

事業所の概要表

(令和 3年 6月 8日現在)

| | | | | | | |
|----------------|---|-----|-----------|---|--------|-----|
| 事業所名 | グループホームアショカ | | |  | | |
| 法人名 | 医療法人ビハール藤原胃腸科 | | | | | |
| 所在地 | 松山市南吉田町964番地1 | | | | | |
| 電話番号 | 089-971-6536 | | | | | |
| FAX番号 | 089-971-6537 | | | | | |
| HPアドレス | http://vihara.or.jp | | | | | |
| 開設年月日 | 平成 16年 年 4 月 1 日 | | | | | |
| 建物構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 (2) 階建て (1) 階部分 | | | | | |
| 併設事業所の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | |
| ユニット数 | 2 ユニット | | 利用定員数 | 18 人 | | |
| 利用者人数 | 18 名 (男性 2 人 女性 16 人) | | | | | |
| 要介護度 | 要支援2 | 0 名 | 要介護1 | 9 名 | 要介護2 | 3 名 |
| | 要介護3 | 4 名 | 要介護4 | 1 名 | 要介護5 | 1 名 |
| 職員の勤続年数 | 1年未満 | 3 人 | 1~3年未満 | 1 人 | 3~5年未満 | 2 人 |
| | 5~10年未満 | 6 人 | 10年以上 | 4 人 | | |
| 介護職の取得資格等 | 介護支援専門員 1 人 | | 介護福祉士 6 人 | | | |
| | その他 (ヘルパー 8人) | | | | | |
| 看護職員の配置 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約) | | | | | |
| 協力医療機関名 | 藤原胃腸科・渡辺病院・かとう歯科 | | | | | |
| 看取りの体制 (開設時から) | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (看取り人数: 34 人) | | | | | |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

| | | | | | | |
|---------|--|----------|-----|---|-----|---|
| 家賃(月額) | 52,000 円 | | | | | |
| 敷金の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 | | | | | |
| 保証金の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| 食材料費 | 1日当たり | 1,400 円 | 朝食: | 円 | 昼食: | 円 |
| | おやつ: | 円 | 夕食: | 円 | | |
| 食事の提供方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| その他の費用 | ・ 水道光熱費 | 16,000 円 | | | | |
| | ・ | 円 | | | | |
| | ・ | 円 | | | | |
| | ・ | 円 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------|--|---|--|---|--|
| 家族会の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (開催回数: 2 回) ※過去1年間 | | | | |
| 広報紙等の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 12 回) ※過去1年間 | | | | |
| 過去1年間の運営推進会議の状況 | 開催回数 | 6 回 ※過去1年間 | | | |
| | 参加メンバー ※□にチェック | <input checked="" type="checkbox"/> 市町担当者 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 | <input type="checkbox"/> 評価機関関係者 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 | <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者 | <input checked="" type="checkbox"/> 近隣の住民 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者 | <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族等 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

I. その人らしい暮らしを支える

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

II. 家族との支え合い

III. 地域との支え合い

IV. より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—

新型コロナウイルス感染防止対策を十分おこない
訪問調査を実施しております

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

| | |
|-------|-------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS |
| 所在地 | 愛媛県松山市三番町6丁目5-19 扶桑ビル2階 |
| 訪問調査日 | 令和3年7月7日 |

【アンケート協力数】※評価機関記入

令和2年12月9日 集計

| | | | | |
|---------|-------|----|-------|----|
| 家族アンケート | (回答数) | 16 | (依頼数) | 18 |
| 地域アンケート | (回答数) | 4 | | |

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

※事業所記入

| | |
|----------|--------------|
| 事業所番号 | 3870103854 |
| 事業所名 | グループホーム アショカ |
| (ユニット名) | 月輪 |
| 記入者(管理者) | |
| 氏名 | 篠原真紀 |
| 自己評価作成日 | 令和2年 11月 1日 |

| | | |
|--|--|--|
| 【事業所理念】※事業所記入 一人一人の想いをくみ取って生活を豊かに 人として当たり前の関わりと支援 地域の繋がりを大切に、支えあう関係 つくり | 【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入 施設から地域にでて交流する機会がない→コロナの影響で出来ない 運営推進会議参加者からの意見に対して取り組み結果を報告できていない→コロナの影響で出来ない 利用者が意見、要望、苦情を伝える機会がない個別にゆくり話しをきく場面を作る 地域の高齢者や認知症の人、家族などの相談支援が行えていない→コロナの影響で出来ない | 【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 基本的には、週3回入浴できるように支援している。自宅での習慣に沿って入浴ができるよう「夕食前に入りたい」「寝る前に入りたい」などの希望を聞いて個別に支援している。毎日入浴することを希望する利用者にも応じている。 法人全体の取り組みとして、年2回、職員個人やユニット毎にMVP賞やユニット賞を選んでいる。 季節の行事や遊びを採り入れ楽しんでいる。(書初めや福笑い、豆まき、花見物、七夕飾り、スイカ割り、年末大掃除、餅花作りなど)餅花作りの際には、「昔はお餅で作りよりました」と話してくれたようだ。 |
|--|--|--|

