

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

(評価項目の構成)

### I. その人らしい暮らしを支える

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

### II. 家族との支え合い

### III. 地域との支え合い

### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー  
“愛媛県地域密着型サービス評価”

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

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS         |
| 所在地   | 愛媛県松山市三番町6丁目5-19扶桑ビル2階 |
| 訪問調査日 | 令和5年12月13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) | 18 | (依頼数) | 18 |
| 地域アンケート | (回答数) | 3  |       |    |

※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    | 3890500535       |
| 事業所名     | グループホーム プラチナガーデン |
| (ユニット名)  | ひだまり             |
| 記入者(管理者) |                  |
| 氏名       | 酒井 由美子           |
| 自己評価作成日  | 令和5年11月27日       |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>【事業所理念】※事業所記入<br/> <b>笑顔のある生活</b><br/>                 1. 笑顔忘れず、思いやり・安心・丁寧な介護を心掛けます。<br/>                 2. その人らしさを尊重し、一人ひとりに寄り添います。<br/>                 3. 感情を受け入れ、共感によって共有します。<br/>                 4. できることを奪わず、あたり前の暮らし作りのお手伝いをします。<br/>                 5. 家族や地域との関わりを大切にします。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入<br/>                 ・利用者の思いや暮らし方の希望や意向を職員間で共有することを目標として、介護記録や申し送りノートを活用して利用者の言葉や表情を記録に残すことに取り組んだが、職員の入れ替わりや人員不足等により、ケアを優先すると記録がおざなりになり、記録を優先するとケアが物足りない状態になってしまった。また、聞きとったことや汲み取ったことをプランに反映することもできなかった。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>                 調査訪問日、午後から誕生会を行っていた。誕生日の利用者がいるユニットに、他ユニットの利用者も集まり、誕生日の歌を歌い拍手して祝い、ケーキを食べたり、カラオケを楽しんだりしていた。会の終わりに、手締めで締めていた。金のあと、「楽しかったね」等と話しながら、自分のユニットまで戻って行く様子がみられた。「帰りたい」希望が強かった利用者について、自分の誕生会が催されたことを喜び、帰宅願望が少なくなったようなケースがある。<br/>                 ユニット間の廊下を使って歩行練習を支援するケースが多く、利用者の状態に合わせて職員がサポートに付く位置や方法を変えて支援している。調査訪問日には、職員と笑顔で会話をしながら歩行練習の様子がよくみられた。</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。   | ○    | 日々の関わりの中で傾聴、観察に努めている。  | ◎    |      | △    | タブレット端末の介護記録に、本人の言葉や表情等を記入して把握に取り組むことになっているが、記入量は少ない。現在は、管理者が利用者について「これからどんな生活したい？」等と聞き取っている。   |
|                         |  | b   | 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。   | ○    | 性格や好み、これまでの生活歴などの把握に努め検討している。                                  |      |      |      |   |
|                         |  | c   | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | △    | ご家族と話し合うことはある。   |      |      |      |   |
|                         |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | △    | 本人の好きなことやしたいことを口頭での申し送りや職員連絡ノートで共有している。                        |      |      |      |   |
|                         |  | 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。   | △    | 職員だけの話し合いにとどめず、コミュニケーションの際に本人の思いや意見を聞くよう努めている。                 |      |      |      |   |
| 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。 | ○    | 入居前に聞き取りを行い、入居前情報として周知に努めている。入居後も会話を通して情報収集をしている。              |      |      | ○    | 入居時に、本人、家族に聞いて、フェースシートの生活歴欄に趣味や性格、職業などを記入している。その後は、管理者が、得た情報を赤字で追記している。   |
|                         |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態(身体面・精神面)や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                         | ○    | 日々の小さな変化を報告し合い、把握に努めている。                                       |      |      |      |   |
|                         |  | c   | 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に努めている。(生活環境・職員のかかわり等)                    | ○    | 個別の生活のリズムを尊重し、健康状態も考慮して支援している。                                 |      |      |      |   |
| 3                       | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 普段の会話の中で本人の思いを汲み取り、出来る限り本人視点での話し合いを行っている。                      |      |      | ○    | ユニット会やサービス担当者会議(利用者も同席することがある)時には、管理者が聞き取った利用者や家族からの情報をもとに検討している。   |
|                         |  | b   | 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の把握に努めている。   | ○    | 担当者会や毎月のユニット会で利用者個々の課題について検討している。                              |      |      |      |   |
| 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。   | △    | 本人がどうなりたいか、どのような生活がしたいか等を聞き取り、出来る限り本人の思いを反映した介護計画の作成に努めている。    |      |      |      |   |
|                         |  | 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。               | ○    | 本人やご家族の思いや意見を含めて、担当者会やユニット会で話し合い、介護計画を立てている。                   | ◎    |      | ○    | サービス担当者会議の内容をもとにして介護計画を作成している。管理者は、家族に、「利用者との関係を切らないでください」と話し、連絡や報告を細やかにし、相談しながら取り組んでいる。食欲が低下した利用者について、主治医と相談して、本人の好きなプリンなどを家族に用意してもらい支援したような事例がある。 |
|                         |  | 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。  | ○    | 本人やご家族の思いや意見を含めて、担当者会やユニット会で話し合い、介護計画を立てている。                   |      |      |      |   |
|                         |  | 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。   | △    | 医療機関との協力体制について盛り込んで介護計画を立案しているが、ご家族の協力体制について計画にはほとんど盛り込まれていない。 |      |      |      |   |
| 5                       | 介護計画に基づいた日々の支援                                   | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。  | ○    | 個人ファイルで介護計画を確認し、介護計画に添って、日々モニタリングを行っている。                       |      |      | △    | 個人ファイルに介護計画書(用紙)を綴じて共有している。新たに計画を作成した際には、職員が記録などの際に使用するテーブルに置いている。さらに、すべての職員が計画を理解するための取り組みに工夫してほしい。  |
|                         |  | 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個別具体的に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。                     | ○    | 介護計画に添って支援し、日々モニタリングを行い、担当者会で結果や今後について話し合いを行っている。              |      |      | △    | 毎日、タブレット端末のモニタリング結果に実践できたかを○△×で入力している。具体的な記録は、タブレット端末の介護記録に記入するようになっているが、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。  | ○    | 介護計画の期間や状態変化に応じて担当者を開催し、見直しを行っている。   |      |      | ◎   | 利用者の状態により、3~6か月ごとに見直しを行っている。介護計画の期限前には、タブレット端末に計画見直しの何日前ですと表示される。  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 日々のモニタリングや申し送り、毎月のユニット会で現状確認を行っている。  |      |      | ○   | 毎月のユニット会時には、介護計画の内容にこだわらず、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。   | ○    | 状態変化があった場合は、担当者により現状の話し合いの場を設け、ご家族に相談のうえで介護計画の見直しを行っている。   |      |      | ○   | この一年間では、退院時に身体機能の低下がみられた利用者について、計画を見直したような事例がある。   |
