

## 事業所の概要表

(令和 3年 5月 31日現在)

|                   |                                                                                                                                                       |     |        |                                                                                     |        |     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| 事業所名              | グループホーム うつのみやさんの家                                                                                                                                     |     |        |  |        |     |
| 法人名               | 西予総合福祉会                                                                                                                                               |     |        |                                                                                     |        |     |
| 所在地               | 愛媛県西予市宇和町田苗真土1994-1                                                                                                                                   |     |        |                                                                                     |        |     |
| 電話番号              | 0894-62-7270                                                                                                                                          |     |        |                                                                                     |        |     |
| FAX番号             | 0894-62-7271                                                                                                                                          |     |        |                                                                                     |        |     |
| HPアドレス            | http://www.seiyofukushi.com                                                                                                                           |     |        |                                                                                     |        |     |
| 開設年月日             | 平成 13 年 7 月 1 日                                                                                                                                       |     |        |                                                                                     |        |     |
| 建物構造              | <input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input checked="" type="checkbox"/> 平屋 ( ) 階建て ( ) 階部分 |     |        |                                                                                     |        |     |
| 併設事業所の有無          | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )                                                                                  |     |        |                                                                                     |        |     |
| ユニット数             | 1 ユニット 利用定員数 9 人                                                                                                                                      |     |        |                                                                                     |        |     |
| 利用者人数             | 9 名 ( 男性 3 人 女性 6 人 )                                                                                                                                 |     |        |                                                                                     |        |     |
| 要介護度              | 要支援2                                                                                                                                                  | 0 名 | 要介護1   | 1 名                                                                                 | 要介護2   | 3 名 |
|                   | 要介護3                                                                                                                                                  | 1 名 | 要介護4   | 3 名                                                                                 | 要介護5   | 1 名 |
| 職員の勤続年数           | 1年未満                                                                                                                                                  | 1 人 | 1～3年未満 | 4 人                                                                                 | 3～5年未満 | 2 人 |
|                   | 5～10年未満                                                                                                                                               | 0 人 | 10年以上  | 0 人                                                                                 |        |     |
| 介護職の取得資格等         | 介護支援専門員 1 人 介護福祉士 5 人<br>その他 ( 歯科衛生士1 )                                                                                                               |     |        |                                                                                     |        |     |
| 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           | 松葉診療所                                                                                                                                                 |     |        |                                                                                     |        |     |
| 看取りの体制<br>(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)  | 21,700 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |         |     |       |     |       |
| 食材料費    | 1日当たり                                                                                                                          | 1,000 円 | 朝食: | 240 円 | 昼食: | 380 円 |
|         | おやつ:                                                                                                                           | 円       | 夕食: | 380 円 |     |       |
| 食事の提供方法 | <input type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等)                              |         |     |       |     |       |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 調理済食材の提供 )                                                                           |         |     |       |     |       |
| その他の費用  | ・ 水道光熱費                                                                                                                        | 400 円   |     |       |     |       |
|         | ・                                                                                                                              | 円       |     |       |     |       |
|         | ・                                                                                                                              | 円       |     |       |     |       |
|         | ・                                                                                                                              | 円       |     |       |     |       |

|                         |                                                                                     |                                           |                                                                                          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家族会の有無                  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間   |                                           |                                                                                          |
| 広報紙等の有無                 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 4 回) ※過去1年間 |                                           |                                                                                          |
| 過去1年間の<br>運営推進会議の<br>状況 | 開催回数                                                                                | 5 回 ※過去1年間                                |                                                                                          |
|                         | 参加メンバー<br>※□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 checked="" type="checkbox"/> 近隣の住民 |
|                         |                                                                                     | <input type="checkbox"/> 利用者              | <input checked="" 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                                             | ( 地元小学校校長、地元保育園園長 )                       |                                                                                          |

# 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

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

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

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

#### 【アンケート協力数】※評価機関記入

令和2年12月10日 集計

|         |       |   |       |   |
|---------|-------|---|-------|---|
| 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    | 3873800290        |
| 事業所名     | グループホーム うつのみやさんの家 |
| (ユニット名)  |                   |
| 記入者(管理者) |                   |
| 氏 名      | 玉井 一隆             |
| 自己評価作成日  | 令和3年5月31日         |

