

(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 2 年 10 月 22 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 | 3名        |           |

※事業所記入

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 事業所番号           | 3870201336           |
| 事業所名<br>(ユニット名) | ハートフルケアホームあけぼの<br>1階 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 越智 美春                |
| 自己評価作成日         | 令和 2 年 10 月 6 日      |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>【事業所理念】</p> <p>1.自立した日常生活ができるよう支援する事<br/>                 1人権・人格を尊重<br/>                 1.抑制のない優しい介護<br/>                 1.地域との繋がりが築いていけるよう支援します<br/>                 1.自分や自分の親が来たいと思ふようなホームに！</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <p>推進会議に参加している民生委員さん防災士さん地域の方から家族のことや地域の情報を推進会議で話し市職員さんや施設長からアドバイス(地域との繋がり)し支援に繋がるよう取り組んでいる<br/>                 今年度はコロナの影響で情報が得られてない</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>事業所は住宅街の一角に位置し、周りの住宅と調和した佇まいの建物となっている。住宅地の中においても事業所には家庭的な雰囲気が感じられ、利用者と職員が家族のように声をかけ合い、穏やかな時間が流れている。開設から15年目を迎える事業所であるが、職員同士の仲の良いこともあり長く勤める職員が多く、事業所内には職員の生活や歴史が分かる写真なども飾られている。また、身体機能を維持するための生活リハビリや、家事などにおいて自分ができることを進んで行うなど、活気にあふれた利用者が多い。職員は利用者の生活リズムも大切に考え、朝遅く起きる利用者にも、ゆっくりと朝食を食べれるように対応している。</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  |
|-----------------|--|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| I.その人らしい暮らしを支える |  |     |  |      |  |      |      |      |   |
| (1)ケアマネジメント     |  |     |  |      |  |      |      |      |   |
| 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。   | ○    | 本人の発した言葉・会話をケースに記入 年2回『私の姿』で意向確認している                             | ◎    | /    | ◎    | 入居時に、事業所では利用者の医学的情報や日常生活動作の状況に加えて、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の「私の姿」を活用し、利用者の思いも含めたアセスメントして情報を把握している。定期的に年2回アセスメントを行っている。また、日常の会話の中で、職員は利用者から思いを聞き取り、生活記録やケアチェック表、業務日誌などに記録している。 |
|                 |  | 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。   | ○    | 表現でにくい方は 表情 行動 しぐさから意向の把握に努めている                                  | /    | /    | /    |   |
|                 |  | 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。                                      | ○    | 家族さん 兄弟姉妹等から聞いたり 表現でにくい方は 表情・しぐさ・行動から移行の把握に努めている                 | /    | /    | /    |   |
|                 |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ○    | 本人の言葉・他者との会話を介護記録・ケアチェック・モニタリングに記録、変化があるときは申し送りし共有に努めている         | /    | /    | /    |   |
|                 |  | 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。   | ○    | それぞれのパートナーが本人に直接聞き『私の姿』へ記入しケースにファイルし共有している。家族さんにも渡している           | /    | /    | /    |   |
| 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。 | ○    | ケアマネさんから情報を頂いたり、入居時に家族さんに『私の姿』を書いてもらったり家族・知人・友人が来設された際に情報ももらっている | /    | /    | ○    | 日々のかかわりの中で、職員全員が利用者の馴染みの暮らしや日々の思いを聞き取り、「私の姿」に記録を残している。また、家族からの情報を得て、利用者一人ひとりの全体像を職員全員で描いている。職員は、家族に「私の姿」のまとめて渡しており、利用者に関することを再認識してもらうよう努めている。                               |
|                 |  | b   | 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。                                  | ○    | それぞれの方にできそうなことはまずやってもらい、その人の力量にあわせてもらっている                        | /    | /    | /    |   |
|                 |  | 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。  | ○    | 細かく記録し家族さんにも相談しパートナーと都度話し合い 落ち着いて過ごせるよう努めている                     | /    | /    | /    |   |
|                 |  | d   | 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)                                   | ○    | 細かく記録し家族さんにも相談しパートナーと都度話し合い 落ち着いて過ごせるよう努めている                     | /    | /    | /    |   |
|                 |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | 日々の観察・記録申し送り等で把握に努めている   | /    | /    | /    |   |
| 3               | チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む) | a   | 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。  | ○    | 日々の関わり・会話・他者との会話等から都度話し合い本人視点に努めている                              | /    | /    | ○    | 職員全員が利用者一人ひとりの「私の姿」に記入し、利用者が何を求めているかを職員間で検討し、より良いサービスにつなげている。   |
|                 |  | 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。   | ○    | 本人の言動を 家族 かかりつけ医に報告・相談し助言をもらっている                                 | /    | /    | /    |   |
|                 |  | 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。   | ○    | より快適に暮らすため都度話し合いをしている  | /    | /    | /    |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 日々の会話で本人の思いを知ったり半年に1回『私の姿』で聞き取り、家族さんからも情報を得て作成している | /    | /    | /    | センター方式の「私の姿」などを基にして、その都度利用者にかかわる職員間で意見を出し合い、介護計画を作成している。家族からは、面会の時などに意見を聞き取り、カンファレンスに反映させている。   |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ○    | 本人・家族と話し 医師に相談し意見等を反映・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。                            | ○    | 本人の体調を見ながら 家族・医師と相談しながら日々の暮らしができるよう努めている           | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                 | △    | 家族・医療関係者との協力体制はできているが、地域の方たちはおおくはない                | /    | /    | /    |   |
| 5     | 介護計画に基づいた日々の支援           | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。  | ○    | 個別のケースに閉じてあり共有している                                 | /    | /    | ◎    | 各利用者の個人ファイルには介護計画を挟み、ケアチェック表に解決すべき課題（ニーズ）を記載することで、職員が行うべき利用者への支援やかかわりを確認することができるよう、分かりやすく工夫されている。日々の利用者とのかかわりは、ケア行動計画・チェック表や支援経過などに記録され、職員は定期的にモニタリングを行い、評価できるようになっている。 |
|       |                          | 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。             | ○    | 個々にケアチェック表に記入しつつも確認でき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。          | ○    | 言動 表情等生活記録・ケアチェック表 支援経過に記録している                     | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。                                    | ○    | 都度話したり モニタリングの際 気づき 考察を記録している                      | /    | /    | △    |   |
| 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。  | ○    | 6か月で見直しを行っている                                      | /    | /    | ○    | 介護計画は6か月に1回を基本として、見直しをしている。利用者の状態に応じて、その都度カンファレンスを行い、見直しをしている。また、毎月モニタリングを行い、職員全員で日々のケアについてチェックを行い、利用者が発した言葉なども残されている。  |
|       |                          | 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。  | ○    | 都度話したり 毎月ケアチェックでモニタリングしている                         | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。       | ○    | 家族さん かかりつけ医に相談し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。                  | △    | 日々の申し送りでの共有やその時々に応じて話し合いをしている                      | /    | /    | ○    | 必要に応じてカンファレンスを実施しており、参加できない職員には事前に意見を聞き、職員間で検討している。会議録は回覧し、職員はカンファレンスの内容を確認できるようになっている。   |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | △    | 都度一人一人の意見を取り入れ 話しやすい雰囲気だと思う                        | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                        | △    | 全員参加の会議は難しいので都度いる職員で話しあっている                        | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | △    | 会議録をみて把握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。                               | ○    | 申し送りノート 業務日誌 支援経過 カレンダーに記入 口頭で申し送りしている             | /    | /    | ◎    | 申し送りノートや業務日誌、ケア行動計画・チェック表、支援経過、カレンダーなどに伝達事項などが記録され、職員はサインをすることで情報共有を確実にする仕組みができています。  |
|       |                          | 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）    | ○    | 口頭や業務日誌・申し送りノートで伝わるようにしている                         | ◎    | /    | /    |   |

