

事業所の概要表

(令和 2年 1月 22日現在)

|                |   |     |           |   |        |     |
|----------------|---|-----|-----------|---|--------|-----|
| 事業所名           | グループホームよろこび大久   |     |           |  |        |     |
| 法人名            | 日本ケアシステム株式会社  |     |           |   |        |     |
| 所在地            | 愛媛県西宇和郡伊方町大久1391-1  |     |           |   |        |     |
| 電話番号           | 0894-20-5828  |     |           |   |        |     |
| FAX番号          | 同上  |     |           |   |        |     |
| HPアドレス         | http://   |     |           |   |        |     |
| 開設年月日          | 平成 30 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 ( 1 ) 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      | 3 名   | 要介護2   | 5 名 |
|                | 要介護3  | 0 名 | 要介護4      | 1 名   | 要介護5   | 0 名 |
| 職員の勤続年数        | 1年未満  | 7 人 | 1~3年未満    | 0 人   | 3~5年未満 | 0 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 2 人 |   |        |     |
|                | その他 ( ヘルパー3名 )  |     |           |   |        |     |
| 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        | 伊方町国民健康保険瀬戸診療所  |     |           |   |        |     |
| 看取りの体制 (開設時から) | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 看取り人数: 人 )   |     |           |   |        |     |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|         |  |                                 |
|---------|--|---------------------------------|
| 家賃(月額)  | 10,000 円   |                                 |
| 敷金の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円   |                                 |
| 保証金の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                   |                                 |
| 食材料費    | 1日当たり  | 1,050 円 ( 朝食: 350 円 昼食: 350 円 ) |
|         | おやつ:   | 50 円 ( 夕食: 350 円 )              |
| 食事の提供方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                 |
| その他の費用  | ・ 水道光熱費  | 12,000 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: 8 回) ※過去1年間 |   |
| 過去1年間の運営推進会議の状況  | 開催回数  | 4 回 ※過去1年間  |
|  | 参加メンバー ※□にチェック  | <input checked="" type="checkbox"/> 市町担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 評価機関関係者   |
|  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者 <input type="checkbox"/> 近隣の住民        |
|  |   | <input checked="" 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 ( 小学校校長・保育所長 ) |   |   |

# 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 評価の公表で取り組み内容をPR!!!

ーサービス向上への3ステップー

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS            |
| 所在地   | 愛媛県松山市千舟町6丁目1番地3 チフネビル501 |
| 訪問調査日 | 令和2年2月4日                  |

#### 【アンケート協力数】※評価機関記入

|         |       |   |       |   |
|---------|-------|---|-------|---|
| 家族アンケート | (回答数) | 5 | (依頼数) | 9 |
| 地域アンケート | (回答数) | 6 |       |   |

※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    | 3893700033    |
| 事業所名     | グループホームよろこび大久 |
| (ユニット名)  | 1ユニット         |
| 記入者(管理者) |               |
| 氏名       | 中村 千寿         |
| 自己評価作成日  | 令和2年1月22日     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>【事業所理念】※事業所記入</b><br/>恵まれた自然環境の中で開放的な地域との交流を大切にしてい、利用者様と職員がお互いに助け合い「ありがとう」と言える関係を築き、優しさよこびのある生活を提供していきます</p> | <p><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/>前回より改善した点はケアプラン実施記録が日々の記録の中に記載するようになったり、ケアプラン評価表を職員全員が順次変わり受け持ち記録する事で意識が高まり意見もよく出るようになった。職員の研修出席は町の研修を利用して参加するようになった。まだまだ一つずつ直していく途中だが進歩していきたい。</p> | <p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b><br/>日中の過ごし方について、「職員が制限しないように」と申し合わせて、見守りなどを行っている。昼食後、利用者は居室で過ごし、居間の掃き出し窓から外に出て、玄関前で過ごしたりしていた。誕生日は当日に職員がケーキを手作りして皆でお祝いしている。<br/>午前中、職員と一緒に玄関前でひなたぼっこをしていた。畑で野菜を育てており、草引きなど世話をしている。その様子は、「大久通信簿」に載せている。<br/>利用者に食べたいものを聞いて、丸ずしやさつま汁を献立に採り入れている。地域の人から野菜や魚の差し入れがあり、献立に採り入れている。</p> |
|--|--|--|

