

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

### (評価項目の構成)

#### I.その人らしい暮らしを支える

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

#### II.家族との支え合い

#### III.地域との支え合い

#### IV.より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

評価機関名	特定非営利活動法人JMACS
所在地	愛媛県松山市千舟町6丁目1番地3 チフネビル501
訪問調査日	平成30年10月12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	(依頼数)	15
地域アンケート	(回答数)	1		

※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	3873400273
事業所名	グループホーム久万いこいの郷
(ユニット名)	ぐら
記入者(管理者)	
氏名	上野 美枝子
自己評価作成日	平成30年 9月 10日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b> いつも笑顔で行動はゆっくと一緒に楽しく</p>	<p><b>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入</b> ○ケアプランに基づき日々のケアを実践していく。担当スタッフは担当としての問題意識を常に持ちかかわってゆく。 ⇒担当介護職員が介護支援専門員やユニットリーダーと一緒にケアプランの実施モニタリングを行い、ユニット全体で目標達成ができていないか、新たなニーズが発生していないか確認を行っている。ケアプランの作成にかかわることで介護職が主体的にケアプラン実施に取り組むことができています。 ○両ユニットが気軽に声を掛け合い協力体制で近くまでの散歩を実施する。自宅での生活が思い起こせるような支援を行う。 ⇒施設の外での活動は安全面に最大限の注意を払い、基本的には利用者一人につき職員一人が付き添うようにしており、ユニット独自の個別の散歩や外出が多かった。新規での入所者に対しては自宅で使っていた食器や小型の家具や思い出の品物を持ってきていただき、環境面で自宅での生活が思いをおこせるような支援を行ってきた。また、生活習慣についてもこれまでの生活が延長できるように様々な取り組みを行っている。 ○ホームの取り組みをいこい通信で知らせる。⇒年数回程度発行し、御家族様や地域に対して送付している。 ○地域の行事を把握し積極的に参加⇒地方祭、自治会での清掃活動、運動会などに参加している。また、消防署の職員を講師に招き、地域住民に対して防火や防災の勉強会の実施を行った。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b> ケアマネジャーは、地域の介護について話し合う「天空の円卓」という会に参加し情報交換している。 代表者は、久万高原町のふるさと創生課の地域活性化の取り組みに協働している。 全体会議の折を捉えて、3ヶ月ごとに人権や尊厳に係る勉強会を行い、職員が意識して行動できるよう取り組んでいる。 3月には身体拘束廃止に関する指針を見直し、また、9月の全体会議では「不適切なケアと高齢者の権利」について話し合うなど、繰り返し学び、鍵をかけることの弊害の理解と実践に取り組んでいる。</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。	○	施設サービス計画作成前に意向確認を本人や家族に行い、計画に取り入れている。	○		◎	入居時に、本人や家族に、食事・排泄・入浴・ターミナルなど、暮らし方の希望や意向を聞き、基本情報シートに記入している。その後得た情報は、日付を入れて追記している。
		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。	○	複数の職員や家族に聞き取りを行い客観的にニーズを導き出している。				
		c	職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。	○	入所時に身元引受人から生活歴を聞き取り、推測されるニーズを協議している。また、身元引受人以外の面会者にも聞き取りを行っている。				
		d	本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。	◎	施設サービス計画の1票に可能な限り本人の言葉で意向を記載している。その他本人の要望等があれば申し送りやアセスメントシートを活用し、情報共有している。				
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	○	本人の言葉や態度から思いをくみとることができるよう、ユニット内で情報を共有し、「かもしれない」を複数パターン想定し対応している。				
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	◎	入所前や契約時に家族や居宅支援事業所から生活歴を聞きとっている。			◎	入居時には、本人、家族から生活歴や趣味、馴染みの暮らし方などを聞き取り、基本情報シートに記入している。入居前に利用していた介護事業所へ向う、情報を得ている。
		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。	◎	家族、主治医、居宅支援事業所への聞き取りや本人への聞き取り調査を行い施設独自のアセスメントシートで細かく分析している。				
		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。	◎	全体像がわかるまでに時間がかかることがあるが、記録や申し送り等で把握できている。				
		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・職員のかかり等)	◎	全体像がわかるまでに時間がかかることがあるが、記録や申し送り等で把握できている。				
		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。	○	ケース記録で日々の過ごし方を把握し、特別変わった様子があれば申し送り等で把握している。				
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む)	a	把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。	○	ケアプラン作成前には事前に本人に意向確認を行い(ある程度の意志決定能力のある利用者)、サービス担当者会議では基本情報をもとに一人一人のニーズを導き出し、目標設定を行っている。			◎	サービス担当者会議時には、基本情報シートを基にして職員が本人の視点で検討している。
		b	本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。	△	利用者の「現状より良い生活」への意欲を引き出すことができるよう働きかけを行い支援内容を検討しているが、大半の利用者は現在の生活の維持であり、一部を除き「より良く」するために本人の負担が増えることは控える方向の検討内容になることが多い。				
		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。	○	サービス担当者会議で課題を明らかにしている。主治医や家族に意見を求め課題分析を行うこともある。スケジュールを調整し病院で主治医、家族、施設職員で会議を開催したこともある。				
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。	○	本人への聞き取りやアセスメントに基づきおおむね意向は反映できている。				
		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。	○	職員や本人が少し頑張れば実践可能なサービス内容で実施している。家族にも説明をし支援のヒントやアイデアをいただき、無理のない範囲で協力をいただいている。	○		○	サービス担当者会議前には、本人、家族に意向などを聞き介護計画に反映している。状態変化時には、医療関係者の助言なども反映している。
		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。	○	日々の暮らしの中で慣れ親しんだ家具、味覚、音楽に触れられる生活の支援を行うことが施設の標準的な支援方法となっているため、あえて計画には入れていないことが多い。				
		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。	○	事前に家族の了解を得て、施設サービス計画の担当者欄に「家族」と記載し、協力をいただいている。地域の人(医療関係者以外の一般地域住民など)協力は直近の2年間では施設サービス計画に入れたことはない。				
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。	△	施設サービス計画の内容を把握し提供している職員が少ない。一部には長期・短期目標を把握しないままサービス提供している職員がいる。			○	個人記録のファイルに介護計画書を綴じて共有している。
		b	介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。	○	ケアの実践ができなかった場合はその理由をケース記録や状況報告書に記載し必要に応じてサービス内容の変更を行っている。			◎	日々の介護記録に◎と記入し、実践状況を記録している。1ヶ月ごとに、担当職員がケアプラン実施状況を状況報告書にまとめ、モニタリングしている。
		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。	△	ケース記録にサービス内容を実施した際の利用者様の詳細な状態についての記録は少ないが、サービス担当者会議で聞き取りを行い状態を記載してある。			△	日々の介護記録に実践したことは記録しているが、会話、表情、しぐさ、エピソードなどの記入量は少ない。
		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。	△	サービス担当者会議でのアイデアを積極的に施設サービス計画に取り入れているが、施設サービス計画を理解できていない職員があり、個別の記録に繋がっていないことがある。			◎	サービス担当者会議や毎月のユニット会議時に気づきや工夫を出し合い記録している。申し送りノートにも記入している。