| 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。   | △    | 表出できにくい方もいるが日々の会話等から把握しかなえれるよう努力はしている   | /    | /    | /    | 日々の生活のあらゆる場面において、職員はその時々で利用者のやりたいことを聞き取っている。日々体操などを実施しているが、参加の有無は利用者の意思を尊重している。利用者同士のかかわりが持てるよう、職員は意識して声かけをしている。また、事業所では利用者の生活リズムを大切に考え、朝遅く起きる利用者にも、ゆっくりと朝食を食べられるように対応している。                                |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)  | △    | 表現しづらい方もいるが本人が自己決定できるよう努めている。   | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | c   | 利用者が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる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。  | △    | 表出できにくい方もいるが自分の思いを出せるよう関わるようにしている   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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)   | △    | なるべく一人一人のペースに合わせるようにしているができていないこともある  | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 利用者さん同士が関われる雰囲気作りはしている  | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。   | ○    | 表情 しくさ 言動から本人の思いをくみとるよう努力はしている。の他利用者さんから教えてもらうこともある                                   | /    | /    | /    |  |
| 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。   | △    | 内外研修で学ぶ機会はある。『人生の大先輩』と常に尊敬し意識しているが日々振り返り反省するところがある                                    | ◎    | ○    | ○    | 職員は、利用者を人生の先輩として敬い、意識した尊重のある対応をしている。管理者は利用者の人権を守ることに意識した支援に努めており、職員は利用者に対してさりげない声かけをしている。職員の中には、耳が聞こえにくい利用者や理解不足で反応が遅い利用者に対して、つい大きな声を発してしまう場合もあり、職員同士で注意し合うなどの対応をしている。また、居室への入室の際には、職員はノックをするなどの配慮ができています。 |
|           |                         | 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。  | △    | 『さわやかに さりりと さりげなく』を心がけているが理解できにくい方や 聞こえにくい方には配慮にかけていることがある                            | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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ながら助助を行っている。   | △    | 配慮すようにはしているが、安全を優先してできていないときもある   | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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。   | △    | ノックや声掛けしている   | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 重要性を理解し遵守している。必要な情報のみ共有している   | /    | /    | /    |  |
| 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。   | ◎    | それぞれの方のできるできないを見極め、洗濯干し たたみ台ふき モップかけ 食器洗い 食器拭き 野菜のしたごしらえ等生活の中でほとんど助けて頂きパートナー全員感謝しています | /    | /    | /    | 職員は、利用者一人ひとりに役割が持てるよう支援している。また、利用者同士で話しかけることも多く、話し好きの利用者が新しい利用者に話しかけるなど、事業所の雰囲気に馴染むことにつながったケースもある。事業所では、ユニット間の利用者同士の交流もっており、利用者間で「ありがとう」など感謝の言葉を言い合うなど仲間意識は強い。   |
|           |                         | 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。   | ○    | 利用者さん同士が家族のようにかかわり暮らしている  | /    | /    | /    |  |
|           |                         | 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力を発揮してもらう場面をつくる等)。 | ○    | 仲良く話したり 発語が難しい方に話しかけたり 利用者さん同士がかかわりあいがながら日々過ごしている。1階、2階を行き来し交流している                    | /    | /    | ○    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 危険のないよう見守り、必要に応じ間に入り気分転換できるようにしている  | /    | /    | /    |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 入居時情報収集し 入居後本人との会話や 来設される友人・知人・家族さんから教えていただく   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ○    | 入居時情報収集し 入居後本人との会話や 来設される友人・知人・家族さんから教えていただく   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | △    | お墓参り 歯医者さん外食等 家族さんの協力でできている方もいる  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 玄関をオープンにいつでも気軽に入れるようにしている。居室 フロア等本人・来設者の希望するところまでくごしてもらっている                          | /    | /    | /    |   |
| 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) | ○    | 天候にもよるが1日1回は外へ出るようにしている。ドライブはほぼ毎日行っているが一人一人の希望にはそえていない。施設外は家族さんの都合に合わせて自由に外出してもらっている | ◎    | ○    | ◎    | 玄関は日中開放し、玄関の外にベンチを設けていることもあり、利用者は自由に出入りすることができている。また、日中には利用者と一緒に毎日ドライブに出かけており、職員は外気や季節を味わうことを心がけて支援している。  |
|        |                   | 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。  | ×    | 地域の方の協力は難しい  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | ○    | 天候にもよるが日光浴・レクリエーション 車いすでのドライブ 玄関で数名が話したりしている   | /    | /    | ○    |   |
|        |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ○    | 家族さんには外食 お墓参り 旅行 外泊等可能な限り協力してもらっている。地域の方の協力は難しい                                      | /    | /    | /    |   |
| 14     | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 内外研修で学び 細かく言動 しぐさ 表情を記録しそこから要因を探り 取り除くことができるよう努めている                                  | /    | /    | /    | 職員は、利用者の身体機能を衰えさせないために、毎日体操や立ち上り・バランス訓練などを取り入れている。また、階段昇降訓練や散歩など屋外歩行を行う利用者もいる。管理者は利用者のことを考え、参加の意思は尊重するものの、体操など身体を動かすことができるように促している。   |
|        |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                | ○    | 一人一人の状態に応じてリハビリ体操 屈伸運動 階段歩行 廊下歩行 散歩 嚥下体操 生活の中でのリハビリで維持・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)   | ○    | 日々の暮らしの中でそれぞれの意役割があり安全に可能な限りその人の野力に応じた作業等してもらっている。利用者さん同士が協力しながらされている                | ◎    | /    | ○    |   |
| 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。   | ○    | 一人一人の生活歴を知りその人の有する力で役割がある。「やろか」と自分からされることも多い   | /    | /    | /    | 毎日のモップがけや洗濯物たため、卓上の物入れ作り、食事の下ごしらえ、食器洗いなど、利用者にはできることを手伝っている。日々の生活の中で、些細なことでも利用者にはできることをしてもらっており、利用者から職員に「何かやることはない」などの声がかかることもある。職員は、利用者を手伝ってもらった場合には、「ありがとう」などの感謝の言葉をかけている。また、職員は、利用者一人ひとりの役割作りを意識した支援している。 |
|        |                   | 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。  | ○    | その人にあった役割がある。少しでもできそうなことはしてもらい出来ない時は利用者さん同士が協力しながら日々くごしている                           | ◎    | ◎    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ×    | 地域の行事には参加できていない  | /    | /    | /    |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。  | △    | 自分でできる人はその人らしくしてもらっている   |      |      |      | 職員は、利用者が季節に応じた服に着替えたり、身だしなみを整えたりするなどの支援をしている。事業所には、訪問利用の来訪があり、定期的に利用者の散髪を実現している。食事の際には、利用者がエプロンを使用することで衣服の汚れを予防し、清潔な状態が保てるようにしている。  |
|       |                | 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。   | △    | 本人家族さんが準備し自分分で選べる方は自由にしてもらっている   |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 家族さんが持ってきたものの中から選んでいる  |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ○    | 季節やその場に合わせた衣服等かぞくさんが準備して下さる  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさざ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)  | △    | 食べこぼしがある方はエプロンを使用 衣服のみだれや口周囲の汚れは居室やトイレでさりげなくしている                             | ◎    | ◎    | ◎    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | ×    | 今は施設内でしている   |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 毎日着替え 散髪も定期的に行っている。  |      |      | ○    |   |
|       |                |     |  |      |  |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 社内研修で勉強している  |      |      |      | 管理者が利用者の好みなどを取り入れて献立を作成している。平日は管理者を中心に、調理方法やバランスを考えて調理している。土、日曜、祝日は、湯煎して提供できる温かい食事を利用者へ提供している。利用者は調理の下ごしらえや後片付けなどを職員と一緒にやるほか、利用者と同じ食卓を囲んで、楽しく会話をしながら食事をしている。オープンキッチンから職員の調理する様子が見えることで、利用者は食事に関して興味や関心を持ち、手伝う感覚が身についている。食事は本来の素材の味を生かし、薄味で提供されている。来訪する栄養士資格を持つ家族に味見をしてもらったり、運営推進会議の時に参加者に食事を食べてもらったりするなど、意見をもらう工夫をしている。利用者の栄養面などを考えて栄養士などの意見をもらいながら献立を立てることができていないため、協力医に病気のある利用者への食事対応や塩分のアドバイスを求めるなどの工夫を期待したい。また、朝遅く起きる利用者もいるため、職員は利用者の朝食を食べる時間の融通を聞き、対応している。 |
|       |                | 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。  | ○    | テーブル拭き 野菜の下ごしらえ 食器拭き等それぞれの役割がある  |      |      | ○    |   |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | △    | 数名ではあるが玉ねぎの皮むき ごぼうのさがき等してもらっている。感謝の言葉をのべると「できる事は手伝いますよ」と笑いながら言われ こちらが笑顔になります |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人・家族さんからきいている   |      |      |      |   |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ○    | 家族さんから野菜を頂いたりするので旬の野菜を使っている  |      |      | ◎    |   |
|       |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、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) | ○    | 食物繊維の多いものを使うようにしている。配膳すると「美味しそうなねえ」「いつも美味しい味付けですよ」と言われる方もいる                  |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 馴染みのものを使っている人もいる   |      |      | ○    |   |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | △    | 施設で作ったものを同テーブルで食べている。さりげなくできていない時もある   |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                             | ○    | ほとんどの方がフロアで過ごされているのでにおいや音は感じられる。台所から話しかけたり食事が楽しくできるよう努めている                   | ◎    |      | ◎    |   |
|       |                | 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。                                   | ○    | 一人一人の食事量に合わせ完食できるようにしている。水分量はチェック表で確認し1200cc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。                         | ○    | 野菜ジュースやコーヒー等飲んでもらいこまめに水分摂取してもらっている   |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ×    | 栄養士のアドバイスは受けていない。家族さんで資格をもっている方がいるので味を見てもらったり、たまには一緒に食べていただくこともある            |      |      | ○    |   |
|       |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ○    | 調理には十分注意を払い調理器具は毎日消毒している   |      |      |      |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 社内研修や訪問歯科で先生に教えていただき理解している  |      |      |      | 毎食後に、利用者は口腔ケアを行い、できる限り自分で歯磨きなどをしてもらっている。また、2週間に1回、歯科医の訪問があり、利用者は受診したり、口腔内の衛生管理に関してアドバイスをもらったりしている。  |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。   | ○    | ほとんどの方が訪問歯科で診てもらっている  |      |      | ○    |   |
|        |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。   | ○    | 訪問歯科医さんのアドバイスがある。「個々の利用者さんは口腔ケアがきちんとできています」と医師より頂けた                               |      |      |      |   |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ○    | できない方はパートナーが介助している  |      |      |      |   |
|        |                | 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)                            | ○    | 毎食後できる方は自分で行い出来ない方は介助している。  |      |      | △    |   |
|        |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医を受診するなどの対応を行っている。   | ○    | ほとんどの方が訪問歯科を利用し緊急時は対応して下さる  |      |      |      |   |
| 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。                        | ○    | 社内研修で学び理解している   |      |      |      | 日中ほとんどの利用者は紙パンツを使用しており、職員はトイレで排泄ができるよう支援している。職員は定時誘導のほか、利用者の状況に応じてトイレへ誘導している。また、職員はできる限り利用者の自然な排便を促すための運動や食事メニューを心がけ、下剤を活用しながら適切な排便を実現している。 |
|        |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。  | ○    | 社内研修で学び理解している   |      |      |      |   |
|        |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)   | ○    | チェック表に記録し把握できている  |      |      |      |   |
|        |                | 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。                             | ○    | 日中・夜間・外出時 季節等 個々の状態に合わせて使用している  | ◎    |      | ○    |   |
|        |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。  | △    | 本人の言動にきをつけている   |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | チェック表で確認し早めに誘導している  |      |      |      |   |
|        |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時的に選択するのではなく、どのような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。 | △    | 家族さんには状態を話している。時間帯で使用するものを変えたりその時の状態で使用するものを変えている。                                |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 個々の状態に合わせて使用している  |      |      |      |   |
|        |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)  | ○    | バナナ 牛乳 ヤサイジュース 通じにいい食事 作業や運動をして頂き十分な睡眠(6から7時間で便が作られる)でなるべくせんはいべんを促しているが服薬が必要な方もいる |      |      |      |   |
| 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)   | ◎    | 全員毎日お風呂を心がけている  | ◎    |      | ○    | 毎日、午前中に入浴できる体制を整えている。ほとんどの利用者は入浴を好んでおり、利用者は毎日入浴することができる。入浴に気の進まない利用者には、別の職員が声をかけるなど、さりげなく誘うことができている。  |
|        |                | 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。   | △    | ゆっくり湯舟につかれている人もいる   |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 洗身 洗髪 できるところは自分でしてもらっている。浴槽の出入り 移動 立位時は安心できることばがけや介助をしている                         |      |      |      |   |
|        |                | 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、無理強いせずに気持ち良く入浴できるよう工夫している。   | ○    | さりげなく誘って入ってもらおう言葉がけをしている  |      |      |      |   |
|        |                | e   | 入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。  | ○    | 毎朝バイタルチェックしている。入浴後は水分補給してもらいベットで横になる方もいる  |      |      |      |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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時間ごとの巡回し記録し把握している   | /    | /    | /    | 事業所では午前中に体操を取り入れ、午後にはドライブをする流れがあり、利用者の日課となっている。眠剤を使用する利用者もいるが、日中の適度な活動を取り入れることにより、利用者の安眠が実現できている。             |
|        |                | 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。                         | ○    | 日中活動をしてもらい夜間良眠できるような取り組みはしている  | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。    | ○    | 個々の状態・リズムを観察し医師に相談、はじめは軽く副作用のない薬から処方してもらい薬が合うまでは状態を見ながら何度も医師に相談している方もいる。場合によっては生活記録を読んでもらい処方してもらうこともある | /    | /    | ◎    |   |
|        |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | △    | 安全面を考えると全員が居室でやすめていない  | /    | /    | /    |   |
| 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。   | ○    | 家族さん来設時一緒に写真を撮り 写真付きのはがきにメッセージや住所が書ける方は書いてもらいおこなっている   | /    | /    | /    |   |
|        |                | b   | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。                                     | ○    | 自分の名前だけでも書いてもらっている   | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | △    | 状況にもよるが希望があればしてもらっている  | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 本人に渡し 返信している方もいる   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。                            | △    | ほとんどの家族さんは月1回来ているのでお願いはしていない   | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 理解はしている  | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ×    | ほとんどの方が機会がない   | /    | /    | /    |   |
|        |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | ×    | 買い物に行っている方はいない   | /    | /    | /    |   |
|        |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | ×    | 入居時家族さんと話し個人では持っている方はいない   | /    | /    | /    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 入居時に家族さんと話している   | /    | /    | /    |   |
|        |                | f   | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。         | ○    | 入居時に説明している入金時には預かり証を渡し預かり台帳にサインか押印してもらっている。レシート領収証を定期的に渡している   | /    | /    | /    |   |
| 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。                           | ○    | できる範囲で本人さん家族さんの思いに添え柔軟に対応できるよう心がけている   | /    | ◎    | ○    | 利用者の希望に応じて、家族の協力を得ながら、お墓参りに出かけたり、家族と一緒に食事会に行ったりできるよう支援している。職員は柔軟な対応をしているが、現在はコロナ禍のため、利用者や家族の希望する外出や外食は自粛している。 |

