

事業所の概要表

(令和元年 8月 20日現在)

|                |   |       |   |     |        |     |
|----------------|---|-------|---|-----|--------|-----|
| 事業所名           | グループホーム ひめやまの里  |       |  |     |        |     |
| 法人名            | 有限会社公昌会   |       |   |     |        |     |
| 所在地            | 松山市山越3丁目6番15号   |       |   |     |        |     |
| 電話番号           | 089-924-0655  |       |   |     |        |     |
| FAX番号          | 089-924-0130  |       |   |     |        |     |
| HPアドレス         | http://   |       |   |     |        |     |
| 開設年月日          | 平成 18 年 3 月 1 日   |       |   |     |        |     |
| 建物構造           | <input type="checkbox"/> 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 3 ) 階建て ( 2・3 ) 階部分            |       |   |     |        |     |
| 併設事業所の有無       | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |       |   |     |        |     |
| ユニット数          | 2 ユニット  | 利用定員数 | 18 人  |     |        |     |
| 利用者人数          | 18 名 ( 男性 0 人 女性 18 人 )   |       |   |     |        |     |
| 要介護度           | 要支援2  | 0 名   | 要介護1  | 2 名 | 要介護2   | 2 名 |
|                | 要介護3  | 5 名   | 要介護4  | 5 名 | 要介護5   | 4 名 |
| 職員の勤続年数        | 1年未満  | 7 人   | 1~3年未満  | 4 人 | 3~5年未満 | 3 人 |
|                | 5~10年未満   | 3 人   | 10年以上   | 5 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   |     |        |     |
|                | その他 ( 正看護師・准看護師・ヘルパー2級 )  |       |   |     |        |     |
| 看護職員の配置        | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約 ) |       |   |     |        |     |
| 協力医療機関名        | 医療法人一朋会 増田病院  |       |   |     |        |     |
| 看取りの体制 (開設時から) | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 看取り人数: 17 人 )  |       |   |     |        |     |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|         |  |          |     |       |     |       |
|---------|--|----------|-----|-------|-----|-------|
| 家賃(月額)  | 35,000 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  | 1,350 円  | 朝食: | 250 円 | 昼食: | 450 円 |
|         | おやつ:   | 100 円    | 夕食: | 550 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  | 15,000 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: 6 回) ※過去1年間 |   |  |   |  |  |
| 過去1年間の運営推進会議の状況 | 開催回数  | 6 回 ※過去1年間                                |  |   |  |  |
|                 | 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 type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者              | <input checked="" type="checkbox"/> 近隣の住民 |  |  |
|                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者   | <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員               | <input checked="" type="checkbox"/> 家族等   |  |  |
|                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |  |   |  |  |

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

### (評価項目の構成)

#### I.その人らしい暮らしを支える

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

#### II.家族との支え合い

#### III.地域との支え合い

#### IV.より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—

#### 【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 | 令和元年10月17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) | 15 | (依頼数) | 18 |
| 地域アンケート | (回答数) | 8  |       |    |

※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    | 3870105636    |
| 事業所名     | グループホームひめやまの里 |
| (ユニット名)  | 2階ユニット        |
| 記入者(管理者) |               |
| 氏名       | 森 涼子          |
| 自己評価作成日  | 令和 元年 8月 20日  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>【事業所理念】※事業所記入</b><br>1. 基本的人権の保護<br>私たちは、入居者様を個人として尊重し、プライバシーを守るよう努めます。<br>2. 家庭的な生活<br>私たちは、入居者様が安らぎを感じることができ、かつ安全に生活できるよう支援します。<br>3. 生き甲斐のある生活<br>私たちは、入居者様の自分らしさを尊重します。 | <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>①重度の方の外出支援ができていない。<br>重度の方のバイタルが安定しており、天候の良い日はホーム前や、ホーム周りを散歩する時間を設けてきた。ただまだ思うように行けていない方もいる。無理なく今後も継続していきたい。<br>②運営推進会議を活かした取り組みで参加者からの意見や質問が少ない。<br>皆の前で発言することに抵抗がある方も多く、会議終了前のお茶会の中で意見やお話を聞く時間を設けたり、個別で質問を受け付けている。以前に比べアドバイスが増えた。又疑問に思っていることを知ることができた。 | <b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b><br>誕生会の折には、利用者全員からお祝いの言葉をもらい、本人からは、お礼の気持ちを表せるような場面をつくっている。家族も誕生会に参加できるよう日程調整するケースがある。<br>カルタ取りの際には、上手な人に読み手になってもらっている。紙細工が得意な利用者が作ってくれた手毬は、飾ったり、ボランティアの人達のお土産にしている。<br>運営推進会議と、地域のボランティアのイベント(三味線演奏会、笑いヨガ、オカリナ演奏など)を同日に行い、地域の人が事業所に来る機会をつくっている。利用者との交流の機会になっている。地域の保育園の運動会やクリスマス会時に訪問して交流している。 |
|--|--|--|