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。	◎	おおむね3ヶ月に一回程度の計画の見直しを行うほか、状態に変化が生じた場合には随時計画の見直しを行っている。			◎	管理者、ケアマネジャーがパソコン上で、一覧表にして見直しの時期を把握している。	
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	◎	月末にユニット会を行い担当者やユニットリーダーに確認を行い変更の必要性の確認を行っている。			◎	利用者個々の担当職員が、月に1度、状況報告書にて現状確認を行っている。 また、月に1度のユニット会では、気になることを話し合っている。	
		c	本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。	◎	健康上特別な管理が必要になった場合やADLに大きな変化が見られた場合には直ちに見直しを行い、新たな計画について説明を行い同意をいただいている。			◎	食欲低下など、状態変化時には新たな介護計画を作成している。 パルーン留置に伴い、家族、医療関係者も交えて見直しを行ったケースがある。	
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	定期的な会議のほか、事故発生後や、事故発生リスクが高い状態、大きな状態の変化がありサービス内容が現状に即していない場合などは緊急にカンファレンスを行っている。			◎	月に1回、ユニット会及び全体会を行い、議事録を作成している。 緊急案件は、その日の勤務者で話し合い、申し送りノートや事故報告書などに記録している。	
		b	会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。	○	日頃より意見を言いやすい関係を作っている。 10日程度前より、カンファレンス予定を伝え、一人一人に内容を事前に考えておいてもらえるようにしている。					
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるような開催日時や場所等、工夫している。	◎	多くの職員が来る給与支給日(現金支給であるため)に開催している。多くの職員のアイデアをサービス担当者会議で取り入れられるよう、参加できない職員より事前に気づき事項の聞き取りや書面で意見を受け取ったりしている。					
		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。	△	会議録を作り閲覧を再三促しているが閲覧記録のない職員がいる。			○	会議録で内容を確認し、押印するしくみをつくっており、管理者が口頭でも促している。	
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。	◎	内容が重複するものや使いにくいものがあつたため、記録様式の見直しを行った。用途、目的に応じて申し送りノート・ケース記録・健康チェック表などに記載し、情報伝達を行っている。			◎	申し送りノートなどに記入し、確認した職員はサインするしくみをつくっている。 介護記録の内容で特に申し送りが必要な内容には、「申」と印し記録している。 家族の要望などは、申し送りノートや介護記録、相談苦情要望書に記録し共有している。	
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝えるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)	△	業務連絡、介助方法の変更や受診・服薬の変更などは申し送りノートに記載し、ケース記録には行頭に記号を付け見やすいようにしている。閲覧後はサインをすようようにしているが、全員のサインがそろわないことが多い。		○			
<b>(2) 日々の支援</b>										
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援	a	利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。	◎	利用者自ら「〇〇をしたい」とリクエストがある。塗り絵や点つなぎ、創作活動など、個々の好みに応じたものを提供している。					
		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)	◎	入浴の実施時間、衣類や飲み物、アクティビティの選択など自己決定を促している。			○	入浴やレクリエーション、着替えなど、本人に希望を聞きながら支援している。 おやつ時には、紅茶、コーヒー、ココアの中から選んでもらっている。	
		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。	○	利用者個々の理解力については職員が把握できており、利用者の能力に応じた声かけを行っている。利用者の満足感が認知症の周辺症状の発生につながることを職員一人一人が理解し、納得しながら暮らせる支援を行っている。					
		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)	○	起床から就寝まで個々のスタイルを大切に、自分でできる時間の長さやタイミングで提供している。					
		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。	○	感情表出をしやすいように職員が意図的に視線を送ったり、隣に座ってゆっくりと話しかけたりしている。				◎	調査訪問時、事業所の菜園で収穫した枝豆を枝からもぎとる作業中、「これはどうしようかな」と聞く利用者に「お任せしますから、よろしくお願ひします」と返していた。
		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。	○	表情以外にも、食欲や睡眠状態などの変化に気づくことができるよう記録様式を作り、日々のケアに生かすことができるシステムを構築している。					また、玄関に届いた牛乳を運ぶ際、職員は利用者により「お願ひできますか」と声かけし、「いつもありがとう、助かります」と伝えていた。
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。	○	3か月に1回程度、権利擁護や高齢者虐待、身体拘束に関する勉強会や不適切なケアへの自己啓発に取り組んでいる。	○	○	◎	全体会議の折を捉えて、3ヶ月ごとに人権や尊厳に係る勉強会を行い、職員が意識して行動できるよう取り組んでいる。 6月の会議では、身体拘束のグレーゾーンについて、こんな介護をしてほしい、こんな介護はしてほしくないなど、職員個々にシートを作成し話し合った。	
		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。	○	利用者の行動パターンを分析し、席を立たれたタイミング等にさりげなくトイレ誘導を行い、他の利用者には気づかれないように配慮している。			○	職員は、穏やかな表情、口調で言葉かけしていた。	
		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。	◎	入浴や排泄介助時にはカーテンやドアを閉めて「見せない」「臭いを漏らさない」介護を実践している。					
		d	職員は、居室は利用者専有の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	○	利用者が居室に入るときにはノックをして許可をいただいてから入室している。また、利用者が居室にいない時に掃除やシーツ交換を行う際には居室に置いてあるものの配置を変えないよう、不必要な入室を避けるようにしている。			◎	ノックし「入っていいですか」と許可を取ってから入室していた。 不在時は、居間にいる利用者に「見せてもらっていいですか」と声をかけ許可を得てから入室していた。	
		e	職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。	◎	職員全員が入職時に個人情報の保護に関する誓約書にサインし職務にあっている。また、個人情報を第三者に話すことを禁止する旨、全体ミーティングやユニット会においても職員に注意を促している。					
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、利用者にも助けを求めたり教えをもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。	◎	山菜の下ごしらえや漬物づくり、様々な創作活動やレクリエーションなどで利用者によりリーダーシップをとっていただける機会を設けている。					
