

事業所の概要表

(平成30年6月1日現在)

事業所名	くま安心館グループホーム					
法人名	(有)たんぽぽ介護サービス					
所在地	上浮穴郡久万高原町久万540-3					
電話番号	0892-21-3255					
FAX番号	0892-21-3256					
HPアドレス	http:// kumaanshin@thulip. Ocn. Ne. Jp;					
開設年月日	平成 14 年 8 月 14 日					
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input checked="" type="checkbox"/> 平屋 ( ) 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	1 ユニット		利用定員数 9 人			
利用者人数	9 名 ( 男性 1 人 女性 8 人 )					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	2 名	要介護2	4 名
	要介護3	2 名	要介護4	0 名	要介護5	1 名
職員の勤続年数	1年未満	1 人	1~3年未満	3 人	3~5年未満	2 人
	5~10年未満	3 人	10年以上	2 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 6 人			
	その他 ( ヘルパー2級 2人 )					
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 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	うつのみや内科 久万高原町立病院					
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: 10 人 )					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	20,000 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	1,100 円	朝食:	250 円	昼食:	350 円
	おやつ:	円	夕食:	500 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) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
その他の費用	水道光熱費	20,000 円				
	理美容代	1,500 円	~実費			
	オムツ代	2,100 円	~実費			
		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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 3 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 民生委員	<input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣の住民	
	<input type="checkbox"/> 利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 法人外他事業所職員	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 消防署職員 保健師 )				

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

(評価項目の構成)

### I. その人らしい暮らしを支える

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

### II. 家族との支え合い

### III. 地域との支え合い

### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー

#### 【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

評価機関名	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6月21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)	8	(依頼数)	9
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	3873400216
事業所名	くま安心館グループホーム
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	西野 真美
自己評価作成日	平成30年 6月 1日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b>                  ・私たちは安心して安全な生活を提供します。                  ・私たちは利用者の立場になりその人らしさを大切にします。</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>                  ・推進会議へ家族の参加ができるようにと、昼食会をすることで、何名か出席をしていただけた。当施設では、食事が美味しいと利用者からの声があり実施しましたが、今年も取り組む予定です。                  ・利用者のもっている力を引き出すような資源を活かした介護計画については、利用者と職員の日常会話より、「家族には迷惑がかかるから墓参りや自宅に帰りたいと言えない」などの意向を聞き取り情報を家族へとつないでいる。利用者の思いを組みとり、資源として家族と連携することで利用者の意向を叶えることができるよう取り組んでいる。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b>                  年に1度の婦人会やPTA、子供達との交流も続けている。地区の清掃活動には職員が参加している。                  野菜は地元の契約農家が配達してくれている。職員は、食事前に献立を説明しており「山菜おこわのお米は畑野川産、カツオは高知産、玉ねぎやジャガイモは久万高原産です」などと紹介し、「お代わりもありますからね」と声かけていた。                  行方不明者対策について地域包括職員から提案があり、全利用者の顔写真や健康保険証のコピーなどの資料を作成し、運営推進会議で報告した。</p>
--	---	---

