

(別表第1)

## 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

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和元年10月16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) 14名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 4名        |           |

※事業所記入

|          |               |
|----------|---------------|
| 事業所番号    | 3870105628    |
| 事業所名     | グループホーム すみれの丘 |
| (ユニット名)  | うみ            |
| 記入者(管理者) |               |
| 氏名       | 政岡 美知子        |
| 自己評価作成日  | 令和元年 9月 10日   |

(別表第1の2)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>【事業所理念】<br/>私たちは、利用者の方々の「その人らしい生活」を大切に、穏やかに安心してあふれる充実した生活を送ることができるようサポートします。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】運営推進会議の際、家族や地域住民に運営推進会議の開催理由を文章と口頭で説明し理解して頂いた。またサービス評価に関しては問題点や課題を取り上げ、取り込み内容を分かり易く説明し理解して頂くことができた。出席されなかった家族には一人ひとり面会時に同様口頭と文章で分かり易く説明し理解を得ることができるようにした。また、災害の備えとして地域住民や消防署、隣接している同グループの施設と連携を図り合同の訓練や話し合う機会が行われた時は文章や口頭で結果内容を説明し理解して頂くようにした。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>事業所は高台に立地しており、テラスからは瀬戸内海を一望することができる。同一敷地内に有料老人ホームやデイサービスが併設されている。経験豊かな職員が多く、利用者一人ひとりが持つ力を活かして穏やかに暮らせるよう、話し合いを重ねながら利用者支援している。重度の利用者が増えているが、レクリエーション担当職員が外出行事の企画を行って頻回に遠出しており、利用者や家族に喜ばれている。また、地域との付き合いを大切に考え、地区の文化祭や運動会、盆踊り、町内清掃、祭りの神輿担ぎ等積極的に参加して良好な関係を築いている。職員は馴染みの関係の中で最期まで暮らしてほしいという想いを持ち、看護師を配置して協力医療機関と連携を図りながら看取りケアに取り組んでおり、家族からの感謝の言葉は職員のやりがいにもつながっている。利用者が地域の中で自分らしく暮らし続けられるよう、様々な取組みを真摯に実践している事業所である。</p> |
|---|---|---|

## 評価結果表

| 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 | 地域 | 外部 | 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   |
|------------------------|--|-----|--|------|--|----|----|----|--|
|                        |  |     |  |      |  | 評価 | 評価 | 評価 |  |
| <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。   | ○    | 入居前や入居時に思いや暮らし方の希望を聞き把握している。急な希望でも対応している。    | ○  | /  | ○  | 入居時の知り得た情報をもとに、利用者一人ひとりに応じた声かけを行って思いや希望を聞き取るよう努めており、意思表示が困難な利用者は表情やしぐさから思いを推察している。   |
|                        |  | 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。   | ○    | 日頃の会話から利用者の思いを探るように努めている。                    | /  | /  | /  |  |
|                        |  | c   | 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。                                      | ◎    | 家族様には面会時「利用者の思い」について話し合っている。                 | /  | /  | /  |  |
|                        |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 利用者からお聞きした事は介護記録に記入し職員全員が共有できるようにしている。       | /  | /  | /  |  |
|                        |  | 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。   | ◎    | 利用者とのコミュニケーションを図り、言動や思いをくみとれるようにしている。        | /  | /  | /  |  |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ◎    | 入居時にセンター方式シートを使用し家族やケアマネージャーから情報収集し把握に努めている。 | /  | /  | △  | 入居時にセンター方式を活用して家族から情報を得るとともに、利用していた介護事業所や病院から情報を収集している。利用者ごとに情報シートが異なっており見づらい面もあるため、利用者の基本情報が誰にでも容易に理解できるよう、共通した書式を使用することを期待したい。 |
|                        |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 精神状態や残存機能の把握等、職員間で共有できるよう話し合っている。            | /  | /  | /  |  |
|                        |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | ○    | 日常の様子を記録にすることで把握するようにしている。                   | /  | /  | /  |  |
|                        |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | ○    | 不安による要因や状況を職員間で話し合うことで把握できるようにしている。          | /  | /  | /  |  |
|                        |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | 介護記録に日々のリズムや言動を記録し把握している。                    | /  | /  | /  |  |
| 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。  | ○    | 利用者や家族に確認し、本人に必要な支援ができるよう検討している。             | /  | /  | ◎  | 利用者ができることやできそうなことに注目し、役割や楽しみを持って暮らすことができるよう生活課題を検討している。  |
|                        |  | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。   | ◎    | 利用者の言動を大切に、職員全員で必要な支援を検討するようにしている。           | /  | /  | /  |  |
|                        |  | c   | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。   | ◎    | 日々の記録、利用者の言動から困りごとの把握に努めている。                 | /  | /  | /  |  |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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  |
|--------|--------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 4      | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ○    | 利用者だけでなく家族からも情報を得て、対応している。                    |      |      |      | 利用者や家族の意向をふまえた実現可能で具体的な目標が設定されており、分かりやすい介護計画になっているが、ユニット会議での話し合いは職員のみで行われているため、会議録に利用者や家族、医療関係者などの意見が記録されていない。期間ごとの介護計画見直しは関係者が参加できるよう工夫し、できない場合は聴取した意見を会議録に残すなどして介護計画に意見が反映できるよう検討して欲しい。 |
|        |                          | 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。 | ○    | 利用者からの聞き取りや家族が来所された時にお聞きし、職員全員でアイデアを出し検討している。 | ○    |      | △    |   |
|        |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ○    | 入居以前の事を家族からお聞きし、プランに取り入れて実行できるようにしている。        |      |      |      |   |
|        |                          | 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。                                 | ○    | 地域の人たちの協力体制のもと地域行事に参加している。(運動会・文化祭・盆踊り等)      |      |      |      |   |
| 5      | 介護計画に基づいた日々の支援           | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。  | ○    | 毎日ケアプラン評価表を活用し職員全員が把握・理解し実践できるようにしている。        |      |      | ◎    | 毎月実施するユニット会議で利用者全員の介護計画の検討を行い、内容を把握して共有している。職員は出勤時に介護計画を確認して計画に沿ったケアの実施に努めており、その結果を毎日記録して評価している。介護記録には、利用者の言葉や反応、表情などを丁寧に記録している。職員の気づきや提案は、申し送り簿に記載して共有している。                              |
|        |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | ○    | ケアプラン評価表に出来なかった理由を記入するようにしている。                |      |      | ◎    |   |
|        |                          | 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。          | ○    | 介護記録に細かく内容を記録している。                            |      |      | ○    |   |
|        |                          | 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。                                    | ○    | 利用者の介護記録や申し送りノートに記録し職員が共有できるようにしている。          |      |      | ○    |   |
| 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。  | ◎    | 介護記録の期間に応じて見直しを行っている。                         |      |      | ◎    | 毎月実施するユニット会議で話し合い、利用者全員の介護計画の実施状況評価を行っている。退院時や状態の変化があった場合はその都度介護計画の見直しを行い、現状に即した内容になるよう検討しており、変化のない場合も3か月毎に介護計画の見直しを行っている。  |
|        |                          | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。  | ◎    | ユニット会議において一人ずつケアプランの確認、見直しを行っている。             |      |      | ◎    |   |
|        |                          | 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。       | ◎    | 状態の変化にともない家族・職員と共に見直しを行い、ケアプランを作り直している。       |      |      | ◎    |   |
| 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。                  | ◎    | 毎月ユニット会議を行い、全員が統一したケアを行えるようにしている。             |      |      | ◎    | 毎月1回ユニット会議を開催するほか、申し送り時に気づきや提案を出し合ってショートミーティングを行っている。また、緊急時はその都度協議しており、検討した内容は申し送りノートに記載して共有している。   |
|        |                          | 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。               | ◎    | 要望など職員に聞き、自分の意見を言えるようにしている。                   |      |      |      |   |
|        |                          | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。                        | △    | 日程など工夫しているが全員参加に至っていない。                       |      |      |      |   |
|        |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | ◎    | 内容は文書に残し全員が確認できるようにしている。                      |      |      | ◎    |   |
| 8      | 確実な申し送り、情報伝達             | a   | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                               | ◎    | 口頭で申し送りノートでも確認できるようにしている。                     |      |      | ◎    | 共有すべき情報を申し送りノートに記載してその都度サインをし、確実な情報伝達ができるよう工夫しているほか、口頭でも伝達している。   |
|        |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)    | ◎    | 個別の介護記録・口頭での申し送り・ノートからも確認できるようにしている。          | ○    |      |      |   |

