

事業所の概要表

(平成 30 年 2 月 2 日現在)

|               |  |     |            |   |        |     |
|---------------|--|-----|------------|---|--------|-----|
| 事業所名          | パートナーハウスやまぶき   |     |            |  |        |     |
| 法人名           | 株式会社メディックス   |     |            |   |        |     |
| 所在地           | 松山市下伊台町1293番3  |     |            |   |        |     |
| 電話番号          | 089-914-3311   |     |            |   |        |     |
| FAX番号         | 089-914-3312   |     |            |   |        |     |
| HPアドレス        | <a href="http://www.ehime-medix.jp/">http://www.ehime-medix.jp/</a>  |     |            |   |        |     |
| 開設年月日         | 平成 27 年 3 月 21 日   |     |            |   |        |     |
| 建物構造          | <input type="checkbox"/> 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 2 ) 階建て ( ) 階部分                           |     |            |   |        |     |
| 併設事業所の有無      | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )   |     |            |   |        |     |
| ユニット数         | 2 ユニット   |     | 利用定員数 18 人 |   |        |     |
| 利用者人数         | 17 名 ( 男性 4 人 女性 13 人 )  |     |            |   |        |     |
| 要介護度          | 要支援2   | 0 名 | 要介護1       | 4 名   | 要介護2   | 7 名 |
|               | 要介護3   | 0 名 | 要介護4       | 4 名   | 要介護5   | 2 名 |
| 職員の勤続年数       | 1年未満   | 0 人 | 1~3年未満     | 15 人  | 3~5年未満 | 2 人 |
|               | 5~10年未満  | 1 人 | 10年以上      | 0 人   |        |     |
| 介護職の取得資格等     | 介護支援専門員 1 人  |     | 介護福祉士 4 人  |   |        |     |
|               | その他 ( )  |     |            |   |        |     |
| 看護職員の配置       | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 直接雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約 ) |     |            |   |        |     |
| 協力医療機関名       | 千舟町クリニック   |     |            |   |        |     |
| 看取りの体制(開設時から) | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 看取り人数: 0 人 )  |     |            |   |        |     |

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|         |  |  |   |  |  |
|---------|--|--|---|--|--|
| 家賃(月額)  | 40,800 円   |  |   |  |  |
| 敷金の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円   |  |   |  |  |
| 保証金の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円   |  | 償却の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |  |
| 食材料費    | 1日当たり 1,250 円 ( 朝食: 260 円 昼食: 470 円 )<br>おやつ: 円 夕食: 520 円  |  |   |  |  |
| 食事の提供方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |  |  |
| その他の費用  | ・ 水道光熱費 9,300 円<br>・ _____ 円<br>・ _____ 円<br>・ _____ 円   |  |   |  |  |

|                 |   |   |  |
|-----------------|---|---|--|
| 家族会の有無          | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間 |   |  |
| 広報紙等の有無         | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (発行回数: 回) ※過去1年間 |   |  |
| 過去1年間の運営推進会議の状況 | 開催回数  | 6 回 ※過去1年間  |  |
|                 | 参加メンバー ※□にチェック  | <input checked="" type="checkbox"/> 市町担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 評価機関関係者<br><input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者 <input type="checkbox"/> 近隣の住民<br><input checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

(評価項目の構成)

### I. その人らしい暮らしを支える

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

### II. 家族との支え合い

### III. 地域との支え合い

### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー  
“愛媛県地域密着型サービス評価”

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人JMACS            |
| 所在地   | 愛媛県松山市千舟町6丁目1番地3 チフネビル501 |
| 訪問調査日 | 平成30年2月16日                |

#### 【アンケート協力数】※評価機関記入

|         |       |    |       |    |
|---------|-------|----|-------|----|
| 家族アンケート | (回答数) | 13 | (依頼数) | 18 |
| 地域アンケート | (回答数) | 7  |       |    |

※アンケート結果は加重平均で値を出し記号化しています。(◎=1 ○=2 △=3 ×=4)

#### ※事業所記入

|          |              |
|----------|--------------|
| 事業所番号    | 3890101243   |
| 事業所名     | パートナーハウスやまぶき |
| (ユニット名)  | あやめユニット      |
| 記入者(管理者) |              |
| 氏名       | 権名津 太志       |
| 自己評価作成日  | 平成30年2月2日    |

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <p>【事業所理念】※事業所記入<br/>幸せの追求</p> | <p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入<br/>入居者様の希望や要望をできる限り聞き出し叶えていけるように試みている。個々の思い出の場所や言ってみたくところや好きなところへ連れ出してみたりしている。</p> | <p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】<br/>運営推進会議時に、認知症に関連した勉強会を毎回実施している。<br/>組内の忘年会や花見は管理者が参加している。<br/>地域の保育園や子ども会と交流している。<br/><br/>自室の仏壇に水を供えることができそうな利用者にはそっと見守り、自分でできるよう支援している。<br/><br/>立位困難になり、状態が変化したため話し合いの場を持ち、排泄方法を検討したようなケースがある。</p> |
|--------------------------------|---|--|

