禍にあり現状では十分にはできていない。             | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ×    | 家族さんがホームでの活動に参加できるような場面や機会の提供はできていない。                               | ○    | /    | ×    |  |
|                     |                            | d   | 来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等) | ○    | 毎月お手紙で本人の様子を伝えている。また、家族さんが来られた時は、その都度最近の状況を報告している。                  | /    | ◎    | /    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | △    | 家族さん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は把握できている範囲内でしか伝える事ができていない。            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)             | △    | 本人と家族さんとの関係の理解に努めているが、より良い関係を築いていけるような支援はできていない。                    | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | △    | 運営推進会議等で報告してはいるが、内容が十分とは言えず工夫が必要。                                   | /    | ×    | /    |  |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ×    | 家族同士の交流が図られるような働きかけはできていない。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 必要に応じ、今後起こりうるリスクについて家族に説明を行っている。                                    | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | △    | 積極的な声掛けや連絡は行えていない。  | /    | /    | △    |  |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約書を基に説明を行い同意を得ている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                | ○    | 退居に関しては、家族さんと主治医を交え十分な話し合いを行い、納得してもらっている。退居先へスムーズに移れるよう必要な支援を行っている。 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ○    | 入居時に、文書を基に説明を行い同意を得ている。   | /    | /    | /    |  |

| 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。   | △    | 事業所に目的や役割について、改めて説明する機会は作れていない。                          | /    | ◎    | /    | 日常的に、事業所では地域住民との関わりは少なく、地域行事に職員が参加する余裕が持てない状況となっている。運営推進会議には、地域の民生委員等の協力は得られており、評価アンケートも実施することができる。また、コロナ禍の収束後には、利用者が地域とつながりながら暮らすことができるよう、運営推進会議などを活用して地域住民に協力を呼びかけたり、利用者と一緒に地域行事に参加したりするなど、少しずつ地域とのつながりが持てるような取組みを望みたい。   |
|                    |   | 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)      | △    | 地方祭や亥の子等、参加できる行事には参加させてもらっている。日常的な挨拶や町内会・自治会への参加はできていない。 | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | 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。  | △    | 周囲が田んぼや畑で囲まれており、見守りや支援してくれる地域の人を増やす機会が少なくできていない。         | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 周囲が田んぼや畑で囲まれており、気軽に立ち寄りには難しさがある。                         | /    | /    | /    |   |
|                    |   | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | △    | 散歩に出かけた時等に挨拶を行う程度で、日常的な付き合いができていないと言えない。                 | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)                                     | ×    | 近隣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事の支援や働きかけはできていない。          | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | △    | 地域資源の把握がきちんとできておらず、有効活用ができていない。                          | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ×    | 消防との協力はできているが、他施設やスーパー・コンビニ等との関係を深める働きかけができていない。         | /    | /    | /    |   |
| 40                 | 運営推進会議を活かした取組み  | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。  | △    | 参加してもらっているが、参加するメンバーが固定化されている。                           | /    | ○    | △    | 運営推進会議は、全ての家族に案内を送付しているものの、参加される家族は少ない現状がある。あらかじめ会議内容の中に、興味を惹くようなテーマを取り入れたり、案内を工夫して呼びかけたり、事業所の行事と抱き合わせて開催するなど、より多くの参加が得られ、活発な意見交換の場と活用されるような工夫を望みたい。また、外部評価のサービスの評価結果までの報告はできていないため、家族に分かりやすいよう結果を要約して送付するなどの取組みも期待したい。さらに、会議では事業所からの一方的な報告に留まっているため、会議の目的を再認識し、参加者からの意見や提案がもらえるような取組みを期待したい。 |
|                    |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                      | ×    | 外部評価結果について、きちんと報告できていない。                                 | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | △    | 参加者からの意見や提案が少なく、取り組みに活かすまでには至っていない。                      | /    | ◎    | ○    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | △    | テーマに合わせて参加メンバーや日程、時間帯について配慮や工夫ができていない。                   | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 閲覧できるようファイリングし設置している。                                    | /    | /    | /    |   |

| 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。                     | △    | 全ての職員が理念について共通認識を持ち、その理念が浸透しているとはいえない。         |      |      |      |   |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | △    | 家族さんや地域の人たちに理念が十分に伝わっているとはいえない、伝える機会も少ない。      | ○    | ×    |      |   |
| 42                         | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。   | ×    | 一人ひとりの実力とレベルの把握に努めているが、法人外の研修に関して殆ど受けさせられていない。 |      |      |      | 年間計画を立てて法人内研修を実施し、職員は業務に関しての基礎的な学びを得ることができている。事業所として、法人外の他のグループホームと交流できる機会がないため、職員のストレス軽減を含めて人材育成に努めるとともに、キャリアパス制度などを取り入れていることから職員が成長できるフォローをするなど、働きやすい職場環境づくりができることを期待したい。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | △    | 計画的に取り組んでいるとはいえない、不十分な面もある。                    |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                              | △    | キャリアパスを取り入れ説明を行っているが、まだまだ浸透しているとはいえない。         |      |      |      |   |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ×    | 同業者と交流する機会が作れておらず、相互研修などの活動も行っていない。            |      |      |      |   |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | △    | 必要に応じて機会を設けているが、十分とは言えない。                      | ○    | ◎    | △    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ○    | 虐待防止について研修会等を通して勉強し理解している。                     |      |      |      | 虐待防止について、定期的実施する法人内研修などで職員は学んでいる。不適切な行為を発見した場合には、ユニットリーダーや管理者に報告するほか、その都度当該職員に理解してもらおう説明している。   |
|                            |   | 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。  | ○    | なるべく、いつでもケアについて話し合う機会が持てるよう心掛けている。             |      |      |      |   |
|                            |   | 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。                                    | ○    | 不適切な行為があった場合、上司へ報告する事を理解している。                  |      |      | ○    |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 日々、職員とコミュニケーションを図り、疲労やストレスがないか注意を払っている。        |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 研修会等を通して理解に努めているが、全ての職員がきちんと理解できているとはいえない。     |      |      |      |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | その都度、現場で話し合ったり、その時々状況が身体拘束に当たらないか検討している。       |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ○    | 説明し理解してもらえるよう努めている。                            |      |      |      |   |

愛媛県グループホームはあと

| 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。                  | △    | 研修会等を通して理解に努めているが、全ての職員がきちんと理解できているとはいえない。                 |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。       | ×    | 相談があったら情報提供を行う程度で、パンフレットなどの準備はできていない。                      |      |      |      |  |
|       |                       | 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。  | △    | 必要があれば地域包括支援センターや専門機関へ相談するよう努めているが、きちんとした連携体制ができていない。      |      |      |      |  |
| 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。                  | ○    | 緊急時のマニュアルを作成しており、職員へ周知している。                                |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。                                   | △    | 定期的な訓練は行えておらず、実践力が身につけているとはいえない。                           |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。     | ○    | 事故報告・ヒヤリハットについて、個々の事例について各ユニット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。                            | ○    | ミニカンファレンスや申し送り等を通して、個々のケースに対して話し合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。                               | △    | 苦情対応は、窓口として管理者が行っているが、全ての職員がきちんと理解し実行できているとはいえない。          |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ○    | 苦情があった場合は速やかな対応に心掛け、必要に応じて市へ報告・相談している。                     |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 |      | 苦情内容を真摯に受け止め、速やかに対応するようにしている。                              |      |      |      |  |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | △    | 十分な機会が作れているとはいえない、それを伝える機会も少ない。                            |      |      | ○    | 日常の会話や関わりの中で、職員は利用者から意見や要望を聞き取るほか、表情などから読み取るように努めている。家族には、運営推進会議のほか、介護計画の更新時の連絡時を活用して意見を聞き取るようにしている。また、管理者は、「利用者や家族とも、意見の聞き取りが十分ではない」と感じていることもあり、率直な話が聞ける機会を設けるほか、家族との関係性が構築できるような取組みを期待したい。さらに、管理者等は、日常業務の中で職員から話しや意見を聞いており、職員から出された提案をとりあえず実践することで、意見が出やすくなっている。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | △    | 運営推進会議等で意見や要望を聴けるよう努めているが、メンバーが固定化されてしまっており十分に聴けているとは言えない。 | ◎    |      | ○    |  |
|       |                       | 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。                          | ×    | 利用者・家族などが苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供は十分にできていない。                    |      |      |      |  |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | △    | 代表者が自ら現場に足を運ぶ機会が少なく十分とは言えない。                               |      |      |      |  |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | 一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を常に持てるよう努めている。                            |      |      | ○    |  |