| 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。  | ◎    | 毎月ユニット会と職員会を行い、利用者個々の課題や解決策について話し合っている。  |      |      | ◎   | 毎月、職員会(2ユニット合同で勉強会がメイン)を終えてからユニット会を行っており、議事録を作成している。   |
|                  |                         | 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。   | ◎    | 話しやすい雰囲気づくりに努め、個々の発言の機会を設けている。   |      |      |   |  |
|                  |                         | 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、工夫するとともに、参加できない職員にも内容を正確に共有している。   | ○    | 職員会やユニット会の開催を概ね毎月4日金曜日と決め、プライベートの予定が立てやすいようにして、できる限り多くの職員が参加できるようにしている。                                |      |      | ○   | 毎月、第4金曜日、17時45分~法人全体の勉強会、職員会、ユニット会の流れで行うことを決めている。現在、職員の参加は6割程度にとどまっているようだ。議事録は、個々に確認して、サインするしきみをつくっている。  |
| 8                | 確実な申し送り、情報伝達            | a   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)  | ◎    | 口頭での申し送り、共有ノートで行っている。事故報告書や会議録については事務所に回覧書類置き場を決め、出勤時に確認するようにしている。                                     | ◎    | ◎    | 申し送りノートで伝達しており、職員は、出勤時に内容を確認してサインをするしきみをつくっている。 |  |
| <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。  | △    | 利用者一人ひとりの日々のしたいことの把握ができていないが、出来る限り把握に努め、それを叶える努力をしている。   |      |      |   |  |
|                  |                         | 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らせている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ○    | 日常生活の様々な場面で選択の機会を設けている。  |      |      | ○   | レクリエーションは、何をするか利用者を選んでもらうようにしている。行事等は、数種類の飲み物を用意して選んでもらうようにしている。   |
|                  |                         | c   | 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)   | ○    | できる限り利用者一人ひとりのペースを尊重している。  |      |      |   |  |
|                  |                         | d   | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ)を引き出す言葉や声かけや雰囲気づくりをしている。  | ◎    | 性格や好みに応じて言葉や声かけを工夫したり、レクリエーションや行事の立案により楽しい雰囲気作りを努めている。   |      |      | ◎   | 調査訪問日、午後から誕生会を行っていた。誕生日の利用者がいるユニットに、他ユニットの利用者も集まり、誕生日の歌を歌い拍手して祝い、ケーキを食べたり、カラオケを楽しんだりしていた。会の終わりに、手締めで締めていた。会のあと、「楽しかったね」等と話しながら、自分のユニットまで戻って行く様子がみられた。「帰りたい」希望が強かった利用者について、自分の誕生会が催されたことを喜び、帰宅願望が少なくなったようなケースがある。 |
|                  |                         | e   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。  | ◎    | 意思疎通が困難であっても必ず声掛けを行い、表情観察により本人が笑顔や穏やかな表情で過ごすことができるように支援している。   |      |      |   |  |
| 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。(人前であらかじめ介護や誘導の声かけをしないよう配慮、目立たずさりげない言葉かけや対応等)                          | ○    | 個人の尊厳を損なわず、個人を尊重したケアの実践について、職員会や朝礼等で繰り返すことで意識付けを行っている。また、口調や表情、言葉遣いに気を付けているが、声が大きくなったりして配慮不足と感じる場面もある。 | ○    | ◎    | ◎   | 毎月行法人全体の勉強会は、必ず4月に倫理規定、プライバシー保護についてをテーマに行っている。また、職員会(勉強会メイン)時にも学んでいる。管理者は、日々のケアの場を捉え「なぜ行のか」「なぜ行っていないか」等、支援の理由を説明しながら職員の理解につなげている。  |
|                  |                         | b   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。   | ○    | 居室やトイレ、脱衣場の戸を閉めることを周知し、プライバシーに配慮して介助を行っている。  |      |      |   |  |
|                  |                         | c   | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。  | ○    | 入室する際はノックを欠かさず、不在の際にも声掛けを行って入室させて頂いている。ノックや声掛けをしていないのを見かけた場合は都度指導している。                                 |      |      | ○   | 管理者は、利用者に声をかけてから入室していた。  |
|                  |                         | d   | 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。  | ◎    | 守秘義務や個人情報漏えい等について就業規則に定め、コンプライアンス指導を行うことで、理解と遵守に努めている。   |      |      |   |  |
| 11               | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者に向けても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。  | ◎    | 人生の先輩として様々な場面で傾聴し、感謝の言葉かけを忘れないようにしている。   |      |      |   |  |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。  | ○    | 理解したうえで、利用者同士が協力や譲り合いにより、仲良く穏やかに過ごせるよう支援している。  |      |      |   |  |
|                  |                         | c   | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等) | ○    | 利用者同士で円滑なコミュニケーションが図れている時には見守りを行い、時には職員が間に入り、交流の懸け橋になれるよう努めている。  |      |      | ○   | 食事時、食べ方が気になるような利用者と同じテーブルの場合は、机上のバーテーションにカフェカーテンを付けて見えないようにしていた。   |
|                  |                         | 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不安や支障を生じさせないようにしている。   | ○    | 声掛けや傾聴によりトラブルの解消に、座席の配慮や会話の橋渡しにより回避に努めている。   |      |      |   |  |
| 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や馴染みの場所などについて把握している。   | △    | 入居前の聞き取りや入居後の関わりの中で、生活歴や家族との関係性は概ね把握しているが、馴染みの場所や友達等の人間関係についてはあまり把握できていない。                             |      |      |   |  |
|                  |                         | b   | 知人や友人等が気軽に訪れたり、本人が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ったりなど、これまで大切にきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。  | △    | コロナウイルス感染症の影響により面会制限等をしており、ご家族から連絡して頂いた方のみ予約制で面会を行っており、気軽とは言えない。                                       |      |      |   |  |
| 13               | 日常的な外出支援                | a   | 利用者(および意思表示が困難な場合はご家族)の希望に沿って、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む)                      | ×    | 外出及び面会制限をしており、いつでも誰でも外出や面会ができる状況ではなく、外出や面会時でもゆっくり過ごすことはできていない。   | ×    | ○    | ×   | 法人の方針で外出を制限している。病院受診が外出の機会となっている。春には、ベランダにテーブルを出して花見をしたが、戸外で過ごすことはほほよい状況にある。さらに、時期をみて散歩やひなたぼっこ、また、ドライブなどは支援できないだろうか。戸外で過ごす機会をつくり利用者、職員の気分転換を図ってほしい。  |
|                  |                         | b   | 家族、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。  | ×    | 病院受診以外の外出はできていない。ボランティア等への協力依頼もしていない。  |      |      |   |  |