評価結果表

【実施状況の評価】

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

| 項目No.                  | 評価項目   | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                     | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------------|--|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| <b>I.その人らしい暮らしを支える</b> |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| <b>(1)ケアマネジメント</b>     |  |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 1                      | 思いや暮らし方の希望、意向の把握                                 | a   | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。   | △    | 思いをくみ取ろうと試みているが完全に把握できているとは言えない。              | ○    |      | △    | 管理者が利用者の意向を汲みながら、担当所見欄に記入している。<br>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づくりに力を入れてほしい。 |
|                        |  | 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。   | ×    | 本人の立場に立って考えることもあるが具体的に何かをできていない。              |      |      |      |   |
|                        |  | 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。                                      | △    | 面会時、近況を伝えると共に話を聞いたりしている。                      |      |      |      |   |
|                        |  | d   | 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。   | ×    | 個人ファイルや介護記録に載せている以上の記録は取っていない。                |      |      |      |   |
|                        |  | 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。   | △    | 普通の会話で見落とさないようにしている。                          |      |      |      |   |
| 2                      | これまでの暮らしや現状の把握                                   | a   | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。 | △    | 家族様が面会に来た際には聞くときもある。                          |      |      | ○    | 利用者・家族・入居前のケアマネジャーから聞き取りして、フェースシートの生活歴記入欄に記入している。                         |
|                        |  | 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。                                  | ○    | 本人のできることは自分でしてもらいたいのでその時々のできる事の把握には努めている。     |      |      |      |   |
|                        |  | 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。  | △    | 心理状態は完全に把握できているわけではないが、不安になりやすい状況は理解できている。    |      |      |      |   |
|                        |  | 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)                                   | △    | 要因については不安のタイミングで直接聞いた上で把握に努めているが分からないこともある。   |      |      |      |   |
|                        |  | e   | 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。                                     | ○    | ライフサイクル用紙で記録しているので大まかな生活状況は把握できている。           |      |      |      |   |
| 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。  | △    | 話し合いをする際には本人目線での検討を行っているつもり。                  |      |      | ○    | 毎月のミーティング時に話し合い検討している。  |
|                        |  | b   | 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。   | △    | やまぶきでできることは何かと検討している。家族様にも支援を依頼することもある。       |      |      |      |   |
|                        |  | 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。   | △    | 課題が何かを考えているが的を得ているかは分からないこともある。               |      |      |      |   |
| 4                      | チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画                         | a   | 本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。   | △    | 施設でできるだけ本人らしく生活ができるようにと考えている。                 |      |      |      |   |
|                        |  | 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。               | △    | 話し合いで出た内容については反映している。                         | ○    |      | ○    | 「何か手伝いたい」と意向がある利用者には、本人のできることなどを踏まえて、食器洗いや洗濯物たたみなどを行うことを計画に盛り込んでいる。       |
|                        |  | 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。  | ×    | 出来ていないと思う。                                    |      |      |      |   |
|                        |  | 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。   | ×    | 家族の支援を盛り込んでいる人もいるがすべてではないし地域の協力を計画には入れていなかった。 |      |      |      |   |
| 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。  | ○    | 介護記録の見やすいところに計画を記載して目につくようにしている。              |      |      | ○    | 個別のケアプラン実施表で共有している。   |
|                        |  | b   | 介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。                           | ○    | モニタリングでチェックをしているが、細かい状況は記載できていない。             |      |      | ○    | ケアプラン実施表には、毎日○、△、×、-、で実践結果を記録している。<br>記号のみでは表しにくい場合は、個別連絡ノートにその具体を記入している。 |
|                        |  | c   | 利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。                        | ○    | 介護記録へその時のやりとりなどは記入している。                       |      |      | ◎    | 支援時のやり取りについては、個別介護記録に言葉や表情、その後の様子などを具体的に記入している。                           |
|                        |  | 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。  | ×    | 連絡ノートをつかい気づきは共有しているが本人様の記録へ落としにくい。            |      |      | ○    | 個別連絡ノートに記入している。   |

| 項目No.            | 評価項目                    | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|------------------|-------------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 6                | 現状に即した介護計画の見直し          | a   | 介護計画の期間に応じた見直しを行っている。   | ○    | 半年～1年の期間も設けて見直ししている。  |      |      | ○    | 各ユニットの計画作成担当者が責任を持って期間を管理し、見直しを行っている。   |
|                  |                         | b   | 新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。   | ○    | モニタリングで毎日のチェックをしている。  |      |      | ◎    | ケアプラン実施表をもとに、ミーティング時に話し合い記録している。  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 入院等で体調や心理状態に大きく変化のあった時は見直ししている。                             |      |      | ○    | 入院や骨折などによる生活変化に応じて、利用者や家族、職員などで話し合い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。   | ×    | チームケアの為に単独の会議をおこなったことがない。職員ミーティングで話をする程度。                   |      |      | ○    | 毎月、職員ミーティングで話し合い会議録をつくっている。数人の職員で話し合っただけは、申し送りノートに記入している。   |
|                  |                         | b   | 会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。  | △    | 可能な限り意見が出しやすいように発言が偏らない様になっている。                             |      |      |      |   |
|                  |                         | c   | 会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。   | △    | 職員全員が参加できないが日程調整は多く参加できる人、リーダーが出席できる日にしている。                 |      |      |      |   |
|                  |                         | d   | 参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。  | △    | 参加できない人には後日記録を読んでもらっている。                                    |      |      | ○    | 欠席者は会議録で内容を確認するよう、申し送りノートに記載している。   |
| 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。  | ○    | 連絡ノートを使い共有している。   |      |      | ◎    | 会議録・申し送りノートなどで伝達し、内容を確認した職員は署名するしくみをつくっている。   |
|                  |                         | b   | 日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)   | ○    | 日々の申し送りは漏れがないようにしている。                                       | ◎    |      |      |   |
| <b>(2) 日々の支援</b> |                         |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 9                | 利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援    | a   | 利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。   | △    | したいことを伝えてくださる人も多いが叶えられないこともあり辛く思う。                          |      |      |      |   |
|                  |                         | 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)  | ○    | 自己決定は大事にしているので選択権はかならず本人様にあるとしている。                          |      |      | ○    | 「～してみますか」「どうぞよろしく」と確認を取りながら支援している。飲み物を数種類の中から選んでもらう機会をつくっている。   |
|                  |                         | c   | 利用者が思いや希望を表現できるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。  | △    | やりたいことや希望は普段の会話から聞き出し、ただできないことの方が多いので施設内でできることを考えたりしている。    |      |      |      |   |
|                  |                         | d   | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)  | ○    | ある程度の施設の生活パターンには慣れてもらっているが個々のタイミングや意向は尊重している。               |      |      |      |   |
|                  |                         | e   | 利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。  | ○    | 笑顔になれるように努めている。   |      |      | ○    | 屋食のおにぎりのことについて、利用者から「味が薄い、おにぎりの握り方は季節や室温に合わせて変えた方がいいよ」など、意見やアドバイスがあった。職員は、アドバイスなどについてお礼を言って、その後、おにぎりの話題で会話が弾んでいた。 |
|                  |                         | f   | 意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるように支援している。  | △    | 重度の人からも表情などの観察はこまめにしている。                                    |      |      |      |   |
| 10               | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり | a   | 職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。  | ○    | 人生の先輩として認知症関係なく接していくように指導している。                              | ○    | ○    | ○    | 法人内研修で勉強したり、管理者などが毎月の職員ミーティングや申し送り時に、接し方・態度などについて話している。   |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。  | ○    | 上記同様に注意して行っている。   |      |      | ◎    | 職員は、利用者の隣に腰かけ目線を合わせ、穏やかな口調や動きで話しかけていた。個人的な話は耳元で行い、他者に聞こえないよう配慮していた。   |
|                  |                         | c   | 職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。  | ○    | 支援中は気を付けて介助している。  |      |      |      |   |
|                  |                         | d   | 職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。   | △    | 個々の場所ではあるので職員が入る際はノックするなど気を付けているが、他の入居者様が入ってしまうことが多くあるのも現状。 |      |      | ○    | 在室者には、ノックして目的を説明してから入室していた。   |
|                  |                         | e   | 職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。   | ◎    | 個人情報の漏えいは入職時の説明で確認しサインをもらっている。                              |      |      |      |   |
| 11               | ともに過ごし、支え合う関係           | a   | 職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを求め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。   | ○    | できる方には家事のお手伝いなどしてもらい協力している。                                 |      |      |      |   |
|                  |                         | b   | 職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。   | ×    | 利用者同士の交流は少ない。   |      |      |      |   |
|                  |                         | c   | 職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらつ場面をつくる等)。 | △    | 利用者関係のトラブルは時々あるので職員により今後の関係性が悪くならないような配慮を行っている。両者の話を聞いている。  |      |      | ○    | 大きな声で同じ話をする利用者のことを気にする人がいると、職員は間に入り距離をとったり、話題を変えて気が他に向くようにかかわっている。  |
|                  |                         | 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。  | ○    | 解決できそうな内容については早急に解決の案を考えるようにしている。                           |      |      |      |   |