評価結果表

【実施状況の評価】

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

| 項目No. | 評価項目 | 小項目 | 内容 | 自己評価 | 判断した理由・根拠 | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|-------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| I. その人らしい暮らしを支える | | | | | | | | | |
| (1) ケアマネジメント | | | | | | | | | |
| 1 | 思いや暮らし方の希望、意向の把握 | a | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。 | ○ | 関わりの中で利用者の気持ちをよみとるようにしている | ○ | | ◎ | 入居時には、本人、家族に希望や意向を聞いて、立案シートの私の望み、家族の望み欄に記入している。その後、日々の中で知った利用者の思いは、日々の介護記録に記入している。希望や意向を伝えにくい利用者については、表情や様子を記入している。介護計画見直し時には、本人、家族から聞いた希望や、日々の介護記録の情報を立案シートにまとめている。 |
| | | b | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。 | ○ | 本人との会話の中で聞き出すようにしている、その後スタッフと話し合い検討している | | | | |
| | | c | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。 | ○ | 面会時、意見をきいたり、情報交換をしている | | | | |
| | | d | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。 | ○ | ケアプランにそって、毎日のケース記録に残している | | | | |
| | | e | 職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。 | ○ | 本人との行動や想いを共有し、スタッフ間で話しあっている | | | | |
| 2 | これまでの暮らしや現状の把握 | a | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○ | 入居時に情報シートを書いてもらっている。面会時家族さんと聞いている。 | | | ◎ | 入居時、家族には、基本情報シートの項目に沿って、入居に至るまでの経緯、家族構成、馴染みの場所や馴染みの人、職業、得意なこと、一日の過ごし方などを記入してもらっている。その後、日々の中で知った情報は、職員が追加している。 |
| | | b | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)の現状の把握に努めている。 | ○ | 日々の記録に残し、スタッフ間で把握できるようにしている | | | | |
| | | c | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。 | ○ | 表情、行動をみて、記録に残し、スタッフ間で把握している | | | | |
| | | d | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等) | ○ | スタッフ間で、申し送りを行い記録に残している | | | | |
| | | 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。 | ○ | 一日の記録を記入し把握している | | | | |
| 3 | チームで行うアセスメント (※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。 | ○ | 記録に残し、カンファレンスでスタッフ皆で情報交換に努めている | | | ◎ | 利用者や家族の希望・意向をまとめた、立案シートをもとに、カンファレンス(サービス担当者会議)で検討している。 |
| | | b | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。 | ○ | 本人、家族さんから話しを聞き何が必要か話しあっている | | | | |
| | | 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。 | ○ | カンファレンスで話しあい、ケアプランを計画し実施している | | | | |
| 4 | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。 | ○ | 本人の想いにそったケアプランを作成している | | | | |
| | | b | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ○ | 家族さんに想い希望をきいている | ○ | | ○ | 本人、家族の意見や希望、意向を反映して介護計画を作成している。採血結果をもとにして、医師からアドバイスがあり、計画に反映している事例がある。 |
| | | c | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。 | △ | 体調を重視したプランになっている | | | | |
| | | d | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。 | × | 家族には報告するが、協力はできていない | | | | |
| 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。 | ○ | ケアプランを日々の記録のファイルにいれ、確認できるようにしている | | | ◎ | カンファレンス時に、介護計画について話し合っており共有している。個別ファイルに介護計画を挟んでおり、職員は、計画を確認しながら日々の介護記録を記入している。 |
| | | b | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。 | ○ | 日々の記録に残し、スタッフ間で共有している | | | ◎ | 実践した内容は、日々の介護記録に記入している。 |
| | | c | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的な内容を個別に記録している。 | ◎ | 日々の記録にしている | | | ◎ | 日々の介護記録に記録している。特に利用者の言葉を多く記録している。 |
| | | d | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。 | ○ | 日々の記録にしている | | | ◎ | 日々の介護記録や立案シートに記録している。 |