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業所理念】※事業所記入</b><br>・利用者、ご家族の力強い味方であらう<br>・まずは行動し修正しよう<br>・ご利用者の皆さん、関係機関同様に対<br>する「優しさ」の体現<br>～相手の笑顔を導く対応～ | <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>・職員の急な退職や、大幅な人事異動などがあり、センター方式を用いたアセスメントなどは中途半端な取り組みに終<br>わった。<br>・介護計画に基づいた取り組みを、介護保険のソフトを活用して、少しずつではあるが実施、記録するようになった。<br>・家族を巻き込んだ取り組みは、職員体制の問題やコロナ禍の影響で出来ていない。<br>・職員会にて、不適切な事例として接遇の問題を取り上げ、意識の統一を図った。<br>・連絡ノートではでの情報伝達を目標としていたが、（見にくさ）と（後からの検証のしにくさ）があり、利用者別のエクセルシート<br>と使用して情報伝達している。 | <b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b><br>市内のグループホームで新型コロナウイルス感染クラスターが発生した際<br>には、西予市内福祉法人災害時相互応援協定に基づき職員派遣<br>（管理者が協力）した。<br><br>職員がすごろくゲームを手作りして「一万円あったらなに買う？」<br>「なりたかった職業は？」「行ってみたい国は？」などのコマを設<br>け、想像したり会話したりして楽しめるように工夫している。みかん<br>農家だった人には、みかんのことを話題にして話を聞いたりしてい<br>る。<br><br>運動会を行った際には、男性利用者が代表して選手宣誓を行う場<br>面をつくった。体操の時間には、以前に運動をしていた利用者に<br>指導してもらえるようお願いしている。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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<br>№                | 評価項目                                                 | 小<br>項目 | 内 容                                                                                      | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                            | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                     |
|------------------------|------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |                                                      |         |                                                                                          |          |                                                                                      |          |          |          |                                                                                                                                |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |                                                      |         |                                                                                          |          |                                                                                      |          |          |          |                                                                                                                                |
| 1                      | 思いや暮らし方の希望、意向の<br>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。                                                         | ○        | 日々の関わりの中での発言等から聞き出したり、本人の反応を見ながら、思いの確認をすることが多い。                                      | ◎        |          | ○        | 日々の利用者のかかわりから得た情報を、職員会ケース会時に出し合って把握に取り組んでいる。                                                                                   |
|                        |                                                      | 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。                                                   | ○        | 家族からの情報がない場合もある。生活歴や関わりから「本人はどうか」との視点で職員間で話し合い、関わりを持っている。                            |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | 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。                                      | ○        | 生活歴などの話を家族とすることはあるが、「本人の思い」について話し合うことはあまりない。ただし、情報収集することで、本人の意向や希望の把握に繋がるのではないかとと思う。 |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | 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。                                                         | ○        | 日々のケース記録に記入している。                                                                     |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | 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。                                                   | ◎        | 言葉だけでなく、表情などからも本人の思いをくみ取るようにしている。                                                    |          |          |          |                                                                                                                                |
| 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。 | ○        | 入所前の訪問調査にて伺っている。入所後も主に家族から話を伺うようにしている。                                               |          |          | △        | 入居時に家族から聞き取り、フェイスシートに生活歴や趣味などを記入している。シートの内容は、年一回更新している。大切にしたいことなどを記入する欄なども設けているが、空欄になっていることが多い。                                |
|                        |                                                      | b       | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力（わかること・できること・できそうなこと等）等の現状の把握に努めている。                                  | ○        | 日々の生活の中で常に確認をしながら行っている。その時の状態などは職員間で情報交換している。                                        |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | c       | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。                                          | ◎        | 日々の申し送りや、ケース会にて把握している。                                                               |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | d       | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。（身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等）                                   | ◎        | 職員の関わり方、身体的な面、環境面など、日々職員間で話し合いながら把握に努めている。                                           |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | 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。                                     | ◎        | 体調の変化や生活のリズムについて、記録や申し送り等で把握するようにしている。                                               |          |          |          |                                                                                                                                |
| 3                      | チームで行うアセスメント<br>（※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。                                                | ○        | ケース会にて検討している。                                                                        |          |          | ◎        | 職員会ケース会時の話し合いは、利用者の言葉や表情などの情報も持ち寄り、背景を探りながら検討している。                                                                             |
|                        |                                                      | b       | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。                                                           | ○        | ケース会にて検討している。                                                                        |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | c       | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。                                                     | ○        | ケース会にて情報を共有し、課題を明らかにしている。                                                            |          |          |          |                                                                                                                                |
| 4                      | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画                             | a       | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。                                                             | ○        | 利用者、家族からの意見を聞き作成するよう努めている。本人の思いがわかりにくいことも多いが、出来る限り思いをくみ取った内容にしている。                   |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | 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。               | ○        | 毎月の職員会で話し合い、時には家族の意見を聞き、ケアに反映している。                                                   | ○        |          | △        | 職員会ケース会時に職員で話し合った内容をもとにして計画を作成し、その後、家族に説明して意見を聞いている。家族からは「ええようにしてください。任せます」と言われるようだ。さらに、チームで利用者の暮らしを支えることができるような計画作成に工夫してはどうか。 |
|                        |                                                      | 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。                                          | ○        | コミュニケーションのとれない利用者は難しいが、できる限り努めている。                                                   |          |          |          |                                                                                                                                |
|                        |                                                      | d       | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                               | ×        | 家族は入れているが、地域など社会的な協力体制は盛り込まれていない。                                                    |          |          |          |                                                                                                                                |
| 5                      | 介護計画に基づいた日々の支援                                       | a       | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。                                                      | ◎        | 支援内容の変更があれば、周知できるようにしている。                                                            |          |          | ○        | 職員会ケース会時に、職員が出した意見やアイデアをもとにして計画を作成している。                                                                                        |
|                        |                                                      | b       | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。                           | ○        | 定期的なモニタリングを行い状況確認を行ない、支援に繋げている。                                                      |          |          | ○        | 業務日誌（パソコンでのデータ入力）に、介護計画のサービス内容の定型文をつづっており、ケアが実践できたら入力している。                                                                     |
|                        |                                                      | c       | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子（言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等）や支援した具体的内容を個別に記録している。                        | △        | 対応等に重きを置き、記録では表情など利用者の様子がみえないことがある。                                                  |          |          | △        | 「楽しそうにしていた」などと記入がみられたが、記入量は少なく、また、探す必要がある。                                                                                     |
|                        |                                                      | d       | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。                                                  | ○        | 日常生活の中での職員の気づいたこと等、記録に残すようにしている。                                                     |          |          | △        | 職員会ケース会時に話し合ったり、口頭で申し送ったりしている。                                                                                                 |