| 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                                      |
|-------|-------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。   | △    | 過去の人間関係や家族構成はある程度認識している。  |      |      |      | /   |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。  | △    | 地域は分かる方もいるが、馴染みの場所は把握しきれていない。                                   |      |      |      |   |
|       |                   | 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うち支援している。   | ×    | 来訪者と会うことはあるがこちらから行くことは少ない。                                      |      |      |      |   |
|       |                   | d   | 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。  | △    | いつでも来ていただけるような環境や雰囲気は作っている。                                     |      |      |      |   |
| 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)<br>(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む) | △    | 基本は外出行事として出かけることがほとんど。本人様の行きたいところややりたいことを聞き出し提供する「夢企画」は随時行っている。 | ○    | △    | △    | 外出行事は、計画を立て車で花見などに出かけている。普段は、地域住民が手入れしている花壇まで散歩することはあるが、機会は少ない。 |
|       |                   | b   | 地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。  | ×    | ボランティアの方には来訪していただき演奏会など行ってもらっている。外出支援では活用できていない。                |      |      |      | 夏場はベランダに出てプランターの野菜などを見て過ごす機会をつくっている。車いすの人も職員が付き添い、敷地内や近隣に出ている。  |
|       |                   | c   | 重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。   | ○    | 行先の下見等行い外出時に困らない様になっている。  |      |      | ○    |   |
|       |                   | d   | 本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。  | ×    | 家族様へお願いして職員ではお連れ出来ない所へ連れ出してもらったこともある。                           |      |      |      |   |
| 14    | 心身機能の維持、向上を図る取り組み | a   | 職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。   | △    | 事業所内での勉強会をできていないので自己学習を促し認知症の症状に合わせて支援を行っている。                   |      |      |      |   |
|       |                   | b   | 認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。                                    | ○    | その人個々の状態や症状を理解し支援している。  |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)   | ○    | できそうやできることは自分で行うことを説明して見守っている。                                  | ○    |      |      |   |
| 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。   | △    | その場面毎に理解と判断をして、利用者様にできることを適時お願いしてやってもらっている。                     |      |      |      | 体操する折には、リズムに合わせて拍子をとる役割の人がいる。塗り絵が好きな人には、下絵を準備している。              |
|       |                   | 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。  | △    | 上記同様に状況に応じて利用者様にやってもらうこともある。                                    | ○    | ○    | ○    |   |
|       |                   | 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。  | ×    | 地域での交流はほぼ無い状態となっている。  |      |      |      |   |
| 16    | 身だしなみやおしゃれの支援     | a   | 身だしなみを本人の個性、自己表現の一つと捉え、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。  | ○    | 衣類の選定では本人様の好みやバランスを考えている。                                       |      |      |      | 外出や来客があることを知らせると、自分で化粧をする人がいる。化粧品は、職員と買いに行ったり、家族が持参したりしている。     |
|       |                   | b   | 利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。  | ○    | 本人持ちの物を身に付けてもらっている。思い入れのあるようなものは家族様に確認している。                     |      |      |      |   |
|       |                   | c   | 自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。  | ○    | 一緒に考えて決めてもらっていることもある。   |      |      |      |   |
|       |                   | d   | 外出や年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。   | ○    | 人によっては外出用の衣類もあるので合わせて装いを変えている。                                  |      |      |      |   |
|       |                   | e   | 整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)  | △    | 可能な限り清潔な姿でいてもらえるようにしている。  | ○    | ◎    | ○    |   |
|       |                   | f   | 理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。  | ○    | 訪問美容もあるが外でカット等の要望があれば調整する。                                      |      |      |      |   |
|       |                   | 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。  | △    | 基本的には家族様が持ってきてくださっている以前から着ている服を着用してもらっている。                      |      |      | ○    |   |