| 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 |
|------------------|-------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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か月に1回見直しを行っている | | | ◎ | 各ユニットの計画作成担当者が一覧表で管理し、3か月毎に見直しを行っている。 |
| | | b | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。 | △ | 日々の記録に変化は残している。3か月に1回の見直し | | | ◎ | 月1回のカンファレンス時に、日々の介護記録をもとに現状確認を行っている。 |
| | | c | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。 | ○ | 体調に変化が生じた時は、その時にあった、ケアプランを作成し、Dr、家族、看護師を交えて、面談を行っている | | | ◎ | 退院時など状態変化が見られた場合は、見直しを行い新たな介護計画を作成している。骨折した利用者について、家族や医師と話し合い新たな計画を作成していた。 |
| 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。 | ○ | 1か月に1回のカンファレンスで、スタッフ間で話しあっている | | | ◎ | 月1回、カンファレンスを行い、カンファレンスノートに記録している。緊急案件があれば、その日の勤務職員で話し合い、カンファレンスノートに記録している。 |
| | | b | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。 | ○ | 1人1人がしっかりと意見をいっている | | | | |
| | | 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。 | × | 開催日はきまっている | | | | |
| | | 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。 | ◎ | 記録に残して、不参加な時も確認できるようにしている | | | ◎ | カンファレンスノートには、回覧チェック表を添付しており、内容を確認した職員は○印をつけるしくみをつくっている。チェック表は、管理者が最終確認を行っている。 |
| 8 | 確実な申し送り、情報伝達 | a | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。 | ○ | 利用者1人1人の連絡ノートを作っている | | | ◎ | 申し送りノートに、全体の連絡事項と個別の連絡事項を分けて記入している。職員は確認後、サインするしくみをつくっている。 |
| | | b | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等) | | 記録や、申し送りとうで伝わるようにしている | ○ | | | |
| (2) 日々の支援 | | | | | | | | | |
| 9 | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援 | a | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。 | △ | 意見の言える入居者さんの想いの把握には努めているが、言えない入居者さんの想いは把握しづらい | | | | |
| | | b | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等) | △ | ドライブ、レクの参加、不参加は決めてもらっている | | | ○ | おやつ時の飲み物を選んだり、更衣時には、服を選んだりできるように支援している。 |
| | | c | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。 | ○ | 1人1人にあった支援に努めている | | | | |
| | | d | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等) | △ | 決まった時間に支援しているが、本人からの希望があった場合はそのつど、支援している | | | | |
| | | e | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている | ○ | その人、その人にあった声掛け、関わりをしている | | | ○ | 利用者と話す時には、本人が興味のあることを交えて会話するようにしている。季節の行事や遊びを採り入れ楽しんでいる。(書初めや福笑い、豆まき、花見物、七夕飾り、スイカ割り、年末大掃除、餅花作りなど)餅花作りの際には、「昔はお餅で作りよりました」と話してくれたようだ。 |
| | | f | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるように支援している。 | ○ | 表情をくみとり、今までの生活から導きだし、意向にそえるように努めている | | | | |
| 10 | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。 | △ | 常に意識して行動はできていない | ○ | ◎ | ○ | 月1回のカンファレンス時に身体拘束についての研修を行っており、その中で人権や尊厳について学んでいる。日々の中で気になる言葉遣いがみられた場合は、職員同士で注意し合っている。毎月、ユニット毎に目標を立てており、「深呼吸してから行動する」などの目標を立てて取り組んでいる。 |
| | | b | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であらさずさな介護や誘導の声かけをしないうち配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。 | △ | 本人のそばでの声掛けに努めているが、なにげない会話で話してしまう時もある | | | ◎ | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | c | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮ながら介助を行っている。 | ○ | 入浴や排泄は個別対応している | | | | |
| | | d | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。 | △ | ノックを訪室する時もあるが、できていない場合もある | | | ◎ | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | 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。 | ◎ | 契約書を交わし徹底している | | | | |
| 11 | ともに過ごし、支え合う関係 | a | 職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを借りたり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。 | ○ | その人、その人にあったできる事をしてもらいありがとうの言葉を忘れずに伝えている | | | | |
| | | 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。 | ○ | できる事はしてもらうように取り組んでいる | | | | |
| | | c | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等) | ○ | 合わない入居者さん同士はできるだけ同じ空間にいないように努めている | | | ○ | 数人の利用者でテーブルを囲み、かるたや風船バレーをして過ごす時間をつくっており、その様子をアシカ通信に載せている。「庭を一緒に散歩しよう」と、他利用者を誘って一緒に散歩するような様子があるようだ。トラブルになりそうな時には、職員が間に入ったり、距離を持ったりできるように配慮している。 |
| | | d | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。 | ○ | トラブルがあったときはお互いの意見を聞いて | | | | |