| 項目 No.    | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-----------|-------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| (2) 日々の支援 |                         |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にされた支援 | 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。   | ○    | 利用者からお聞きしたり、ケアプランに取り入れ実行できるようにしている。                       | /    | /    | /    | 職員が決めてしまわないよう留意した上で利用者の状態に合わせた声かけを実施し、毎日着用する洋服や外食メニューを自分で選べるよう支援している。お茶の時間は好きな飲み物を選択できるよう、家族の協力も得ながら複数の飲み物を用意している。職員は穏やかに声をかけており、利用者の笑顔を引き出すよう努めている。 |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | ○    | 声かけ環境作りに努めている。  | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかるかに合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。   | ○    | 利用者一人ひとりの性格や状態を把握し納得しながら暮せるよう支援している。                      | /    | /    | /    |  |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にされた支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)   | ○    | 入浴など拒否があれば時間や日にちをずらし快く応じて下さるよう支援している。                     | /    | /    | /    |  |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。   | ○    | 利用者一人ひとりに合わせた声かけや雰囲気づくりに努めている。                            | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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支援している。   | ○    | 表情や全身での反応を観察し利用者の思いを探り支援するよう努めている。                        | /    | /    | /    |  |
| 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された言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。   | ○    | 研修に参加し職員全員で「人権」「尊厳」について学び誇りやプライバシーを大切にされた声かけをしている。        | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は内部研修で人権や尊厳について学び、利用者を人生の先輩として敬いながら接している。トイレ誘導時はさりげなく声をかけるよう心がけ、羞恥心に配慮している。居室ドアは常時閉じており、入室時はノックと声かけを行っている。   |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であ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。  | ○    | 人生の先輩として敬意を払い声かけ・対応に十分配慮している。                             | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。  | ○    | ドアを開めタオルや膝掛けを用意しプライバシーに配慮している。                            | /    | /    | /    |  |
|           |                         | d   | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。   | ○    | ノックや声かけなどプライバシーに配慮し出入りを行っている。                             | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 研修に参加しプライバシー保護や個人情報漏えい防止を理解し遵守している。                       | /    | /    | /    |  |
| 11        | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けてもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。   | ○    | 洗濯物を畳んで頂いたりモップ掛けをして頂いた後は、その都度感謝の気持ちをお伝えしている。              | /    | /    | /    | 職員は利用者同士の関係を把握し、トラブルにならないよう仲介している。利用者同士がお互いに気にかけて助け合い、何かあった時には職員に知らせるなど心配りをする場面がある。  |
|           |                         | 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。   | ○    | 食事の声かけ、下膳など協力し合ってもらえるよう配慮している。                            | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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える機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらおう場面をつくる等)。 | ○    | 気の合う利用者同士同じテーブルに座って頂いたり、トラブルになりそうな時は職員が間に入り孤立しないよう配慮している。 | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 両者から話しを聞きトラブル解消に努め不安を取り除くよう支援している。                        | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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。   | ○    | センター方式を活用し人間関係の把握に努めている。                              | /    | /    | /    |   |
|        |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ○    | 利用者はもちろん家族にも入所時や面会時にお聞きし把握に努めている。                     | /    | /    | /    |   |
|        |                   | c   | 知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけてい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。   | ○    | 入居前に利用していた美容室や理容室などお連れし関係が途切れないよう支援している。              | /    | /    | /    |   |
|        |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    | 面会時間を決めずいつでも気軽に来て頂けるよう工夫している。                         | /    | /    | /    |   |
| 13     | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(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) | ◎    | 晴れの日には散歩へ出かけたり、雨の日は他ユニットへ行ったりしている。重度・軽度関係なく平等に外出している。 | ○    | ○    | ◎    | レクリエーション担当職員が外出行事の企画を行って頻回に遠出をしており、利用者や家族に喜ばれている。事業所は坂の上であり、周辺の散歩は困難な環境であるが、重度の利用者も遠望のきく敷地内を散策したり、広いテラスに出て海を眺めたりして日光浴を行っている。外出の際は、花見等季節の行事に合わせた弁当を持参して一緒に楽しめるようにしている。 |
|        |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ○    | 盆踊り大会や地域の運動会に参加する時は地域の方が席を用意して下さっている。                 | /    | /    | /    |   |
|        |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。   | ○    | 天気の良い日は散歩や日光浴を行っている。                                  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 地域の行事は地域の方から積極的に声かけがあり、その都度参加できるよう支援している。             | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ○    | 研修や勉強会に参加し認知症や行動・心理症状について理解し状態や症状の変化を見逃さないようにしている。    | /    | /    | /    | 利用者一人ひとりの残存機能を活かせるよう、食事や入浴などの際に過剰な介護は行わず、待つ介護を心がけている。   |
|        |                   | 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。                                | ○    | 一人ひとりのケアプランの中に身体能力に応じたプランを作成し、身体機能の低下を予防や維持向上に努めている。  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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)   | ◎    | 過剰介護にならないよう本人の意欲を発揮できるよう働きかけている。                      | ○    | /    | ○    |   |
| 15     | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a   | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。   | ○    | 趣味や特技を把握し、一人ひとりに合った活動ができるようプランを立て実行している。              | /    | /    | /    | 利用者の特技を活かせるよう考慮して声かけを行っており、花の水やりやカレンダーめぐりなど役割を持って生活できるようにしている。  |
|        |                   | 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。  | ◎    | 重度になっても一人ひとりの楽しみや役割や出番を作ることができるようプランに取り入れている。         | ○    | △    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ◎    | 地域の運動会・文化祭・盆踊り大会に参加させて頂き楽しむことができている。                  | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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  |
|--------|----------------|-----|---|------|--|------|------|------|---|
| 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、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。   | ◎    | 家族や利用者から好みをお聞きし一人ひとりの個性を大切にしている。                                       |      |      |      | 利用者は全員清潔な服装で過ごし、外出時はおしゃれをして出かけている。季節に合わない重ね着をしている時や、衣類の汚れに気づいた時は、さりげなく声をかけて居室に誘導して着替えてもらっている。重度の利用者も毎朝更衣し、なるべくリビングで過ごすようにしている。  |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。  | ◎    | 個性を尊重し利用者の好みで整えられるよう支援している。  |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ◎    | 利用者の気持ちに寄り添いアドバイスを行っている。   |      |      |      |   |
|        |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ◎    | 行事や季節に合わせた服装を楽しめるよう支援している。   |      |      |      |   |
|        |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさ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)                                      | ◎    | 衣類の汚れた時には自尊心を傷つけないよう十分に配慮し清潔でいられるよう支援している。                             | ○    | ◎    | ◎    |   |
|        |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。  | ○    | 利用者の望む店に行けるよう努めている。  |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | モーニングケアや入浴後など利用者らしさを保てるよう支援している。                                       |      |      | ○    |   |
|        |                |     |   |      |  |      |      |      |   |
| 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。   | ○    | 研修会の参加やミーティングなど全職員で知識向上に努めている。   |      |      |      | 3食を各ユニットで手作りしており、下膳やテーブル拭きなど利用者ができることは手伝ってもらっている。栄養士が作成した献立表を参考に、利用者の希望を取り入れながら柔軟に変更し、行事に合わせた料理や季節ごとの料理を作っている。入居時にアレルギーの有無を確認しており、アレルギーがある場合は、他の食材に変えて提供している。利用者は使い慣れた専用の茶碗と箸を使用している。介助を必要とする利用者が多い時は困難なことがあるが、職員も一緒に食卓を囲み、重度の利用者も一緒に食事をしている、和やかな雰囲気のある食卓風景である。利用者の健康診断結果を踏まえ、職員が利用者の栄養状態を定期的に確認し、バランス良く栄養が摂れるように話し合っている。 |
|        |                | 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。   | ○    | 配膳・下膳・テーブル拭きなど行って頂いている。献立づくりは、利用者からの要望をお聞きし取り入れている。                    |      |      | ○    |   |
|        |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。                                       | ○    | 感謝の気持ちをお伝えし利用者の自信につなげている。  |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ◎    | 利用者や家族に好き嫌いやアレルギーをお聞きし把握している。  |      |      |      |   |
|        |                | 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がらの味のものを取り入れている。                    | ◎    | 季節に応じ旬の物を取り入れ利用者の好みに合わせ考えている。  |      |      | ○    |   |
|        |                | 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つつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いらずや器の工夫等) | ○    | 一人ひとりの健康状態に合わせ調理している。ミキサー食の方にも彩りや盛り付けを工夫している。                          |      |      |      |   |
|        |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。  | ◎    | 家族に協力して使い慣れたものを使って頂いている。また使いやすい物を使用している。                               |      |      | ◎    |   |
|        |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                | △    | 介助が必要な利用者が多い為食事を一緒に食べることが難しい。食べこぼしなどに対する見守り・サポートを行っている。                |      |      | ○    |   |
|        |                | 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。                            | ◎    | 調理の音やにおいを通して食事を楽しくして頂くようにしている。時にはカウンターから食事作りをしながら味見をして頂いたり、会話をしたりしている。 |      | ◎    | ○    |   |
|        |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                  | ◎    | 水分量が少ない利用者がおられたら摂取量を記録し確保できるよう努めている。                                   |      |      |      |   |
|        |                | 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。                        | ◎    | 利用者の好みの飲み物を用意したり回数やタイミングの工夫を行っている。必要な利用者には栄養補助食品を提供し低栄養にならないよう配慮している。  |      |      |      |   |
|        |                | 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。                           | ○    | 栄養士による献立は作られている。個別に体重の増減や血圧は落ちているかなど配慮しながら調理している。                      |      |      | ○    |   |
|        |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。  | ◎    | 食材により調理器具を別にしていて、食材は新鮮で安全な物を提供している。                                    |      |      |      |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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。  | ◎    | 研修に参加したりユニット会議で知識の習得を行い理解できている。                            |      |      |      | 毎食後口腔ケアを実施して口腔内の状態を把握しており、義歯は毎晩洗浄して清潔が保てるよう支援している。食事の際は良く観察して異常の早期発見に努め、適宜訪問歯科診療につなげている。        |
|        |                | 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。  | ◎    | 口腔ケアの際、口の中の状態を把握している。                                      |      |      | ○    |   |
|        |                | 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。  | ○    | 歯科医が診察に来られた際アドバイスを頂き、正しいケアができている。                          |      |      |      |   |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ◎    | ブラッシング方法や装着の仕方を学び適切に行えている。                                 |      |      |      |   |
|        |                | 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)                           | ◎    | 見守りや声かけを行い自分ができる利用者にはケアを行って頂いている。仕上げはスタッフが正しい口腔内の観察を行っている。 |      |      | ◎    |   |
|        |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医を受診するなどの対応を行っている。  | ◎    | 食べるペースが遅くなったり不具合が見られたら早急を受診を受けるようにしている。                    |      |      |      |   |
| 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。                       | ◎    | 排泄管理表を活用し、排泄パターンを把握し時間誘導を行うなど失敗のないよう支援している。                |      |      |      | 日中、夜間ともにトイレで排泄できるよう支援しており、利用者の排泄機能や時間に合わせて適切な排泄用品が選択できるようショートミーティングやユニット会議で話し合い、状態に応じた支援に努めている。 |
|        |                | 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。   | ◎    | 勉強会やミーティングに参加し知識の習得に努めている。                                 |      |      |      |   |
|        |                | 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)  | ◎    | 排泄管理表を活用しパターンや習慣を把握している。                                   |      |      |      |   |
|        |                | 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。                            | ◎    | トイレで排泄することを基本として支援している。オムツやパッドについては必要性や適切性を十分話し合っている。      | ◎    |      | ◎    |   |
|        |                | 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。   | ◎    | 水分量や食事量をチェックし要因・原因を探り改善できるよう取り組んでいる。                       |      |      |      |   |
|        |                | 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。   | ○    | 排泄管理表を活用し排泄パターンを把握している。                                    |      |      |      |   |
|        |                | 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。 | ◎    | 一人ひとりの排泄パターンを報告し、家族や本人と話し合い自分で使えるものを選択できるようアドバイスしている。      |      |      |      |   |
|        |                | 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。   | ◎    | 状態に合わせて下着やオムツを使用している。定期的に職員間で話し合い見直しを行っている。                |      |      |      |   |
|        |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)   | ○    | 水分補給や体操など一人ひとりの状態に合わせて支援している。食事のメニューにも乳製品や植物繊維を多く取り入れている。  |      |      |      |   |
| 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)  | ○    | 利用者の希望に合わせて入浴ができるよう支援している。                                 | ◎    |      | ○    | 週2回の入浴を基本としており、入居時に入浴習慣を聴取して湯の温度や洗身の順番などを利用者の希望に添えるようにしている。重度の利用者もリフトを使用して湯舟に浸かれるよう支援している。      |
|        |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ◎    | プライバシーの保護に努めリラックスして入浴して頂いている。                              |      |      |      |   |
|        |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ◎    | 残存機能を活かしてできないところは職員が介助している。                                |      |      |      |   |
|        |                | 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よく入浴できるよう工夫している。   | ◎    | 拒否する利用者には時間や日にちをずらし入浴して頂けるよう工夫している。                        |      |      |      |   |
|        |                | 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。   | ◎    | バイタル測定を行い健康状態の確認を行い入浴の可否を見極め入浴後の状態も確認している。                 |      |      |      |   |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ◎    | 2時間毎の巡回を行い、睡眠パターンを把握している。                          | /    | /    | /    | 眠れない時は職員と一緒にリビングで過ごしている。日中の活動を増やしたり、就寝前に足浴を行ったりすることで安眠を目指しており、安易に薬剤には頼らないようにしている。 |
|       |                | 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。                         | ○    | 日中の活動を増やしたり、時には就寝前に足浴を行うことにより生活リズムが整うよう支援している。     | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。    | ○    | むやみに薬に頼らず、利用者の活動量や日中の過ごし方を職員間で話し合い検討し、主治医にも相談している。 | /    | /    | ○    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 1日1回居室で休めるよう配慮している。日中睡眠を取りすぎないように配慮している。           | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ◎    | 携帯電話を持たれている利用者もおられ家族といつでも会話されている。                  | /    | /    | /    | 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   | 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。                                     | ◎    | 代筆や電話の取り次ぎを行い手助けしている。                              | /    | /    | /    |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ◎    | 本人の希望・家族の了解があれば、いつでも電話できるよう配慮している。                 | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 利用者宛の手紙などは利用者にお渡し、字が読めない利用者には了解を得て読むなど行っている。       | /    | /    | /    |   |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | ○    | 電話かけることに了解を頂いているが、仕事をしているなどもあり難しいケースもある。           | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 自己管理の必要性やお金を使うことにより脳の刺激・活性化を理解している。                | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 家族の了解を得て、利用者に手渡し見守りながら支払いする機会を作っている。               | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。                                      | ○    | 職員が同行し気兼ねなく安心して買い物ができるよう支援している。                    | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。 | ○    | 家族と相談し一人ひとりの希望に応じて、お金を所持したり使えるようにしている。             | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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。   | ○    | お出かけや行事の際あらかじめ家族からの了解を得ている。                        | /    | /    | /    |   |
|       |                | 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)。         | ◎    | 事前にすべての家族の同意を得ている。                                 | /    | /    | /    |   |
| 24    | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、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。                           | ○    | 習い事に参加できるなどの支援にも努めている。                             | /    | ○    | ○    | 病院受診に家族が付き添えない場合は、職員が付き添って受診している。家族の協力を得て、入居前から続けていた趣味の教室に通う利用者もいるなど、柔軟に対応している。   |