		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。	◎	利用者同士で交友関係を作ることによってADLが向上した事例を職員が実感し、日々の職務で活かされるよう心掛けている。					
		c	職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらつ場面をつくる等)	◎	利用者同士思いやりを持ち助け合う姿が見られた時には少しオーバー目に職員がその行為を評価しており、利用者間でも「ありがとう」の言葉が多くかわさされている。			○	食事時には、利用者同士の関係性を考慮してテーブルの席を決めている。 隣席の利用者に「コップを片付けようか、まだいい？」と聞いたり、昼食後には、仲良く談笑したりしている様子がみられた。	
		d	利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者には不安や支障を生じさせないようにしている。	◎	他者に対して指導的な強い口調で話される利用者があるが、理解を求めるとともに、トラブルの原因を探りこのような事象を減少させるよう取り組みを行っており、互いの関係を損ないよう配慮している。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
12	馴染みの人や場との関係継続の支援	a	これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。	○	家族や親せき、信仰上の付き合いを把握している。				実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
		b	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。	○	生まれた場所や嫁ぎ先、勤務先、ライフワークとして訪れていた場所などを把握し会話に取り入れている。					
		c	知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう支援している。	○	家族との外出や馴染みの散髪屋への外出支援などを行っている。重度の利用者様については馴染みの方の面会に来ていただき、交流を持てるよう支援している。					
		d	家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	◎	本人が会いたいと言われている方に身元引受人に連絡を取り、面会を依頼している。現在入所中の利用者様に面会制限はなく、いつでも面会を受け入れている。					
13	日常的な外出支援	a	利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない)(※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む)	◎	買物や散歩など希望に沿って対応している。希望がなくても気候の良い時には散歩を促している。時間帯についてはある程度勤務状況によって調整させていただくことが多いがその日のうちに対応している。	△	×	△	買物や紅葉狩り、林業まつりなど出かける支援は行っているが、機会は少なめである。管理者、職員は、散歩など日常的な外出支援に課題があると捉えていた。家族アンケート結果なども鑑みて、取り組みに工夫してほしい。	
		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。	○	介護相談員が来られた時に職員と一緒に散歩などの外出の協力をさせていただいている。					
		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。	○	利用者の拒否がない場合は中庭での外気浴をさせていただいている。			○		中庭やウッドデッキでひなたぼっこができるよう支援している。
		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。	○	墓参りや自宅への外泊、家族との外食など様々な外出支援を家族とともにしている。					
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	○	職員の理解力や分析力に個人差はあるが、勉強会や事例検討で学んだことを日々の介護でおおむね実践できている。				車いすを自走してゆっくり居室に向かう利用者を見守っていた。また、エアロバイクに乗る利用者に「精が出ますね」と声かけていた。入浴日や入浴の準備手順を書いて居室に貼り、自分で準備できるよう支援しているケースがある。	
		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。	◎	老化による機能低下を理解しつつ、日常生活の基本動作を自然に行うことで拘縮の予防や筋力維持ができることを理解している。寝たきり度C2レベルの利用者に踏ん張りを促し、トイレでの排泄が継続できるよう支援したことがあった。					
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	生き甲斐、役割づくりの施設内の家事を職員と一緒にしていただいている。適切に作業ができずに困った様子をされたり、同じことを繰り返されたりする場面が多くみられ、口出しではなくアドバイスをしている。	○		○		
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。	○	レクリエーションや創作活動への参加、掃除など個々の能力に応じた役割や楽しみの提供ができています。				脳トレニングシートに取り組んだり、風船に色紙や毛糸を貼り付けて作品をつくらしている様子がみられた。自室でかぎ針編みをする人もいる。洗濯物干しやモップ掛け、テーブル拭き、シーツ交換など利用者個々に支援している。	
		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。	○	個々の能力に応じた楽しみづくりをしている。認知症の程度に応じた役割づくりの支援ができて、重度で居室で終日過ごされている利用者の役割づくりまでには至っていない。	○	◎	○		
		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。	○	利用者に運営推進会議に出席していただいている。					
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。	○	衣類や髪形は本人の希望で決定している。困難な方は家族に聞き取りを行い、好みの色の衣類を持って来ていただいている。				利用者それぞれに、整容し季節に合った服装で過ごしていた。ハンド、フット、フェイシャルマッサージや受ける機会がある。	
		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。	◎	散髪時には自分の好みの髪形を美容師や理容師に伝えて整髪してもらっている。衣類や持ち物にもこだわりがあり自己決定が可能な利用者様には選択を促している。					
		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。	○	職員が衣類を複数組用意し本人が選択しやすいよう支援している利用者がある。					
		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。	◎	衣替えは担当介護職が行っている。その場にふさわしい衣類を着用できるよう支援をしている。					
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	◎	整容は随時清潔を保てるようさりげなく行っている。衣類や履物については、洗濯しても取れない汚れのあるものは家族の了解を得て買い替えをしている。	○	◎	◎		
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	◎	数か月に1回理容師、美容師に来ていただき、それぞれ好みに応じた対応をしている。本人の希望伝え家族が散髪をされる利用者もいる。					
		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。	○	朝夕の整容と着替えの支援を行い、メリハリのある生活ができる支援を行っている。			○		毎日着替えを支援している。