| 項目<br>No. | 評価項目                    | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                                                    | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                               | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                                                                                                                  | ◎        | 介護計画の期間に応じて、ケース会にて見直しを行っている。                                            |          |          | ◎        | 管理者がパソコンで期間を管理して3ヶ月ごとに見直しを行っている。                                                                                                              |
|           |                         | b           | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。                                                                                                    | ◎        | ケース会にて現状確認を行っている。                                                       |          |          | ◎        | 月1回の職員会ケース会時に、介護計画にかかわらず、すべての利用者について現状確認を行っている。                                                                                               |
|           |                         | c           | 本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。                                                                   | ○        | 本人の状態に顕著な変化が生じた場合は見直しを行い、現状に即した計画を作成している。                               |          |          | ○        | 身体状態に変化があれば見直しを行うが、この一年間では事例はない。                                                                                                              |
| 7         | チームケアのための会議             | a           | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                                                                              | ○        | 臨時的な会議を開催することはないが、その日の勤務職員で急ぎの検討事項は話し合い、管理者が不在であれば電話連絡するようにしている。        |          |          | ◎        | 月1回、職員会ケース会を開催している。<br>変更など連絡事項シートに検討したいような内容を書き、必要に応じて数人の職員で話し合いの場を持っている。                                                                    |
|           |                         | 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。                                                                           | ◎        | 活発な意見がでるような雰囲気である。                                                      |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | 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。                                                                                    | ◎        | 日は職員の希望休みのない日を選んでいる。<br>場所、時間においては近隣の施設を借りて、夜勤以外の職員が参加できるよう工夫している。      |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | 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。                                                                                             | ◎        | 議事録作成し回覧している。特に重要事項があった場合には、管理者より伝達するようにしている。                           |          |          | ◎        | 管理者が議事録をまとめて回覧しており、職員全員が確認して話し合い時の内容の追加や訂正などをして確認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。                                                                                           | ◎        | 連絡ノートで伝達してしていたが不十分であり、後に見直しにいくので、エクセルで利用者別のシートを作成し活用している。               |          |          | ◎        | 内容に応じて、連絡帳、変更など連絡事項シートなどに記入して伝達している。                                                                                                          |
|           |                         | 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)                                                                | ◎        | 上記の利用者別のシートを活用している。                                                     | ◎        |          |          |                                                                                                                                               |
| (2) 日々の支援 |                         |             |                                                                                                                                        |          |                                                                         |          |          |          |                                                                                                                                               |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a           | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。                                                                                                | ○        | 「したいこと」の把握が困難な利用者が増えてくるが、言動や表情などから「したいこと」とくみ取り、把握するように努めている。            |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                    |
|           |                         | b           | 利用者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)                                                                         | ×        | 以前は着替える衣類を選んでもらっていたが、重度化により自己決定することが困難な利用者が多くなりできていない。                  |          |          | 評価<br>困難 |                                                                                                                                               |
|           |                         | c           | 利用者が思いや希望を表現でき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。                                                               | ○        | 利用者が生活しやすい環境づくりを行い、日々の生活が納得できるよう支援している。                                 |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | 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。<br>(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)                                                       | ○        | 職員のペースになる時もあるが、利用者の希望や心身の状態を把握して、出来る限り利用者が快適に過ごせるような支援を行っている。           |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | e           | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。                                                                                     | ◎        | 表情を見て対応している。その利用者の気分や状態を見て、談話やなごみの話をして、利用者にあったコミュニケーションをおこなうようにしている。    |          |          | ◎        |                                                                                                                                               |
|           |                         | 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。                                                          | ◎        | 言葉が通じなくても表情や日常の行動より支援している。                                              |          |          |          |                                                                                                                                               |
| 10        | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a           | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。                                                                       | ◎        | 親しみを込めた声かけを行うこともあるが、尊厳、尊重の姿勢で接し、相手の立場に立った行動、声掛けを心掛けている。                 | ◎        | ○        | ○        | 法人研修時には、必ず職員一人は参加して、後日、配布資料を連絡帳にはさんだり、職員会ケース会時に内容を報告したりして共有している。接遇やコンプライアンスについての研修に参加した。<br>職員の気になる言葉かけや態度が見られた場合は、職員会ケース会時に身体拘束委員会時に話し合っている。 |
|           |                         | 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。                                                             | ○        | 失禁等ある場合には特に留意しているが、状況により(同時に数人を介助する場合、職員複数で介助する場合など)出来ないこともある。          |          |          | 評価<br>困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                    |
|           |                         | c           | 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。                                                                                           | ○        | 利用者に合わせて、羞恥心を感じない安心できる介助や声掛けを行っている。                                     |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | d           | 職員は、居室は利用者専有の場所であり、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。                                                                          | △        | 夜間の見回り時や休養時はノックや声掛けは行っていない。利用者に合わせてではあるが、日中は一声かけるようにしている。               |          |          | 評価<br>困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                    |
|           |                         | 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。                                                                                            | ◎        | 入社時に誓約書を交わしており、コンプライアンスの研修も行っている。                                       |          |          |          |                                                                                                                                               |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a           | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けてもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。                                                                      | ◎        | 出来る限り一緒に家事等を行ってもらっている。感謝の言葉を掛けるようにしている。                                 |          |          |          | 仲良しの利用者同士と一緒にテレビを見て過ごすような時間をつくったり、2ショットの写真を撮ったりしていた。                                                                                          |
|           |                         | 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。                                                                                            | ○        | 概ね理解できている。利用者が出来る家事(洗濯物たたみ、洗濯も干し、新聞折り)などは利用者同士が協力して行うように支援している。         |          |          |          |                                                                                                                                               |
|           |                         | c           | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等) | ◎        | 利用者の相性に合わせて席の配置を替えたり、職員が会話の橋渡しをしたりしている。必要な時には職員は傾聴に努め、トラブル、孤立等の回避をしている。 |          |          | ○        |                                                                                                                                               |
|           |                         | 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。                                                                           | ◎        | 声かけなどで話題を変えて、トラブルからの嫌な気がそれるように工夫関わっている。                                 |          |          |          |                                                                                                                                               |