愛媛県グループホームはあと

| 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。  | △    | 自己評価し職員間で共有を図っているが、全ての職員に浸透しているとはいえない。             |      |      |      | 外部評価のサービスの評価結果を踏まえた目標達成計画の取組み状況について、運営推進会議を活用して参加メンバーや家族に報告するほか、参加メンバーや家族にモニターをしてもらえるような働きかけをするなどの取組みを期待したい。   |
|       |               | 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。   | △    | 評価結果は職員へ公表しているが、学びの機会としては活かしていない。                  |      |      |      |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | △    | 目標達成計画を作成しているが、事業所全体として取り組んでいるかと言われると不十分である。       |      |      |      |  |
|       |               | 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。                                       | ×    | 実施できていない。  | △    | ×    | ×    |  |
|       |               | 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。  | ×    | 成果の確認ができていない。                                      |      |      |      |  |
| 50    | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)   | ○    | マニュアルを作成し、職員に周知している。                               |      |      |      | 年2回避難訓練を実施しているものの、法人グループの事業所からの協力を留まっている。夜間を想定した訓練では、要介護度の低い利用者からの避難訓練となっている。また、事業所の建物は防災に配慮され利用者等の安心感はあるものの、家族がより安心できるよう地域住民や近隣の事業所などの協力を得ながら訓練を実施したり、防災について話し合ったりする機会を設けたりするなど、支援・協力体制が確保できることような取組みを期待したい。      |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 日中・夜間を想定して訓練を行っている。                                |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | △    | 消火設備等の点検は行っているが、まだまだ不十分である。                        |      |      |      |  |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | ×    | 地域住民の参加が難しく、他の事業所との連携も取れておらず、合同の訓練も行えていない。         | ×    | ×    | ×    |  |
|       |               | 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)                     | ×    |  |      |      |      |  |
| 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) | ×    | 地域に向けた、広報活動や啓発活動ができていない。                           |      |      |      | 以前は、地域の民生委員の紹介で、地域のいきいきサロンに利用者と一緒に参加したこともあり、管理者は、「地域住民との交流の場としても地道にかかわり、相談支援のきっかけになれば」と考えていた矢先に、現在のコロナ過となっている。また、地域包括支援センターには、定期的に認知症サポーターの養成に来てもらうことができている。今後は、地域包括支援センターや社協、市行政などと協働しながら、地域活動が実施できるような取組みを期待したい。 |
|       |               | b   | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。   | ×    | 相談支援の取り組みは行っていない。                                  |      | ○    | △    |  |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×    | 活用できていない。  |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ×    | 実習の受け入れはできていない。                                    |      |      |      |  |
|       |               | e   | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | △    | 地域包括支援センターの認知症行方不明者捜索の訓練に参加する程度で、十分に連携できているとは言えない。 |      |      | ○    |  |

(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

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和 3 年 7 月 27 日   |

【アンケート協力数】※評価機関記入

|            |          |           |
|------------|----------|-----------|
| 家族アンケート    | (回答数) 9名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 3名       |           |

※事業所記入

|          |                  |
|----------|------------------|
| 事業所番号    | 3891500054       |
| 事業所名     | グループホームはあと       |
| (ユニット名)  | B館               |
| 記入者(管理者) |                  |
| 氏名       | 浅倉 貴之            |
| 自己評価作成日  | 令和 2 年 11 月 14 日 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>【事業所理念】</p> <p>私達のホームは入居者の皆様の個性を尊重し、地域と共存し、共に生活することを目指します。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>経過表の記録を充実させるため、研修等を活用し介護記録の書き方を改めて習得しスキル向上を目指す。             <ul style="list-style-type: none"> <li>→施設内研修で介護記録の書き方と目的を実施し、意識付けを図っているがまだまだ十分とは言えず継続が必要。</li> </ul> </li> <li>運営推進会議の内容を見直し、地域や利用者のご家族との繋がりを密なものとする。             <ul style="list-style-type: none"> <li>→コロナ禍にあり十分な対応が取れておらず、十分な活動ができていない。</li> </ul> </li> </ul> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>事業所は、郊外電車の駅の近くで交通の便が良く、交通量の多い道路からは離れたのどかな環境に立地している。広々とした敷地の中にある平屋建ての事業所の建物は、隣接する事業所とも調和し、周辺地域にも違和感なく溶け込んでいる。また、事業所のすぐ近くには母体の医療機関があり、重度化や終末期の医療にも力を入れるなど、利用者や家族の安心につながっているほか、職員も24時間の医療連絡体制で心強い。さらに、今回の外部評価では、「地域アンケート」を実施することはできたものの、多くの回答までには至っていない。今後は、事業所として地域の中で利用者を支えていくことができるよう、地域住民との良好な関係の構築に向けて、引き続き取り組んでいくことを期待したい。</p> |
|---|--|--|

## 評価結果表

| 項目No.                  | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 1                      | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | ○    | 一人ひとりの思いや希望の把握に努め、できる限り本人の意向に添って生活が送れるようにしているが、現状では対応が困難な事もある。                    | ○    | /    | ○    | 毎年、更新している独自のアセスメント表には、項目毎に利用者や家族の希望や意向を聞く欄があり、記録されている。日頃の関わりの中で、職員は利用者から思いなどを聞き取るほか、意思を伝えることが難しい利用者には表情などから推し量り、把握できるよう努めている。また、家族には、介護計画の更新時や面会時を活用して、職員は思いや意向などを聞き取るようにしている。                           |
|                        |  | 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。   | △    | 日々の生活での関わりの中で、本人の行動や表情から意向を把握できるよう努めているが、家族さんの意向や職員の意見が強くなる事がある。                  | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。                                      | △    | よく面会に来られる家族さんに対しては話し合う機会があるが、遠方であったり面会が難しい家族さんに対しては電話等でやり取りは行っているが、話し合いまではできていない。 | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。   | △    | 個別のケース記録を行っているが、細かな部分まできちんと記録ができていない事がある。   | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。   | ○    | 職員間で話し合い留意しているが、どこまで本人の思いを汲みとれているかは判断が難しい。  | /    | /    | /    |  |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | △    | 入居時に本人や家族さんから聴いており、必要に応じ面会時や電話等で把握できるよう心掛けているが、把握できる情報には個人差がある。                   | /    | /    | △    | 入居の際に、職員は利用者や家族から生活歴などを聞き取るほか、これまで関わってきた関係機関の担当者などから情報を得ている。入居後にも、面会の家族や知人などから新たな情報を聞き取り、把握した内容はアセスメント表に赤色の文字で追記して共有するようにしている。また、管理者は、「利用者や家族の関係性などから得られる情報には、個人差がある」と感じており、さらに利用者への理解が深められるような工夫を期待したい。 |
|                        |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 本人が現在できることを日々の生活の中で把握に努め、職員間で共有してできることをしてもらっている。                                  | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。  | ○    | 一人ひとりの日々の生活の中で、心身の状態の変化の把握に努めている。   | /    | /    | /    |  |
|                        |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | ○    | 行動や言動、表情等から汲み取れるように努め、職員間で情報を共有している。  | /    | /    | /    |  |
|                        |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | ケース記録や業務日誌、申し送り等で情報を共有し、日々の変化を把握できるよう努めている。                                       | /    | /    | /    |  |
| 3                      | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | △    | ミニカンファレンス等で話し合いを行っているが、職員間での意見交換に止まってしまっている。                                      | /    | /    | ○    | 事業所では、訪問診療の1週間前にミニカンファレンスを開催し、職員間で情報共有した内容を、気づきシート①「気づいた点」、②「本人が困っていること、してあげたいこと」などにまとめている。その情報を訪問診療時に提供して、主治医や看護師、薬剤師を交えて意見交換を行い、本人の視点でのサービスが提供できるよう検討している。   |
|                        |  | 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。   | △    | 本人の思いや家族さんの希望を基に、ミニカンファレンス等で検討している。   | /    | /    | /    |  |
|                        |  | c   | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。   | ○    | 検討した内容に基づいて、話し合いを行っている。   | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホームはあと

| 項目No. | 評価項目                     | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|--------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 4     | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ○    | 本人や家族さんの意向、職員の意見も踏まえ現状に合わせた介護計画を作成している。                           | /    | /    | /    | カンファレンスは、訪問診療時に主治医を交えて開催している。事前に収集した利用者や家族の意見のほか、職員の意見やアイデアなどを共有して話し合い、それぞれの思いを反映した介護計画が作成できるよう取り組んでいる。   |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | △    | 家族さんによっては職員にお任せになってしまっている事もあり、きちんと意見やアイデアが反映できているとは一概には言えない。      | ○    | /    | ○    |   |
|       |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ○    | 重度の方でも、できる限りホール等で過ごせる機会を作れるようプランを立てている。                           | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                                 | ×    | 職員にお任せになってしまっていたり、地域との協力体制等が難しくできていない。                            | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 介護計画の内容把握や理解が十分にできているとはいえず、職員間で共有できるよう努めているが伝わりきれていない。            | /    | /    | ○    | 一人ひとりの介護計画の内容は、ミニカンファレンスの中で情報共有しているほか、サービス計画書を一纏めにして、すぐに職員が確認できるようにしている。計画に基づいた支援の実施状況はケアチェック表で確認しているものの、モニタリングの根拠となる記録までには至っていない。また、利用者の日々の暮らしの様子や職員の気づきや工夫などを記載した介護記録は、前回の目標達成計画に掲げて取り組んできたものの、管理者は、「まだまだ不十分」と感じていることもあり、継続した取組みを期待したい。 |
|       |                          | 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。             | △    | 記録を行っているが、振り返りに関しては不十分な面がある。                                      | /    | /    | △    |   |
|       |                          | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。          | △    | 個別の記録を行っているが、具体的な内容が少なく十分とは言えない。                                  | /    | /    | △    |   |
|       |                          | 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。                                    | △    | 気づきシートを使って記録し共有を図っているが、工夫やアイデアといった部分はまだまだ不十分である。                  | /    | /    | △    |   |
| 6     | 現状に即した介護計画の見直し           | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。  | ○    | 3ヶ月に1度見直しを行っている。また、本人の状態に変化が現れた時は、その都度見直しを行っている。                  | /    | /    | ○    | 介護計画は、3か月毎に見直しをしている。介護計画に沿ったケアチェックは毎日実施できていることもあり、毎月の現状確認と評価につなげられることを望みたい。また、利用者の状況に変化が見られた場合には、状況に応じて関係者で話し合い、新たな介護計画を作成している。   |
|       |                          | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。  | ×    | 状況に変化がみられない場合は、月1回の現状確認はできていない。                                   | /    | /    | △    |   |
|       |                          | 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。       | ○    | 状態に変化があった場合には、その都度見直しを行い新たに介護計画を作成しているが、家族等やその他の関係者等を上手く巻き込めていない。 | /    | /    | ○    |   |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | △    | 定期的、緊急時とも、その日に出勤している職員を中心に話し合いを行っている。                             | /    | /    | ○    | 毎月のミニカンファレンスは、訪問診療の約1週間前の職員が集まりやすい日を設定して開催している。参加できない職員には、事前に気づきシートで意見をもらっている。緊急時の話し合いは、当日出勤職員で実施している。また、会議の内容は、業務日誌を確認のほか、口頭での申し送りに留まっているため、伝達状況の確認まではできていない。今後は、会議等で話し合われた内容の議事録を作成して記録を残すなど、会議内容を正確に伝達できる仕組みづくりを期待したい。                 |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | ○    | 意見交換がし易いよう、一人ひとりに話を振ったり、気づきシートを使ってその場では発言し辛い職員からも意見を聴けるよう工夫している。  | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                        | ○    | できる限り多くの職員が参加できる日を決めて行っている。                                       | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                                 | △    | 口頭での伝達で終わる事が多く、十分とは言えない。  | /    | /    | △    |   |
| 8     | 確実な申し送り、情報伝達             | a   | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                               | △    | 申し送りや、重要な内容は業務日誌を使って共有しているが、正確な伝達できていない事がある。                      | /    | /    | △    | 日々の申し送りは実施しているものの、業務日誌での確認や口頭での申し送りに留まっているため、確実な伝達が行えていない。職員は、出勤後に業務日誌や会議録等を確認し、確認後には署名や捺印することを習慣づけるなど、確実な伝達に向けた仕組みづくりを期待したい。   |
|       |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)    | △    | 日々の申し送りで十分に伝わっていなかったり、必要な情報が抜けている事があるので、十分とは言えない。                 | ○    | /    | /    |   |

| 項目 No.    | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-----------|-------------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| (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。   | △    | 一人ひとりの「その日したいこと」の把握に努めているが、対応はできていない。                              | /    | /    | /    | 入浴や睡眠、排泄のタイミングなど、職員は利用者へ声をかけて確認し、自己決定できるよう努めている。着替え時の衣服は、事前に職員が数種類選んで利用者へ「どの服を着ますか」などと聞き、利用者本人に選んでもらっている。また、飲み物の湯茶なども、メニューを提示して選んでもらうこともある。さらに、職員は利用者へ興味のある話題を提供したり、得意なことをしてもらったりなど、一人ひとりに合わせた声かけを工夫しながら、利用者の活き活きした表情を引き出すよう努めている。 |
|           |                         | 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)  | ○    | 可能な限り自身で決定できるよう支援している。意思決定が困難な利用者さんには、声掛けや本人の表情等から読み取れるよう努めている。    | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。  | △    | 一人ひとりの思いや希望の理解に努め、その人に合わせた支援を行っているが、職員全員がきちんと実施できているとはいえない。        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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)   | △    | 可能な限り本人のペースに合わせて支援ができるよう努めているが、日々の業務に追われ疎かになっている事が多い。              | /    | /    | /    |  |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。   | ○    | 一人ひとりに合わせた声掛けを行い、ゆったりとした雰囲気づくりを心掛けている。                             | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。   | ○    | 表情や反応から少しでも本人の意向を読み取れるよう心掛けている。                                    | /    | /    | /    |  |
| 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かけや態度等について、常に意識して行動している。   | △    | 言葉遣いや態度に気を付け行動しているが、全ての職員ができていないと難しい配慮に欠けてしまっている事もある。              | ○    | ◎    | △    | 法人内研修の年間計画の中に、人権や尊厳などのテーマを設け、職員に学ぶ機会を作っている。管理者は、「声かけや態度について、全ての職員が意識して実践できているとはいえず、人員不足による多忙な業務の中で不適切な場面もある」と感じており、不適切と思われるケアが見られた場合には、管理者からその都度職員に声かけをしている。また、居室への出入りは、利用者へ声をかけて確認のうえ入室しており、職員の不必要な入室はしないようにしている。                 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。  | △    | 意識して行動しているが、全ての職員ができていないと難しい。また、業務に追われていたりすると疎かになってしまう事がある。        | /    | /    | △    |  |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。  | ○    | 羞恥心やプライバシーに十分配慮し行動しているが、業務に追われていたりすると疎かになってしまう事がある。                | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 不必要な入室は避け、本人への声掛けを行い確認を取っている。                                      | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ○    | 全ての職員がきちんと理解して実行できているとはいえないが、プライバシー保護や個人情報保護について理解、遵守に努めている。       | /    | /    | /    |  |
| 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、利用者へ助けを求めたり教えをもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。  | ○    | 家事(掃除、洗濯、炊事等)で利用者へ手伝わってもらい、その行為が終わったら感謝の気持ちを伝えるようにしている。            | /    | /    | /    | 職員は、利用者同士の関係性の把握に努めており、トラブルを未然に防げるよう努めている。また、職員は、利用者同士が関わり合えるような配席に考慮するとともに、見守りを行っている。   |
|           |                         | 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。   | ○    | 職員が間に入ったり、見守りを行い利用者同士が支え合って暮らしていけるよう支援している。                        | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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い場面をつくる等)。 | ○    | 座席の位置を工夫したり、見守りを行う中でトラブルになりそうな時は間に入り対応している。また、利用者同士の関係性の把握にも努めている。 | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | d   | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者へ不安や支障を生じさせないようにしている。  | ○    | トラブルを未然に防げるよう、必要な時は職員が間に入り場面を変えたり気分転換を図る等の配慮をしている。                 | /    | /    | /    |  |

