

(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 | 令和元年10月9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) 13名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 7名        |           |

※事業所記入

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| 事業所番号           | 3890700127                |
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホームパートナーハウスたんぽぽ<br>1階 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 東影晃佳                      |
| 自己評価作成日         | R1年 9月 1日                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>【事業所理念】<br/>利用者、家族、地域の方が笑顔で交流が出来るホーム作りをします。<br/>・地域、開<br/>催の出し物には積極的に参加し地域の一員になれるようなホーム作りをします。<br/>その人のあるがままを受け入れ、側にいてもらえるという安心感があるホーム作りをします</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】<br/>・全入居者参加の外出レクが出来る⇒動物園に全員で外出し、外出の機会は増えつつあるがまだ十分ではない。が個人レクで魚釣りにも行った。<br/>・車椅子の方の外出頻度が多くなる⇒動物園に行けて、不定期ではあるが、散歩に行き始めている。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>開設3年目を迎えた事業所は、閉校した小学校の敷地内にあり、自然に囲まれた環境を活かして積極的に外出支援を行っている。利用者一人ひとりの夢をかなえていく夢企画では、魚釣りやステーキを食べに出かける等画期的な取組みを行い、利用者の笑顔や楽しみを引き出している。事業所が発行している笑顔新聞には、夢企画や日常生活を楽しんでいる利用者の様子が味わいのある文章と共に掲載されている。職員が地域の公民館で認知症についての講師をする等、今後地域の認知症ケアの拠点となる活躍が期待できる事業所である。</p> |
|---|---|--|

## 評価結果表

| 項目No.           | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-----------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| I.その人らしい暮らしを支える |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| (1)ケアマネジメント     |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 1               | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | ○    | 利用者の行きたい所(釣り)に行く等、個人レクが開始出来始めた  | ◎    | /    | ◎    | 入居時に利用者や家族から聞き取ってアセスメントシートに記入している。日常生活の中で知り得た情報は、記録に残して職員で共有している。                |
|                 |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | ◎    | 職員は常に利用者の立場に立って利用者の視点で考えるようになっていく   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。                                      | ○    | 家族などに昔していた事、よく行っていた場所などの話を聞くようにしている。  | /    | /    | /    |  |
|                 |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 本人が行きたい、本人が食べたい事など本人が話した内容は色を変えて記録している。   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。   | ◎    | 常に入居者の立場に立ってケアをしながら、本人の思い等を申し送り時等に共有している。   | /    | /    | /    |  |
| 2               | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○    | 入居前に施設でいた方、自宅でした方関係なく、ケアマネや家族から確認をしているがそれでもわからない情報があるときがあり、細かく聞いていく必要がある為、入居後も家族に確認をしている。 | /    | /    | ○    | 入居前に利用者の自宅に訪問して、生活環境や生活歴、馴染みの暮らし方等を聞き取っている。利用していたサービス事業所からも情報を得て、生活環境等の把握に努めている。 |
|                 |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 利用者の出来ない所を手伝う事を基本としている。その為、出来ない事、出来る事の見極めを入居時から行っている。また、入居後出来なくなっても出来る事はしてもらっている。         | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。  | ○    | 不安になってもなぜ不安になったか?等の把握が出来、帰宅願望の利用者が落ち着いてきている。必要ならば、家族に協力を頼み、外出をしてもらっている。                   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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)                                   | ○    | 家族に対して、生活に関して等の不安は把握が出来ている。   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。                                     | ◎    | 一日の流れ等変化があれば、申し送り情報で共有している  | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ◎    | アセスメント時に職員全員でその人にとって何の支援が必要か話し合っている。その結果、個人レクが出来、魚釣りに行け、笑顔が見えた。                           | /    | /    | ◎    | 生活の中でのこだわりや大切にしてきたこと等を把握している。利用者の視点で何を求めて希望しているか検討して、かなえることができるように取り組んでいる。       |
|                 |  | 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。   | ○    | 状態が落ち着いている利用者でも、今よりも良く生活出来る為に何が必要なのかアセスメント時に確認している  | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。   | ○    | 状態の安定している入居者は、自分が出来る事を増やす事を目標にしている。また、行きたい所やしたい事を行う為には何が必要かを明らかにしている。                     | /    | /    | /    |  |

| 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   |
|-------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。   | ◎    | 本人も希望を出来る限り重視している。   | /    | /    | /    | 計画作成担当者が職員と話し合っ、利用者や家族の意見が反映された介護計画を作成している。  |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ◎    | アセスメント時に職員全員で話し合い、また事前に家族に希望等を聴き、反映して作成している。また、家族の協力により、家族との外出、帰宅が出来ている利用者もいる。 | ○    | /    | ◎    |  |
|       |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ○    | 散歩などにはいけているが、穏やかに過ごして行くための内容も考えている。  | /    | /    | /    |  |
|       |                          | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                 | △    | 家族との協力でしかできていない。   | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ○    | ケアプラン委員会を立ち上げ、モニタリング表を作成し、職員が行ってチェックをしている。                                     | /    | /    | ○    | 職員は利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握しており、ケアプランチェック表を活用して、計画に沿ったサービスが実施できているか毎日確認している。利用者の身体状況や言葉、エピソード等はわかりやすいように色分けして記入している。職員の気づきや工夫は職員によって記録に差があるため、記録方法や気づきの研修を行いスキルアップに努めている。 |
|       |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | ○    | 記録にケアプランの短期目標を記載している為、職員間で実践し状況の確認が出来ている。                                      | /    | /    | ◎    |  |
|       |                          | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。          | ○    | 笑顔になった、怒った等、記録に色を変えて記載している。  | /    | /    | ○    |  |
|       |                          | 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。                                    | ×    | 出来ていない   | /    | /    | △    |  |
| 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。  | ◎    | 三か月毎に見直し、入居前に作成したプランは入居後一ヶ月で見直している   | /    | /    | ◎    | 介護計画は3か月毎に見直し、毎月モニタリングを行って現状確認している。利用者の状態に変化があった場合は、その都度現状に合った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。  | △    | スタッフ会やアセスメント時に議題に上れば確認をしている  | /    | /    | ○    |  |
|       |                          | 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。       | ◎    | 転倒や受診があれば見直しを行ってはいる。入院から退院後も退院後の現状に合わせて作成している。                                 | /    | /    | ◎    |  |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | ○    | 毎月一回ホーム会議、ユニット会議を行い、その中でアセスメントをしている。が現在までに緊急案件はない。                             | /    | /    | ◎    | 毎月事業所全体の会議、ユニットごとの会議を行って、話し合っている。勤務時間の都合や休みで参加できない職員以外は全員参加しており、参加できなかった職員も議事録を確認して、確認後に押印している。  |
|       |                          | 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。               | ○    | 指名して考え方や気づきを話し合いをしている。   | /    | /    | /    |  |
|       |                          | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                        | ○    | 会議の中に勉強会を組み込み毎月の参加者も増えている。   | /    | /    | /    |  |
|       |                          | 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。                                 | ○    | 会議録を作成し目を通してもらっている。メモを記入した結論を直接伝えている。  | /    | /    | ○    |  |
| 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。                               | ○    | 介護日誌に記入し、朝と夕方に申し送りの時間を作り、出勤していた職員全員に伝え、夜勤者が朝同じ内容をもう一度伝えている。                    | /    | /    | ◎    | 介護記録や申し送りノートの活用に加えて口頭で職員全員に周知している。   |
|       |                          | 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)    | ○    | 全ての情報を日誌に記入し、重要な内容は朝、夕の申し送りで伝え、翌日も夜勤者が情報を朝の申し送りで伝えている。                         | ○    | /    | /    |  |

| 項目No.     | 評価項目                    | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-----------|-------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| (2) 日々の支援 |                         |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にしたい支援 | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。  | ◎    | 釣り行きたいという入居者の夢をかかなえる事が出来た。                                | /    | /    | /    | 調査当日の昼食は利用者からリクエストがあった献立になっていた。外出先では好きなお弁当を選んでもらう等、日常生活の様々な場面で利用者が自己決定できる機会を作っている。利用者の得意なことを活かして、笑顔や楽しみが引き出せるように取り組んでいる。          |
|           |                         | 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)   | ○    | 入浴の確認やトイレの確認、内服の順番の確認等出来るだけ自己決定が出来るような声かけをしている。           | /    | /    | ◎    |   |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかるかに合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 出来るだけ簡単な言葉で、声を掛けたり、商品も二種類の中から選べるようにし、出来るだけ簡単にしている。        | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にしたい支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | △    | 夜間の入浴が出来なかつたり、起床の時間や水分補給等はこちらの時間にしている。                    | /    | /    | /    |   |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。  | ○    | 出来る事や手伝いをしてもらったときにはありがとう助かった等の声を掛けるようにしている。               | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるように支援している。   | △    | 利用者の表情を観察するようにはしている。しかし細かく記録は出来ていない。                      | /    | /    | /    |   |
| 10        | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a   | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切にしたい言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 入社時、オリエンテーションで説明している。また常に人生の先輩である事を自覚しながら接するようになっている。     | ○    | ○    | ○    | 職員は人権や尊厳について学び、尊厳やプライバシーに配慮しながら声かけやケアを行っている。利用者が話しやすくなるようなイントネーション等で会話することはあっても、名前の呼び方は馴れ馴れしくならないように徹底している。居室へはノックや声かけを行って入室している。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。   | ○    | 出来るだけ、トイレに行こう等の声をかけないようにし、一緒に来て等の声を掛けるようにしている。            | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。   | ◎    | 陰部を隠す、失敗しても気にしないように声を掛けたり、希望があれば同姓介助をしている                 | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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。  | ○    | ノックをする。許可を得て入室する事を基本としている。                                | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。  | ○    | 入社時、オリエンテーションで説明している。勉強会も開催した。                            | /    | /    | /    |   |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けを求めたり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。   | ○    | 野菜の皮むき、洗濯物たたみ、干し等その人が出来る事を職員と一緒にしている。互いに助け合って生活をしている。     | /    | /    | /    | 仲の良い利用者はユニットが違ってても、ユニット間を行き来しながら関わられるようにしている。利用者同士のトラブルを未然に防ぐように努めており、利用者が孤立したり、さみしさを感じたりしないように支援している。                            |
|           |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。  | ○    | ホームが一つの家である事を職員が理解し皆で助け合いながら生活していく事で認知症の進行を緩やかにする事を理解している | /    | /    | /    |   |
|           |                         | c   | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらおう場面をつくる等)。 | ○    | 利用者同士の関係を把握しトラブルにならないような配置にしたり、利用者が孤立しないように注意している。        | /    | /    | ◎    |   |
|           |                         | 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。   | ○    | トラブルがあっても、その他の利用者のフォローをするように注意している。                       | /    | /    | /    |   |

| 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。   | △    | 入居前の状況や関係を家族や、施設の相談員、ケアマネに確認しているが十分ではない。前回の外部評価からの入居がない。                       | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | △    | ある程度の情報や場所は聞けるが不十分である。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ○    | 友人が遊ぶに来てくれたり、一緒に住んでいた方が来てくれたり、教え子が来てくれる、家族と一緒に外出する事や、行事ごとの外泊、外出も多い。            | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 面会や訪ねた方にお茶を進め、気軽に来れるようにしている。また、面会時間を決めていない為自由に来ている事も伝えている。                     | /    | /    | /    |   |
| 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) | ◎    | 買い物や散歩等希望を聞いて外出が出来る。船やラジオ、帽子等を職員と一緒に買い物に行き、楽しんでいる。また、夢企画として、釣りにいき、ステーキを食べに行った。 | ○    | ○    | ◎    | 買い物や散歩等、利用者の希望に沿って日常的に外出している。利用者全員での外出行事を取り入れることで、利用者の喜びや職員のやりがい、自信にもつながっている。重度の利用者も事業所の中だけでなく、屋外に出て自然の風を感じている。 |
|        |                   | 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。  | △    | 地域の出し物、地区の運動会や、盆踊り、子供祭りに参加させていただいているが、まだまだ外出支援までは出来ていない。                       | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | ○    | 全員、外出で動物園、宇和島等に外出が出来る。   | /    | /    | ◎    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | ステーキハウスの協力でステーキを食べに行けた。  | /    | /    | /    |   |
| 14     | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 職員は大半以上は理解しているが、全員ではない。声掛けの音量一つで落ち着かせる、不安になる事を理解していない職員もいる。                    | /    | /    | /    | 利用者のできることやできそうなことについて把握して、手を出しすぎないように見守り、一緒に行っている。  |
|        |                   | 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。                                | ○    | 立位が出来れば、歩行につながる。不穏状態の原因等を明らかにしたら落ち着く等の向上・維持はチームケアとして出来ている。                     | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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)   | ○    | 見守りや一緒に行う事を基本とし、介助や口出しは出来ない時に行う事を統一している。                                       | ◎    | /    | ◎    |   |
| 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。   | ○    | テーブル拭きや、洗濯物たたみ等をケアプランに記載し、チェック表を用いる事で、職員は把握している                                | /    | /    | /    | 廊下のモップかけや、リビングに置く毎日の食事のメニューの記入等、役割を決めて行ってもらい、感謝の気持ちを伝えて、利用者のやりがいや喜びにつながるよう支援している。                               |
|        |                   | 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、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。  | △    | 役割や仕事をお願いする事で行っているが、十分ではない。  | ○    | ○    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ×    | 祭りや、運動会等には参加しているが役割等が持っていない。   | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームパートナーハウスたんぼぼ

| 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。  | ○    | 外出レク等の時は、おしゃれな服を着る等して支援している。   |      |      |      | 食事介助時は食事介助用のエプロンではなく、タオルを使用して食べこぼし等をカバーしている。利用者のプライドを傷つけない声かけや対応を心がけている。重度の利用者も訪問理容を利用したり、好みの服を着たりする等、本人らしさに考慮して支援を行っている。  |
|       |                | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。   | ○    | その人らしい個性を大切に、持ち物等は本人の好みで整えられるようにしている。髪型も訪問理容の職員に希望を伝え好みの髪型にしている。                                   |      |      |      |  |
|       |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。   | △    | 職員が決めてしまう事もみられるが、その人の事を考えながら選択できるようになってきている。   |      |      |      |  |
|       |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。  | △    | 外出時は帽子を被り準備をする入居者がいるが、全員が出来ていない。   |      |      |      |  |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)   | ○    | 食べこぼし等はエプロン等を使用せず、タオルで対応し、食後の歯磨き時にカバーしている。   | ○    | ○    | ○    |  |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | △    | 行きたいところを聞いてはいるが、希望が訪問理容になっている。   |      |      |      |  |
|       |                | 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。   | ○    | 寝たきりでも髪の毛カットが出来るような訪問理容を使用している   |      |      | ○    |  |
|       |                |     |  |      |  |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 水分摂取の大切さ、食事で口から食べる事の大切を理解している。   |      |      |      | 献立は担当の職員が作成しているが、利用者の希望の献立に変更することもある。準備や後片付け等、できる時は利用者も一緒に行っている。苦手なものやアレルギーを把握して、季節を感じる旬の食材を取り入れている。対面式キッチンのため、重度の利用者を含めて、リビングから調理の音や匂いを感じることができる。食事内容や形態、栄養面について検討するほか、医師にも相談する等、利用者がバランス良く栄養が摂れるようにしている。 |
|       |                | b   | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。  | △    | 献立は職員が決めているが、料理の準備や食器洗い等は毎日ではないが職員と一緒にしている。  |      |      | ○    |  |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | ○    | 一つの成功体験で利用者自信を付けられるように一緒に行き、出来たら助かったありがと声を掛けている。   |      |      |      |  |
|       |                | 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。   | ○    | アレルギーの有無等は事前にアセスメントし、食事から外している。好きなもの、嫌いな物理解している。   |      |      |      |  |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ○    | 利用者が食べやすく、また好みの物をメニューに取り入れている。また、食べやすくおかゆにしても、味が変わらないようにしている                                       |      |      | ◎    |  |
|       |                | 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) | ○    | 便秘気味の方にはヨーグルトを飲んでもらったり、バラ寿司などお湯をいれて柔らかくし味は変化がないようにしている。食器も3食品皿や、ワンプレート等使用し見た目にも美味しそうに見えるように工夫している。 |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 本人が家で使用した物があれば使用してもらっている。  |      |      | ○    |  |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ◎    | 職員も同じ家族として一緒にテーブルを囲み食べ、介助が必要な方にはさりげなくサポートに入っている。   |      |      | ◎    |  |
|       |                | i   | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | ○    | もうすぐご飯出来るよ等声かけ、一緒に皆で食べる事で食事が楽しみになるような雰囲気を作っている。  | ◎    |      | ◎    |  |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                    | ○    | 水分は水分チェック表を用いて水分がきちんと摂取出来ているようにしている。体重測定で主食の量を調節している。  |      |      |      |  |
|       |                | 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。                         | ◎    | 冷たい水分が苦手な方は温めて提供したり、水分補給の回数を増やす等して対応している。  |      |      |      |  |
|       |                | 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。                            | △    | 好きなものをメニューに入れて作成しているが栄養士のアドバイスは受けていない  |      |      | ○    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 次亜塩素酸水で消毒を日常的に行い、買い物時には賞味期限の離れている物を購入している。   |      |      |      |  |

| 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   |
|--------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | △    | 毎食後口腔ケアを行い、夕食前には口腔体操は出来ていない。誤嚥性肺炎予防の重要性も職員は理解しており、義歯がない方も歯磨きを支援している。                               | /    | /    | /    | 毎食後口腔ケアを行って、利用者一人ひとりの口腔内の状態を確認しており、異常時には歯科受診を行っている。利用者ができる部分は見守りながら口腔内の清潔保持に努めている。口腔ケアが苦手な利用者もいるため、不快感のないように、その時の状況に応じた介助をする等工夫している。 |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。  | ○    | 義歯の有無や状態を確認し、必要に応じてかかりつけの歯科を受診している。  | /    | /    | ○    |  |
|        |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。  | ×    | 受診時に学ぶ事はあっても、日常の支援にはいかせていない  | /    | /    | /    |  |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 寝る時は義歯を外すように支援し曜日を決めて義歯洗浄をしている   | /    | /    | /    |  |
|        |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                           | ○    | 出来る事はしてもらっているが、義歯の確認が必要な方の介助等支援をしている。拒否がある方の介助方法の徹底が出来てない。   | /    | /    | ○    |  |
|        |                | 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。  | ○    | 本人の訴えや不具合があるとかかりつけの歯科を受診している。  | /    | /    | /    |  |
| 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。                       | ◎    | 出来るだけオムツやパットを外すようにしている。利用している人も必要最低限の物しか使用していない。(オムツではなく紙パンツ、パットでも小さ目等)日中はオムツは使用していない。パット等に対応している。 | /    | /    | /    | トイレで気持ち良く排泄できることを基本としており、夜間のみのおむつ使用や紙パンツから布パンツへの移行等、おむつやパッドに頼らず利用者一人ひとりに合った支援をしている。  |
|        |                | 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。   | ○    | 便秘に注意し主治医に相談しながら、こまめな水分の補給や下剤を使用している。  | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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)  | △    | 間にあわず失禁している事があり、パットが濡れている事がある。   | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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。                            | ○    | 必要なパットを使用しているが、出来るだけパットやオムツを使用せずに出来るように支援している。   | ◎    | /    | ○    |  |
|        |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。   | △    | 車椅子対応の方でもオムツは使用せずに、二人介助にてトイレに座る機会を作っている。   | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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。   | ○    | 不穏時や不機嫌になっている時にはまずはトイレ誘導を行うようにしている。  | /    | /    | /    |  |
|        |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | △    | 数人は本人の希望を確認している。しかしほとんどは家族の希望になっている。しかし使用するにしても、日中はパットを基本とし夜間のみオムツを使用している。                         | /    | /    | /    |  |
|        |                | h   | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けしている。  | ○    | 全員が同じ種類のおムツを使用する事はせずにそれぞれ個別に必要なオムツを状態に合わせて使い分けをしている。   | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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)   | ×    | ラジオ体操、日常の生活リハビリ(トイレや浴室までの歩行)をし、水分の摂取量1日1000CCを飲んでしているが、内服が継続してしまっている。                              | /    | /    | /    |  |
| 20     | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)  | △    | 夜間の入浴が出来ていない。また、本人に入浴の希望を確認はしてるが、入浴拒否が長くなると入浴をこらで決める事もある。  | ◎    | /    | △    | 週2回の入浴で時間帯も決まっているため、今後は利用者からの要望があれば、入浴日や時間帯等にも臨機応変に対応することを期待したい。   |
|        |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ○    | 持病(起立性低血圧等)がない人は浴槽に入っている時に自分のペースで浸かっているが、10分以上になる前には声を掛けている。                                       | /    | /    | /    |  |
|        |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ○    | 出来ることを本人にしてもらいながら出来ない所を支援している。   | /    | /    | /    |  |
|        |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。   | ○    | 声を掛ける職員を変えたり、入浴の順番を変えて支援している。無理強いはせずに次の日に回したりしている。が原因を完璧には理解できていない。                                | /    | /    | /    |  |
|        |                | 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。   | ○    | 毎朝、血圧、体温等の測定をし、確認をして入浴している。入浴後も水分補給をしながら状態を確認している。   | /    | /    | /    |  |

| 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  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | 職員はほとんどの入居者の睡眠パターンを把握している。   | /    | /    | /    | 入居前から継続して服用している利用者もいるが、日中の過ごし方や状態等について、主治医と相談しながら薬剤に頼りすぎない支援を行っている。 |
|       |                | 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。                         | △    | 日中に、起きていてもらう等の支援や工夫はしているが、それでも主治医と相談し眠剤を使用している方もいる。                          | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。    | ◎    | 数日寝ないので睡眠導入剤を使用するのではなく、主治医と相談をし日中の支援(外出等)をしながら主治医が判断し使用している。                 | /    | /    | ○    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 休息や昼寝等は自由に取れるように支援している。また、車椅子に座っている方や疾患がある方、高齢の方には、午前、午後で横になる時間(1時間程度)を設けている | /    | /    | /    |   |
| 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。   | △    | 電話の希望や手紙のやり取りをする方が現在少ない。面会に来られる方が多く、離れている方2名が電話のやり取りをしている。                   | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                     | △    | 母の日等で送りが届いた時には電話をしているがそれ以外はしていない。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 家族から電話が掛かってきてゆっくり話しが出来るように支援している。  | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 来た物は本人や家族に直接渡している。   | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | △    | 家族からは掛けてもらっているが、電話を掛ける事について理解協力得られていない方が多い。                                  | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 使う事の大切さは理解しているが、買い物時には自分で支払うように支援しているが、所持に対しては出来ていない。現在金庫で預かっている。            | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人が買い物に行く機会を作っている。   | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | △    | 理解や働きかけを日頃からはしていないが、車椅子のサポートをお願いして快く引き受けていたり協力を得ている                          | /    | /    | /    |   |
|       |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | ×    | 買い物時には自分で支払いが出来るように支援しているが、常時渡す事はしていない                                       | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | 入居時に金庫で預かる事を説明し合意が出来ている。   | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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)。         | ○    | 全ての入居者に対して、預り金として金庫で預かり、使用した物はレシートを添付し出納長で家族に請求書と同時に送付している。                  | /    | /    | /    |   |
| 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。                           | △    | 柔軟に対応しているが、多機能化はまだ出来ていない。  | /    | ◎    | ○    | 法要等に家族と一緒に出かけたり、訪問マッサージの要望にも対応したりする等、柔軟な支援に取り組んでいる。                 |