評価結果表

【実施状況の評価】

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

| 項目No.                   | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                 | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| <b>I. その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| <b>(1) ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 1                       | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | ○    | 日常の暮らしの中で本人の希望、意向を汲み取るように努めている。           | ○    |      | ○    | 入居時に、利用者本人や家族から思いや暮らし方の希望を聞き取り、基本情報の本人・家族の要望欄に記入している。<br>入居後、日々の関わりで得た思いや希望についての情報は、施設サービス計画書に記入している。                     |
|                         |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | ○    | 不穏状態の時は無理せず様子観察安心感のある声掛けに努めている            |      |      |      |   |
|                         |  | 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。                                      | ○    | 家族の面会や知人、地域の方の交流などがあり話を聞くよう努めている。         |      |      |      |   |
|                         |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 日々のケア記録、評価表、職員会議録に記録として残して共有している。         |      |      |      |   |
|                         |  | 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。   | ○    | 評価表を職員が毎日書き込むようになり、改善してきている。              |      |      |      |   |
| 2                       | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ○    | 入居時面談の聞き込みや入所後の面談時に聞くようにしている。             |      |      | ○    | 入居時に、利用者本人や家族から聞き取り、生活歴、趣味、嗜好、職業などの情報をフェイスシートに記入している。<br>その後、得た情報は、口頭でのやり取りにとどまっている。                                      |
|                         |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | ケアプランに出来そうな事を取り組むようにして、記録も取るようにしている。      |      |      |      |   |
|                         |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | ○    | 失敗しつつ改善に向けて努力している。                        |      |      |      |   |
|                         |  | 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)                                   | ○    | 努力しつつ改善傾向にある。                             |      |      |      |   |
|                         |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | 一人一人については大枠としてできていると思う。                   |      |      |      |   |
| 3                       | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 毎月担当を変え評価表に書き込んでもらっている。職員会議で共有している。       |      |      | △    | 月1回の職員会議(カンファレンスを含む)時に、職員が日々の関わりの中で得た情報を持ち寄り話し合っている。<br>さらに、チームでアセスメントを行う取り組みに工夫してほしい。                                    |
|                         |  | 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。   | ○    | ケアプラン作成時に担当者会議で話し合うようにしている。               |      |      |      |   |
|                         |  | 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。   | ○    | ケアプランに取り込むようにしている。                        |      |      |      |   |
| 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。   | ○    | ケアプランに取り込み実施、記録を残すようにしている。                |      |      | ○    | 利用者本人、家族から意見や希望を聞いておき、それをもとに職員で話し合い計画を作成している。<br>知人との交流継続の希望がある利用者には、介護計画に採り入れ支援している。<br>利用者の状態によっては、主治医などの意見を反映して作成している。 |
|                         |  | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。               | ○    | ケアプラン作成時に家族様に希望を聞いたり、担当者会議で職員の意見を取り入れている。 | ○    |      | ○    |   |
|                         |  | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。  | ○    | 重度は介護4の方でも自由に動いてもらっている。                   |      |      |      |   |
|                         |  | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。   | ○    | 家族様の面会や今まで通りの地域とのつながりをケアプランに取り入れている。      |      |      |      |   |
| 5                       | 介護計画に基づいた日々の支援                                   | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。  | ○    | 毎日のケア記録で実施記録を残すようになった。                    |      |      | ○    | 介護計画更新時には、管理者(計画作成担当者)が職員に口頭で内容を説明している。ケア記録の冒頭に介護計画の内容を転記して共有している。  |
|                         |  | 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。                           | ○    | 毎日のケア記録に実施記録を残し毎月評価表にも記録を残している。           |      |      | △    | 介護計画の支援内容に番号を振り、ケア記録の実施欄に番号と支援したことを記入しているが、その結果どうだったかについての記録はほぼない。  |
|                         |  | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。                        | ○    | 日々のケア記録に以前より書き込み量が増えた。                    |      |      | △    | 言葉や支援した内容を記入しているが、介護計画に基づいたという点からは、記録量は少ない。   |
|                         |  | d   | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。  | ○    | 毎月表に記入してもらっている。                           |      |      | △    | 評価表(月1回のモニタリング)に記入するようになっていたが、記入量は少ない。  |