| 項目No.      | 評価項目                  | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|------------|-----------------------|-----|--|------|--|------|------|------|--|
| (3)生活環境づくり |                       |     |  |      |  |      |      |      |  |
| 25         | 気軽に入れる<br>玄関まわり等の配慮   |     | 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。  | ◎    | 玄関に花を飾ったり気軽に出入りしやすいよう配慮している。   | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関周辺に季節の花を植えたプランターを置き、玄関内にも花が生けられている。掃除も行き届き、清潔な印象を受ける。  |
| 26         | 居心地の良い<br>共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものを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。) | ○    | 共有スペースは、広くゆとりのある空間となっている。利用者と一緒に毎月壁画を作成し季節に合ったものを展示している。                         | ○    | ○    | ○    | 共用スペースは広く明るい空間になっている。リビングにはテラスに出られる大きな窓があり、利用者が自由にくつろぐことができるよう、いす席やソファ席が置かれている。毎日清掃し、きれいで清潔感がある。壁には外出行事の写真や、利用者と職員が合同で作成した季節に合ったクラフト作品が飾られている。 |
|            |                       | 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。  | ◎    | トイレの汚れはすぐに清掃し常に清潔を保つようにしている。   |      |      |      |  |
|            |                       | 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)を生活空間の中に取り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ◎    | ベランダからは瀬戸内海が一望でき、南向きに面した前面ガラス窓の大変明るい居心地の良い空間になっている。                              |      |      |      |  |
|            |                       | 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。   | ○    | リビングにはソファを置いてくつろげる環境を作っている。  |      |      |      |  |
|            |                       | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。   | ○    | トイレや浴室の内部が見えないようになっておりプライバシーが確保できている。  |      |      |      |  |
| 27         | 居心地良く過ごせる<br>居室の配慮    |     | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。   | ○    | 居室は馴染みの家具や写真を置き利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ○    |      |      | 自宅から愛用の机といすを持ち込み、本を置くなどして居心地の良い生活空間をつくっている。好みのぬいぐるみやテレビ、家族写真を飾っている居室もあり、個性的な部屋になっている。  |
| 28         | 一人ひとりの力が<br>活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。   | ◎    | 廊下や浴室・トイレには手すりを設置し安全面にも配慮している。「できること」「できないこと」「わかること」を一人ひとり把握し自立した生活が送れるよう工夫している。 |      |      | ○    | 建物内はバリアフリー構造となっており、各所に手すりを設置して安全面に配慮している。居室の門札を目の高さに取り付けたり、トイレや浴室の表示を分かりやすいよう工夫したりしている。  |
|            |                       | b   | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。  | ○    | わかりやすいよう絵や大きな文字で表示している。  |      |      |      |  |
|            |                       | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ぼうし、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)  | ○    | 新聞や本などいつでも手に取れるよう配慮している。   |      |      |      |  |
| 29         | 鍵をかけない<br>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)                | ○    | 鍵をかけることのデメリットを勉強会で理解できている。   | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は施錠が弊害なることを理解しており、日中玄関やユニットの出入口は施錠しておらず、自由に出入りすることができる。  |
|            |                       | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。   | ○    | 玄関・ユニット出入り口は鍵をかけず自由な暮らしができるようにしている。施錠を望む家族には十分に説明をし理解を得ている。                      |      |      |      |  |
|            |                       | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくても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)。   | ○    | 玄関に鍵をかけず家族や地域の方が自由に出入りできるよう配慮している。   |      |      |      |  |

| 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 |
|------------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (4) 健康を維持するための支援 |                  |     |   |      |  |      |      |      |                            |
| 30               | 日々の健康状態や病状の把握    | a   | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。   | ◎    | アセスメントや往診記録の確認を常に把握できるようにしている。                 |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                    | ◎    | 毎朝バイタルチェックを行い介護記録を利用し詳細を記録している。                |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                 | ◎    | いつでもかかりつけ医に報告・相談できるように連携体制が整っている。              |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 入居時に希望医療機関があれば意向に添え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。                                     | ◎    | 家族、本人の希望を確認しかかりつけ医と連携し医療を受けられるよう支援している。        |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ◎    | 通院への同行が可能であればお願ひし、できなかった時は詳細をお伝えしていることで共有している。 |      |      |      |                            |
| 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。  | ◎    | 日常生活の内容や既往歴等のサマリー提供や口頭情報提供をしている。               |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ◎    | 蜜に連絡をとり、万全な体制で受け入れられるよう情報交換、相談に努めている。          |      |      |      |                            |
|                  |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ◎    | 日頃から連携体制を整えており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。 | ◎    | 日常の気づきを看護職や訪問看護師に報告し相談している。                    |      |      |      |                            |
|                  |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ◎    | 看護職や協力医療機関にいつでも相談できる体制が整っている。                  |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                                     | ◎    | 状態変化があった時に適切に指示を仰ぐことができ、早期発見・治療ができている。         |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 個人別に薬ボードを作成している。薬の目的・副作用がわかるように記載している。         |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。  | ◎    | 複数の職員が確認を行うマニュアルができている。                        |      |      |      |                            |
|                  |                  | 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。                       | ◎    | 毎日の申し送り、記録で状態変化の気づき早期に発見できるようにしている。            |      |      |      |                            |
|                  |                  | d   | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。  | ◎    | 毎日細かく状態観察、記録を行い変化があった時は主治医に報告している。             |      |      |      |                            |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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  |
|--------|-------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。                        | ◎    | 入居時や必要な時期に終末期について話し合いを行い、その意向を話し合いながら方針を共有できている。                 | /    | /    | /    | 看護師を配置して日常の健康管理を行うほか、協力医療機関と連携して24時間医療体制を整備している。容体の変化があればその都度、家族や医療関係者、職員などが話し合い、方針を共有しながら看取りケアを実施している。 |
|        |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。                                 | ◎    | 利用者・家族だけでなく職員・医療関係者と話し合い方針を共有している。                               | ○    |      | ◎    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | 職員の思いや力量を把握し、不安のない体制で対応できるよう指導している。                              | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 事業所の対応方針について十分な説明を行い、理解を得ることができている。                              | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。 | ○    | 家族や医療関係者と連携を図りながら支援していく体制を整えている。また今後の変化に備えて検討も行っている。             | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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)  | ○    | 家族の心情、事情を受け止め精神面での支えになれるよう努めている。                                 | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 勉強会やショートミーティングで感染症に対する研修を定期的に行っている。                              | /    | /    | /    |   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | ○    | 感染症に対する予防や対応は学んだことを活かして速やかに対応できるようにしている。                         | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。                          | ○    | 行政や医療機関、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の発生状況の情報を得ることができている。          | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、流行に随時対応している。                                  | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。   | ◎    | 職員・利用者は手洗いやうがい・マスクの着用を徹底しており、面会者が来られても手洗いやうがい・マスクが着用できるよう準備している。 | /    | /    | /    |   |

| 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                  | 本人とともに支え合う<br>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。  | ○    | 家族の要望をお聞きし一緒に検討し、利用者を支えていくようにしている。                   | /    | /    | /    | 毎月の行事を掲示板に掲示して案内するほか、三津浜花火大会に合わせて夏祭りを行い、家族と一緒に楽しんでもらっている。職員は毎月手紙を書いて利用者の様子を伝えており、県外在住の家族へはその都度電話で状況を伝えている。介護保険制度改訂など運営上の連絡事項や職員の異動などは、法人本部から書類を送付して協力を得ているが、家族の理解が得られていないため、今後は全ての家族から理解が得られるよう説明方法を工夫して欲しい。家族の面会時は、気持ちの良い挨拶を心がけて利用者の状況を報告する等、気軽に相談できる雰囲気づくりに努めている。 |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ○    | 居室・リビングを自由に選んで頂き、居心地よく過ごせるようにしている。                   | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ○    | 夏祭りや花火大会には利用者と食事をしたり花火を見るなど一緒に楽しんで頂くような機会を作っている。     | ○    | /    | ○    |   |
|                     |                            | 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) | ◎    | 毎月のお便りで近況報告を行っている。面会時には記録を見て頂きながら日常の様子を伝えている。        | /    | ◎    | ◎    |   |
|                     |                            | 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。  | ○    | 面会時にはさりげなく伺うようにしている。意見箱を設置し不安内容などの収集に努めている。          | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | ○    | 認知症についての理解を深めて頂き、適切な接し方や対応について話し合うようにしている。           | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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)   | ○    | 毎月行事予定を掲示している。職員の異動については面会時にお伝えしている。                 | x    | /    | △    |   |
|                     |                            | 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)   | ○    | 家族同士の交流が図れるような行事を提案し、参加を呼びかけている。                     | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 体調変化に伴うリスクについてを説明し利用者にとっての良い対応策を話し合い理解して頂けている。       | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 気持ちの良い挨拶を心がけ、気軽に相談して頂けるような声かけや雰囲気づくりに努めている。          | /    | /    | ○    |   |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ◎    | 契約時には文章と合わせて説明補足を行い理解し納得して頂けるようにしている。                | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | 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。                | ◎    | 体調面で施設の生活が困難になった症例があった。入院先の主治医と家族と一緒に話し合いを行い納得して頂いた。 | /    | /    | /    |   |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ◎    | 改定がある場合はその都度、文章と口頭で説明し同意を得ている。                       | /    | /    | /    |   |