| 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  |
|-------|----------------|-----|--|------|--|------|------|------|---|
| 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。  | ○    | 概ね理解していると思っている。                                      |      |      |      | 食後は、下膳したり、お盆・テーブルふきなどを行っていたが、利用者が食事にかかわることは少ない。<br><br>業者の献立に沿っているため、季節感や昔なつかしいものを採り入れる機会は少ない。<br><br>茶碗、汁椀、箸などは自宅から持参したものを使用している。<br>必要に応じて事業所で介護用スプーンなどを準備している。<br><br>職員は同じ食事を同じテーブルで食べていた。<br><br>職員は、静かに食べる利用者の気が散らないよう会話の声の大きさに配慮していた。「大丈夫ですか？次はこれ食べましょうか？」などと声かけしながら介助していた。<br><br>業者の献立について意見を出す機会はあるが、定期的に話し合う機会は持っていない。 |
|       |                | 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。  | ×    | メニューは委託しているのではぼそれは行っていない。片付けができる方にはお願いすることもある。       |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。  | ×    | そこまでつなげられていないと思うが片付けをしていただいたら感謝の気持ちを伝えている。           |      |      |      |   |
|       |                | d   | 利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。   | ○    | 把握できていると思う。  |      |      |      |   |
|       |                | e   | 献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。                     | ×    | 年に何度か行事のメニューを提供することがある程度では委託のメニューとなってしまっている。         |      |      | △    |   |
|       |                | 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) | ○    | 刻みでもできるだけ皆さんと同じ食器で召し上がってもらっている。介護用の食器を使用されている方もおられる。 |      |      |      |   |
|       |                | g   | 茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。  | ○    | 自宅から持ってきていただくようにしている。                                |      |      | ○    |   |
|       |                | h   | 職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。                 | ○    | 職員も入居者様と同じものを食べている。                                  |      |      | ○    |   |
|       |                | i   | 重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。                             | △    | 介助の必要に方にも声掛けしつつ召し上がってもらっている。                         | ◎    |      | ○    |   |
|       |                | j   | 利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。                                   | ○    | 献立にカロリーは明記されている。水分は記録して必要な量を摂取してもらえるように努めている。        |      |      |      |   |
|       |                | k   | 食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。                         | ○    | 食事や水分量は毎日確認しているので少ないときは理由を探して食べてもらいやすいものにするか考えている。   |      |      |      |   |
|       |                | 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。                            | ×    | 委託業者からのメニュー通りに作っているのが現状。                             |      |      | ×    |   |
|       |                | 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。   | ○    | 委託業者からの食材で管理はされている。器具や職員の衛生管理は消毒等で適切に行っている。          |      |      |      |   |
| 18    | 口腔内の清潔保持       | a   | 職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。  | ○    | 口腔ケアの必要性と重要性は把握していると思う。                              |      |      |      | 義歯の紛失、不具合などがあれば歯科受診につなげるが、普段は支援時の目視にとどまっている。<br><br>屋食後、歯磨きを促す声かけをしている様子がみられた。  |
|       |                | b   | 利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。  | ○    | 口腔ケア時に問題がないか観察している。                                  |      |      | △    |   |
|       |                | c   | 歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。  | ×    | 行ったことがない。  |      |      |      |   |
|       |                | d   | 義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。   | ○    | 必要な時は手入れの手伝いもしている。                                   |      |      |      |   |
|       |                | 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)               | ○    | 毎日の口腔ケアで観察している。                                      |      |      | ○    |   |
|       |                | 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。  | ○    | 必要に応じて行っている。   |      |      |      |   |

| 項目No. | 評価項目           | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠                                   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |
|-------|----------------|-----|--|------|---|------|------|------|--|
| 19    | 排泄の自立支援        | a   | 職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能が高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。                       | ○    | 理解してパット交換を行っていると思っている。                      |      |      |      | 立位困難になり、状態が変化したため話し合いの場を持ち、排泄方法を検討したようなケースがある。   |
|       |                | 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。   | ○    | 便秘の入居者様もおられるので原因等は理解できていると思う。               |      |      |      |  |
|       |                | c   | 本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)  | △    | 排便に関しては難しく完全ではない。                           |      |      |      |  |
|       |                | 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。                            | ○    | 本人様にとって必要かどうかの観察は常に行っている。                   | ◎    |      | ◎    |  |
|       |                | e   | 排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。   | △    | 随時検討は行っている。                                 |      |      |      |  |
|       |                | f   | 排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。   | ○    | 動作やしぐさで早めの声掛けを行っている。                        |      |      |      |  |
|       |                | g   | おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういつ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。 | △    | 職員で話し合いを行い家族様や本人様へ報告している。                   |      |      |      |  |
|       |                | h   | 利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。   | ×    | 対象の方が今はいない。                                 |      |      |      |  |
|       |                | 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)   | △    | 薬と併用しつつ運動や食事に周囲している。                        |      |      |      |  |
| 20    | 入浴を楽しむことができる支援 | a   | 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)。                                       | ×    | 現在は全体の中での入浴日等を決めている。                        | ◎    |      |      | 週2~3回入浴を使用している。重度の人は、機械浴で支援している。羞恥心が強めの利用者については、脱衣所において見守るなどして支援している。以前の生活に合わせて固形石鹸などを用いている。 |
|       |                | b   | 一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。  | ○    | 希望の方にはゆっくりと入浴時間が取れるようにしている。                 |      |      |      |  |
|       |                | c   | 本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。   | ○    | できることは自分で行ってもらっている。                         |      |      |      |  |
|       |                | d   | 入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。   | △    | 強く拒否のある方にも声掛けをしつつ入ってもらえるように努めている。           |      |      |      |  |
|       |                | 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。   | ○    | 血圧や体温の測定、顔色等を確認し見極めていく。                     |      |      |      |  |
| 21    | 安眠や休息の支援       | a   | 利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。  | ○    | 夜勤をしている職員はもちろん把握している。それ以外の職員も申し送り等で把握できている。 |      |      |      | 以前には、食欲・意欲低下がみられ、医師と相談し減薬に取り組んだ事例がある。現在は、入居前から継続して入眠導入剤を使用する人が複数いる。                          |
|       |                | b   | 夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。   | ○    | 日中の時間帯での活動等で昼夜逆転しないように気を付けている。              |      |      |      |  |
|       |                | 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。                        | △    | できることは行っているがそれだけでは解決できていない。                 |      |      | △    |  |
|       |                | 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。   | ○    | 休む時間は希望によって取っている。                           |      |      |      |  |
| 22    | 電話や手紙の支援       | a   | 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | ○    | 希望があったり電話があれば繋いでいる。                         |      |      |      | 対角線  |
|       |                | b   | 本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。   | ○    | 必要な支援の手段行っている。                              |      |      |      |  |
|       |                | c   | 気兼ねなく電話できるよう配慮している。  | ○    | 制限等はない。                                     |      |      |      |  |
|       |                | 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。   | ○    | 本人様へ伺って要望があれば支援する。                          |      |      |      |  |
|       |                | e   | 本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。   | △    | 遠方の家族様にはお願いすることがある。                         |      |      |      |  |