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	
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。	○	栄養的なことや楽しみとしての食事ととらえることができ、職員も同じものを食べ、利用者と共に食事を楽しんでいる。				実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  利用者の希望を採り入れながら職員が献立を立てている。 調理は、調理専門職員が行っている。 利用者は枝豆をもらったり、つくしの袴を取ったりしている。  職員は利用者個々の食の好みを基本情報シートで把握している。 事業所の菜園で収穫した野菜や近所の農家からのおすそ分けなど、旬の野菜を採り入れている。  自分専用の茶碗を使用している人がいるが、他の食器は利用者の状態に応じて事業所が用意している。  職員も同じものを一緒に食べながら、会話したりサポートしたりしていた。  一方のユニットで調理して、盛り付けはそれぞれのユニットで行っている。 週2回、調理専門の職員が休みの日には、各ユニットで調理している。 重度の利用者には、「これは、さつま芋よ」と声かけしながら、時間をかけて支援していた。  6月の全体会議では、「献立のマンネリ化」について話し合った。 献立のバランスなどについては、調理師から助言がある。 年に1度、たんぱく質の摂取状況を知るため、アルブミン値を計測している。	
		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。	○	簡単な下ごしらえや下膳等を利用者と共に行っている。買い物は主に職員が行っているが、個人購入の嗜好品は利用者と共に近所のスーパーや産直市に行き買いの支援を行っている。献立作りは非定期にアンケートを実施し、メニューに取り入れている。					
		c	利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。	○	食材の運搬、下膳や下ごしらえなどをしていたが、それに対して職員や他の利用者が感謝を伝えるなどしている。					
		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。	◎	本人や家族から聞き取りを行い把握し、職員間で情報共有できている。					
		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。	○	施設の中庭で収穫した野菜や旬の果物を提供し、季節感を味わっていただいている。また、季節の行事食や果物を提供し、話題作りにも役立っている。					
		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て、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)	○	利用者様の摂取量や嚥下、咀嚼状態、本人の希望を取り入れ、食形態を固定化しないで、日々提供方法を変えている。					
		g	茶碗や湯飲み、箸等を使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	○	入所以前に自宅で使っていた茶碗を持って来ていただいた利用者がいた。					
		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。	◎	利用者と一緒に食事をとり、サポートを行っている。					
		i	重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。	○	ユニット内で調理し、音やにおい、調理の過程を見て楽しめるように工夫している。		○			
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	◎	体重の変化や食事・水分摂取量を記録し、過不足がないよう管理できている。1日単位、月単位での栄養管理を行っている。					
		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。	◎	摂取量の少ない利用者に対して、ゼリーやスポーツドリンク、栄養補助食品などの提供を行い、回数を増やすなどの特別な対応を行っている。また、家族に協力をいただき、手作りの好みの菓子の提供などの支援も行っている。					
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	△	献立の工夫や話し合いは非定期で行っているが、栄養士のアドバイスは受けていない。					
		m	食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。	◎	調理員、介護職に食中毒や感染症対策の勉強会を施設内で行い、注意喚起を行っている。					
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。	○	外部研修を受けたものの報告を受け、口腔ケアの重要性を認識している。また、義歯のメンテナンスにも配慮している。				虫歯の有無、入れ歯については基本情報シートで把握している。 訪問歯科医を利用している人については、健康チェック表に歯科医の診断内容を記録している。  朝夕、口腔ケアを実施している。 コップや歯ブラシは、洗面台の手に取れる場所に準備していた。 昼食後は支援しておらず、行っている利用者はいなかった。	
		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。	○	毎日口腔ケアを行っているが、介助が必要ない利用者様や介助や観察を拒まれる利用者については本人から異常の訴えがない状態では口腔内の健康状態の把握できていないことがある。					
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	○	他ユニットで口腔ケアの外部研修を受けた職員もあり、施設内で情報共有し、口腔ケアに努めている。					
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	義歯の管理にこだわりがある利用者様が1名おられ、手入れが困難な状態であるが、その他の利用者さまについては管理できている。					
		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)	○	自分で口腔ケアをされた後に職員が義歯を預かり磨きなおしたり、歯磨きティッシュでふき取りを行う時に口腔内の確認をさせていただいている。介助の必要のない方については18-b参照					
		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。	○	歯科の受診支援を行っている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	可能な限りトイレで排泄できるよう支援を行っている。				サービス担当者会議などで話し合っている。本人からパッドサイズ変更の希望があり、家族にも相談して採り入れたような事例がある。
		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。	◎	食欲不振や不穏などの状態と未排便の日数に関係があることを理解し、水分摂取支援や緩下剤で調整するなどの支援を行っている。				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	◎	排泄チェック表で把握し、排便前のイライラや落ち着かないことがあるなど利用者ごとに兆候を把握できている。				
		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。	◎	トイレでの排泄を基本とし、紙パンツやパッド、おむつについても適切であるかユニットで協議している。	◎		◎	
		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。	◎	排泄の失敗の原因が「場所がわからなくなった」「利尿剤・緩下剤の影響」「動作がわからなくなった」など、原因を探り、定期的な声かけやトイレの場所を大きく表示する、日中に足を上げる時間をとるなどの取り組みを行っている。				
		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。	◎	19-c, d, e参照				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方向的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	◎	本人、家族、職員で話し合いを持ち、身体的なことや経済的なことも考えて本人や家族が負担にならないよう配慮し、理解をいただいたうえで使用している。				
		h	利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。	◎	個々の能力に応じた下着やオムツ使用ができている。				
		i	飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)	○	水分や乳製品などの摂取支援や運動を促すなどして自然なお通じがあるよう支援を行っているが、個々の状況に応じて主治医の指示に基づき緩下剤を使用している。				
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ず、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)。	○	温度や入浴時間についても固定化せず、その都度利用者の希望を聞いて実施しており、拒否がみられる方には時間や日をおいて声かけを行うなどしている。	◎			3日に1度午後の希望時間に支援している。入浴剤などを使用している。入居時に入浴のこだわりなどの情報を得て支援の参考にしている。
		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。	○	家庭の一般的な浴室とほぼ同じ作りで、個浴をゆつくりと楽しんでいただいている。				
		c	本人の力を活かしながら、安心して入浴できるよう支援している。	○	羞恥心に配慮し、個々の状態に応じて必要な介助を行っている。				
		d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。	◎	時間をおいて誘ったり日を替えて誘ったりするなどしている。入浴に誘われること自体を嫌がられている様子があるため、入浴日と書いたメモをさりげなく渡すなどの対応をしている。				
		e	入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。	◎	入浴前にはバイタルチェックを必ず行っている。また、入浴後の水分摂取支援や状態観察を行っている。				
21	安眠や休息の支援	a	利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。	○	日中の活動や健康状態、精神状態によって日々変動があり、睡眠パターンがない利用者もいる。入眠、起床時間は個々に違っており、日中の活動に影響がない範囲での睡眠が取れればよいととらえている。				現在、5名の利用者が服用している。日中の生活支援を工夫し、減薬につながったケースがある。
		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。	○	夜間睡眠の阻害因子を取り除く働きかけをしているが、日中の活動に影響していない場合や本人が不眠を苦痛としていない場合は無理にリズムをかえずに様子を見ている。				
		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。	◎	非薬物的介入を推奨する認知症の専門医と協同し、生活全般を通して総合的に個々の体力や能力に応じた活動が行えているか判断し、必要最低限の薬剤の使用にしている。				
		d	休息や昼寝等、心身を休める場が個別に取れるよう取り組んでいる。	○	日中でも居室で快適に休めるようにベッドメイキングや室温を管理している。また、パブリックスペースにはくつろげるソファを多数設置している。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	○	本人の希望に応じて事務所や居室からの電話をする支援を行っている。				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。	○	文字が読めない、リモコンの操作ができないなどの長期間にわたって状態に変化のない利用者様は手紙や電話はできないと判断しているが、利用者様によっては家族と電話でのやり取りを促す働きかけをしている。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	施設の電話で家族様に気軽に電話されている。				
		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。	○	手続き上、家族が必要としているものは本人に渡していないが、年賀状や私信等は本人に手渡ししたり、代読するなどしている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力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。	○	入所時に本人との絆の重要性を説明し、音信があるようお願いしている。また、本人が「会いたい」「電話して欲しい」と言われていることをお伝えしている。				