| 項目No.            | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------|-------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 6                | 現状に即した介護計画の見直し          | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。   | ○    | 半年を期間として設定更新時も変更を行っている。                                     |      |      | ◎    | 管理者が一覧表を作成して期間を管理しており、6ヶ月毎に見直しを行っている。   |
|                  |                         | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。   | ○    | 日々のケア記録に記録が少なかった場合、月に1度職員会議で意見を聞き、確認を行っている。                 |      |      | ○    | 月1回の職員会議(カンファレンスを含む)時に、介護計画の内容に関わらず、利用者全員について話し合っている。   |
|                  |                         | 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。  | ○    | 変化が生じたら計画の見直しを行っている。  |      |      | ○    | 退院時や食事が減ったなどの状態変化時に、計画を見直した事例がある。   |
| 7                | チームケアのための会議             | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。   | ○    | ケアプランの変更時は担当者会議を実施し、話し合っている。                                |      |      | ◎    | 月1回、職員会議(カンファレンスを含む)を行い、議事録を作成している。緊急案件がある場合は、その日の勤務職員で話し合っている。調査訪問時、食事形態や物品購入について、数人の職員で話し合いを行っていた。                                |
|                  |                         | 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。  | △    | 職員間でお互いに忌憚なく意見交換している。ができない時もある                              |      |      |      |   |
|                  |                         | 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な開催日時や場所等、工夫している。  | △    | 運営推進会議や行事など職員の多い日に実施するなどの工夫を行っている。ただ、できない時もある。              |      |      |      |   |
|                  |                         | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。  | △    | 会議議事録は全員確認を行い、押印するようにしている。が本当に伝わっているか判断できない部分がある            |      |      | ○    | 議事録には参加者名、不参加者名欄をつくり、確認したら捺印するしくみをつくっている。印がそろったかどうかは、管理者が確認している。  |
| 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。  | ○    | 毎日主な事は業務日誌に記録、出勤時に確認印を押印するようにしている。                          |      |      | ◎    | 家族からの伝言や、往診結果、業務連絡などは、業務日誌に記入して共有している。確認した職員は捺印するしくみをつくっている。  |
|                  |                         | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)   | ○    | 業務記録に記録し、出勤者は確認の後押印するようにしている。                               | ○    |      |      |   |
| <b>(2) 日々の支援</b> |                         |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 9                | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。   | ○    | 申し送りに大事な事は伝達している。利用者の声や行動を見て、叶えるように努力している。                  |      |      |      |   |
|                  |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ○    | 最近は皆落ち着いてきており、危険な行動がない限り聞いている。                              |      |      | ◎    | カルタやトランプ、パズルなどをテーブルに出しておき、利用者が自分で選んで遊べるようにしている。昼食時、職員は、みかんを大きいボールにたくさん入れて、利用者一人ひとりに見せながら選んでもらっていた。利用者は、その中から好きな大きさのものを欲しい数選んで取っていた。 |
|                  |                         | c   | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 最近は皆落ち着いてきている。利用者の声を聴きながら進める努力をしている。                        |      |      |      |   |
|                  |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | ○    | 施設職員の都合に無理に合わせることなく、利用者同士の和が許せる限り本人のペースを尊重している。             |      |      |      |   |
|                  |                         | e   | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。  | ○    | 新しい職員も含め利用者の声を聴くように努力している。                                  |      |      | ◎    | 日中の過ごし方について、「職員が制限しないように」と申し合わせて、見守りなどを行っている。昼食後、利用者は居室で過ごしたり、居間から直接テラスに出て、玄関前で過ごしたりしていた。誕生日は当日に職員がケーキを手作りして皆でお祝いしている。              |
|                  |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるように支援している。  | △    | 深くキャッチできていない時もあり、失敗しながらより深く汲み取れるよう努力している。                   |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 人権、尊厳は尊重しているが、常に意識というところは今一歩足りない気がする。                       | ○    | ○    | ○    | 高齢者虐待防止についての内部研修で人権や尊厳について学んでいる。居間の壁面に倫理綱領を掲示しており、専務代行が時々、朝礼で内容について伝えているようだ。  |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。  | △    | 意識を周知しているが、できていない時もある。                                      |      |      | △    | トイレ誘導の際に利用者の耳元で声かけをしていた。往診時、利用者は居間で診てもらっていたが、他利用者や外部からの視線などへの配慮の必要を感じた。   |
|                  |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮ながら介助を行っている。   | ○    | 女性の入浴介助は、極力女性が行う等の配慮をしている。                                  |      |      |      |   |
|                  |                         | 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。   | ○    | 配慮すべきところはしている。特に居室に急に入られるのが嫌な利用者には気を使っている。                  |      |      | ○    | 職員は、利用者の名前を呼びながら入室していた。   |
|                  |                         | 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。   | ○    | 個人情報漏えいはしてはいけないと職員に周知徹底している。                                |      |      |      |   |
| 11               | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを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。  | ○    | 利用者から教えるを乞う事を大事にし、それについては喜んで感謝の意を伝えている。                     |      |      |      |   |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。   | ○    | 最近は職員がすぐに口を挟まず、利用者同士のやりとりを観察できるようになった。                      |      |      |      |   |
|                  |                         | 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)。 | ○    | 職員は把握している。上手くいくように助けたり、仲良くしている時は見守りにする。職員同士も助言しあい、向上に努めている。 |      |      | ○    | 利用者同士の関係性などを踏まえて席順を決めている。利用者からの希望があり、席替えをすることもあった。午前中、居間で歌を歌う利用者がいた。職員は他利用者や「〇〇さん上手やね」などと言って話していた。隣席者は、歌に合わせて合の手を入れていた。             |
|                  |                         | 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は不安や支障を生じさせないようにしている。   | ○    | 現在、皆落ち着いている。職員も声掛けには注意している。                                 |      |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 12    | 馴染みの人や場との関係継続の支援  | a   | これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。   | ○    | 現在面会や交流のある人以外にも支え合った人達はいると思うが、深く立ち入れていない。            |      |      |      | /   |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ○    | 入所面談時に大体は把握している。                                     |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | ○    | これまでと同じように知人との交流をケアプランに取り入れている。                      |      |      |      |   |
|       |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    | 以前から面会は気楽に来ていただいている。                                 |      |      |      |   |
| 13    | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)<br>(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | ○    | 11月中旬ごろまでは一日1回は外気浴をしている。(ただし寒い時期は風邪を引かないように時間調整している) | ◎    | △    | ◎    | 計画を立てて、花見、地元小学校の運動会、初詣、ドライブなどに出かけられるように支援している。調査訪問日の午前中、職員と一緒に玄関前でひなたぼっこをしていた。  |
|       |                   | 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。  | △    | 一度も利用したことがない。  |      |      |      | 畑で野菜を育てており、草引きなど世話をしている。その様子は、「大久通信簿」に載せている。  |
|       |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ちよく過ごせるよう取り組んでいる。   | ○    | 11月中旬までは毎日行っていたが、寒くなり調整している。                         |      |      | ○    | 調査訪問日の午前中、車いすの利用者も他利用者と一緒に玄関前でひなたぼっこをしていた。  |
|       |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | △    | 家族や地域の方の提案があれば協力するが、施設からの呼びかけはできていない。                |      |      |      |   |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | △    | 職員の教育機会が十分ではなく、不十分。                                  |      |      |      | 昼食前の口腔体操時は、「ばんだのたからもの」と大きく書いた紙を見せながら、一人ひとりに「○○さん読んでみてください」と声をかけるなどして、全員が行えるようにしていた。<br>昼食前、利用者に布巾を手渡し、台拭きをお願いしていた。<br>車いすの利用者が、自走したり、操作したりする様子を職員は少し離れたところから見守っていた。 |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                    | ○    | ケアプランに筋力の低下を取り上げて、歩行練習を即すようにしたり体操を行っている。             |      |      |      |   |
|       |                   | 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)   | ○    | 最近はずいぶん手を出さず、声掛け誘導を心掛けている。                           | ○    |      | ◎    |   |
| 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。   | ○    | ケアプランに取り上げる等の取り組みと、発見する努力をしている。                      |      |      |      | 職員と一緒に、台車を押して、ごみ捨てに行くことが役割の利用者がいる。<br>洗濯物をたたむ利用者は、他利用者のものも一緒にたたんでくれている。   |
|       |                   | b   | 認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、日常的に、一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。  | ○    | お手伝い、役に立つ喜び、好む行動を気をつけて行っている。                         | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                   | 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。  | ○    | 地域の中で行事は見物のみになっている。小学校の運動会は参加。                       |      |      |      |   |
| 16    | 身だしなみやおしゃれの支援     | a   | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つと捉え、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。  | ○    | 利用者は好みの帽子や服を着ることが多い。                                 |      |      |      | 屋食時には、食べこぼしを自分で拾う利用者の様子を見守り、難しそうにする場面でサポートしていた。<br><br>以前からの習慣でタオルを首に掛けたり、巻いたりして過ごす人が複数いる。清潔なタオルを使用できるように職員が毎日、洗濯している。  |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。  | ○    | 家族と本人が決めている。   |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 職員は上手に声をかけている。                                       |      |      |      |   |
|       |                   | 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。   | ○    | 本人が気に入った服を着ている。                                      |      |      |      |   |
|       |                   | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)  | △    | さりげなくの所が、今一步出来ていないと思うが努力している。                        | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                   | f   | 整容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ○    | ご家族本人が決めたところがあれば行ってもらうが、今の所全員出張整容を利用している。            |      |      |      |   |
|       |                   | 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。  | ○    | 朝、皆さん洗面所で行っている。ご自分でされている。                            |      |      | ○    |   |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項目 | 内<br>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。  | △        | 大まかには解るが理解しきれていない部分もある                                     |          |          |          | <p>職員が献立を作り、買い物も行っている。米と肉は、地元商店に配達してもらっている。昼食後、利用者が下膳やお盆拭きを行っていた。時々、もやしの根取りなど下ごしらえをすることもあるようだ。</p> <p>利用者に食べたいものを聞いて、丸ずしやさつま汁を献立に採り入れている。地域の人から野菜や魚の差し入れがあり、献立に採り入れている。</p> <p>カップは個々の物を使用しているが、その他は、みな同じものを使用している。</p> <p>ひとりの職員が利用者と同じものを一緒に食べながら、見守りをしたりサポートをしたりしていた。他の職員は、別テーブルで同じものを食べていた。</p> <p>昼食前には、体操や口腔体操を行うよう支援している。居間と台所が一体となっており、食事をつくる様子がみえ、匂いがしていた。</p> <p>食事に関して定期的に話し合う機会は持っていないが、食事の形態や調理方法などについて、その都度、話し合っている。</p> |
|           |                | b       | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにしている。   | △        | 少しずつだかもやしの根っこ取りやテーブル拭き、お盆拭きは毎日手伝ってくれる。食べたいものを利用者に聞くとときもあり。 |          |          |          |  |
|           |                | 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。  | ○        | 出来る限り何かを手伝ってもらっている。お礼を言うとうれしそうな顔をする。                       |          |          |          |  |
|           |                | d       | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。   | ○        | 特にあれば入所面談の時に聞いている。   |          |          |          |  |
|           |                | e       | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ○        | 利用者に聞いたり旬の物は取り入れている。郷土料理や漬物も作っている。                         |          |          |          |  |
|           |                | 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て、おいしいような盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | ○        | ミキサー食はない。ご家族希望にて体重増加がないよう気をつけている。                          |          |          |          |  |
|           |                | 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。  | ○        | 特徴のない物だが、皆使いやすいようである。                                      |          |          |          |  |
|           |                | h       | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ○        | 最近是一緒に見守りながら食べている。   |          |          |          |  |
|           |                | i       | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | ○        | フロアとキッチンが続きなので調理のにおいはいつでも良い雰囲気づくりになっている。                   | ◎        |          |          |  |
|           |                | j       | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                   | ○        | 皆残さず食べている。カロリー・水分は十分に取れている。                                |          |          |          |  |
|           |                | 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。                         | ○        | 食欲がない時はパンにしたりおにぎりにしたりして対応している。                             |          |          |          |  |
|           |                | l       | 職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。                            | △        | 職員同士で引き継ぎをし、偏らないようにしている。栄養士の指導は現在の所なし。                     |          |          |          |  |
|           |                | 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。   | ○        | 調理器具の乾燥・ハイター消毒等毎年実施している。                                   |          |          |          |  |
| 18        | 口腔内の清潔保持       | a       | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。  | ○        | 口腔ケアで菌の繁殖を防ぎ、刺激トレーニングによる嚥下訓練を全員毎日行っている。                    |          |          |          | <p>口腔ケア時に目視している。異常などがあれば、歯科受診につなげている。</p> <p>毎食後、声かけや誘導を行い、口腔ケアを支援している。職員は、洗面台に歯ブラシセットや椅子を用意してから利用者を誘導して支援していた。</p>  |
|           |                | 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。  | ○        | 家族に連絡して歯科受診や往診に来てもらっている。                                   |          |          |          |  |
|           |                | 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。  | ○        | 往診時に対応している職員が学び、他の職員に伝えている。                                |          |          |          |  |
|           |                | d       | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○        | 毎回の口腔ケアで必要時には誘導介助を行っている。                                   |          |          |          |  |
|           |                | e       | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、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)                | ○        | ケアプランにも取り入れている。歯肉炎手前だった人も良くなっている。                          |          |          |          |  |
|           |                | f       | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。  | ○        | 家族に連絡して歯科受診や往診に来てもらっている。                                   |          |          |          |  |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|----------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 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、身体機能が高まることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                        | ○    | 理解している。家族や本人希望を聞き、話し合いをしている。   |      |      |      | パッドの種類などを変更する際には、利用者本人や家族の希望、意見を聞き、職員で話し合って支援を行っている。                                   |
|       |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。  | ○    | 理解している。3日出ない時は下剤を服薬して頂く。   |      |      |      |  |
|       |                | 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)   | ○    | トイレに行きたそうなそぶりをケアプランに取り上げ、把握するようにしている。  |      |      |      |  |
|       |                | 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の状態にあった支援を行っている。                            | ○    | 入院などで必要になった後も、状況・必要性に合わせて戻している。  | ◎    |      | ○    |  |
|       |                | 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。  | ○    | 原因は何かを考え、職員同士で共有している。  |      |      |      |  |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。  | ○    | 尿漏れや便汚染が増えたときに早めの声掛けをするよう職員同士で話し合いをもっている。  |      |      |      |  |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時的に選択するのではなく、どういった時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | ○    | 急変時は仕方ないが、変化したときは家族と話し合っている。   |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | 一人ひとりに合わせている。  |      |      |      |  |
|       |                | 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)  | ○    | はつらつ体操は全員参加できるよう配慮し、風船バレーボールは参加できる人のみ参加で、自然に体を動かす取り組みを行っている。                     |      |      |      |  |
| 20    | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)。  | ○    | 入浴のタイミングはご本人に伝えて合わせている。また、好みについても長風呂の方、湯船に浸かるのを拒否する方(シャワー浴で対応)等本人の希望に沿って合わせている。  | ◎    |      | ○    | 週2回入浴できるように支援している。日々の関わりの中で、「一番風呂がいい」などの好みを知り、希望に沿って支援しているケースがある。                      |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。   | ○    | 本人の好みに合わせてゆっくり湯船に浸かる人もいるしシャワー浴だけしか受け付けないひといるが合わせている                              |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ○    | シャンプーや洗顔等、出来るところは自分でやって頂いている。  |      |      |      |  |
|       |                | 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、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ○    | 今は完全な入浴拒否者は居ないが、気の乗らない人は翌日に回って頂く等配慮している。   |      |      |      |  |
|       |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。  | ○    | 退院後の状況、血圧、風邪気味等、その日の状態を確認し、その日の実施・中止の判断をしている。入浴後もポカリスエット等の水分摂取をして頂きながら状態を観察している。 |      |      |      |  |
| 21    | 安眠や休息の支援       | a   | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。   | △    | 大枠での把握はしているが、日によって違うこともあり、完全把握までは行っていない。   |      |      |      | 主治医に状況を報告して相談しながら支援している。安定剤を服用する利用者について、行動制限せず過ごしてもらうことで服薬しなくても、落ち着いて過ごせるようになったケースがある。 |
|       |                | 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。  | ○    | 眠れない利用者については昼間の過ごし方を確認している。精神疾患や帰宅願望の利用者については、落ち着けるよう、お茶出しや少量のお菓子の提供・話を聞く等している。  |      |      |      |  |
|       |                | 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。                         | ○    | 精神状態・日中の過ごし方を医師と相談し、睡眠導入剤も外してもよい方については、状態を見て外す事もある。                              |      |      | ○    |  |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。  | ○    | 本人の希望を聞きながら、本人の希望に沿うように取り組んでいる。自立歩行の方についてはソファや椅子、入室で自由に休息をとって頂いている。              |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 本人の希望があれば職員が電話をかけ、話ができるようにしている。  |      |      |      | 対角線  |
|       |                | 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。  | △    | 積極的な働きかけはしないが、希望があったり素振りがあった場合は必要な手助けをしている。                                      |      |      |      |  |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。   | ○    | 自由に電話の希望を言える環境にしている。携帯電話を禁止しておらず、お持ちの入居者もおられる。                                   |      |      |      |  |
|       |                | d   | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。  | ○    | ご家族様に必ず伝えている。  |      |      |      |  |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。  | ○    | ご家族様には特段には電話や手紙の協力はお願いはしていない。本人の希望があれば伝えている。                                     |      |      |      |  |