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。   | ○    | 入居時に利用者、家族にホームでの生活意向や趣味等をお聞きし事前調査表にまとめたり介護計画に反映している。また個々の関わりから意向の把握に努めている。           | ◎    |      | ◎    | 入居時、センター方式の私ができること・できないことシートや私がわかること・わからないことシートを用いて、把握に取り組んでいる。その後は介護保険の更新時や心身状態の変化時に情報を見直している。             |  |
|                         |  | 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。   | ○    | 生活歴や表情やその人なりの訴えなど様々な面から得られることを手掛かりにしている。   |      |      |      |   |  |
|                         |  | c   | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | ○    | 友人、家族の面会が頻繁にある利用者の方の思いはその都度話し合う時間を設けたり日々の会話の中から情報を得て共有しているも全利用者には至っていない。             |      |      |      |   |  |
|                         |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 日々の情報を個別記録に記入したり、職員会議ノートにも記入している。全職員が共有できるよう自由に見れる状態に整えてある。                          |      |      |      |   |  |
|                         |  | 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。   | ○    | 日々の生活の中での会話や行動、表情など見落とさないよう留意している。   |      |      |      |   |  |
| 2                       | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ◎    | 入居前に本人、家族、本人をよく知る方からも聞き取り把握するよう努めている。  |      |      | ◎    | 入居前に、本人や家族から聞き取り、事前調査表に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を記入している。親しい友人から本人の性格を聞きとっているケースがあった。 |  |
|                         |  | 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。                                  | ○    | 生活の中でその人のできることを確認し、できることや分かることは極力見守りで支援するよう努めている。又アセスメントシートを使用し職員全員が確認する機会を設けている。    |      |      |      |   |  |
|                         |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | ○    | 不穏や不安定時はマンツーマンで居室で傾聴し、申し送りや記録に残し状況を職員間で共有し把握するよう努めている。                               |      |      |      |   |  |
|                         |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)                                    | ○    | 前後の様子や家族関係、生活歴の内容などから、不安要因になりうるものを職員間で話し合い解消を図っている。                                  |      |      |      |   |  |
|                         |  | 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。                                     | ○    | 毎日の記録をしっかり残しそれを見て職員は変化を把握するよう努めている。又申し送りで把握するよう努めている。                                |      |      |      |   |  |
| 3                       | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 定期的に本人や家族とお話する時間を設けるよう努めている。   |      |      | ◎    | 3ヶ月に1回行うモニタリング・評価時は、利用者個々の担当職員主導で、日々の記録をもとに話し合っている。   |  |
|                         |  | 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。   | ○    | アセスメント用紙の作成や毎日の申し送り、カンファレンスを通して必要な支援ができるよう努めている。                                     |      |      |      |   |  |
|                         |  | 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。   | ○    | 目の前の支援だけではなくその人らしく過ごす為に必要な課題を再度見出ししていきたい。  |      |      |      |   |  |
| 4                       | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画                         | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ◎    | 毎回本人、家族の意向をお聞きしそれが反映されるような計画内容作成に努めている。又本人の思いは日頃の生活で発せられる言葉などで把握するよう努めている。           |      |      |      |   |  |
|                         |  | 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。               | ◎    | 本人、家族の意向を聞き介護計画に取り入れて作成している。必要に応じて主治医、関わっている方の意見も反映して介護計画を作成している。                    | ◎    |      | ○    | 退院後に作成した計画は、本人や家族の「早く元気になる」という希望を反映して作成していた。状態によっては、主治医などの意見を採り入れている。親しい友人に意見を聞くケースがある。                     |  |
|                         |  | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。  | ◎    | 今までの過ごし方や心身の状態に合わせた内容となるよう努めている。家族の意向や医療職の意見も聞いて支援している。希望すれば看取り支援もできる体制を整えている。       |      |      |      |   |  |
|                         |  | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。   | ○    | ケアプランの内容により必要な場合には、家族の協力も盛り込むことはある。地域の方の協力体制が盛り込まれていない為検討必要。                         |      |      |      |   |  |
| 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。  | ◎    | 作成している計画書は日々の介護記録の中にはさんでおり、いつでも直ぐに見られるようになっている。また計画にある実施した内容は記録に残し職員間で共有できるように努めている。 |      |      | ○    | 介護計画を個別介護記録の先頭に挟んで共有している。   |  |
|                         |  | 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。                           | ◎    | 計画に沿ったケア実践は記録に残している。それを元に職員会議で話し合う機会を設け確認し支援に繋がるよう努めている。                             |      |      | ○    | 介護計画の支援内容に番号を振っており、個別介護記録にその番号と支援内容を記録している。   |  |
|                         |  | 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。                        | ○    | 日々の暮らしの様子は、会話・表情・行動等を見逃さないように個別に毎日記録している。内容が単調すぎていることがある。                            |      |      | ○    | 個別介護記録に、言葉・表情・しぐさ・行動などを記録している。  |  |
|                         |  | d   | 利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。  | ○    | 職員会議で一人一人個別に、状態や気づきなど話し合い、会議録に残している。個別記録にも残すようにはしているもまだ十分ではない。                       |      |      | ◎    | 月1回の職員会議時の記録や、3ヶ月に1回のモニタリング・評価の記録に個別に記録している。  |  |

| 項目No.            | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|------------------|-------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 6                | 現状に即した介護計画の見直し          | a   | 介護計画の期間に応じて見直しを行っている。   | ◎    | 3ヶ月に一度見直しを行っているが期間外であっても状態が変化した場合、その都度見直しをしている。   |      |      | ◎    | 計画作成担当者が一覧表をつくり、事務所に掲示して管理している。  |
|                  |                         | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。   | ◎    | 月一回の職員会議で一人一人の現状確認を行っている。   |      |      | ◎    | 職員各自の覚え書きノートをもとにして、月1回の職員会議時に利用者全員について話し合い、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。  | ◎    | 状態変化が生じた場合は、本人、家族、主治医など関わっている方と話し合いながら状況に即した新たな計画書を作成している。  |      |      | ◎    | 退院時、心身状態に変化があれば、カンファレンスを行い、新たな計画を作成している。   |
| 7                | チームケアのための会議             | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。   | ◎    | 月一回の職員会議で話し合いを行っている。又急を要することはその都度会議を開催し意見交換し記録に残し全員が対応できるようにしている。                                       |      |      | ◎    | 月1回、職員会議を行い、会議記録を作成している。気になることがあれば、その日の勤務職員で話し合い、記録(ヒヤリハット記録など)を作成し共有している。   |
|                  |                         | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。  | ◎    | 管理者が中心で話すことなく全員が発言するようそれぞれの受け持ちの利用者の報告事、相談をし他の職員の意見を求めている。  |      |      |      |  |
|                  |                         | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。   | ◎    | 月に一回の職員会議は全員対象である。遅出、当直者は所々の話し合いにしか参加できないが翌月は出席できるようシフトを調整している。   |      |      |      |  |
|                  |                         | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしきみをつくっている。  | ◎    | 記録を読むことで参加できなかった職員も理解できるようにしている。又直接管理者から伝えることもある。   |      |      | ◎    | 職員全員が会議記録を確認し、押印するしきみをつくっている。印が揃っているか、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、共有できるしきみをつくっている。  | ◎    | 業務日報に記録し、出勤時には必ず目を通すことで情報の共有を行っている。又勤務交代時の申し送りでは口頭で検討するなどしている。そして職員間での申し送りノートでも注意事項も含め見直し確認できるようになっている。 |      |      | ◎    | 家族からの伝言などは、日報や申し送りノートに記入して共有しており、確認後、押印するしきみをつくっている。印が揃っているか、管理者が確認している。   |
|                  |                         | 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)   | ◎    | 出勤時には必ず申し送りノート、日報、会議ノートに目を通し確認の意味で理解できればそれぞれ印鑑を押すようにしている。   |      | ◎    |      |  |
| <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。   | ○    | 一人一人に声掛け、その日の調子伺いをし本人の希望に沿えられるよう努めている。またレクリエーションの時間にやりたいことなど聞き取りして取り入れている。                              |      |      |      | 外食時には、自分でメニューを選べるよう支援している。<br>○ 居室のハンガーラックに服を掛けて、更衣時に自分で選びやすいようにしているケースがある。<br>午前中、過ごし方について、歌を歌うのかゲームをするのか利用者に希望を聞いている。<br>○ 職員は、いろいろな場面で、利用者に「すごいね」「やったね」「よかった」などと言葉を掛けていた。 |
|                  |                         | 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)  | ○    | 衣服の選択やテレビ番組、トイレの有無などさりげない声掛けにて確認、自己決定にて誘導、支援を行っている。   |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 何事にも声掛けしながらゆっくり考える時間がある様働きかけている。焦らさないように声掛けしている。  |      |      |      |  |
|                  |                         | 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)  | ○    | それぞれの生活パターンを把握しホームの日課に当てはめないよう朝の起床、食事、レクリエーションなど個別ケアを行っている。   |      |      |      |  |
|                  |                         | 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)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。  | ○    | 笑顔が見られるような声掛けや言葉を選び接している。又興味があることを見つけて出すように努めている。   |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 表情や反応などを観察し職員間で情報交換しながら支援している。  |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 尊厳・尊重の姿勢で接し常に相手の立場に立った行動、声掛けを心掛けている。  | ◎    | ◎    | ○    | 月1回の職員会議時に、管理者は、理念をもとにして話をしている。  |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉がけや対応を行っている。  | ○    | トイレや入浴・更衣の際は特に注意し声のトーンや場所など配慮している。  |      |      | ○    | 職員は、利用者に声をかけてからかかっていた。耳が不自由な利用者は、職員の手話や手ぶり、口元を見てコミュニケーションをとっていた。   |
|                  |                         | 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。   | ○    | 脱衣時などバスタオルやカーテンなどで注意している。   |      |      |      |  |
|                  |                         | 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。   | ◎    | 居室に入る前に、ノック、声掛けをしてから、入室するようにしている。   |      |      | ◎    | 昼食後は、全ての居室のドアを開けていた。不在・在室にかかわらず、職員は、本人に声をかけて許可を得てから入室していた。   |
|                  |                         | 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。   | ◎    | 入社時に守秘義務、プライバシー等について話している。又内部の情報や資料などは外部に持ち出さないようにしている。   |      |      |      |  |
| 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、利用者に助けっ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。  | ○    | 日頃の会話や作業のなかで「いつもありがとうございます、とても助かります」など感謝の気持ちを伝えている。   |      |      |      | 席順は、性格や関係性を考慮して職員が決めている。昼食前には、隣の人の箸やお茶が揃っているか気にかけるような利用者の様子が見られた。食後には、二人でおしゃべりしていた。<br>○ 誕生会の折には、利用者全員からお祝いの言葉をもらい、本人からは、お礼の気持ちを表せるような場面をつくっている。                             |
|                  |                         | 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。   | ○    | 一緒に作業したりレクリエーションで助け合ったり理解して頂いている。   |      |      |      |  |
|                  |                         | 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つ場面をつくる等)。 | ◎    | 利用者の個人の性格などを考慮し、席の位置などを工夫しながら助け合える様支援している。  |      |      |      |  |
|                  |                         | d   | 利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。  | ○    | トラブルが発生した際には職員が間に入り直ぐに解決できる様努力している。   |      |      |      |  |