| 項目 No. | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|--------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 12     | 馴染みの人や場との関係継続の支援  | a   | これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。   | △    | 入居時に話を聴き情報収集に努めているが、細かな人間関係までは把握できていない。  |      |      |      |  |
|        |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | △    | 地域との関係や馴染みの場所については、利用者さんによって把握できる情報に差があり、曖昧な事も多量と把握できているとはいえない。                              |      |      |      |  |
|        |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ×    | コロナ禍にあり、感染症予防の観点から制限している部分があり、殆どできていない。  |      |      |      |  |
|        |                   | 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。  | △    | コロナ禍にあり、感染症予防の観点から制限している部分があり、十分ではない。  |      |      |      |  |
| 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) | △    | コロナ禍にあり、ドライブや密にならない野外での散歩程度となっている。また、外出が嫌いな方は1日室内で過ごされている。重度の方は、無理のない程度に日向ぼっこを行っている。         | △    | ○    | ○    | 現在のコロナ禍において、事業所では利用者の外出できる頻度が少なくなっているものの、少人数でドライブに出かけたり、事業所周辺を散歩したりできるよう支援している。寝たきりの利用者には、職員が体調やタイミングを見計らいながら、日向ぼっこや朝夕の外気浴で、気分転換を図っている。  |
|        |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ×    | 地域の人やボランティア等を活用しての外出支援はできていない。   |      |      |      |  |
|        |                   | 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。   | △    | 本人の体調に合わせ、できる限り戸外で過ごせる機会を作れるよう努めている。   |      |      | △    |  |
|        |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ×    | 家族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への外出はできていない。   |      |      |      |  |
| 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。   | △    | 認知症やBPSDに対する理解を図っているが、認知症だけでなく精神疾患を患っているケースもあり、その時の気分によって上手くいった事も上手くいかなかった事もあり、対応が難しくなる事がある。 |      |      |      | 事業所では、なるべく食事の最初は利用者自身で食べてもらえるようおにぎりなどの形態にしたり、自分で歩きたい利用者には、危険のないよう動きやすい環境を整えたりするなど、できることが継続できるような環境づくりに取り組んでいる。また、職員は、利用者本人のできることやできそうなことは、自身でしてもらうよう心がけているものの、つい声や手を出してしまうこともある。             |
|        |                   | 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。                                | △    | 認知症によるものと疾患によるものとの区別がきちんとできていない職員もあり、適切な維持・向上が図れているとはいえない。                                   |      |      |      |  |
|        |                   | 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)   | △    | なるべく、本人のできる事、できそうな事に対しては声掛けや一緒に行う事で維持に努めているが、つい手が出てしまう事がある。                                  | ○    |      | ○    |  |
| 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。   | ○    | 一人ひとりの有する力の把握に努めており、日々の生活の中からも新たな発見があれば、職員間で情報を共有している。                                       |      |      |      | 洗濯物たたみやチラシを折ってゴミ箱を作ってくれる利用者や、毎日のラジオ体操の時にみんなの前でしてくれる利用者もいる。職員は利用者の役割や出番づくりにも努め、張り合いや喜びに繋がるよう努めている。また、一部の利用者に留まっているため、ちょっとしたできる役割をしてもらうなど、アセスメントを深めて、より多くの利用者が張り合いや喜びを実感しながら生活できるような取組みを期待したい。 |
|        |                   | 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。  | △    | 一人ひとり役割や楽しみをもって生活が送れるよう支援している。だが、全ての方に対して役割や楽しみごとを作ることは難しく、上手くいかない事がある。                      | ○    | ○    | △    |  |
|        |                   | c   | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。  | ×    | 地域の中で役割や出番、楽しみが持てる支援は行っていない。   |      |      |      |  |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 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。  | △    | 自分で選ぶことができる方は好みに合わせて身だしなみを整えてもらっている。だが、重度の方は職員が選ぶ事が多い。  |      |      |      | 着衣の乱れや汚れに気づいた場合には、他の利用者がいる場ではなく、動き出したタイミングなどを見計らって職員が声をかけ、さりげないフォローをするようにしている。食事時などに汚れる可能性があれば、職員は事前にタオルでカバーするなどの対応もしている。また、重度な利用者にも、職員は家族に利用者の好みを聞き、本人らしい身だしなみや整容となるような支援に努めている。さらに、訪問理美容では、利用者にかットや髭剃りなどの好みを聞いて合わせてもらうほか、白髪染めの対応もするなど、利用者には喜ばれることもある。   |
|       |                | 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。   | ○    | 家族さんの協力を得ながら、本人の好みの服装や持ち物で整えられるよう支援している。  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。   | ○    | 自己決定が難しい方には、声掛けと一緒に考える事で本人の気持ちに添えるよう努めている。  |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | △    | 季節に合った服装を心掛けているが、その人らしさの工夫はできていない。  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりけが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)                                       | △    | 衣類の着方が間違っていたり汚れがみられたら、さりげなくフォローしている。だが、髭剃りは不十分な事がある。  | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | △    | 行きつけの理容・美容室へ行かれる方は殆どいない。ホームへ毎月第2金曜日に訪問があり、そちらを利用されている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | 重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。   | ○    | できる限り、本人らしさに気を付けた髪形や服装になるよう支援している。  |      |      | ○    |   |
|       |                |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 17    | 食事を楽しむことのできる支援 | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。  | ○    | 食事の準備や片付け等、一緒にできる方と行い支援している。  |      |      |      | 事業所では、職員体制の関係でユニットでの食事づくりが困難となり、業者の配食サービスを活用している。事業所内では、炊飯と汁物のみを作り、食材を温めるなどの盛り付けをしている。職員は調理の手間が省けたこともあり、利用者に調理の下ごしらえなどを手伝ってもらう機会がほとんどなくなったものの、手作りのおやつの際には利用者に一緒に手伝ってもらいながら作ることもある。業者から、3週間前にメニューが届き、アレルギーの場合には発注書に記入して、食材を変更することもできる。茶碗や箸、コップなどは、利用者の使い慣れた物を使用しているほか、身体状況の変化に伴って、使いやすい物に変更している。また、管理者は、「茶碗などは、軽いプラスチック製ではなく、きちんと重みを感じてほしい」と思っている。現在のコロナ禍において、利用者と一緒に食事を摂ることは控え、職員は見守りや介助に徹しているものの、利用者と同じ食事を食べている。重度の利用者で、経管栄養の場合には居室で対応しているものの、事業所では寝食別を心がけて食事前にはリビングで過ごしてもらい、配膳の様子や匂いで食事の雰囲気を感じることができる。さらに、業者からは、栄養バランスの取れた高齢者向けの食材が届けられるものの、食事形態などはカンファレンス時に話し合い、事業所で手を加えている。 |
|       |                | 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。  | △    | 買い物や食材選びはできていないが、調理や後片付け等できる事は利用者と一緒にやっている。   |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | ○    | できる事は一緒に行うよう心掛け、行った後は必ず感謝の気持ちを伝えるようにしている。   |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ○    | 入居時に嗜好の有無を確認しており、入居後も好きな物、嫌いなものがあれば職員間で情報を共有している。   |      |      |      |   |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔ながらの味のものを取り入れている。                     | ○    | なるべく季節感を感じられる献立や食材を使えるよう心掛けている。ひじきや切り干し大根など、昔からよく食べられている食材も取り入れるようにしている。                          |      |      | △    |   |
|       |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせて調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | △    | 一人ひとりの嚥下状態に合わせて、主治医、職員間で相談しながら食形態を決めている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。   | ○    | なるべく本人の使い慣れたものを使用するよう努めている。また、本人の身体機能に合わせて、軽いものや割れにくいものを選択するようにしている。                              |      |      | ○    |   |
|       |                | 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やっている。                 | △    | なるべく一緒に食卓を囲んで一緒に食事をするよう努めているが、業務に追われ同じ時間に食べる事ができない事が多い。   |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                             | △    | 利用者の方が過ごすホールで調理を行っており、献立を伝えたり調理中の音やにおい等で雰囲気づくりに配慮している。  |      | ○    | ○    |   |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                   | △    | 十分な食事が摂取できるように努めている。水分は、1200mlを目標として、飲み物や飲み方を工夫している。  |      |      |      |   |
|       |                | k   | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                         | ○    | 食事の摂取量が少なかったり十分ではない場合は、主治医と相談し栄養補助食品(ラコール、エンシュア等)で補助している。寒天ゼリーやアイスクリーム、プリン等のカロリーの高い食品を食べてもらう事もある。 |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | △    | 献立に偏りがないよう配慮しているが、定期的な話し合いは行っていない。  |      |      | ○    |   |
|       |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ○    | 食材の賞味期限や状態を確認して使用しており、調理器具の衛生管理にも気を付けている。   |      |      |      |   |