| 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>(3)生活環境づくり</b> |                       |     |   |      |  |      |      |      |  |
| 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、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。  | ○    | 日中は玄関ドアをオープンにいつでも気軽にはいれるようにしている。玄関にベンチをおいている   | ◎    | ◎    | ○    | 玄関の入口にはベンチが置かれ、オープンで入りやすい雰囲気となっている。以前は近隣住民が事業所を訪問し、滞在することもあった。   |
| 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、家庭的な雰囲気を有しており、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。) | ○    | フロア?廊下 階段に写真等貼っている。娘さんが作ってくれたカレンダーやお孫さんが書いてくれたがみや絵をはり家庭的な雰囲気になるようこけている   | ◎    | ◎    | ○    | 利用者が集まるリビングには、たたみスペースやソファが置かれている。廊下や階段などには、利用者の写真や作品などが飾られている。明るく家庭的な雰囲気、利用者はリラックスして思い思いの場所で過ごすことができる。また、利用者と一緒に毎日掃除を行い、衛生的な空間が保たれている。 |
|                   |                       | 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。   | ○    | キッチンとトイレが近いので特に臭いには気をつけている。掃除は毎日利用者さんに手伝わってもらっている  |      |      | ◎    |  |
|                   |                       | c   | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。   | ○    | 花畑の花を飾ったり、季節の野菜の下ごしらえをテーブルで手伝わってもらったり対面キッチンで臭いなど五感に働きかけるようにしている  |      |      | ○    |  |
|                   |                       | 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。  | △    | ソファやテーブルを囲んで自由に話したり玄関ベンチ・自室ですべて一人で過ごしたりしているが、あんぜんを考えると全員とは言えない   |      |      |      |  |
|                   |                       | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。   | ○    | 戸を開めたりパテーションを置いたりしている  |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 使い慣れたものを持ってきていただくようお願いはしている。タンス・テレビ お位牌等持っている方もいる  | ◎    |      | ○    | 居室には、ベッドと収納、洗面台が備え付けられている。利用者は馴染みの物を持ち込むことができ、利用者にとって合った空間づくりをしている。  |
| 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。  | ○    | 自室入り口に名前 トイレ 浴室が解るようにしている夜間はトイレに電気をつけ安心できるようにしている  |      |      | ○    | 調理の下ごしらえや洗濯物たたみなどの手伝いをしたり、運動をしたりするなど、職員は利用者ができることでもらう支援をしている。掃除用具や洗濯物干などの道具は身近に置いてあり、利用者が行動を起こしやすい環境を整えている。                            |
|                   |                       | 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。   | ○    | 家族さんと相談し危険なものは持ち帰って貰い必要なものはちがう場所に移動している  |      |      |      |  |
|                   |                       | 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)   | △    | モップやほうきはいつでも使えるように同じ場所に。新聞はいつでも見れるようにフロアにおいてある。園芸道具は玄関に置いている   |      |      |      |  |
| 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あること、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)                     | ○    | 基本施錠しない！夕方までは開放している。入居前徘徊のある方も設内自由に行き来、2階に用事を頼んだり洗濯を干してもらったり天候による散歩に出かけたり一人でも大丈夫な方はベンチに座ったり 毎日ドライブにでかけ、1日1回は外にでれる生活をしている | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関は日中開放しており、ユニット間も自由に入出りできるようになっている。日頃から、利用者は玄関前に置かれたベンチに出たり、職員と一緒に畑や事業所周辺を散歩したりしており、自由な生活が送れていることもあり、不穏な利用者はほとんどいない。                  |
|                   |                       | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。  | ○    | 家族の理解を得ている   |      |      |      |  |
|                   |                       | 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)。  | ○    | 近所の方も気にかけて下さり、近所の八百屋さんにはお願いしてあり声をかけてもらうようにしている   |      |      |      |  |

| 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 |
|-----------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 既往歴 現病等かくにんしている  |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                    | ○    | 毎日バイタルチェック状態を確認している。変化や異常があれば記録し家族にも報告している   |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等について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。                                 | ○    | 入居時「協力医は最後まで見てくれる」と伝えかかりつけ医を変更される方が多い。定期受診は施設長が同行している。外来の看護師さんや医師に都度相談させて頂き、入院につなげるようにしている |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 本人や家族の希望するかかりつけ医に受診してもらっている  | ◎    |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ○    | 協力医以外は家族さんに受診のお願いをしている。受診前状態報告し受信後家族さんから聞き情報共有し適切な医療が受けれるようにしている                           |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 協力医以外は家族さんに受診のお願いをしている。受診前状態報告し受診後家族さんから聞き情報共有し適切な医療が受けれるようにしている                           |      |      |      |                            |
| 32              | 入退院時の医療機関との連携、協働 | a   | 入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。  | ○    | 本人の状態・経過生活状況等情報提供している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | お見舞いに行ったり 家族さんや担当看護師 地域連携室の方と電話で話したり 退院に向けてのカンファレンスに参加したり 退院前に 関係者の方が本人と 面接に来たこともある        |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 定期的受診時にかかりつけ医には今後についての相談をしている  |      |      |      |                            |
| 33              | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ○    | 施設長に伝えかかりつけ医に相談している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 24時間かかりつけ医はできないが 施設長にいつでも連絡し 家族さんと相談している   |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ○    | 日中の急変時はかかりつけ医に相談し指示をもらっている。  |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | お薬情報を個々のファイルに閉じ確認している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | かかりつけ薬剤師をきめ、薬の管理をしてもらっている。薬のセットをするとき二人でチェックし服薬前に 日付(朝 昼 夕 眠) 名前と声に出し読んでいる                  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                       | ○    | 薬の変更時はよく観察し細かくきろくし 副作用がある場合は 薬剤師さん医師に相談している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | d   | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。  | ○    | 状態の経過 変化を細かく記録し 家族 医師に情報提供している   |      |      |      |                            |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。                        | ○    | 入居時に話している。変化があるときは早期から家族さんと話し今後の方針を話している                            | /    | /    | /    | 事業所では看取り支援は行っていないが、可能な限り事業所で生活が送れるよう支援している。利用者が重度化した場合には、協力医との連携を図りながら、事業所に対応可能な最大限の支援をしている。職員は、利用者や家族に重度化への対応を説明し、理解を得ている。 |
|        |             | 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。                                 | ○    | 職員の要望もふまえて家族さんと話し 家族さんと一緒にかかりつけ医に相談している                             | ◎    | /    | ○    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | その時のパートナーの思いや力量を把握し何処までならできるか？限界か？見極めていると思う                         | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。  | ○    | 家族と話し ここでできることを限界まで行い 理解を得ている                                       | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | ○    | 重度化 終末期について家族さんと話し合い 今後について家族さんと一緒にかかりつけ医に相談している                    | /    | /    | /    |   |
|        |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ○    | 家族さんの心情を理解し思いやり家族さんの事情も考慮し いつでも快く家族さんの支えとなり思いストレス等受け止め相談できるよう配慮している | /    | /    | /    |   |
| 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。                         | ○    | 社内研修で学んでいる。利用者さんの手洗い うがいの消毒は徹底している                                  | /    | /    | /    |   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | マニュアルがあるが万が一の場合は不安がある   | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。                          | ○    | TVやインターネット等で最新情報を入手している   | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | TV・ネット 医療機関等で情報収集し感染防止に努めている  | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。   | ○    | 利用者さんパートナーの手洗い うがいの徹底している。来訪者も消毒等してもらっている                           | /    | /    | /    |   |

| 項目 No.              | 評価項目                       | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|---|
| <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。  | ○    | 一緒お茶を飲みながら自分や家庭の悩み事を話され泣いたり笑ったりして過ごしている。旅行に出かけたり 外出したりされている方もいる(2月までは)                  |      |      |      | 毎日弁当を持参する家族や週1回程度面会に来る家族もあり、職員は感謝の気持ちを伝えている。他の家族には、職員は手紙や電話で利用者の様子を伝えている。現在のコロナ禍において、事業所には面会制限もあり、玄関や窓越しで面会できるよう対応をしている。職員は、運営推進会議に参加する家族に「あけほのだより」を直接渡し、利用者の様子や行事などを説明をすることもある。ご意見箱を設置しているほか、家族の来訪時には職員から声をかけ、意見を聞くことを心がけている。 |   |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ○    | 家族さんの都合に合わせて訪問してもらっている。自室やフロアで一緒ににお茶をのみながら過ごしてもらっている。3月からは意欲しの面会でも来られている方もいる            |      |      |      |  |   |
|                     |                            | 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)   | △    | 昼食時間に来訪時には一緒に食事をとってもらったりしている。3月以降は行っていない  |      |      | ○    |  | ○ |
|                     |                            | 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) | ○    | 「たより」送付や写真付きの葉書を送っている   |      |      | ◎    |  | ○ |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ○    | ご家族さんが聞きたいことを聞ける関係作りを努めている  |      |      |      |  |   |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | ○    | 家族それぞれの関係性を理解し より良い関係を築いていけるよう家族さんに助けてもらっている  |      |      |      |  |   |
|                     |                            | 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)   | ○    | たより 推進会議様で報告している。緊急時は電話連絡で了承を得ている   |      |      | ○    |  | ○ |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ×    | 推進会議への参加は一部の方に限られている。家族会は行っていない   |      |      |      |  |   |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 薬の変更時や抑圧感のない自由に動ける暮らしをしていると事故や転倒のリスクが多くなることの説明はし理解を得ている                                 |      |      |      |  |   |
|                     |                            | 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。   | ○    | 笑顔 挨拶に気を付けなんでも相談できる雰囲気づくりに努めている。入居時に「何でも気になることがあったら言ってくださいね」と伝え、場面場面で家族さんからやこちらから話す方もいる |      |      |      |  | ○ |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約時に説明し同意を得ている  |      |      |      |  |   |
|                     |                            | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                | ○    | 状態の変化があれば家族さんと話し合っている。本人・家族さんの希望する転居先へ移れるよう支援している                                       |      |      |      |  |   |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ○    | 変更があった場合は文書でお知らせ 説明している   |      |      |      |  |   |

