

事業所の概要表

( 令和3年 12月 14日現在)

|                |  |     |           |   |        |     |
|----------------|--|-----|-----------|---|--------|-----|
| 事業所名           | グループホームあしよかの里  |     |           |  |        |     |
| 法人名            | 社会福祉法人   |     |           |   |        |     |
| 所在地            | 愛媛県今治市吉海町仁江262-1   |     |           |   |        |     |
| 電話番号           | 0897-84-2237   |     |           |   |        |     |
| FAX番号          | 0897-84-2237   |     |           |   |        |     |
| HPアドレス         | http://  |     |           |   |        |     |
| 開設年月日          | 平成18年  | 3月  | 10日       |   |        |     |
| 建物構造           | <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 1 ) 階建て ( 1 ) 階部分   |     |           |   |        |     |
| 併設事業所の有無       | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 特別養護老人ホーム・デイサービス・居宅支援事業所 )  |     |           |   |        |     |
| ユニット数          | 1 ユニット   |     | 利用定員数 9 人 |   |        |     |
| 利用者人数          | 9 名 ( 男性 2 人 女性 7 人 )  |     |           |   |        |     |
| 要介護度           | 要支援2   | 2 名 | 要介護1      | 1 名   | 要介護2   | 3 名 |
|                | 要介護3   | 4 名 | 要介護4      | 1 名   | 要介護5   | 名   |
| 職員の勤続年数        | 1年未満   | 2 人 | 1~3年未満    | 1 人   | 3~5年未満 | 2 人 |
|                | 5~10年未満  | 2 人 | 10年以上     | 4 人   |        |     |
| 介護職の取得資格等      | 介護支援専門員 2 人  |     | 介護福祉士 人   |   |        |     |
|                | その他 ( )  |     |           |   |        |     |
| 看護職員の配置        | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約 ) |     |           |   |        |     |
| 協力医療機関名        | 片山医院   |     |           |   |        |     |
| 看取りの体制 (開設時から) | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 看取り人数: 人 )  |     |           |   |        |     |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|         |  |                       |
|---------|--|-----------------------|
| 家賃(月額)  | 50,000 円   |                       |
| 敷金の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円   |                       |
| 保証金の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有        |                       |
| 食材料費    | 1日当たり  | 700 円 ( 朝食: 円 昼食: 円 ) |
|         | おやつ:   | 円 ( 夕食: 円 )           |
| 食事の提供方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                       |
| その他の費用  | 水道光熱費  | 10,000 円              |
|         | 散髪代  | 2,000 円               |
|         | オムツ  | 実費 円                  |
|         | .  | 円                     |

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

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

(評価項目の構成)

### I. その人らしい暮らしを支える

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

### II. 家族との支え合い

### III. 地域との支え合い

### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー  
“愛媛県地域密着型サービス評価”

新型コロナウイルス感染防止対策を十分おこない  
訪問調査を実施しております

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS         |
| 所在地   | 愛媛県松山市三番町6丁目5-19扶桑ビル2階 |
| 訪問調査日 | 令和4年1月15日              |

#### 【アンケート協力数】※評価機関記入

|         |       |   |       |   |
|---------|-------|---|-------|---|
| 家族アンケート | (回答数) | 9 | (依頼数) | 9 |
| 地域アンケート | (回答数) | 5 |       |   |

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

#### ※事業所記入

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| 事業所番号           | 3870201328    |
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホームあしよかの里 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 村上鈴美          |
| 自己評価作成日         | 令和3年12月13日    |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>【事業所理念】※事業所記入</b><br>地域との絆を大切に、笑顔あふれる自由で尊厳ある暮らし | <b>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入</b><br>*家族、本人の本心を探り、家族の協力の元、利用者さんが安心して暮らしていけるケアを行う。<br>コロナにより、家族の協力が少なくなり、安心して暮らしていけるケアがあまりできなかった。<br>*日課として、足の運動を行う。レクリエーションで体を動かすことを取り入れていくようにする。<br>日課で廊下歩行を取り入れていたが、ADL低下もあり、椅子にすわっての運動を行っていた。<br>*利用者さんへ、尊厳・思いやりのこもった言葉かけを行っていく。<br>利用者様は人生の先輩であることを自覚し、月間の目標(敬意をもって、丁寧語で話す)で自己評価を行い、よくなってきている。<br>*地域の活動に参加し、認知症の理解を広げていくようにする。<br>コロナ禍で、地域活動に参加できていない。 | <b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b><br>法人全体で利用者への対応、接遇等について指針をつくり、事業所でも月間目標に掲げて取り組みをすすめている。目標は毎月、職員個々に評価して振り返るしくみをつくっている。<br>利用者の楽しみづくりとして、月に1回、昼食をバイキング形式にしている。おやつの際に、数種類の中から好きなもの一つ選んでもらうような場面をつくっている。家事などの活動は、何をするかを本人に決めてもらうようにしている。<br>この一年間は、利用者が調理等に参加する機会を増やし、個々の楽しみにつながるよう取り組んでいる。時々、ホットプレートで調理するよう献立を探り入れている。 |
|--|---|---|