| 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。  | △    | 口腔ケアの必要性や重要性の理解に努めているが、全ての職員に浸透しているとはいえない。   |      |      |      | 毎食後、職員は利用者に声をかけ、歯磨きなどの口腔ケアを実施している。介助が必要な利用者には、職員がモアブラシを使用したり、噛む利用者には指ガードを使った対応もしたりしている。自分で口腔ケアができる利用者には、職員が後で確認するほか、磨き残しがある場合には再度磨き直しをてもらっているものの、十分な口腔内の状態の確認やケアの実施までには至っていない。今後、職員は口腔ケアの必要性や重要性を再認識し、全ての利用者の口腔内の清潔保持に努めることを望みたい。 |
|       |                | 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。  | △    | 自分で口腔ケアをされる方は確認ができていない。また、拒否が強い方も十分に確認がとれていない。   |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。  | △    | 不定期で協力歯科医院から研修を受けているが、きちんと活かすことができていない。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 自分で行える方は声掛けにて対応し、自分で行えない方は職員が行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                           | △    | 食後に声掛けを行い、必要に応じ誘導や介助にて支援している。だが、拒否が強い方や行為が自立されている方の口腔内のチェックは不十分である。                    |      |      | △    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 異常があれば主治医へ相談し、家族さんへ報告して協力歯科医院への受診を行っている。また、受診が難しい場合は、訪問診療にて対応している。                     |      |      |      |   |
| 19    | 排泄の自立支援        | a   | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                       | △    | 理解しているが、おむつ使用による心身へのダメージまでは深く理解できていない。   |      |      |      | 事業所では、重度化によりおむつを使用している利用者も多いものの、座位が取れる状態の利用者には、職員がトイレでの排泄介助をしている。また、排泄チェック表で確認して、職員は声かけや誘導しており、パッドの汚染もなく過ごせている利用者もいる。さらに、おむつなどの排泄用品の使用に関しては、利用者の状態に合わせて、家族とも相談しながら選定している。   |
|       |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。   | △    | 一般常識の範囲程度に止まっている職員も多く、きちんと理解できていない。  |      |      |      |   |
|       |                | 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)  | ○    | 一人ひとりの排泄状況をチェック表を用いて、おおよその排泄パターンを把握している。   |      |      |      |   |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時の状態にあった支援を行っている。                            | △    | トイレで用が足せるよう、一人ひとりの状態に合わせてパットやオムツを選択しているが、必要性や適切性についての見直しはきちんとできていない。                   | ◎    |      | ○    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人の状態によって、動作や方法考え改善できるように努めている。  |      |      |      |   |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ○    | チェック表を確認しながら、個々に合わせて声掛けや誘導を行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時的に選択するのではなく、どういつ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。 | △    | おむつ類は必要性が現れた場合に、家族さんへ連絡し相談の上使用している。使用するものも、家族さんが用意される事もあるが、施設側で用意することが多く好みでの選択はできていない。 |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ○    | 本人の排泄状況や排泄量に合わせて使用している。  |      |      |      |   |
|       |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)   | △    | 水分摂取を促したり、腹部マッサージや散歩等を行い工夫しているが、全ての方にできていないとは言えず十分ではない。                                |      |      |      |   |
| 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)  | △    | 時間帯や曜日などは職員が決めており、拒否される方や本人が入浴を希望された場合は、できる限り希望に沿うように努めている。                            | ◎    |      | ○    | 利用者は、週3回入浴することができる。重度で入浴介助が必要な利用者も多く、利用者の身体状況に合わせてリフト浴も活用しながら、安全な入浴支援に努めている。また、事業所として、あらかじめ入浴できる曜日や時間帯の予定を立てているものの、利用者の一歩風呂などの希望を聞きながら、可能な限り対応している。   |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ○    | 体調に注意しながら、ゆっくりと入浴できるよう支援している。  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ○    | 本人にできる事はしてもらい、不十分であったりできない事は声掛けや介助を行っている。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。   | ○    | 入浴を拒む方に対しては、声掛けや方法を工夫したり日を変えたりしながら、本人が納得して入浴できるよう支援している。                               |      |      |      |   |
|       |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。   | ○    | 毎朝、バイタルチェックを行っており、その日の体調に考慮しながら、必要に応じ再度バイタルチェックを行い日程調整を行っている。入浴後もしっかりと状態観察を行っている。      |      |      |      |   |