| 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>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。   | ○    | 運営推進会議で事業所の目的や役割を説明し理解を頂けている。                               | /    | ○    | /    | 事業所は地区の文化祭や運動会、盆踊り、町内清掃、祭りの神輿担ぎなど積極的に地域の行事に参加している。運動会では席の用意をして迎えてもらうなど、交流が根付いており、地域とのつながりが構築できている。  |
|                    |   | 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)      | ○    | 地域行事や活動への参加をすることで地域の方々との交流が図れている。(盆踊り・運動会・秋祭り・文化祭・町内清掃など)   | /    | ◎    | ◎    |   |
|                    |   | 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。  | ○    | 必要時には町内放送をして頂ける関係作りができています。                                 | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 夏祭りや花火大会行事などにお誘いしている。                                       | /    | /    | /    |   |
|                    |   | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | △    | 気軽に立ち寄り頂けるよう運営推進会議の時に働きかけている。                               | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)                                     | ○    | ボランティアは積極的に受け入れるようにしている。                                    | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ○    | 利用者一人ひとりの心身の力を発揮できるよう地域行事に参加させて頂いている。                       | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)。 | ○    | 地域の商店や美容院などに協力して頂いている。                                      | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 毎回地域の役員の方々や利用者には参加して頂いている。家族にも参加して頂けるよう働きかけている。             | ○    | /    | ○    | 運営推進会議には、利用者や家族、民生委員、町内会長、公民館長、関係機関職員が参加している。毎回テーマ設定をして協議しており、地区行事や防災の情報は有効に活用している。外部評価結果の報告を行い、得られた意見は運営に活かせるよう話し合い、事業所としての取組み結果などについても報告している。 |
|                    |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                      | ◎    | 毎回利用者の状況や活動・出来事を報告している。外部評価の内容・目標達成計画の内容と取り組みを文章と口頭で報告している。 | /    | /    | ◎    |   |
|                    |   | 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。                                 | ◎    | 会議では参加者全員に感想や意見を伺うようにし、日々の取り組みやサービス向上に活かせるようにしている。          | /    | ◎    | ◎    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ○    | 業務に差し支えない午後が多い。今後は家族の参加が多くなるよう働きかけていく。                      | /    | ◎    | /    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 口頭・文書で報告している。   | /    | /    | /    |   |

| 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>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。                     | ○    | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作成し全員が理念に基づいたものになるよう取り組んでいる。           | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 目につきやすい玄関の入り口に掲示し、家族・利用者・地域の方々にも理念を伝えている。                     | △    | ○    | /    |   |
| 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。   | ○    | 職員全体が法人・内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。                                 | /    | /    | /    | 法人は研修助成制度を設けて研修を奨励し、資格取得も支援している。若い職員が自己研さんしながら働き続けられるよう環境を整備しており、長年勤務する職員が多く、経験が蓄積されている。また、人事考課制度を設けて面談の機会を持ち、評価や支援を行うなど、働きやすい職場環境づくりにも取り組んでいる。 |
|                            |   | 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。   | ○    | 職員が働きながらスキルアップできるような積極的に取り組んでいる。                              | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                              | ○    | 職員に自己評価してもらい個々の努力や実績・勤務状況を把握し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。 | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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) | ○    | 地区のグループホーム連絡会やケアマネ合同研修会に参加し交流をしている。                           | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 年に2回程度職員同士で食事会を開催している。  | ○    | ○    | ○    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ◎    | 内部・外部研修に参加し虐待防止について学び、日頃の事例で検討する機会を設けている。                     | /    | /    | /    | 身体拘束適正化検討委員会を設置し、3か月に1回身体拘束11項目の確認やヒヤリハット報告の検討を実施して問題解決につながるよう話し合っており、対応方法や手順などについても理解している。   |
|                            |   | b   | 管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。  | ○    | 毎日のミーティングでケアの疑問点や意見を話し合っている。                                  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。                                    | ○    | 虐待や不適切なケアの事例に基づいた勉強会やミーティングで意見交換を行っている。                       | /    | /    | ◎    |   |
|                            |   | 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。  | ◎    | 職員と面談を行い、疲労やストレスを感じていないか把握するようにしている。                          | /    | /    | /    |   |
| 44                         | 身体拘束をしないケアの取り組み   | a   | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。  | ○    | 勉強会を設け資料を配布して全ての職員が理解できるようにしている。                              | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 身体拘束について話し合いの場を設け身体適正化委員会を実施している。                             | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ◎    | 家族からの要望があっても、利用者の及ぼす弊害について説明し拘束を行わないケアの具体的な内容を示し理解を頂いている。     | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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  |
|--------|-----------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。                  | ○    | 内部研修や外部研修で知識・理解を深めている。                             |      |      |      |   |
|        |                       | 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。       | ○    | 家族からの相談があれば情報を提供する準備はしている。                         |      |      |      |   |
|        |                       | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。  | ○    | 地域包括センターに相談できる関係づくりを築いている。                         |      |      |      |   |
| 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。                  | ○    | 利用者の急変時の対応はマニュアルを作成し落ち着いて対応できる体制を整えている。            |      |      |      |   |
|        |                       | 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。                                   | ○    | 救急隊より指導を受け、実践できるようにしている。                           |      |      |      |   |
|        |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手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。     | ◎    | ヒヤリハット・事故報告書作成しその日のうちに話し合い、ユニット会議でも再検討し事故防止に努めている。 |      |      |      |   |
|        |                       | 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。                            | ◎    | 毎日のミーティングや勉強会で話し合い、安全な環境整備・ケアの仕方に努めている。            |      |      |      |   |
| 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。                               | ◎    | マニュアルを作成し職員は周知している。                                |      |      |      |   |
|        |                       | 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。 | ○    | 相談・苦情があればマニュアルに添って早急に対応し書面に残すようにしている。              |      |      |      |   |
|        |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 | ○    | 苦情があった場合は、事実確認を行い謝罪し今後の方針を伝え納得して頂けるよう努めている。        |      |      |      |   |
| 48     | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ○    | 話しやすい雰囲気・環境作りを行い、さりげなくお聞きするようにしている。                |      |      | ○    | 利用者や家族と良好な関係を構築し、意見や要望を言いやすい環境づくりに努めている。利用者の意見は日頃の生活の中で把握し、家族には面会時に介護記録を開示して状況を伝えるとともに、要望を聞いている。管理者は日常業務の会話の中から職員の思いを汲み取るよう努めており、職員は意見や提案を言いやすい職場環境であると感じている。 |
|        |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | ○    | 面会時など事業所から積極的に意見・要望をお聞きするようにしている。                  | ○    |      | ○    |   |
|        |                       | c   | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。                          | ○    | 玄関に意見箱を設置し、投稿できるようにしている。                           |      |      |      |   |
|        |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ○    | 自ら現場に足を運び、職員の意見や要望・提案などを直接聞くようにしている。               |      |      |      |   |
|        |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | 管理者は一人ひとりから意見や提案を聞く機会をもち、利用者本意の支援をしている。            |      |      | ○    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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   |
|--------|---------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                  |      |      |      | 外部評価結果は運営推進会議で報告し、参加できなかった家族には結果表を郵送して周知するとともに、玄関スペースに置いて閲覧できるようにしており、事業所の取り組みについてモニターしてもらっている。  |
|        |               | 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。   | ○    | 課題や問題点が明らかになると早急に毎日のミーティングやユニット会議で話し合っている。              |      |      |      |  |
|        |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 実現可能な目標を話し合い事業所全体で達成できるよう取り組んでいる。                       |      |      |      |  |
|        |               | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                                       | ○    | 運営推進会議で事業所の目的や役割を説明理解を頂いている。報告し、いつでも閲覧できるよう施設内にて掲示している。 | ○    | ○    | ○    |  |
|        |               | 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。  | ○    | 事業所内での取り組みの成果について確認するようにしている。                           |      |      |      |  |
| 50     | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)   | ○    | 様々な災害の対応マニュアルを作成し周知に努めている。                              |      |      |      | 町内会が実施する防災訓練には利用者と一緒に参加し、住民とともに訓練を実施している。運営推進会議において、事業所を緊急時の避難場所として活用できることを伝えており、協力体制について協議している。緊急災害時の対応について家族の理解が得られるよう、さらに地域との協力支援体制を構築していく取組みを継続し、利用者の安全確保に万全を期して欲しい。 |
|        |               | 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。  | ○    | マニュアルに基づき、様々な時間を想定し安全に避難できるよう訓練している。                    |      |      |      |  |
|        |               | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ○    | 消防設備や避難経路、ほかんしている非常用食料・備品・物品など定期的に点検している。               |      |      |      |  |
|        |               | 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。   | ○    | 運営推進会議の際消防署の方から訓練の仕方や避難方式等教えて頂き、訓練を行っている。               | △    | ◎    | △    |  |
|        |               | f   | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)                     | ○    | 地区の防災訓練があれば利用者も一緒に参加するようにしている。                          |      |      |      |  |
|        |               | 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) | ○    | 内部・外部研修に参加し運営推進会議などでテーマとして取り上げ講習を行っている。                 |      |      |      |  |
| 51     | 地域のケア拠点としての機能 | 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。   | ○    | 運営推進会議の際、相談や支援が行えることを伝えている。                             |      | △    | ○    | 併設するデイサービスの利用者や、地区民生委員から相談を受けて対応している。近隣で災害があった際は、地区住民の相談を受けて急きょ入居受け入れをした経験がある。また、地区組織から要請を受けて認知症啓発の講話に出かけたこともある。地域の関係機関と良好な関係を構築しており、ケア拠点としての機能をますます発揮していくことを期待したい。      |
|        |               | 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)  | △    | 夏祭りなどのイベントを開催し交流の場を広げているが参加者は少ない。                       |      |      |      |  |
|        |               | 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。   | ○    | 介護人材やボランティアの養成があれば受け入れている。                              |      |      |      |  |
|        |               | 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)                       | ○    | 地域関係者に働きかけ、イベントや地域活動に参加している。                            |      |      | ○    |  |



(別表第1)

## 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!!  
 シャンプ 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

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 愛媛県松山市持田町三丁目8番15号 |
| 訪問調査日 | 令和元年10月16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) 14名 | (依頼数) 18名 |
| 地域アンケート回答数 | 4名        |           |