| 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>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。   | ○    | 推進会議に参加してもらっている方へは説明し理解を図っている  | /    | ○    | /    | 日頃から、職員や利用者は散歩時など、地域住民に欠かさず挨拶を行うほか、地域の行事には参加するよう心がけている。事業所では、地域の協力者からの相談に応じるなど、地域との関係づくりにも気を配っている。月1回、踊りやハーモニカのボランティアの訪問があり、利用者との交流をしていたが、現在はコロナ禍のため中止となっている。事業所への地域住民の訪問は限定的なため、今後は「あけぼのたより」を地域住民に配布するなど、情報提供や周知することにより事業所への理解が得られることを期待したい。 |
|                    |   | 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)      | △    | 日頃の挨拶は心がけている。近所の方が車を止めたり 小学生の集合場所になっているが 地域の行事へは参加できていない                     | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | c   | 利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。  | △    | 近所の八百屋さんに徘徊のある方をお願いをしている。雨が降ったら洗濯取り込みを言ってくれたり、敷地外へ出ていると教えてくれたり少しずつではあるが増えている | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | ×    | 一部ではあるが家族の悩み事等相談に来られる方もいる  | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | あいさつ程度で日常的なおつきあいはできていない。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | △    | 踊りやハーモニカのボランティアが月1回来てくれていたが3月以降は訪問中止。平成22年から地域の方参加の避難訓練は今年中止                 | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | しえんできていない  | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ×    | ハーモニカ 踊りのボランティア 馴染みの歯医者への外出等3月からできていない                                       | /    | /    | /    |   |
| 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。  | ○    | 特定であるが 家族 地域の方参加しているが今年4月からできていない  | /    | ○    | ○    | 運営推進会議は、家族や民生委員、地域の協力者、市担当者などの参加を得て、年6回開催している。会議では、事業所や利用者の状況などを報告するほか、外部評価の内容も報告して参加者から意見を聞くことができる。  |
|                    |   | 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。                                      | ○    | 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。                                 | ○    | 出席した方には意見 感想を言ってもらっている   | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ○    | 当初より偶数月 金曜日の 最終週に決めているので 参加者もその予定でいてくれる                                      | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 玄関に置いてありいつでもみれるようにしている   | /    | /    | /    |   |

| 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   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <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。                     | △    | 玄関に貼り 名札にも入れていつでも確認できるようにしている。認識し日常的に取り組めるよう努力したい | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。   | △    | 玄関に貼っている。「アットホーム」を目指していることを伝えている                  | ○    | ○    | /    |  |
| 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。   | ○    | 一人一人の実際と力量を把握しアドバイスをくれる。外部研修参加への声もかけてくれる          | /    | /    | /    | 事業所では、毎月多様な内部研修を実施しているほか、職員は市のグループホーム協議会の研修にも参加している。新人職員の教育は、職員に合わせて先輩職員を手本にしてもらうなど、OJTを活用している。管理者は各ユニットに毎日顔を出し、利用者や職員への声かけや指導を日々行っている。働きやすい職場づくりに努めていることもあり、職員同士の仲も良く、長年働いている職員も多い。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | ○    | 社内研修で学ぶ機会がある。一緒に現場にいて指導してくれる                      | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                              | ○    | 一人一人話し合い その人に合った働き方が出来るよう配慮してくれる                  | /    | /    | /    |  |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | △    | 外部研修へ参加し同業者と交流する機会を作っている                          | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。   | ○    | 話しやすい雰囲気づくり 一人一人に声をかけてくれたり、職員不足の中頑張ってくれている        | ◎    | ◎    | ○    |  |
| 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。  | ○    | 内部研修の課題で定期的に行っていて理解している                           | /    | /    | /    | 内部研修で虐待に関連するテーマを取り上げ、職員は虐待や利用者への不適切な対応、かかわり方について学び、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。  | ○    | 日々話し合っている   | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                                    | ○    | 内部研修で学び理解している                                     | /    | /    | ○    |  |
|                            |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | ストレス等共有してくださり 日々「大丈夫？」等気遣い声をかけてくれる                | /    | /    | /    |  |
| 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。  | ○    | 内部研修で理解している                                       | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。  | △    | アンケートをしたりその都度話すようにしている                            | /    | /    | /    |  |
|                            |   | 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。                       | ○    | 家族からの要望はない  | /    | /    | /    |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。                  | △    | 内部研修で学ぶ機会はある  |      |      |      |  |
|        |                       | 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。       | △    | 必要に応じて説明したり相談支援している                                 |      |      |      |  |
|        |                       | 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。  | △    | 専門機関と連携 対応したい                                       |      |      |      |  |
| 46     | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                  | △    | マニュアル(書籍)がありいつでも見れる                                 |      |      |      |  |
|        |                       | 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。                                   | △    | 定期的な訓練は行っていない                                       |      |      |      |  |
|        |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手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。     | △    | 一人一人が反省と対応策を考えるようにしている                              |      |      |      |  |
|        |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。                            | ○    | 動静に注意し 都度話しながら防止に努めている                              |      |      |      |  |
| 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。                               | △    | マニュアルはありいつでも見れる。                                    |      |      |      |  |
|        |                       | 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。 | △    | 施設長と直接話している。速やかに対応している                              |      |      |      |  |
|        |                       | 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。 | △    | 家族とのコミュニケーションをよくとり気軽に言えるよう努めている                     |      |      |      |  |
| 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)                | △    | 日々の会話から意見 要望 苦情をさりげなく聞いたり 個々と話したり 自分の思いを伝える機会はあると思う |      |      | ○    | 玄関に事業所の運営規定や外部評価のサービス評価結果を貼り出すなど、自由に閲覧できるようにしている。利用者からは、職員が日々の生活の中で意見を聞いている。家族からは、運営推進会議や面会時に職員から話しかけて意見を聞くなど、情報や意見をもらえる機会を有効に活用している。また、職員は自己目標を立て、管理者は日々の業務の中で職員から意見を聞くほか、アンケートを活用して意見も聞いており、出された意見は運営に反映されている。 |
|        |                       | 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)            | △    | 全ての方とは言えないが 来設時 電話等で話す機会はある                         | ◎    |      | ○    |  |
|        |                       | 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。                          | △    | 契約時に説明し玄関に示している                                     |      |      |      |  |
|        |                       | 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。                            | ○    | いつも現場にいてくれるので適宜話を聞いてくれる                             |      |      |      |  |
|        |                       | 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。             | ○    | アンケートを実施しきちんと回答してくれる 必要時いつでも聞いてくれる                  |      |      | ◎    |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。  | ○    | 外部評価時は個々が自己評価している。毎年 事業所と自己目標を目標を立て 振り返る機会がある   | /    | /    | /    | 職員全員で外部評価の自己評価の作成に取り組んでおり、一人ひとりの意見を踏まえて、今後の事業所での取組みに活かしている。また、サービスの評価結果は運営推進会議で報告するほか、家族への報告もしている。  |
|       |               | 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。   | ○    | 個々に自己評価し事業所やそれぞれの課題が見えている   | /    | /    | /    |   |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 評価結果を踏まえて個々が達成目標を立て総括して目標を決め取り組んでいる   | /    | /    | /    |   |
|       |               | 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。                                       | △    | 推進会議で報告し助言をいただいている  | ○    | ×    | ○    |   |
|       |               | 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。  | △    | 推進会議で成果や状況を話している  | /    | /    | /    |   |
| 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)   | △    | マニュアルがありいつでも見れるところにある   | /    | /    | /    | 事業所には、風水害や地震、津波に関する防災計画がある。事業所では、年に2～3回の様々な災害等を想定して、避難訓練を実施している。また、訓練には、運営推進会議の参加者でもある民生委員や防災士のほか、近隣住民にも参加協力してもらい、実施することができている。また、運営推進会議の中で、避難訓練について参加者との意見交換ができています。今後、管理者は職員等が防災士資格を取ることも考えている。   |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | △    | 火災訓練は日中 夜間想定で年数回しているが 地震 風水害は行っていない   | /    | /    | /    |   |
|       |               | 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。   | △    | 消防設備は年2階業者さんに点検してもらっている   | /    | /    | /    |   |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | △    | 年1回地域の方 民生委員さん 防災士さんに参加してもら夜間想定で訓練し指導して頂いている。今年には行っていない                               | △    | △    | ○    |   |
|       |               | 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)                     | △    | きょうどうくんれんへの参加は出来ていない。推進会議で防災士さんからの助言は頂いている  | /    | /    | /    |   |
| 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) | △    | 地域の会議には参加できていない。推進会議に参加している地域住民 防災士 民生委員さんには資料を配布したり 事業所での困りごとや利用者さんの状態の報告を少しは発信出来ている | /    | /    | /    | 事業所には地域住民から認知症に関する相談はあるが、満足できるほどの相談件数とは言い難い状況である。地域行事などの参加は、現在の職員体制では難しい面がある。市のグループホーム協議会に参画し、研修へ参加するほか、事業所間での情報交換をしている。今後は、運営推進会議などを活用して関係者やボランティア団体などへ声かけを行うなど、継続して地域で協力してもらえる方を増やせるような取組みを期待したい。 |
|       |               | 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。   | △    | 限られた方ではあるが近所の方が相談来られる   | /    | ×    | △    |   |
|       |               | 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)  | △    | 推進会議で独居の方等が「お茶でも飲んで利用者さんと話す場になれば」と言うことは話している  | /    | /    | /    |   |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ×    | 出来ていない  | /    | /    | /    |   |
|       |               | e   | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | △    | 市 包括センターとの連携はとれているが 地域活動は行っていない   | /    | /    | ○    |   |

(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 2 年 10 月 22 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 | 3名        |           |

#### ※事業所記入

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 事業所番号           | 3870201336           |
| 事業所名<br>(ユニット名) | ハートフルケアホームあけぼの<br>2階 |
| 記入者(管理者)<br>氏名  | 越智美春                 |
| 自己評価作成日         | 令和 2 年 10 月 6 日      |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>【事業所理念】</p> <p>1.自立した日常生活ができるよう支援する事<br/>                 1人権・人格を尊重<br/>                 1.抑制のない優しい介護<br/>                 1.地域との繋がりが築いていけるよう支援します<br/>                 1.自分や自分の親が来たいと思えるようなホームに！</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】</p> <p>推進会議に参加している民生委員さん防災士さん地域の方から家族のことや地域の情報を推進会議で話し市職員さんや施設長からアドバイス(地域との繋がり)し支援に繋がるよう取り組んでいる<br/>                 今年度はコロナの影響で情報が得られてない</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>事業所は住宅街の一角に位置し、周りの住宅と調和した佇まいの建物となっている。住宅地の中においても事業所には家庭的な雰囲気が感じられ、利用者と職員が家族のように声をかけ合い、穏やかな時間が流れている。開設から15年目を迎える事業所であるが、職員同士の仲の良いこともあり長く勤める職員が多く、事業所内には職員の生活や歴史が分かる写真なども飾られている。また、身体機能を維持するための生活リハビリや、家事などにおいて自分ができることを進んで行うなど、活気にあふれた利用者が多い。職員は利用者の生活リズムも大切に考え、朝遅く起きる利用者にも、ゆっくりと朝食を食べれるように対応している。</p> |
|--|---|--|