| 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  |   |
|-------|---|-----|---|------|---|------|------|--|---|---|
| 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。                       | ○    | 認知症の勉強会を開催し、認知症について、認知症ケアについて指導を行っている。精神状態に変化があれば要因を探り、不安が少なく穏やかに過ごせるように支援している。   |      |      |  |   |   |
|       |   | 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。  | ○    | 出来ることを奪わず、能力の維持向上に繋がるように声掛けや介助を行っている。   |      |      |  | ユニット間の廊下を使って歩行練習を支援するケースが多く、利用者の状態に合わせて職員がサポートに付く位置や方法を覚えて支援している。調査訪問日には、職員と笑顔で会話をしながら歩行練習する様子がよくみられた。  |   |
|       |   | 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)                             | ○    | 近位にて見守りをしたり、一緒に行ったりしている。  | ◎    | ◎    | ◎  | 昼食後、職員は、テーブル席で過ごす男性利用者のところに、洗った配膳トレーを持って行き、拭く作業をお願いしていた。  |   |
| 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。                                     | ○    | 個別に状況や状態を把握し、楽しみや役割を持って頂けるように努めている。   |      |      |  | お楽しみ会を月に1回行っており、その都度、担当職員を配置して、利用者が喜びそうな内容を企画している。  |   |
|       |   | 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、ホームの内外で一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。               | ○    | 利用者個々のADLや性格を考慮し、行事やレク活動を通して全体で楽しむ場を作ったり、家事活動等で個別に役割や出番を作っている。                    | ○    | ○    | ○  | 月に1回、フラワーアレンジメントに取り組み機会をつくっており、利用者は個々にオアシスに花を盛り、自室に飾っている。   |   |
| 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。  | ○    | 更衣時には自分で服を選んで頂き、新聞広告や雑誌と一緒に見て好きな物を言い合ったりして本人の好みの把握に努めている。                         |      |      |  |   |   |
|       |   | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みに整えられるように支援している。  | ◎    | 持ち物や服装は本人の好みを尊重し、希望に応じて理美容のサービスを利用している。   |      |      |  |   |   |
|       |   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 表情観察等をしながらか本人の気持ちに寄り添う支援に努めている。   |      |      |  |   |   |
|       |   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ◎    | 季節や行事により本人の希望を聴き、その人らしさを尊重している。   |      |      |  |   |   |
|       |   | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)  | ○    | 声掛けの仕方にも注意しながら清潔に過ごすことができるよう配慮している。   | ◎    | ◎    | ○  | 利用者それぞれが季節に応じた清潔で似合う洋服を着て過ごしていた。  |   |
|       |   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。   | ○    | 訪問理美容を利用されており、カット、パーマ、カラー等何をするかは自分で決めている。   |      |      |  |   |   |
| 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。                                | ◎   | 体調不良時以外は日中着への更衣を行い、散髪を定期的に行っている。  |      |   |      | ○    | 毎月、訪問理美容が来ており、利用者全員が利用している。散髪の頻度は、利用者に関心ながら支援している。衣類は家族が用意したものの中から選んで着ている。                                 |   |   |
| 17    | 食事を楽しむことのできる支援  | a   | 職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。   | ○    | 食事の意味や大切さを理解して、一連のプロセスを一緒にやっている。  |      |      |  |   |   |
|       |   | b   | 買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。   | △    | 盛り付け片付けは毎日一緒に行っている。行事の際には希望を聞いて献立を立て、一緒に調理を行っている。                                 |      |      | △  | 毎食、建物内の法人厨房で調理した食事を利用者と一緒に厨房まで取りに行っている。月に1回は「ご飯作り」の日を設けており、厨房で食材を揃えてくれて、事業所で利用者と一緒に調理をしている。普段の利用者との会話の中で食べたいものを聞いておき、献立に採り入れている。料理をしたい車いすの男性には、座ったままで行えるようにテーブルで野菜を切ってもらっている。 |   |
|       |   | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。                                       | ○    | その人の出来ることを把握し、力を発揮する場を設けている。  |      |      |  |   |   |
|       |   | d   | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。  | ○    | 禁止食材については入居前に確認している。また好みの把握に努めている。  |      |      |  |   |   |
|       |   | 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て、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔ながらの味を取り入れている。                        | ○    | 行事の際には利用者の希望を聞き、季節感を感じられるような献立を考えている。   |      |      |  | ○   | 厨房から決まった献立で食事が届くため、季節の献立を探り入れることが難しいが、月に1回の「ご飯作り」の日には、誕生日会と併せたり、行事食にしたりしている。アレルギーについては、事前に法人の管理栄養士に伝えており、代替食材やメニューで対応してくれている。 |
|       |   | 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て調理方法として、おいしそうに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) | ○    | 料理に応じて、いろどりや食べやすさに配慮している。嚥下や咀嚼状態に応じては軟食やミキサー食での対応となっている。                          |      |      |  |   |   |
|       |   | g   | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。   | ○    | 自宅から食器類を持参された利用者には自身の食器で提供し、持参されていない利用者には、事業所で用意した物を使いやすいもの、馴染みのものとなるよう使用して頂いている。 |      |      |  | ○   | 事業所で用意している食器等を共用で使用しているが、茶碗は、利用者の状態に応じて個別のものにしている。  |
|       |   | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事と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。                | △    | 共に食事はしていないが、席に着き見守りや声掛け、介助にてサポートしている。   |      |      |  | △   | 職員は、食事介助してから順番に各自で持参した弁当を別の場所で食べている。  |
|       |   | 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。                            | ○    | 食事前にはホールに出て来て頂き、声掛けを行ったり配膳の様子を見て頂いたりして雰囲気を味わって頂いている。                              |      |      | ◎  | ○   | 利用者の嚥下状態や咀嚼状態に応じて、厨房で柔らかく食やミキサー食で準備してくれている。食事介助は、献立を伝えながら行っている。月1回の「ご飯作り」の日には、料理をつくる音やにおいがする。                                 |
|       |   | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                   | ○    | 病状やその時の体調に合わせて考慮している。摂取目標があれば達成に向けて工夫して声掛けや介助をしている。                               |      |      |  |   |   |
|       |   | k   | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                        | ○    | 好みのものを提供したり、提供時間や回数の調整等で工夫している。   |      |      |  |   |   |
| 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。 | ×   | 嚥下状態や水分摂取量等について相談はしているが、行事食以外の調理方法やバランスについては同一敷地内の栄養士に任せている。                                    |      |   |      | △    | 月1回の併設事業所との給食委員会に管理者が参加して、残食が多かった献立や固くて食べにくそうにしていた物などについて伝えている。職員で定期的に、献立のバランス、調理方法などについて話し合うような機会は持っていない。 |   |   |
| m     | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。                | ◎   | 食器、調理器具の洗浄、提供時間厳守を徹底している。   |      |   |      |      |  |   |   |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------|----------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 18    | 口腔内の清潔保持       | a   | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。   | ○    | 理解しており、食後の口腔ケアを徹底している。   |      |      |      | 口腔ケア時に目視している。異常を発見したり、本人からの訴えがあれば確認して歯科往診につなげている。   |
|       |                | 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。   | ○    | 食事の摂取状況や口腔ケア時の観察により舌磨きを推奨したり、訪問歯科診療を受けたりしている。                      |      |      | ○    |   |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。   | ○    | 訪問歯科診療により個別に指導を受けている。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ○    | 自立している方でも、磨き残し等がないか後で確認を行っている。                                     |      |      |      |   |
|       |                | 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、歯科医の受診等)                      | ○    | 自立を妨げないよう見守りや声掛け、介助を行い口腔内の清潔に努めている。不具合等があれば、訪問歯科診療等により改善を図っている。    |      |      | ○    |   |
| 19    | 排泄の自立支援        | a   | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。                        | ○    | 安易におムツ等を使用せず、排泄意や間隔の観察により利用者が出来る限りトイレで排泄が行えるよう支援している。              |      |      |      | トイレでの排泄を基本と考えており、立ったり歩いたりする機会を多くつくり、排泄の自立支援にもつなげている。尿失禁が増え、その都度、布パンツを捨ててしまうような利用者について、本人に相談して紙パンツを一週間程度試してみても、感想を聞き支援したような事例がある。ユニット会時に利用者の排泄状況について話し合い、支援や排泄用品を見直している。   |
|       |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。  | ○    | 理解しており、運動量や水分摂取量の確保に努めている。   |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)   | ○    | 基本的な排泄パターンを把握しているが、下剤服用時等には把握できないこともある。                            |      |      |      |   |
|       |                | d   | 本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々状態にあった支援を行っている。                             | ○    | 状態に応じて相談や話し合いを行い、適切な支援ができるよう努めている。                                 | ◎    | ◎    |      |   |
|       |                | 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。  | ◎    | 日々、観察を行い、ユニット内で話し合ったり、協力医や主治医への報告や相談をして改善を図っている。                   |      |      |      |   |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。  | ○    | 把握している排泄パターンに応じて声掛けや誘導を行っている。訴え時等の随時の対応もしている。                      |      |      |      |   |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういった時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | ○    | ご家族へ状況説明を行い、話し合いの後、個々の体型や状態に合わせてものを時間帯も考慮して選んでいる。                  |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ○    | 状態や時間帯によって使い分け、変化に応じて再検討をしている。                                     |      |      |      |   |
|       |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)  | ○    | 腹部マッサージや体操、茶寒天の提供などであるべく自然排便を促している。                                |      |      |      |   |
| 20    | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)。  | △    | 時間帯や回数については変更が難しい時もある。   | ◎    |      | ○    | 週2回、午後からの入浴を支援している。重度な状態になっても入浴できるような設備が揃っている。利用者の中には、自分専用の洗面器にシャンプーやせっけんを入れておき、入浴時に自分で持って行き使用する人がいる。   |
|       |                | b   | 一人ひとりが、つろいだ気分に入浴できるよう支援している。  | ◎    | 機械浴、一般浴、個室の中で利用者個々の入浴スタイルや希望、身体状況に合わせて入浴支援を行っている。                  |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。  | ◎    | 出来ることを奪うことがないよう、見守りを行い、できない部分の支援を行っている。                            |      |      |      |   |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。  | ◎    | 声掛けのタイミングに配慮したり、同性介助するなど工夫している。希望により清拭を行うこともある。                    |      |      |      |   |
|       |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。  | ◎    | 入浴前にはバイタル測定にて一般状態の確認を行い、体調を考慮している。また、入浴後の水分補給や状態観察も行っている。          |      |      |      |   |
| 21    | 安眠や休息の支援       | a   | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。   | ◎    | 基本的な睡眠パターンは把握している。   |      |      |      | 薬剤を使用する利用者については、主治医に日中、夜間の様子を伝え、相談しながら支援している。入眠導入剤を使用していた利用者で、夕方になると「帰る」「どこかに連れて行ってください」と等と落ち着かない状態がみられる人がおり、入眠導入剤から安定剤使用に変更して状態が落ち着き、ひいては、安眠にもつながったような事例がある。「足元が冷えて眠れない」人には、就寝前に湯たんぽで布団の足元を温めておくようしている。22時くらいに、まだ寝ていないような利用者には、温かい甘酒やホットミルクを用意してゆっくり休めるよう支援している。 |
|       |                | 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。  | ○    | 日中の状態観察を行い、活動量を増やす等の日中の過ごし方を随時検討している。                              |      |      |      |   |
|       |                | c   | 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。  | ○    | 日中の過ごし方や精神状態等を考慮してユニット内で話し合っている。様々な検討や支援を行ったうえで、定期受診時に医師に相談を行っている。 |      |      | ◎    |   |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。  | ◎    | 利用者個々の希望や体調に合わせて休息や臥床の時間を設けている。                                    |      |      |      |   |