| 項目<br>No. | 評価項目              | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                                                   | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                             | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                                                                                           | △        | 入所時の情報では限られることが多く、日常の談話や家族からも出来る限り把握しようと努めている。                        |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | b           | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。                                                                                          | ○        | 入居時には家族、本人から聞き取りを行い把握するよう努めている。                                       |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | c           | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけてい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。                                                                    | ×        | 以前は地域行事の参加して友人と関わりを持ったり、ドライブにて馴染みの場所に出かけることもあったが、コロナ禍で出来ていない。         |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | d           | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                                                                    | △        | コロナ禍で面会制限有り。電話で家族と話したり、越越しで面会したりできる配慮は行った。                            |          |          |          |                                                                                                                                            |
| 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>(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | ○        | 天気の良い日は出来る限り施設外に出て、外気浴を行うようにしている。歩ける方には、積極的に外に出て散歩をしていただいている。         | ○        | ○        | ○        | 玄関周辺でひなたぼっこなどして過ごせるよう支援している。<br>景色のよいところや季節の花を見にドライブして気分転換できるよう支援している。<br>ドライブして桜の花を見た利用者が「きれいね。今年も見れてよかった」と言ったようだ。<br>みなで利用者の自宅の梅の収穫に行った。 |
|           |                   | 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。                                                                                            | ×        | 協力を得ての外出支援は行っていない。                                                    |          |          |          | 重度の利用者も同じように支援している。                                                                                                                        |
|           |                   | c           | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。                                                                                                         | ○        | 状態をみながら、屋内で風に当たったり、戸外で外気浴をしている。                                       |          |          | ○        |                                                                                                                                            |
|           |                   | d           | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。                                                                              | ×        | 以前は家族の協力で外出する方もいたが、現在はいない。                                            |          |          |          |                                                                                                                                            |
| 14        | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a           | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。                                                             | ○        | 利用者の状態変化に応じて、何が原因かを考えて話し合い、対応している。                                    |          |          |          | 昨年9月に室内で運動会を行った際には、赤・白組に分かれ、ハチマキをして玉入れや風船バレーなどして競った。<br>調査訪問日には、手をたたき調子を取りながら歌を歌っているような様子がうかがえた。                                           |
|           |                   | 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。                                        | ○        | 主治医に相談をしている。個別の運動、歩行訓練、集団レクでの体操を行っている。                                |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | 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)                                                                   | ○        | 利用者の「できること、できそうなこと」を探すことを日々心掛けている。そのうえで、できることは自分でしていただくようにしている。       | ○        |          | ○        |                                                                                                                                            |
| 15        | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a           | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。                                                                           | ○        | 日々の会話の中で、情報収集を行ったり、利用者個々の出来ること、出来ないことを把握するよう努めている。                    |          |          |          | 運動会を行った際には、男性利用者が代表して選手宣誓を行う場面をつくった。<br>体操の時間には、以前に運動をしていた利用者に指導してもらえるようお願いしている。                                                           |
|           |                   | 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。                                                            | ○        | 役にたつたと思っていただけるよう、感謝の言葉の声かけ等や取り組みを行っている。                               | ○        | ○        | ○        |                                                                                                                                            |
|           |                   | c           | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。                                                                                                      | △        | 保育園との交流はあるが、地域との関わりはまだあまり持っていない。                                      |          |          |          |                                                                                                                                            |
| 16        | 身だしなみやおしゃれの支援     | a           | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。                                                                                    | ○        | 自分で出来る方には衣類など選んでもらっているが、できない方は職員が選んでいる。男性の方には髭剃りも身だしなみとして取り組んでもらっている。 |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                 |
|           |                   | b           | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。                                                                              | △        | 持ち物などが不安の要因となっている方が多く、制限してる部分もある。                                     |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | c           | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。                                                                                     | ○        | 反応を見ながら、職員が行っている。                                                     |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | 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。                                                                                             | ○        | 家族の協力により衣類準備される方もいる。                                                  |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | e           | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできたり、髪、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                                                                       | ○        | 衣類等の汚れは個別で対応し、更衣している。食べこぼしなどは席の配置等にて配慮して、目立たないようにしている。                | ○        | ◎        | 評価困難     |                                                                                                                                            |
|           |                   | f           | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。                                                                                                             | ○        | 2ヶ月に1回、訪問美容利用している。                                                    |          |          |          |                                                                                                                                            |
|           |                   | 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。                                                                                                | ○        | 本人声かけしながら選択している。身体状況に応じて、着やすさや着心地も考慮している。                             |          |          | ○        |                                                                                                                                            |
|           |                   |             |                                                                                                                                       |          |                                                                       |          |          |          | 2ヶ月に1回、訪問美容師の訪問があり、利用者に長さなどの希望を聞いてカットをしてくれている。<br>衣類は家族が用意してくれたり、本人の好みを踏まえて職員が買って来たりしている。                                                  |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                              | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                 | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                                                                    | ○        | 食事の大切さを理解している。                                                            |          |          |          | 朝昼夕とも業者からできた食事が届く。<br>主食と汁物(朝食のみ)は、職員がつくっている。時には、カレーを手作りすることもあるが、利用者は食事一連の流れの中でかかわるような機会はほぼない。               |
|           |                | 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。                                                            | △        | 日々の食事は配食を提供している。おやつ作りを利用者と一緒に行うことはある。                                     |          |          | ×        |                                                                                                              |
|           |                | 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。                                        | ×        | 刻みやミキサー食があったり、職員体制、利用者の重固化もあり、調理や盛り付けは職員が行っている。                           |          |          |          |                                                                                                              |
|           |                | d           | 利用者一人ひとりの好きなのや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。                                                        | ◎        | アレルギーは入居前に必ず確認し周知している。好き嫌いについては、情報収集できている事もあれば、提供して分かってくるものもある。概ね、把握している。 |          |          |          | 利用者の自宅に行つて梅を収穫して、みなで梅仕事をした。業者の献立には、行事食などはあるようだが、利用者にとって昔なつかしい食材や味付けなどの反映は難しい。<br>魚が苦手な人への代替え品は、業者が対応してくれている。 |
|           |                | 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を取り入れている。                      | ○        | 日々の食事は配食を利用しているが、季節感のあるメニューとなっている。アレルギーについては、代替の物を提供している。                 |          |          | △        |                                                                                                              |
|           |                | 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、いんどりや器の工夫等) | ◎        | 利用者の咀嚼嚥下状態に応じた食事形態にしている。                                                  |          |          |          |                                                                                                              |
|           |                | 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。                                                                | ○        | 施設の物を使用している。身体機能に応じた、大きさや持ちやすさ等を考慮している。                                   |          |          | 評価<br>困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                   |
|           |                | 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。                 | ◎        | 職員が一緒に食事をを行い、利用者の見守りや介助等の支援を行っている。                                        |          |          | 評価<br>困難 | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                   |
|           |                | 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。                             | ○        | 料理の説明等も行ない、楽しい雰囲気作りを心掛けている。                                               | ◎        |          | △        | 調理の音やにおいはほぼしない。<br>食がすすまない利用者について、器にご飯、おかずを混ぜてしまえば食べることがわかり、まずは食べてもらうことを優先している事例がある。                         |
|           |                | 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。                                    | ○        | 配食により、栄養バランス、摂取エネルギー量等が明確になった。毎食ごとの摂取量をチェックしている。                          |          |          |          | 業者が管理している。                                                                                                   |
|           |                | k           | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                         | ◎        | 食事の形態、トロミをつけるなどで工夫している。食事量低下が続く場合には、家族と協議して好物や飲みやすい飲料を提供している。             |          |          |          |                                                                                                              |
|           |                | 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。                            | ○        | 配食にてバランスを考慮されている。                                                         |          |          | △        |                                                                                                              |
|           |                | 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。                                           | ◎        | 調理器具、食材の衛生管理に留意している。定期的に消毒などを行っている。                                       |          |          |          |                                                                                                              |
| 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。                                              | ◎        | 理解できている。口腔ケアの研修等にも参加している。職員に歯科衛生士の有資格者もいる。                                |          |          |          | 歯科衛生士の資格を有する職員が、利用者の口腔内の状況を把握している。                                                                           |
|           |                | 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。                                                  | ◎        | 毎食後口腔ケア実施し、口の中の状況について把握できている。必要に応じて、家族に連絡して歯科受診もしている。                     |          |          | ○        |                                                                                                              |
|           |                | 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。                                                      | ◎        | 日常の支援に活かしている。                                                             |          |          |          |                                                                                                              |
|           |                | d           | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。                                                                           | ◎        | 義歯使用者は、義歯洗浄剤にて消毒を行っている。                                                   |          |          |          | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                   |
|           |                | e           | 利用者の力を引き出ししながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)               | ◎        | 毎食後の口腔ケアを実施している。利用者に応じて、自立支援、一部介助等を行っている。                                 |          |          | 評価<br>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。                                                | ○        | 家族と連絡して対応をしている。不具合の状態があっても、利用者により受診できないこともある。                             |          |          |          |                                                                                                              |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                          | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                                 | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                       | ◎        | 概ね理解している。                                                                                 |          |          |          | 職員会ケース会や変更など連絡事項シートに記入して状況に応じて検討し、パッドサイズの変更など試しながら支援している。                                                             |
|           |                | 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。                                                                                   | ◎        | 概ね理解している。排泄チェック表にて把握に努めている。                                                               |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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）                                                                        | ◎        | 利用者の排泄パターンについても、ケース会にて協議を行い把握している。                                                        |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | d           | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ（紙パンツ・パッドを含む）使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々々の状態にあった支援を行っている。                          | ◎        | 必要に応じて、その時の状況にあった支援をしている。                                                                 | ◎        |          | ◎        |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                     | ○        | 食事形態や水分量のチェック、運動を促す等の支援を行っている。家族に相談し、ヨーグルトやフルーツ摂取の取り組みをしている方もいる。                          |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                                   | ◎        | 時間や排泄パターンをにて、個人に応じた声かけを行っている。                                                             |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。 | ○        | 利用者の状態に合わせて夜間帯のバット種類を、職員と話し合い使用している。家族へは話し合いではなく、報告になっている。                                |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                               | ◎        | 利用者の状態に合わせて、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）                                               | ○        | 水分補給、運動への働きかけ、トイレに座ってもらうことを心掛けている。状況によってはイージーファイバーなどのサプリメントも使用している。                       |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                |             |                                                                                                              |          |                                                                                           |          |          |          |                                                                                                                       |
| 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）。                                       | ◎        | 週二日の入浴を行っている。曜日や時間帯は決めているが、身体状況によって「順番は代えることもある。ゆっくりと関わり、温まる時間、温度は本人に確認している。              | ◎        |          | △        | 週2回、午前中の中入浴を基本に支援している。現在、入浴を嫌がるような利用者はおらず、職員の勤務人数などの都合に合わせて個々に声をかけて支援している。さらに、入浴を楽しむという観点から支援に工夫できることはないか話し合ってみてはどうか。 |
|           |                | b           | 一人ひとりが、くつろいだ気分で行入浴できるよう支援している。                                                                               | ○        | 職員マンツーマンで関わり、温度や意図の確認をしながらくつろげるよう支援している。排便が続く方などは、浴槽に入らずシャワー浴になることも多いが、ゆっくりと温まれるよう配慮している。 |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                                               | ○        | できることは自分ですて頂いている。本人のペースを大切にしながら、利用者様によってはリフトを使用して安楽に入浴して頂いている。                            |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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、無理強いせずしに気持ち良く入浴できるよう工夫している。                                                       | ○        | 入浴を拒む方は時間をおいて誘導したり、無理強いせず、自然な流れで誘導を行うようにしている。時には入浴日を変更することもある。                            |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                             | ◎        | 入浴前にバイタル測定や状態観察を必ず行っている。入浴後には水分補給を行い状態確認を行っている。                                           |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                |             |                                                                                                              |          |                                                                                           |          |          |          |                                                                                                                       |
| 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。                                                                                      | ◎        | 日誌にて記録し、把握している。                                                                           |          |          |          | 服薬してもなくても状態が変わらないののではないかと気がつきがあり、医師に相談して服薬を中止して対応しているような事例がある。                                                        |
|           |                | 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。                                             | ◎        | 日中の活動量を少しでも増やして、気持ちの良いリズムで生活できるように支援している。                                                 |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | c           | 睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。                        | ◎        | 主治医に相談している。安易に、導入剤や安定剤を使用しない方向で支援している。                                                    |          |          | ○        |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                                             | ◎        | 利用者の体調を見て休息、静養を心掛けている。                                                                    |          |          |          |                                                                                                                       |
| 22        | 電話や手紙の支援       | a           | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。                                                                   | ◎        | 利用者の出来る範囲での支援を行っている。                                                                      |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                         | △        | 家族から電話があると取り次いでいるが、本人は誰か判らないことが多い。携帯電話を持つている利用者もいるが、家族はそこから着信には出られないため、積極的な支援は行っていない。     |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | c           | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。                                                                                          | △        | 要求があれば直ぐに対応できるが、現在要求される利用者はいない。                                                           |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | 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。                                                                             | ○        | 届いた手紙や葉書は、理解が難しい方は職員と一緒に読んだりしている。以前は職員と一緒に返信を書く方もいたが、現在はいない。                              |          |          |          |                                                                                                                       |
|           |                | e           | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                                                 | ×        | 家族からの電話や手紙はお願いしていない。                                                                      |          |          |          |                                                                                                                       |