※事業所記入

|          |               |
|----------|---------------|
| 事業所番号    | 3870105628    |
| 事業所名     | グループホーム すみれの丘 |
| (ユニット名)  | そら            |
| 記入者(管理者) |               |
| 氏名       | 政岡 美知子        |
| 自己評価作成日  | 令和元年 9月 10日   |

(別表第1の2)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>【事業所理念】<br/>私たちは、利用者の方々の「その人らしい生活」を大切に、穏やかに安心してあふれる充実した生活を送ることができるようサポートします。</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】運営推進会議の際、家族や地域住民に運営推進会議の開催理由を文章と口頭で説明し理解して頂いた。またサービス評価に関しては問題点や課題を取り上げ、取り込み内容を分かり易く説明し理解して頂くことができた。出席されなかった家族には一人ひとり面会時に同様口頭と文章で分かり易く説明し理解を得ることができるようにした。また、災害の備えとして地域住民や消防署、隣接している同グループの施設と連携を図り合同の訓練や話し合う機会が行われた時は文章や口頭で結果内容を説明し理解して頂くようにした。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>事業所は高台に立地しており、テラスからは瀬戸内海を一望することができる。同一敷地内に有料老人ホームやデイサービスが併設されている。経験豊かな職員が多く、利用者一人ひとりが持つ力を活かして穏やかに暮らせるよう、話し合いを重ねながら利用者支援している。重度の利用者が増えているが、レクリエーション担当職員が外出行事の企画を行って頻回に遠出しており、利用者や家族に喜ばれている。また、地域との付き合いを大切に考え、地区の文化祭や運動会、盆踊り、町内清掃、祭りの神輿担ぎ等積極的に参加して良好な関係を築いている。職員は馴染みの関係の中で最期まで暮らしてほしいという想いを持ち、看護師を配置して協力医療機関と連携を図りながら看取りケアに取り組んでおり、家族からの感謝の言葉は職員のやりがいにもつながっている。利用者が地域の中で自分らしく暮らし続けられるよう、様々な取組みを真摯に実践している事業所である。</p> |
|---|---|---|

## 評価結果表

| 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。   | ○    | 利用者や家族とコミュニケーションをとり、意向の把握している。               | ○    | /    | ○    | 入居時の知り得た情報をもとに、利用者一人ひとりに応じた声かけを行って思いや希望を聞き取るよう努めており、意思表示が困難な利用者は表情やしぐさから思いを推察している。   |
|                        |  | 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。   | ○    | 生活歴や家族に確認し、利用者目線で検討するようにしている。                | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。                                      | ○    | 家族・友人が面会に来られた際、利用者の希望等があれば伝えて頂くようにしている。      | /    | /    | /    |  |
|                        |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ◎    | 介護記録、ケアプラン評価に記入し、情報共有できるようにしている。             | /    | /    | /    |  |
|                        |  | 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。   | ◎    | 利用者とのコミュニケーションを図り、言葉や行動からも思いをくみとれるようにしている。   | /    | /    | /    |  |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | ◎    | 入居時にセンター方式シートを使用し家族やケアマネージャーから情報収集し把握に努めている。 | /    | /    | △    | 入居時にセンター方式を活用して家族から情報を得るとともに、利用していた介護事業所や病院から情報を収集している。利用者ごとに情報シートが異なっており見づらい面もあるため、利用者の基本情報が誰にでも容易に理解できるよう、共通した書式を使用することを期待したい。 |
|                        |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | 精神状態や残存機能の把握等、職員間で共有できるよう話し合っている。            | /    | /    | /    |  |
|                        |  | c   | 本人がどのような場所や場面で安心したり、不安になったり、不安定になったりするかを把握している。  | ○    | 日常の様子を記録にすることで把握するようにしている。                   | /    | /    | /    |  |
|                        |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)                                    | ○    | 不安による要因や状況を職員間で話し合うことで把握できるようにしている。          | /    | /    | /    |  |
|                        |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | 介護記録を活用し、日々のリズムや言動を記録し把握している。                | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ○    | 利用者や家族に確認し、本人に必要な支援ができるよう検討している。             | /    | /    | ◎    | 利用者ができることやできそうなことに注目し、役割や楽しみを持って暮らすことができるよう生活課題を検討している。  |
|                        |  | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。   | ◎    | 利用者の言動を大切に、職員全員で必要な支援を検討するようにしている。           | /    | /    | /    |  |
|                        |  | c   | 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。   | ◎    | 日々の記録、利用者の言動から困りごとの把握に努めている。                 | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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  |
|--------|--------------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 4      | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画 | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | ○    | 利用者の思いや意向をケアプランの内容としている。                       | /    | /    | /    | 利用者や家族の意向をふまえた実現可能で具体的な目標が設定されており、分かりやすい介護計画になっているが、ユニット会議での話し合いは職員のみで行われているため、会議録に利用者や家族、医療関係者などの意見が記録されていない。期間ごとの介護計画見直しは関係者が参加できるよう工夫し、できない場合は聴取した意見を会議録に残すなどして介護計画に意見が反映できるよう検討して欲しい。 |
|        |                          | 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。 | ○    | 利用者らしく暮らすためにそれぞれの立場から意見やアイデアを頂きケアプランを作成している。   | ○    | /    | △    |   |
|        |                          | c   | 重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。                            | ◎    | 利用者にあった暮らしができるように家族にも協力して頂いている。                | /    | /    | /    |   |
|        |                          | 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。                                 | ○    | 地域の人たちの協力体制のもと地域行事に参加している。(運動会・文化祭・盆踊り等)       | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 月末、月初めのショートミーティングで確認を行い実践できるよう情報共有を行っている。      | /    | /    | ◎    | 毎月実施するユニット会議で利用者全員の介護計画の検討を行い、内容を把握して共有している。職員は出勤時に介護計画を確認して計画に沿ったケアの実施に努めており、その結果を毎日記録して評価している。介護記録には、利用者の言葉や反応、表情などを丁寧に記録している。職員の気づきや提案は、申し送り簿に記載して共有している。                              |
|        |                          | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。             | ◎    | 毎日ケアプラン評価表をつけ、ユニット会議で評価を行い日々の支援につなげている。        | /    | /    | ◎    |   |
|        |                          | 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。          | ◎    | 利用者の言動等、具体的に介護記録に記録している。                       | /    | /    | ○    |   |
|        |                          | 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。                                    | ○    | 支援内容に成果がみられた時など介護記録に記録している。                    | /    | /    | ○    |   |
| 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。  | ◎    | 介護記録の期間に応じて見直しを行っている。                          | /    | /    | ◎    | 毎月実施するユニット会議で話し合い、利用者全員の介護計画の実施状況評価を行っている。退院時や状態の変化があった場合はその都度介護計画の見直しを行い、現状に即した内容になるよう検討しており、変化のない場合も3か月毎に介護計画の見直しを行っている。  |
|        |                          | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。  | ◎    | ユニット会議で計画内容の評価を行っている。                          | /    | /    | ◎    |   |
|        |                          | 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。       | ◎    | 退院後や変更申請後など利用者の心身状態の変化が生じた際には計画の見直しを行っている。     | /    | /    | ◎    |   |
| 7      | チームケアのための会議              | a   | チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。                  | ○    | 毎日のユニット会議にはもちろん、事故報告・ヒヤリハット案件にはその都度話し合いをもっている。 | /    | /    | ◎    | 毎月1回ユニット会議を開催するほか、申し送り時に気づきや提案を出し合ってショートミーティングを行っている。また、緊急時はその都度協議しており、検討した内容は申し送りノートに記載して共有している。   |
|        |                          | 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。               | ◎    | 日頃のケアのあり方やケアプラン評価等、職員間で意見交換できる雰囲気を作っている。       | /    | /    | /    |   |
|        |                          | 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。                        | △    | 出来るだけ多数の職員が参加できる様になっているが、全員は参加できていない。          | /    | /    | /    |   |
|        |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | ◎    | ユニット会議録の確認、ユニット長から報告をきいている。                    | /    | /    | ◎    |   |
| 8      | 確実な申し送り、情報伝達             | a   | 職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。                               | ◎    | 申し送りノートで確認し必ずサインするようしている。                      | /    | /    | ◎    | 共有すべき情報を申し送りノートに記載してその都度サインをし、確実な情報伝達ができるよう工夫しているほか、口頭でも伝達している。   |
|        |                          | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝えるようにしている。(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)    | ◎    | 出勤時に口頭での申し送り及び申し送りノート、介護記録を行っている。              | ○    | /    | /    |   |