| 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  |  |
|-------------------------|-------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|--|
| 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。   | ◎    | 希望時には行えるようにしている。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | 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。   | ◎    | 一緒にご家族宛のハガキを作成したり、会話中に「電話してみますか」と声掛けしたりしている。                                      |      |      |      |   |  |
|                         |                   | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ◎    | 希望時には行えるようにしている。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | d   | 届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。   | ◎    | 届いた際には本人にお渡ししている。   |      |      |      |   |  |
|                         |                   | 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。   | ○    | ご家族には理解して頂いており、ご家族の仕事が終わってから電話を頂き本人に取り次ぐこともある。                                    |      |      |      |   |  |
| 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。  | ○    | 自分でお金を所持して、管理したり使ったりすることの大切さを理解している。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | b   | 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。  | △    | 病院受診時におやつ等を買われる方もいるが、ほとんどの利用者は買い物には行っていない。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | c   | 「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。   | ○    | 本人の意向を踏まえたうえで、ご家族と相談してお金を所持している利用者もいる。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | d   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | ◎    | 入居時に所持金の管理について話し合っている。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | e   | 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)。   | ○    | 施設で立て替え、月々の利用料の請求時に内訳を記載して請求させて頂いている。   |      |      |      |   |  |
| 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。   | ○    | 様々な事情や状況、希望を踏まえて話し合いを行ったり、事業所から提案したりして柔軟なサービス提供を行っている。                            | ◎    |      | ○    | 家族が病院受診に付き添う際には、利用者の普段の様子や症状を書いた手紙やバイタル表を用意している。家族の事情などによっては、病院受診を職員が送迎したり、同行したりしている。   |  |
| <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、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。  | ○    | 現在は出入りを制限しているが、事業所の玄関に季節の飾り付けをしたり緑や花を置いて殺風景にならないよう工夫している。                         | ◎    | ◎    | ○    | 1階玄関は、併設事業所と共用で、気軽に出入りができる。事業所へは、エレベーターで行き来するようになっており、事業所は2階で、エレベーターを降りると、オープンな職員室があり、カウンターにはクリスマスの小物を飾っていた。                              |  |
| 26                      | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁・子供向けの飾り付けをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設えになっていないか等)。                                    | ○    | 壁等に飾り付けをし、テレビ前にソファを置くことでくつろげる空間を作り、アットホームな雰囲気づくりをしている。過度な飾り付けになっていることもあり、指導をしている。 | ◎    | ◎    | ◎    | 2階に位置する事業所ではあるが、居間は、窓が大きく外の様子がよく見え、ベランダに出られるなど開放感がある。テレビを囲み、ソファを配置しており、調査訪問日の午後には、録画したの自慢をみながら観ていた。中にはソファで横になり昼寝する人がいた。                   |  |
|                         |                   | b   | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。  | ○    | 毎日掃除を行い、臭いに配慮している。調光にも気を配り、清潔感があり、温かい雰囲気づくりに努めている。                                |      |      | ◎    | 共用空間は、掃除が行き届き、気になる音や臭いは感じなかった。現在、空調の工事中であった。  |  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 季節の行事の開催、季節の生花や飾り付けにより季節を感じて頂き、ゆったりした空間で居心地良く過ごせるよう工夫をしている。                       |      |      | ◎    | 理事長が絵画等を事業所の各所に飾ってくれている。調査訪問日には、クリスマスの飾り付けをしていた。居間の壁には、はっきりした文字盤の時計と、その下に、カレンダーをかけていた。ユニットによっては、過ぎた日に利用者が、赤色で○を付けていた。カラオケ機器をテレビの近くに置いている。 |  |
|                         |                   | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。   | ○    | ソファの位置やテーブルの配置に配慮し、状況に応じた空間づくりを心掛けている。  |      |      |      |   |  |
| 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ものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | ○    | 馴染みの家具や寝具など持参して頂いている。   | ◎    |      | ○    | 各居室に洗面所とトイレがついており、車いすでも使用できる広さになっている。テレビを持ち込んでいる人は、午後からテレビを見ながら昼寝をしていた。フラワーアレンジメントで活けた花を飾っている。  |  |
| 28                      | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、混乱や失敗を防ぎ、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。  | ○    | 出来る限り自立を妨げないよう、動線を考えたり危険な箇所、物はないかに配慮している。   |      |      | ○    | 共用空間は、利用者の動線にはものを置かず、シンプルにして居室から近い場所にテーブル席を設けるなどして利用者個々に分かるようにしていた。   |  |
|                         |                   | b   | 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)  | △    | 個々の居室には、馴染みの物を置きつつも使える状態の方もいるが、共用スペースでは必要な時に出している。                                |      |      |      |   |  |
| 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)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害(鍵をかけられ出られない状態に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)を理解し、日中は玄関に鍵をかけなくても済むように工夫している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等) | △    | 理解はしているが、複合型施設のためエレベーター等が暗証番号で管理されており、事業所玄関から自由に出て行くことはできない。ユニット間の往来は自由にできている。    |      | ◎    | ◎    | △   | 玄関に鍵をかけることの弊害について学ぶような機会は特につくっていないが、職員は理解をしているようだ。建物1階の共用玄関は開錠しているが、事業所への出入り口となるエレベーターは、暗証番号で開けるようになっているため、利用者は自由に入居はできない。法人の方針で外出(1階まで降りることも含む)を制限している。 |
|                         |                   | 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設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。   | ○    | ご家族は、現在の施設の状況を理解されており、暗証番号による管理は納得されている。自由を阻害している訳ではないことも理解している。                  |      |      |      |   |  |
| <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。  | ○    | 個別ファイルや申し送り等で周知している。また、服薬等の変更があった時にも受診記録の確認にて周知している。                              |      |      |      |   |  |
|                         |                   | 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。   | ○    | 日々の状態観察により異常時の早期発見に努め、ipadで記録している。  |      |      |      |   |  |
|                         |                   | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等いつでも気軽に相談できる関係を築き、重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。   | ○    | 協力医療機関や訪問看護師と相談のできる関係性を築き、連携して早期対応に努めている。   |      |      |      |   |  |