| 項目No.             | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |   |   |
|-------------------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|---|---|
| <b>(3)生活環境づくり</b> |                   |     |   |      |  |      |      |      |  |   |   |
| 25                | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | ○    | 日中は鍵を掛けず、近隣の方にも職員から挨拶をしている。  | ◎    | ◎    | ◎    | 事業所の周りには花が植えられている。広い玄関はきれいに整理整頓されており、気軽に入れるような親しみやすい雰囲気になっている。   |   |   |
| 26                | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なもの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。) | ○    | 家庭的な雰囲気を大切にしており、バッド等の置き場も部屋に入るだけではわからないように工夫をしている。過度の飾りつけ等もしないように工夫している。                             | ◎    | ○    | ○    | 日当たりが良く、窓からは自然豊かな風景を眺めることができる。エアコンの吹き出し口付近にパーツを取り付け、風が直接利用者に当たらないように配慮している。浴室やトイレも清潔に保たれており、気持ち良く使用することができる。調査当日はリビングや廊下を本物の紅葉やかぼちゃの紙飾りで季節を感じられるように工夫していた。 |   |   |
|                   |                   | 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。   | ○    | 臭いは次亜塩素酸水にてオムツ等が臭いがないように工夫し、香りで誤魔化さないようにしている。不快な音や光にも注意している。   |      |      |      |  | ○ |   |
|                   |                   | 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。  | △    | 、食事の香りや調理の音が伝わるようし、部屋に手作りの七夕や風鈴を飾り季節感を出している。   |      |      |      |  |   | ○ |
|                   |                   | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。  | ○    | 仲の良い利用者同士で座れるように工夫したり、一人で過ごしたいときは一人で自室にて過ごせるように声を掛けている。  |      |      |      |  |   |   |
|                   |                   | 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。  | ○    | 浴室トイレは共有空間から離れて設置しているが、一か所共有空間の近くに設置している。しかし、使用中は必ず見えないうにする等出来る工夫はしている。                              |      |      |      |  |   |   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ◎    | 基本的に置いている物はベッドとタンスで他の物は自由に持ってきてもらっている。自由にアレンジしてもらえるように支援している。  | ◎    |      | ○    | ベッドやたんす、エアコンが備え付けられており、たんすは地震対策で固定している。利用者は馴染みの家具や仏壇、趣味の本等を自由に持ち込み、心地良い空間を作っている。   |   |   |
| 28                | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。  | ○    | 手すりやトイレ時、寄りかかっても転倒しないような肘置き等安全に生活が出来るようにしている。  |      |      | ○    | トイレ表示を大きくしたり、居室の場所が分かりやすいように利用者の好きなものを居室入口に飾ったりしている。転倒の危険性がある利用者の居室にはセンサーチャイムを導入する等、利用者の安全に配慮しながら自立した生活が送れるよう工夫している。                                       |   |   |
|                   |                   | 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。   | ○    | 混乱しないようにトイレにはトイレの場所を大きく記入したり、入っている人がいる時はわかるような看板を作成している。また色が認識出来ない方には食事の茶碗も底が黒い物を使用し白米が認識できるようにしている。 |      |      |      |  |   |   |
|                   |                   | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ぼうし、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)   | ×    | 新聞はおいているがそれ以外はおいていない。  |      |      |      |  |   |   |
| 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あること、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)                     | ○    | 日中は鍵を掛けない事を徹底し、出来ている。物理的には、施錠はしていないが、一部の入居者の方には、閉じ込められているという認識を持たれているので、精神的な閉塞感を除去に努める必要がある。         | ◎    | ◎    | ◎    | 職員全員が研修等で鍵をかけた中で過ごすことの弊害を学んで理解しており、日中玄関等の施錠はなく、自由に入出入りできる。   |   |   |
|                   |                   | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。  | ◎    | 鍵を掛けないホームという事を契約時に説明し合意を得ている。それについてのリスクも説明している。ただし、家族から施設に預けられてという心の鍵をどのように外していくかが今後の課題である。          |      |      |      |  |   |   |
|                   |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ◎    | 開くと音が鳴る扉を採用し、音が鳴ると職員が必ず確認するように徹底している。  |      |      |      |  |   |   |

| 項目No.            | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 入居の前日または前々日に入居の方のアセスメントシートを配布し、入居者の情報を介護支援専門員が説明している。                                |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                    | ○    | 入居者がいつもと違う時は色を変えて記入し必要なら主治医に報告し対応している。その際も色を変えて分かりやすく記入している。                         |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                 | ◎    | 週に一回連携看護師が来所され、主治医も週2回の往診があり、毎日、バイタル等の情報をFAXしている。何か異常があっても早期受診に繋げている。                |      |      |      |                            |
| 31               | かかりつけ医等の受診支援     | a   | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。   | △    | 入居契約時に希望の医療機関を確認しているが、希望される事がない為ホームのかかりつけ医の指示で病院受診をしている。                             | ◎    |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 入居契約時に希望の医療機関を確認しているが、希望される事がない為ホームのかかりつけにより、適切な医療、必要時の早期の受診等を支援している                 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                               | ○    | 緊急受診、往診時、定期受診等の内服変更等何か変化があれば家族に伝えるように契約時に合意しており、結果は必ず伝えるようにしている。                     |      |      |      |                            |
| 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。  | ○    | 本人の情報(薬情、検査データ、入居前の検査データ、個人記録)等の情報を提供し、本人のストレスや不安要素等の情報も提供している                       |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 入院後も医療連携室や、本人のお見舞いに行き都度、看護師等から情報を提供してもらいながら早期の退院に努めている。着替えも取りに行き、洗濯も実施している。          |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | △    | 月に1回程度、医療連携室にホームの情報を伝えている。   |      |      |      |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ◎    | 週に1回の訪問時に、利用者の情報を伝え、看護師からの指示や情報は職員全員で共有するようにしている。また、指示や情報は記録に残し次回の訪問時に利用者の状態を確認している。 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 24時間緊急の時には電話が出来る体制がある。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                     | ◎    | 本人が少しでも変化があれば、かかりつけ医に相談している。また看護師からの情報もドクターに相談し早期の受診に繋げている。                          |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 定期薬は理解が出来ているが、臨時処方等の薬は全て理解が出来ていない。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 内服をボックスから出すときのダブルチェック、内服時の名前確認のダブルチェック、内服チェック表を用いる、薬局に協力してもらい一酸化にしてもらう等工夫をしている。      |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 排便チェック表を用いての排便状況の確認、食欲の確認、眠前薬を内服している方はフラツキの確認を行っている。                                 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | △    | 何か異常があれば記録しているが、何異常がなければ出来ない。  |      |      |      |                            |

| 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   |
|--------|-------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| 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。                        | ○    | 3名ではあるが、急死の同意書を交わしている。飲酒が継続してほしい、出来るだけ、口から摂取してほしい等の意向をふまえて支援している。 | /    | /    | /    | 看取り指針を作成しており、職員も看取りの研修を受けて、体制を整えている。今までに事業所での看取りの事例はないが、状態を配慮して急変時等についての意見確認書を交わしている利用者もあり、必要時は利用者や家族、主治医や看護師も含めて重度化や終末期について話し合っており、方針を共有することができる。 |
|        |             | 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と話し合い、方針を共有している。                                 | ○    | また、看取り期に入っていないが、ステーキを食べに行くため、家族、主治医と話し合いは行った。                     | ○    | /    | ○    |  |
|        |             | 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。                                     | ○    | 夜間何が起ころうとも対応出来るようにコール当番制を導入した                                     | /    | /    | /    |  |
|        |             | 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。  | ○    | 入居契約時に、介護職員が出来ない医療行為については説明している。また看取りが必要時にはもう一度きちんと説明する予定である。     | /    | /    | /    |  |
|        |             | 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。 | △    | 主治医や連携看護師にも常に話し合いが出来る状態にしている。                                     | /    | /    | /    |  |
|        |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ×    | 対象の方がいないが、入院時等の時はきちんと事実を伝える等の支援をしている。                             | /    | /    | /    |  |
| 36     | 感染症予防と対応    | a   | 職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。                         | ○    | ホーム会議時に勉強会をし、またホームにある次亜水の使用の徹底など定期的に勉強している。                       | /    | /    | /    | /  |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | 感染症対策マニュアルがあり、また毎日の掃除に次亜塩素酸水を使用しているが万が一の時に備えた訓練は出来ていない。           | /    | /    | /    |  |
|        |             | 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。                          | △    | 毎年時期になると情報を確認するようにしている。   | /    | /    | /    |  |
|        |             | 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。  | △    | 時期になった時には毎日次亜水消毒をしている。  | /    | /    | /    |  |
|        |             | 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。   | △    | ポスター等を使い面会の家族や業者にも手洗い、うがいをお願いしているが、されていない。                        | /    | /    | /    |  |

| 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   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>家族との関係づくりと支援 | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。  | ○    | 介護度が良くなった、出来ない事が出来るようになった事、介護度が悪くなった、出来なくなった情報を伝えている。     | /    | /    | /    | 家族と会って話ができるように、遠方等で来られない家族以外は利用料を事業所まで持参してもらっている。そのほかに家族が事業所に来訪し話し合える場合は、運営推進会議の開催時程度であるため、今後は家族が関心を持つ内容のイベント等を実施する等、家族との交流の機会が増える取組みを期待したい。毎月利用者の様子を書いた手紙を家族に送付したり、SNSで事業所の情報を発信したりしている。事業所の運営上の事柄や職員の異動等について、家族に報告しているが、家族の理解が得られていないのが現状であるため、今後は家族全員の理解が得られるように報告方法等を工夫することに期待したい。家族の来訪時には、職員が必ず声かけする等、話しやすい雰囲気づくりに努めており、利用者の様子等を伝えたり、家族からの相談等を受けたりしている。 |
|                     |                            | 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)                                | ○    | 家族にはいつでも来てもらってもいい事を伝えている。ただ、家族の宿泊は出来ていない。                 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ×    | 運営推進会議でしか出来ていない。  | ◎    | /    | △    |  |
|                     |                            | 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、家族に写真付きの手紙を送付し離れていても状態が分かるようにしている。                     | ◎    | /    | ◎    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ○    | 入院した事、状態の改善や悪化、外出の様子等を記載し送付している。                          | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | △    | 面会時に必ず状態報告では終わらず、職員と家族本人で少し世間話が出来ている職員が数名いるが、全員は出来ていない。   | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 運営推進会議に参加いただいている方には会議時に新聞を使い報告している。                       | ×    | /    | △    |  |
|                     |                            | 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)   | ×    | 家族会や納涼祭等もできない。家族から賛同が得られない。                               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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された対応策を話し合っている。  | ○    | 入居契約時に書面と口頭にて説明し合意を得ている。                                  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 家族が来訪時やケアプランの説明時等こちらから声を掛けて話しを聴いている。                      | /    | /    | ○    |  |
| 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。  | ○    | 入居契約時にきちんと文書、口頭で説明し合意を得ている。                               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。                | ○    | 暴力行為、継続的な医療行為等契約時に口頭と文書で説明し合意を得ている。また、次の行き先も家族と協力して探している。 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)                          | ○    | 契約時料金の説明を文書と口頭で説明し合意を得ている。                                | /    | /    | /    |  |