| 項目No.                   | 評価項目              | 小項目 | 内容   | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|-------------------------|-------------------|-----|--|------|---|------|------|------|---|
| 23                      | お金の所持や使うことの支援     | a   | 職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。  | ○    | 理解はしているが紛失等の危険があるので預かっている。                          |      |      |      | /   |
|                         |                   | 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。   | △    | 定期的に来る移動販売に希望者は連れ出している。他の方も誘導して買い物ができるようにしている。      |      |      |      |   |
|                         |                   | c   | 利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。  | ○    | 買い物の行先を車椅子や認知症の方が行っても大丈夫なところを選定している。                |      |      |      |   |
|                         |                   | d   | 「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。   | △    | 本人様の希望がある時はできる限り少額でも持っていたりできるようにしている。家族様には了解を取っている。 |      |      |      |   |
|                         |                   | e   | お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。   | △    | 話し合いをして本人持ちの財布や鞆を持ってもらっている。                         |      |      |      |   |
|                         |                   | f   | 利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、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)。   | ◎    | 施設管理している方は明細等を発行して明記している。                           |      |      |      |   |
| 24                      | 多様なニーズに応える取り組み    | a   | 本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。   | △    | 対応できる範囲にはっているが努力している。                               | ◎    |      | ○    | 家族と一緒に、以前住んでいたところに行ってみることができるよう、後押しや手伝いなどを行っている。                          |
| <b>(3) 生活環境づくり</b>      |                   |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 25                      | 気軽に入れる玄関まわり等の配慮   | a   | 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に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。  | ○    | 入りやすい環境にはしている。                                      | ◎    | ○    | ○    | 季節によって、プランターに花を整備している。きれいに掃除をしていた。  |
| 26                      | 居心地の良い共用空間づくり     | a   | 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を持っており、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、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設えになっていないか等)。 | ○    | 季節を感じられるような掲示物等を作成したりしている。                          | ◎    | ◎    | ◎    | 居間からは台所の様子がみえ、利用者が昼前「美味しいもんできよ？」などと職員に聞いていた。                              |
|                         |                   | b   | 利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。  | ○    | 清掃は適宜行っている。   |      |      |      | 不快な音や匂いは感じられなかった。<br>換気は適宜行っている。  |
|                         |                   | 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。  | ○    | 季節ごとの展示物を気を付けている。                                   |      |      |      | 花が好きな利用者が多いため、観葉植物や鉢花を置き、世話ができる環境をつくっている。<br>季節に合わせて折り紙などで壁掛けを作り飾っている。    |
|                         |                   | d   | 気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。   | ○    | それぞれの時間を大事にしている。                                    |      |      |      |   |
|                         |                   | e   | トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。  | ◎    | 仕切りや扉には鍵があるので見えない様になっている。                           |      |      |      |   |
| 27                      | 居心地良く過ごせる居室の配慮    | a   | 本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。   | ○    | 入居時には家族様へ説明し持参していただいている。                            | ◎    |      | ◎    | テレビ、仏壇、衣装ケースやいすなど、使い慣れたものを持ち込んでいる。<br>エアコンの風が直接当たるのを嫌う人が多く、ベッドの配置に配慮している。 |
| 28                      | 一人ひとりの力が活かせる環境づくり | a   | 建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、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。   | ○    | 安全には配慮している。   |      |      |      | 居室扉には、氏名とともにぬいぐるみやリボンで目印を付けている。<br>テーブルやいすを手すり替わりになるように配置するケースがある。        |
|                         |                   | 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。  | △    | 導線には分かりやすいように置くようにしている。                             |      |      |      |   |
|                         |                   | 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)  | △    | 危険がないように注意して置いている。                                  |      |      |      |   |
| 29                      | 鍵をかけないケアの取り組み     | a   | 代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害を理解している。(鍵をかけられ出られない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感、あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)                  | △    | 玄関以外は出入りができるように努めている。                               | △    | △    | △    | 法人研修などで鍵をかける弊害について学んでいる。<br>玄関はオートロックになっている。                              |
|                         |                   | b   | 鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。   | ×    | 話し合いを行ったことはない。                                      |      |      |      |   |
|                         |                   | c   | 利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。   | ×    | 玄関はオートロック方式になっている。                                  |      |      |      |   |
| <b>(4) 健康を維持するための支援</b> |                   |     |  |      |   |      |      |      |   |
| 30                      | 日々の健康状態や病状の把握     | a   | 職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。  | ○    | 入居者様の情報は個々で把握している。                                  |      |      |      | /   |
|                         |                   | 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。   | ○    | 体調等の変化は介護記録に残している。                                  |      |      |      |   |
|                         |                   | c   | 気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。  | ○    | 特変時は情報を共有して必要時は医療へ相談している。                           |      |      |      |   |