| 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。   | ◎    | 家族などからの情報を基にスタッフ同士共有している。   |      |      |      | /  |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ◎    | 入居時の面談や家族の面会時に情報収集している。   |      |      |      |  |
|       |                   | 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きた人や場所との関係が途切れないよう支援している。   | △    | 友人や知人の面会はあるがこちらから出向くことはほとんどできていない。  |      |      |      |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 自由に面会に来られ、一緒にお茶を飲まれたり居室でおやつを食べてゆっくり過ごされている。                               |      |      |      |  |
| 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) | △    | 体調や気候などを考えながら希望があれば行えるよう努力している。   | ○    | ○    | △    | 計画を立てて初詣や花見、近くのカフェやスーパーなどに出かけられるよう支援しているが、個々の希望に沿った外出支援という点からは機会が少ない。                            |
|       |                   | 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。  | △    | 季節ごとに1回程度の外出しかできていない。   |      |      |      | 隣接する母体病院受診時が、戸外に出る機会となっている。病院の花壇を見て帰ることもある。  |
|       |                   | 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。   | △    | 体調や気候にもよるが車椅子でホーム周辺の散歩をしている。  |      |      | △    |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 希望を聞き取りし行事計画を立てている。カフェやレストランへ食事に行っている。                                    |      |      |      |  |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 職員会議や朝の申し送りやアセスメントを行いその時に応じた支援を行っている。                                     |      |      |      |  |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                    | ○    | 残存機能を生かして自立支援を基本としたケアを心がけている。   |      |      |      |  |
|       |                   | c   | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)   | ○    | できることは、日常生活において、一緒に行っている。又、レクリエーション、体操、歌などは毎日取り組んでおり、利用者の状態に合わせて内容も変えている。 | ○    |      | ○    |  |
| 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。   | ○    | 個別にできることを把握し、一日の流れの中でその人の役割を確立している。                                       |      |      |      | 洗濯物たたみや食器拭きが役割の利用者がいる。カルタ取りの際には、上手な人に読み手になってもらっている。紙細工が得意な利用者が作ってくれた手毬は、飾ったり、ボランティアの人達のお土産にしている。 |
|       |                   | 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。  | ◎    | レクリエーションではそれぞれの人に合ったレベルで支援しながら楽しんで頂くよう心掛けている。                             | ○    | ○    | ○    |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 地域のお祭りや運動会などに参加し意欲を出せる様に努力している。   |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 朝の洗面時だけではなく鏡に映った自分の姿をみて服装や髪形など整えられるようゆっくり時間を取れるようにしている。                   |      |      |      | 昼食時、職員は、そっと口元を拭いたり、食べこぼしを拾ったりしていた。   |
|       |                   | 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。  | ○    | 髪形や服装など本人や家族の意向を第一に考えて希望に沿えるよう努力している。(手作りの服や品物など)                         |      |      |      |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 季節に合わせた服装や体調によって本人にアドバイス・相談し支援している。                                       |      |      |      |  |
|       |                   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ○    | 行事、外出の際は、準備の段階で楽しみが持てるよう、職員と一緒に相談しながら状況に合った洋服を選ぶよう心掛けている。                 |      |      |      |  |
|       |                   | 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)  | ○    | 人前で大声で注意することなく、そっとさりげなく介助するようにしている。                                       | ◎    | ◎    | ○    |  |
|       |                   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ○    | 外出が困難な方はホームに訪問美容師が来られ希望の髪形など会話を楽しみながらできている。馴染みの店を希望される方は今はない。             |      |      |      |  |
|       |                   | 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。  | ○    | 気温や天候・体調を考えその日ごとに服装にはきを使っている。   |      |      | ○    |  |