| 項目<br>No.       | 評価項目              | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                                                                 | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                   | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                          |
|-----------------|-------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23              | お金の所持や使うことの支援     | a           | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。                                                                                                                 | ×        | 施設ではお金を所持しないことは共通認識として理解していただいている。本人の希望があれば、立替により買い物等を行っている。                |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | 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。                                                                                                              | ×        | 人員体制の制約もあり、日頃的な買い物支援の機会は少ない。                                                |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | c           | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                                                                                 | ×        | 人員体制の制約もあり、日頃的な買い物支援の機会は少ない。                                                |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | d           | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。                                                            | △        | お金の所在が分からなくなることから、家族と協議のもと、お金を所持されている利用者はいなくなった。施設立替金にて使えるよう支援している。         |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | e           | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。                                                                                                                      | △        | 買い物希望のある利用者については、家族と話し合い使っている。                                              |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | f           | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしておき、本人・家族等の同意を得ている。（預り金規程、出納帳の確認等）。                                                                    | ◎        | 預かり金規定に基づき対応している。毎月月末請求時に領収証と併せて報告している。                                     |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| 24              | 多様なニーズに応える取り組み    | a           | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、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。                                                                                        | ○        | その都度、柔軟な支援やサービスに取り組んでいる。                                                    | ◎        |          | ○        | 家族の都合に合わせて、職員が受診に付き添ったり、入院中の利用者に必要なものを届けたりしている。                                                                                                                     |
| (3)生活環境づくり      |                   |             |                                                                                                                                                     |          |                                                                             |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| 25              | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   | a           | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。                                                                                               | ○        | 職員は笑顔であいさつに努め、親しみやすいように配慮している。施設は川沿いに立地しているため駐車スペース等がなく、訪問しにくい面もある。         | ○        | ○        | △        | 玄関先は階段とスロープがあり、手すりやベンチを設置している。事業所の玄関前は川沿いの砂利道で駐車スペースが小さく、訪問のしにくさがある。玄関周りの雑草が目立った。                                                                                   |
| 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付けをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をもつような設えになっていないか等。） | ○        | 季節に応じた掲示物を利用者で作成したり、近隣住民から頂いた花を飾ったりしている。                                    | ◎        | ○        | 評価困難     | 今年、事業所裏側に災害用スロープを設置した。新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                    |
|                 |                   | b           | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。                                                                                                               | ◎        | 清潔に保てるよう、都度整理整頓、清掃に気を配っている。                                                 |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                                          |
|                 |                   | c           | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激（生活感や季節感を感じるもの）を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                                                     | ○        | 台所は共用空間から見える距離にあるが、施設の立地条件上、外の様子が見えにくく、季節感が感じにくい。掲示物や装飾で季節感を出すよう工夫している。     |          |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                                          |
|                 |                   | d           | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。                                                                                                  | ◎        | 居室で独りで過ごしたり、自由に気の合う仲間と過ごす場所づくりが出来ている。座席の配慮等も行っている。                          |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | e           | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。                                                                                                                     | ○        | 入浴やトイレ時には、必ず戸を閉めて行うようにしている。                                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| 27              | 居心地良く過ごせる居室の配慮    | a           | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。                                                                                            | ○        | 家族になじみの物を持参してもらったり、家族写真など飾って居心地良く過ごせるようにしている。                               | ◎        |          | 評価困難     | 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、ユニットの立ち入りを中止したため評価はできない。                                                                                                                          |
| 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。                                                                                | ○        | トイレ、居室の表示をしている。トイレ、廊下には手すりがある。                                              |          |          | ○        | 玄関には手すりや椅子を設置していた。                                                                                                                                                  |
|                 |                   | b           | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。                                                                                             | ◎        | 利用者の状態観察を行い、環境整備に努めている。                                                     |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | c           | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に入るように生活空間の中にさりげなく置かれている。（ほつき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等）                                                | ○        | 新聞、広告、雑誌などリビングや居室に置かれており、毎日見ている利用者もいる。                                      |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| 29              | 鍵をかけないケアの取り組み     | a           | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット（棟）の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。（鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感、あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等）                 | ×        | 理解しており、夜間の防犯目的以外の施錠は行っていない。ただし、窓から危険な離所を繰り返す方がおり、家族との相談のもと、その方の自室の窓を施錠している。 | ◎        | ◎        | △        | 3月には、身体拘束廃止をすすめるための18のチェックポイントに沿って、職員個々にチェックして施錠することの弊害についての理解にも取り組んだ。チェックは年2回行っている。居室の窓から出て行く利用者について、現在、施錠して対応しているが、運営推進会議メンバーにも説明して捜索することがあれば、協力をしてもらえるようお願いしている。 |
|                 |                   | b           | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。                                                                          | ○        | 施錠について家族からの要望はない。玄関の開放を行い、玄関先のセンサーチャイムにて利用者の所在確認、来客の確認をしている。                |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | c           | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもスムーズよう工夫している（外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等）。                                                        | ○        | 利用者の帰宅願望の状態把握をしている。玄関先のセンサーチャイムにて所在確認を行っている。                                |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| (4)健康を維持するための支援 |                   |             |                                                                                                                                                     |          |                                                                             |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
| 30              | 日々の健康状態や病状の把握     | a           | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。                                                                                                                 | ◎        | 理解できている。個人ファイルに記録があり、いつでも確認出来るようにしている。                                      |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | 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。                                                                                    | ◎        | バイタルの他、通常と変わった様子を感じた場合、職員と情報を共有し記録に残している。                                   |          |          |          |                                                                                                                                                                     |
|                 |                   | c           | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等いつでも気軽に相談できる関係を築き、重症化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                                                                  | ○        | 主治医に相談したり、家族に連絡し病院受診をお願いする関係づくりができている。                                      |          |          |          |                                                                                                                                                                     |