評価結果表

【実施状況の評価】

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

| 項目No.                   | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| <b>I. その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| <b>(1) ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 1                       | 思いや暮らしの希望、意向の把握                                  | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らしの希望、意向の把握に努めている。  | ○    | 利用者様との会話により情報を得、ミーティング内で話し合い共有している。                   | ◎    |      |      | 介護記録に利用者の言葉を記録することで、本人の思いなどの把握に取り組んでいる。利用者から聞いた意向などの情報は、ミーティング時などで話し合っている。  |
|                         |  | 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。   | ○    | 利用者様の視点で検討している。                                       |      |      |      |   |
|                         |  | c   | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | △    | コロナ禍の為、電話の時に話すぐらいしか出来ていない。                            |      |      |      |   |
|                         |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | △    | 介護記録に記入しているが、以前より少なくなってきた。記録の簡素化により、口頭での共有が多くなっている。   |      |      |      |   |
|                         |  | e   | 職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。   | △    | 職員間共有できず、見落とすところがある。                                  |      |      |      |   |
| 2                       | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○    | 利用者様より聞いている。新たな情報があれば、家族に確認を取っている。                    |      |      |      | 入居時、ケアマネジャーが、センター方式の本人の暮らし方シートの項目に沿って、利用者や家族に聞き取っている。入居後は、利用者個々の担当職員が介護計画作成前に現在の情報をシートに記入している。シートの空欄部分については、情報を得られるように工夫してはどうか。 |
|                         |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)の現状の把握に努めている。                                   | ○    | 利用者様が出来そうなことから、取り組んで頂き、月2回のミーティングで、現状把握に努めている。        |      |      |      |   |
|                         |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | ○    | 月2回のミーティングや申し送り情報交換している。                              |      |      |      |   |
|                         |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)                                    | ○    | 利用者様の表情を見ながら原因を探り、関わるようにしている。                         |      |      |      |   |
|                         |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | ほぼ把握できている。  |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 職員目線で対応していることがある。                                     |      |      |      | ミーティング時の話し合いは、職員から意見が活発に出ており、職員「利用者にはこうなってほしい」というような、強い思いでの検討となることもあるようだ。さらに、検討する際の基となる情報を明確にしてはどうか。                            |
|                         |  | 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。   | ○    | 月2回のミーティングで検討している。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。   | △    | コロナ禍の為、電話の時に話すぐらいしか出来ていない。家族面会や外出が出来ず、実践できていない。       |      |      |      |   |
| 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。   | ○    | コロナ禍の中ではあるが、出来る限りのことは、取り入れた内容になっている。                  |      |      |      |   |
|                         |  | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。               | ○    | 家族の意見・ミーティング内の意見を取り入れて作成している。                         | ○    |      |      | ミーティング時の話し合いをもとに介護計画を作成している。さらに、チームで介護計画を作成できるような取り組みをすすめてほしい。  |
|                         |  | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。  | ○    | 重度の利用者様も出来ること・楽しめることを取り入れている。                         |      |      |      |   |
|                         |  | 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。   | △    | コロナ禍の為、地域の協力は得られていない。家族とは、電話やライン通話の協力を取り入れている。        |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | フロアのファイルにケアプランを綴じて、いつでも確認出来るようにしている。細かく把握できていない職員もいる。 |      |      |      | 介護計画書をファイルリングして、内容を確認した職員は押印するしくみをつくっている。   |
|                         |  | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。                           | ○    | 毎日の○×と一言でモニタリングを行っている。ミーティングで話し合っている。                 |      |      |      | モニタリング表を作成しており、毎日、計画内容について○×で実践できたかを記入している。さらに、その結果どうだったかについてもわかるように取り組んでほしい。   |
|                         |  | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。                        | ○    | 介護記録に利用者様の言葉をおとしながら、記入している。                           |      |      |      | モニタリング表の備考欄や介護記録に記入している。  |
|                         |  | 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。  | △    | 記録は出来てはいないが、口頭では伝えている。                                |      |      |      | モニタリング表の備考欄に記入しているが、情報量は少ない。さらに、記録方法を工夫して現状に即した計画の見直しにつなげてほしい。  |