評価結果表

【実施状況の評価】

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

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
<b>I. その人らしい暮らしを支える</b>									
<b>(1) ケアマネジメント</b>									
1	思いや暮らし方の希望、意向の把握	a	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。	○	気兼ねすることがないような環境、利用者の居室など場所を選んで相談のよう心がけ手いる。相談ごとなど個人情報を出さないように信頼関係を作るよう心がけ希望や思いをくみ取るようにしている。	○		○	入居時に、本人、家族から入浴、排せつ、食事など暮らし方について聞き取り、課題分析表に記録している。その後は、介護認定更新時期に見直している。日々の中で聞き取った思いや意向は、管理日誌や個別の介護日誌に記入している。
		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。	○	重度で自分の思いを訴えることができない利用者には、声かけをこまめにし表情などで本人の思いを少しでもくみとるよう支援している。				
		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。	◎	面会に来られた時などを活用して本人、家族の思いを職員も同席して聞き取る機会をつくるようにしている。				
		d	本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。	○	日常会話や生活の中での情報は、個別に日誌に記入し、職員は必ず目を通すようにしている。				
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	◎	利用者が訴える言葉を傾聴してから、本人の思いを確認し行動するよう心がけている。				
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。	◎	入所されるまでの経緯は、家族や行政関係者より情報を得ている。又、面会時に近況報告をしながら情報を収集するようにしている。			◎	入居時に、本人、家族から生活歴や社会とのかかわり、こだわりなどを聞き取り、課題分析表に記録している。入居前に利用していた介護サービス事業所から情報提供がある。
		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。	○	職員同士で現状の体調を随時、観察しながらできることやできそうなことなど、知り得た情報を共有し日々変化する利用者の心身状態を把握するようにしている。				
		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。	○	日々、会話をする中で不安を訴えた時には、不安になっている理由、また職員が、どんな対応をしたか詳細に記録に残しているため把握できている。				
		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・職員のかかわり等)	○	不安になった際の個別に記録があり、利用者ごとに不安の要因は見当がついているが、決めつけはせず情報として把握している。				
		e	利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。	○	1人の時間を過ごしたい時があったり、話し相手が欲しい時があったりと個々に生活のリズム、流れが違い個別に把握し対応できている。				
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。	◎	月1回のミーティングで個別に情報を確認し、利用者1人1人により良い支援ができるよう検討している。			◎	月1回行うスタッフミーティング時に検討している。
		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。	◎	本人、家族の意向を聞き取り、担当職員と具体的な支援を検討している。				
		c	検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。	◎	利用者がより良く暮らせるように支援する具体的な内容を話し合い、支援の方法を明らかにしている。				
4	チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画	a	本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。	○	本人の思いや意向についてくみとり反映できている。				
		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。	○	本人、家族とともに協力的で面会時に話し合いはできており主に体調面での課題が多い。	○		◎	担当者会議で話し合い、計画を作成している。たとえば「お花の世話をこれまでのようにしたい」、「家が心配なので時々家にかえりたい」という意向に沿って、居室に花鉢を置いたり、帰宅支援を計画に採り入れている事例があった。
		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。	○	歌を歌うときは歌う。寝たいときには寝る。など本人の意向に合わせてながら、日々の過ごし方ができている。				
		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。	○	誕生日や行事に参加していただいたり、家族の協力で、美容院や友人と面会に外出ができています。				
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。	◎	スタッフミーティングで介護計画の確認をし、毎日のチェック表で、評価をするようにしながらとりにくんでいる。			◎	ケアプラン行動計画チェック表に具体的な支援内容を記入し、毎日チェックして共有している。
		b	介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。	◎	介護計画が実践できたかどうか確認しあいチェック表に記入し、日々の支援につなげている。			◎	ケアプラン行動計画チェック表に、毎日実践状況を○△などで記録している。毎月のスタッフミーティング時に、実践できなかった背景などについて検討し、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。	◎	卓上に生けた花を見て一句詠まれた句など、管理日誌、介護日誌に言動や支援した内容を個別に記録している。			△	日々の介護日誌や管理日誌に記録しているが、さらに、表情、しぐさ、エピソードなどについても記録に努めてほしい。
		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。	○	利用者の気づきについて、個別に介護日誌に記録できている。			○	管理日誌の気づき事項欄に記録している。毎月のミーティングでも出し合っている。