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
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。	◎	それぞれ入所以前から受療していた希望のかかりつけ医を選択している。	◎			
		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。	◎	それぞれ入所以前から受療していた希望のかかりつけ医を選択している。当施設はどの医療機関とも良好な関係を作り、密接に連絡を取り合える関係となっている。				
		c	通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。	◎	定期の通院や往診の内容を状況報告書でお知らせしている。容態に変化があつての受診はその都度家族に電話をしている。				
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。	◎	家族が来られるまで付き添いを行い、職員が医師や病棟の看護師に情報提供を行っている。				
		b	安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。	○	退院前に電話や病院に向くなどして状態の確認を行っている。				
		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。	○	町内の病院関係者と連携を行い、入院の受け入れについての関係づくりを行っている。				
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。	○	非常勤看護職への質問事項など申し送りを行い助言を日常的にしている。また、かかりつけ医とも気軽に相談できる関係を構築している。				
		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。	○	協力医療機関や非常勤の看護職員に電話で気軽に問い合わせができています。				
		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。	○	健康チェック表を活用し、介護職、看護職、介護支援専門員間で情報共有し異変に早急に気づきができる体制を作っている。				
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。	○	用法、用量については完全に理解しているが、効能や副作用について完全に周知できているとはいえない。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	○	服薬管理マニュアルに沿って誤薬防止に取り組んでいるがごく一部の徹底できない職員に苦慮している。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	◎	薬の変更後は申し送りを確実にし、作用や副作用の可能性を視野に注意深く観察している。気になる変化があれば直ちに処方医や看護職、薬剤師等問い合わせを行っている。				
		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。	◎	服薬内容に疑問があるときには看護師や主治医に質問を行い、漫然とした服薬とならないよう施設から主治医への働きかけを積極的に行っている。向精神薬の服薬には特に慎重になるよう働きかけている。				
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。	○	重度化した場合は繰り返し家族の意向確認を行い、段階に応じた計画を立て同意をいただいている。入居時に終末期について家族に質問をしているが、「今は考えていない」との回答が多い。				◎ 重度化した場合には、家族、主治医、管理者、ケアマネジャーでサービス担当者会議を開き、方針を決めて共有している。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。	◎	終末期には主治医、家族、介護職、介護支援専門員で方針を協議し、施設サービス計画に取り入れてサービス提供を行った実績がある。	○			
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	終末期の在り方について全体会やユニット会などで職員の思いや意見の聞き取りを行い、職員個々の思いや力量を把握できている。				
		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。	◎	入所時に医療体制についての説明を行い、施設でできること・できないことの理解をいただいている。				
		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。	◎	施設サービス計画にそれぞれの持つ役割を明記し、チームで支える体制を作っている。今後起こりうる変化についても家族や介護職に説明を行い、終末期を受け入れることへの準備ができるようにしている。				
		f	家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)	◎	家族自身が決めたことへの後悔や不安があることを十分理解し、いつでも相談に応じる準備があることを看取り介護開始時に伝え、日々変化する状態の中で家族の不安に対応してきた。				
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。	○	感染症対策の勉強会を行っている。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそつた対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	○	感染症対策の勉強会を行っている。				
		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。	○	感染者情報については久万高原町では感染症情報を把握できておらず、新聞やインターネット、地域の学校間のネットワークから情報を得ている。				
		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。	○	36-c参照				
		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。	○	職員や利用者、来訪者の手洗い、手指消毒は徹底している。うがいについては感染症予防効果の根拠が認められないため実施の推奨はしていない。				