| 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   |
|-----------|-------------------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| (2) 日々の支援 |                         |     |  |      |   |      |      |      |  |
| 9         | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切にしたい支援 | 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、家族からの聞き取りをしてプランにし職員がサポートや声かけをして実行できるようにしている。                    | /    | /    | /    | 職員が決めてしまわないよう留意した上で利用者の状態に合わせた声かけを実施し、毎日着用する洋服や外食メニューを自分で選べるよう支援している。お茶の時間は好きな飲み物を選択できるよう、家族の協力も得ながら複数の飲み物を用意している。職員は穏やかに声をかけており、利用者の笑顔を引き出すよう努めている。 |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)   | ○    | 着替えの際の洋服はできるだけ利用者を選んで頂いている。   | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかるかに合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | ○    | 利用者の性格、状態に合わせて説明のしかたや介助方法を工夫し自己決定できるよう支援している。                       | /    | /    | /    |  |
|           |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切にしたい支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | ○    | 利用者の生活ペースに合わせた支援を職員が把握し無理強ひせず利用者に合わせて支援するようにしている。                   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | e   | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。   | ○    | 職員が明るく活動的に声かけすることで日々穏やかに楽しい雰囲気づくりに努めている。                            | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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支援している。  | ○    | 日々の表情や全身での反応を観察し、言葉にできない訴えを表情から読みとるように日頃から関わっている。                   | /    | /    | /    |  |
| 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したい言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 研修や勉強会で「人権」「尊厳」について学んでいる。利用者の誇りやプライバシーを大切にしたい声かけや態度に努めている。          | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は内部研修で人権や尊厳について学び、利用者を人生の先輩として敬いながら接している。トイレ誘導時はさりげなく声をかけるよう心がけ、羞恥心に配慮している。居室ドアは常時閉じており、入室時はノックと声かけを行っている。   |
|           |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であ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。   | ○    | 利用者一人ひとりに敬意をはらい、場所・場面に考慮した声かけや対応に努めている。                             | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。   | ○    | 排泄時入浴時に見合った誘導や更衣介助を行っている。   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | d   | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。  | ○    | 訪室時には必ずノックし声かけをしてから入室するようにしている。                                     | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 研修や勉強会などで学び、個人情報漏えい防止について理解している。                                    | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ◎    | 家事を一緒に行う中で習慣や風習を教えて頂いている。感謝の気持ちをその都度伝えるようにしている。                     | /    | /    | /    | 職員は利用者同士の関係を把握し、トラブルにならないよう仲介している。利用者同士がお互いに気にかけて助け合い、何かあった時には職員に知らせるなど心配りをする場面がある。  |
|           |                         | 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。  | ○    | 利用者同士が助け合い、支えあって暮らしていくことの大切さを充分理解できている。                             | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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える機会を作る、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)。 | ◎    | 気の合う利用者は席を隣り同士にしたり、トラブルになりそうな時は職員が間に入り孤立しないよう見守り、利用者全員が楽しめるようにしている。 | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。   | ◎    | さりげなく双方から話を聞きどちらにも不快なく収まるよう解決策をとっている。                               | /    | /    | /    |  |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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。   | ○    | 入所時にセンター方式のシートに記入して頂くことで利用者を取り巻く人間関係を把握している。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 利用者はもちろん家族にも入所時や面会時にお聞きし把握するようにしている。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | ○    | 美容室など馴染みの場所にお連れしこれまで大切にしてきた人との関係が途切れないよう支援できている。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | ◎    | いつでも気軽に立ち寄れるよう面会時間は決めず、飲み物を提供するなど居心地よく過ごせるよう工夫している。                                      | /    | /    | /    |   |
| 13     | 日常的な外出支援          | a   | 利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(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) | ○    | 天気の良い日は散歩や買い物をしたり、雨の日には他ユニットへ行ったりしている。重度の利用者も平等に外出できるようにしている。                            | ○    | ○    | ◎    | レクリエーション担当職員が外出行事の企画を行って頻回に遠出をしており、利用者や家族に喜ばれている。事業所は坂の上であり、周辺の散歩は困難な環境であるが、重度の利用者も遠望のきく敷地内を散策したり、広いテラスに出て海を眺めたりして日光浴を行っている。外出の際は、花見等季節の行事に合わせた弁当を持参して一緒に楽しめるようにしている。 |
|        |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ○    | 地域のイベント時には、毎年席を用意するなど地域の方に協力して頂いている。   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ちよく過ごせるよう取り組んでいる。   | ○    | 重度・軽度関係なく散歩や外出行事にお連れし戸外でも気持ちよく過ごせるよう取り組んでいる。   | /    | /    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 地域のイベントには地域の方から声かけをして下さり参加できるよう支援している。   | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ○    | 研修や勉強会に参加し認知症の症状や行動について理解を深め症状を引き起こす要因をひもとき取り除くケアをしている。                                  | /    | /    | /    | 利用者一人ひとりの残存機能を活かせるよう、食事や入浴などの際に過剰な介護は行わず、待つ介護を心がけている。   |
|        |                   | 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。                                | ○    | 職員全員が一人ひとりの身体機能の特徴を把握し、日常生活の中で維持・向上が図れるよう取り組んでいる。  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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)   | ◎    | 本人の残存機能を活かし意欲を発揮できるよう働きかけている。  | ○    | /    | ○    |   |
| 15     | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援  | a   | 利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。   | ◎    | 利用者の趣味・生活歴から一人ひとり楽しみを持った活動ができるようプランを立て実行している。  | /    | /    | /    | 利用者の特技を活かせるよう考慮して声かけを行っており、花の水やりやカレンダーめぐりなど役割を持って生活できるようにしている。  |
|        |                   | 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。  | ◎    | 重度になっても残存機能を活用し役割などが持てるよう働きかけ意欲的な生活ができるよう支援している。また重度の利用者にも楽しみごとを見つけ楽しみのある生活が送れるよう支援している。 | ○    | △    | ○    |   |
|        |                   | c   | 地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。  | ○    | 地域の運動会・文化祭・盆踊り大会などに参加し、楽しむことができている。  | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。  | ◎    | 利用者・家族に希望を聞き、お化粧品やアクセサリーを身につけおしゃれを楽しませている。               |      |      |      | 利用者は全員清潔な服装で過ごし、外出時はおしゃれをして出かけている。季節に合わない重ね着をしている時や、衣類の汚れに気づいた時は、さりげなく声をかけて居室に誘導して着替えてもらっている。重度の利用者も毎朝更衣し、なるべくリビングで過ごすようにしている。  |
|       |                | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みに整えられるように支援している。   | ◎    | 一人ひとりの個性を大切に髪型や服装・持ち物など利用者の好みに整えられるよう支援している。             |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 選択肢を出したりアドバイス時には一緒に考えたりすることで利用者の気持ちにそって支援している。           |      |      |      |   |
|       |                | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。  | ◎    | 季節や場所に応じて利用者と相談しながら、その人らしい服装を楽しめるよう支援している。               |      |      |      |   |
|       |                | 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)   | ◎    | 衣類が汚れた際には自尊心を傷つけないようさりげなくカバーしている。                        |      | ○    | ◎    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。   | ○    | 利用者・家族の希望により、行きつけの店に行けるよう支援している。                         |      |      |      |   |
|       |                | g   | 重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。   | ○    | モーニングケアや入浴後など髪型や服装に気を配り、本人らしさが保てるよう工夫している。               |      |      | ○    |   |
|       |                |     |  |      |  |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | ショートミーティングや研修会の参加で大切さを理解している。                            |      |      |      | 3食を各ユニットで手作りしており、下膳やテーブル拭きなど利用者ができることは手伝ってもらっている。栄養士が作成した献立表を参考に、利用者の希望を取り入れながら柔軟に変更し、行事に合わせた料理や季節ごとの料理を作っている。入居時にアレルギーの有無を確認しており、アレルギーがある場合は、他の食材に変えて提供している。利用者は使い慣れた専用の茶碗と箸を使用している。介助を必要とする利用者が多い時は困難なことがあるが、職員も一緒に食卓を囲み、重度の利用者も一緒に食事をしている。和やかな雰囲気のある食卓風景である。利用者の健康診断結果を踏まえ、職員が利用者の栄養状態を定期的に確認し、バランス良く栄養が摂れるように話し合っている。 |
|       |                | 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。  | ○    | 利用者のADL低下もあり、一緒に調理を行うことは衛生上難しい。後片付けは一緒に行えている。            |      |      | ○    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 配膳・下膳・食器拭きをして頂くことで自信・達成感につなげている。                         |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ◎    | 入居時に嗜好品・アレルギーの確認をしている。                                   |      |      |      |   |
|       |                | 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がらの味のものを取り入れている。                     | ◎    | 旬の食材を使用し、季節感のある献立や行事食を取り入れるようにしている。                      |      |      | ○    |   |
|       |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせて調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等) | ○    | この咀嚼や嚥下状態に合わせた調理方法をし、彩りにも気をつけながら盛り付けている。ミキサー食も彩りに配慮している。 |      |      |      |   |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。   | ◎    | 入居前には、使い慣れた箸や茶碗等を用意して頂き使用している。                           |      |      | ◎    |   |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなくやっている。                 | △    | 介助が必要な利用者がいる為、同じ食卓を囲むことは難しい。外出時などはできる限り一緒に食事している。        |      |      | ○    |   |
|       |                | 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。                             | ◎    | 台所の対面キッチンで調理中に利用者とのコミュニケーションをとりながら、常に行っている。              |      | ◎    | ○    |   |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べ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。                                   | ○    | 個々の食事量に合わせた配膳を心がけている。食事には必ず汁物を作り水分摂取できるようにしている。          |      |      |      |   |
|       |                | 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。                         | ◎    | 本人の好む飲み物で水分摂取できるように工夫したり、細めに水分が摂れるように声かけを行っている。          |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ○    | 栄養士による献立は作られている。栄養バランスが偏らないように食材を選び調理している。               |      |      | ○    |   |
|       |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ◎    | 肉や野菜の調理器具を別々に消毒を行い新鮮な食材を使用し、日常的に衛生管理に努めている。              |      |      |      |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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。  | ◎    | 研修に参加し職員全体が知識の習得を行い、口腔ケアの必要性・重要性を理解している。        |      |      |      | 毎食後口腔ケアを実施して口腔内の状態を把握しており、義歯は毎晩洗浄して清潔が保てるよう支援している。食事の際は良く観察して異常の早期発見に努め、適宜訪問歯科診療につなげている。        |
|       |                | 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。  | ◎    | 毎食後利用者の口腔ケアを行い、口腔内の健康状況の把握に努めている。               |      |      | ○    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 訪問歯科診療の際、口腔ケアの方法を学びブラッシング方法や助言支援に活かしている。        |      |      |      |   |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ◎    | 義歯の脱装着やブラッシング方法を助言したり介助している。                    |      |      |      |   |
|       |                | 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)                           | ◎    | 毎食後口腔ケアを行い利用者のADLに応じた支援をしている。必要時には訪問歯科診療を受けている。 |      |      | ◎    |   |
|       |                | 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、歯科医を受診するなどの対応を行っている。  | ◎    | 口腔内のトラブルに気づいた時は早急にかかりつけの主治医に報告し対応している。          |      |      |      |   |
| 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。                       | ◎    | むやみにオムツやパッドを使用せずなるべく自立での排泄ができるように配慮している。        |      |      |      | 日中、夜間ともにトイレで排泄できるよう支援しており、利用者の排泄機能や時間に合わせて適切な排泄用品が選択できるようショートミーティングやユニット会議で話し合い、状態に応じた支援に努めている。 |
|       |                | 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。   | ◎    | 加齢と体質によるものと思われる。                                |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)  | ◎    | 排泄管理表を利用し排泄パターンを把握している。                         |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ◎    | おむつの必要性について日常的に職員間で話し合い利用者の状態にあった支援を行っている。      |      | ◎    | ◎    |   |
|       |                | 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。   | ◎    | トイレ表示をしたり食事中であっても排泄を優先している。                     |      |      |      |   |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ◎    | 排泄管理表を活用し1日の排泄パターンを把握して声かけ誘導できている。              |      |      |      |   |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。 | ◎    | 排泄量や体力に合わせて状況、状態によって使い分けができています。                |      |      |      |   |
|       |                | 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)を適時使い分けしている。  | ◎    | 状況、状態に合わせて固定せずに変更できている。                         |      |      |      |   |
|       |                | 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)   | ○    | 乳製品の摂取やマッサージなど薬に頼らない自然排便を促す取り組みを行っている。          |      |      |      |   |
| 20    | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)  | ○    | 利用者の希望や習慣に合わせて入浴予定表を作っている。                      |      | ◎    | ○    | 週2回の入浴を基本としており、入居時に入浴習慣を聴取して湯の温度や洗身の順番などを利用者の希望に添えるようにしている。重度の利用者もリフトを使用して湯舟に浸かれるよう支援している。      |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。  | ◎    | 希望する湯加減に調整しゆったり浸かれるようにしている。                     |      |      |      |   |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ◎    | できることは本人に洗髪、洗身を行っていただいている。                      |      |      |      |   |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。   | ◎    | 気分がのらず体調不良など訴えがある時は日にちをずらしている。                  |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ◎    | バイタル測定と観察により入浴の可否の判断をして入浴後の状態も確認している。           |      |      |      |   |