| 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。 | ○ | 入居時の情報シートにより把握している | | | | / | |
| | | b | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。 | ○ | 情報シート、日々の会話の中で把握している | | | | | |
| | | c | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。 | ○ | 可能な場合は馴染みのに会ったり美容室にいつてもらっている | | | | | |
| | | d | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。 | ○ | 面会時間を設けてなく、気軽に訪れるようにしている | | | | | |
| 13 | 日常的な外出支援 | a | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(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) | ○ | 1日1回は外にでて、季節感を感じられるようにしている | ○ | ○ | ○ | 中庭に出て、ひなたぼっこしたり、おやつを食べたり、野菜の世話をしたりしている。事業所の周りや、近くの公園に散歩に出かけている。梅や菜の花、桜見物、また、海までドライブに出かけたりしている。 | |
| | | b | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。 | × | 地域の人との関わりはない | | | | 車いすの利用者も同じように支援している。中庭でお茶を飲んだり、ドライブに出掛けたりしている様子をアシカ通信に載せている。 | |
| | | c | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。 | ○ | その人にあつた支援をしている | | | ○ | | |
| | | d | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。 | △ | 家族様との外泊は行えている | | | | | |
| 14 | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。 | ○ | 日々のケース記録で要因をくみみている | | | | | 自室や廊下の掃除機がけ、モップ掛けをしてくれるような利用者があり、職員は見守っている。日々の中で、利用者が雑巾を縫ったり、花を活けたりするような機会をつくっている。 |
| | | b | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。 | ○ | 本人がいまできることがし、スタッフ間で情報が共有できるようにしている | | | | | |
| | | c | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等) | ○ | できる限り、見守るようにしている | ○ | | ○ | | |
| 15 | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援 | a | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。 | ○ | 利用者1人1人の生活歴からその人にあつた支援をしている | | | | 食器を洗う、お盆を拭く、洗濯を取り込むなど、家事を行うことを介護計画に採り入れて支援している。 | |
| | | b | 認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、定期的に、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。 | ○ | 利用者1人1人が役割をもって支援している | ○ | ◎ | ○ | | |
| | | c | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。 | × | 地域の人との関わりはない | | | | | |
| 16 | 身だしなみやおしゃれの支援 | a | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。 | ○ | なじみの美容室などにいつもらっている | | | | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 | |
| | | b | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。 | ○ | 自己決定できる人にはしてもらっている | | | | | |
| | | c | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。 | △ | スタッフが主導になって動いている事が多い | | | | | |
| | | 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。 | △ | 季節に応じた服装になっている | | | | | |
| | | e | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできなくカバーしている。(髻、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等) | △ | 1人1人が注意しているが、さりげなくはできていない | ◎ | ◎ | ◎ | | 評価困難 |
| | | f | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。 | ◎ | 希望がある人はいつもらっている | | | | | |
| | | 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。 | △ | 本人が特参している服を着ている | | | ○ | | ブラウスにベストを着てブローチを付けおしゃれを楽しむ利用者には、ブラウスを選ぶ際、着さ、寒さを考慮して選べるように職員がサポートしている。 |

| 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 |
|--------|----------------|-----|--|------|-----------------------------------|------|------|------|--|
| 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。 | ○ | 1人1人にあた食事のペースや食事形態を準備している | | | | 買い物、献立作り、調理は職員が行っており、食器洗いやお盆拭きは利用者と一緒にやっている。 利用者が中庭で育てた野菜を使用している。春には、中庭で採れたつくしをお吸い物に入れて喜ばれたようだ。米、しょうゆ、肉、卵、野菜などはそれぞれに配達を利用している。 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 利用者の状態によっては、どこで食事するかを本人がその時の気分が決められるよう支援している。 献立や食事形態などについては、その都度口頭で話し合っている。 |
| | | 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。 | △ | 片付けのみおこなっている | | | △ | |
| | | 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。 | ○ | 可能な限りできる入居者さんに行ってもらっている | | | | |
| | | 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。 | ○ | 本人や家族に確認し、食事の残り具合をみて把握に努めている | | | | |
| | | e | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。 | △ | 季節感を感じさせるメニュー作りをしている | | | ○ | |
| | | f | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | ○ | 1人1人にあつた食事形態のものをだしている | | | | |
| | | g | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。 | ◎ | 本人が持ってきたものを使用している | | | 評価困難 | |
| | | 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。 | ○ | 一緒にたべててが、サポートはやっている | | | 評価困難 | |
| | | i | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。 | ◎ | キッチンがフロア内にあるためわかるようになっていく | ◎ | ○ | | |
| | | j | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。 | ○ | その人にあつた量を支援している | | | | |
| | | 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。 | ○ | 1人1人にあつた支援をしている | | | | |
| | | l | 職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。 | × | 献立はスタッフが考えており栄養士のアドバイスはうけてない | | | ○ | |
| | | 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。 | ◎ | 生野菜、調理器具は消毒している | | | | |
| 18 | 口腔内の清潔保持 | a | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。 | ○ | スタッフ全員が理解している | | | | 毎食後の口腔ケア時に目視している。自分で歯磨きする利用者については本人に任せている。 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | 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。 | △ | 出来ている人、出来ていない人がいる | | | △ | |
| | | c | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。 | × | 歯科医や、歯科衛生士からの指示はうけていない | | | | |
| | | d | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。 | ◎ | 夜間は必ず洗浄するようにしている | | | | |
| | | e | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等) | ○ | 毎食後口腔ケアを行っている、出来ないかたは支援している | | | 評価困難 | |
| | | f | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。 | ○ | スタッフ1人1人が常に観察している。必要な場合は歯科受診にしている | | | | |