| 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。   | ◎    | 地域の自治会長をはじめ、役員の方々に事業計画を説明、次に近隣住民の方々にも同じ事業計画を説明。その後出海地区の方々より市に対して今回の施設誘致の嘆願書を提出して頂く事となった。              | /    | ◎    | /    | 毎年地域のふれあい祭に出店し、職員と利用者が参加して地域の方達と交流を図っている。近隣の方達には挨拶等を日常的に行っている。立地的に地域のボランティアを依頼する機会や学校、幼稚園等がない環境だが、今年初めて公民館を通して地域の女性学級との関わりができる等、利用者が地域と関わりながら暮らせており、今後ますます地域とのつながりが深まる事が期待できる。  |
|                    |   | 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)      | ○    | 開所後、地区開催の行事には、すべて参加させていただいている。また散歩や車等で行き会う時には、こちらから挨拶をしている。今回初めて、地区の女性学級で認知症の勉強会の講師に依頼があり参加させていただいた。  | /    | ○    | ○    |   |
|                    |   | 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。  | ○    | 女性学級の講師後施設の見学者が増えた。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。   | △    | 見学等はあるが、まだまだ、気軽に立ち寄る事は出来ていない。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | 日常的な付き合いはできていないが、お祭り事などでは、必ず出店依頼があり、地域の方が購入してくださっている。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | ×    | 地元自治会の会合に参加し、まずは、災害時の避難訓練を合同で実施する方向で、話が進んでいる。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ○    | 旧長浜町出身者を中心に入居をお願いしたこともあり、地域資源である肱川あらし展望台、ながこう水族館などの施設や寺院・神社へ積極的に出かけている。                               | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ○    | 去年の水害時に地元大洲市を超えて、伊方町・八幡浜市の行政や施設の利用を行う事が出来た。また、買い物等は地域性もあり保内町まで出かけている。地域密着型サービスではあるが、少し広域的な協力関係が構築できた。 | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 家族、利用者、地域の民生委員の方、地域包括支援センターの方に参加いただいている。  | /    | ○    | ○    | 運営推進会議には毎回利用者や家族、地域包括支援センター、民生委員等の参加があり、参加者と活発に意見交換を行っている。事業所の取組み状況や利用者の日常の様子等も分かりやすく説明している。外部評価の内容や結果についても報告を行って取組みを伝えている。参加者から得られた意見等は、職員間で話し合っ運営に活かしており、その結果等は会議で報告しているが、地域に浸透していないため、今後は地域関係者等から事業所の取組みについての理解が得られる方策等を検討して欲しい。 |
|                    |   | 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。                                      | ○    | 外部評価における結果が出た後には報告を行っている。   | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | ○    | 家族や、地域の方、包括支援センターの方から出た意見を施設内にフィードバックし、ユニット毎に検討・協議し、その進捗状況や結果を報告し、業務改善につなげている。                        | /    | △    | △    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | △    | メンバーを増やす事は出来ていない。行事に絡めて行うように工夫はしている段階で実地ができていない。  | /    | ○    | /    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 玄関入口や二階踊り場に議事録等資料を常備して、自由に閲覧できるようにしている。また、今後は、WebやSNSでも閲覧できるようにしたい。                                   | /    | /    | /    |   |

| 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   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○    | 毎日、朝礼にて、全員で、理念を唱和している。また、都度、その理念の意義と意味を、職員に説明し、共通の認識を醸成している。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | △    | 運営会議、家族会議、広報紙などに、わかりやすく記載している。また、SNSなどのネットワーク媒体を利用し、広くその理念を訴求している。  | ○    | x    | /    |  |
| 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。   | ◎    | 時間が許す限り、経験や資格取得状況にかかわらず、必要な研修は受講してもらっている。しかし、所在地域での研修開催が少ない。今後は、新規事業に伴い、人選した職員に、必要な資格を取得させる。また、年齢や勤務年数に応じて、資格取得を促し、キャリアアップに努めている。また、会社として、日進月歩で研修（理念、一般常識など）から指導しているが、OJTを現場にてその都度おこなっている。また、計画的に毎年職員に研修を受けさせている。 | /    | /    | /    | 代表者は事業所にいることが多く、昼食を利用者や職員と一緒に食べており、気軽に話ができる環境である。事業所外での定期的な親睦会の開催や希望休も取得しやすいほか、研修の参加や資格をとるためのサポートもあり、職員が安心して意欲を持って働けるように努めている。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | ◎    |   | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                              | ◎    | 就業規則、給与表等を整備しスキルアップ研修、実践研修への取り組みを促進する。また、会社負担により勤務年数に応じて資格取得や研修参加を積極的に取り組んでいる。事業者としてのルールを遵守する。(職員配置、労働時間等)  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ◎    | 地域密着型サービス協会に参加し職員交流や勉強会参加等の機会を取り組みをしている。また、地元の商工会議所や商工会に加入し、異業種の方々との交流にも取り組んでいる。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ◎    | 定期的な親睦会(飲み会)の開催や従業員報奨制度を制定する。リフレッシュ休暇や有給休暇の取得促進。  | ◎    | ○    | ◎    |  |
| 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。  | ◎    | 採用時から、内部、外部講師からの講習を実地し、決められた研修以上の研修を行い、虐待のないホームを目指している。鍵を掛ける事、4本ベッドを使用する事等分かっているであろう事でも、もう一度指導している。   | /    | /    | /    | 何が虐待や不適切ケアにつながるのか、職員全員研修で定期的に学んでおり、虐待や不適切ケアがあった場合の対応方法や手順等についても理解している。   |
|                            |   | 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。  | ○    | 朝礼、夕礼時にケアの注意点を話しあったり、毎月のホーム会議でも話し合う機会を設けている。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                                    | ◎    | 発見した時の報告義務等ほぼ全員が理解できている。また言葉の虐待にも十分注意するようにしている。経験者・未経験者問わず、毎月のホーム会議にて、研修を実施し、無知の知の気づきに努めている。  | /    | /    | ◎    |  |
|                            |   | 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、顔色や健康状態を確認し、年2回の定期健康診断を実施している。自らが会社に気軽に相談できる雰囲気醸成している。こちらから適宜、声をかけるようにしている。  | /    | /    | /    |  |
| 44                         | 身体拘束をしないケアの取り組み   | a   | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。  | ◎    | 例えば、掻く行為が続き、手袋が必要になった場合やベットから落下するため4本柵が必要になった場合でも同意書がないと出来ない事、また、その場合は、緊急性、切迫性、非代替性がないと行えない事について周知している。また、拘束が必要な場合は、必ず拘束委員会を立ち上げ、家族の同意を得て行い、早期に解除を促すことについても周知している。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。  | ○    | 安全対策、身体拘束防止委員者を任命している。またおよそ3か月に1回ホーム会議において身体拘束防止の勉強会をしている。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                       | ○    | 入居時に、拘束を行わないケアの取り組みをしている事を説明している。また、説明時には、鍵だけでなく、4本柵等の具体例を出し説明している。   | /    | /    | /    |  |

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 45    | 権利擁護に関する制度の活用         | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを含め理解している。                | △    | 理解している職員が少なく対象者もない。生活保護を利用している方もいるため、今後勉強会を行っていく。  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。       | ×    | 相談にのる事を説明しているが、まだ相談に来られた方はいない。パンフレットの準備も出来ていない。  |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。  | ×    | 地域包括支援センターの職員に方に運営推進会議に参加いただいている。社協福祉協議会等の連携体制は築けていない。   |      |      |      |   |
| 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。                  | ○    | 対応マニュアルを作成はしているが、完全ではないが理解は出来ている。急変や等の対象者がいる時は、随時勉強会を行っている。                                    |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                   | △    | 座学は行っているが、訓練はできない。   |      |      |      |   |
|       |                       | 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。     | ○    | 事故が起こった際には、事故報告書にてその人のあるべき姿を記入し職員全員で周知している。またヒヤリハットも記入しそこでもあるべき姿を話し合い事故防止に努めている。ヒヤリノートも活用している。 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                            | ○    | 毎月、ホーム会議にて事故、身体拘束廃止委員会を中心にヒヤリハットの話し合いを行い、その人のあるべき姿を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。                               | △    | 苦情対応マニュアルは作成している。また、ご意見箱も作成しているが、全職員が理解は出来ていない。  |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ○    | 家族、地域からの苦情は速やかに対応している。今後必要な場合は相談、報告をしている。  |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 | △    | 苦情として職員の運転マナーの話があり速やかに対応したが、それ以外の苦情は上がっていない。   |      |      |      |   |
| 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)                | ○    | 利用者の意見や相談は個別に時間を設けて対応している。また、2か月に一度介護相談員の受け入れをしている。  |      |      | ◎    | 利用者の意見や要望は普段から意識して引き出すようにし、伝えやすい機会を作っている。家族からの意見や相談は、毎月の支払い等で事業所に来訪してもらう機会に、個別に聞くように努めている。管理者と職員は気軽に話し合える関係が築けており、毎月の会議のほか、普段から利用者本位の支援について話し合っ実践に活かしている。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | ○    | 運営推進会議に参加していただき意見を聞いたり、ご意見箱を設置している。  |      | ◎    | ○    |   |
|       |                       | c   | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。                          | ○    | ホーム以外に市や国保連の情報を提供している。また玄関に添付している。   |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ◎    | 毎日、入居者、職員に顔を合し、声を掛けている。  |      |      |      |   |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | ホーム会議や個別に話しを聴き、運営に生かしている。  |      |      | ◎    |   |

| 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   |
|-------|---------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ◎    | 毎年、外部評価前に自己評価を実施している。  |      |      |      | 運営推進会議で外部評価の結果と目標達成計画を伝えて、事業所の取組みの経過や状況を報告しており、参加者には順番に取組みのモニターをしてもらっているが、地域関係者の理解が得られていないため、地域にも認識してもらうよう分かりやすく説明する等検討して欲しい。  |
|       |               | b   | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。   | ○    | 外部評価の結果を基に、ホーム会議にて、毎月テーマを決め、学習の機会としている。  |      |      |      |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 外部評価の結果を基に、ホーム会議にて、施設としての達成目標の優先順位を決める。また、その担当者を決め、その達成の期限も明確にしている。今回は達成が出来た。                          |      |      |      |  |
|       |               | 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。                                       | ○    | 外部評価の結果を基に、達成目標のモニターをまずは、運営会議メンバー、ご家族、地域包括支援センター、市町の順番にお願いしている。  | ○    | ×    | △    |  |
|       |               | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | ○    | 外部評価の結果を基に、運営推進会議にて、その成果を確認している。   |      |      |      |  |
| 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)   | ○    | 作成した対応マニュアルを利用し、ホーム会議にて、研修テーマとして、周知をしている。  |      |      |      | 地域の自治会と合同訓練の話し合いを行う等支援体制の強化を図っているが、家族から理解を得られていない。利用者の居室入口に避難済みか確認できる札があるが、さらにそれを活用して利用者の状況が一目で分かる色分け表示を共有するほか、近年の想定外の災害に備えられるように地域との協力体制の確保に加えて、緊急連絡網の試行や、備蓄や非常用品の再確認をして、緊急災害時の利用者の安全確保に万全を期すなど、家族の理解が得られるよう取り組んで欲しい。                           |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 夜勤時、日勤時を想定した避難訓練を毎年2回実施している。   |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ○    | 点検については、年2回の訓練時並びに、年1回の設備点検時に実施している。   |      |      |      |  |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | ○    | 地元自治会と合同訓練の話し合いを行っている。地元地区が、2年に1回実施する訓練に参加する。(今年は、7月豪雨災害のため、延期)消防署には、訓練時に参加していただいたり、運営推進会議にも参加いただいている。 | ×    | ○    | △    |  |
|       |               | 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)                     | ○    | 地元自治会とは、合同訓練の話し合いを行っている。県の主催する原子力災害避難訓練には、参加した。また、県の主催した「防災に関する社会福祉施設管理者向け説明会」にも参加した。                  |      |      |      |  |
| 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) | ○    | 女性学級において認知症についての講師依頼があり、参加させていただいた。  |      |      |      | 地域の高齢者や家族等への相談支援を行うことができることの周知に努めており、相談があれば対応できるように体制を整備しているが、まだ相談事例がないのが現状で消極的な感じがあるため、今後は相談件数を増やすように事業所の相談支援を積極的にPRする等検討して欲しい。今回初めて公民館における地域の女性学級で認知症についての講師を始めれば地域には浸透していないのが現状である。今後はこの公民館活動を足がかりに地域のケア拠点として機能していける事業所を目指しており、さらなる取組みに期待したい。 |
|       |               | 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。   | ×    | 地域の自治会を通して、相談支援を行っていることを広報している。が十分ではない   |      | ×    | △    |  |
|       |               | 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)  | ×    | 施設の単独イベントとして家族会を開催し、広く地域の方への参加を求めて行きたい。  |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ×    | 実習の受け入れには、協力しているが、今のところ受け入れ実績はない。  |      |      |      |  |
|       |               | 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)                       | ×    | 連携は強化しているが、今のところは協働の実績はないが、地域包括支援センターで働いた方を職員として採用した。  |      |      | △    |  |

(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 | 令和元年10月9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) 13名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 7名        |           |