| 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   |
|-------|------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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。   | ◎    | 入居前に希望する受診先や入院先を聞き、希望に添って対応している。  | ◎    |      |      |  |
|       |                  | b   | 本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                    | ◎    | 報告相談を重ね、連携を大切にしている。   |      |      |      |  |
|       |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ◎    | 定期通院に関しては出来る限りご家族にも付き添って頂けるよう依頼している。付き添いができない時でも受診結果は報告を行っている。                |      |      |      |  |
| 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。  | ◎    | 介護サマリーにて入居中の状態や入院に至った経緯、病歴、服薬情報等の情報提供を行っている。                                  |      |      |      |  |
|       |                  | 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、日頃から病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | 入院中は電話連絡にて密な情報交換を行い、早期退院の調整や関係性づくりに努めている。また、待機者等の問い合わせにも丁寧に対応している。            |      |      |      |  |
| 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。 | ◎    | 訪問看護師来所時や必要に応じて電話連絡を行い、報告・相談を行っている。   |      |      |      |  |
|       |                  | b   | 看護職も訪問看護師、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。   | ◎    | 1階に協力医療機関があり、気軽に相談や受診ができる。また、訪問看護師に24時間連絡ができ、報告や相談ができる体制を整えている。               |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                                       | ◎    | 主治医、協力医、訪問看護師等との協力体制ができており、ささいな体調変化でも報告や相談を行っている。                             |      |      |      |  |
| 34    | 服薬支援             | a   | 職員は、利用者及使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解し、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。                            | ○    | 個別ファイルに処方説明書や採血結果等をファイリングして、受診記録で変更点等も確認している。また、その旨をご家族や訪問看護師に報告している。         |      |      |      |  |
|       |                  | b   | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ○    | 服薬準備から服薬まで必ず二人で確認するようにしている。   |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                       | ◎    | 日々、心身状態の観察を行い、個別に記録している。  |      |      |      |  |
| 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。                           | ○    | 入居前、状態変化時に終末期についての意向確認を行っている。   |      |      |      | 入居時、家族に終末期の意向を聞き、状態変化時や要介護度が4や5に上がった時に、「特養へ移る希望があるか」を聞くようにしている。「事業所で最期まで」と家族が希望する場合は、今後の支援について説明を行い、方針を共有している。事業所では、最期までみなと一緒に過ごせるような支援に心がけ、できるだけ日中は着替えて過ごせるような支援にも努めている。この一年間では、利用者の入退居はなかった。 |
|       |                  | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                   | ○    | 本人、ご家族の希望を最優先し、かかりつけ医や協力医に相談しながら方針を決定し、決定した方針を事業所に共有している。                     | ○    | ○    |      |  |
|       |                  | 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。  | ○    | 終末期の対応について説明を行い、職員の日常業務を観察して、支援できる範囲の見極めを行っている。                               |      |      |      |  |
|       |                  | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。   | ○    | 職員の力量やできること・できないことの見極めを行ったうえで、本人やご家族に説明を行い、了承を得ている。                           |      |      |      |  |
|       |                  | 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。    | ◎    | 終末期におけるチームケアの体制を整えており、連携して支援している。   |      |      |      |  |
|       |                  | 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)   | ◎    | 終末期の利用者ご家族の心情の理解に努めている。   |      |      |      |  |
| 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、肺炎、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。                            | ○    | 定期的に全体職員会やグループホーム勉強会にて学んでいる。  |      |      |      |  |
|       |                  | 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。                        | ○    | 定期的に全体職員会や勉強会にて感染症発生時や予防の対応について、連絡やガウン・ネック等の手順について学んだり、再確認したりしている。            |      |      |      |  |
|       |                  | 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、随時対応している。                       | ○    | 月1回、感染委員会で発生状況について話がおり、書面にて確認している。  |      |      |      |  |
|       |                  | d   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。  | ◎    | 職員は出勤時や外出後の手洗いうがいを徹底し、利用者は外出後や口腔ケア時に行っている。来訪者にはエレベーターに乗る前に手指消毒とマスク着用をお願いしている。 |      |      |      |  |