| 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   |
|------------------|-------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | ◎    | 半年に1度見直しを行っている。状態の変化のある人は期間に関係なく見直しを行っている。                              |      |      | ◎    | 管理者が期間を一覧表にして職員と共有し、見直しを行っている。   |
|                  |                         | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。   | ○    | ミーティング内で話し合っている。  |      |      | △    | ミーティング時に介護計画にかかわらず現状確認を行っている。さらに、モニタリング表をもとにして現状確認に工夫してはどうか。   |
|                  |                         | 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。  | ○    | 家族等に連絡を取り、新たな計画を作成している。   |      |      | ○    | 介護度が上がったなど状態変化があれば見直しを行っている。   |
| 7                | チームケアのための会議             | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。   | ◎    | 定期的に会を開いている。緊急時には、早急に会を開いている。   |      |      | ◎    | 月に2回、ミーティングを行い、議事録を作成している。緊急案件がある場合は、時期を早めてミーティングを行い話し合っている。   |
|                  |                         | 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。  | ◎    | 事前に意見を聞いたり、場を和ませることが出来るように飲物を出している。                                     |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。   | ◎    | 職員全員参加出来るように、事前に日程を調整している。  |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。  | ◎    | 議事録を作成し、フロアのピンクファイルに綴じ、既読した時は、印を押すようにしている。内容が理解できない場合は、管理者に確認するようにしている。 |      |      | ◎    | ミーティングの議事録を確認して押印するしくみをつくっている。   |
| 8                | 確実な申し送り、情報伝達            | a   | 職員間で情報伝達すべき内容や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。  | ◎    | 業務日誌・連絡ノートに記入し、既読した人は、印を押すようにしている。                                      |      |      | ◎    | 事務所内の予定表や業務日誌に記入して共有している。また、SNSを活用して個別に伝達したり、職員のグループで伝達したりしている。さらに、画像を送信して情報共有するようなケースもある。                   |
|                  |                         | 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)   | ◎    | 口頭での申し送り、常務日誌・介護記録・ホワイトボード・ラインで伝達している。                                  | ◎    |      |      |  |
| <b>(2) 日々の支援</b> |                         |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 9                | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。   | △    | コロナ禍により外出が出来ないため、制限されてしまい、出来る範囲内で行うようにしている。                             |      |      |      |  |
|                  |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ◎    | 食べ物(バイキング)・レク・手伝いの種類、入浴の順番を決めてもらうようにしている。                               |      |      | ◎    | 利用者の楽しみづくりとして、月に1回、昼食をバイキング形式にしている。おやつの際に、数種類の中から好きなものを一つ選んでもらうような場面をつくっている。家事などの活動は、何をするかを本人に決めてもらうようにしている。 |
|                  |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。   | ○    | 各々に合わせた声かけを行い、自己決定してもらえぬ雰囲気作りをしている。                                     |      |      |      |  |
|                  |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | △    | 入浴は、職員のペースになっている。   |      |      |      |  |
|                  |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。   | ◎    | 利用者様の好きなことを取り入れながら、常に笑顔で声かけを行っている。                                      |      |      | ◎    | 誕生日は、本人に「今日は主役」のタスキをかけてもらい、トイレ使用の順番を先にするなど、特別な日となるよう対応している。また、ゲームをしたりして一日を楽しく過ごせるよう工夫している。                   |
|                  |                         | 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。   | ○    | 少しの表情等の変化をも逃さず、本人の思いに寄り添ったケアを行うようにと支援しているが、できていないときもたまにある。              |      |      |      |  |
| 10               | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a   | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行っている。   | ○    | 言葉かけを、常に意識して行っている。  | ◎    | ◎    | ◎    | 法人全体で利用者への対応、接遇等について指針をつくり、事業所でも月間目標に掲げて取り組みをすすめている。目標は毎月、職員個々に評価して振り返るしくみをつくっている。                           |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であらさずさ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かけや対応を行っている。  | ○    | トイレの声かけはさりげなくできているが、排便確認の声かけは大きくなることもある。                                |      |      | ◎    | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。  |
|                  |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。  | ◎    | 必ず声かけを行いながら、表情を確認している。  |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。   | ◎    | ノックや声かけを行い、入室している。  |      |      | ◎    | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。  |
|                  |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ◎    | 理解し、遵守している。   |      |      |      |  |
| 11               | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを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。  | ◎    | 利用者様は、人生の先輩であることを念頭におき、関わっている。教えてもらったとき、お手伝いをして頂いた時には、感謝の言葉を伝えるようにしている。 |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。   | ◎    | 励まし合ったり、助け合ったりして暮らしていることを日々感じながら、大切であることを理解している。                        |      |      |      |  |
|                  |                         | 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、世話役の利用者につまづきを発掘してもらう場面をつくる等)。 | ○    | 職員が参加し、レクリエーション等で関わりながら、孤立しないように取り組んでいる。                                |      |      | ◎    | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 職員が関わり、不安やトラブルにならないようにしている。   |      |      |      |  |