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
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。	◎	概ね変化がなければ6ヶ月ごとの見直しを行っている。利用者の状態に応じて期間変更も対応できている。			○	管理者(ケアマネジャー)が責任を持って管理している。
		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1回のミーティングで利用者を個別に話し合い現状確認を行っている。			◎	毎月のスタッフミーティング時に、全利用者の現状確認を行っている。
		c	本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。	◎	利用者が急変した場合など、随時家族に連絡をとり必要があれば主治医と連携し対応している。同時に介護計画に必要があれば変更し計画を作成している。			○	この1年では、終末期支援を開始する際、医師や家族と話し合い、新たに介護計画を作成した事例がある。
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	月1回のミーティングの他に随時、担当者会議を開催したり柔軟に対応している。			◎	月に1回、スタッフミーティングを行っている。緊急案件は、その日の勤務者で話し合い、担当者会議などに記録している。家族来訪時に、担当者会議を開く場合もある。
		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。	◎	会議は、夜間の時間帯に開催し、お茶を飲みながら輪になって意見を出しやすい雰囲気での話し合いができています。				
		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。	◎	夜勤者も参加できるように夜間の時間に開催し、全員が参加できる日を選択している。				
		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。	◎	ミーティングの内容は、急遽参加できなかった職員の引継ぎや再確認のツールとしてミーティングノートに記録を残している。			○	毎回ほぼ全員の職員が出席しているが、参加できなかった職員がいた場合は、管理者が口頭で会議録に目を通すよう伝えている。
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。	◎	月に1回のミーティングや情報別に掲示板、管理日誌を活用して情報を確実に伝達できている。			◎	管理日誌に、申し送り事項や家族からの伝言などを記録し、共有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、介護日誌、管理日誌に記入し全員の職員が周知できている。重要事項は、口頭でも伝えるようにし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。	◎	買い物の希望や洋服の整理を一緒にしてほしいなど、時間を調整して個々に柔軟に対応している。				
		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)	◎	外出する時には、声かけし本人の意向を聞いてのち外出するようにしている。また、地元の衣服店に旅館してもらい気に入った品を購入できる機会をつくっている。			◎	朝食時に主食をご飯にするかパンにするか選んだり、移動図書館で好きな書物を選んだりすることを支援している。季節ごとに来館する衣服店には、あらかじめ利用者の希望を伝えておき、当日、気に入った衣類を購入できるようにしている。
		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。	◎	入浴の気がのらない利用者には、無理強いせず本人の意向を優先し、下着の交換をするようにするなど、柔軟に対応している。				
		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)	◎	個人の希望の時間に合わせて、起床から就寝までの支援を個々に対応している。				
		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。	◎	主に過ごすりビングは、季節に応じて壁面の飾りつけをして旬の話題の一つになるよう環境をつくっている。			◎	午前中には、みなで体操をしたり、懐かしい歌をカラオケで歌ったり、午後には、職員の紙芝居を「面白かった、また読んでね」と楽しんでいる様子がみられた。
		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。	◎	時にはゼスチャーを交えたり、目を見て大きく口を開けゆっくり会話をしよう努めている。				◎
10	一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり	a	職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。	◎	人権擁護や終末期の看取りについて研修会に参加をしている。また、丁寧な言葉で会話をしよう努めている。	◎	○	◎	職員は「権利擁護研修」や「人間学を根拠とした認知症介護」など、外部研修を受講して学んでいる。「傾聴講座」では、利用者の言葉を受容、共感、理解することの大切さを学び、意識して支援している。
		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。	◎	排泄で失敗した際、自尊心を傷つけないような声かけをするよう配慮している。			◎	何か言いたそうな利用者のそばに寄り添い、優しく声かけしている場面がみられた。
		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。	◎	トイレ誘導時の声かけは、声のトーンを下げ本人に聞こえる程度にプライバシーなどに配慮している。				
		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。	◎	居室に入室する際、ノックし入室するよう心がけている。			○	管理者は、利用者に「見せてもらっていいですか」と許可を取っ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。	◎	個人情報の秘密厳守について職員全員で認識し、普段から個人情報を口外しないよう努めている。				
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者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。	◎	食事の下準備や洗濯物をたたむなど、やれることをしていただいて、その都度感謝の言葉を伝えるようにしている。				
		b	職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。	◎	入所者の中で男性一人ですが、お世話好きな利用者が、入所当初より孤立しないよう話をしてくださりすぐ馴染んで下さった例がある。				
		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おう場面をつくる等)。	◎	話が好きな利用者が、活躍できる場をつくっている。また、反対に静かな時間を過ごしたいと望む利用者は、職員が関わり個々に配慮している。			◎	新利用者の歓迎会を実施している。昼食時、利用者の一人が手を合わせて「おいしくご飯がいただけることに感謝して、お昼からも元気で過ごせますように」と挨拶してから、みなで「いただきます」と唱和していた。ご飯を残している利用者には、「ご飯、食べたらんよ、もつと食べよ」と声をかけ、それに対して「ありがとう」と互いを気遣う場面がみられた。
		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不安や支障を生じさせないようにしている。	◎	利用者同士のトラブルで不愉快を感じ、必要だと判断した場合、食事の共同机の席を上手く換え、利用者の不安を解消している。				