| 項目No. | 評価項目 | 小項目 | 内容 | 自己評価 | 判断した理由・根拠 | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|-------|----------------|-----|--|------|--------------------------------------|------|------|---|---|
| 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。 | ○ | オムツを使用する時にはスタッフで話しあっている | | | | 月1回のカンファレンス時に、話し合っている。職員からパッドの使用について提案があった場合は、すぐに変更するのではなく、トイレへ誘導する時間を変えて試すなどして、どうだったかを記録し、それをもとに職員で話し合い検討している。 |
| | | 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。 | ○ | 食事量、水分量により精神的、身体的に影響する事を理解している | | | | |
| | | c | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等) | ○ | 日々のケアを通して理解している | | | | |
| | | d | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々々の状態にあった支援を行っている。 | ○ | スタッフで話し合い、かわった時は記録して、情報交換している | ◎ | ◎ | | |
| | | e | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。 | ○ | スタッフ同士で意見をだしあい取り組んでいる | | | | |
| | | f | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。 | ○ | 個人に応じた誘導をおこなっている | | | | |
| | | g | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | × | スタッフのみの意見できめている | | | | |
| | | h | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。 | ○ | 1人1人状態やその日の状態にあわせて支援している | | | | |
| | | 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) | ○ | その人にあつた対応をしているが、薬に頼らないといけない時もある | | | | |
| 20 | 入浴を楽しむことができる支援 | a | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)。 | △ | 決まっている入居者さんまいが、できるだけ個人に応じた対応をしている | ◎ | ◎ | 基本的には、週3回入浴できるように支援している。自宅での習慣に沿って入浴できるように「夕食前に入りたい」「寝る前に入りたい」などの希望を聞いて個別に支援している。毎日入浴することを希望する利用者にも応じている。 | |
| | | b | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。 | ○ | 個別に応じた対応ができています | | | | |
| | | 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。 | ○ | できる所は見守りで行っている | | | | |
| | | 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。 | ○ | 拒む入居者さんは無理には強制していない | | | | |
| | | e | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。 | ○ | 入浴時、必ず、全身チェックし変化があった場合はスタッフ同士で共有している | | | | |
| 21 | 安眠や休息の支援 | a | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。 | ○ | 記録に残しスタッフ間で共有している | | | 現在、6名の利用者が服用している。眠れないような様子が見られた場合は、「不眠・不穏チェックリスト」に、入眠時間、睡眠時間、覚醒回数・時間、トイレ回数、様子などを記入して、それをもとに職員で話し合ったり、医師に相談して支援している。 | |
| | | b | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。 | ○ | Dr.、看護師に相談している | | | | |
| | | 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。 | ○ | 状況に応じた薬、日中の過ごしかなど工夫している | | ◎ | | |
| | | 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。 | ○ | 休息がとれる体制になっている | | | | |
| 22 | 電話や手紙の支援 | a | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。 | △ | 自ら電話や、手紙を書きたいと言われる方は少ない | | | / | |
| | | b | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。 | △ | 写真とうまくようにとりこんでいる | | | | |
| | | c | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。 | △ | あまり訴え人はいない | | | | |
| | | d | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。 | △ | あまり返信はできていない | | | | |
| | | e | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。 | △ | 電話等くれる家族もあるが方よりがある | | | | |