| 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  |
|-------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 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。   | △    | キーパーソンは、理解できてはいるが、支えてくれる人達は、理解しきれていない。                         |      |      |      | /   |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ○    | 日頃の会話より、大体は把握できている。  |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ×    | コロナ禍の為、外出出来ない。   |      |      |      |   |
|       |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    | 窓こし面会時、笑顔で対応できるようにしている。  |      |      |      |   |
| 13    | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。<br>(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)<br>(※重度的場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | ○    | コロナ禍の為、駐車場を散歩するくらいである。コロナが落ち着いた時期と気候の良い時期をみて、バラ公園にでかけた。        | ○    | △    | △    | 春には、島内をドライブして花見をした。また、秋には、少人数に分かれて吉海ばら公園に出かけた。さらに、状況をみながら散歩やひなたぼっこしたり、ドライブしたりして利用者、職員の気分転換を図ってほしい。<br><br>日常は、敷地内に出て散歩などしている。                   |
|       |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ×    | コロナ禍で出来ない。   |      |      |      |   |
|       |                   | 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。   | ○    | 車椅子を利用し、散歩したり、行事に参加している。                                       |      |      | ○    |   |
|       |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ×    | コロナ禍で出来ない。   |      |      |      |   |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 施設内研修を行い、利用者様の変化は、何が原因かと探りながらケアを行っている。                         |      |      |      | 運動や家事を行う場面を多くつくり、日中は活動的に過ごせるよう取り組んでいる。<br>秋には、室内で運動会を行った。職員も一緒に紅白チームに分かれ、玉入れや二人三脚など競い合った。<br>昼食後、畳の間で洗濯物を畳んでいる利用者や、職員は見守っていた。                   |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。  | ○    | 機能低下の特徴を理解し、口腔体操・ラジオ体操・歩行練習等を毎日行っている。1日の水分摂取量にも気を付けている。        |      |      |      |   |
|       |                   | 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)   | ◎    | 自立支援のもと、残存機能を活用し、見守りを行いながら関わっている。                              | ◎    |      | ◎    |   |
| 15    | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a   | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。   | ◎    | 利用者様が一人一人が役割を持ち、日課へと繋げている。                                     |      |      |      | 調査訪問日のおやつに100歳を超える利用者が抹茶を点ててくれた。<br>節分には、利用者が鬼役や福役に豆まきを行った。<br>この一年間は、利用者が調理等に参加する機会を増やし、個々の楽しみにつながるよう取り組んでいる。<br>時々、ホットプレートで調理するような献立を探り入れている。 |
|       |                   | 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。  | ◎    | 利用者様一人一人が、楽しみ・役割を持つことで生き生きと暮らしていくことが出来るようにしている。                | ○    | ◎    | ◎    |   |
|       |                   | c   | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。  | △    | コロナ禍の為、出向いていくことは出来なかったが、地域の文化祭に作品を出展した。                        |      |      |      |   |
| 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、自己表現の一つと捉え、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。  | ○    | 整容する人、服の好みを把握している。   |      |      |      | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。<br><br>衣類は、家族が用意したり、本人の好みを踏まえて、職員が買い物の代行をしたりしている。<br>毎朝、職員が利用者の髪を梳いて整えている。                          |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みに整えられるように支援している。  | ○    | 入浴時・外出時には、服を選んでもらうようにしている。                                     |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 家族や本人の日々の生活情報のもと、選択で選んでもらうようにしている。                             |      |      |      |   |
|       |                   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ○    | 季節に応じた服を、利用者様と一緒に選ぶようにしている。                                    |      |      |      |   |
|       |                   | 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)  | ○    | 服の汚れはさりげなく更衣介助し、整容の乱れには整えるようにしている。                             | ◎    | ◎    | ◎    |   |
|       |                   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ○    | 自分の行きつけの美容院に行くことはない。施設に定期的に美容師が訪問してくれている。希望の長さにカット依頼するようにしている。 |      |      |      |   |
|       |                   | 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。  | ○    | 利用者様らしさがある服を選ぶようにしている。   |      |      | ○    |   |