評価結果表

| 項目No.           | 評価項目   | 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   |
|-----------------|--|--|--|---|------|------|------|--|
| I.その人らしい暮らしを支える |  |  |  |   |      |      |      |  |
| (1)ケアマネジメント     |  |  |  |   |      |      |      |  |
| 1               | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>   | <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> | <p>本人の発した言葉 会話をケースに記入し 年2回「私の姿」で意向確認している</p> <p>表現でにくい方は 表情 行動 しぐさから意向の把握に努めている</p> <p>家族さん 兄弟姉妹等から聞いたり 表現でにくい方は 表情・しぐさ・行動から移行の把握に努めている</p> <p>本人の言葉・他者との会話を介護記録・ケアチェック・モニタリングに記録、変化があるときは申し送りし共有に努めている</p> <p>それぞれのパートナーが本人に直接聞き「私の姿」へ記入しケースにファイルし共有している。家族さんにも渡している</p> | ◎    | ◎    | ◎    | <p>入居時に、事業所では利用者の医学的情報や日常生活動作の状況に加えて、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の「私の姿」を活用し、利用者の思いも含めたアセスメントして情報を把握している。定期的に年2回アセスメントを行っている。また、日常の会話の中で、職員は利用者から思いを聞き取り、生活記録やケアチェック表、業務日誌などに記録している。</p> |
| 2               | これまでの暮らしや現状の把握                                   | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> | <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> | <p>ケアマネさんから状態を頂いたり、入居時に家族さんに「私の姿」を書いてもらったり家族・知人・友人が来設された際に情報をもらっている</p> <p>それぞれの方にできそうなことはまずやってもらい、その人の力量にあわせてもらっている</p> <p>細かく記録し家族さんにも相談しパートナーと都度話し合い落ち着いて過ごせるよう努めている</p> <p>細かく記録し家族さんにも相談しパートナーと都度話し合い落ち着いて過ごせるよう努めている</p> <p>日々の観察・記録申し送り等で把握に努めている</p>              |      |      | ○    | <p>日々のかかりの中で、職員全員が利用者の馴染みの暮らしや日々の思いを聞き取り、「私の姿」に記録を残している。また、家族からの情報を得て、利用者一人ひとりの全体像を職員全員で描いている。職員は、家族に「私の姿」のまとめて渡しており、利用者に関することを再認識してもらうよう努めている。</p>                                |
| 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) | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>   | <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p>                   | <p>日々の関わり・会話・他者との会話等から都度話し合い本人視点に努めている</p> <p>本人の言動を 家族 かかりつけ医に報告・相談し助言をもらっている</p> <p>より快適に暮らすため都度話し合いをしている</p>   |      |      | ○    | <p>職員全員が利用者一人ひとりの「私の姿」に記入し、利用者が何を求めているかを職員間で検討し、より良いサービスにつなげている。</p>   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 日々の会話で本人の思いを知ったり半年に1回『私の姿』で聞き取り、家族さんからも情報を得て作成している | /    | /    | /    | センター方式の「私の姿」などを基にして、その都度利用者にかかわる職員間で意見を出し合い、介護計画を作成している。家族からは、面会の時などに意見を聞き取り、カンファレンスに反映させている。   |
|       |                          | b   | 本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。 | ○    | 本人・家族と話し 医師に相談し意見等を反映・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。                            | ○    | 本人の体調を見ながら 家族・医師と相談しながら日々の暮らしができるよう努めている           | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。                                 | △    | 家族・医療関係者との協力体制はできているが、地域の方たちはおおくはない                | /    | /    | /    |   |
| 5     | 介護計画に基づいた日々の支援           | a   | 利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。  | ○    | 個別のケースに閉じてあり共有している                                 | /    | /    | ◎    | 各利用者の個人ファイルには介護計画を挟み、ケアチェック表に解決すべき課題（ニーズ）を記載することで、職員が行うべき利用者への支援やかかわりを確認することができるよう、分かりやすく工夫されている。日々の利用者とのかかわりは、ケア行動計画・チェック表や支援経過などに記録され、職員は定期的にモニタリングを行い、評価できるようになっている。 |
|       |                          | 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。             | ○    | 個々にケアチェック表に記入しつつも確認でき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。          | ○    | 言動 表情等生活記録・ケアチェック表 支援経過に記録している                     | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。                                    | ○    | 都度話したり モニタリングの際 気づき 考察を記録している                      | /    | /    | △    |   |
| 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。  | ○    | 6か月で見直しを行っている                                      | /    | /    | ○    | 介護計画は6か月に1回を基本として、見直しをしている。利用者の状態に応じて、その都度カンファレンスを行い、見直しをしている。また、毎月モニタリングを行い、職員全員で日々のケアについてチェックを行い、利用者が発した言葉なども残されている。  |
|       |                          | 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。  | ○    | 都度話したり 毎月ケアチェックでモニタリングしている                         | /    | /    | ○    |   |
|       |                          | 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。       | ○    | 家族さん かかりつけ医に相談し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。                  | △    | 日々の申し送りでの共有やその時々に応じて話し合いをしている                      | /    | /    | ○    | 必要に応じてカンファレンスを実施しており、参加できない職員には事前に意見を聞き、職員間で検討している。会議録は回覧し、職員はカンファレンスの内容を確認できるようになっている。   |
|       |                          | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。               | △    | 都度一人一人の意見を取り入れ 話しやすい雰囲気だと思う                        | /    | /    | /    |   |
|       |                          | 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。                        | △    | 全員参加の会議は難しいので都度いる職員で話しあっている                        | /    | /    | /    |   |
|       |                          | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。                                 | △    | 会議録をみて把握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。                               | ○    | 申し送りノート 業務日誌 支援経過 カレンダーに記入 口頭で申し送りしている             | /    | /    | ◎    | 申し送りノートや業務日誌、ケア行動計画・チェック表、支援経過、カレンダーなどに伝達事項などが記録され、職員はサインをすることで情報共有を確実にする仕組みができている。   |
|       |                          | 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）    | ○    | 口頭や業務日誌・申し送りノートで伝わるようにしている                         | ◎    | /    | /    |   |