| 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  |  |  |
|----------------------|---|-----|--|------|---|------|------|------|---|--|--|
| <b>II. 家族との支え合い</b>  |   |     |  |      |   |      |      |      |   |  |  |
| 37                   | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援                                      | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。   | ○    | ご家族と相談し合える相互の関係性、信頼関係の構築に努めている。   |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | b   | 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、家族同士の交流)  | ×    | 面会制限をしており、ホーム内での活動となっており、ご家族は参加されていない。  | △    |      | ×    | 現在、建物内2階のエレベーター前のスペースで面会は可能であるが、家族が事業所の活動に参加するような取り組みは行っていない。さらに、家族の希望等も聞きながら、時期をみて取り組みに工夫してはどうか。 |  |  |
|                      |   | c   | 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、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)                             | ○    | 来訪時や電話連絡にて近況報告を行ったり、相談を受けたりしている。  | ◎    |      |      | ○   | 管理者が、電話で詳細に報告を行っている。受診前後には、お互いに電話連絡をしている。オンライン面会を利用する家族がいる。利用者別に写真のアルバムをつくっており、居室に置いている。面会時に見ってもらうようなこともある。                  |  |
|                      |   | d   | 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)  | ○    | 認知症の進行等についてご家族に説明を行っている。関係性に不安のある方に関しては、本人やご家族の希望により来訪時、受診時等付き添いを行い、間を取り持つようになっている。 |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | e   | 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)  | △    | あまり報告はできていない。質問があった時にはお答えしている。  |      |      | ×    |   | ×  | 電話連絡の際に、行事の様子などについても話している。運営推進会議に参加する家族は、報告書で運営に関する内容について報告を受けるが、その他の家族は報告を受ける機会がほとんどない現状にある。さらに、家族アンケートをみると、事業所理念を知らないような家族が多いことがわかる。運営に関する報告についての取り組みを積極的にすすめてほしい。 |
|                      |   | f   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。  | ○    | 入居時に高齢者のリスクについて説明を行い同意を得ている。  |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | g   | 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うことで、居心地よく安心して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) | △    | 事業所ユニットで過ごされることはないが、来訪時には必ず声掛けを行い、来訪頻度に合わせて電話連絡も行っている。                              |      |      |      |   | ○  | 管理者は、家族の来訪時や電話連絡時に意見や要望はないか聞いている。また、利用者の受診に家族と一緒に付き添う際聞いている。   |
| 38                   | 契約に関する説明と納得   | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。(食費、光熱水費、その他の自己負担額、敷金設定の場合の償却、返済方法等)   | ◎    | 入居時に契約書等を見ながら説明を行い、途中で理解・納得について確認をしている。解約時は、状況に応じて都度説明を行っている。                       |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | 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。   | ◎    | 退居先の担当者との話し合いの場を持ち、利用者や家族が不安感なく退居先に移ることができるよう支援している。                                |      |      |      |   |  |  |
| <b>III. 地域との支え合い</b> |   |     |  |      |   |      |      |      |   |  |  |
| 39                   | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、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。  | △    | 短期入所生活介護からの転換事業であり、開設前には地域の居宅介護支援事業所や自治会長宅を訪問し、説明を行った。                              |      | ◎    |      |   |  |  |
|                      |   | 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)                                 | ×    | 面会・外出制限をしているため、繋がりはあまりないが、職員が出退勤時に近隣の方と出会う時に挨拶はしている。                                |      | △    | ×    | 秋祭りは玄関で見物したようだが、この一年間で利用者が地域の人と関わる機会は持っていない。  |  |  |
|                      |   | 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。   | ×    | 面会・外出制限により、地域の方と交流する機会がなくなっている。   |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | ×    | 面会・外出制限により外部の方の接触を制限しており、地域の方が気軽に立ち寄ることはできない。                                       |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | 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。  | ×    | 面会・外出制限により外部の方の接触を制限しており、地域の方が気軽に立ち寄ることはできない。                                       |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)  | ×    | 地域との交流はできておらず、働きかけもできていない。  |      |      |      |   |  |  |
|                      |   | g   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得て、安全で豊かな暮らしができるよう、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)。                    | △    | 同一施設内の他事業所との協力体制はできているが、外部に関しては、あまり積極的な働きかけはできていない。                                 |      |      |      |   |  |  |
| 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。   | △    | 2か月に1回開催している。   |      | △    |      | ○   | 令和5年2月から自治会長・民生委員・家族代表、市の担当者の参加を得て集まる会議を行っている。4月の会議のみ利用者1名が参加した。   |  |
|                      |   | 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)について報告するとともに、会議で出された意見や提案等を活かした結果等も報告し、議事録を公表している。                          | ×    | 前回の外部評価実施後、結果報告を行い、今後の目標や取り組みについて話したが、経過報告はできていない。事業所の行事等の報告は行っている。                 |      |      | ◎    | ○   | 会議では、利用者の入退居、事故・ヒヤリハット、行事報告、身体拘束、虐待について報告を行っている。メンバーから事故報告について質問があった際には、管理者が状況や、今後の取り組みを説明した。外部評価実施後は、評価結果と目標達成計画について説明している。 |  |
|                      |   | c   | 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。  | △    | 概ねメンバーは固定されており、日程や時間帯については、会の最後に次回開催日について確認している。                                    |      |      |      | ◎   |  |  |