| 項目No. | 評価項目 | 小項目 | 内容 | 自己評価 | 判断した理由・根拠 | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|-------------------------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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。 | ○ | 職員全員が理解している | | | | |
| | | b | 必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。 | △ | 買い物には一緒にいくが本人がお金を支払うことはない | | | | |
| | | 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。 | △ | 買い物にはいくが協力はできていない | | | | |
| | | d | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | × | 家族からの希望がないため、お金を所持している入居者さんはいない | | | | |
| | | e | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。 | × | お金を所持している入居者さんはいない | | | | |
| | | f | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしておき、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。 | ○ | お金をもたれていない場合は立て替え金を使用している | | | | |
| 24 | 多様なニーズに応える取り組み | a | 本人や家族の状況、その時々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。 | ○ | 柔軟な支援やサービスにとりくんでいる | ◎ | | ○ | 利用者の日用品や化粧品などの買い物は、新型コロナウイルス感染症対策に伴い、職員が代行に行っている。 |
| (3) 生活環境づくり | | | | | | | | | |
| 25 | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮 | a | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。 | ○ | 夜間以外は玄関の鍵はあいており気軽に出入りできる | ◎ | ◎ | ○ | 玄関前は、スロープがついている。玄関まわりはきれいに掃除しており、植木が整備されている。 |
| 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、家庭的な雰囲気を持っており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住みよさとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそっくりな感じになっていないか等。) | ◎ | 本人の居室の横の壁には写真ははったり、フロアには季節のものを作ってはっている | ◎ | ◎ | 評価困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | b | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。 | ◎ | 細目に掃除を行っている | | | 評価困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | c | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。 | ◎ | 季節感ある飾りつけをしている | | | 評価困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| | | d | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。 | ◎ | 椅子やソファの配置により個人が自由に座る事ができるようにしている | | | | |
| | | e | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。 | ◎ | トイレの戸、浴室の戸は必ずしめている | | | | |
| 27 | 居心地良く過ごせる居室の配慮 | a | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | ◎ | 本人の以前使用していた物はできるだけ、もってきてもらっている | ◎ | | 評価困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。 |
| 28 | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」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。 | ◎ | 居室の入り口に名札をはり本人の部屋と認識できるようにしている | | | ○ | トイレの表示は別々に「トイレ」「便所」と示し、それぞれの認識に合わせている。居室の入口には、その人の目線の高さに合わせて名札をつけている。 |
| | | 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。 | ○ | 何かあった時はスタッフ感で話している | | | | |
| | | c | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に入るように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほろき、裁縫道具、木工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等) | △ | 新聞はフロアにおいてあり、自由に読んでもらっている、他の物は手の届かない所にある | | | | |
| 29 | 鍵をかけないケアの取り組み | a | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等) | ○ | スタッフ全員が理解しており、日中は鍵はかかっていない | ◎ | ◎ | ◎ | 日中は鍵をかけていない。玄関とユニットの出入り口にセンサーを設置している。月1回の身体拘束委員会にて鍵をかけることの弊害について学んでいる。 |
| | | b | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。 | ◎ | 施錠を望む家族はいない | | | | |
| | | 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る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)。 | ○ | 本人が集中できるような事を支援している | | | | |
| (4) 健康を維持するための支援 | | | | | | | | | |
| 30 | 日々の健康状態や病状の把握 | a | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。 | ○ | 入居前に病歴などおしえてもらっている | | | | |
| | | 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。 | ◎ | かわった事は、常にケース記録に記入し共有している | | | | |
| | | c | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医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。 | ◎ | 日頃と違うことがあるときは医師、看護師に相談している | | | | |

| 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 |
|-------|------------------|-----|---|------|------------------------------------|------|------|------|---|
| 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。 | ◎ | 病院は希望と通し自由にってもらっている | ○ | | | |
| | | b | 本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。 | ◎ | 本人の状態を伝え、かかりつけ医を受診できるようにしている | | | | |
| | | 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。 | ○ | 外部の受診にかんしては、家族に同行をお願いし結果を聞くようにしている | | | | |
| 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。 | ○ | サマリーを提供している | | | | |
| | | b | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。 | ○ | 密に病院とは連絡をとっている | | | | |
| | | c | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。 | × | 関係はできていない | | | | |
| 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。 | ◎ | 変化があった時は、看護師、医師に相談している | | | | |
| | | b | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。 | ○ | 何かあった時看護師や医師に連絡できる体制である | | | | |
| | | c | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。 | ◎ | 体調の変化があった時は申し送り、記録にかき共有している | | | | |
| 34 | 服薬支援 | a | 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。 | △ | すべての把握はできていない | | | | |
| | | b | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。 | ◎ | 薬が飲みにくい入居さんは、つぶしたり、オブラートを使用している | | | | |
| | | c | 服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。 | ○ | 体調の変化があった時は、医師に報告、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。 | ○ | 服薬の状態で変化のあった場合は医師に報告している | | | | |
| 35 | 重度化や終末期への支援 | a | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。 | ◎ | 重度化した入居さんは、家族、医師、看護師も含め面談を行っている | | | | 入居時に、看取り支援について説明している。状態変化時には、医師から家族に説明がある。「状態変化における今後の方向性についての同意書」にもとづき、家族の意向や希望を確認して、家族、医師、職員で話し合い方針を決め共有している。 |
| | | 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。 | ◎ | 方針を共有している | ○ | ◎ | | |
| | | c | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。 | ○ | 職員同士ではなしいその人らしく最後まですごしてもらっている | | | | |
| | | d | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。 | ◎ | 入居時にできる事、できない事を説明している | | | | |
| | | e | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | ◎ | 医師、看護師、家族、スタッフを含め終末期のケアについて話しあっている | | | | |
| | | 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) | ○ | 面会時常に家族とはコミュニケーションをとっている | | | | |
| 36 | 感染症予防と対応 | a | 職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。 | ○ | 年に1回必ず法人内で勉強会をおこなっている | | | | |
| | | b | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。 | △ | マニュアルは作成しているが、訓練は行えてない | | | | |
| | | 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。 | ◎ | 運営推進会議にて、情報をえている | | | | |
| | | 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。 | △ | 随時対応はできていない | | | | |
| | | 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。 | ◎ | スタッフは、出勤時、来客のかたにも、手洗いやうがいをしてもらっている | | | | |