※事業所記入

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| 事業所番号           | 3890700127                |
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホームパートナーハウスたんぽぽ<br>2階 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 東影晃佳                      |
| 自己評価作成日         | R1年 9月 1日                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>【事業所理念】<br/>利用者、家族、地域の方が笑顔で交流が出来るホーム作りをします。<br/>・地域、開<br/>催の出し物には積極的に参加し地域の一員になれるようなホーム作りをします。<br/>その人のあるがままを受け入れ、側にいてもらえるという安心感があるホーム作りをします</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】<br/>・全入居者参加の外出レクが出来る⇒動物園に全員で外出し、外出の機会は増えつつあるがまだ十分ではない。が個人レクで魚釣りにも行った。<br/>・車椅子の方の外出頻度が多くなる⇒動物園に行けて、不定期ではあるが、散歩に行き始めている。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>開設3年目を迎えた事業所は、閉校した小学校の敷地内にあり、自然に囲まれた環境を活かして積極的に外出支援を行っている。利用者一人ひとりの夢をかなえていく夢企画では、魚釣りやステーキを食べに出かける等画期的な取組みを行い、利用者の笑顔や楽しみを引き出している。事業所が発行している笑顔新聞には、夢企画や日常生活を楽しんでいる利用者の様子が味わいのある文章と共に掲載されている。職員が地域の公民館で認知症についての講師をする等、今後地域の認知症ケアの拠点となる活躍が期待できる事業所である。</p> |
|---|---|--|

## 評価結果表

| 項目No.           | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-----------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| I.その人らしい暮らしを支える |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| (1)ケアマネジメント     |  |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 1               | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | ○    | 利用者の行きたい所(釣り)に行く等、個人レクが開始出来始めた  | ◎    | /    | ◎    | 入居時に利用者や家族から聞き取ってアセスメントシートに記入している。日常生活の中で知り得た情報は、記録に残して職員で共有している。                |
|                 |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | ◎    | 職員は常に利用者の立場に立って利用者の視点で考えるようになっていく   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。                                      | ○    | 家族などに昔していた事、よく行っていた場所などの話を聞くようにしている。  | /    | /    | /    |  |
|                 |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 本人が行きたい、本人が食べたい事など本人が話した内容は色を変えて記録している。   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。   | ◎    | 常に入居者の立場に立ってケアをしながら、本人の思い等を申し送り時等に共有している。   | /    | /    | /    |  |
| 2               | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○    | 入居前に施設でいた方、自宅でした方関係なく、ケアマネや家族から確認をしているがそれでもわからない情報があるときがあり、細かく聞いていく必要がある為、入居後も家族に確認をしている。 | /    | /    | ○    | 入居前に利用者の自宅に訪問して、生活環境や生活歴、馴染みの暮らし方等を聞き取っている。利用していたサービス事業所からも情報を得て、生活環境等の把握に努めている。 |
|                 |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 利用者の出来ない所を手伝う事を基本としている。その為、出来ない事、出来る事の見極めを入居時から行っている。また、入居後出来なくなっても出来る事はしてもらっている。         | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。  | ○    | 不安になってもなぜ不安になったか?等の把握が出来、帰宅願望の利用者が落ち着いてきている。必要ならば、家族に協力をお願いし、外出してもらっている。                  | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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)                                   | ○    | 家族に対して、生活に関して等の不安は把握が出来ている。   | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。                                     | ◎    | 一日の流れ等変化があれば、申し送り情報で共有している  | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ◎    | アセスメント時に職員全員でその人にとって何の支援が必要か話し合っている。その結果、個人レクが出来、魚釣りに行け、笑顔が見えた。                           | /    | /    | ◎    | 生活の中でのこだわりや大切にしてきたこと等を把握している。利用者の視点で何を求めて希望しているか検討して、かなえることができるように取り組んでいる。       |
|                 |  | 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。   | ○    | 状態が落ち着いている利用者でも、今よりも良く生活出来る為に何が必要なのかアセスメント時に確認している  | /    | /    | /    |  |
|                 |  | 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。   | ○    | 状態の安定している入居者は、自分が出来る事を増やす事を目標にしている。また、行きたい所やしたい事を行う為には何が必要かを明らかにしている。                     | /    | /    | /    |  |

| 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   |
|-------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。   | ◎    | 本人も希望を出来る限り重視している。   | /    | /    | /    | 計画作成担当者が職員と話し合っ、利用者や家族の意見が反映された介護計画を作成している。  |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ◎    | アセスメント時に職員全員で話し合い、また事前に家族に希望等を聴き、反映して作成している。また、家族の協力により、家族との外出、帰宅が出来ている利用者もいる。 | ○    | /    | ◎    |  |
|       |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ○    | 散歩などにはいけているが、穏やかに過ごして行くための内容も考えている。  | /    | /    | /    |  |
|       |                          | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                 | △    | 家族との協力でしかできていない。   | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ○    | ケアプラン委員会を立ち上げ、モニタリング表を作成し、職員が行ってチェックをしている。                                     | /    | /    | /    | 職員は利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握しており、ケアプランチェック表を活用して、計画に沿ったサービスが実施できているか毎日確認している。利用者の身体状況や言葉、エピソード等はわかりやすいように色分けして記入している。職員の気づきや工夫は職員によって記録に差があるため、記録方法や気づきの研修を行いスキルアップに努めている。 |
|       |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | ○    | 記録にケアプランの短期目標を記載している為、職員間で実践し状況の確認が出来ている。                                      | /    | /    | /    |  |
|       |                          | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。          | ○    | 笑顔になった、怒った等、記録に色を変えて記載している。  | /    | /    | /    |  |
|       |                          | 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。                                    | ×    | 出来ていない   | /    | /    | △    |  |
| 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。  | ◎    | 三か月毎に見直し、入居前に作成したプランは入居後一ヶ月で見直している   | /    | /    | /    | 介護計画は3か月毎に見直し、毎月モニタリングを行って現状確認している。利用者の状態に変化があった場合は、その都度現状に合った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。  | △    | スタッフ会やアセスメント時に議題に上れば確認をしている  | /    | /    | /    |  |
|       |                          | 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。       | ◎    | 転倒や受診があれば見直しを行ってはいる。入院から退院後も退院後の現状に合わせて作成している。                                 | /    | /    | /    |  |
| 7     | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | ○    | 毎月一回ホーム会議、ユニット会議を行い、その中でアセスメントをしている。が現在までに緊急案件はない。                             | /    | /    | /    | 毎月事業所全体の会議、ユニットごとの会議を行って、話し合っている。勤務時間の都合や休みで参加できない職員以外は全員参加しており、参加できなかった職員も議事録を確認して、確認後に押印している。  |
|       |                          | 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。               | ○    | 指名して考え方や気づきを話し合いをしている。   | /    | /    | /    |  |
|       |                          | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                        | ○    | 会議の中に勉強会を組み込み毎月の参加者も増えている。   | /    | /    | /    |  |
|       |                          | 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。                                 | ○    | 会議録を作成し目を通してもらっている。メモを記入した結論を直接伝えている。  | /    | /    | ○    |  |
| 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。                               | ○    | 介護日誌に記入し、朝と夕方に申し送りの時間を作り、出勤していた職員全員に伝え、夜勤者が朝同じ内容をもう一度伝えている。                    | /    | /    | /    | 介護記録や申し送りノートの活用に加えて口頭で職員全員に周知している。   |
|       |                          | 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)    | ○    | 全ての情報を日誌に記入し、重要な内容は朝、夕の申し送りで伝え、翌日も夜勤者が情報を朝の申し送りで伝えている。                         | ○    | /    | /    |  |

| 項目No.     | 評価項目                    | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-----------|-------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| (2) 日々の支援 |                         |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にしたい支援 | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。  | ◎    | 釣り行きたいという入居者の夢をかかなる事が出来た。                                 | /    | /    | /    | 調査当日の昼食は利用者からリクエストがあった献立になっていた。外出先では好きなお弁当を選んでもらう等、日常生活の様々な場面で利用者が自己決定できる機会を作っている。利用者の得意なことを活かして、笑顔や楽しみが引き出せるように取り組んでいる。          |
|           |                         | 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)   | ○    | 入浴の確認やトイレの確認、内服の順番の確認等出来るだけ自己決定が出来るような声かけをしている。           | /    | /    | ◎    |   |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかるかに合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 出来るだけ簡単な言葉で、声を掛けたり、商品も二種類の中から選べるようにし、出来るだけ簡単にしている。        | /    | /    | /    |   |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にしたい支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | △    | 夜間の入浴が出来なかつたり、起床の時間や水分補給等はここの時間にしてしまっている。                 | /    | /    | /    |   |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。  | ○    | 出来る事や手伝いをしてもらったときにはありがとう助かった等の声を掛けるようにしている。               | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。  | △    | 利用者の表情を観察するようにはしている。しかし細かく記録は出来ていない。                      | /    | /    | /    |   |
| 10        | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a   | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切にしたい言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 入社時、オリエンテーションで説明している。また常に人生の先輩である事を自覚しながらか接するようになっている。    | ○    | ○    | ○    | 職員は人権や尊厳について学び、尊厳やプライバシーに配慮しながら声かけやケアを行っている。利用者が話しやすくなるようなイントネーション等で会話することはあっても、名前の呼び方は馴れ馴れしくならないように徹底している。居室へはノックや声かけを行って入室している。 |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。   | ○    | 出来るだけ、トイレに行こう等の声をかけないようにし、一緒に来て等の声を掛けるようにしている。            | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。   | ◎    | 陰部を隠す、失敗しても気にしないように声を掛けたり、希望があれば同姓介助をしている                 | /    | /    | /    |   |
|           |                         | 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。  | ○    | ノックをする。許可を得て入室する事を基本としている。                                | /    | /    | ○    |   |
|           |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。  | ○    | 入社時、オリエンテーションで説明している。勉強会も開催した。                            | /    | /    | /    |   |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けを求めたり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。   | ○    | 野菜の皮むき、洗濯物たたみ、干し等その人が出来る事を職員と一緒にしている。互いに助け合って生活をしている。     | /    | /    | /    | 仲の良い利用者はユニットが違ってても、ユニット間を行き来しながら関わられるようにしている。利用者同士のトラブルを未然に防ぐように努めており、利用者が孤立したり、さみしさを感じたりしないように支援している。                            |
|           |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。  | ○    | ホームが一つの家である事を職員が理解し皆で助け合いながら生活していく事で認知症の進行を緩やかにする事を理解している | /    | /    | /    |   |
|           |                         | c   | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらおう場面をつくる等)。 | ○    | 利用者同士の関係を把握しトラブルにならないような配置にしたり、利用者が孤立しないように注意している。        | /    | /    | ◎    |   |
|           |                         | 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。   | ○    | トラブルがあっても、その他の利用者のフォローをするように注意している。                       | /    | /    | /    |   |

| 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。   | △    | 入居前の状況や関係を家族や、施設の相談員、ケアマネに確認しているが十分ではない。前回の外部評価からの入居がない。                       | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | △    | ある程度の情報や場所は聞けるが不十分である。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ○    | 友人が遊ぶに来てくれたり、一緒に住んでいた方が来てくれたり、教え子が来てくれる、家族と一緒に外出する事や、行事ごとの外泊、外出も多い。            | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 面会や訪ねた方にお茶を進め、気軽に来れるようにしている。また、面会時間を決めていない為自由に来ていい事も伝えている。                     | /    | /    | /    |   |
| 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) | ◎    | 買い物や散歩等希望を聞いて外出が出来る。船やラジオ、帽子等を職員と一緒に買い物に行き、楽しんでいる。また、夢企画として、釣りにいき、ステーキも食べに行った。 | ○    | ○    | ◎    | 買い物や散歩等、利用者の希望に沿って日常的に外出している。利用者全員での外出行事を取り入れることで、利用者の喜びや職員のやりがい、自信にもつながっている。重度の利用者も事業所の中だけでなく、屋外に出て自然の風を感じている。 |
|        |                   | 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。  | △    | 地域の出し物、地区の運動会や、盆踊り、子供祭りに参加させていただいているが、まだまだ外出支援までは出来ていない。                       | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | ○    | 全員、外出で動物園、宇和島等に外出が出来る。   | /    | /    | ◎    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | ステーキハウスの協力でステーキを食べに行けた。  | /    | /    | /    |   |
| 14     | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 職員は大半以上は理解しているが、全員ではない。声掛けの音量一つで落ち着かせる、不安になる事を理解していない職員もいる。                    | /    | /    | /    | 利用者のできることやできそうなことについて把握して、手を出しすぎないように見守り、一緒に行っている。  |
|        |                   | 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。                                | ○    | 立位が出来れば、歩行につながる。不穏状態の原因等を明らかにしたら落ち着く等の向上・維持はチームケアとして出来ている。                     | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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)   | ○    | 見守りや一緒に行う事を基本とし、介助や口出しは出来ない時に行う事を統一している。                                       | ◎    | /    | ◎    |   |
| 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。   | ○    | テーブル拭きや、洗濯物たたみ等をケアプランに記載し、チェック表を用いる事で、職員は把握している                                | /    | /    | /    | 廊下のモップかけや、リビングに置く毎日の食事のメニューの記入等、役割を決めて行ってもらい、感謝の気持ちを伝えて、利用者のやりがいや喜びにつながるよう支援している。                               |
|        |                   | 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、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。  | △    | 役割や仕事をお願いする事で行っているが、十分ではない。  | ○    | ○    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ×    | 祭りや、運動会等には参加しているが役割等が持っていない。   | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームパートナーハウスたんぼぼ

| 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。  | ○    | 外出レク等の時は、おしゃれな服を着る等して支援している。   |      |      |      | 食事介助時は食事介助用のエプロンではなく、タオルを使用して食べこぼし等をカバーしている。利用者のプライドを傷つけない声かけや対応を心がけている。重度の利用者も訪問理容を利用したり、好みの服を着たりする等、本人らしさに考慮して支援を行っている。  |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。   | ○    | その人らしい個性を大切に、持ち物等は本人の好みで整えられるようにしている。髪型も訪問理容の職員に希望を伝え好みの髪型にしている。                                   |      |      |      |  |
|        |                | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。   | △    | 職員が決めてしまう事もみられるが、その人の事を考えながら選択できるようになってきている。   |      |      |      |  |
|        |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。  | △    | 外出時は帽子を被り準備をする入居者がいるが、全員が出来ていない。   |      |      |      |  |
|        |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)   | ○    | 食べこぼし等はエプロン等を使用せず、タオルで対応し、食後の歯磨き時にカバーしている。   | ○    | ○    | ○    |  |
|        |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | △    | 行きたいところを聞いてはいるが、希望が訪問理容になっている。   |      |      |      |  |
|        |                | 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。   | ○    | 寝たきりでも髪の毛カットが出来るような訪問理容を使用している   |      |      | ○    |  |
|        |                |     |  |      |  |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 水分摂取の大切さ、食事で口から食べる事の大切を理解している。   |      |      |      | 献立は担当の職員が作成しているが、利用者の希望の献立に変更することもある。準備や後片付け等、できる時は利用者も一緒に行っている。苦手なものやアレルギーを把握して、季節を感じる旬の食材を取り入れている。対面式キッチンのため、重度の利用者を含めて、リビングから調理の音や匂いを感じることができる。食事内容や形態、栄養面について検討するほか、医師にも相談する等、利用者がバランス良く栄養が摂れるようにしている。 |
|        |                | b   | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。  | △    | 献立は職員が決めているが、料理の準備や食器洗い等は毎日ではないが職員と一緒にしている。  |      |      | ○    |  |
|        |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | ○    | 一つの成功体験で利用者自信を付けられるように一緒に行き、出来たら助かったありがと声を掛けている。   |      |      |      |  |
|        |                | 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。   | ○    | アレルギーの有無等は事前にアセスメントし、食事から外している。好きなもの、嫌いな物理解している。   |      |      |      |  |
|        |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ○    | 利用者が食べやすく、また好みの物をメニューに取り入れている。また、食べやすくおかゆにしても、味が変わらないようにしている                                       |      |      | ◎    |  |
|        |                | 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) | ○    | 便秘気味の方にはヨーグルトを飲んでもらったり、バラ寿司などお湯をいれて柔らかくし味は変化がないようにしている。食器も3食品皿や、ワンプレート等使用し見た目にも美味しそうに見えるように工夫している。 |      |      |      |  |
|        |                | 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。  | ○    | 本人が家で使用した物があれば使用してもらっている。  |      |      | ○    |  |
|        |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ◎    | 職員も同じ家族として一緒にテーブルを囲み食べ、介助が必要な方にはさりげなくサポートに入っている。   |      |      | ◎    |  |
|        |                | i   | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | ○    | もうすぐご飯出来るよ等声かけ、一緒に皆で食べる事で食事が楽しみになるような雰囲気を作っている。  | ◎    |      | ◎    |  |
|        |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                    | ○    | 水分は水分チェック表を用いて水分がきちんと摂取出来ているようにしている。体重測定で主食の量を調節している。  |      |      |      |  |
|        |                | 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。                         | ◎    | 冷たい水分が苦手な方は温めて提供したり、水分補給の回数を増やす等して対応している。  |      |      |      |  |
|        |                | 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。                            | △    | 好きなものをメニューに入れて作成しているが栄養士のアドバイスは受けていない  |      |      | ○    |  |
|        |                | 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。   | ○    | 次亜塩素酸水で消毒を日常的に行い、買い物時には賞味期限の離れている物を購入している。   |      |      |      |  |

| 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   |
|--------|----------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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。   | △    | 毎食後口腔ケアを行い、夕食前には口腔体操は出来ていない。誤嚥性肺炎予防の重要性も職員は理解しており、義歯がない方も歯磨きを支援している。                               |      |      |      | 毎食後口腔ケアを行って、利用者一人ひとりの口腔内の状態を確認しており、異常時には歯科受診を行っている。利用者ができる部分は見守りながら口腔内の清潔保持に努めている。口腔ケアが苦手な利用者もいるため、不快感のないように、その時の状況に応じた介助をする等工夫している。 |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。   | ○    | 義歯の有無や状態を確認し、必要に応じてかかりつけの歯科を受診している。  |      |      | ○    |  |
|        |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。   | ×    | 受診時に学ぶ事はあっても、日常の支援にはいかせていない  |      |      |      |  |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ○    | 寝る時は義歯を外すように支援し曜日を決めて義歯洗浄をしている   |      |      |      |  |
|        |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                            | ○    | 出来る事はしてもらっているが、義歯の確認や必要な方の介助等支援をしている。拒否がある方の介助方法の徹底が出来てない。   |      |      | ○    |  |
|        |                | 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。   | ○    | 本人の訴えや不具合があるとかかりつけの歯科を受診している。  |      |      |      |  |
| 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。                        | ◎    | 出来るだけオムツやパットを外すようにしている。利用している人も必要最低限の物しか使用していない。(オムツではなく紙パンツ、パットでも小さ目等)日中はオムツは使用していない。パット等に対応している。 |      |      |      | トイレで気持ち良く排泄できることを基本としており、夜間のみのおむつ使用や紙パンツから布パンツへの移行等、おむつやパッドに頼らず利用者一人ひとりに合った支援をしている。  |
|        |                | 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。  | ○    | 便秘に注意し主治医に相談しながら、こまめな水分の補給や下剤を使用している。  |      |      |      |  |
|        |                | 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)   | △    | 間にあわず失禁している事があり、パットが濡れている事がある。   |      |      |      |  |
|        |                | 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。                             | ○    | 必要なパットを使用しているが、出来るだけパットやオムツを使用せずに出来るように支援している。   | ◎    |      | ○    |  |
|        |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。  | △    | 車椅子対応の方でもオムツは使用せずに、二人介助にてトイレに座る機会を作っている。   |      |      |      |  |
|        |                | 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。  | ○    | 不穏時や不機嫌になっている時にはまずはトイレ誘導を行うようにしている。  |      |      |      |  |
|        |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どうい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。 | △    | 数人は本人の希望を確認している。しかしほとんどは家族の希望になっている。しかし使用するにしても、日中はパットを基本とし夜間のみオムツを使用している。                         |      |      |      |  |
|        |                | h   | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けしている。   | ○    | 全員が同じ種類のオムツを使用する事はせずにそれぞれ個別に必要なオムツを状態に合わせて使い分けをしている。   |      |      |      |  |
|        |                | 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)  | ×    | ラジオ体操、日常の生活リハビリ(トイレや浴室までの歩行)をし、水分の摂取量1日1000CCを飲んでしているが、内服が継続してしまっている。                              |      |      |      |  |
| 20     | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)   | △    | 夜間の入浴が出来ていない。また、本人に入浴の希望を確認はしているが、入浴拒否が長くなると入浴をこらで決める事もある。   |      | ◎    | △    | 週2回の入浴で時間帯も決まっているため、今後は利用者からの要望があれば、入浴日や時間帯等にも臨機応変に対応することを期待したい。   |
|        |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。   | ○    | 持病(起立性低血圧等)がない人は浴槽に入っている時に自分のペースで浸かっているが、10分以上になる前には声を掛けている。                                       |      |      |      |  |
|        |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。  | ○    | 出来ることを本人にしてもらいながら出来ない所を支援している。   |      |      |      |  |
|        |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ○    | 声を掛ける職員を変えたり、入浴の順番を変えて支援している。無理強いはせずに次の日に回したりしている。が原因を完璧には理解できていない。                                |      |      |      |  |
|        |                | 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。  | ○    | 毎朝、血圧、体温等の測定をし、確認をして入浴している。入浴後も水分補給をしながら状態を確認している。   |      |      |      |  |

| 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  |
|--------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | 職員はほとんどの入居者の睡眠パターンを把握している。   | /    | /    | /    | 入居前から継続して服用している利用者もいるが、日中の過ごし方や状態等について、主治医と相談しながら薬剤に頼りすぎない支援を行っている。 |
|        |                | 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。                         | △    | 日中に、起きていてもらう等の支援や工夫はしているが、それでも主治医と相談し眠剤を使用している方もいる。                          | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。    | ◎    | 数日寝ないので睡眠導入剤を使用するのではなく、主治医と相談をし日中の支援(外出等)をしながら主治医が判断し使用している。                 | /    | /    | ○    |   |
|        |                | 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。   | ◎    | 休息や昼寝等は自由に取れるように支援している。また、車椅子に座っている方や疾患がある方、高齢の方には、午前、午後で横になる時間(1時間程度)を設けている | /    | /    | /    |   |
| 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。   | △    | 電話の希望や手紙のやり取りをする方が現在少ない。面会に来られる方が多く、離れている方2名が電話のやり取りをしている。                   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                                     | △    | 母の日等で送りが届いた時には電話をしているがそれ以外はしていない。  | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 家族から電話が掛かってきてゆっくり話しが出来るように支援している。  | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 来た物は本人や家族に直接渡している。   | /    | /    | /    |   |
|        |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | △    | 家族からは掛けてもらっているが、電話を掛ける事について理解協力得られていない方が多い。                                  | /    | /    | /    |   |
| 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。  | △    | 使う事の大切さは理解しているが、買い物時には自分で支払うように支援しているが、所持に対しては出来ていない。現在金庫で預かっている。            | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 本人が買い物に行く機会を作っている。   | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | △    | 理解や働きかけを日頃からはしていないが、車椅子のサポートをお願いして快く引き受けていたり協力を得ている                          | /    | /    | /    |   |
|        |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | ×    | 買い物時には自分で支払いが出来るように支援しているが、常時渡す事はしていない                                       | /    | /    | /    |   |
|        |                | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ○    | 入居時に金庫で預かる事を説明し合意が出来ている。   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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)。         | ○    | 全ての入居者に対して、預り金として金庫で預かり、使用した物はレシートを添付し出納長で家族に請求書と同時に送付している。                  | /    | /    | /    |   |
| 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。                           | △    | 柔軟に対応しているが、多機能化はまだ出来ていない。  | /    | ◎    | ○    | 法要等に家族と一緒に出かけたり、訪問マッサージの要望にも対応したりする等、柔軟な支援に取り組んでいる。                 |