| 項目No.               | 評価項目   | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと                                   |
|---------------------|--|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| IV.より良い支援を行うための運営体制 |  |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 41                  | 理念の共有と実践   | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                           | ◎    | 理念を念頭に置いて日々の業務に取り組んでいる。                                  |      |      |      |  |
|                     |  | 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。   | △    | 事業所玄関にあたるエレベーター横に掲示している。                                 | △    | ◎    |      |  |
| 42                  | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービスの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。   | △    | 法人研修計画により勤務年数に応じた法人内研修を実施し、法人外研修にも力量に応じて参加できるようにしている。    |      |      |      |  |
|                     |  | 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。   | ○    | 半年に1回自己評価を行い、その後に個人面談を行い目標設定をしている。                       |      |      |      |  |
|                     |  | 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。                                    | ○    | 出来る限り働きやすい職場環境の整備に努めている。職員個々の勤務状況等も把握している。               |      |      |      |  |
|                     |  | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加)       | ×    | 外部交流の機会を作れていない。  |      |      |      |  |
|                     |  | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ○    | 年に1回ストレスチェックを実施している。また、個別に声を掛け話を聞く機会を設け、ストレスの軽減を図っている。   | ○    | ◎    | △    |  |
| 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たうえで、これらが見逃されることのないよう注意を払い、発見した場合の対応方法や手順についても理解している。 | ◎    | 全体職員会やグループホーム勉強会で学ぶことで理解している。。                           |      |      |      | 勉強会時や身体拘束、虐待防止の委員会時に理解を深めている。管理者は、職員に「やさしい対応」を行うよう繰り返し伝えている。 |
|                     |  | 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。  | ◎    | 職員会やユニット会等の話し合いの場や日常生活のケアの場面で指導しながら振り返りを行っている。           |      |      |      |  |
|                     |  | c   | 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。  | ○    | 職員の表情や口調から心身状態の察知に努め、利用者への対応について注意を払っている。                |      |      |      |  |
| 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。  | ◎    | 身体拘束にあたる行為を理解をして、身体拘束を行わない方針で業務にあたっている。                  |      |      |      |  |
|                     |  | b   | どのようなことが身体拘束にあたるのか、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。  | ○    | 身体拘束にあたる行為について理解をしており、介護現場で状況に合わせて指導もを行っている。             |      |      |      |  |
|                     |  | c   | 家族等から拘束や施設の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                              | ◎    | 入居前の説明で、基本的に身体拘束を行わないことを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たうえで、利用者や家族の現状を踏まえ、パンフレット等の情報提供や相談に乗る等の支援を行っている。               | △    | 管理者は把握しているが職員の理解は乏しい。相談があれば他サービスや制度について説明を行っている。         |      |      |      |  |
|                     |  | b   | 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。   | ×    | 現在のところ権利擁護に関する制度利用の必要な利用者がいない。                           |      |      |      |  |
| 46                  | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み  | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。   | ○    | マニュアルを参考に、周知している   |      |      |      |  |
|                     |  | b   | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。  | △    | マニュアルを参考にしたり、職員会等で説明をしたりしているが、実践的な訓練はできていない。             |      |      |      |  |
|                     |  | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手前前の事柄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。  | ○    | ヒヤリハットや事故が発生した時には当日の出動者で対応策について話し合い、それを元に管理者も含めて再検討している。 |      |      |      |  |
|                     |  | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。   | ○    | ユニット会で一人ひとりのリスクや危機回避について話し合いを行っている。                      |      |      |      |  |
| 47                  | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み  | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。  | ○    | 苦情対応をスムーズに行えるようマニュアルを作成している。                             |      |      |      |  |
|                     |  | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。  | ×    | 現在のところ苦情が寄せられたことはない。                                     |      |      |      |  |
|                     |  | 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と結果を伝え、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。  | ×    | 現在のところ苦情が寄せられたことはない。                                     |      |      |      |  |