| 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   |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| 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。  | ◎    | 皆で食べる楽しみ、彩、盛り付け方、温かさに配慮し完食を目指している。又嚥下状態に合わせて食事形態の見直しをしている。食事量には留意し医師とも情報交換しながら低栄養に留意している。  |      |      |      | 食事は、業者の献立で食材が届き、職員が調理しているため、利用者が食事一連にかかわる機会は少ない。<br>調査訪問時、ユニットによっては、複数の利用者が、下膳を行っていた。<br><br>栗ご飯など、献立に旬の食材で1品加えることがある。<br>調査訪問時にはサツマイモを煮たものを添えていた。リクエストメニューの日には、ちらし寿司をつくることが多い。<br>昨秋には、「いも炊きと新米を食べよう」をテーマに手作りした。その様子がわかる写真に利用者の会話などを付けて、ひめやま新聞に載せている。<br><br>茶碗や湯飲み、箸、スプーンは、自分専用のものを使用している。<br><br>職員は利用者の間に入って同じものを食べながら、会話をしたりサポートを行ったりしていた。自分で食べることが難しくなっている人には、小さいおにぎりに、ふりかけをかけていた。<br><br>台所はオープンキッチンで、料理をつくる音や匂いがしていた。<br>職員は「何から食べますか」と聞いたり、一つひとつ献立を説明したりしながら介助を行っていた。 |
|       |                | 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。  | ◎    | 外部から決められたメニュー食材が届く。その食材チェックや皮むき、下膳、台拭きなど利用者のできる力に応じて一緒に行っている。利用者の嗜好や行事食は希望を聞いて提供することもある。   |      |      | △    |  |
|       |                | 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。  | ○    | 利用者が全員女性ということもあり、強く役割を感じてキバキとこなす方もいらつしやる。又その姿をみることで私も！と気持ちが生まれてくる方もいる。   |      |      |      |  |
|       |                | d   | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。   | ◎    | 入居時に利用者、家族にアレルギーを含め嗜好を聞きそれを表にしキッチンに貼って職員全員が把握できるようにしている。入居後も嗜好を把握して、一人ひとりの食欲が減退しないように、苦手なものは他の副食を用意したりしている。                          |      |      |      |  |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ◎    | 年に数回リクエストメニューとして利用者に食べたい物を聞き、旬の食材を取り入れている。又昔よく食べた作り置きしていた食事を取り入れている。   |      |      | ○    |  |
|       |                | 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) | ◎    | 利用者の咀嚼嚥下状態に合わせて食事形態を変えている。食器を持って食べられるよう陶器が重たい方にはプラスチックの軽い食器で対応している。食事はどの形態でも彩、美味しさを考え工夫している。排便状態は常に把握しており、便秘の場合乳製品を摂取してもらうこともある。     |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ◎    | 馴染みの物を使用されている方もいる。今の利用者の状態に合わせて使いやすい物を家族、又は職員と選び使用している方もいる。  |      |      | ○    |  |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ○    | 重度の方の食事介助で精一杯で一緒に食卓を囲む機会は少ないが会話しながら必要なサポートをしている。楽しく食事できるように仲良しのグループで席を設けている。   |      |      | ◎    |  |
|       |                | 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。                             | ○    | 食事前には必ず声掛けをし食事内容を伝えていく。又リビングからキッチンは丸見えで食事内容を目で見てそして匂い、調理の音でも感じられ楽しみな雰囲気何かわれる。  |      | ◎    | ◎    |  |
|       |                | 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。                                   | ◎    | 毎回の食事量や水分の摂取量状態を記録と申し送りから把握できる。水分制限がある方は表を作成し特に注意をしている。一人一人の食事量、注意事項は一目で分かるよう表にしキッチンに貼っている。好みの飲料を提供している。                             |      |      |      |  |
|       |                | k   | 食事量が少なかったり、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。                        | ◎    | 食事時間をずらしたり、好物と一緒に食べてもらったりしている。又水分に関してはスポーツ飲料を常に置いており対応している。又ジュース水も作るなど工夫している。工夫しても食事量が低下している低栄養の利用者に関しては、医師より助言をもらい栄養補助飲料を摂取する場合もある。 |      |      |      |  |
|       |                | 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。                            | ◎    | カロリー計算や偏りのない食事レシピを栄養士に作っていただいております。  |      |      | △    |  |
|       |                | 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。   | ◎    | 食事作り前には必ず手洗い消毒をし、使用する調理用具は熱湯消毒している。また食材には火をよく通すよう指導している。また、食材に関しては日々業者から新鮮な食材が配達されている。配達後は冷蔵庫にすぐ保管して衛生管理に努めている。                      |      |      |      |  |
| 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。  | ◎    | 会議の中で取り上げている。毎食後の口腔ケアは口の中に残渣物がそのままになっていないよう気を付けている。義歯も磨き口腔内を綺麗にしてから再度装着している。口腔ケア指導を歯科衛生士から受けることもある。また、食事前は口腔体操も実施して誤嚥性肺炎予防に努めている。    |      |      |      |  |
|       |                | 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。  | ◎    | 口腔ケアは必ず職員が介助、見守りをしている。その際義歯の状態、歯茎の状態、舌の状態をしっかりと観察するよう心掛けている。必要時は歯科医の訪問診療を受けることもある。   |      |      | ◎    |  |
|       |                | 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。  | ◎    | 訪問歯科利用で治療した方はその都度医師、歯科衛生士より指導を受けている。また歯科情報診療提供書を職員がいつでも見れるよう保管している。  |      |      |      |  |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ◎    | 毎食後義歯を外し洗っている。また定期的に洗浄剤に浸けて清潔を保つよう心掛けている。  |      |      |      |  |
|       |                | e   | 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)               | ○    | まずは利用者ができる所まではしていただき後職員が仕上げ、口腔内の確認をしている。   |      |      | ◎    |  |
|       |                | 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。  | ◎    | 異常があれば発見後直ぐに家族に報告し歯科受診又は訪問歯科を利用している。   |      |      |      |  |

| 項目<br>No. | 評価項目           | 小<br>項<br>目 | 内<br>容  | 自<br>己<br>評<br>価 | 判<br>断<br>し<br>た<br>理<br>由・根<br>拠  | 家<br>族<br>評<br>価 | 地<br>域<br>評<br>価 | 外<br>部<br>評<br>価 | 実<br>施<br>状<br>況<br>の<br>確<br>認<br>及<br>び<br>次<br>の<br>ス<br>テ<br>ッ<br>プ<br>に<br>向<br>け<br>て<br>期<br>待<br>し<br>た<br>い<br>こ<br>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。                        | ○                | できる限りトイレでの排泄を促している。オムツ使用の方は定期的に排泄の有無を確認している。その都度適切なオムツを使用しているか検討している。            |                  |                  |                  | 月1回の職員会議時等に、職員の気づきをもとに話し合い記録している。  |
|           |                | 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。  | ○                | 常に一人一人の排便の状態を把握している。変化がある場合は看護師と情報の共有をしている。                                      |                  |                  |                  |  |
|           |                | c           | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)   | ○                | 個別の排泄チェック表にて管理し間隔があげば声掛け、又兆候を把握している。   |                  |                  |                  |  |
|           |                | 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状態にあった支援を行っている。                             | ○                | できるだけ自立した排泄を促している。状態により紙パンツ、テープ止め、パッドを使用し、その都度話し合っている。                           | ◎                |                  | ○                |  |
|           |                | 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。  | ○                | 毎日のレクリエーションや個別運動を行い、水分摂取を促し改善に取り組んでいる。   |                  |                  |                  |  |
|           |                | f           | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。  | ○                | 排泄チェック表を確認し、尿意、便意のない方には声掛けし誘導している。   |                  |                  |                  |  |
|           |                | g           | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方向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。 | ○                | オムツやパッドの使用を始める際は、家族や本人に必要性を説明し納得して頂いている。又、尿量の多い時間帯や行事などによってどのパッドを使用するか検討し使用している。 |                  |                  |                  |  |
|           |                | h           | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。  | ○                | 一人一人の排泄状態を把握し職員間で話し合いパッドの大きさ(吸収量)を決めている。時間帯によっても変えている。                           |                  |                  |                  |  |
|           |                | 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)  | ○                | 運動(歩行練習)腹部マッサージを行ったり、乳製品や繊維の多い食事を摂取できるよう努めている。                                   |                  |                  |                  |  |
| 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)。  | △                | 入浴時間帯の中で体調や気分、希望を尊重している。個々の好みの温度や石鹸を使用している。                                      | ◎                |                  |                  | 週2~3回、午後、一人ひとりお湯を入れ替えて支援している。<br>○「ぬるめのお湯がいい」などの希望に沿って支援しているが、回数や時間帯の希望は出ないようだ。利用者によっては、使い慣れたシャンプーなどを持ち込んでいる。                  |
|           |                | b           | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。   | ○                | マンツーマンで対応し昔話や、楽しいお話などをしながら入浴している。  |                  |                  |                  |  |
|           |                | 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。  | ○                | ご自分でできることはしていただき、できない部分を介助している。  |                  |                  |                  |  |
|           |                | d           | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。  | ○                | 時間をずらし再度声掛けしたり、別の日にするなどの対応をしている。   |                  |                  |                  |  |
|           |                | e           | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。  | ○                | 入浴前にはバイタルチェックを行い体調の変化を確認している。体調がはっきりしない方は医師に相談している。                              |                  |                  |                  |  |
| 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。   | ○                | 夜間は二時間に一回以上の巡回をし睡眠状態や体調を確認し記録している。   |                  |                  |                  | 安定剤を服用している利用者は、主治医に様子を報告し、相談しながら支援している。  |
|           |                | b           | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。  | ○                | 日中は水分補給、おやつ、食事、体操、レクリエーション時には離床リビングにて他の利用者や職員とのコミュニケーションを図っている。                  |                  |                  |                  |  |
|           |                | 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。                         | ○                | 日中の活動時間を増やし安眠できるよう支援している。それでも困難な時は医師に相談している。                                     |                  |                  | ○                |  |
|           |                | 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。  | ○                | 疲れた時などは居室で休めるようになっている。   |                  |                  |                  |  |
| 22        | 電話や手紙の支援       | a           | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。  | ○                | 家族や利用者からの希望には制限なく支援している。   |                  |                  |                  |  |
|           |                | b           | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。  | ○                | 手紙が書きたいと希望がある時は一緒に書いたり代筆したり、電話希望時は伝言したり繋いだりしている。                                 |                  |                  |                  |  |
|           |                | c           | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。   | ○                | 利用の希望がある時ホーム内にある固定電話から無料でかけられる。  |                  |                  |                  |  |
|           |                | 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。  | ○                | 手紙や葉書が届いた時は手渡しし、返事は書かれたら職員が投函したり、又本人が電話で対応したり家族に返信してもらおうなどしている。                  |                  |                  |                  |  |
|           |                | e           | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。  | ○                | 家族が面会に来られた際や電話があった際に協力していただけるようお願いしている。  |                  |                  |                  |  |