| 項目No.                   | 評価項目              | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------------------------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| 23                      | お金の所持や使うことの支援     | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。   | ○    | 職員は理解している。ただし、現在は現金を持たれている方はいない。(貴重品の持ち込みは原則禁止だが例外規定を明記している)           |      |      |      | /  |
|                         |                   | b   | 必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。  | △    | 作れていない。(金銭所持希望者がいない。直近に気軽に買い物出来る店がなく現実的に難しい。等の理由もあり)                   |      |      |      |  |
|                         |                   | 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。   | △    | 施設が利用しているお店は協力的だが、個人で買うことはほとんどなし。                                      |      |      |      |  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 入居時に現金預りについてご家族に説明し、希望を聞いている。  |      |      |      |  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 保管の限度、保管方法、入出金記録簿作成等重要事項説明書に明記し、入居時に説明している。                            |      |      |      |  |
|                         |                   | f   | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。  | ○    | 保管の限度、保管方法、入出金記録簿作成等重要事項説明書に明記し、入居時に説明している。                            |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 希望があれば沿う方向で職員で検討するよう話し合っている。   | ○    |      |      | ○ 外泊する利用者には、薬の準備や着替えを手伝っている。毎月、知人と出かける利用者には、知人との連絡や身支度を手伝っている。   |
| <b>(3) 生活環境づくり</b>      |                   |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 25                      | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   | a   | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。  | ○    | ミニ菜園や花壇の手入れなど、親しみやすく清潔感のある雰囲気作りをしている。                                  | ◎    | ○    | ◎    | ◎ 駐車場から緩やかな上り坂のアプローチがあり、玄関前にベンチを設置している。掃除が行き届いている。   |
| 26                      | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそくような設えになっていないか等。) | ○    | 季節の飾りや、行事の写真を飾り親しみやすくしています。  | ◎    | ○    | ◎    | ◎ 廊下に長椅子を設置している。居間から直接出られるテラスがあり、好きな時に出入りしていた。大きなガラス窓からは海の様子や保育園児の姿が見える。   |
|                         |                   | b   | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。   | ○    | 換気・清掃を毎日行っている。リビングが東向きなので朝日の時には東側遮光カーテンを閉める等の配慮をしている。                  |      |      | ◎    | ◎ 掃除が行き届き、気になる臭いは感じなかった。居間の窓からは採光があり、レースカーテンで日差しを調整していた。   |
|                         |                   | 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。   | ○    | 飾りつけや外周の花植え、菜園での手入れや収穫を一緒に行っている。                                       |      |      | ◎    | ◎ 洗面所に椿の花を活けていた。今日の日付が分かる物を置いていた。各所にカレンダーを掛けていた。午後、居間のテーブルの上に、カルタやトランプ、パズル、豆つかみなどの道具を用意していた。利用者は、豆つかみを選び、隣席の人とおしゃべりしながら一緒に取り組んでいた。 |
|                         |                   | 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。  | ○    | 利用者様の希望を組んだ席の配置にしています。その他にもソファなどを配置しくつろげる空間を作っています。                    |      |      |      |  |
|                         |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。  | ○    | トイレの中に仕切りカーテンを設置。また、使用中は戸を閉める様注意している。                                  |      |      |      |  |
| 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。   | ○    | ご家族様と相談し使い慣れたものをもってきて頂いている。  | ◎    |      | ◎    | ◎ 椅子やタンス、携帯電話、ラジオなどを持ち込んでいる。ベッド横のテーブルに、ハンドクリームや手鏡などを置いていた。テーブルで日記を書いたり、地域の広報誌を読んでいる人がいた。   |
| 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。  | ○    | 廊下奥にソファを置き、歩行運動で歩かれる方の休憩所を設けている。入居者動線に死角が少なく、自立行動がさりげなく見守れるレイアウトにしている。 |      |      | ○    | ◎ 男女のトイレのマークを高い位置に付けている。廊下にフットライトを付けている。   |
|                         |                   | b   | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。   | ○    | 居室・持ち物などには名前を入れ間違えを減らす配慮をすると同時に、間違えても「ご迷惑です」「ドンマイ」的な雰囲気づくりをしている。       |      |      |      |  |
|                         |                   | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)                                       | ○    | 趣味の物は居室に置いていただいている。ポット・急須・雑誌などはリビングにて利用できるようにしている。                     |      |      |      |  |
| 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)          | ○    | 理解している。日中玄関は開放し、利用者も当然出入り出来るが、足元センサーチャイムを設置し、鳴った時の目視確認を職員全員が意識している。    | ◎    | ○    | ◎    | ◎ 職員は、内部研修で身体拘束について学んでいる。日中、玄関は施錠していない。玄関にはセンサーを付け、開閉時に鳴るようにしている。  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 現在施錠を望まれる方はいない。安全面からの施錠については話し合いは無い。                                   |      |      |      |  |
|                         |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ○    | 日中玄関は開放し、利用者も当然出入り出来るが、足元センサーチャイムを設置し、鳴った時の目視確認を職員全員が意識している。           |      |      |      |  |
| <b>(4) 健康を維持するための支援</b> |                   |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 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。   | ○    | ケアマネより伝達を行っている。ファイルにて医療情報を共有している。                                      |      |      |      | /  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 毎日のケア記録に記載している。  |      |      |      |  |
|                         |                   | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。   | ○    | 往診時に相談し指示など頂いている。その他気になることがあれば電話し受診などの対応をとっている。                        |      |      |      |  |