項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
<b>II. 家族との支え合い</b>										
37	本人とともに支え合う家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	○	御家族様は施設とともに本人を支えていく立場であることを入所契約時に説明を行い、ケアプランの担当者欄にも記入するなどして意識付けを行っている。本人の喜怒哀楽の様子を家族様に伝え、御家族様に本人の思いを理解していただく働きかけを行っている。				夕涼みやクリスマス会に案内しているが、2~3家族の参加にとどまっている。参加しやすい工夫するなど、さらなる取り組みが期待される。  毎月、ケアプラン実施状況や健康状態、暮らし方、連絡事項などを記載した個別の状況報告書を送付している。久万いこいの郷新聞をこの1年では3回発行し、行事や外出などの様子を報告している。  行事などについては報告しているが、運営上の事柄については報告する機会が少ない。運営推進会議の議事録は送付していない。  毎月送付している状況報告書に「介護に関する意向がございましたら、いつでもご相談ください」との文言を添えている。来訪時には、「気になることはありませんか」と声かけし、話しやすい雰囲気作りに取り組んでいる。	
		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)	○	宿泊をされる家族は少ないが、湯茶を提供したり、気軽に来ていただけるよう来所を促す手紙や電話連絡をしている。					
		c	家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。(食事づくり、散歩、外出、行事等)	○	病院受診に協力いただけるよう働きかけている。また、本人が家族に会いたいとされていることなどをお伝えし面会を促したりしている。	△		△		
		d	来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。〔「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等〕	○	毎月個別の状況報告書の送付のほか、年数回、施設の新聞を発行し家族に送付している。	◎		◎		
		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。	○	施設サービス計画の見直しの時期を中心に家族の意向を確認している。その他家族からの要望はケース記録に記載し、情報共有をしている。					
		f	これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)	○	認知症や加齢にともなう身体的な変化や認知症周辺症状、廃用症候群など、御家族様に説明を行っている。					
		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)	○	行事や利用者個人の出来事については文書ですべての家族に報告しているが、そのほかの項目については運営推進会議での報告となっている。			△		△
		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)	△	家族同士の交流はほとんどない。					
		i	利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。	○	入所時に身体拘束廃止の体制とそれに伴う危険性の説明を行い、理解、同意をいただいている。					
		j	家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的にやっている。	◎	来訪時のほか、施設サービス計画更新時や運営推進会議などで生活への意向や意見を求めている。					◎
38	契約に関する説明と納得	a	契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。	◎	重要事項説明書にて同意をいただいている。					
		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。	◎	施設側の申し立てで退居事例はない。退去となる場合の事例は重要事項説明書に記載し、同意をいただいている。					
		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)	◎	重要事項説明書にて同意をいただいている。					
<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 ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	○	設立時に地域住民に対して内覧会を行っており、事業所の目的や役割の説明を行った。			◎	自治会に加入しており、回覧板が回ってくる。年に1度、職員は自治会の清掃作業に参加している。秋祭りには子供神輿が中庭に来て、お祝いもしてくれる。地域の林業祭やひな祭り、小学校の運動会に利用者が出かけている様子を事業所の新聞に掲載している。中学校の職場体験を受け入れたり、生徒がプランターの花を持って来てくれたりしている。	
		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)	○	自治会の清掃作業に参加している。また、地域の祭りに参加したり、日常的にあいさつを交わしたりして交流をしている。			◎		
		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。	△	施設所在地の担当民生児童委員や久万高原町社会福祉協議会、近隣住民等の協力をいただいているが、増加はしていない。					
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	○	中庭で作業をされている利用者様にアドバイスを下さったり、道具を貸してくださる方が複数いる。また、採れたての野菜をどけてくださるかたもいる。					
		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。	○	職員と近隣住民との間で「雨が降り出したよ」と洗濯物の取り入れを促す声掛けが双方にできる関係となっている。					
		f	近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)	○	久万中学校の総合的学習の時間に受け入れを行い、同中学校から草花をいただいたり、散歩の際に声を掛けていただいたりしている。また、運動会に参加させていただいている。					
		g	利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	○	介護支援専門員が地域資源の情報を介護職や家族、利用者本人に伝え活用している。成年後見人制度利用につながった利用者がある。					
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。	○	消防署の職員による防災の勉強会をしていただいたり、理美容店の訪問カット、地元の小中学校との交流などを行っている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと		
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、地域の人の参加がある。	○	家族、成年後見人、民生児童委員はほぼ毎回、利用者は毎回参加していただいている。	○		○	利用者、家族、民生委員、介護相談員の参加がある。テーマに沿って講師を招いている。家族全員には会議案内はしておらず、運営推進会議について知らない家族も複数いる。		
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	○	外部評価、実地指導の内容や取り組みについて報告を行っている。			○	会議では、行事や状況報告を行っている。外部評価実施後には、外部評価結果や目標達成計画について報告した。		
		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。	○	毎回会議で質疑応答の項目を設けており、指摘のあった点への説明や誤解のあった点についての解決に向けて取り組んでいる。			◎	△	意見や提案はあるが、十分に取り組みに活かすまでには至っていない。また、その状況や結果は報告していない。	
		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。	△	平日の午前中に曜日をかえて開催している。				○		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	◎	毎回会議の内容を玄関ホールに掲示している。						
<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。	○	住み慣れた町でその人らしさを大切に生活ができるよう支援することを目的としていることを家族や職員に伝えている。						
		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。	○	ユニット内に介護理念を掲示している。内容自体が分かりやすいものであるため、あえて説明は行っていない。		△	×			
42	職員を育てる取り組み ※文言の説明 代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。	a	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。	○	職員全員が社外研修を年2回以上受けるよう伝え、勤務を調整し希望する研修を受けやすい体制を作っている。						
		b	管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。	○	研修計画に基づき事例検討や職場内研修を行っている。						
		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。	○	勤務状況や資格に応じた給与体系となっており、各自が向上心を持ち職務にあたるよう配慮している。						
		d	代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加)	○	社外研修での他施設の職員との交流や情報交換を奨励している。						
		e	代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。	◎	職員の希望するユニットで勤務できるようにしており、ユニット内での人間関係や個人的な悩み事(家族や健康状態についてなど)の相談も聞いている。	○	○	◎		代表者は、月に1度行われる全体会議に出席している。職員の要望があり、利用者の状態に応じて介護ベッドやウォシュレット式のポータブルトイレを導入するなど、介護負担の軽減に努めている。不定期だがアロママッサージを受けることができる。	
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。	○	全職員対象の勉強会で周知徹底を図っている。指定基準における禁止対象となる具体的な行為の必要性があるときは切迫性、非代替性、一時性の検討を複数名で行っている。						
		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。	○	指定基準における禁止対象となる具体的な行為の必要性があるときは切迫性、非代替性、一時性の検討を複数名で行っている。勉強会では、身体拘束のみではなくスピーチロックなどのグレーゾーンについても話し合いの機会を設けている。						
		c	代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないように注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。	○	虐待や不適切なケアを発見したときはユニットリーダーに報告し、適切に対処する体制ができている。				◎	職員は、不適切なケアを発見した場合には、管理者に報告することを認識している。	
		d	代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。	◎	ユニットリーダーや介護支援専門員が職員の表情や言動に注意を払い、異変がみられるときには管理者や代表者に報告している。職員の健康状態には特に気を付けている。						
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員は「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。	◎	指定基準における禁止対象となる具体的な行為の必要性があるときは切迫性、非代替性、一時性の検討を複数名で行っている。						
		b	どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。	◎	定期的に勉強会を行い、身体拘束のみではなくスピーチロックなどのグレーゾーンについても話し合いの機会を設けている。						
		c	家族等から拘束や施設の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	◎	入所時に当施設は身体拘束を廃止している旨説明を行い、認知症の悪化や身体機能の衰えに伴う事故発生の危険性を説明、理解していただいている。						
45	権利擁護に関する制度の活用	a	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。	◎	制度は理解している。親族が身元引受人の継続が困難である旨相談を受け、成年後見人制度の申請を勧めた事例がある。						
		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。	○	上記の内容の支援を口頭で行った。						
		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。	◎	久万高原町地域包括支援センターや久万高原町社会福祉協議会と連携し、円滑な制度利用に協力している。						