| 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 |
|----------------------|--|-----|---|------|-----------------------------------|------|------|------|---|
| II. 家族との支え合い | | | | | | | | | |
| 37 | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援 | a | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。 | ◎ | 面会にこられた時家族とコミュニケーションをとっている | | | | 新型コロナウイルス感染症対策期間のため評価はできない。 毎月アシカ通信を送付して近況報告をしている。電話やSNSで報告している。 毎月のアシカ通信は、行事の様子の写真を載せたり、職員紹介や新人職員紹介を載せたりして報告している。設備改修については報告していない。 主に、担当職員が家族と電話やSNSでやり取りして聞いている。家族来訪時には、積極的に介護記録を見せたり、日々の楽しく過ごす様子だけでなく、言いにくいようなこともエピソードを交えて伝えるようにしている。 |
| | | b | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等) | ◎ | 面会の時間はきまっておらず、自由にきてもらっている | | | | |
| | | c | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等) | ◎ | 行事には声をかき参加してもらっている | ○ | | 評価困難 | |
| | | d | 来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等) | △ | 毎月お便りをおくっている | ○ | | ○ | |
| | | 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。 | △ | 家族からの希望があれば行っている | | | | |
| | | f | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等) | ◎ | 良い関係作りができるようにつとめている | | | | |
| | | g | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等) | ○ | 運営状況がかわった時は、説明している | ○ | | ○ | |
| | | h | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ) | ○ | 家族会、行事等で、提供を行っている | | | | |
| | | i | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。 | △ | 毎回は話し合いはできてない | | | | |
| | | 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。 | ○ | カンファレンスの前に必ず、希望、意見をきいている | | | ○ | |
| 38 | 契約に関する説明と納得 | a | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。 | ○ | 契約の際には事例を含め、家族のもわかるように説明している | | | | / |
| | | b | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。 | ○ | 見学、契約、状態変化の時にその都度おこりうる可能性を説明している | | | | |
| | | c | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等) | ◎ | 文書だけでなく、家族会を開き対面での説明をおこなっている | | | | |
| III. 地域との支え合い | | | | | | | | | |
| 39 | 地域とのつきあいやネットワークづくり ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏、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。 | ○ | 運営推進会議に地域の方に参加してもらっている | | ◎ | | 地域行事は中止となり、交流する機会は少なくなっているが、散歩時には、近所の人に挨拶をしたり、庭を見せてもらったりしている。 |
| | | b | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等) | △ | こちら側の行事には声をかけているが、地域の行事にはさんかできてない | | ○ | ○ | |
| | | 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。 | △ | グループホームの事は知られているも、地域の方との関わりはない | | | | |
| | | d | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。 | × | ほとんどできていない | | | | |
| | | e | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。 | × | ほとんどできていない | | | | |
| | | f | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援) | × | ほとんどできていない | | | | |
| | | 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。 | × | ほとんどできていない | | | | |
| | | 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)。 | × | ほとんどできていない | | | | |

| 項目No. | 評価項目 | 小項目 | 内容 | 自己評価 | 判断した理由・根拠 | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと | |
|--------------------|---|-----|---|------|-----------------------------|------|------|------|---|---|
| 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、地域の人の参加がある。 | △ | 利用者の方は参加できていない | △ | | ○ | 書面会議を行っている。 家族や地域メンバーには、アシカ通信を同封して議事録を送付している。 | |
| | | b | 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。 | ○ | 毎回報告している | | | ○ | 利用者の状況や、行事について報告している。 外部評価実施後の運営推進会議時に評価結果と目標達成計画について、口頭で報告している。 自己評価実施後は評価結果を口頭で報告したようだ。 | |
| | | 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。 | ○ | 報告からの質問には毎回答えをだしている | | | ◎ | ○ | 地域メンバーに電話で意見を聞いている。花のきれいな場所を教えてもらうことがある。 |
| | | d | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。 | × | メンバーはいつも決まっており、時間、日程もきまっている | | | ◎ | | |
| | | e | 運営推進会議の議事録を公表している。 | ◎ | 回覧している | | | | | |
| IVより良い支援を行うための運営体制 | | | | | | | | | | |
| 41 | 理念の共有と実践 | a | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。 | ○ | 日々理念にもとづいた支援に取り組んでいる | | | | | |
| | | b | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。 | ○ | 玄関に提示している | | ○ | ○ | | |
| 42 | 職員を育てる取り組み ※文言の説明 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。 | ○ | 研修にいけるように、勤務変更している | | | | | |
| | | b | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。 | △ | 計画的には行っていない | | | | | |
| | | c | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。 | △ | サービス残業にならないように努めている | | | | | |
| | | d | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | △ | 参加できていない | | | | | 月1回、法人のミーティングがあり、理事長、施設長、管理者で話し合う機会がある。 年1回、ストレスチェックを実施している。 資格取得の際には、法人が受験料を一部負担してくれる。 法人全体の取り組みとして、年2回、職員個人やユニット毎にMVP賞やユニット賞を選んでいる。 年2回、理事長、施設長、職員での面接の機会がある。 |
| | | e | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。 | △ | ストレステストを取り入れている | | | ○ | ◎ | ○ |
| 43 | 虐待防止の徹底 | a | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。 | △ | 個人研修にいく機会はあるが、全員は参加できていない | | | | | |
| | | 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。 | ○ | 状態の変わった入居者については、常に皆で話しあっている | | | | | |
| | | c | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見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。 | △ | 不適切なケアがあった時は、スタッフ間で話しあっている | | | | | 不適切なケアがあれば、職員は管理者に報告することと認識している。 ケアなどがあれば、些細なことでも月1回のカンファレンス時に話し合いをしている。 |
| | | 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。 | ○ | ストレスをためないように勤務体制にきをつけている | | | | | |
| 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。 | ○ | 拘束とは何かを理解できるように話しあっている | | | | | |
| | | b | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。 | ○ | 月に1度カンファレンスで拘束について話しあっている | | | | | |
| | | c | 家族等から拘束や施設長の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。 | △ | 家族からの要望はない | | | | | |
| 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。 | △ | 全てのスタッフは理解していない | | | | | |
| | | b | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。 | △ | こちらから、情報提供する事はない | | | | | |
| | | 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。 | × | 利用を考えている、入居者はいない | | | | | |