| 項目No. | 評価項目             | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                      |
|-------|------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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・家族と相談して決めている。  | ◎    |      |      |   |
|       |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 本人・家族と相談して決めている。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                               | △    | 本人・家族と相談して決めているが、後に近い病院の方がよかったという意見が出た。   |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 入院時は介護情報を提供している。  |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | 入院の際は定期的に病院へ様子を見に行き、病院側と情報交換を行っている。   |      |      |      |   |
|       |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ○    | 月に1度の往診時や調剤受け取り時に状態を報告している。   |      |      |      |   |
| 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。 | ○    | 往診時に協力医療機関に報告、相談している。   |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ○    | 協力医療機関が24時間報告相談の体制をとっている。   |      |      |      |   |
|       |                  | c   | 利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。                                     | ○    | 申し送り時等、職員間の情報共有をしっかりと行い、早期発見・早期治療に努めている。  |      |      |      |   |
| 34    | 服薬支援             | a   | 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。   | △    | 薬情を見えるところにおき、常にチェックできるようにしているが、全員が理解している所までは行っていない。                                   |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 服薬チェック表でダブルチェックを行っている。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                       | ○    | 便秘薬の服薬者が下痢になっていないか、安定剤の服薬者が過度に落ちていないかなどの状況を観察し、協力医療機関に相談報告している。                       |      |      |      |   |
|       |                  | 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。  | △    | ケア記録に従って家族に状態・経過・変化を報告しているが、十分と言えるかどうかの自信は無い。   |      |      |      |   |
| 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。                           | ×    | 看取りは行っていないことを入所時に説明している。  |      |      |      | 事業所では看取り支援は行っていない。入居時、家族には「看取り支援は難しい」ことを説明している。 |
|       |                  | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                    | ×    | 看取りは行っていないことを入所時に説明している。  | ○    |      | ×    |   |
|       |                  | 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。  | △    | 看取りは行っていないことを入所時に説明している。  |      |      |      |   |
|       |                  | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。   | ○    | 看取りは行っていないことを入所時に説明した上で重度化した場合のできる事できない事を伝えている。                                       |      |      |      |   |
|       |                  | 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。    | ○    | 看取りは行っていないことを入所時に説明している。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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)   | ○    | これから徐々に機能低下していく事への心構えと、それでも、家族の支えと施設の利用によって、その人らしく穏やかに生きられる事の説明し、ご家族の心理にも寄り添おうと努めている。 |      |      |      |   |
| 36    | 感染症予防と対応         | a   | 職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。                            | ○    | 感染症委員会を設置し、勉強会を定期的実施して、対応策等について職員の理解を深めている。   |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                        | ○    | 感染症委員会にて手順等の説明をしている。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                             | ○    | メディアを使った情報収集は行っていないが、他施設やケアマネ研修時に情報を得、感染症委員会で共有している。                                  |      |      |      |   |
|       |                  | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。   | △    | 運営推進会議出席や開催時に収集を行い伊方町からの連絡もあり予防に努めている   |      |      |      |   |
|       |                  | e   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。  | ○    | 手洗いは介助の都度するように努めている   |      |      |      |   |