| 項目<br>No. | 評価項目             | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                 | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                                              | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                                             | ◎        | 本人のかかりつけ医を継続していただいている。家族の協力を得て受診しているか、かかりつけ医の訪問診療を利用されている。必要に応じて、職員が支援している。                            | ◎        |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                                    | ◎        | 本人、家族の希望を大切にして適切な医療をうけられるよう支援している。                                                                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○        | 必要に応じて話し合いを行い、合意を得られるようにしている。                                                                          |          |          |          |                                                                                                            |
| 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。                                                          | ◎        | 入院時の情報提供を行い、必要時には情報交換をしている。                                                                            |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                                              | ○        | 地域連携室と連絡を取り合うようにしている。利用者の周辺症状も踏まえ、早期退院に努めている。                                                          |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。                                                        | ○        | 主治医には状態変化がある場合、すぐに上申して指示を仰いでいる。入院時には地域連携室、病院関係者との関係作りを行っている。                                           |          |          |          |                                                                                                            |
| 33        | 看護職との連携、協働       | a           | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | △        | 訪問診療の主治医には、常に連絡相談を行っている。家族での通院をお願いしている場合は、気付きを家族に伝えて、結果を報告して頂いている。                                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | b           | 看護職もしく訪問看護師、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。                                                         | △        | 訪問診療の主治医には24時間いつでも電話連絡できる体制となっているが、それ以外の方は病院の開いている時間のみ対応となっている。日中は、隣にある同一法人のデイサービスセンターの看護師に相談できる体制はある。 |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                     | ○        | 体調の変化を医療職に連絡・相談して、変化に応じた支援ができるようにしている。                                                                 |          |          |          |                                                                                                            |
| 34        | 服薬支援             | a           | 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。                                                               | ○        | 理解できている。また個人ファイルに薬情報を入れているため、いつでも確認できる状態にある。                                                           |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                                                  | ◎        | 服薬マニュアル作成し、飲み忘れや誤嚥を防ぐ取り組みを行っている。                                                                       |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。                       | ◎        | 様子確認し、状態変化等の気づきがあれば看護師に伝わるようにしている。看護師から、主治医に相談している。                                                    |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | d           | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。                                              | ◎        | 近況や日々の気付きについて看護師から、家族、主治医に相談している。                                                                      |          |          |          |                                                                                                            |
| 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。                           | ○        | 契約時に重要事項説明書を基に、家族に説明をしている。                                                                             |          |          |          | 家族には入居時に「医療行為が出来ないので必要になったら退所になる」旨を説明し、理解を得ようとしている。身体状態に変化があれば再度説明をしている。また、事業所は、設備面の制限もあり、看とり支援は難しいと考えている。 |
|           |                  | b           | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、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。                                   | ○        | 本人や家族の意向をくみ、関係機関等で協議し、支援する方向で情報共有するようにしている。                                                            | ○        |          | △        |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。                                        | ○        | 重度化の対応については法人の上司のもの相談しながら、ケース会にて対応等の協議を行っている。                                                          |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | d           | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。                                                 | ○        | 入所時、状態の変化時に都度説明を行い、理解して頂けるようにしている。                                                                     |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | e           | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。    | ○        | 医療機関と連携をとり、緊急時の対応など、可能な限りチームで支援していくよう調整している。                                                           |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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)                                                         | ○        | 身体状態の変化の都度、家族と一緒に方向性を考え、本人、家族の状況を踏まえた対応をするよう心掛けている。                                                    |          |          |          |                                                                                                            |
| 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。                            | ◎        | 職員対象にて感染症研修会参加している。                                                                                    |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                        | ○        | 感染予防についての取り決めがあり、もし感染した場合の対応も研修にて訓練している。                                                               |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | c           | 保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。                             | ◎        | 法人本部から、感染症の最新情報や一括した対策が示されている。                                                                         |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                                                                 | ◎        | 法人本部から、感染症の最新情報や一括した対策が示されている。                                                                         |          |          |          |                                                                                                            |
|           |                  | 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。                                                | ◎        | 職員が感染症の媒体とならないよう、検温、手洗いを徹底している。来訪者にも体調チェック表にて確認を行い、手指消毒を行っている。                                         |          |          |          |                                                                                                            |