| 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  |   |
|-------------------------|-------------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|---|
| 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。   | ○    | 必要な物は職員と利用者が話し合いお小遣いの中から購入している。  |      |      |      | /   |   |
|                         |                   | 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。  | ○    | 日常的には出掛けられていないが体調が良い時にはホームの買い物に順番に同行している。                                  |      |      |      |   |   |
|                         |                   | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。   | ○    | 近所にスーパーがあり安心して買い物ができるようお願いしている。  |      |      |      |   |   |
|                         |                   | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。  | △    | 家族の了解を得てお財布を常時持っている方はいるが多くの方はホームで管理している。                                   |      |      |      |   |   |
|                         |                   | 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。  | △    | 家族と相談しホーム管理にしている。  |      |      |      |   |   |
|                         |                   | 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)。  | ◎    | 個別に金銭管理帳(お小遣い帳)があり定期的に家族に開示し確認印を頂いている。                                     |      |      |      |   |   |
| 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。  | ○    | 常に家族と連絡を取り合っていて希望に沿えるよう取り組んでいる。  | ◎    |      | ○    | 家族の都合や希望に沿って、専門医の受診に付き添っている。<br>遠方で衣類などの買い物が難しい家族には、代行している。   |   |
| <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。  | ○    | 鍵は夜間のみおこない自由に入りにできるようにしている。  | ◎    | ◎    | ○    | 1階の玄関は、併設事業所と共有になっている。玄関内・外は、掃除が行き届いている。1階併設事業所が休みの日には、玄関を施錠しており、家族来訪時は職員が開閉している。   |   |
| 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、調度や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものを置いている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)。 | ○    | リビングには利用者が作成した壁画や利用者が作られた作品を飾っている。又花も飾ったりしている。                             | ◎    | ○    | ○    | ユニット入り口の扉は、障子風の引き戸になっている。<br>居間に、ソファを設置している。<br>居間の窓から、ベランダに干している洗濯物が見える。   |   |
|                         |                   | 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。   | ○    | 毎日掃除し空気入れ換えもしている。適宜消臭剤も置いている。  |      |      | ◎    | 掃除が行き届き清潔にしている。不快な音や臭いは感じなかった。食事中、テレビは消していた。<br>居間の窓からの光はレースカーテンで調節している。  |   |
|                         |                   | c   | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)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。   | ○    | 午前のレクリエーションでは塗り絵や歌を唄う又壁画作りなど手作業をしながら季節の物を作成し楽しんで頂いている。                     |      |      | ○    | 居間には、手作りの日めくりカレンダーと、過ぎた日に×印を付けた大き目のカレンダーを掛けている。<br>毎月、利用者と職員で季節をテーマにした壁画作品をつくり、居間に飾っている。<br>洗面所やテーブルの上に生花を飾っている。昼食後、二人の利用者が、テーブルのカーネーションを見ながら「きれいなあ」「ピンクならもっとええなあ」と話していた。 |   |
|                         |                   | 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。  | ◎    | ソファや居間を訪問し合いながら利用者同士が話しながら花を咲かせている場面もある。気持ちが落ち着きたいときは居間で自由に休まれている。         |      |      |      |   |   |
|                         |                   | 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。   | ○    | ドアやカーテンなどで見えないようになっている。  |      |      |      |   |   |
| 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で生活して、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ◎    | 自宅から好みのものを持ち込み自宅で過ごせるような雰囲気になっている。   | ◎    |      | ○    | 自宅から持ち込んだ鏡台に化粧品を並べて毎日化粧をしている人がいる。<br>猫好きな利用者の居室には、猫のカレンダーを掛けていた。  |   |
| 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。  | ◎    | トイレ場所や自分の部屋が分かるように名前を書いている(居室の名前は家族同意を得ている)排泄チェック表の記載など自分で記載している。          |      |      |      | ○   | トイレは、マークと大き目の文字で「トイレ」と表示している。<br>居室入り口には、名前を色画用紙に大きく書き、低めの位置に貼っていた。また、目印に人形を飾っているところもあった。 |
|                         |                   | 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。   | ○    | それぞれの名前を持ち物には書いており間違えの無い様工夫している。   |      |      |      |   |   |
|                         |                   | c   | 利用者の活動意欲を醸成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)                                     | △    | 刃物類など危険と思われる物はホームで預かり希望時に職員見守りのもと使用されている。新聞・雑誌裁縫道具はいつでも提供できる様になっている。       |      |      |      |   |   |
| 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)       | △    | 玄関や居室には鍵をかけていない。夜間のみ施錠している。離設の危険性のある利用者の行動には常に注意している。職員の声掛けも注意している。        |      | ○    | ◎    | ○   | 事業所内・外の研修で身体拘束の弊害について学んでいる。<br>日曜日(併設事業所休日)以外は、施錠していない。                                   |
|                         |                   | 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。  | ○    | 離設の危険性のある利用者者家族は遠方のため心配されている。安全確保について継続してお話し理解して頂けるように努める。                 |      |      |      |   |   |
|                         |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。  | ○    | いつでも自由に入りにできるが万一離設した場合地理が分からず迷子や転倒など危険性が高いため近所の方などに顔を覚えてもらい声を掛けて頂くようにしている。 |      |      |      |   |   |
| <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。   | ◎    | 入居時の事前調査表があり既往歴や現病状態など細かく記載している。いつでも読めるようにしている。                            |      |      |      | /   |   |
|                         |                   | 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。  | ◎    | 毎日必ずバイタルサインの測定を行いいつもと違う数値や症状・訴えがあれば記録に残し、再検も適宜行っている。                       |      |      |      |   |   |
|                         |                   | 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。   | ◎    | 気になることがあれば直ぐに看護師に報告・指示をうける。医師への連絡もできるように連絡方法の手順が電話の所に記載されている。              |      |      |      |   |   |