| 項目No.                | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠                           | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|----------------------|---|-----|---|------|-------------------------------------|------|------|------|---|
| <b>II. 家族との支え合い</b>  |   |     |   |      |                                     |      |      |      |   |
| 37                   | 本人とともに支え合う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。  | ○    | ケアプランでも家族の精神的援助をお願いしている             |      |      |      | 行事は、文書で案内しており、敬老会には、2組の家族が参加している。<br><br>毎月、「大久通信簿」を作成して、行事や日常の様子について写真を載せて報告している。また、月1回、個別に暮らしぶりについての手紙に写真を添えて送付している。<br><br>行事や新入職員については、「大久通信簿」に載せている。職員の退職については、運営推進会議時に報告している。設備改修や、機器の導入については報告していない。<br><br>家族来訪時には、利用者の様子を報告して、意見や希望を聞いている。 |
|                      |   | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                    | ○    | 家族の面会時には協力をするようにしている                |      |      |      |   |
|                      |   | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ○    | 行事の案内状を出し敬老会には参加されていた               | ○    |      |      |   |
|                      |   | 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)     | △    | キーパーソンからのみの報告となっている                 | ○    |      |      |   |
|                      |   | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | △    | 家族が知りたいことがあれば答えている                  |      |      |      |   |
|                      |   | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)                 | ○    | 面会時には家族から要望や気持ちを聞くようにはしている          |      |      |      |   |
|                      |   | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | △    | 運営推進会議出席時や開催時報告する                   | ○    |      |      |   |
|                      |   | 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)   | △    | 行事集積の働きは行っているが家族会や旅行は無い             |      |      |      |   |
|                      |   | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 自由行動なので転倒リスクは早めに家族に伝えるようにしている       |      |      |      |   |
|                      |   | 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。   | △    | 来訪時に適切に聞き取りはできていない                  |      |      |      |   |
| 38                   | 契約に関する説明と納得   | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約の内容に沿って行っている                      |      |      |      |   |
|                      |   | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                    | △    | 退居さきの連携支援は実際に行われたケースは近く隣の施設への連携も薄い  |      |      |      |   |
|                      |   | 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)                              | ○    | 出来ている                               |      |      |      |   |
| <b>III. 地域との支え合い</b> |   |     |   |      |                                     |      |      |      |   |
| 39                   | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域:事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。   | ○    | 地域の方は設立は必要という声が多い                   |      | ○    |      | 利用者が、保育園や小学校の行事に参加したり、秋祭り、しゃんしゃん踊りの見学をしたりできるよう支援している。<br>7月の地域の大清掃には、利用者と職員で参加した。管理者は、さらに、「地域との関わりが持てるように、外出や交流の機会を増やしたい」と話していた。  |
|                      |   | 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)      | △    | 出来るだけ参加したいが足りない                     |      | ○    |      |   |
|                      |   | 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。  | ○    | 面会や地域のかたのボランティア訪問もあった               |      |      |      |   |
|                      |   | d   | 地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 時々は来ていたがまだつながりは少ない                  |      |      |      |   |
|                      |   | 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。   | △    | 立ち寄る人もあったが少ない。野菜をもってきてくれる人もいた       |      |      |      |   |
|                      |   | 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)                                     | △    | 生活の広がりとはまだできていない                    |      |      |      |   |
|                      |   | 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。   | △    | 全員の利用者に当てはまらない                      |      |      |      |   |
|                      |   | 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)。 | ○    | 働きかけの行っている所もあり。設立して年取がないので徐々に増やしていく |      |      |      |   |