| 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  |
|--------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 17     | 食事を楽しむことのできる支援 | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。  | ○    | 食事の大切さが生活上重要であることを理解している。   |      |      |      | 調理専門の職員を配置している。利用者もエプロンをつけて職員と一緒に台所に立ち、卵焼きを焼いたり盛り付けをしたりできるよう支援している。<br><br>調査訪問日には、利用者にとって懐かしい瀬戸貝の炊き込みご飯が食卓に上っていた。職員が買い物に行ったり、食材の配達を利用したりして新鮮な食材を使用している。事業所の畑の野菜を使用している。運動会(室内)の日には、地域の店で運動会のおにぎり弁当を注文して昼食は雰囲気を楽しんだ。<br><br>入居時には自分用の食器等を持ち込んでもらい、壊れたら事業所で本人に合ったものを用意している。<br><br>新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。 |
|        |                | 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。  | ◎    | 切り刻みから片づけまで、日課となっている。卓上料理は、利用者と一緒にやっている。希望のメニューを取り入れている。            |      |      | ◎    |   |
|        |                | 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。  | ○    | 役割があるということで自信となり、ADL向上。維持に繋がっている。毎回、感謝の言葉を伝えていることで、達成感にもなっているようである。 |      |      |      |   |
|        |                | 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。   | ○    | ほぼ把握できている。  |      |      |      |   |
|        |                | 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。                     | ○    | 菜園で採れた野菜を使用し、季節感のあるメニューを取り入れるようにしている。                               |      |      | ◎    |   |
|        |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | ○    | 利用者様一人一人の状態に合わせて、調理方法や形態を変えるようにしている。野菜中心の献立にしている。                   |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 自宅で使用していた茶碗やクリスマスプレゼントの食器を使用している。                                   |      |      | ◎    |   |
|        |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ◎    | 昼食は、同じ食事を摂りながら、見守りを行っている。朝、夕は、見守りのみを行っている。                          |      |      | 評価困難 |   |
|        |                | i   | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | ○    | 卓上での調理を行うことで見たり、食事の話をしたりしながら関わるようにしている。食事前には、メニュー紹介を行っている。          |      | ◎    | ◎    |   |
|        |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                    | △    | カロリー計算は、行っていない。栄養面については、管理栄養士にアドバイスをもらっている。1日分の水分量を計測している。          |      |      |      |   |
|        |                | 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。                         | ○    | 水分摂取の回数を増やしながら、脱水にならないように気を付けている。                                   |      |      |      |   |
|        |                | 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、管理栄養士のアドバイスを受けている。                          | ○    | 職員が順番に献立を立てて、意見交換している。月に1回、管理栄養士に指導してもらっている。                        |      |      | ○    |   |
|        |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ◎    | 手洗いをこまめに行い、まな板は、使用内容により分別し、使用後は消毒している。、布巾は毎食後消毒を行っている。              |      |      |      |   |
| 18     | 口腔内の清潔保持       | a   | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。  | ◎    | 理解しており、食事前には口腔体操を行っている。   |      |      |      | 口腔ケア時や嚥下体操時、舌を出す体操の折に目視して、異常があれば受診につなげている。利用者全員、歯科検診を受けられるよう支援している。<br><br>新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットへの立ち入りを制限したため評価はできない。  |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。  | ◎    | 大体は把握できている。利用者様から、違和感の訴えがあれば、歯科の往診を依頼している。                          |      |      | ○    |   |
|        |                | 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。  | ○    | 毎月、歯科医に口腔指導をしてもらっている。日常の生活に活かされていなくてもある。                            |      |      |      |   |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ◎    | 毎食後義歯を外し、洗っている。夕食後には、ポリドント消毒を行っている。                                 |      |      |      |   |
|        |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)               | ○    | 食事中、口腔ケア時に状態を把握するようにしている。   |      |      | 評価困難 |   |
|        |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。  | ◎    | 歯の違和感の訴え、様子が見えた時には、歯科医に連絡し、往診依頼している。                                |      |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 19    | 排泄の自立支援        | a   | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                       | ◎    | 利用者様の立場になり、検討している。  |      |      |      | 日々の申し送り時に排泄状況の確認を行い、必要な場合はミーティング時に見直しの話し合いを行い支援している。  |
|       |                | 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。   | ◎    | 理解している。   |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)  | ◎    | 排泄チェック表を確認しながら、ケアを行っている。パターンは、ほぼ理解できている。                              |      |      |      |   |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々々の状態にあった支援を行っている。                          | ◎    | 利用者様一人一人にあった、パッドで対応している。状態により、変更することもある。                              | ◎    |      | ◎    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 問題点を探り、水分・食事内容・身体面ではどうかと検討し対応している。                                    |      |      |      |   |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ◎    | 排泄チェック表を確認しながら、ケアを行っている。パターンは、ほぼ理解できている。誘導を行っている。                     |      |      |      |   |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どうい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。 | ◎    | 利用者様と話し合い、布パンツの人は、外出時にはパッド装着したり、夜間排尿量の多い人には、パッドの吸収量の多いものを使用するようにしている。 |      |      |      |   |
|       |                | 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)を適時使い分けている。   | ○    | 利用者様の状況に応じて使い分けている。   |      |      |      |   |
|       |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)   | ◎    | 起床時の白湯を提供したり、腹部運動やマッサージを取り入れている。緩下剤が、減った人もいる。                         |      |      |      |   |
| 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)。                                       | ○    | 時間帯は、職員の都合になっている。温度や長さは本人の希望に沿って対応している。                               | ◎    |      |      | 2日に1回、午前中に入浴を支援している。一般家庭のような浴槽のため、立位が難しい利用者については浴槽で温まる支援が難しいようだ。体を洗うタオルの長さなど、利用者の使いやすさなどをみて変更等している。ゆず湯にしたり、職員と会話しながら入浴したりできるよう支援している。 |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ○    | 入浴時は、会話をしたり、歌を歌ったりしながら、リラックスできるようにしている。                               |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ◎    | 残存機能を活かしながら、出来ることはしていただけよう声かけを行っている。                                  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いないで気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ◎    | 利用者様の気持ちを重要視し、無理強いないで、入浴日の変更を行うようにしている。                               |      |      |      |   |
|       |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。   | ◎    | 入浴前には、バイタルチェックを行い、状態の変化に気をつけて入浴する。血圧が平常より差がある時は、入浴後測定する。臥床の時間を設けている。  |      |      |      |   |
| 21    | 安眠や休息の支援       | a   | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。  | ◎    | 睡眠チェック表に記入し、一週間分の状態がすぐにわかるようにフロアのファイルに綴じている。                          |      |      |      | 医師と相談しながら支援している。日中は、家事などの活動を積極的に進めるよう支援し、安眠につなげている。また、本人に安心感を持ってもらえるようなかかわりにも気を配って安眠につなげている。  |
|       |                | b   | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。   | ◎    | 眠れない原因は何かを探り、安心して休むことが出来る工夫をしている。(日中の活動量・室温)                          |      |      |      |   |
|       |                | 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。                        | ◎    | 1名の利用者様が服用している。入所時は、1Tであったが、現在は1/2Tとなっている。今後は、睡眠導入剤なしの方向を医師と検討中である。   |      |      | ◎    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 食後、入浴後臥床の声かけを行っている。   |      |      |      |   |
| 22    | 電話や手紙の支援       | a   | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | ◎    | 暑中見舞い・年賀状を出している。利用者様から電話をすることは、品物が届いた時くらいである。手紙が届いた時も返事を書いている。        |      |      |      | 医師と相談しながら支援している。日中は、家事などの活動を積極的に進めるよう支援し、安眠につなげている。また、本人に安心感を持ってもらえるようなかかわりにも気を配って安眠につなげている。  |
|       |                | 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。   | ○    | 電話は聞き取りにくいことがある時は、職員がサポートしている。  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ×    | 電話をしようとする人はいない。   |      |      |      |   |
|       |                | d   | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。   | ◎    | 返事を出している。   |      |      |      |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力してもらつとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。  | ◎    | コロナ禍で、面会が中止期間中、ライン電話をお願いした。   |      |      |      |   |