項目 No.	評価項目	小 項目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
46	急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み	a	怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。	○	緊急時対応マニュアルを備え、事務所に設置している。				
		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。	△	応急手当や事故発生時の対応のマニュアルがあり、書面での確認を促しているが、個々の実践力には個人差があり、すべての職員が速やかにかつ適切な応急手当をできる状態ではない。				
		c	事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。	◎	ヒヤリハットの報告を出しやすいよう書式を簡素化し、事故につながるよう職員間で再発防止のカンファレンスを開催している。				
		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。	○	基本情報にヒヤリハットや事故内容を記載し、解決すべき問題点としてあげている。そのうえで再発リスクの高いものは施設サービス計画に入れて事故防止に取り組んでいる。				
47	苦情への迅速な対応と改善の取り組み	a	苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。	○	苦情対応マニュアルの周知を全体ミーティングで年1回行っている。				
		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。	○	苦情については速やかにかつ丁寧に説明を行うことで施設内で解決している。また、解決が困難な場合には保険者等に相談、報告できる体制ができています。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	○	苦情に関しては早急に対応し、家族と良好な関係を維持できている。				
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)	◎	利用者の表情を読み取り、何か伝えたい様子に気づきができる介護を実践している。意見や要望を利用者が伝えやすい雰囲気や接している。介護理念の「いつも笑顔で」「行動はゆっくと」はそう言った意味合いもある。			○	運営推進会議に参加する利用者は意見や要望を伝える機会がある。介護相談員を受け入れている。
		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)	○	意見や苦情については随時現場の職員に伝えられる状態になっている。また、運営推進会議においても家族の意見を求めている。	○		○	運営推進会議に参加する家族には機会がある。その他の家族については個別に訊き、相談苦情要望書に記録するようになっている。
		c	契約当初だけでなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。	○	施設の相談窓口の設置と外部の苦情・相談機関についてユニットに表示している。				
		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。	◎	毎月全体ミーティングを主催し、職員からの提案を求めている。それ以外にも随時相談を受け付けられるよう、現場に足を運んだり、24時間体制で連絡が取れるようにしている。				
		e	管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。	◎	職員には利用者に喜んでいただける介護をするよう日頃より話している。全体ミーティングでは職員から利用者の生活の質の向上のための提案が数多く出ており、運営に反映している。			◎	管理者は、勤務ローテーションに入って職員と一緒に取り組んでおり、日々の中や会議時に聴いている。
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。	○	管理者は前年度までの自己点検表の様式に基づき自己評価を行い、改善点の検討、具体的な解決方法について年度末にユニットリーダーや介護支援専門員と検討し、全職員に周知するとともに、実施を促している。				外部評価実施後には、外部評価結果や目標達成計画について報告した。家族には送付しているが、モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	○	全体ミーティングで課題を周知するとともに職員に社外の研修を受けさせたり、ケアプランの作成方法やサービスの提供方法を改善したりして評価における課題への取り組みを行ってきた。				
		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。	○	全体ミーティングで評価前に意義、目的を周知している。評価後は今後期待したいこととして指摘のあった点を職員に伝え、意見を聞き今後の取り組み内容を設定している。				
		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。	○	運営推進会議に地域包括支援センターや家族に参加をしていただき、評価内容や施設の取り組みを説明し、意見をいただいている。	○	×	△	
		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。	○	運営推進会議に地域包括支援センターや家族に参加をしていただき、評価内容や施設の取り組みを説明し、意見をいただいている。ユニットリーダーや介護支援専門員にも成果の確認を行っている。				
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)	○	火災、地震対応マニュアルを作成し職員や利用者者に周知、災害時対応訓練を実施している。				5月の運営推進会議時には、消防署職員を講師に招き、防災研修を実施した。事業所の防災訓練時には、近隣住民も参加して消火器の使い方を学んだ。11月に行われる久万高原町の防災訓練には参加する予定となっている。
		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。	○	日中と夜間を想定した避難訓練を実施している。				
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	○	代表者と施設管理者で定期的に点検を行っている。				
		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。	○	運営推進会議に消防署職員を講師に招き、自然災害や火災発生時の対応について地域住民と一緒に勉強会を実施した。	△	×	○	
		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)	○	運営推進会議に消防署職員を講師に招き、自然災害や火災発生時の対応について勉強会を実施した。また、消防署主催の地域での炊き出し訓練に職員が参加し職員に周知している。				