| 項目No.                      | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                    | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |  |
|----------------------------|---|-----|---|------|--|------|------|------|---|--|
| 40                         | 運営推進会議を活かした取り組み   | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。  | △    | 参加の時もあるが毎回ではない                               | ◎    |      | △    | 利用者は参加していない。<br>家族は毎回ではないが、1～2名が参加している。<br>地域からは、民生委員や保育所長、小学校長、他施設職員などが参加している。           |  |
|                            |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                  | ○    | 外々評価1回目の時には説明を行っていた                          |      |      | △    | 利用者、活動状況について報告している。<br>外部評価実施後は、結果について報告し、会議メンバーより意見やアドバイスをもらっている。<br>目標達成計画については報告していない。 |  |
|                            |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                             | ○    | 意見を反映するように努めた。運営推進会議の年度区切り、研修への参加など          |      |      | ○    | ○   | 会議メンバーより、運営推進会議の進行についてアドバイスがあり、管理者は次会議時より、参考にして行っている。  |
|                            |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ○    | テーマに合わせての参加増数や日時の打ち合わせは行った                   |      |      | ○    |   |  |
|                            |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 玄関に公表をしている                                   |      |      |      |   |  |
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |  |      |      |      |   |  |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○    | 事業所理念は職員が見える所に貼っている                          |      |      |      |   |  |
|                            |   | 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。   | △    | 理念の説明を行ったことはない。玄関に置いてはいる                     | △    | △    |      |   |  |
| 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。   | △    | 職員の教育機会が十分ではなく、不十分。研修参加が少ない                  |      |      |      |   |  |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | △    | 一人ひとりの職員の個性があるので同じようには教育はできていない              |      |      |      |   |  |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                              | △    | 代表者と職員一人一人との話し合いは時々はあるが満足のものになっていない          |      |      |      |   |  |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | △    | 考えているだろうが手が回らないことも多い                         |      |      |      |   |  |
|                            |   | 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。   | △    | 忘年会費を出費してくれたり考えてはいるが職員一人一人までは時間がかかる          | ◎    | ○    | ○    | 事業所で忘年会を行っており、法人より費用の補助がある。<br>法人代表者は、1～2ヶ月に1回程度、来訪している。                                  |  |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | △    | 研修参加もして理解に努めている                              |      |      |      |   |  |
|                            |   | b   | 管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。  | △    | 作ってはいるが双方納得感までは至っていない                        |      |      |      |   |  |
|                            |   | 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。                                     | ○    | 研修や苦情箱も設置しているので注意手順も知っている                    |      |      |      | △   | 10月の運営推進会議時に、高齢者虐待についての研修を行い、職員も一緒に勉強した。<br>不適切な行為を発見した場合は、職員が、その場で注意し合える関係があるようだが、さらに、対応方法や手順については、具体的に知るような機会をつくってほしい。 |
|                            |   | 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。  | ○    | 注意をしている                                      |      |      |      |   |  |
| 44                         | 身体拘束をしないケアの取り組み   | a   | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。  | △    | 緊急や無負えない場合の資料は拘束委員会で取り扱っているが危険を防ぐためとは理解促している |      |      |      |   |  |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 危険行為の確認の話し合いや拘束になっていないか検討するときはある             |      |      |      |   |  |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                        | ○    | 拘束は行ったことはない                                  |      |      |      |   |  |
| 45                         | 権利擁護に関する制度の活用   | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを含め理解している。   | △    | 必要性のある人は知っているが実際には行っていない                     |      |      |      |   |  |
|                            |   | 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。  | △    | 相談支援を行ったことはない                                |      |      |      |   |  |
|                            |   | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。                                     | △    | 連携体制はとれていない                                  |      |      |      |   |  |