| 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。   | ◎    | 入居時にかかりつけ医を決めて継続して受診・治療が安心してできるよう支援している。眼科や耳鼻科など継続できるよう支援している。   | ◎    |      |      |   |
|       |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ○    | 希望に沿って受診や内服の継続ができるように相談・情報交換を行っている。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                               | ◎    | 家族にも協力して頂き定期的に通院できるように支援している。訪問診療にも対応しており受診の様子などを記録し家族に報告している。   |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 入院時は必ず付き添う。ホームでの本人の普段の様子をサマリーに記載し情報提供を行っている。記載しきれない時は直接入院時にお話している。   |      |      |      |   |
|       |                  | 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。  | ○    | 入院治療の経過や様子を病院関係者や家族に確認している。適宜病院訪問も行っている。   |      |      |      |   |
|       |                  | 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。  | ◎    | かかりつけ病院へ受診時に日頃の様子や困っていることなど情報交換し何でも相談できる関係作りを努めている。  |      |      |      |   |
| 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。 | ◎    | 気づいたことは直ぐに報告・記録に残し指示を受けている。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。  | ◎    | 協力医療機関が近隣にあるので24時間いつでも相談できるようになっている。病院との連絡用携帯電話もある。又ホーム看護師とはいつでも連絡が取れるようになっている。                                |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                                     | ○    | 1回/年の健康診断を行っている。いつもと違う様子などがあれば直ぐに看護師や医師に報告し受診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。   | △    | 各利用者の薬箱に最新の薬情報が入っており常に確認できる状態だが全職員が理解してはいない。   |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 薬チェック表を見て間違えないよう準備している。日付け・名前・(朝・昼・夕)、2人で声出し確認し本人前でも声出し確認し飲み込むまで必ず見守る。空袋も確認する。飲ませた方がチェックを行い、責任を持って行うように支援している。 |      |      |      |   |
|       |                  | c   | 服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。                       | ○    | 日常の状態を観察し服薬後の不穏や変化を記録し看護師や医師に報告している。   |      |      |      |   |
|       |                  | 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。  | ○    | 定期的に病院受診しているが内服に関しその都度医師に経過報告を行っている。薬が変わった際は申し送り確認し変化があれば記録に残し看護師や医師に報告している。                                   |      |      |      |   |
| 35    | 重度化や終末期への支援      | a   | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                           | ◎    | 入居時に重度化や看取りについてのアンケートを実施している。状態の変化に伴い医師・家族・ホームの三者で協議していく。  |      |      |      | 入居時に、本人・家族から看取りについてアンケートをとり、確認している。状態変化時には、主治医から説明があり、その後、家族の希望や意向を確認し、方針を共有している。 |
|       |                  | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。                                   | ◎    | 重度化、終末期の状態になった時は医師・家族・ホームの三者だけではなく利用者に関わる全てで情報を共有している。   | ○    |      |      |   |
|       |                  | c   | 管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。  | ○    | 経験年数や資格によって介護者としてできることをあらかじめ話し合っている。   |      |      |      |   |
|       |                  | 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。   | ◎    | 重度化したり終末期をむかえたときに医療行為についてホームでの対応説明を行い理解を得ている。  |      |      |      |   |
|       |                  | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。    | ◎    | 訪問診療・往診など医師・かかりつけ医療関係者と連携し状態の把握に努めて急変時に対応できるようにしている。   |      |      |      |   |
|       |                  | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)   | ◎    | 医師の往診や受診の報告を細かく行い、その都度家族の希望や気持ちを聞き、困っていることや不安はないか相談できる関係作りを努めている。  |      |      |      |   |
| 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。                            | △    | 流行する前後に職員会議などで具体的に予防策や対応について周知している。定期的には行っていないので今後勉強会を予定したい。   |      |      |      |   |
|       |                  | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                        | ○    | ノロウイルスやインフルエンザなどは具体的に予防・対応の決まりがある。感染の拡大を防ぐよう日頃から注意している。  |      |      |      |   |
|       |                  | 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。                             | ◎    | 新聞や行政からのメールなどインターネットなどで最新の情報を常に入手している。   |      |      |      |   |
|       |                  | 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。   | ◎    | 隣接するかかりつけ医療機関の外来の感染症受診情報などで随時対応している。   |      |      |      |   |
|       |                  | e   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。  | ◎    | 常に手洗いやうがいを行っている。家族や来訪者にも面会時は手洗をお願いしている。手・指消毒薬の設置も行っている。  |      |      |      |   |