| 項目<br>No. | 評価項目             | 小<br>項<br>目 | 内<br>容  | 自<br>己<br>評<br>価 | 判<br>断<br>し<br>た<br>理<br>由・<br>根<br>拠          | 家<br>族<br>評<br>価 | 地<br>域<br>評<br>価 | 外<br>部<br>評<br>価 | 実<br>施<br>状<br>況<br>の<br>確<br>認<br>及<br>び<br>次<br>の<br>ス<br>テ<br>ッ<br>プ<br>に<br>向<br>け<br>て<br>期<br>待<br>し<br>た<br>い<br>こ<br>と |
|-----------|------------------|-------------|---|------------------|--|------------------|------------------|------------------|--|
| 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。   | ◎                | 協力医療期間はあるがそこ以外でも自由に選べるようにしている。                 | ◎                |                  |                  |  |
|           |                  | b           | 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                     | ◎                | 医療機関と事業所は情報のやり取りを行っている。家族様の希望を施設から医療へ伝えることもある。 |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。                               | ◎                | 受診の結果等はその日のうちに報告している。必要に応じてその後について話し合いをしている。   |                  |                  |                  |  |
| 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。  | △                | 本人様の習慣やくせなど情報を伝えることがある。                        |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。  | ○                | 状況等の確認を随時行っている。                                |                  |                  |                  |  |
|           |                  | c           | 利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。  | ○                | 入院が予測される場合などは迅速に対応できるように早めに準備する。               |                  |                  |                  |  |
| 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。 | ◎                | 看護職員とかかりつけ医の連携で変化がある人は随時相談している。                |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。  | ◎                | 電話対応はできるように体制をとっており必要な時は施設へ来るようにしている。          |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。                                     | ◎                | 特変がある人はすぐに相談している。                              |                  |                  |                  |  |
| 34        | 服薬支援             | a           | 職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。   | △                | 薬情報は個々のファイルに閉じているが把握しているかは難しい。                 |                  |                  |                  |  |
|           |                  | b           | 利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。  | ◎                | 個人の枠を用意して確認後服用してもらっている。                        |                  |                  |                  |  |
|           |                  | c           | 服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。                       | ◎                | 薬の変更等があった場合はその影響がどの部分に出ているか観察している。             |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。  | ◎                | 内服状況は日頃の生活を見て随時見直しをしている。                       |                  |                  |                  |  |
| 35        | 重度化や終末期への支援      | a           | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。                           | ○                | 終末期が近くなってきている段階で家族様と医療と相談や今後を検討している。           |                  |                  |                  | ○ 本人・家族、主治医、管理者、看護師、職員で話し合い、介護計画を作成し支援しているケースがある。  |
|           |                  | b           | 重度化、終末期のあり方について、本人・家族だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。                                    | ○                | 上記同様関係者で話し合いを行うようにしており、それを職員と共有している。           | ○                |                  |                  |  |
|           |                  | c           | 管理者は、終末期の対応について、その時々の職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。                                       | ○                | 職員へは説明や対応について話をしている。                           |                  |                  |                  |  |
|           |                  | d           | 本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。   | ○                | 施設でできることは精いっぱいやらせてもらう旨伝えている。                   |                  |                  |                  |  |
|           |                  | e           | 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。    | ○                | ここで生活していたことが変わりすぎない様に配慮して家族や医療と協力して関わっている。     |                  |                  |                  |  |
|           |                  | f           | 家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)   | ○                | 終末期に家族との話(本人の話や雑談等)をまめにするようにしている。              |                  |                  |                  |  |
| 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。                            | ◎                | 社内研修が行われるので勉強してもらっている。                         |                  |                  |                  |  |
|           |                  | b           | 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。                        | ◎                | マニュアルがありそれに沿って対応している。                          |                  |                  |                  |  |
|           |                  | c           | 保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。                             | ◎                | 県の情報等で蔓延している地域等を確認している。                        |                  |                  |                  |  |
|           |                  | 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。   | ◎                | 愛媛県の感染症情報は本部からも来るので随時確認している。                   |                  |                  |                  |  |
|           |                  | e           | 職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。  | △                | 職員は行っているが来訪者へは消毒等のお願いをしている。                    |                  |                  |                  |  |