| 項目No. | 評価項目                  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                     | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|-----------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 46    | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                               | ○    | 緊急マニュアルもあり。入所時の同意書も署名している                     |      |      |      |  |
|       |                       | 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。  | △    | 研修に参加している職員もいるが全員とまではいかない                     |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。                  | ○    | 事故が続き再発防止に努めている。ヒヤリハットも月末にまとめている              |      |      |      |  |
|       |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。   | ○    | リスクの高い人は家族に伝えているが夜間の居室の転倒予防にはセンサー設置がヤク」に立っている |      |      |      |  |
| 47    | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。  | ○    | 苦情連絡場所記載や苦情箱を設置している。必要時には面会時に職員が聞くように努めている    |      |      |      |  |
|       |                       | 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。              | ○    | 行うようにしている                                     |      |      |      |  |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。              | ○    | 苦情があれば対応をしている                                 |      |      |      |  |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                             | ○    | 相談の窓口あり。また運営推進会議、面会、ケアプラン変更などにきくようにしてる        |      |      | △    | 職員が日々の関わりの中で聞いており、「居室の扉の傷を修繕してほしい」との希望があり、対応した事例がある。運営推進会議には参加していない。   |
|       |                       | 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)                         | ○    | 相談の窓口あり。機械も作っている                              | ○    |      | △    | 運営推進会議に参加する家族は機会があるが、欠席の家族は機会が少ない。「外出する機会を増やしてほしい」との希望があるようだ。  |
|       |                       | 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。                                       | ○    | 面会時に家族からも意見を聞くようにしている                         |      |      |      |  |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。   | △    | 毎月は来ていないが時々職員と話しをしている                         |      |      |      |  |
|       |                       | 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。                          | △    | 利用者本位を軸に職員からの意見提案を聴いている                       |      |      | ○    | 日々の中で聞いたり職員会議時に聞いたりしている。   |
| 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。                                    | △    | 自己評価表は作成していなかったが伊方町より1回あった                    |      |      |      | 外部評価実施後は、結果について報告し、会議メンバーより意見やアドバイスをもらっている。目標達成計画については報告していない。モニターをしてもら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。                                       | △    | 自己評価は行っていない                                   |      |      |      |  |
|       |                       | 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。                         | △    | 意識が少ないが振り返る改善している所が多い                         |      |      |      |  |
|       |                       | 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。                   | △    | はっきりできていない                                    | ○    | ○    | △    |  |
|       |                       | 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。  | △    | 振りかえるとできている所が多かった                             |      |      |      |  |
| 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)                             | ○    | 施設マニュアルはある。玄関前にも掲示してある                        |      |      |      | 9月の伊方町津波訓練時には、利用者も参加した。原子力発電所の避難訓練時には、訓練実施内容を町に報告した。12月には、運営推進会議と併せて夜間の火災を想定した避難訓練を実施した。会議メンバーには見学してもらい、感想や意見を聞き、防災について話し合った。今後、アンケート結果や立地条件を踏まえて、さらなる地域との協力・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。                          | ○    | 日勤、夜間想定避難訓練、津波の避難訓練、原子力発電所の避難訓練等に参加している       |      |      |      |  |
|       |                       | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ○    | 行っている。)実際に訓練を行った                              |      |      |      |  |
|       |                       | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。                         | ○    | 地域、近隣、保育園への合同協力を伝えている                         | △    | △    | △    |  |
|       |                       | 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) | ×    | ネットワーク作りは行っていない                               |      |      |      |  |

| 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                                     |
|-----------|---------------|-------------|---|----------|----------------------------------|----------|----------|----------|--|
| 51        | 地域のケア拠点としての機能 | a           | 事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等) | ×        | 地域に向けての支援は行ったことがない               |          |          |          | 相談支援する取り組みは行っていない。<br><br><br><br>地域活動を協働しながら行うような取り組みは行っていない。 |
|           |               | b           | 地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。   | ×        | 地域に高齢者への支援は行ったことがない              |          | ×        | ×        |  |
|           |               | c           | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×        | 話ではいるが利用者はいない                    |          |          |          |  |
|           |               | d           | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ×        | 行ったことがない                         |          |          |          |  |
|           |               | e           | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | ×        | 連携イベントに参加したり地域の啓発ボランティアを行ったことはない |          |          | ×        |  |