| 項目No. | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 31    | かかりつけ医等の受診支援     | a   | 利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。   | ◎    | 受療機関が、協力医である。専門医受診時は、家族に決めてもらうようにしている。                         | ◎    |      |      |  |
|       |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                    | ◎    | 家族の希望の医療機関に受診するようにしている。  |      |      |      |  |
|       |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ◎    | 受診方法、受診結果は家族に連絡を入れている。   |      |      |      |  |
| 32    | 入退院時の医療機関との連携、協働 | a   | 入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。  | ◎    | サマリーを作成したり、電話で情報提供している。  |      |      |      |  |
|       |                  | 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。  | ◎    | 病院関係者に連絡を取り、情報交換している。  |      |      |      |  |
|       |                  | 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。  | ○    | 協力医との関係作りは出来ている。他の病院とは出来ていない。                                  |      |      |      |  |
| 33    | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ◎    | 気になる事があれば、FAXや回診時に相談している。                                      |      |      |      |  |
|       |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ◎    | 些細な変化から、気づきがあれば、24時間いつでも協力医に連絡し、指示をもらっている。                     |      |      |      |  |
|       |                  | c   | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるような体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                    | ◎    | 些細な変化から、気づきがあれば、24時間いつでも協力医に連絡し、指示をもらっている。                     |      |      |      |  |
| 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。   | ○    | 概ねできている。処方ファイル、個人ファイルで確認できるようにしている。                            |      |      |      |  |
|       |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ◎    | 薬には名前を記入し、服薬準備・提供時確認することで、二重チェックをしている。提供後は、チェックし、サインをしている。     |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                       | ○    | 変化が見られたときは、副作用かも?と思い、注意して関わるようにしている。                           |      |      |      |  |
|       |                  | d   | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。  | ○    | 状態の変化は、介護記録に残し、医師に相談している。                                      |      |      |      |  |
| 35    | 重度化や終末期への支援      | a   | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                           | ◎    | 状態の変化が見られ始めた時からこまめに、家族に報告し、今後の意向を聞いている。                        |      |      |      | 終末期、重度化の対応について、事業所の方針をまとめ、文書(退所の時期について)を送付した。1、一般入浴が出来ない 2、車いすレベルとなり、身体的重度の人 3、食事介助となる重度の人の状態になれば、特養への入所をお願いすることとした。さらに、利用者の意向などについても探ってほしい。 |
|       |                  | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                    | ○    | 家族の意向を聞き、職員、協力医と話し合い、方向性を決めている。                                | ○    |      | △    |  |
|       |                  | c   | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。  | ○    | 職員の状況を踏まえて、対応するようにしている。  |      |      |      |  |
|       |                  | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。   | ◎    | 事業所での対応方針を文書にし、直接説明を行い、理解を得ている。                                |      |      |      |  |
|       |                  | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。    | ○    | 重度化した場合は、家族に協力していただきながら、里で対処できるまでは支援していく。最後には、病院や特養をお願いする事となる。 |      |      |      |  |
|       |                  | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)   | ○    | 家族の思いを聞き、相談にのるようにしている。   |      |      |      |  |
| 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。                            | ×    | 感染症が発令したときは、文書を貼付しているが、定期的に学んでいない。                             |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                        | △    | 手順のマニュアルはあるが、訓練はしていない。   |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                             | △    | 情報が入った時には、連絡ノートに記載、周知している。                                     |      |      |      |  |
|       |                  | 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。   | △    | 地域の感染情報により、対応している。   |      |      |      |  |
|       |                  | 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。  | ◎    | マスク着用・手洗い・手指消毒・検温で対応している。                                      |      |      |      |  |