| 項目No.                | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  |
|----------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| <b>II. 家族との支え合い</b>  |   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 37                   | 本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援                                      | a   | 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。  | △    | 生活の中で一緒に考えて共有できるようにと努めている。                                  |      |      |      | 敬老会、クリスマス会には家族に案内状を出し参加を呼びかけている。毎回2～3名の参加がある。来訪時、レクリエーションに参加する家族もいる。<br><br>毎月発行するやまぶき便りに、個々の近況と健康面の様子を記入して報告している。写真も添付している。<br><br>毎月のやまぶき便りで行事などについて知らせている。職員の異動は、来訪時、口頭で報告している。運営推進会議時には、行事予定や研修内容の報告、勉強会などを行っている。 |
|                      |   | 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)                                    | ○    | 施設に訪れやすい雰囲気作りには気を付けている。                                     |      |      |      |   |
|                      |   | c   | 家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)   | ×    | 家族様には外出以外での支援の機会は作れていない。                                    | ◎    |      |      |   |
|                      |   | 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〕     | ◎    | 全ての入居者様の毎月の様子を便りとして報告している。                                  | ◎    |      |      |   |
|                      |   | e   | 事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。  | ×    | 普段の関わりが少ない方があまり情報が聞き出せていない。                                 |      |      |      |   |
|                      |   | 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)                 | ○    | 情報を集めて各職員が共有して支援をできるようにしている。                                |      |      |      |   |
|                      |   | g   | 事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)   | ○    | 行事等は報告している。   | △    |      |      |   |
|                      |   | 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)   | △    | 家族会の開催はできていない。運営推進会議で少し会話する程度になっている。                        |      |      |      |   |
|                      |   | i   | 利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。   | ○    | リスクについては家族様へ話しをして理解していただくようにしている。                           |      |      |      |   |
|                      |   | j   | 家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行っている。   | ○    | 何か相談事がある時はいつでも受けられるようにしている。分からないことは責任者へ確認して確実に対応できるようにしている。 |      |      | ○    |   |
| 38                   | 契約に関する説明と納得   | a   | 契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。  | ○    | 契約書に沿って説明し質問はその都度確認している。                                    |      |      |      |   |
|                      |   | b   | 退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                    | ○    | 退去時は説明等による納得していただいた後に実行している。その後の先行の検討は医療機関等と行っている。          |      |      |      |   |
|                      |   | 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)                              | ○    | 変更時には文書で確認している。   |      |      |      |   |
| <b>III. 地域との支え合い</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |   |
| 39                   | 地域とのつきあいやネットワークづくり<br>※文言の説明<br>地域:事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア | a   | 地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。   | ○    | 設立前に地域の会合にあいさつと説明を行っている。                                    |      | ○    |      | 回覧板で地域行事の情報を得ているが、参加するまでに至っていない。<br>組内の忘年会や花見は管理者が参加している。<br>地域の保育園や子ども会と交流している。  |
|                      |   | b   | 事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)      | △    | 大きな行事への参加はできているが参加率は良くない。近所との関係性は良くも悪くもないところ。               |      | △    |      |   |
|                      |   | c   | 利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。  | ×    | 地域の人と入居者様はあまり交流がないので認知はしているが具体的に何かあるわけではない。                 |      |      |      |   |
|                      |   | d   | 地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。   | ×    | 移動スーパーが来るとき以外では外からの訪問は少ない。                                  |      |      |      |   |
|                      |   | e   | 隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。   | ×    | 挨拶程度。   |      |      |      |   |
|                      |   | f   | 近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)                                     | △    | ボランティアの方には来てもらうことが何度かある。日常の支援は行ってもらっていない。                   |      |      |      |   |
|                      |   | g   | 利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。   | ×    | 地域資源の把握をしている人は少ない為。   |      |      |      |   |
|                      |   | 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)。 | ×    | 他施設には以前は協力をお願いすることはあったが今はできていない。                            |      |      |      |   |

| 項目No.                      | 評価項目  | 小項目 | 内容  | 自己評価 | 判断した理由・根拠   | 家族評価 | 地域評価 | 外部評価 | 実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと   |   |
|----------------------------|---|-----|---|------|---|------|------|------|--|---|
| 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。  | ○    | 家族様と地域の人に呼び掛けている。                                 | ○    |      | ◎    | 毎回、利用者・家族・地域の人々の参加がある。地区内の事業所で会議に参加し合っている。                                 |   |
|                            |   | 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。                                  | △    | 状況報告は行っているが細かい内容はつたえていない。                         |      |      | △    | 近況・活動報告などを行っている。外部評価結果、目標達成計画などを報告している。取り組みの報告を工夫して、参加者から意見やアイデアを引き出してほしい。 |   |
|                            |   | c   | 運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。                             | ○    | 意見交換できる時間をつよようにしている。                              |      |      | ○    | △  | 「地域の事業者も参加しているので、災害時の協力体制などについて検討してはどうか」など意見は出ているが、まだ実行に至っていない。   |
|                            |   | d   | テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。   | ×    | テーマに合わせた講師をお呼びしているが、日程は合わせられていない。                 |      |      | ○    |  |   |
|                            |   | e   | 運営推進会議の議事録を公表している。  | ○    | 掲示して見られるようにしている。                                  |      |      |      |  |   |
| <b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b> |   |     |   |      |   |      |      |      |  |   |
| 41                         | 理念の共有と実践  | a   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。                     | ○    | 理念については全員に知って理解してもらえるように入職当初から伝えている。              |      |      |      |  |   |
|                            |   | b   | 利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。   | ×    | 玄関に理念を掲げているがあえて説明などはしていない。                        |      | △    | △    |  |   |
| 42                         | 職員を育てる取り組み<br>※文言の説明<br>代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。 | a   | 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。   | △    | 職員の力量の把握はできているが研修等の参加は少ないと感じている。                  |      |      |      |  |   |
|                            |   | b   | 管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。   | △    | 研修等の参加を促している。                                     |      |      |      |  |   |
|                            |   | c   | 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。                              | ○    | 働きやすい環境づくりには努めている。主に人間関係。                         |      |      |      |  |   |
|                            |   | 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) | ×    | 他の事業所との交流はあまりない。                                  |      |      |      |  |   |
|                            |   | e   | 代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。   | ○    | 定期的に親睦会等のイベントを開催している。                             | ○    | ○    | ○    |  | 法人代表者は、親睦会に必ず出席して職員と話す機会を持っている。   |
| 43                         | 虐待防止の徹底   | a   | 代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。  | ○    | 年に1回研修を開催しており職員には虐待について理解してもらっている。                |      |      |      |  |   |
|                            |   | b   | 管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。  | ○    | 現場で課題になりそうな場面に遭遇した時は話ができる機会を作っている。                |      |      |      |  |   |
|                            |   | 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。                                     | ○    | そのような行為があればすぐに管理者へ報告するようになっている。                   |      |      |      | ○  | 昨年4月には、法人内学習会で「身体拘束と虐待」をテーマにして勉強した。気になる言動があった時には、その都度、職員数人で検討したり、ユニットリーダー・管理者に報告して、全体でカンファレンスを開くしきみがある。 |
|                            |   | 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。  | ×    | 日頃の職場での様子を見ていたりするが点検まではしていない。                     |      |      |      |  |   |
| 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。  | △    | 研修やミーティング等で説明を受けているが忘れていく職員もいると思う。                |      |      |      |  |   |
|                            |   | 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。  | ○    | 可能な限り身体拘束にならない様にして課題が見つかった時は皆で話をしている。             |      |      |      |  |   |
|                            |   | 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内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。                        | △    | 時々必要なら頼りがあるが、説明して行かない様に努めている。                     |      |      |      |  |   |
| 45                         | 権利擁護に関する制度の活用   | a   | 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。   | ×    | 名前だけで知らない人の方が多いと思う。                               |      |      |      |  |   |
|                            |   | 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。  | ×    | 行っていない。   |      |      |      |  |   |
|                            |   | c   | 支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。                                     | ×    | 今まで事例はないが困った時は包括支援センターに相談できるように包括とは連携していると思っっている。 |      |      |      |  |   |