| 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。  | △    | 表出できにくい方もいるが日々の会話等から把握しかなえれるよう努力はしている   |      |      |      | 日々の生活のあらゆる場面において、職員はその時々で利用者のやりたいことを聞き取っている。日々体操などを実施しているが、参加の有無は利用者の意思を尊重している。利用者同士のかかわりが持てるよう、職員は意識して声かけをしている。また、事業所では利用者の生活リズムを大切に考え、朝遅く起きる利用者にも、ゆっくりと朝食を食べられるように対応している。                                |
|           |                         | b   | 利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)   | △    | 表現しづらい方もいるが本人が自己決定できるよう努めている。   |      |      | ○    |  |
|           |                         | 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。  | △    | 表出できにくい方もいるが自分の思いを出せるよう関わるようにしている   |      |      |      |  |
|           |                         | 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)  | △    | なるべく一人一人のペースに合わせるようにしているができていないこともある  |      |      |      |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 利用者さん同士が関われる雰囲気作りはしている  |      |      | ○    |  |
|           |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。  | ○    | 表情 しくさ 言動から本人の思いをくみとるよう努力はしている。他の利用者さんから教えてもらうこともある                                   |      |      |      |  |
| 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。  | △    | 内外研修で学ぶ機会はある。『人生の大先輩』と常に尊敬し意識しているが日々振り返り反省するところがある                                    | ◎    | ○    | ○    | 職員は、利用者を人生の先輩として敬い、意識した尊重のある対応をしている。管理者は利用者の人権を守ることに意識した支援に努めており、職員は利用者に対してさりげない声かけをしている。職員の中には、耳が聞こえにくい利用者や理解不足で反応が遅い利用者に対して、つい大きな声を発してしまう場合もあり、職員同士で注意し合うなどの対応をしている。また、居室への入室の際には、職員はノックをするなどの配慮ができています。 |
|           |                         | 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。   | △    | 『さわやかに さりりと さりげなく』を心がけているが理解できにくい方や 聞こえにくい方には配慮にかけていることがある                            |      |      | ○    |  |
|           |                         | 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ながら介助を行っている。  | △    | 配慮すようにはしているが、安全を優先してできていないときもある   |      |      |      |  |
|           |                         | 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。  | △    | ノックや声掛けしている   |      |      | ○    |  |
|           |                         | 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。  | ○    | 重要性を理解し遵守している。必要な情報のみ共有している   |      |      |      |  |
| 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、利用者に助けをもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。  | ◎    | それぞれの方のできるできないを見極め、洗濯干し たたみ台ふき モップかけ 食器洗い 食器拭き 野菜のしたごしらえ等生活の中でほとんど助けて頂きパートナー全員感謝しています |      |      |      | 職員は、利用者一人ひとりに役割が持てるよう支援している。また、利用者同士で話しかけることも多く、話し好きの利用者が新しい利用者に話しかけるなど、事業所の雰囲気に馴染むことにつながったケースもある。事業所では、ユニット間の利用者同士の交流もっており、利用者間で「ありがとう」など感謝の言葉を言い合うなど仲間意識は強い。   |
|           |                         | 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。  | ○    | 利用者さん同士が家族のようにかかわり暮らしている  |      |      |      |  |
|           |                         | 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ぐ力を発揮してもらう場面をつくる等)。 | ○    | 仲良く話したり 発語が難しい方に話しかけたり 利用者さん同士がかかわりあいがながら日々過ごしている。1階、2階を行き来し交流している                    |      |      | ○    |  |
|           |                         | 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。   | ○    | 危険のないよう見守り、必要に応じ間に入り気分転換できるようにしている  |      |      |      |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 入居時情報収集し 入居後本人との会話や 来設される友人・知人・家族さんから教えていただく   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | ○    | 入居時情報収集し 入居後本人との会話や 来設される友人・知人・家族さんから教えていただく   | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | △    | お墓参り さん散髪 外食等 家族さんの協力ですでにしている。馴染みのマッサージに来てもらっている                                     | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。  | ○    | 玄関をオープンにいつでも気軽に入れるようにしている。居室 フロア等本人・来設者の希望するところまでごしてもらっている                           | /    | /    | /    |   |
| 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) | ○    | 天候にもよるが1日1回は外へ出るようにしている。ドライブはほぼ毎日行っているが一人一人の希望にはそえていない。施設外は家族さんの都合に合わせて自由に外出してもらっている | ◎    | ○    | ◎    | 玄関は日中開放し、玄関の外にベンチを設けていることもあり、利用者は自由に出入りすることができている。また、日中には利用者と一緒に毎日ドライブに出かけており、職員は外気や季節を味わうことを心がけて支援している。  |
|        |                   | 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。  | ×    | 地域の方の協力は難しい  | /    | /    | /    |   |
|        |                   | 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。   | ○    | 天候にもよるが日光浴・レクリエーション 車いすでのドライブ 玄関で数名が話したりしている   | /    | /    | ○    |   |
|        |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ○    | 家族さんには外食 お墓参等可能な限り協力してもらっている。地域の方の協力は難しい   | /    | /    | /    |   |
| 14     | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | ○    | 内外研修で学び 細かく言動 しぐさ 表情を記録しそこから要因を探り 取り除くことができるよう努めている                                  | /    | /    | /    | 職員は、利用者の身体機能を衰えさせないために、毎日体操や立ち上り・バランス訓練などを取り入れている。また、階段昇降訓練や散歩など屋外歩行を行う利用者もいる。管理者は利用者のことを考え、参加の意思は尊重するものの、体操など身体を動かすことができるように促している。   |
|        |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                | ○    | 一人一人の状態に応じてリハビリ体操 屈伸運動 階段歩行 廊下歩行 散歩 嚥下体操 生活の中でのリハビリで維持・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)   | ○    | 日々の暮らしの中でそれぞれの役割があり安全に可能な限りその人の野力に応じた作業等してもらっている。利用者さん同士が協力しながらされている                 | ◎    | /    | ○    |   |
| 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。   | ○    | 一人一人の生活歴を知りその人の有する力で役割がある。「やろか」と自分からされることも多い   | /    | /    | /    | 毎日のモップがけや洗濯物たため、卓上の物入れ作り、食事の下ごしらえ、食器洗いなど、利用者にはできることを手伝っている。日々の生活の中で、些細なことでも利用者にはできることをしてもらっており、利用者から職員に「何かやることはない」などの声がかかることもある。職員は、利用者を手伝ってもらった場合には、「ありがとう」などの感謝の言葉をかけている。また、職員は、利用者一人ひとりの役割作りを意識した支援している。 |
|        |                   | 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。  | ○    | その人にあった役割がある。少しでもできそうなことはしてもらい出来ない時は利用者さん同士が協力しながら日々ごしている                            | ◎    | ◎    | ○    |   |
|        |                   | 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。  | ×    | 地域の行事には参加できていない  | /    | /    | /    |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。  | △    | 自分でできる人はその人らしくしてもらっている   |      |      |      | 職員は、利用者が季節に応じた服に着替えたり、身だしなみを整えたりするなどの支援をしている。事業所には、訪問利用の来訪があり、定期的に利用者の散髪を実現している。食事の際には、利用者がエプロンを使用することで衣服の汚れを予防し、清潔な状態が保てるようにしている。  |
|       |                | 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。   | △    | 本人家族さんが準備し自分分で選べる方は自由にしてもらっている   |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 家族さんが持ってきたものの中から選んでいる  |      |      |      |   |
|       |                | 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。  | ○    | 季節やその場に合わせた衣服等かぞくさんが準備して下さる  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさざ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)  | △    | 食べこぼしがある方はエプロンを使用 衣服のみだれや口周囲の汚れは居室やトイレでさりげなくしている                           | ◎    | ◎    | ◎    |   |
|       |                | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。  | △    | 馴染みの散髪屋に行っていたが、今は施設内でしている  |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 毎日着替え 散髪も定期的に行っている。  |      |      | ○    |   |
|       |                |     |  |      |  |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 日々の食事や社内研修で勉強している  |      |      |      | 管理者が利用者の好みなどを取り入れて献立を作成している。平日は管理者を中心に、調理方法やバランスを考えて調理している。土、日曜、祝日は、湯煎して提供できる温かい食事を利用者提供している。利用者は調理の下ごしらえや後片付けなどを職員と一緒にやるほか、利用者と同じ食卓を囲んで、楽しく会話をしながら食事をしている。オープンキッチンから職員の調理の様子が見えることで、利用者は食事に関して興味や関心を持ち、手伝う感覚が身についている。食事は本来の素材の味を生かし、薄味で提供されている。来訪する栄養士資格を持つ家族に味見をしてもらったり、運営推進会議の時に参加者に食事を食べてもらったりするなど、意見をもらう工夫をしている。利用者の栄養面などを考えて栄養士などの意見をもらいながら献立を立てることができていないため、協力医に病気のある利用者への食事対応や塩分のアドバイスを求めるなどの工夫を期待したい。また、朝遅く起きる利用者もいるため、職員は利用者の朝食を食べる時間の融通を聞き、対応している。 |
|       |                | 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。  | ○    | 箸配り テーブル拭き 野菜の下ごしらえ 食器拭き等それぞれの役割がある  |      |      | ○    |   |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | △    | 数名ではあるが玉ねぎの皮むき いりこきり等してもらっている。感謝の言葉をのべると「できる事は手伝いますよ」と笑いながら言われ こちらが笑顔になります |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人・家族さんからきている  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ○    | 家族さんから野菜を頂いたりするので旬の野菜を使っている  |      |      | ◎    |   |
|       |                | f   | 利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせ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) | ○    | 食物繊維の多いものを使うようにしている。「美味しかったよ」と言われる方もいる。ここに合わせ提供している                        |      |      |      |   |
|       |                | 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。   | △    | 馴染みのものを使っている人もいる   |      |      | ○    |   |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | △    | 施設で作ったものを同テーブルで食べている。さりげなくできていない時もある                                       |      |      | △    |   |
|       |                | 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。                             | ○    | 1階で作っているが2階までには届いている   |      | ◎    | ◎    |   |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                    | ○    | 一人一人の食事量に合わせて完食できるようにしている。水分量はチェック表で確認し1200cc摂取できるようにしている                  |      |      |      |   |
|       |                | k   | 食事量が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                        | ○    | 野菜ジュースやコーヒー等飲んでもらいこまめに水分摂取してもらっている   |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ×    | 栄養士のアドバイスは受けていない。家族さんで資格をもっている方がいるので味を見てもらったり、たまには一緒に食べていただくこともある          |      |      | ○    |   |
|       |                | m   | 食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。   | ○    | 調理には十分注意を払い調理器具は毎日消毒している   |      |      |      |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。   | ○    | 社内研修や訪問歯科で先生に教えていただき理解している  |      |      |      | 毎食後に、利用者は口腔ケアを行い、できる限り自分で歯磨きなどをしてもらっている。また、2週間に1回、歯科医の訪問があり、利用者は受診したり、口腔内の衛生管理に関してアドバイスをもらったりしている。  |
|        |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。   | ○    | 訪問歯科で診てもらっている方もいる   |      |      | ○    |   |
|        |                | 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。   | ○    | 訪問歯科医さんのアドバイスがある。「個々の利用者さんは口腔ケアがきちんとできています」と医師より頂けた                               |      |      |      |   |
|        |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。  | ○    | できない方はパートナーが介助している  |      |      |      |   |
|        |                | 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)                            | ○    | 毎食後できる方は自分で行い出来ない方は介助している。  |      |      | △    |   |
|        |                | f   | 虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。   | ○    | 本人 家族希望の方は訪問歯科を利用している   |      |      |      |   |
| 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。                        | ○    | 社内研修で学び理解している   |      |      |      | 日中ほとんどの利用者は紙パンツを使用しており、職員はトイレで排泄ができるよう支援している。職員は定時誘導のほか、利用者の状況に応じてトイレへ誘導している。また、職員はできる限り利用者の自然な排便を促すための運動や食事メニューを心がけ、下剤を活用しながら適切な排便を実現している。 |
|        |                | b   | 職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。  | ○    | 社内研修で学び理解している   |      |      |      |   |
|        |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)   | ○    | チェック表に記録し把握できている  |      |      |      |   |
|        |                | 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。                             | ○    | 日中・夜間・外出時 季節等 個々の状態に合わせて使用している  | ◎    |      | ○    |   |
|        |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。  | △    | 本人の言動にきをつけている   |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | チェック表で確認し早めに誘導している  |      |      |      |   |
|        |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時的に選択するのではなく、どのような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。 | △    | 家族さんには状態を話している。時間帯で使用するものを変えたりその時の状態で使用するものを変えている。                                |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 個々の状態に合わせて使用している  |      |      |      |   |
|        |                | i   | 飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)  | ○    | バナナ 牛乳 ヤサイジュース 通じにいい食事 作業や運動をして頂き十分な睡眠(6から7時間で便が作られる) なるべくせんはいべんを促しているが服薬が必要な方もいる |      |      |      |   |
| 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)   | ◎    | 全員毎日風呂を心がけている   | ◎    |      | ○    | 毎日、午前中に入浴できる体制を整えている。ほとんどの利用者は入浴を好んでおり、利用者は毎日入浴することができる。入浴に気の進まない利用者には、別の職員が声をかけるなど、さりげなく誘うことができている。  |
|        |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分に入浴できるよう支援している。   | △    | ゆつくり湯舟につかれている人もいる   |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 洗身 洗髪 できるところは自分でしてもらっている。浴槽の出入り 移動 立位時は安心できることがげや介助をしている                          |      |      |      |   |
|        |                | 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、無理強いせずに気持ち良く入浴できるよう工夫している。   | ○    | 時間をおいて声かけたり 他者が声掛けしている  |      |      |      |   |
|        |                | 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。  | ○    | 毎朝バイタルチェックしている。入浴後は水分補給してもらいベットで横になる方もいる  |      |      |      |   |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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時間ごとの巡回し記録し把握している   |      |      |      | 事業所では午前中に体操を取り入れ、午後にはドライブをする流れがあり、利用者の日課となっている。眠剤を使用する利用者もいるが、日中の適度な活動を取り入れることにより、利用者の安眠が実現できている。             |   |
|       |                | 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。                         | ○    | 日中活動をしてもらい夜間良眠できるような取り組みはしている  |      |      |      |   |   |
|       |                | 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。    | ○    | 個々の状態・リズムを観察し医師に相談、はじめは軽く副作用のない薬から処方してもらい薬が合うまでは状態を見ながら何度も医師に相談している方もいる。場合によっては生活記録を読んでもらい処方してもらうこともある |      |      |      |   | ◎ |
|       |                | d   | 休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。   | △    | 安全面を考えると全員が居室でやすめていない。ドライブ中に眠っている人もいる  |      |      |      |   |   |
| 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。   | ○    | 家族さん来設時一緒に写真を撮り写真付きのはがきにメッセージや住所が書ける方は書いてもらいおこなっている  |      |      |      |   |   |
|       |                | b   | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。                                     | ○    | 自分の名前だけでも書いてもらっている   |      |      |      |   |   |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | △    | 状況にもよるが希望があればしてもらっている  |      |      |      |   |   |
|       |                | 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。   | ○    | 本人に渡し 返信している方もいる   |      |      |      |   |   |
|       |                | 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。                            | △    | ほとんどの家族さんは月1回来ているのでお願いはしていない   |      |      |      |   |   |
| 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。  | ○    | 理解はしている  |      |      |      |   |   |
|       |                | 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。   | ×    | 毎日ドライブに出かけたとき自分で支払いするときもある   |      |      |      |   |   |
|       |                | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。                                      | ×    | 近所に買い物に行っている方はいない  |      |      |      |   |   |
|       |                | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | ×    | 入居時家族さんと話し個人では持っている方はいない   |      |      |      |   |   |
|       |                | 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。   | ○    | 入居時に家族さんと話している   |      |      |      |   |   |
|       |                | f   | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。         | ○    | 入居時に説明している入金時には預かり証を渡し預かり台帳にサインか押印してもらっている。レシート領収証を定期的に渡している   |      |      |      |   |   |
| 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。                           | ○    | できる範囲で本人さん家族さんの思いに添え柔軟に対応できるよう心がけている   |      | ◎    | ○    | 利用者の希望に応じて、家族の協力を得ながら、お墓参りに出かけたり、家族と一緒に食事会に行ったりできるよう支援している。職員は柔軟な対応をしているが、現在はコロナ禍のため、利用者や家族の希望する外出や外食は自粛している。 |   |