| 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   |
|-------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| 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。  | ○    | 就寝や起床時間を個別に記録しており、把握できている。  | /    | /    | /    | 事業所には夜眠れない利用者もいるが、リビングでテレビを見て職員と一緒に過ごすなどの対応をしている。事業所では、自然な睡眠のリズムが取れるような支援に努めており、日中昼寝などをする利用者もいるが、できるだけ薬剤に頼らない支援をしている。  |
|       |                | 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。                         | ○    | 眠れない場合は、無理に休んでもらうのではなく、ホールや居室など本人が過ごしやすい場所でリラックスしてもらう工夫をしている。         | /    | /    | /    |  |
|       |                | c   | 睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。    | △    | 睡眠状態を確認しながら、主治医と相談し対応している。また、薬剤を使用する場合は使用する事での注意事項を確認し、状況報告をして相談している。 | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | ○    | 一人ひとりの生活リズムに合わせて、必要に応じ心身を休める場面をとれるように心掛けている。                          | /    | /    | /    |  |
| 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。   | ○    | 希望があれば、電話をしたり手紙のやり取りができるよう支援している。                                     | /    | /    | /    |  |
|       |                | b   | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。                                     | ×    | 意思疎通の難し方に対しては、促したり必要な手助けができていない。                                      | /    | /    | /    |  |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 本人から希望があれば、可能な限り希望に沿えるようにしている。  | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。   | ○    | 届いた手紙や葉書は本人に直接渡しており、本人から希望があれば返事を返せるよう支援している。                         | /    | /    | /    |  |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | △    | 家族の状況に合わせて、理解や協力をお願いしている。   | /    | /    | /    |  |
| 23    | お金の所持や使うことの支援  | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。  | △    | 理解してはいるが、本人がお金を所持する事での紛失や、いくらあったなかつたといったトラブルへの心配や関心が強い。               | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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。   | ×    | 日常的に機会が作れておらず、コロナ禍にあり一緒に買い物に出かける機会が殆どない。                              | /    | /    | /    |  |
|       |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | ×    | コロナ禍にあり、日常的な買い物ができておらず、協力を得る働きかけも行えてない。                               | /    | /    | /    |  |
|       |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | △    | どうしても本人が少額でも持っていないと落ち着かない、といったケースがあれば、家族さんと相談しながら同意を得られた場合は行っている。     | /    | /    | /    |  |
|       |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | 入居時に説明を行っている。   | /    | /    | /    |  |
|       |                | 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)。         | ○    | 入居時に説明を行っており、同意を得ている。また、個別に出納帳を作成しており、毎月お手紙と一緒にコピーを送付している。            | /    | /    | /    |  |
| 24    | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々へのニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                           | ○    | 本人や家族さんの希望に沿って、外出や外泊、他科受診等の支援を行っている。                                  | ○    | /    | ○    | 母体医院以外の他院への受診は、基本的に家族やヘルパーに依頼し、職員は介護タクシーの手配などを行っているものの、緊急を要する場合には職員が受診対応をすることもある。また、コロナ禍において、事業では面会制限が設けられているものの、配偶者の通夜に参列できるよう配慮したこともある。コロナ禍が落ち着いてきた段階で、ワクチン2回接種で県内在住の家族には、面会できるよう緩和している。 |

| 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>(3)生活環境づくり</b> |                   |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 25                | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | △    | 敷地内に入口が2つある為、どちらか分からず訪ねて来られる事があり分かりにくい部分がある。   | ◎    | ◎    | ○    | 事業所の両隣には、民家でない他の事業所の建物があり、建物外観も親しみやすく周辺に馴染んでいる。事業所の建物は平屋で、左右対称にユニットの玄関があり、道路に面して明るい雰囲気でありやすくなっている。  |
| 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、必要なものを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。) | △    | 共有空間に関しては、季節の花を飾ったり壁に季節感のあるものを飾る事もあるが、比較的簡単なイメージに落ち着いている。  | ○    | ◎    | ○    | 広々としたリビングにはテーブルやソファが置かれ、利用者はゆったりとテレビを見ながら過ごしているほか、車いすの利用者も動きやすい環境となっている。水槽や七夕飾りが、利用者や来訪者に季節を感じさせており、毎月発行している「はあと、つじい、デイ便り」にも様子が掲載されている。また、利用者がチラシで作るごみ箱、ピアノなどは、利用者の能動的な言動も引き出してきている。廊下は表札のみで、やや殺風景な感じも否めないが、利用者が安全に移動できる空間となっている。さらに、毎日職員が事業所内を掃除し、清潔な空間が提供されている。 |
|                   |                   | 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。   | ○    | 毎朝、職員が掃除を行っており、トイレには芳香剤を置き臭いにも注意している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | 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。   | ○    | 外へ出て季節の移り変わりを感じてもらったり、季節の花を飾る等で居心地よく過ごせるよう努めている。   |      |      |      |   |
|                   |                   | 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。  | ○    | 気の合う人と過ごせるよう座席を工夫したり、居室やホールへの出入りを自由にしておき配慮している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。  | △    | 共有空間から繋がっているため、使用時はドアを開け忘れないよう気を付けている。   |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 本人の使い慣れたものを持ってきてもらっているが、個人によって差があり、必要なものだけになってしまっている場合もある。   | ○    |      | ○    | 居室はエアコンやベッド、たんすが常備されているほか、様々な絵画も飾られている。自宅からテレビや家具を持ち込んで、植物を飾ったりしている居室もあり、事業所では利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。  |
| 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。  | △    | 日々の生活の中で、なるべく危険性を下げる配慮を行い、安全に行動できるようにしている。   |      |      | ○    | トイレには分かりやすいよう表示をしているほか、利用者によっては居室の表札を大きくして間違わないよう工夫している。また、利用者が安全に移動できるよう廊下には物を置かず、廊下の端には歩行訓練する利用者が休めるように、いすを配置している。  |
|                   |                   | 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。   | ○    | 職員同士で情報を共有し、配置等を工夫している。  |      |      |      |   |
|                   |                   | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ぼうき、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)   | △    | 物によっては、すぐに手の届かない所に置いてあることがあり、活動意欲を触発まではできていない。   |      |      |      |   |
| 29                | 鍵をかけないケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態でも暮らすことへの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                  | △    | 全ての職員が理解し実行できているとはいえない。日中は基本玄関を施錠していないが、内側の戸は施錠してあるため十分な配慮ができていない。また、常に十分な見守りを行う事が難しく、業務に追われて目が届かない面もある。 | ◎    | ◎    | △    | 玄関は網戸仕様で施錠されていないが、ユニットの出入り口やユニット間のドアは施錠され、利用者が自由に出入りできる環境となっていない。職員は、鍵をかけることの弊害は理解しているものの、利用者の見守りの体制が確保できていないため、家族の理解を得て施錠している。今後は、事業所として、利用者の安全を担保しつつ、自由な生活が提供できるような工夫を望みたい。   |
|                   |                   | 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。  | ×    | 話し合いはできていない。   |      |      |      |   |
|                   |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、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)。  | △    | 玄関に報知器があり、近くへ行くと音が鳴り聞こえるようになっている。近隣の理解や協力を得る取り組みはできていない。   |      |      |      |   |

| 項目 No.           | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|---|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 病歴や現病の把握に努めており、主治医から留意事項等についても指導してもらっている。                                       | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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、バイタルチェックを行っており、いつもと違う行動や変化がみられた場合は、個別に記録として残しており、必要に応じ申し送りや日誌等を使い早期発見に努めている。 | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等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。                                  | ○    | きちんと医療連携ができており、24時間いつでも連絡が取れる状況にある。   | /    | /    | /    |                            |
| 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を受診できるよう支援している。   | ○    | 母体が病院の為、基本的にはそちらで診てもらっているが、家族さんから希望がある場合は主治医へ報告し紹介状を書いてもらい、希望する医療機関へ受診してもらっている。 | ◎    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 入居時に説明し、母体である病院の医師がかかりつけ医となっている。かかりつけ医とは、しっかりと連携が取れており、適切な医療を受けられるよう支援している。     | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 通院方法は家族へ連絡し確認を取っている。受診結果の内容は家族さんから聴いたり、紹介状がある場合はその返事を確認する事で情報を共有している。           | /    | /    | /    |                            |
| 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。  | ○    | 入院時には、介護サマリーを作成している。必要に応じ電話連絡での情報提供もやっている。                                      | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | 必要に応じ面会に行ったり、病院関係者に可能な範囲で状況を聴いている。  | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | △    | 母体である病院とはしっかりと関係が作れているが、それ以外の病院関係者との関係づくりはできていない。                               | /    | /    | /    |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ○    | 日頃の関わりの中で、変化があれば看護師や主治医へ報告し相談している。  | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 母体が病院である為、いつでも連絡し相談できる体制となっている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                                     | ○    | 毎朝、バイタルチェックを行っており、変化があれば報告・相談し早期発見・治療に繋げている。                                    | /    | /    | /    |                            |
| 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。   | ○    | 薬情等を確認しており、ある程度理解できている。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 利用者ごとに朝・昼・夕・眠前と一包化されており、本人確認を行い服薬を行っている。  | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 日頃からしっかりと確認を行い、変化があれば主治医へ報告し相談している。   | /    | /    | /    |                            |
|                  |                  | 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。  | ○    | 状態に変化があれば、その都度主治医へ報告しており、情報提供ができています。   | /    | /    | /    |                            |