| 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  |
|-------|-----------------------|-----|---|------|---|------|------|------|---|
| 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。                               | ○    | 事故や急変時の対応マニュアルを用意して対応している。                    |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。  | △    | 消防訓練や研修で行っているが頻度は少ない。                         |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。                  | ○    | 事例があった場合は報告書等で周知して再発防止に努めている。                 |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。   | ○    | 事故になりやすい状況や対応について個々で考えているが記録へ残したりをしていない。      |      |      |      |   |
| 47    | 苦情への迅速な対応と改善の取り組み     | a   | 苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。  | △    | 苦情マニュアルは用意しているが対応については窓口の管理者で対応している。          |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。              | ○    | 苦情があった場合には早急に対応している。必要時には市へ報告している。            |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。              | ○    | 苦情があった際への対応や今後についてを検討して相手には納得していただけるように努めている。 |      |      |      |   |
| 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)                             | △    | 時間を設けてと言うことはできていない。個々の支援の際に聞くことはある。           |      |      | △    | 運営推進会議に参加する人は機会があるが、その他の人は機会が少ない。   |
|       |                       | b   | 家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)                         | ×    | こちらも時間を設けてと言うことはなく、電話で話をする際に聞くことがある。          | ◎    |      | ○    | 来訪時に聞くことがある。運営推進会議に参加する人は機会がある。利用者の受診に家族が付き添う場合の不具合について、意見があったことがある。                          |
|       |                       | 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。                                       | ×    | 契約時以外は行っていない。                                 |      |      |      |   |
|       |                       | 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。   | ×    | 時々ある程度。                                       |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                          | ○    | 半年に1回の全員の面談を行っている。それ以外では適宜意見等を聞くようにしている。      |      |      |      | ○   |
| 49    | サービス評価の取り組み           | a   | 代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。                                    | △    | 外部評価の時に合わせて自己評価している。                          |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                                       | △    | 課題を明らかにできているので結果は周知している。                      |      |      |      |   |
|       |                       | c   | 評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。                         | △    | 次への計画をたててそれを目標にしている。                          |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。                   | △    | 評価後の運営推進会議で報告を行っている。モニターはしてもらっていない。           | △    | △    | △    | 運営推進会議時に、評価結果や目標達成計画について報告している。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。   |
|       |                       | e   | 事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。  | ×    | 結果をまとめて報告している。                                |      |      |      |   |
| 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)                             | ○    | マニュアルを掲示していつでも見られるようにしている。                    |      |      |      |   |
|       |                       | b   | 作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。                          | △    | 消防訓練に合わせて避難訓練を行っている。                          |      |      |      |   |
|       |                       | d   | 消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。   | ○    | 備蓄用の食料と水を確保している(3日分)                          |      |      |      |   |
|       |                       | 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。                         | ×    | 日頃からの連携は図れていない。                               | △    | △    | △    | 地域の防災委員から避難MAPをもらい廊下に掲示している。2階ユニットの利用者や重度の人の避難などが課題となっている。さらに、地域との協力・支援体制をつくるための話し合いをすすめてほしい。 |
|       |                       | 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) | ×    | 案内は来るが現場の仕事もありほぼ参加できていない。                     |      |      |      |   |

| 項目<br>No. | 評価項目          | 小<br>項<br>目 | 内 容   | 自<br>己<br>評<br>価 | 判<br>断<br>し<br>た<br>理<br>由・<br>根<br>拠 | 家<br>族<br>評<br>価 | 地<br>域<br>評<br>価 | 外<br>部<br>評<br>価 | 実<br>施<br>状<br>況<br>の<br>確<br>認<br>及<br>び<br>次<br>の<br>ス<br>テ<br>ッ<br>プ<br>に<br>向<br>け<br>て<br>期<br>待<br>し<br>た<br>い<br>こ<br>と |
|-----------|---------------|-------------|---|------------------|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|--|
| 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) | ×                | 特に何も行っていない。                           |                  |                  |                  | 相談支援は行っていない。<br><br><br><br><br>高校生の実習を受け入れている。<br>運営推進会議時に、認知症に関連した勉強会を毎回実施している。  |
|           |               | 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。   | △                | 相談できるようにしているが相談に来ていただいたことはない。         |                  | △                | ×                |  |
|           |               | c           | 地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)  | ×                | 解放していない。場所もないので難しいと思う。                |                  |                  |                  |  |
|           |               | 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。   | ×                | 地域の人材ではないが、福祉課の高校生の実習受け入れは行った。        |                  |                  |                  |  |
|           |               | 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)                       | ×                | 行っていない。                               |                  |                  | ○                |  |