| 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  |
|--------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ◎    | 介護記録や申し送りを通して把握している。                   | /    | /    | /    | 眠れない時は職員と一緒にリビングで過ごしている。日中の活動を増やしたり、就寝前に足浴を行ったりすることで安眠を目指しており、安易に薬剤には頼らないようにしている。 |
|        |                | 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。                         | ○    | 日中の活動や会話を増やすことにより生活リズムが整うように取り組んでいる。   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。    | ○    | 利用者の言動や行動、睡眠状態を把握し日中の支援内容を検討するようにしている。 | /    | /    | ○    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 昼寝以外の時間であっても必要に応じて居室で休めるようにしている。       | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ◎    | 家族同士での手紙のやりとりを支援している。                  | /    | /    | /    | /   |
|        |                | 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。                                     | ○    | 本人の希望に応じて代筆や電話の取次ぎを行っている。              | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 家族の理解を得た上で本人の好きな時に電話ができるようにしている。       | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 家族に電話をかけた手紙を出せるようにしている。                | /    | /    | /    |   |
|        |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。                            | ○    | 入居時に家族と話し合い協力を得ている。                    | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ◎    | お金を所持、使用することが脳の活性化や尊厳を保つことになると理解している。  | /    | /    | /    | /   |
|        |                | 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。   | ○    | お出かけや買い物の際にお金を使う機会を作っている。              | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                                      | ○    | 買い物の時にはお店の方の理解を得られるよう努めている。            | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。 | ○    | 家族と相談して金額を取り決めた上で所持できるよう努めている。         | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | あらかじめ家族と十分に話し合っている。                    | /    | /    | /    |   |
|        |                | f   | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしておき、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。         | ○    | 預り金額の設定や報告方法について本人、家族から同意を得ている。        | /    | /    | /    |   |
| 24     | 多様なニーズに応える取り組み |     | 本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、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。                           | ○    | 状況やニーズに対応して柔軟な支援ができる体制を整えている。          | /    | ○    | ○    | 病院受診に家族が付き添えない場合は、職員が付き添って受診している。家族の協力を得て、入居前から続けていた趣味の教室に通う利用者もいるなど、柔軟に対応している。   |



| 項目No.      | 評価項目                  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠  | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|------------|-----------------------|-----|---|------|--|------|------|------|--|
| (3)生活環境づくり |                       |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 25         | 気軽に入れる<br>玄関まわり等の配慮   |     | 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。   | ○    | 玄関には花や季節の飾りを設置して気軽に入りやすいように工夫している。                             | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関周辺に季節の花を植えたプランターを置き、玄関内にも花が生けられている。掃除も行き届き、清潔な印象を受ける。  |
| 26         | 居心地の良い<br>共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要な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。) | ◎    | 広くてゆとりのある空間の中に温かみのある家具や調度品を配置して落ち着いた気分で過ごせるようにしている。            | ○    | ○    | ○    | 共用スペースは広く明るい空間になっている。リビングにはテラスに出られる大きな窓があり、利用者が自由にくつろぐことができるよう、いす席やソファ席が置かれている。毎日清掃し、きれいで清潔感がある。壁には外出行事の写真や、利用者と職員が合同で作成した季節に合ったクラフト作品が飾られている。 |
|            |                       | 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。   | ◎    | 毎日の清掃により清潔保持を心がけている。   | /    | /    | /    |  |
|            |                       | 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)を生活空間の中に取り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。   | ○    | リビングでは季節感のある飾りつけやリラックスできる音楽をかけるなど日常的に心地良さを感じられるように配慮している。      | /    | /    | /    |  |
|            |                       | 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。  | ◎    | リビングでは気の合う利用者同士で過ごせる座り位置も工夫している。                               | /    | /    | /    |  |
|            |                       | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。  | ○    | トイレや浴室は扉を開けておくことで外部からみえないようにしている。                              | /    | /    | /    |  |
| 27         | 居心地良く過ごせる<br>居室の配慮    |     | 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。  | ○    | 自宅ですべての家具や家族写真を飾り快適に過ごせる配慮をしている。                               | ○    | /    | /    | 自宅から愛用の机といすを持ち込み、本を置くなどして居心地の良い生活空間をつくっている。好みのぬいぐるみやテレビ、家族写真を飾っている居室もあり、個性的な部屋になっている。  |
| 28         | 一人ひとりの力が<br>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。  | ◎    | 個々の状態を把握食事の下膳や洗濯量み等、スタッフと一緒にできる家事を行えるようにしている。                  | /    | /    | ○    | 建物内はバリアフリー構造となっており、各所に手すりを設置して安全面に配慮している。居室の門札を目の高さに取り付けたり、トイレや浴室の表示を分かりやすいよう工夫したりしている。  |
|            |                       | b   | 不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。   | ◎    | 絵や文字で分かり易いように工夫している。   | /    | /    | /    |  |
|            |                       | c   | 利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)   | ○    | 新聞や本、CD等手に届くところに置いている。   | /    | /    | /    |  |
| 29         | 鍵をかけない<br>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)               | ○    | 基本、自由に出入りしていただきたいが、階段からの転落防止の為、戸口施錠している。要望があれば開閉をすぐに行う対応をしている。 | ◎    | ◎    | ◎    | 職員は施錠が弊害になることを理解しており、日中玄関やユニットの出入口は施錠しておらず、自由に出入りすることができる。   |
|            |                       | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。  | ○    | ご家族には説明し安全確保において理解していただいているが、開閉の間には面会時には面会時に不便をおかけしている。        | /    | /    | /    |  |
|            |                       | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくても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)。  | ○    | 利用者の自由意思を尊重しながら安全第一に説明し協力して頂いている。                              | /    | /    | /    |  |

| 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 |
|-----------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (4)健康を維持するための支援 |                  |     |   |      |  |      |      |      |                            |
| 30              | 日々の健康状態や病状の把握    | a   | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。   | ◎    | アセスメントや往診記録の確認を常に把握できるようにしている。                 |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                    | ◎    | 毎朝バイタルチェックを行い介護記録を利用し詳細を記録している。                |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                 | ◎    | いつでもかかりつけ医に報告、相談できるように連携体制が整っている。              |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 入居時に希望医療機関があれば意向に添え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。                                     | ◎    | 家族、本人の希望を確認しかかりつけ医と連携し医療を受けられるよう支援している。        |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ◎    | 通院への同行が可能であればお願ひし、できなかった時は詳細をお伝えしていることで共有している。 |      |      |      |                            |
| 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。  | ◎    | 日常生活の内容や既往歴等のサマリー提供や口頭情報提供をしている。               |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ◎    | 蜜に連絡をとり、万全な体制で受け入れられるよう情報交換、相談に努めている。          |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ◎    | 日頃から連携体制を整えており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。 | ◎    | 日常の気づきを看護職や訪問看護師に報告し相談している。                    |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。  | ◎    | 看護職や協力医療機関にいつでも相談できる体制が整っている。                  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ◎    | 状態変化があった時に適切に指示を仰ぐことができ、早期発見・治療ができている。         |      |      |      |                            |
| 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。   | ◎    | 個人別に薬ボードを作成している。薬の目的・副作用がわかるように記載している。         |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ◎    | 複数の職員が確認を行うマニュアルができている。                        |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                       | ◎    | 毎日の申し送り、記録で状態変化の気づき早期に発見できるようにしている。            |      |      |      |                            |
|                 |                  | d   | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。  | ◎    | 毎日細かく状態観察、記録を行い変化があった時は主治医に報告している。             |      |      |      |                            |

愛媛県グループホームすみれの丘

| 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  |
|--------|-------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。                        | ◎    | 入居時や必要な時期に終末期について話し合いを行い、その意向を話し合いながら方針を共有できている。                 | /    | /    | /    | 看護師を配置して日常の健康管理を行うほか、協力医療機関と連携して24時間医療体制を整備している。容体の変化があればその都度、家族や医療関係者、職員などが話し合い、方針を共有しながら看取りケアを実施している。 |
|        |             | b   | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                 | ◎    | 利用者・家族だけでなく職員・医療関係者で話し合い方針を共有している。                               | ○    |      | ◎    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | 職員の思いや力量を把握し、不安のない体制で対応できるよう指導している。                              | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。  | ○    | 事業所の対応方針について十分な説明を行い、理解を得ることができている。                              | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。 | ○    | 家族や医療関係者と連携を図りながら支援していく体制を整えている。また今後の変化に備えて検討も行っている。             | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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)  | ○    | 家族の心情、事情を受け止め精神面での支えになれるよう努めている。                                 | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 勉強会やショートミーティングで感染症に対する研修を定期的に行っている。                              | /    | /    | /    | /   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | ○    | 感染症に対する予防や対応は学んだことを活かして速やかに対応できるようにしている。                         | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。                          | ○    | 行政や医療機関、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の発生状況の情報を得ることができている。          | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、流行に随時対応している。                                  | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。   | ◎    | 職員・利用者は手洗いやうがい・マスクの着用を徹底しており、面会者が来られても手洗いやうがい・マスクが着用できるよう準備している。 | /    | /    | /    |   |

| 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                  | 本人とともに支え合う<br>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。  | ○    | 家族の要望をお聞きし一緒に検討し、利用者を支えていくようにしている。                   |      |      |      | 毎月の行事を掲示板に掲示して案内するほか、三津浜花火大会に合わせて夏祭りを行い、家族と一緒に楽しんでもらっている。職員は毎月手紙を書いて利用者の様子を伝えており、県外在住の家族へはその都度電話で状況を伝えている。介護保険制度改訂など運営上の連絡事項や職員の異動などは、法人本部から書類を送付して協力を得ているが、家族の理解が得られていないため、今後は全ての家族から理解が得られるよう説明方法を工夫して欲しい。家族の面会時は、気持ちの良い挨拶を心がけて利用者の状況を報告する等、気軽に相談できる雰囲気づくりに努めている。 |   |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ○    | 居室・リビングを自由に選んで頂き、居心地よく過ごせるようにしている。                   |      |      |      |   |   |
|                     |                            | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ○    | 夏祭りや花火大会には利用者と食事をしたり花火を見るなど一緒に楽しんで頂くような機会を作っている。     |      |      | ○    |   |   |
|                     |                            | 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) | ◎    | 毎月のお便りで近況報告を行っている。面会時には記録を見て頂きながら日常の様子を伝えている。        |      |      | ◎    |   | ◎ |
|                     |                            | 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。  | ○    | 面会時にはさりげなく伺うようにしている。意見箱を設置し不安内容などの収集に努めている。          |      |      |      |   |   |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | ○    | 認知症についての理解を深めて頂き、適切な接し方や対応について話し合うようにしている。           |      |      |      |   |   |
|                     |                            | 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)   | ○    | 毎月行事予定を掲示している。職員の異動については面会時にお伝えしている。                 |      | x    |      |   | △ |
|                     |                            | 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)   | ○    | 家族同士の交流が図れるような行事を提案し、参加を呼びかけている。                     |      |      |      |   |   |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 体調変化に伴うリスクについてを説明し利用者にとっての良い対応策を話し合い理解して頂けている。       |      |      |      |   |   |
|                     |                            | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 気持ちの良い挨拶を心がけ、気軽に相談して頂けるような声かけや雰囲気づくりに努めている。          |      |      |      |   | ○ |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ◎    | 契約時には文章と合わせて説明補足を行い理解し納得して頂けるようにしている。                |      |      |      |   |   |
|                     |                            | 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。                | ◎    | 体調面で施設の生活が困難になった症例があった。入院先の主治医と家族と一緒に話し合いを行い納得して頂いた。 |      |      |      |   |   |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ◎    | 改定がある場合はその都度、文章と口頭で説明し同意を得ている。                       |      |      |      |   |   |