| 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。                        | ○    | 入居時に説明し確認をしている。また、状態に変化があれば状況に応じ主治医や家族と今後の事について話し合っている。                                   | /    | /    | /    | 母体法人が医療機関であり、看取り支援にも積極的に取り組んでいる。事業所には、「重度化した場合における対応に関する指針」があり、入居時に利用者や家族に説明するほか、急変時や終末期等にも説明している。また、利用者の状況に応じて、家族や医療機関等の関係者を交えて話し合い、方針を共有しながら支援している。さらに、事業所では、定期的に職場内研修の中で、看取り介護などを取り上げた研修を実施している。 |
|        |             | 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。                                 | ○    | 重度化における指針に基づいて、主治医・家族・職員で方針を共有し、同意を得ている。  | ◎    |      | ○    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | 把握に努め、必要に応じ主治医や看護師と話し合い、どこまでの支援ができるかを見極めている。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 入居時や、重度化した場合等に、主治医・家族を含めた話し合いの中で、できる事・できない事の説明を行っている。                                     | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | ○    | 今後起こりうる変化については、主治医や看護師より説明を受けており、いつでも連絡できるよう調整している。変化があれば、家族さんへ報告を行い必要に応じ主治医とも話し合いを行っている。 | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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)  | △    | 相談があれば、話し合い支援を行っているが十分とはいえない。   | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 外部や内部での研修を通して学んでいる。   | /    | /    | /    |   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | 感染症マニュアルを作成し、いつでも閲覧できるようにしているが、日頃からの訓練まではできていない。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | c   | 保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。                          | ○    | 市役所や包括からのメールで情報が送られてきているので、資料を職員が閲覧できるようにしている。  | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 市役所や包括からのメールで情報が送られてきている。対応には、主治医に相談している。   | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。   | △    | 手洗いは徹底しているが、うがいは十分とは言えない。また、流行時にはマスクの着用を促している。  | /    | /    | /    |   |

| 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、喜怒哀楽をともし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。   | △    | 関係づくりに努めているが、まだまだ十分とは言えない。  | /    | /    | /    | 事業所では、家族が行事に参加できるような呼びかけまでは、行えていない。管理者等は、「家族の負担にならないように」との思いもあり、敢えて連絡していない部分もあるが、事業所として、コロナ禍の収束後には、利用者と家族、家族同士の触れ合いの場が提供できるような取組みを期待したい。毎月、利用者の状況を郵送で報告するほか、「はあと新聞」なども同封している。また、職員の異動は、事業所便りを活用して報告しているが、運営上の事柄や出来事の報告は、運営推進会議の中での報告に留まっているため、会議に参加していない家族に会議録を送付するなど、伝達方法を検討して家族に理解が得られることを望みたい。また、毎月「はあと新聞」を送付するほか、3か月に1回の介護計画更新時を活用して、職員が気がかりなことなどを家族に聞いているものの、意見や発言をもらうまでには至っていないため、家族が気軽に相談できるような関係構築に取り組みすることを期待したい。 |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | △    | 家族さんが気軽に訪れる事ができるような雰囲気づくりに努めているが、コロナ禍にあり現状では十分にはできていない。             | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ×    | 家族さんがホームでの活動に参加できるような場面や機会の提供はできていない。                               | ○    | /    | ×    |  |
|                     |                            | d   | 来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等) | ○    | 毎月お手紙で本人の様子を伝えている。また、家族さんが来られた時は、その都度最近の状況を報告している。                  | /    | ◎    | /    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | △    | 家族さん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は把握できている範囲内でしか伝える事ができていない。            | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)             | △    | 本人と家族さんとの関係の理解に努めているが、より良い関係を築いていけるような支援はできていない。                    | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | △    | 運営推進会議等で報告してはいるが、内容が十分とは言えず工夫が必要。                                   | /    | ×    | /    |  |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ×    | 家族同士の交流が図られるような働きかけはできていない。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 必要に応じ、今後起こりうるリスクについて家族に説明を行っている。                                    | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | △    | 積極的な声掛けや連絡は行えていない。  | /    | /    | △    |  |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約書を基に説明を行い同意を得ている。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                | ○    | 退居に関しては、家族さんと主治医を交え十分な話し合いを行い、納得してもらっている。退居先へスムーズに移れるよう必要な支援を行っている。 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ○    | 入居時に、文書を基に説明を行い同意を得ている。   | /    | /    | /    |  |

| 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。   | △    | 事業所に目的や役割について、改めて説明する機会は作れていない。                          | /    | ◎    | /    | 日常的に、事業所では地域住民との関わりは少なく、地域行事に職員が参加する余裕が持てない状況となっている。運営推進会議には、地域の民生委員等の協力は得られており、評価アンケートも実施することができる。また、コロナ禍の収束後には、利用者が地域とつながりながら暮らすことができるよう、運営推進会議などを活用して地域住民に協力を呼びかけたり、利用者と一緒に地域行事に参加したりするなど、少しずつ地域とのつながりが持てるような取組みを望みたい。   |
|                    |   | 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)      | △    | 地方祭や亥の子等、参加できる行事には参加させてもらっている。日常的な挨拶や町内会・自治会への参加はできていない。 | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | 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。  | △    | 周囲が田んぼや畑で囲まれており、見守りや支援してくれる地域の人を増やす機会が少なくできていない。         | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 周囲が田んぼや畑で囲まれており、気軽に立ち寄りには難しさがある。                         | /    | /    | /    |   |
|                    |   | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | △    | 散歩に出かけた時等に挨拶を行う程度で、日常的な付き合いができていないとは言えない。                | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)                                     | ×    | 近隣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事の支援や働きかけはできていない。          | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | △    | 地域資源の把握がきちんとできておらず、有効活用ができていない。                          | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ×    | 消防との協力はできているが、他施設やスーパー・コンビニ等との関係を深める働きかけができていない。         | /    | /    | /    |   |
| 40                 | 運営推進会議を活かした取組み  | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。  | △    | 参加してもらっているが、参加するメンバーが固定化されている。                           | /    | ○    | △    | 運営推進会議は、全ての家族に案内を送付しているものの、参加される家族は少ない現状がある。あらかじめ会議内容の中に、興味を惹くようなテーマを取り入れたり、案内を工夫して呼びかけたり、事業所の行事と抱き合わせて開催するなど、より多くの参加が得られ、活発な意見交換の場と活用されるような工夫を望みたい。また、外部評価のサービスの評価結果までの報告はできていないため、家族に分かりやすいよう結果を要約して送付するなどの取組みも期待したい。さらに、会議では事業所からの一方的な報告に留まっているため、会議の目的を再認識し、参加者からの意見や提案がもらえるような取組みを期待したい。 |
|                    |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                      | ×    | 外部評価結果について、きちんと報告できていない。                                 | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | △    | 参加者からの意見や提案が少なく、取り組みに活かすまでには至っていない。                      | /    | ◎    | ○    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | △    | テーマに合わせて参加メンバーや日程、時間帯について配慮や工夫ができていない。                   | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 閲覧できるようファイリングし設置している。                                    | /    | /    | /    |   |