| 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 |
|-------|-----------------------|-----|---|------|-----------------------------------|------|------|------|--|
| 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。 | ○ | マニュアルを作成している | | | | |
| | | b | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。 | △ | 定期的には行っていない | | | | |
| | | c | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一步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。 | ◎ | ヒヤリハットはスタッフ全員で回覧し同じ事がおこらないようにしている | | | | |
| | | 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。 | ◎ | その人その人にあつた声掛けをしている | | | | |
| 47 | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み | a | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。 | ○ | 契約時に説明している | | | | |
| | | b | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ○ | 苦情の対応はその都度おこなっている | | | | |
| | | c | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 | ○ | 速やかに回答するように努めている | | | | |
| 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) | ○ | 日々の関わり時、個人にきいている | | | ○ | 日々の中で個別に訊いている。 |
| | | b | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(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) | ○ | 家族会等で意見を聞く機会を作っている | ○ | | ○ | 電話で訊いており、最近では、新型コロナウイルス感染症対策期間中の面会についての意見があるようだ。 |
| | | c | 契約当初だけでなく、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。 | △ | 家族からの要望があれば行っている | | | | |
| | | d | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。 | △ | 個別に話す機会はない | | | | |
| | | 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。 | ○ | 普段の関わりのみで意見をきいている | | | ○ | 日々の中やカンファレンス時に聴いている。職員より、食材の買い物について、「なるべく旬のものを買うお」等の意見があり、周知して取り組んでいる。 |
| 49 | サービス評価の取り組み | a | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。 | ◎ | 取り組んでいる | | | | 外部評価実施後の運営推進会議時に評価結果と目標達成計画について、口頭で報告している。自己評価実施後は、評価結果を口頭で報告したようなモニターをしてもう取り組みは行っていない。 |
| | | b | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。 | △ | 全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。 | ○ | 目標をミーティングで伝え、実現できるように、取り組んでいる | | | | |
| | | d | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。 | ○ | 外部評価の結果は伝えている | △ | ◎ | △ | |
| | | e | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。 | △ | 伝えるのみで終わっている | | | | |
| 50 | 災害への備え | a | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等) | ◎ | 作成している | | | | 年4回、火災、水害、地震などの避難訓練を実施している。今年5月には利用者と職員で避難訓練(地震)を実施した。地域の防災士より災害用伝言ダイヤル(171)の活用方法についてアドバイスもらった。地域の防災士の協力を得て、災害時などに協力してもらえる近隣住民の連絡先をリストにしている。 |
| | | b | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。 | ○ | 利用者と共に訓練している | | | | |
| | | d | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。 | △ | 保管はしているも、定期的に点検は行っていない | | | | |
| | | e | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。 | ○ | 運営推進会議と共にしている | △ | ◎ | ○ | |
| | | f | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等) | △ | 時々参加している | | | | |

| 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 |
|-------|---------------|-----|---|------|----------------------|------|------|------|--|
| 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) | △ | 地域に向いての活動は行っていない | | | | <p>入居相談で来訪する人の介護相談を受けているが、この一年では、相談支援をする取り組みは行っていない。</p> <p>まもるくんの家に登録しているが、特に地域活動を協働しながら行うような取り組みは行っていない。</p> |
| | | 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。 | △ | 相談にこられた時、助言をおこなっている | | △ | △ | |
| | | c | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェイベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等) | × | 出来ていない | | | | |
| | | d | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。 | ○ | 看護学生の受け入れを行っている | | | | |
| | | e | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等) | ○ | 小学校の社会科見学の受け入れは行っている | | | △ | |