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。	◎	入所前の面会時に本人、家族よりなるべく詳細に聞き取りを行うよう心がけている。				/
		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。	○	本人と家族より入所前に情報を得る。日常の会話の中でも聞き取った情報は、職員で共有するようにしている。				
		c	知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。	○	友人の施設に面会に行ったり、墓参りに行くなど家族と協力して実行でき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。	◎	面会できる時間を固定せず、居室でお茶を一緒に飲みながら和やかに過ごせるよう配慮したり、気兼ねなく時間を気にせず、来館していただけるよう職員が笑顔で接するよう心がけている。				
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)	○	利用者から買い物や散歩など外出の希望があれば天候や健康状態をみながら、個別に対応するよう取り組んでいる。	○	△	○	計画を立てて、四季折々の花や自然を楽しんだり、道の駅や地域行事に出かけることを支援している。その様子は、運営推進会議で報告したり事業所便りに載せている。新聞のチラシを見て、買い物に出かけることもある。
		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。	○	職員のボランティアの協力で外食などに出かけている。地域、認知症サポーターの方と外出できるように働きかけはしている。				
		c	重度の利用者も戸外で気持ちよく過ごせるよう取り組んでいる。	△	くままち商店街で雛人形が展示される3月にリクライニング車椅子で職員と外出したり、気分が良い日には戸外に散歩できるよう取り組んでいる。			△	
		d	本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。	○	命日やお彼岸には、お墓参りに行きたい利用者には、家族と協力しながら外出できるよう支援している。				
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	◎	利用者一人ひとりの認知症周辺症状を職員全員で、把握している。原因である不安要因を利用者と一緒に考え、解決できるよう取り組んでいる。				食事の準備や洗濯物たたみなど、利用者のできることを行う場面をつくっている。歩行器で自由に移動する利用者が複数おり、職員はさりげなく見守っていた。屋食時には、各テーブルには小さめのやかんを置き、お茶のお代わりができるようにしていた。
		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。	○	午前中、バイタル測定後、職員も一緒に軽体操など歌を歌いながら楽しく行えるよう取り組んでいる。利用者も積極的に参加してくださっている。				
		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)	◎	食事の下ごしらえなどできる事を見守りのもと、してもらっている。また、トイレ内で立ち上がりやスポンジの上げ下げが見守りで行えるよう手すり付きの補助福祉用具を設置している。	○		○	
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。	○	歌がお好きな利用者は、一緒に童謡を歌ったり、調理ができる人には、牛蒡のささがきをしてもらったり個々に活躍できる機会をつくっている。				庭の草引きや居室の花の世話、読書、食事の下ごしらえなど、それぞれに役割や楽しみごとをつくり支援している。お気に入りの人形と並んでソファに座り、話しかけている利用者の様子がみられた。
		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。	◎	人形をわが子のように可愛がっている利用者には、一緒に職員も話しかけたり、洋服を着せ替えたりと、本人の喜びと一緒に共有するよう取り組んでいる。	◎	○	○	
		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。	△	毎年、敬老会や運動会に参加している。				
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。	◎	カットやカラーは、気に入った美容室に行かれる方、毎日、化粧やパックをする方など、個々に把握できている。				それぞれに似合う服を着て、お化粧をしている人もあり、髪や髭も清潔にしていた。
		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。	○	朝食はパン食派、ご飯派など個々に対応している。いつも持ち歩く物もポーチやリュックなど、本人の好みの物をお持ちいただくよう支援している。				
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。	○	利用者が決定できない場面があれば、第3者の家族や主治医の意見を聞いてから決定するなど、本人の意向に沿える努力をしている。				
		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。	◎	誕生会、クリスマス会など行事や季節ごとに服装の整理をしながら、どの洋服を着るのかなど相談にのっている。また、お似合いの洋服を着られた時には、店や購入の際のエピソードなど話題を傾聴している。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさ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)	◎	整容や汚れに気がついた時には、自尊心を傷つけるような言動をしないよう日頃から心がけている。	◎	○	◎	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	◎	入所前から行きつけの美容院にカラーやカットなど、本人が希望される時に行けるよう支援している。				
		g	重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。	◎	ご自分で整容するのが難しい方は、鏡を見ていただきながら、声かけし職員がしている。			◎	