| 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。                    | △    | 全ての職員が理念について共通認識を持ち、その理念が浸透しているとはいえない。         |      |      |      |   |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。  | △    | 家族さんや地域の人たちに理念が十分に伝わっているとはいえない、伝える機会も少ない。      | ○    | ×    |      |   |
| 42                         | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。  | ×    | 一人ひとりの実力とレベルの把握に努めているが、法人外の研修に関して殆ど受けさせられていない。 |      |      |      | 年間計画を立てて法人内研修を実施し、職員は業務に関しての基礎的な学びを得ることができている。事業所として、法人外の他のグループホームと交流できる機会がないため、職員のストレス軽減を含めて人材育成に努めるとともに、キャリアパス制度などを取り入れていることから職員が成長できるフォローをするなど、働きやすい職場環境づくりができることを期待したい。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。  | △    | 計画的に取り組んでいるとはいえない、不十分な面もある。                    |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                             | △    | キャリアパスを取り入れ説明を行っているが、まだまだ浸透しているとはいえない。         |      |      |      |   |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワーキングや勉強会、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) | ×    | 同業者と交流する機会が作れておらず、相互研修などの活動も行っていない。            |      |      |      |   |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。  | △    | 必要に応じて機会を設けているが、十分とは言えない。                      | ○    | ◎    | △    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。   | ○    | 虐待防止について研修会等を通して勉強し理解している。                     |      |      |      | 虐待防止について、定期的実施する法人内研修などで職員は学んでいる。不適切な行為を発見した場合には、ユニットリーダーや管理者に報告するほか、その都度当該職員に理解してもらおう説明している。   |
|                            |   | 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。   | ○    | なるべく、いつでもケアについて話し合う機会が持てるよう心掛けている。             |      |      |      |   |
|                            |   | 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。                                   | ○    | 不適切な行為があった場合、上司へ報告する事を理解している。                  |      |      | ○    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 日々、職員とコミュニケーションを図り、疲労やストレスがないか注意を払っている。        |      |      |      |   |
| 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。   | △    | 研修会等を通して理解に努めているが、全ての職員がきちんと理解できているとはいえない。     |      |      |      |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。   | ○    | その都度、現場で話し合ったり、その時々状況が身体拘束に当たらないか検討している。       |      |      |      |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                      | ○    | 説明し理解してもらえるよう努めている。                            |      |      |      |   |

愛媛県グループホームはあと

| 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。                  | △    | 研修会等を通して理解に努めているが、全ての職員がきちんと理解できているとはいえない。                 |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。       | ×    | 相談があったから情報提供を行う程度で、パンフレットなどの準備はできていない。                     |      |      |      |  |
|       |                       | 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。  | △    | 必要があれば地域包括支援センターや専門機関へ相談するよう努めているが、きちんとした連携体制ができていない。      |      |      |      |  |
| 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。                  | ○    | 緊急時のマニュアルを作成しており、職員へ周知している。                                |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。                                   | △    | 定期的な訓練は行えておらず、実践力が身につけているとはいえない。                           |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。     | ○    | 事故報告・ヒヤリハットについて、個々の事例について各ユニット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。                            | ○    | ミニカンファレンスや申し送り等を通して、個々のケースに対して話し合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。                               | △    | 苦情対応は、窓口として管理者が行っているが、全ての職員がきちんと理解し実行できているとはいえない。          |      |      |      |  |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ○    | 苦情があった場合は速やかな対応に心掛け、必要に応じて市へ報告・相談している。                     |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 |      | 苦情内容を真摯に受け止め、速やかに対応するようにしている。                              |      |      |      |  |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | △    | 十分な機会が作れているとはいえない、それを伝える機会も少ない。                            |      |      | ○    | 日常の会話や関わりの中で、職員は利用者から意見や要望を聞き取るほか、表情などから読み取るように努めている。家族には、運営推進会議のほか、介護計画の更新時の連絡時を活用して意見を聞き取るようにしている。また、管理者は、「利用者や家族とも、意見の聞き取りが十分ではない」と感じていることもあり、率直な話が聞ける機会を設けるほか、家族との関係性が構築できるような取組みを期待したい。さらに、管理者等は、日常業務の中で職員から話しや意見を聞いており、職員から出された提案をとりあえず実践することで、意見が出やすくなっている。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | △    | 運営推進会議等で意見や要望を聴けるよう努めているが、メンバーが固定化されてしまっており十分に聴けているとは言えない。 | ◎    |      | ○    |  |
|       |                       | 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。                          | ×    | 利用者・家族などが苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供は十分にできていない。                    |      |      |      |  |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | △    | 代表者が自ら現場に足を運ぶ機会が少なく十分とは言えない。                               |      |      |      |  |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | 一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を常に持てるよう努めている。                            |      |      | ○    |  |

愛媛県グループホームはあと

| 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。  | △    | 自己評価し職員間で共有を図っているが、全ての職員に浸透しているとはいえない。             |      |      |      | 外部評価のサービスの評価結果を踏まえた目標達成計画の取組み状況について、運営推進会議を活用して参加メンバーや家族に報告するほか、参加メンバーや家族にモニターをしてもらえるような働きかけをするなどの取組みを期待したい。   |
|       |               | 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。   | △    | 評価結果は職員へ公表しているが、学びの機会としては活かしていない。                  |      |      |      |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | △    | 目標達成計画を作成しているが、事業所全体として取り組んでいるかと言われると不十分である。       |      |      |      |  |
|       |               | 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。                                       | ×    | 実施できていない。  | △    | ×    | ×    |  |
|       |               | 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。  | ×    | 成果の確認ができていない。                                      |      |      |      |  |
| 50    | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)   | ○    | マニュアルを作成し、職員に周知している。                               |      |      |      | 年2回避難訓練を実施しているものの、法人グループの事業所からの協力を留まっている。夜間を想定した訓練では、要介護度の低い利用者からの避難訓練となっている。また、事業所の建物は防災に配慮され利用者等の安心感はあるものの、家族がより安心できるよう地域住民や近隣の事業所などの協力を得ながら訓練を実施したり、防災について話し合ったりする機会を設けたりするなど、支援・協力体制が確保できることような取組みを期待したい。      |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 日中・夜間を想定して訓練を行っている。                                |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | △    | 消火設備等の点検は行っているが、まだまだ不十分である。                        |      |      |      |  |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | ×    | 地域住民の参加が難しく、他の事業所との連携も取れておらず、合同の訓練も行えていない。         | ×    | ×    | ×    |  |
|       |               | 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)                     | ×    |  |      |      |      |  |
| 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) | ×    | 地域に向けた、広報活動や啓発活動ができていない。                           |      |      |      | 以前は、地域の民生委員の紹介で、地域のいきいきサロンに利用者と一緒に参加したこともあり、管理者は、「地域住民との交流の場としても地道にかかわり、相談支援のきっかけになれば」と考えていた矢先に、現在のコロナ過となっている。また、地域包括支援センターには、定期的に認知症サポーターの養成に来てもらうことができている。今後は、地域包括支援センターや社協、市行政などと協働しながら、地域活動が実施できるような取組みを期待したい。 |
|       |               | b   | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。   | ×    | 相談支援の取り組みは行っていない。                                  |      | ○    | △    |  |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×    | 活用できていない。  |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ×    | 実習の受け入れはできていない。                                    |      |      |      |  |
|       |               | e   | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | △    | 地域包括支援センターの認知症行方不明者捜索の訓練に参加する程度で、十分に連携できているとは言えない。 |      |      | ○    |  |