| 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  |
|----------------------|--|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| <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。  | ○    | 面会時には居室だけではなく一緒にホームでの様子を見て参加して頂いている。(体操やレクリエーションなど)   |      |      |      | 毎月送付する書類に行事計画書を同封して、来訪時に参加を呼びかけている。誕生会は、家族の都合を聞いて参加できるよう日程調整することもある。<br><br>2ヶ月に1回、写真にコメントを手書きして、ひめやま新聞を作成し、家族に送付している。来訪時には、日々の介護記録を見せながら、状況報告をしている。居室にアルバムを置き、来訪時に見られるようにしている。管理者は「今後は、遠方に住む家族への状況報告について工夫したい」と話していた。<br><br>行事などについては、運営推進会議時やひめやま新聞で報告している。新人職員は、家族来訪時に紹介している。設備改修や機器の導入はほとんどないようだ。<br><br>来訪時には、職員から声をかけて状況報告を行い、意見や希望を聞いている。介護計画更新時には、話し合う場を持てるよう、来訪を促すケースもある。 |
|                      |  | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                    | ○    | 面会時には一緒にお茶を飲んで過ごして頂き、居室では静かな雰囲気でも過ごせるようにセッティングしている。   |      |      |      |   |
|                      |  | 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)   | ◎    | 毎月行事計画書を配布し、自由に参加して頂けるよう契約時に説明案内している。   | ◎    | ◎    |      |   |
|                      |  | 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]     | ◎    | 1回/2ヶ月にひめやま新聞を配布している。日頃参加した行事の写真も各利用者別に配布し個人の写真入れに保管している。   | ◎    | ◎    |      |   |
|                      |  | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ◎    | 面会時には家族へ日頃の様子をお話し家族からの質問にも適宜答えられる関係作りをしている。   |      |      |      |   |
|                      |  | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)                 | ◎    | 入居時から認知症の症状の変化があればその都度報告・理解が得られるように説明している。  |      |      |      |   |
|                      |  | 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)   | ○    | 施設の改修・修理など大きなことは口頭で説明している。職員の移動・退職に関しては報告できていないこともある。   | △    |      |      |   |
|                      |  | 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)   | ○    | ホーム行事への参加や面会時などで一緒になりお話しする機会はある。家族会はない。   |      |      |      |   |
|                      |  | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。  | ○    | 転倒・転落・怪我につながることに家族と協議した上で居室の環境や対応を各自変えて対策している。  |      |      |      |   |
|                      |  | 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やっている。   | ◎    | 面会時には必ず声を掛けている。また定期的なケアプラン作成に関し希望や意見を聞く機会を設けている。  |      |      |      |   |
| 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。  | ◎    | 契約を結んだり、解約をする際は内容を十分に時間をかけ説明し理解・納得を図っている。契約後書類を全てお渡しし、不明な点がある場合は再度説明し、納得して頂いている。改定の際は家族に来て頂き口頭説明し同意書をとっている。 |      |      |      |   |
|                      |  | 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。                    | ◎    | 退居においても契約時に説明している。当ホームでの生活が難しくなってきたり過程の状態も報告・相談を行い適切な施設へ、家族・ホーム・転居先と話し合いを重ねた上でスムーズに移れるよう支援している。             |      |      |      |   |
|                      |  | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                              | ◎    | 契約時に料金の内訳を重要事項で説明させて頂き、同意を得ている。ホームの料金改定、介護報酬改定時は文書でその理由や内容についてお知らせし、個別にも説明させて頂き同意を得ている。                     |      |      |      |   |
| <b>III. 地域との支え合い</b> |  |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 39                   | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域：事業所が所在する市町の日常生活圏、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。   | ◎    | 開所時から地域の方や同医療機関の外来患者・家族・入院患者などにグループホームの目的や所在などを説明している。  |      | ◎    |      | 運営推進会議と、地域のボランティアのイベント(三味線演奏会、笑いヨガ、オカリナ演奏など)を同日に行い、地域の人が事業所に来る機会をつくらせている。利用者や地域の人の交流の機会になっている。地域の保育園の運動会やクリスマス会時に訪問して交流している。  |
|                      |  | b   | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)      | ○    | 散歩時や病院受診時、買い物などで施設の外へ出られた時には挨拶や井戸端会議のように世間話をすることもある。町内会への参加はできていない。   |      | ○    | ◎    |   |
|                      |  | 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。  | ○    | 地域の方に入居者も顔なじみになって頂き何かあればかけつけていただけるように声を掛けてもらっている。   |      |      |      |   |
|                      |  | d   | 地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 日常的ではない時々顔を出して様子を見に来る下さる。   |      |      |      |   |
|                      |  | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りもらうなど、日常的なおつきあいをしている。  | △    | 気軽に声を掛け合うことはある。   |      |      |      |   |
|                      |  | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | ○    | 顔なじみの利用者があり常に声を掛けてもらっている。利用者家族とつながりのある方もいて行事などでは情報交換されている。  |      |      |      |   |
|                      |  | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ○    | 近隣スーパーで好きなものを購入したり、ホームのお便りを一緒に配布するなどされる。地域の美容院の方の訪問を楽しみにされおしゃべりすることで気持ちのハリに繋がっている。                          |      |      |      |   |
|                      |  | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を深め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)。 | ○    | 近隣のスーパーでの買い物、飲食店での外食やドーナツ店でのおやつタイム、地域の美容院の方によるカットなど日頃から見守りして頂いている。  |      |      |      |   |

| 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  |   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|---|---|
| 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。  | ○    | 地域の方、利用者家族など毎回案内文を送付し参加を募っている。利用者にも参加声掛けをして一緒に参加できる内容を取り入れている。  | ○    |      | ○    | 利用者は、毎回、ほぼ全員が参加している。家族は、年4回1~7名が参加している。地域住民や当日のイベントボランティアが参加している。 |   |
|                            |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                  | △    | 毎回利用者の日頃の状態や活動状況、様子を報告している。それに対する評価も行っている。外部評価関係では取り組んだ内容を簡単にしか説明できていない。                                      |      |      | △    | 行事などの取り組みについて報告をしている。外部評価の結果は、口頭で報告している。目標達成計画は、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。                             | △    | 会議の中で毎回意見交換、そして時々指導を頂くことがある。後日結果を報告している。  |      |      | ○    | △   | 意見や提案が出ることもあるが、サービス向上に活かしたり、報告したりすることは少ない。避難訓練を併せて行った際には、「避難先や避難経路を把握してください」という意見があった。その後、2階の居間に防災マップを掲示した。 |
|                            |   | 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。   | ○    | 早目の日程調整を行い、参加しやすいよう努めている。   |      |      | ◎    |   |   |
|                            |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | いつでも閲覧できるようにホーム内にファイリングして設置している。市役所への提出も行っている。  |      |      |      |   |   |
| <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。                     | ○    | 専断の保持・自立の支援・自己実現(基本的人権の保護・家庭的な生活・生きがいのある生活)の理念のもと介護している。事業所理念を皆が見える所に掲示し、職員も理念について理解し毎日の介護に繋げていける様努力している。     |      |      |      |   |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 人居契約時に家族には説明している。利用者・地域の方にも常に見える所に掲示し伝えている。   | ○    | ○    |      |   |   |
| 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。   | ○    | 研修の情報を提供し参加費は会社負担。なるべく多くの職員が受講できるよう、シフト調整も行っている。研修後は報告書を提出してもらい、他の職員がいつでも見られるようになっている。                        |      |      |      |   |   |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | ○    | 本人の希望を聞き、資格の習得に向け必要な研修が受けられるよう勤務を調整している。  |      |      |      |   |   |
|                            |   | 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。                              | ○    | 運営者は公平な形で職員を判断して給与・賞与の支給をしている。個々の労働条件に合わせて希望を聞きながら勤務表作成や配置をしている。又健康診断を実施し体調管理には十分な注意を払っている。働きやすい職場になるよう努めている。 |      |      |      |   |   |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | ○    | 管理者やケアマネジャーは同業者とのネットワークや勉強会がある。職員へは外部研修会の参加などを、業務に支障の出ない限り出席を勧めている。   |      |      |      |   |   |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ○    | ビアガーデン、忘年会など職員の行事を通じて普段話せない事や悩み事など聞く時間を設けたり、いつでも相談できる環境づくりに努めている。   | ○    | ◎    | ○    |   | 法人代表者は、度々、事業所を訪れ、利用者と関わっており、職員とも話す機会を持っている。年に数回、法人主催の食事があがる。  |
| 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。  | ○    | 虐待が見過されることのないように注意を払い防止に努めている。身体的虐待だけでなく言葉の虐待についても会議で話し合っている。   |      |      |      |   |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 日々の申し送り時や職員会議などに疑問や問題点などを話し合う機会があり情報の共有化を行っている。   |      |      |      |   |   |
|                            |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見過されることの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。                                     | ○    | 職員同士でケアが適切に行われているか注意を払い発見時は管理者に報告・注意している。   |      |      | ○    | 事業所内・外の研修で虐待防止について勉強している。職員は、不適切なケアを発見した場合は、管理者に報告することと認識している。    |   |
|                            |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | 職員の勤務状態や声のトーンなど体調の変化はないか注意している。体調不良者は直ぐに病院受診を促している。疲労やストレスの兆候を見逃さないように細心の注意を払い、業務に支障がないような環境づくりに努めている。        |      |      |      |   |   |
| 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。  | ○    | 外部研修にて理解を深めている。職員会議で話し合ったり状態が変化した利用者について対応は正しくできているのか、その対応がその人にとって適切なのかじっくりと話し合っている。                          |      |      |      |   |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回開催し理解を深めている。又その都度申し送り時にも話し合っている。   |      |      |      |   |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施錠の要望があっても、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。                         | ○    | できるだけ拘束のないケアを目標に、職員間で話し合い、良い解決策はないか意見を出し合い、家族の方に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理解している。   | △    | 以前は成年後見制度を利用している利用者があったが、現在はいないので職員全員が理解しているとはいえない。   |      |      |      |   |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 利用者や家族の事情を考慮し必要な方にはパンフレットなど情報提供できるような支援体制を整えている。現在該当者はいない。  |      |      |      |   |   |
|                            |   | 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。                                     | ○    | 現在対象者はいないが、以前は制度利用者もいた。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等の連絡表などを整備しており、連携体制を整えている。                                   |      |      |      |   |   |