| 項目No.             | 評価項目                  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |   |   |
|-------------------|-----------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|---|---|
| <b>(3)生活環境づくり</b> |                       |     |   |      |  |      |      |      |  |   |   |
| 25                | 気軽に入れる<br>玄関まわり等の配慮   |     | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。   | ○    | 日中は鍵を掛けず、近隣の方にも職員から挨拶をしている。  | ◎    | ◎    | ◎    | 事業所の周りには花が植えられている。広い玄関はきれいに整理整頓されており、気軽に入れるような親しみやすい雰囲気になっている。   |   |   |
| 26                | 居心地の良い<br>共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なもの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。) | ○    | 家庭的な雰囲気を大切にしており、バッド等の置き場も部屋に入るだけではわからないように工夫をしている。過度の飾りつけ等もしないように工夫している。                             | ◎    | ○    | ○    | 日当たりが良く、窓からは自然豊かな風景を眺めることができる。エアコンの吹き出し口付近にパーツを取り付け、風が直接利用者に当たらないように配慮している。浴室やトイレも清潔に保たれており、気持ち良く使用することができる。調査当日はリビングや廊下を本物の紅葉やかぼちゃの紙飾りで季節を感じられるように工夫していた。 |   |   |
|                   |                       | 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。   | ○    | 臭いは次亜塩素酸水にてオムツ等が臭いがないように工夫し、香りで誤魔化さないようにしている。不快な音や光にも注意している。   |      |      |      |  | ○ |   |
|                   |                       | 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。  | △    | 、食事の香りや調理の音が伝わるようし、部屋に手作りの七夕や風鈴を飾り季節感を出している。   |      |      |      |  |   | ○ |
|                   |                       | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。  | ○    | 仲の良い利用者同士で座れるように工夫したり、一人で過ごしたいときは一人で自室にて過ごせるように声を掛けている。  |      |      |      |  |   |   |
|                   |                       | 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。  | ○    | 浴室トイレは共有空間から離れて設置しているが、一か所共有空間の近くに設置している。しかし、使用中は必ず見えないようにする等出来る工夫はしている。                             |      |      |      |  |   |   |
| 27                | 居心地良く過ごせる<br>居室の配慮    |     | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのもので活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ◎    | 基本的に置いている物はベッドとタンスで他の物は自由に持ってきてもらっている。自由にアレンジしてもらえるように支援している。  | ◎    |      | ○    | ベッドやたんす、エアコンが備え付けられており、たんすは地震対策で固定している。利用者は馴染みの家具や仏壇、趣味の本等を自由に持ち込み、心地良い空間を作っている。   |   |   |
| 28                | 一人ひとりの力が<br>活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。  | ○    | 手すりやトイレ時、寄りかかっても転倒しないような肘置き等安全に生活が出来るようにしている。  |      |      | ○    | トイレ表示を大きくしたり、居室の場所が分かりやすいように利用者の好きなものを居室入口に飾ったりしている。転倒の危険性がある利用者の居室にはセンサーチャイムを導入する等、利用者の安全に配慮しながら自立した生活が送れるよう工夫している。                                       |   |   |
|                   |                       | 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。   | ○    | 混乱しないようにトイレにはトイレの場所を大きく記入したり、入っている人がいる時はわかるような看板を作成している。また色が認識出来ない方には食事の茶碗も底が黒い物を使用し白米が認識できるようにしている。 |      |      |      |  |   |   |
|                   |                       | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ぼうし、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)   | ×    | 新聞はおいているがそれ以外はおいていない。  |      |      |      |  |   |   |
| 29                | 鍵をかけない<br>ケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                 | ○    | 日中は鍵を掛けない事を徹底し、出来ている。物理的には、施錠はしていないが、一部の入居者の方には、閉じ込められているという認識を持たれているので、精神的な閉塞感を除去に努める必要がある。         | ◎    | ◎    | ◎    | 職員全員が研修等で鍵をかけた中で過ごすことの弊害を学んで理解しており、日中玄関等の施錠はなく、自由に入出入りできる。   |   |   |
|                   |                       | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。  | ◎    | 鍵を掛けないホームという事を契約時に説明し合意を得ている。それについてのリスクも説明している。ただし、家族から施設に預けられてという心の鍵をどのように外していくかが今後の課題である。          |      |      |      |  |   |   |
|                   |                       | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ◎    | 開くと音が鳴る扉を採用し、音が鳴ると職員が必ず確認するように徹底している。  |      |      |      |  |   |   |

| 項目No.            | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと |
|------------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 入居の前日または前々日に入居の方のアセスメントシートを配布し、入居者の情報を介護支援専門員が説明している。                                |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                    | ○    | 入居者がいつもと違う時は色を変えて記入し必要なら主治医に報告し対応している。その際も色を変えて分かりやすく記入している。                         |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                 | ◎    | 週に一回連携看護師が来所され、主治医も週2回の往診があり、毎日、バイタル等の情報をFAXしている。何か異常があっても早期受診に繋げている。                |      |      |      |                            |
| 31               | かかりつけ医等の受診支援     | a   | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。   | △    | 入居契約時に希望の医療機関を確認しているが、希望される事がない為ホームのかかりつけ医の指示で病院受診をしている。                             |      | ◎    |      |                            |
|                  |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 入居契約時に希望の医療機関を確認しているが、希望される事がない為ホームのかかりつけにより、適切な医療、必要時の早期の受診等を支援している                 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                               | ○    | 緊急受診、往診時、定期受診等の内服変更等何か変化があれば家族に伝えるように契約時に合意しており、結果は必ず伝えるようにしている。                     |      |      |      |                            |
| 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。  | ○    | 本人の情報(薬情、検査データ、入居前の検査データ、個人記録)等の情報を提供し、本人のストレスや不安要素等の情報も提供している                       |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 入院後も医療連携室や、本人のお見舞いに行き都度、看護師等から情報を提供してもらいながら早期の退院に努めている。着替えも取りに行き、洗濯も実施している。          |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | △    | 月に1回程度、医療連携室にホームの情報を伝えている。   |      |      |      |                            |
| 33               | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ◎    | 週に1回の訪問時に、利用者の情報を伝え、看護師からの指示や情報は職員全員で共有するようにしている。また、指示や情報は記録に残し次回の訪問時に利用者の状態を確認している。 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 24時間緊急の時には電話が出来る体制がある。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                     | ◎    | 本人が少しでも変化があれば、かかりつけ医に相談している。また看護師からの情報もドクターに相談し早期の受診に繋げている。                          |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 定期薬は理解が出来ているが、臨時処方等の薬は全て理解が出来ていない。   |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 内服をボックスから出すときのダブルチェック、内服時の名前確認のダブルチェック、内服チェック表を用いる、薬局に協力してもらい一包装にしてもらう等工夫をしている。      |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                       | ○    | 排便チェック表を用いての排便状況の確認、食欲の確認、眠前薬を内服している方はフラツキの確認を行っている。                                 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | △    | 何か異常があれば記録しているが、何異常がなければ出来ない。  |      |      |      |                            |

| 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   |
|-------|-------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| 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。                        | ○    | 3名ではあるが、急死の同意書を交わしている。飲酒が継続してほしい、出来るだけ、口から摂取してほしい等の意向をふまえて支援している。 | /    | /    | /    | 看取り指針を作成しており、職員も看取りの研修を受けて、体制を整えている。今までに事業所での看取りの事例はないが、状態を配慮して急変時等についての意見確認書を交わしている利用者もおり、必要時は利用者や家族、主治医や看護師も含めて重度化や終末期について話し合っており、方針を共有することができる。 |
|       |             | 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と話し合い、方針を共有している。                                 | ○    | また、看取り期に入っていないが、ステーキを食べに行くため、家族、主治医と話し合いは行った。                     | ○    | /    | ○    |  |
|       |             | 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。                                     | ○    | 夜間何が起ころうと対応出来るようにコール当番制を導入した                                      | /    | /    | /    |  |
|       |             | 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。  | ○    | 入居契約時に、介護職員が出来ない医療行為については説明している。また看取りが必要時にはもう一度きちんと説明する予定である。     | /    | /    | /    |  |
|       |             | 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。 | △    | 主治医や連携看護師にも常に話し合いが出来る状態にしている。                                     | /    | /    | /    |  |
|       |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ×    | 対象の方がいないが、入院時等の時はきちんと事実を伝える等の支援をしている。                             | /    | /    | /    |  |
| 36    | 感染症予防と対応    | a   | 職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。                         | ○    | ホーム会議時に勉強会をし、またホームにある次亜水の使用の徹底など定期的に勉強している。                       | /    | /    | /    | /  |
|       |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | 感染症対策マニュアルがあり、また毎日の掃除に次亜塩素酸水を使用しているが万が一の時に備えた訓練は出来ていない。           | /    | /    | /    |  |
|       |             | 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。                          | △    | 毎年時期になると情報を確認するようにしている。   | /    | /    | /    |  |
|       |             | 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。  | △    | 時期になった時には毎日次亜水消毒をしている。  | /    | /    | /    |  |
|       |             | 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。   | △    | ポスター等を使い面会の家族や業者にも手洗い、うがいをお願いしているが、されていない。                        | /    | /    | /    |  |

| 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   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b> |                            |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 37                  | 本人とともに支え合う<br>家族との関係づくりと支援 | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。  | ○    | 介護度が良くなった、出来ない事が出来るようになった事、介護度が悪くなった、出来なくなった情報を伝えている。     | /    | /    | /    | 家族と会って話ができるように、遠方等で来られない家族以外は利用料を事業所まで持参してもらっている。そのほかに家族が事業所に来訪し話し合える場合は、運営推進会議の開催時程度であるため、今後は家族が関心を持つ内容のイベント等を実施する等、家族との交流の機会が増える取組みを期待したい。毎月利用者の様子を書いた手紙を家族に送付したり、SNSで事業所の情報を発信したりしている。事業所の運営上の事柄や職員の異動等について、家族に報告しているが、家族の理解が得られていないのが現状であるため、今後は家族全員の理解が得られるように報告方法等を工夫することに期待したい。家族の来訪時には、職員が必ず声かけする等、話しやすい雰囲気づくりに努めており、利用者の様子等を伝えたり、家族からの相談等を受けたりしている。 |
|                     |                            | 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)                                | ○    | 家族にはいつでも来てもらってもいい事を伝えている。ただ、家族の宿泊は出来ていない。                 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ×    | 運営推進会議でしか出来ていない。  | ◎    | /    | △    |  |
|                     |                            | 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、家族に写真付きの手紙を送付し離れていても状態が分かるようにしている。                     | ◎    | /    | ◎    |  |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ○    | 入院した事、状態の改善や悪化、外出の様子等を記載し送付している。                          | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | △    | 面会時に必ず状態報告では終わらず、職員と家族本人で少し世間話が出来る職員が数名いるが、全員は出来ていない。     | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)   | ○    | 運営推進会議に参加いただいている方には会議時に新聞を使い報告している。                       | ×    | /    | △    |  |
|                     |                            | 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)   | ×    | 家族会や納涼祭等もできない。家族から賛同が得られない。                               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。  | ○    | 入居契約時に書面と口頭にて説明し合意を得ている。                                  | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 家族が来訪時やケアプランの説明時等こちらから声を掛けて話しを聴いている。                      | /    | /    | ○    |  |
| 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。  | ○    | 入居契約時にきちんと文書、口頭で説明し合意を得ている。                               | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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。                | ○    | 暴力行為、継続的な医療行為等契約時に口頭と文書で説明し合意を得ている。また、次の行き先も家族と協力して探している。 | /    | /    | /    |  |
|                     |                            | 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)                          | ○    | 契約時料金の説明を文書と口頭で説明し合意を得ている。                                | /    | /    | /    |  |