| 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>(3)生活環境づくり</b> |                       |     |   |      |   |      |      |      |  |   |
| 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。   | ○    | 日中は玄関ドアをオープンにいつでも気軽にはいれるようにしている。玄関にベンチをおいている  | ◎    | ◎    | ○    | 玄関の入口にはベンチが置かれ、オープンで入りやすい雰囲気となっている。以前は近隣住民が事業所を訪問し、滞在することもあった。   |   |
| 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、家庭的な雰囲気を有しており、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。) | ○    | フロア?廊下 階段に写真等貼っている。孫さんが書いてくれたてがみや絵をはり家庭的な雰囲気になるようこころがけている   | ◎    | ◎    | ○    | 利用者が集まるリビングには、たたみスペースやソファが置かれている。廊下や階段などには、利用者の写真や作品などが飾られている。明るく家庭的な雰囲気、利用者はリラックスして思い思いの場所で過ごすことができている。また、利用者と一緒に毎日掃除を行い、衛生的な空間が保たれている。 |   |
|                   |                       | 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。   | ○    | キッチンとトイレが近いので特に臭いには気をつけている。掃除は毎日利用者さんに手伝ってもらっている  |      |      |      |  | ◎ |
|                   |                       | c   | 心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。   | ○    | 花畑の花を飾ったり、季節の飾り等している  |      |      |      |  | ○ |
|                   |                       | 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。  | △    | ソファで寝たり 玄関ベンチで話したり 1. 2階自由に行き来し気の合う人たちと話したりしている。自室で休んでいる方もいる  |      |      |      |  |   |
|                   |                       | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。   | ○    | 戸を開めたりパーテーションを置いたりしている  |      |      |      |  |   |
| 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。  | ○    | 使い慣れたものを持ってきていただくようお願いはしている。タンス・テレビ お位牌等持っている方もいる   | ◎    |      | ○    | 居室には、ベッドと収納、洗面台が備え付けられている。利用者は馴染みの物を持ち込むことができ、利用者にあった空間づくりをしている。   |   |
| 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。  | ○    | 自室入り口に名前 トイレ 浴室が解るようにしている夜間はトイレに電気をつけ安心してできるようにしている   |      |      | ○    | 調理の下ごしらえや洗濯物たたみなどの手伝いをしたり、運動をしたりするなど、職員は利用者が自分でできることでもらう支援をしている。掃除用具や洗濯物干などの道具は身近に置いてあり、利用者が行動を起こしやすい環境を整えている。                           |   |
|                   |                       | 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。   | ○    | 家族さんと相談し危険なものは持ち帰って貰い必要なものはちがう場所に移動している   |      |      |      |  |   |
|                   |                       | 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)   | △    | モップいつでも使えるように同じ場所に。園芸道具は玄関に置いてあるので草引きをして下さる方もいる   |      |      |      |  |   |
| 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も暮らすことへの異常性、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)                  | ○    | 基本施錠しない！夕方までは開放している。入居前徘徊のある方も股内自由に行き来、1階に用事を頼んだり洗濯を干してもらったり天候による散歩に出かけたり一人で大丈夫な方はベンチに座ったり ドライブにでかけ、1日1回は外にでれる生活をしている | ◎    | ◎    | ◎    | 玄関は日中開放しており、ユニット間も自由に入出入りできるようになっている。日頃から、利用者は玄関前に置かれたベンチに出たり、職員と一緒に畑や事業所周辺を散歩したりしており、自由な生活が送れていることもあり、不穏な利用者はほとんどいない。                   |   |
|                   |                       | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。  | ○    | 家族の理解を得ている  |      |      |      |  |   |
|                   |                       | 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)。  | ○    | 近所の方も気にかけて下さり、近所の八百屋さんにはお願いしてあり声をかけてもらうようにしている  |      |      |      |  |   |

| 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 |
|-----------------|------------------|-----|---|------|--|------|------|------|----------------------------|
| (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。   | ○    | 既往歴 現病等かくにんしている  |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。                                    | ○    | 毎日バイタルチェック状態を確認している。変化や異常があれば記録し家族にも報告している   |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等いつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。                                  | ○    | 入居時「協力医は最後まで見てくれる」と伝えかかりつけ医を変更される方が多い。定期受診は施設長が同行している。外来の看護師さんや医師に都度相談させて頂き、入院につなげるようにしている |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | 本人や家族の希望するかかりつけ医に受診してもらっている  | ◎    |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ○    | 協力医以外は家族さんに受診のお願いをしている。受診前状態報告し受信後家族さんから聞き情報共有し適切な医療が受けれるようにしている                           |      |      |      |                            |
|                 |                  | c   | 通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。                               | ○    | 協力医以外は家族さんに受診のお願いをしている。受診前状態報告し受診後家族さんから聞き情報共有し適切な医療が受けれるようにしている                           |      |      |      |                            |
| 32              | 入退院時の医療機関との連携、協働 | a   | 入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。  | ○    | 本人の状態・経過生活状況等情報提供している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | b   | 安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。  | ○    | お見舞いに行ったり 家族さんと担当看護師 地域連携室の方と電話で話したり 退院に向けてのカンファレンスに参加している                                 |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 定期的受診時にかかりつけ医には今後についての相談をしている  |      |      |      |                            |
| 33              | 看護職との連携、協働       | a   | 介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。 | ○    | 施設長に伝えかかりつけ医に相談している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | 24時間かかりつけ医はできないが 施設長にいつでも連絡し 家族さんと相談している   |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                                     | ○    | 日中の急変時はかかりつけ医に相談し指示をもらっている。  |      |      |      |                            |
| 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。   | ○    | お薬情報を個々のファイルに閉じ確認している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。  | ○    | かかりつけ薬剤師をきめ、薬の管理をしてもらっている。薬のセットをするとき二人でチェックし服薬前に 日付(朝 昼 夕 眠) 名前と声に出し読んでいる                  |      |      |      |                            |
|                 |                  | 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。                       | ○    | 薬の変更時はよく観察し細かくきろくし 副作用がある場合は 薬剤師さん医師に相談している  |      |      |      |                            |
|                 |                  | d   | 漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。  | ○    | 状態の経過 変化を細かく記録し 家族 医師に情報提供している   |      |      |      |                            |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。                        | ○    | 入居時に話している。変化があるときは早期から家族さんと話し今後の方針を話している                            | /    | /    | /    | 事業所では看取り支援は行っていないが、可能な限り事業所で生活が送れるよう支援している。利用者が重度化した場合には、協力医との連携を図りながら、事業所に対応可能な最大限の支援をしている。職員は、利用者や家族に重度化への対応を説明し、理解を得ている。 |
|        |             | 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。                                 | ○    | 職員の要望もふまえて家族さんと話し 家族さんと一緒にかかりつけ医に相談している                             | ◎    | /    | ○    |   |
|        |             | 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。                                     | ○    | その時のパートナーの思いや力量を把握し何処までならぬか？限界か？見極めしていると思う                          | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。  | ○    | 家族と話し ここでできることを限界まで行い 理解を得ている                                       | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | ○    | 重度化 終末期について家族さんと話し合い 今後について家族さんと一緒にかかりつけ医に相談している                    | /    | /    | /    |   |
|        |             | f   | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)  | ○    | 家族さんの心情を理解し思いやり家族さんの事情も考慮し いつでも快く家族さんの支えとなり思いストレス等受け止め相談できるよう配慮している | /    | /    | /    |   |
| 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、白癩、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。                         | ○    | 社内研修で学んでいる。利用者さんの手洗い うがいが 消毒は徹底している                                 | /    | /    | /    |   |
|        |             | b   | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                     | △    | マニュアルがあるが万が一の場合は不安がある   | /    | /    | /    |   |
|        |             | 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。                          | ○    | TVやインターネット等で最新情報を入手している   | /    | /    | /    |   |
|        |             | d   | 地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。  | ○    | TV・ネット 医療機関等で情報収集し感染防止に努めている  | /    | /    | /    |   |
|        |             | e   | 職員は手洗いやうがい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。   | ○    | 利用者さんパートナーの手洗い うがいがい徹底している。来訪者も消毒等してもらっている                          | /    | /    | /    |   |

| 項目 No.              | 評価項目                       | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |   |
|---------------------|----------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|--|---|
| <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。  | ○    | 一緒お茶を飲みながらフロアで過ごしたり毎日昼食を作って自室で一緒に食べている方もいた(2月まで)  | /    | /    | /    | 毎日弁当を持参する家族や週1回程度面会に来る家族もあり、職員は感謝の気持ちを伝えている。他の家族には、職員は手紙や電話で利用者の様子を伝えている。現在のコロナ禍において、事業所には面会制限もあり、玄関や窓越しで面会できるよう対応をしている。職員は、運営推進会議に参加する家族に「あけほのだより」を直接渡し、利用者の様子や行事などを説明をすることもある。ご意見箱を設置しているほか、家族の来訪時には職員から声をかけ、意見を聞くことを心がけている。 |   |
|                     |                            | b   | 家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)                                | ○    | 家族さんの都合に合わせて訪問してもらっている。自室やフロアで一緒ににお茶をのみながら過ごしてもらっている。3月からは意欲しの面会でも来られている方もいる            | /    | /    | /    |  |   |
|                     |                            | 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)   | △    | 昼食時間に来訪時には一緒に食事をとってもらったりしている。3月以降は行っていない  | /    | /    | ○    |  | ○ |
|                     |                            | 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) | ○    | 「たより」送付や写真付きの葉書を送っている   | /    | ◎    | /    |  | ○ |
|                     |                            | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ○    | 家族さんからの相談に丁寧に答えている  | /    | /    | /    |  | / |
|                     |                            | f   | これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)             | ○    | 家族それぞれの関係性を理解しより良い関係を築いていけるよう家族さんに助けてもらっている   | /    | /    | /    |  | / |
|                     |                            | 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)   | ○    | たより 推進会議様で報告している。緊急時は電話連絡で了承を得ている   | /    | /    | ○    |  | ○ |
|                     |                            | h   | 家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)   | ×    | 推進会議への参加は一部の方に限られている。家族会は行っていない   | /    | /    | /    |  | / |
|                     |                            | i   | 利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。  | ○    | 薬の変更時や抑圧感のない自由に動ける暮らしをしていると事故や転倒のリスクが多くなることの説明はし理解を得ている                                 | /    | /    | /    |  | / |
|                     |                            | 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。   | ○    | 笑顔 挨拶に気を付けなくても相談できる雰囲気づくりに努めている。入居時に「何でも気になることがあったら言ってくださいね」と伝え、場面場面で家族さんからやこちらから話す方もいる | /    | /    | /    |  | ○ |
| 38                  | 契約に関する説明と納得                | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約時に説明し同意を得ている  | /    | /    | /    |  |   |
|                     |                            | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                | ○    | 状態の変化があれば家族さんと話し合っている。本人・家族さんの希望する転居先へ移れるよう支援している                                       | /    | /    | /    |  |   |
|                     |                            | c   | 契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)                          | ○    | 変更があった場合は文書でお知らせ 説明している   | /    | /    | /    |  |   |