| 項目<br>No.  | 評価項目                                                        | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                             | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                       | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅱ.家族との支え合い |                                                             |             |                                                                                                                 |          |                                                                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 37         | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援                                      | a           | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。                                                            | △        | 体調や状態の変化があれば、家族に連絡し、受診やその他の協力をお願いしている。ただし、コロナ禍の影響で、面会の制限があり家族との関係は疎遠になっている面はある。 |          |          |          | 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>家族に向けて、事業所便りを年4回発行していたが、4月から便りを年1回にして、その他、個別の手紙を毎月送付することに変更した。事業所便りは、6月に発行して、すべての職員を写真入りで紹介した。<br><br>個別の手紙は管理者が作成しており、介護計画の支援内容を踏まえた暮らしぶりについての文章と写真を載せている。<br>家族から本人への贈り物があれば、お礼の電話をして本人とも話せるよう支援している。 |
|            |                                                             | 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)                                    | ×        | コロナ禍の影響で、面会の制限があり気軽に訪れることはできない。                                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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)                                                               | ×        | できていない。                                                                         | ○        |          | 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)     | ◎        | 今年度より、一律のお便りの発行回数を減らして、個別の写真の報告を毎月行うようにした。                                      | ○        |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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。                                                    | ○        | その都度対応している。また、家族の要望がない場合でも、連絡する度に状況を報告し、家族の思いを把握するように努めている。                     |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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)                 | ○        | 家族に伝わるよう努めている。                                                                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | g           | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)                                               | ○        | お便りを通じてお知らせをしたり、その都度連絡を行っている。                                                   | ○        |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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)                                                                 | ×        | 行われていない。                                                                        |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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。                                                       | ◎        | 入居時にリスク説明を行っている。また新たなリスクが生じた場合には、家族に連絡し相談している。                                  |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | j           | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。                                             | ○        | 連絡をする度に状況を報告し、家族の思いを把握するように努めている。                                               |          |          | ○        |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 38         | 契約に関する説明と納得                                                 | a           | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。                                                                        | ◎        | 契約時に説明を行っている。改正時には必要に応じ、随時説明を行い、同意を得ている。                                        |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | b           | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                    | ◎        | 状態報告を行い、契約内容に基づき説明をして、理解して頂いている。退去先につながる支援も行っている。                               |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | c           | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                              | ◎        | 説明し、同意を得ている。                                                                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ.地域との支え合い |                                                             |             |                                                                                                                 |          |                                                                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 39         | 地域とのつきあいやネットワークづくり<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。                                                             | ○        | 概ね理解して頂いている。                                                                    |          | ◎        |          | 近所の人の畑の栗を拾わせてもらい、栗ごはんやおやつにした。<br>さらに、地域との交流が少ない状況にあっても、地域とのつながりを持てるような工夫はできないだろうか。事業所から発信できることはないか話し合ってみてはどうか。                                                                                                                             |
|            |                                                             | b           | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)      | ○        | 地域活動や行事参加は積極的に行うようにしている。散歩時も挨拶をするようにしている。保育園児との交流も毎月行っている。⇒今年度に入りコロナ禍でできていない。   |          | ○        | △        |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | c           | 利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。                                                                                  | ×        | できていない。                                                                         |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | d           | 地域の人が気軽に立ち寄ったり遊びに来たりしている。                                                                                       | △        | 運営推進会議や行事等のときは来てはいただいているが、まだまだ行き来する関係性にはなれていない。                                 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | 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。                                                                 | △        | 声かけや挨拶はするが、気軽に立ち寄る関係性はできていない。                                                   |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | f           | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | ○        | 保育園の行事では、夕涼み会のチケットを頂いたり、席の用意を支援して頂いている。地域行事参加時には、協力をして頂いている。⇒今年度に入りコロナ禍でできていない。 |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | g           | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                                           | △        | コロナ禍でできていない。                                                                    |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |
|            |                                                             | h           | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | △        | 以前は防災訓練に協力していただくこともあったが、コロナ禍でできていない。                                            |          |          |          |                                                                                                                                                                                                                                            |

| 項目<br>No.           | 評価項目                                                                                                                                                                                    | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                         | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                         | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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。                                                                              | ○        | 市役所、区長、民生委員、公民館長、近隣住民に参加して頂いている。御家族も声かけしており、時々参加して頂いている。          | ○        |          | ○        | 会議を書面開催で行っている。                                                  |
|                     |                                                                                                                                                                                         | b           | 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                  | ○        | 会議では入居者状況、活動の報告、リスク、事故の報告と取り組みを伝えも意見交換をしている。 外部評価についても報告している。     |          |          | ○        | 利用者情報、主な活動、事故、苦情、要望の報告を行っている。外部評価実施後は報告を行った。                    |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                             | △        | 会議時の意見、提案等を聞いているが、取り組みやサービス向上に活かしかせていない。                          |          | ◎        | ×        | 報告を行い、意見はないか聞いているようだが、意見や提案などではなく、取り組みに活かしたり結果を報告したりしたような事例はない。 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                       | ○        | 年間のスケジュールを立てて、意見を聞いている。                                           |          | ◎        |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | e           | 運営推進会議の議事録を公表している。                                                                                          | ◎        | ファイルして玄関に置いている。どなたでも閲覧可能になっている。市役所にも提出している。                       |          |          |          |                                                                 |
| IV.より良い支援を行うための運営体制 |                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                                             |          |                                                                   |          |          |          |                                                                 |
| 41                  | 理念の共有と実践                                                                                                                                                                                | a           | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○        | 職員が共通認識を持ち、日々の取り組みが理念に基づいたものになるよう取り組みしている。                        |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                                             | ○        | 理念を共有スペースに掲示し、周知している。                                             | ○        | ○        |          |                                                                 |
| 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。                                                   | ◎        | 外部の研修は、人員体制の問題やコロナ禍の影響で参加できていない。法人グループ内での研修に積極的に参加した。             |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                           | ○        | 法人単位でもOJTの制度があり、それに基づきスキルアップできるよう取り組みしている。                        |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                              | ◎        | 法人の人事制度があり、働きがいを感じられる制度となっている。                                    |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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) | ○        | 全国老施協の催しや西予市の勉強会などに参加しているが、今年度はコロナ禍の影響で開催自体がない。                   |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                                   | ◎        | 健診時にストレスチェックがあり、昨年度は職員全員がカウンセリングを受けた。また、職場で相談しやすい環境づくりに努めている。     | ◎        | ○        | ○        |                                                                 |
| 43                  | 虐待防止の徹底                                                                                                                                                                                 | a           | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。                                            | ○        | 研修等の参加も行い、周知している。概ね理解できている。                                       |          |          |          | 毎月行う職員会ケース会時に身体拘束や虐待について話し合い、理解に取り組んでいる。                        |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                              | ○        | 日々の取り組みについて話し合ったり、ケース会等にて統一すべきことを決めている。                           |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                    | ◎        | 職員及び利用者の様子観察を行い、虐待や不適切なケアが行われないよう気をつけている。発見した場合の対応方法についても理解できている。 |          |          | ○        |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | d           | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。                                                        | ○        | 職員間での情報交換をおこなったり、相談している。                                          |          |          |          |                                                                 |
| 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。                                          | ○        | 概ね理解できている。                                                        |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                                      | ○        | 研修会、ケース会で点検し話し合っている。                                              |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | c           | 家族等から拘束や施設等の要望があっても、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。                       | ○        | 入居時及びその都度説明しており、理解して頂いている。                                        |          |          |          |                                                                 |
| 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。                                                   | △        | 管理者が研修受講しているが、制度の違いや利点をふくめての理解は、十分にできていない。                        |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                          | ×        | 行っていない。                                                           |          |          |          |                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                                                         | 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。                                     | ×        | 現在事例はないが、必要があれば連携を行う。                                             |          |          |          |                                                                 |