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。                               | ◎    | 緊急時マニュアルを作成し連絡方法など見えるところに掲載している。  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。  | △    | ホーム看護師へ直ぐに連絡し対応してもらっている。職員全員が訓練を定期的には行っていないので今後は勉強会などの開催を行ってきたい。        |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                  | ◎    | 事故発生後直ぐに報告書やヒヤリハットの報告書類を提出し職員会議などで報告・検討し再発防止に努めている。                     |      |      |      |   |
|       |                       | 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。   | ○    | 入居者の生命に関わることや病状の進行に伴い身体の機能低下などが見られる場合、細かく記録に残し安全に安心して生活できるように努めている。     |      |      |      |   |
| 47    | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。  | ◎    | 苦情対応のマニュアルを作成し、何かあれば管理者・ホーム長が連絡・対応している。                                 |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。              | ○    | 苦情が寄せられた場合は管理者・ホーム長に連絡し対応している。公共機関に相談・報告したケースは今のところない。                  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。              | ◎    | 苦情に関し速やかに検討・対策しホーム内の掲示板などに経過や結果をお知らせしている。                               |      |      |      |   |
| 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けている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                              | ○    | 日頃の会話のなかで意見や要望を聞き取るようにしている。   |      |      | △    | 運営推進会議に参加しているが、意見や要望を伝えるような場面はつくっていない。  |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつけている。(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)                          | ○    | 入居時に苦情ボックスの設置をしていることを説明、又ホーム訪問時に個別に聞き取るようにしている。                         | ◎    |      | △    | 運営推進会議に参加する家族は機会があるが、その他の家族は機会が少ない。<br>職員の声の大きさについて意見があった際には、話し合いを行い、場面に応じた声のトーンを心がけることを申し合わせた。         |
|       |                       | c   | 契約当初だけでなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。  | ○    | 入居時に重要事項説明書の中で相談窓口があることを説明している。   |      |      |      |   |
|       |                       | 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けている。  | ○    | 何でも相談できる関係作りに努めている。ホーム内のことはすべて報告し直接意見・要望・提案を聞いてもらっている。                  |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                          | ◎    | 各利用者に担当があり、1回/月の職員会議などで意見交換を行い、入居者一人ひとりの今の状態や希望なども職員全員で検討・支援できるようにしている。 |      |      | ○    | 職員は、安全管理係や買い物係などの役割を持ち、職員会議時等に意見や提案を出して検討している。  |
| 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。                                    | ○    | サービス評価の意義や目的について理解を得られるよう説明し行っている。評価だけではなく日々の介護の見直しのきっかけになるようにしている。     |      |      |      | 運営推進会議時に、評価結果を口頭で報告しているが、目標達成計画は報告していない。<br>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。                                       | △    | 評価をきっかけに、各自の介護への取り組み方や改善点を見つけより良い介護に繋げられるようにしている。                       |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。                         | ○    | 評価結果は職員会議や運営推進会議などで話し合い改善計画について意見を募っている。                                |      |      |      |   |
|       |                       | 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(市役所・地域包括支援センター・家族・地域の方が参加)などで評価結果や改善計画など報告・意見交換し改善に繋げている。        | ○    | ○    | △    |   |
|       |                       | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | ×    | 取り組みの成果の確認を継続して行っていない。  |      |      |      |   |
| 50    | 災害への備え                | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)                             | ○    | マニュアルを作成し全職員が徹底できるようにしている。防災マップを何時でも確認できるようにしている。                       |      |      |      | 運営推進会議に併せて避難訓練を行っており、地域住民などの参加者には、避難後の利用者の見守り役をお願いした。<br>今後、地域の防災訓練に参加するなどして、さらに地域との協力・支援体制づくりをすすめてほしい。 |
|       |                       | 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。                          | ◎    | 各職員の緊急連絡網の確認、1回/年は消防署と訓練を行っている。夜間想定や日中想定で行っている。                         |      |      |      |   |
|       |                       | 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。   | ○    | 消火器の設置やスプリンクラーなど消防設備は整っている。定期的な点検もできている。非常食の備蓄の充実を図り賞味期限の点検もしている。       |      |      |      |   |
|       |                       | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。                         | △    | 1回/年、消防署との消防訓練に地域の方も参加して頂き協力して頂けるようにしている。                               | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                       | f   | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等) | ×    | 地域の防災訓練には参加できていない。  |      |      |      |   |

| 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 |  |
|-----------|---------------|-------------|---|----------|--|----------|----------|----------|----------------------------|--|
| 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) | △        | 運営推進会議などでホーム利用者と一緒にリハビリ体操や顔面・口腔体操などを体験し身近なことから情報を提供しているが啓発活動などはできていない。 |          |          |          | 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           | 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。   | ○        | いつでも相談できるよう日頃から「挨拶」など近所付き合いができるようにしている。                                |          | △        | △        |                            | 運営推進会議後などに、地域の人から相談を受けることもあるが、事業所として相談支援を行うような取り組みは行っていない。 |
|           |               | 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)  | △        | 運営推進会議、ホーム行事などに参加して頂きおしゃべりできる場を提供している。                                 |          |          |          |                            |  |
|           |               | 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。   | ○        | 福祉を目指している学生やボランティアの受け入れを随時行っている。                                       |          |          |          |                            |  |
|           |               | e           | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | △        | 社会福祉協議会を通してボランティアの方に来て頂いている。又保育園と交流を図っている。                             |          |          |          |                            | ×  |