| 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。   | ◎    | 地域の自治会長をはじめ、役員の方々に事業計画を説明、次に近隣住民の方々にも同じ事業計画を説明。その後出海地区の方々より市に対して今回の施設誘致の嘆願書を提出して頂く事となった。              | /    | ◎    | /    | 毎年地域のふれあい祭に出店し、職員と利用者が参加して地域の方達と交流を図っている。近隣の方達には挨拶等を日常的に行っている。立地的に地域のボランティアを依頼する機会や学校、幼稚園等がない環境だが、今年初めて公民館を通して地域の女性学級との関わりができる等、利用者が地域と関わりながら暮らしており、今後ますます地域とのつながりが深まる事が期待できる。  |
|                    |   | 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)      | ○    | 開所後、地区開催の行事には、すべて参加させていただいている。また散歩や車等で行き会う時には、こちらから挨拶をしている。今回初めて、地区の女性学級で認知症の勉強会の講師に依頼があり参加させていただいた。  | /    | ○    | ○    |   |
|                    |   | 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。  | ○    | 女性学級の講師後施設の見学者が増えた。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。   | △    | 見学等はあるが、まだまだ、気軽に立ち寄る事は出来ていない。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | 日常的な付き合いはできていないが、お祭り事などでは、必ず出店依頼があり、地域の方が購入してくださっている。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | ×    | 地元自治会の会合に参加し、まずは、災害時の避難訓練を合同で実施する方向で、話が進んでいる。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ○    | 旧長浜町出身者を中心に入居をお願いしたこともあり、地域資源である肱川あらし展望台、ながこう水族館などの施設や寺院・神社へ積極的に出かけている。                               | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ○    | 去年の水害時に地元大洲市を超えて、伊方町・八幡浜市の行政や施設の利用を行う事が出来た。また、買い物等は地域性もあり保内町まで出かけている。地域密着型サービスではあるが、少し広域的な協力関係が構築できた。 | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 家族、利用者、地域の民生委員の方、地域包括支援センターの方に参加いただいている。  | /    | ○    | ○    | 運営推進会議には毎回利用者や家族、地域包括支援センター、民生委員等の参加があり、参加者と活発に意見交換を行っている。事業所の取組み状況や利用者の日常の様子等も分かりやすく説明している。外部評価の内容や結果についても報告を行って取組みを伝えている。参加者から得られた意見等は、職員間で話し合っ運営に活かしており、その結果等は会議で報告しているが、地域に浸透していないため、今後は地域関係者等から事業所の取組みについての理解が得られる方策等を検討して欲しい。 |
|                    |   | 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。                                      | ○    | 外部評価における結果が出た後には報告を行っている。   | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                                 | ○    | 家族や、地域の方、包括支援センターの方から出た意見を施設内にフィードバックし、ユニット毎に検討・協議し、その進捗状況や結果を報告し、業務改善につなげている。                        | /    | △    | △    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | △    | メンバーを増やす事は出来ていない。行事に絡めて行うように工夫はしている段階で実地ができていない。  | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 玄関入口や二階踊り場に議事録等資料を常備して、自由に閲覧できるようにしている。また、今後は、WebやSNSでも閲覧できるようにしたい。                                   | /    | /    | /    |   |

| 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   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○    | 毎日、朝礼にて、全員で、理念を唱和している。また、都度、その理念の意義と意味を、職員に説明し、共通の認識を醸成している。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | △    | 運営会議、家族会議、広報紙などに、わかりやすく記載している。また、SNSなどのネットワーク媒体を利用し、広くその理念を訴求している。  | ○    | x    | /    |  |
| 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。   | ◎    | 時間が許す限り、経験や資格取得状況にかかわらず、必要な研修は受講してもらっている。しかし、所在地域での研修開催が少ない。今後は、新規事業に伴い、人選した職員に、必要な資格を取得させる。また、年齢や勤務年数に応じて、資格取得を促し、キャリアアップに努めている。また、会社として、日連を達成し、生の座学(理念・一般常識など)から指導しているが、OJTを現場にてその都度おこなっている。また、計画的に毎年職員に研修を受けさせている。 | /    | /    | /    | 代表者は事業所にいることが多く、昼食を利用者や職員と一緒に食べており、気軽に話ができる環境である。事業所外での定期的な親睦会の開催や希望休も取得しやすいほか、研修の参加や資格をとるためのサポートもあり、職員が安心して意欲を持って働けるように努めている。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | ◎    |   | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                              | ◎    | 就業規則、給与表等を整備しスキルアップ研修、実践研修への取り組みを促進する。また、会社負担により勤務年数に応じて資格取得や研修参加を積極的に取り組んでいる。事業者としてのルールを遵守する。(職員配置、労働時間等)  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ◎    | 地域密着型サービス協会に参加し職員交流や勉強会参加等の機会を取り組みをしている。また、地元の商工会議所や商工会に加入し、異業種の方々との交流にも取り組んでいる。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ◎    | 定期的な親睦会(飲み会)の開催や従業員報奨制度を制定する。リフレッシュ休暇や有給休暇の取得促進。  | ◎    | ○    | ◎    |  |
| 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。  | ◎    | 採用時から、内部、外部講師からの講習を実地し、決められた研修以上の研修を行い、虐待のないホームを目指している。鍵を掛ける事、4本ベッドを使用する事等分かっているであろう事でも、もう一度指導している。   | /    | /    | /    | 何が虐待や不適切ケアにつながるのか、職員全員研修で定期的に学んでおり、虐待や不適切ケアがあった場合の対応方法や手順等についても理解している。   |
|                            |   | 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。  | ○    | 朝礼、夕礼時にケアの注意点を話しあったり、毎月のホーム会議でも話し合う機会を設けている。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                                    | ◎    | 発見した時の報告義務等ほぼ全員が理解できている。また言葉の虐待にも十分注意するようにしている。経験者・未経験者問わず、毎月のホーム会議にて、研修を実施し、無知の知の気づきに努めている。  | /    | /    | ◎    |  |
|                            |   | 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、顔色や健康状態を確認し、年2回の定期健康診断を実施している。自らが会社気軽に相談できる雰囲気醸成している。こちらから適宜、声をかけるようにしている。   | /    | /    | /    |  |
| 44                         | 身体拘束をしないケアの取り組み   | a   | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。  | ◎    | 例えば、掻く行為が続く、手袋が必要になった場合やベットから落下するため4本柵が必要になった場合でも同意書がないと出来ない事、また、その場合は、緊急性、切迫性、非代替性がないと行えない事について周知している。また、拘束が必要な場合は、必ず拘束委員会を立ち上げ、家族の同意を得て行い、早期に解除を目指すことについては、職員も理解している。   | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。  | ○    | 安全対策、身体拘束防止委員者を任命している。またおよそ3か月に1回ホーム会議において身体拘束防止の勉強会をしている。  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                       | ○    | 入居時に、拘束を行わないケアの取り組みをしている事を説明している。また、説明時には、鍵だけでなく、4本柵等の具体例を出し説明している。   | /    | /    | /    |  |

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 45    | 権利擁護に関する制度の活用         | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを含め理解している。                | △    | 理解している職員が少なく対象者もない。生活保護を利用している方もいるため、今後勉強会を行っていく。  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。       | ×    | 相談にのる事を説明しているが、まだ相談に来られた方はいない。パンフレットの準備も出来ていない。  |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。  | ×    | 地域包括支援センターの職員に方に運営推進会議に参加いただいている。社協福祉協議会等の連携体制は築けていない。   |      |      |      |   |
| 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。                  | ○    | 対応マニュアルを作成はしているが、完全ではないが理解は出来ている。急変や等の対象者がいる時は、随時勉強会を行っている。                                    |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                   | △    | 座学は行っているが、訓練はできない。   |      |      |      |   |
|       |                       | 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。     | ○    | 事故が起こった際には、事故報告書にてその人のあるべき姿を記入し職員全員で周知している。またヒヤリハットも記入しそこでもあるべき姿を話し合い事故防止に努めている。ヒヤリノートも活用している。 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                            | ○    | 毎月、ホーム会議にて事故、身体拘束廃止委員会を中心にヒヤリハットの話し合いを行い、その人のあるべき姿を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。                               | △    | 苦情対応マニュアルは作成している。また、ご意見箱も作成しているが、全職員が理解は出来ていない。  |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。 | ○    | 家族、地域からの苦情は速やかに対応している。今後必要な場合は相談、報告をしている。  |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 | △    | 苦情として職員の運転マナーの話があり速やかに対応したが、それ以外の苦情は上がっていない。   |      |      |      |   |
| 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)                | ○    | 利用者の意見や相談は個別に時間を設けて対応している。また、2か月に一度介護相談員の受け入れをしている。  |      |      | ◎    | 利用者の意見や要望は普段から意識して引き出すようにし、伝えやすい機会を作っている。家族からの意見や相談は、毎月の支払い等で事業所に来訪してもらう機会に、個別に聞くように努めている。管理者と職員は気軽に話し合える関係が築けており、毎月の会議のほか、普段から利用者本位の支援について話し合っ実践に活かしている。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | ○    | 運営推進会議に参加していただき意見を聞いたり、ご意見箱を設置している。  | ◎    |      | ○    |   |
|       |                       | c   | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。                          | ○    | ホーム以外に市や国保連の情報を提供している。また玄関に添付している。   |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ◎    | 毎日、入居者、職員に顔を合し、声を掛けている。  |      |      |      |   |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | ホーム会議や個別に話しを聴き、運営に生かしている。  |      |      | ◎    |   |

| 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   |
|-------|---------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ◎    | 毎年、外部評価前に自己評価を実施している。  |      |      |      | 運営推進会議で外部評価の結果と目標達成計画を伝えて、事業所の取組みの経過や状況を報告しており、参加者には順番に取組みのモニターをしてもらっているが、地域関係者の理解が得られていないため、地域にも認識してもらうよう分かりやすく説明する等検討して欲しい。  |
|       |               | b   | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。   | ○    | 外部評価の結果を基に、ホーム会議にて、毎月テーマを決め、学習の機会としている。  |      |      |      |  |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 外部評価の結果を基に、ホーム会議にて、施設としての達成目標の優先順位を決める。また、その担当者を決め、その達成の期限も明確にしている。今回は達成が出来た。                          |      |      |      |  |
|       |               | 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。                                       | ○    | 外部評価の結果を基に、達成目標のモニターをまずは、運営会議メンバー、ご家族、地域包括支援センター、市町の順番にお願いしている。  | ○    | ×    | △    |  |
|       |               | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | ○    | 外部評価の結果を基に、運営推進会議にて、その成果を確認している。   |      |      |      |  |
| 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)   | ○    | 作成した対応マニュアルを利用し、ホーム会議にて、研修テーマとして、周知をしている。  |      |      |      | 地域の自治会と合同訓練の話し合いを行う等支援体制の強化を図っているが、家族から理解を得られていない。利用者の居室入口に避難済みか確認できる札があるが、さらにそれを活用して利用者の状況が一目で分かる色分け表示を共有するほか、近年の想定外の災害に備えられるように地域との協力体制の確保に加えて、緊急連絡網の試行や、備蓄や非常用品の再確認をして、緊急災害時の利用者の安全確保に万全を期すなど、家族の理解が得られるよう取り組んで欲しい。                           |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 夜勤時、日勤時を想定した避難訓練を毎年2回実施している。   |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ○    | 点検については、年2回の訓練時並びに、年1回の設備点検時に実施している。   |      |      |      |  |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | ○    | 地元自治会と合同訓練の話し合いを行っている。地元地区が、2年に1回実施する訓練に参加する。(今年は、7月豪雨災害のため、延期)消防署には、訓練時に参加していただいたり、運営推進会議にも参加いただいている。 | ×    | ○    | △    |  |
|       |               | 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)                     | ○    | 地元自治会とは、合同訓練の話し合いを行っている。県の主催する原子力災害避難訓練には、参加した。また、県の主催した「防災に関する社会福祉施設管理者向け説明会」にも参加しました。                |      |      |      |  |
| 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) | ○    | 女性学級において認知症についての講師依頼があり、参加させていただいた。  |      |      |      | 地域の高齢者や家族等への相談支援を行うことができることの周知に努めており、相談があれば対応できるように体制を整備しているが、まだ相談事例がないのが現状で消極的な感じがあるため、今後は相談件数を増やすように事業所の相談支援を積極的にPRする等検討して欲しい。今回初めて公民館における地域の女性学級で認知症についての講師を始めれば地域には浸透していないのが現状である。今後はこの公民館活動を足がかりに地域のケア拠点として機能していける事業所を目指しており、さらなる取組みに期待したい。 |
|       |               | 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。   | ×    | 地域の自治会を通して、相談支援を行っていることを広報している。が十分ではない   |      | ×    | △    |  |
|       |               | 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)  | ×    | 施設の単独イベントとして家族会を開催し、広く地域の方への参加を求めて行きたい。  |      |      |      |  |
|       |               | 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。   | ×    | 実習の受け入れには、協力しているが、今のところ受け入れ実績はない。  |      |      |      |  |
|       |               | 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)                       | ×    | 連携は強化しているが、今のところは協働の実績はないが、地域包括支援センターで働いた方を職員として採用した。  |      |      | △    |  |