| 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>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。   | ○    | 推進会議に参加してもらっている方へは説明し理解を図っている  | /    | ○    | /    | 日頃から、職員や利用者は散歩時など、地域住民に欠かさず挨拶を行うほか、地域の行事には参加するよう心がけている。事業所では、地域の協力者からの相談に応じるなど、地域との関係づくりにも気を配っている。月1回、踊りやハーモニカのボランティアの訪問があり、利用者との交流をしていたが、現在はコロナ禍のため中止となっている。事業所への地域住民の訪問は限定的なため、今後は「あけほのたより」を地域住民に配布するなど、情報提供や周知することにより事業所への理解が得られることを期待したい。 |
|                    |   | 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)      | △    | 日頃の挨拶は心がけている。近所の方が車を止めたり 小学生の集合場所になっているが 地域の行事へは参加できていない                     | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | c   | 利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。  | △    | 近所の八百屋さんに徘徊のある方をお願いをしている。雨が降ったら洗濯取り込みを言ってくれたり、敷地外へ出ていると教えてくれたり少しずつではあるが増えている | /    | /    | /    |   |
|                    |   | d   | 地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。  | ×    | 一部ではあるが家族の悩み事等相談に来られる方もいる  | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | あいさつ程度で日常的なおつきあいはできていない。   | /    | /    | /    |   |
|                    |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | △    | 踊りやハーモニカのボランティアが月1回来てくれていたが3月以降は訪問中止。平成22年から地域の方参加の避難訓練は今年中止                 | /    | /    | /    |   |
|                    |   | 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。   | ×    | しえんできていない  | /    | /    | /    |   |
|                    |   | h   | 地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。 | ×    | ハーモニカ 踊りのボランティア 馴染みの歯医者への外出等3月からできていない                                       | /    | /    | /    |   |
| 40                 | 運営推進会議を活かした取り組み   | a   | 運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。  | ○    | 特定であるが 家族 地域の方参加しているが今年4月からできていない  | /    | ○    | ○    | 運営推進会議は、家族や民生委員、地域の協力者、市担当者などの参加を得て、年6回開催している。会議では、事業所や利用者の状況などを報告するほか、外部評価の内容も報告して参加者から意見を聞くことができている。  |
|                    |   | 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。                                      | ○    | 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。                                 | ○    | 出席した方には意見 感想を言ってもらっている   | /    | ×    | ○    |   |
|                    |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ○    | 当初より偶数月 金曜日の 最終週に決めているので 参加者もその予定でいっている                                      | /    | /    | ○    |   |
|                    |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 玄関に置いてありいつでもみれるようにしている   | /    | /    | /    |   |

| 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   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|
| <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。                     | △    | 玄関に貼り 名札にも入れていつでも確認できるようにしている。認識し日常的に取り組めるよう努力したい |      |      |      |  |
|                            |   | 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。   | △    | 玄関に貼っている。「アットホーム」を目指していることを伝えている                  | ○    | ○    |      |  |
| 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。   | ○    | 一人一人の実際と力量を把握しアドバイスをくれる。外部研修参加への声もかけてくれる          |      |      |      | 事業所では、毎月多様な内部研修を実施しているほか、職員は市のグループホーム協議会の研修にも参加している。新人職員の教育は、職員に合わせて先輩職員を手本にしてもらうなど、OJTを活用している。管理者は各ユニットに毎日顔を出し、利用者や職員への声かけや指導を日々行っている。働きやすい職場づくりに努めていることもあり、職員同士の仲も良く、長年働いている職員も多い。 |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | ○    | 社内研修で学ぶ機会がある。一緒に現場にいて指導してくれる                      |      |      |      |  |
|                            |   | 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。                              | ○    | 一人一人話し合い その人に合った働き方が出来るよう配慮してくれる                  |      |      |      |  |
|                            |   | d   | 代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加) | △    | 外部研修へ参加し同業者と交流する機会を作っている                          |      |      |      |  |
|                            |   | 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。   | ○    | 話しやすい雰囲気づくり 一人一人に声をかけてくれる                         | ◎    | ◎    | ○    |  |
| 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。  | ○    | 内部研修の課題で定期的に行っていて理解している                           |      |      |      | 内部研修で虐待に関連するテーマを取り上げ、職員は虐待や利用者への不適切な対応、かかわり方について学び、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。  | ○    | 日々話し合っている   |      |      |      |  |
|                            |   | 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。                                    | ○    | 内部研修で学び理解している                                     |      |      | ○    |  |
|                            |   | d   | 代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。  | ○    | いつも気にかけている。言いやすい                                  |      |      |      |  |
| 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。  | ○    | 内部研修で理解している                                       |      |      |      |  |
|                            |   | 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。  | △    | アンケートをしたりその都度話すようにしている                            |      |      |      |  |
|                            |   | 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。                       | ○    | 家族からの要望はない  |      |      |      |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。                  | △    | 内部研修で学ぶ機会はある  |      |      |      |  |
|        |                       | 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。       | △    | 必要に応じて説明したり相談支援している                                 |      |      |      |  |
|        |                       | 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。  | △    | 専門機関と連携 対応したい                                       |      |      |      |  |
| 46     | 急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み | a   | 怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。                  | △    | マニュアル(書籍)がありいつでも見れる                                 |      |      |      |  |
|        |                       | 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。                                   | △    | 定期的な訓練は行っていない                                       |      |      |      |  |
|        |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手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。     | △    | 一人一人が反省と対応策を考えるようにしている                              |      |      |      |  |
|        |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。                            | ○    | 動静に注意し 都度話しながら防止に努めている                              |      |      |      |  |
| 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。                               | △    | マニュアルはありいつでも見れる。                                    |      |      |      |  |
|        |                       | 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。 | △    | 施設長と直接話している。速やかに対応している                              |      |      |      |  |
|        |                       | 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。 | △    | 家族とのコミュニケーションをよくとり気軽に言えるよう努めている                     |      |      |      |  |
| 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)                | △    | 日々の会話から意見 要望 苦情をさりげなく聞いたり 個々と話したり 自分の思いを伝える機会はあると思う |      |      | ○    | 玄関に事業所の運営規定や外部評価のサービス評価結果を貼り出すなど、自由に閲覧できるようにしている。利用者からは、職員が日々の生活の中で意見を聞いている。家族からは、運営推進会議や面会時に職員から話しかけて意見を聞くなど、情報や意見をもらえる機会を有効に活用している。また、職員は自己目標を立て、管理者は日々の業務の中で職員から意見を聞くほか、アンケートを活用して意見も聞いており、出された意見は運営に反映されている。 |
|        |                       | 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)            | △    | 全ての方とは言えないが 来設時 電話等で話す機会はある                         | ◎    |      | ○    |  |
|        |                       | 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。                          | △    | 契約時に説明し玄関に示している                                     |      |      |      |  |
|        |                       | 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。                            | ○    | いつも現場にいてくれるので適宜話しを聞いてくれる                            |      |      |      |  |
|        |                       | 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。             | ○    | アンケートを実施 必要時 個々に話す機会を作ってくれる                         |      |      | ◎    |  |

愛媛県ハートフルケアホームあけぼの

| 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。  | △    | 外部評価時は個々が自己評価している。毎年 事業所と自己目標を目標を立て 振り返る機会がある                                       | /    | /    | /    | 職員全員で外部評価の自己評価の作成に取り組んでおり、一人ひとりの意見を踏まえて、今後の事業所での取組みに活かしている。また、サービスの評価結果は運営推進会議で報告するほか、家族への報告もしている。  |
|       |               | 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。   | ○    | 個々に自己評価しそれぞれの課題が見えている   | /    | /    | /    |   |
|       |               | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。   | ○    | 評価結果を踏まえて個々が達成目標を立て総括して目標を決め取り組んでいる   | /    | /    | /    |   |
|       |               | 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。                                       | △    | 推進会議で報告し助言をいただいている  | ○    | ×    | ○    |   |
|       |               | 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。  | △    | 推進会議で成果や状況話をしている  | /    | /    | /    |   |
| 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)   | △    | マニュアルがありいつでも見れるところにある   | /    | /    | /    | 事業所には、風水害や地震、津波に関する防災計画がある。事業所では、年に2～3回の様々な災害等を想定して、避難訓練を実施している。また、訓練には、運営推進会議の参加者でもある民生委員や防災士のほか、近隣住民にも参加協力してもらい、実施することができている。また、運営推進会議の中で、避難訓練について参加者との意見交換ができている。今後、管理者は職員等が防災士資格を取ることも考えている。    |
|       |               | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。  | △    | 火災訓練は日中 夜間想定で年数回しているが 地震 風水害は行っていない   | /    | /    | /    |   |
|       |               | 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。   | △    | 消防設備は年2階業者さんに点検してもらっている   | /    | /    | /    |   |
|       |               | e   | 地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。   | △    | 年1回地域の方 民生委員さん 防災士さんに参加してもら夜間想定で訓練し指導して頂いている。今年も行っていない                              | △    | △    | ○    |   |
|       |               | 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)                     | △    | きょうどうくんれんへの参加は出来ない。推進会議で防災士さんからの助言は頂いている  | /    | /    | /    |   |
| 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) | △    | 地域の会議には参加できない。推進会議に参加している地域住民 防災士 民生委員さんには資料を配布したり 事業所での困りごとや利用者さんの状態の報告を少しは発信出来ている | /    | /    | /    | 事業所には地域住民から認知症に関する相談はあるが、満足できるほどの相談件数とは言い難い状況である。地域行事などの参加は、現在の職員体制では難しい面がある。市のグループホーム協議会に参画し、研修へ参加するほか、事業所間での情報交換をしている。今後は、運営推進会議などを活用して関係者やボランティア団体などへ声かけを行うなど、継続して地域で協力してもらえる方を増やせるような取組みを期待したい。 |
|       |               | 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。   | △    | 限られた方ではあるが近所の方が相談来られる   | /    | ×    | △    |   |
|       |               | 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)  | △    | 推進会議で独居の方等が「お茶でも飲んで利用者さんと話す場になれば」と言うことは話している  | /    | /    | /    |   |
|       |               | d   | 介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。   | ×    | 出来ない  | /    | /    | /    |   |
|       |               | e   | 市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)                       | △    | 市 包括センターとの連携はとれているが 地域活動は行っていない   | /    | /    | ○    |   |