| 項目No.                | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|----------------------|--|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| <b>II. 家族との支え合い</b>  |  |     |  |      |  |      |      |      |   |
| 37                   | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援                                     | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。   | ○    | ○ お便り、タブレット活用で関係性を築いている。                             |      |      |      | 新型コロナウイルス感染症対策期間のため評価はできない。<br><br>年6回、事業所便りを発行して行事や日頃の暮らしの様子を報告している。春と秋には、写真にコメントをつけた個別の便りを配布している。SNSを活用して動画や写真を送信するようなケースがある。 |
|                      |  | 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)                                   | ○    | ○ コロナ禍の為、窓越し面会が再開となった時は、気軽に来ていただける声掛けを行っている。         |      |      |      |   |
|                      |  | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)  | ×    | × コロナ禍の為、出来ていない。                                     | ○    |      | 評価困難 |   |
|                      |  | d   | 来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等)    | ◎    | ◎ 2か月1回のお便り、年2回の個人お便りを配布している。タブレットを活用して、動画や写真を送っている。 | ◎    |      | ○    |   |
|                      |  | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的内容を把握して報告を行っている。  | ○    | ○ 電話やアンケートにて、把握している。                                 |      |      |      |   |
|                      |  | 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)                | ○    | ○ 本人への接し方について、家族より意見を貰う機会を作っている。                     |      |      |      |   |
|                      |  | g   | 事業所の運営上の事務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)  | ○    | ○ 運営推進会議資料で理解を得るようにしている。                             | ○    |      | △    |   |
|                      |  | 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)  | ×    | × コロナ禍の為出来ていない。                                      |      |      |      |   |
|                      |  | i   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | ○ ヒヤリ、事故について、起こり得るリスクを具体的に話あっている。                    |      |      |      |   |
|                      |  | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。  | ○    | ○ 定期的な電話等にて連絡し、相談できる機会を使っている。                        | ◎    |      |      |   |
| 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。   | ◎    | ◎ 入所時に説明を行い、同意を貰っている。内容に変更がある時は、改正文書を作成し、再度同意を得ている。  |      |      |      | /   |
|                      |  | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                   | ○    | ○ 退居についての条件を作成、文書配布し、説明を行った。退居先の相談に応じている。            |      |      |      |   |
|                      |  | 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)                             | ◎    | ◎ 改定時には、説明を行い、同意のもと、改正文書を2部作成し、1部渡している。              |      |      |      |   |
| <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、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。  | ○    | ○ 地域の人達へ理解してもらえるように話している。                            |      | ○    |      | 地域の文化祭の折り紙には、利用者の貼り絵や絵手紙作品を出展し協力したが、その他、地域とのかかわりはほぼない状況にある。   |
|                      |  | 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)     | △    | △ コロナ禍の為、外出の機会がない為、触れ合う機会がなくなっている。病院受診時には、挨拶はしている。   |      | △    | △    |   |
|                      |  | 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。   | △    | △ 見守ったりしてくれる人達はいるが、増えていない。                           |      |      |      |   |
|                      |  | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。   | ×    | × コロナ禍の為、出来ていない。                                     |      |      |      |   |
|                      |  | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | ×    | × 外出する機会がない為、出来ていない。                                 |      |      |      |   |
|                      |  | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                    | △    | △ コロナが治まったら、ボランティアを再開してもらえるようお願いをしている。               |      |      |      |   |
|                      |  | 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。  | ×    | × 少ししかできていない。  |      |      |      |   |
|                      |  | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができよう。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)。 | △    | △ コロナ禍である為、公民館など一部のみではあるが出来る。                        |      |      |      |   |