| 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   |  |
|-------|---------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|--|
| 48    | 運営に関する意見の反映   | a   | 利用者や家族が意見や要望、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)  | △    | 利用者には日々の関わりの中で聞き取りを行っている。またご家族には、来訪時や電話連絡の際に要望等をお聞きするようになっている。            | ○    |      | △    | 利用者や家族が運営推進会議に参加する場合は、運営に関する意見や要望を伝える機会があるが、その他には、特に機会をつくっていない。さらに、運営に関する報告を工夫して意見や要望を聞く機会を工夫してほしい。面会や外出に関しては、利用者や家族の意向や希望等をしっかり聞いて取り組みを検討してほしい。 |  |
|       |               | b   | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。   | ◎    | 苦情相談窓口について事業所玄関にあたるエレベーター横に掲示している。公的機関については重要事項説明書に明記して玄関口にファイリングして置いている。 |      |      |      |  |  |
|       |               | c   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。   | ○    | 現場に足を運び、職員や利用者の表情や状態観察を行っている。特に職員からの意見や要望がなくても気になることはないか等の問い掛けをしている。      |      |      |      |  | 管理者は、日々の中や職員会、ユニット会時に聴いている。職員の気になる様子があれば、話を聞く時間を持っている。最近では、職員からの意見や提案が多く出るようになっており、管理者は「何のために必要なのか」「利用者のためか」と職員に確認しながら取り組みをすすめている。 |
|       |               | d   | 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。  | ○    | ユニット会や職員会、個別面談等により職員の意見や提案を聴き、利用者本位の支援について検討や指導を行っている。                    |      |      |      | ◎  |  |
| 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を理解して自己評価に取り組んでいる。  |      |      |      |  |  |
|       |               | b   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて、事業所の現状や課題を明らかにするとともに、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。                       | △    | 実現可能と思われる目標を設定したつもりであったが、職員個々の力量不足もあり、達成には至らなかった。                         |      |      |      |  |  |
|       |               | c   | 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してもらっている。  | ×    | 運営推進会議メンバーやご家族へ評価結果の送付により報告は行ったが、その後の取り組みについてはご意見等は頂けていない。                | △    | ○    | △    | 外部評価実施後は、評価結果と目標達成計画について説明している。家族への報告は行っていない。モニターしてもらった取り組みは行っていない。  |  |
|       |               | d   | 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。  | △    | 事業所内では成果について確認を行ったが、運営推進会議等では確認できていない。                                    |      |      |      |  |  |
| 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)   | ○    | それぞれの災害に応じたマニュアルを作成し、周知している。  |      |      |      |  |  |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | ○    | 火災・地震想定避難訓練を年2回、風水害発生時の対応訓練を年1回行っている。                                     |      |      |      |  |  |
|       |               | c   | 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。   | ○    | 複合型施設のため、非常用食料は1階厨房にて保管している。事業所としての備品準備や点検は定期的に行っている。                     |      |      |      |  | 事業所のある複合施設全体が災害時の地域の避難場所になっている。令和5年、3月・10月には、複合施設の各事業所で同時に避難訓練を行った。事業所では、利用者職員のみで避難訓練を行った。地域との合同訓練や話し合うような機会は持っていない。               |
|       |               | d   | 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。   | ×    | 事業所内でのみの訓練実施となっており、合同訓練はできていない。   | ×    | ○    | △    |  |  |
|       |               | e   | 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)                     | ×    | 事業所内でのみの訓練実施となっており、合同訓練はできていない。   |      |      |      |  |  |
| 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) | ×    | 外部に向けた発信や取り組みはできていない。   |      |      |      |  |  |
|       |               | 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。   | △    | 電話等による問い合わせや相談にはお答えしている。  |      | △    | △    | 地域の人から、電話で相談があれば受けている。   |  |
|       |               | c   | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×    | 施設・事業所の解放はしておらず地域の方達の集う場の提供はできていない。                                       |      |      |      |  |  |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ○    | 語学学生や技能実習生の受け入れを行っている。  |      |      |      |  |  |
|       |               | 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)                       | ×    | 関係機関との連携はしているが、地域活動への参加はできていない。   |      |      | ×    | 現在は特に取り組みは行っていない。  |  |