| 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>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。   | ○    | 運営推進会議で事業所の目的や役割を説明し理解を頂けている。                               | /    | ○    | /    | 事業所は地区の文化祭や運動会、盆踊り、町内清掃、祭りの神輿担ぎなど積極的に地域の行事に参加している。運動会では席の用意をして迎えてもらうなど、交流が根付いており、地域とのつながりが構築できている。  |
|                    |   | 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)      | ○    | 地域行事や活動への参加をすることで地域の方々との交流が図れている。(盆踊り・運動会・秋祭り・文化祭・町内清掃など)   | /    | ◎    | ◎    |   |
|                    |   | 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。  | ○    | 必要時には町内放送をして頂ける関係作りができています。                                 | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | △    | 夏祭りや花火大会行事などにお誘いしている。                                       | /    | /    | /    |   |
|                    |   | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | △    | 気軽に立ち寄り頂けるよう運営推進会議の時に働きかけている。                               | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)                                     | ○    | ボランティアは積極的に受け入れるようにしている。                                    | /    | /    | /    |   |
|                    |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ○    | 利用者一人ひとりの心身の力を発揮できるよう地域行事に参加させて頂いている。                       | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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)。 | ○    | 地域の商店や美容院などに協力して頂けている。                                      | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 毎回地域の役員の方々や利用者には参加して頂けている。家族にも参加して頂けるよう働きかけている。             | ○    | /    | ○    | 運営推進会議には、利用者や家族、民生委員、町内会長、公民館長、関係機関職員が参加している。毎回テーマ設定をして協議しており、地区行事や防災の情報は有効に活用している。外部評価結果の報告を行い、得られた意見は運営に活かせるよう話し合い、事業所としての取組み結果などについても報告している。 |
|                    |   | b   | 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。                                      | ◎    | 毎回利用者の状況や活動・出来事を報告している。外部評価の内容・目標達成計画の内容と取り組みを文章と口頭で報告している。 | /    | /    | ◎    |   |
|                    |   | 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。                                 | ◎    | 会議では参加者全員に感想や意見を伺うようにし、日々の取り組みやサービス向上に活かせるようにしている。          | /    | ◎    | ◎    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ○    | 業務に差し支えない午後が多い。今後は家族の参加が多くなるよう働きかけていく。                      | /    | ◎    | /    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 口頭・文書で報告している。   | /    | /    | /    |   |

| 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>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。                     | ○    | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作成し全員が理念に基づいたものになるよう取り組んでいる。           | /    | /    | /    | 法人は研修助成制度を設けて研修を奨励し、資格取得も支援している。若い職員が自己研さんしながら働き続けられるよう環境を整備しており、長年勤務する職員が多く、経験が蓄積されている。また、人事考課制度を設けて面談の機会を持ち、評価や支援を行うなど、働きやすい職場環境づくりにも取り組んでいる。 |
|                            |   | 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。   | ○    | 目につきやすい玄関の入り口に掲示し、家族・利用者・地域の方々にも理念を伝えている。                     | △    | ○    | /    |   |
| 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。   | ○    | 職員全体が法人・内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。                                 | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 職員が働きながらスキルアップできるような積極的に取り組んでいる。                              | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                              | ○    | 職員に自己評価してもらい個々の努力や実績・勤務状況を把握し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。 | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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) | ○    | 地区のグループホーム連絡会やケアマネ合同研修会に参加し交流をしている。                           | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。   | ○    | 年に2回程度職員同士で食事会を開催している。  | /    | ○    | ○    |   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ◎    | 内部・外部研修に参加し虐待防止について学び、日頃の事例で検討する機会を設けている。                     | /    | /    | /    |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 毎日のミーティングでケアの疑問点や意見を話し合っている。                                  | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。                                    | ○    | 虐待や不適切なケアの事例に基づいた勉強会やミーティングで意見交換を行っている。                       | /    | /    | ◎    |   |
|                            |   | 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。  | ◎    | 職員と面談を行い、疲労やストレスを感じていないか把握するようにしている。                          | /    | /    | /    |   |
| 44                         | 身体拘束をしないケアの取り組み   | a   | 代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。  | ○    | 勉強会を設け資料を配布して全ての職員が理解できるようにしている。                              | /    | /    | /    |   |
|                            |   | b   | どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。  | ○    | 身体拘束について話し合いの場を設け身体適正化委員会を実施している。                             | /    | /    | /    |   |
|                            |   | c   | 家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                       | ◎    | 家族からの要望があっても、利用者の及ぼす弊害について説明し拘束を行わないケアの具体的な内容を示し理解を頂いている。     | /    | /    | /    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。                  | ○    | 内部研修や外部研修で知識・理解を深めている。                             |      |      |      |   |
|       |                       | 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。       | ○    | 家族からの相談があれば情報を提供する準備はしている。                         |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。  | ○    | 地域包括センターに相談できる関係づくりを築いている。                         |      |      |      |   |
| 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。                  | ○    | 利用者の急変時の対応はマニュアルを作成し落ち着いて対応できる体制を整えている。            |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                   | ○    | 救急隊より指導を受け、実践できるようにしている。                           |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手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。     | ◎    | ヒヤリハット・事故報告書作成しその日のうちに話し合い、ユニット会議でも再検討し事故防止に努めている。 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                            | ◎    | 毎日のミーティングや勉強会で話し合い、安全な環境整備・ケアの仕方に努めている。            |      |      |      |   |
| 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。                               | ◎    | マニュアルを作成し職員は周知している。                                |      |      |      |   |
|       |                       | 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。 | ○    | 相談・苦情があればマニュアルに添って早急に対応し書面に残すようにしている。              |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。 | ○    | 苦情があった場合は、事実確認を行い謝罪し今後の方針を伝え納得して頂けるよう努めている。        |      |      |      |   |
| 48    | 運営に関する意見の反映           | a   | 利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)                | ○    | 話しやすい雰囲気・環境作りを行い、さりげなくお聞きするようにしている。                |      |      | ○    | 利用者や家族と良好な関係を構築し、意見や要望を言いやすい環境づくりに努めている。利用者の意見は日頃の生活の中で把握し、家族には面会時に介護記録を開示して状況を伝えるとともに、要望を聞いている。管理者は日常業務の会話の中から職員の思いを汲み取るよう努めており、職員は意見や提案を言いやすい職場環境であると感じている。 |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)            | ○    | 面会時など事業所から積極的に意見・要望をお聞きするようにしている。                  | ○    |      | ○    |   |
|       |                       | c   | 契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。                          | ○    | 玄関に意見箱を設置し、投稿できるようにしている。                           |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。                            | ○    | 自ら現場に足を運び、職員の意見や要望・提案などを直接聞くようにしている。               |      |      |      |   |
|       |                       | e   | 管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。             | ○    | 管理者は一人ひとりから意見や提案を聞く機会をもち、利用者本意の支援をしている。            |      |      | ○    |   |

愛媛県グループホームすみの丘

| 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   |
|--------|---------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| 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、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                  |      |      |      | 外部評価結果は運営推進会議で報告し、参加できなかった家族には結果表を郵送して周知するとともに、玄関スペースに置いて閲覧できるようにしており、事業所の取り組みについてモニターしてもらっている。  |
|        |               | 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。   | ○    | 課題や問題点が明らかになると早急に毎日のミーティングやユニット会議で話し合っている。              |      |      |      |  |
|        |               | c   | 評価（自己・外部・家族・地域）の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 実現可能な目標を話し合い事業所全体で達成できるよう取り組んでいる。                       |      |      |      |  |
|        |               | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                                       | ○    | 運営推進会議で事業所の目的や役割を説明理解を頂いている。報告し、いつでも閲覧できるよう施設内にて掲示している。 | ○    | ○    | ○    |  |
|        |               | 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。  | ○    | 事業所内での取り組みの成果について確認するようにしている。                           |      |      |      |  |
| 50     | 災害への備え        | a   | 様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。（火災、地震、津波、風水害、原子力災害等）   | ○    | 様々な災害の対応マニュアルを作成し周知に努めている。                              |      |      |      | 町内会が実施する防災訓練には利用者と一緒に参加し、住民とともに訓練を実施している。運営推進会議において、事業所を緊急時の避難場所として活用できることを伝えており、協力体制について協議している。緊急災害時の対応について家族の理解が得られるよう、さらに地域との協力支援体制を構築していく取組みを継続し、利用者の安全確保に万全を期して欲しい。 |
|        |               | 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。  | ○    | マニュアルに基づき、様々な時間を想定し安全に避難できるよう訓練している。                    |      |      |      |  |
|        |               | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ○    | 消防設備や避難経路、ほかんしている非常用食料・備品・物品など定期的に点検している。               |      |      |      |  |
|        |               | 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。   | ○    | 運営推進会議の際消防署の方から訓練の仕方や避難方式等教えて頂き、訓練を行っている。               | △    | ◎    | △    |  |
|        |               | f   | 災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。（県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等）                     | ○    | 地区の防災訓練があれば利用者も一緒に参加するようにしている。                          |      |      |      |  |
|        |               |     |   |      |   |      |      |      |  |
| 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） | ○    | 内部・外部研修に参加し運営推進会議などでテーマとして取り上げ講習を行っている。                 |      |      |      | 併設するデイサービスの利用者や、地区民生委員から相談を受けて対応している。近隣で災害があった際は、地区住民の相談を受けて急きょ入居受け入れをした経験がある。また、地区組織から要請を受けて認知症啓発の講話に出かけたこともある。地域の関係機関と良好な関係を構築しており、ケア拠点としての機能をますます発揮していくことを期待したい。      |
|        |               | 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。   | ○    | 運営推進会議の際、相談や支援が行えることを伝えている。                             |      | △    | ○    |  |
|        |               | 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）  | △    | 夏祭りなどのイベントを開催し交流の場を広げているが参加者は少ない。                       |      |      |      |  |
|        |               | 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。   | ○    | 介護人材やボランティアの養成があれば受け入れている。                              |      |      |      |  |
|        |               | 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）                       | ○    | 地域関係者に働きかけ、イベントや地域活動に参加している。                            |      |      | ○    |  |