| 項目<br>No. | 評価項目                  | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                   | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                    | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                                                |
|-----------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46        | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a           | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                               | ○        | マニュアル作成し、周知している。                                             |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | b           | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。                                                | ◎        | 全職員対象に、年1回救命救急講習を受講するようにしている。                                |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | 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。                   | ◎        | ケース会議時、ヒヤリハット報告書、インシデント報告書、事故報告書での改善点の実行確認と有効確認を行なっている。      |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | 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。                                         | ◎        | 日々の申し送り時やケース会にて、職員間の周知ができています。センサー使用し、居室内での転倒等の危険防止に取り組んでいる。 |          |          |          |                                                                                           |
| 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を作成し、適宜相談、検討している。                                   |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | b           | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。              | ○        | 現在、苦情等はないが、必要時には対応する。                                        |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | 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、サーゴ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。               | ○        | 苦情にならないように、日ごろから前向きな話し合いと関係作りを行っている。                         |          |          |          |                                                                                           |
| 48        | 運営に関する意見の反映           | a           | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                             | ○        | 介護相談員の訪問、法人の幹部職員の訪問などがある。職員が日々の生活の中で寄り添い、話を聞いている。            |          |          | ○        | 利用者の言葉や表情から汲み取ることに努めている。                                                                  |
|           |                       | 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)                         | ○        | 玄関先にご意見箱を設置し、面会時にも意見や要望を伺っている。                               | ○        |          | ○        | 電話で様子を報告した折りには、意見や要望はないが聞いている。                                                            |
|           |                       | 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。                                       | ○        | 苦情相談窓口を明確化し、玄関先に掲示している。契約書には明記してあるが、必要があれば公的な窓口の情報提供を行う。     |          |          |          | 日々の中や職員会ケース会時に聞いている。職員からの意見など気になる時には、管理者が「本人本位なのか職員本位なのか」と確認しながら話し合っている。                  |
|           |                       | d           | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                                         | ◎        | 代表者ではないが、幹部職員が定期的に現場に足を運び、利用者の声や職員の声を直接聞いている。                |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | 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。                          | ◎        | 日々の業務時やケース会等にて検討している。                                        |          |          | ◎        |                                                                                           |
| 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。                                    | ○        | 取り組みしている。                                                    |          |          |          | 外部評価実施後の運営推進会議時に報告を行った。モニターをしてもう取り組みは行っていない。                                              |
|           |                       | b           | 評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。                                       | △        | 評価結果を周知しているが、職員異動により現職員への周知はできていない。                          |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | c           | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。                         | ○        | 取り組みしている。                                                    |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | d           | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                   | ○        | 運営推進会議時に評価結果と今後の取り組みについての報告をおこなっている。今後の取り組みのモニターはできていない。     | ○        | ○        | △        |                                                                                           |
|           |                       | e           | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。                                              | ○        | 確認できている。                                                     |          |          |          |                                                                                           |
| 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)                             | ○        | マニュアル作成し、玄関先にいつでもみられるようにしている。                                |          |          |          | 昨年11月と今年3月に事業所内で火災想定避難訓練を行ったが、合同訓練や話し合う機会などは持っていない。さらに、地域とつながりを持って具体的な協力支援体制の確保に取り組んでほしい。 |
|           |                       | 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。                          | ○        | 火災避難訓練では年2回実施し、うち1回は消防署立会いの下行っている。                           |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | d           | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。                                           | ○        | 定期的に行っている。                                                   |          |          |          |                                                                                           |
|           |                       | 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。                         | ○        | 運営推進会議を利用して合同訓練や話し合う機会をつくっている。                               | △        | ○        | △        |                                                                                           |
|           |                       | 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) | ○        | 自治体主催の共同訓練に参加している。                                           |          |          |          |                                                                                           |

| 項目<br>No. | 評価項目          | 小<br>項<br>目 | 内 容                                                                                                       | 自己<br>評価 | 判断した理由・根拠                                                                        | 家族<br>評価 | 地域<br>評価 | 外部<br>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) | ◎        | 法人の職員として、積極的に行っている。令和元年10月18日、中川公民館にて「認知症についての勉強会」に協力した。令和2年の「介護の入門的研修」に講師として参加。 |          |          |          | 特に取り組んでいない。                                                              |
|           |               | 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。                                                                           | ○        | 入所申込等で相談を受けた方には行っている。                                                            |          | △        | ×        |                                                                          |
|           |               | c           | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)                                          | ×        | 施設が狭く、できていない。                                                                    |          |          |          |                                                                          |
|           |               | d           | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。                                                             | ○        | 令和2年の「介護の入門的研修」に講師として参加。実習受け入れは、コロナ禍でできていない。                                     |          |          |          |                                                                          |
|           |               | e           | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | ◎        | 令和元年10月18日、中川公民館にて「認知症についての勉強会」に協力した。                                            |          |          | ◎        | 市内のグループホームで新型コロナウイルス感染クラスターが発生した際には、西予市内福祉法人災害時相互応援協定に基づき職員派遣(管理者が協力)した。 |