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
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)	○	中学生の総合的学習に協力し、認知症についての基本的な理解と認知症の方への接し方を教えた。ポスターやチラシで自治体主催の認知症セミナーの告知を近隣住民に行っている。				実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと  入居相談に来る人の相談を受けることはあるが、今後は地域のケア拠点としての取り組みに工夫してほしい。  ケアマネジャーは、地域の介護について話し合う「天空の円卓」という会合に参加し情報交換している。代表者は、久万高原町のふるさと創生課の地域活性化の取り組みに協働している。
		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。	○	入所申し込みや見学に来られた認知症の人の家族の相談支援を行っている。		x	△	
		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)	△	踊りや祭り、地域の学校の介護の学習の場としての受け入れを行っているが、サロンやカフェのような地域住民の集う場所にはなっていない。受け入れる体制はある。				
		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。	○	ここ数年研修等の実習の申し込み自体がないが、要望があればいつでも受け入れができる体制となっている。特に海外からの介護職員養成については2名の技能実習指導員がおり、受け入れ態勢ができています。				
		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)	○	運営推進会議に消防署職員を講師に招き、自然災害や火災発生時の対応について勉強会を実施した。また、利用者や職員及びその家族等の感染症の発生情報を町内の福祉施設や学校関係者に伝え、地域の感染拡大防止に努めている。				