| 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   |  |
|---------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|--|
| 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。  | ×    | コロナ禍の為、文書配布となっている。  | ○    |      | △    | 報告書を作成して地域住民や家族、市の担当者に配布している。<br>さらに、文書でも会議ができるような取り組みに工夫してはどうか。                             |  |
|                           |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                  | ○    | 前回の外部評価時には、運営推進会議で報告した。   |      |      | △    | 活動状況、利用者の入退所状況、従業者状況、事故報告 ヒヤリハット等について報告している。<br>外部評価実施後は、口頭で報告した。                            |  |
|                           |   | 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。                             | △    | 意見がある時には、次回の運営推進会議資料で返答を行っている。                                      |      |      | ◎    | △  | 報告書には「お気づきの点がありましたらいつでもお電話下さい」と記している。配布時にも「何かあれば伝えてください」と願っているが、意見や提案は出ていない。 |
|                           |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ×    | コロナ禍で、会を行っていない。   |      |      | ○    |  |  |
|                           |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ×    | 今年度は、資料配布のため、議事録はない為、公表していない。                                       |      |      |      |  |  |
| <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。                     | ◎    | 毎朝理念を掛け合いで唱和し、業務に入るようにしている。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | 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。   | ◎    | フロアに大きく貼り出している。   | ○    | ◎    |      |  |  |
| 42                        | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。   | ◎    | 一人一人のケアの力量の把握は、困難である。<br>法人内研修にはほぼ全員参加し、ケア向上を図っている。外部研修は、オンラインで受けた。 |      |      |      |  |  |
|                           |   | 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。   | ○    | 職員がスキルアップ出来るように取り組んでいる。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | 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。                              | ×    | 職員の個々の状況は把握に努めている。向上心も持って働けるような環境作りへと変えていこうとしている。                   |      |      |      |  |  |
|                           |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ×    | コロナ禍で研修参加が出来ていない。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ○    | 面接を行っているが、職員のストレスは軽減されていない。誕生日には、お菓子のプレゼントがある。                      | ◎    | ◎    | ○    | 必要時には外部講師と面談ができる。<br>職員の誕生日には、お菓子のプレゼントがある。<br>有給休暇を取ることを積極的にすすめている。<br>希望休みなども取りやすいようにしている。 |  |
| 43                        | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ◎    | 法人内研修で学び理解している。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | 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。  | ◎    | ミーティングや申し送り時に話す機会を作っている。  |      |      |      |  |  |
|                           |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。                                    | ○    | 不適切なケアがあった時には、注意している。   |      |      | ○    | 外部講師による研修時に勉強をしている   |  |
|                           |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | ケアが乱れていると感じた時には、まずどうしてかと聞き、アドバイスをしている。                              |      |      |      |  |  |
| 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。  | ○    | ミーティングで具体的に事例を出し、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。  | ◎    | ミーティングや申し送り時、事例を出し、話すようにしている。                                       |      |      |      |  |  |
|                           |   | 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。                       | ◎    | 家族からの要望はない。   |      |      |      |  |  |
| 45                        | 権利擁護に関する制度の活用   | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。   | ×    | 殆ど理解できていない。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | b   | 利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。  | △    | 情報提供は行っている。   |      |      |      |  |  |
|                           |   | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。                                     | ○    | 相談できる関係性を作っている。   |      |      |      |  |  |

| 項目No. | 評価項目                  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                       | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                |
|-------|-----------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。                               | △    | 骨折外のマニュアルはあるが、周知されていない。                         |      |      |      |   |
|       |                       | 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。  | △    | 訓練は行われていない。体験談をもとに学んでいる。                        |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一步手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。                  | ○    | ファイルに綴じ、既読したら印を押すようにしている。再発防止について、ミーティングで話している。 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。   | ○    | ミーティング・申し送り時に話し合っている。                           |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 苦情対応手順はあるが、職員は対応することがない為、理解できていない。              |      |      |      |   |
|       |                       | 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。              | ○    | 手順に沿って対応し、職員には、ミーティング内で報告している。                  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。              | △    | 苦情があった時は、職員に報告して、改善するようにしている。                   |      |      |      |   |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                             | ○    | 会話中に聞く程度である。                                    |      |      | ○    | 日々の中で聞いており、利用者から職員の利用者への対応について意見が出たようなこともあった。             |
|       |                       | 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)                         | ○    | 電話や訪問時に聞くようにしている。                               | ○    |      | ◎    | アンケートを取って、出納帳の報告頻度についてや家族に面会方法、また、外出することの希望等について聞いた。      |
|       |                       | c   | 契約当初だけでなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。  | ×    | 行っていない。   |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。   | △    | 現場に足を運ぶことはない。                                   |      |      |      |   |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。                          | ○    | 職員と話す機会を設けている。利用者本位の支援については、ミーティング内で話している。      |      |      |      | ◎   |
| 49    | サービス評価の取り組み           | a   | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                                    | ×    | 2年に1度しか取り組んでいない。                                |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。                                       | ○    | ミーティングで意識統一するように話し合っている。                        |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。                         | ○    | 職員で目標達成計画を作成し、取り組んでいる。                          |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                   | ×    | 出来ていない。   | ○    | ○    | ×    | 外部評価実施後は、口頭で報告した。自己評価実施後は報告は行っていない。モニターしてもらった取り組みは行っていない。 |
|       |                       | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | △    | あまり行われていない。                                     |      |      |      |   |
| 50    | 災害への備え                | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)                             | ○    | マニュアルは、全体的なものである。                               |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。                          | △    | 火災の避難訓練のみである。                                   |      |      |      |   |
|       |                       | 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。   | △    | 備蓄品は、法人にお願いしている。                                |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                         | ×    | 行っていない。   | △    | △    | △    |   |
|       |                       | f   | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等) | ×    | 行っていない。   |      |      |      |   |
|       |                       |     |   |      |   |      |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目          | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠         | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|---------------|-----|---|------|-------------------|------|------|------|---|
| 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) | ×    | 行っていない。           |      |      |      | 管理者は、地域の人と会うような時に相談を受けることがある。今後は、事業所が地域のケア拠点として相談支援できるような取り組みを考えてみてはどうか。<br><br>地域のケアマネジャー勉強会を通じて他事業所と連携を図っている。 |
|       |               | b   | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。   | △    | 相談があった時には、対応している。 |      | ×    | △    |   |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェイベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)   | ×    | 行っていない。           |      |      |      |   |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ×    | 行っていない。           |      |      |      |   |
|       |               | e   | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | ○    | 地域の会議に参加している。     |      |      | △    |   |