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。	◎	利用者ができること(旬の食材の土筆のはかま取り、フキの皮むき、いたどりの皮むき)を職員と一緒に楽しみながら実施するよう取り組んでいる。				当日の調理担当職員が冷蔵庫の食材をみて調理している。 野菜は地元の契約農家が配達してくれている。昼食の山菜おこわに使用する牛蒡のさがきは利用者が行っていた。  なつかしく季節を感じさせる地元の食材を採り入れており、利用者に喜ばれている。 昼食の献立にカツオのたたきがあったが、生魚が苦手な利用者にはカツオを焼いて提供していた。  箸や湯呑、茶碗は自分のものを使用している。  職員は、利用者と同じものを食べながら、食がすすむよう声かけしたり会話をしたりしていた。  居間から、調理の音や匂いなど、様子がよく見える。職員は、食事前に献立を説明しており「山菜おこわのお米は畑野川産、カツオは高知産、玉ねぎやジャガイモは久万高原産です」と紹介し、「お代わりもありますからね」と声かけていた。  食事摂取量一覧表を点検し、残量の多い場合には、調理方法や献立などについてスタッフミーティング時に話し合っている。
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	○	一緒に買い物に行っていたり、食材の下処理など一緒にやっている。			○	
		c	利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。	○	できる家事を行っていたり、実施後には必ず「ありがとう」と伝えている。利用者は、満面の笑顔で答えて下さっている。				
		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。	◎	苦手な物は個々に把握できており、カレーが苦手な方には、シチューを また、刺身が苦手な方には焼き魚を個々に提供できている。				
		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。	◎	食材はできるだけ地産地消で、田舎ならではの料理や季節感のある食材(筍、フキ、いたどり等)を提供するよう取り組んでいる。			◎	
		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、おいしいよ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、いろいろや器の工夫等)	◎	体調や歯の状態を把握し、本人が食べやすいよう盛り付けたり、器も食事によって個々に対応している。				
		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。	◎	自宅で愛用していた物を使っていたり、自分の好みの物を用意していただいたり、食事が楽しめる一つになれるようにしている。			○	
		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。	○	自力摂取できるよう器や形を工夫しているが、手を伸ばして器を取れない利用者の介助をしたり、見守りを行っている。			◎	
		i	重度な状態であっても、調理の音や匂い、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。	◎	料理は毎食、職員の手作りなので調理の音や匂いなど、五感を刺激できている。		◎	◎	
		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。	◎	ご飯や副菜は、個々に合わせた量に調整している。水分摂取量が少ない利用者には、記録をとり摂取できるよう取り組んでいる。				
		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。	◎	水分摂取が少ない利用者には、お茶に甘みを加えたり工夫している。定期的に血液検査があり、医師と連携しながら食事摂取量が少ない利用者には、経口栄養剤を補充するなど対応している。				
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	◎	職員で献立のバランスがとれるよう配慮している。また、外部の業者の献立などを見て話し合い、より良い献立をたてるよう取り組んでいる。			○	
		m	食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。	◎	手洗い、食材を十分にしてから調理をしている。賞味期限、消費期限切れの品を使用しないよう徹底している。				
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。	◎	理解しており、毎食後に口腔ケアを実施している。				食事時の咀嚼の様子や歯磨き時の目視で状態を確認している。 気になる時には、舌の状態を管理日誌に記入する場合もある。  毎食後誘導などして、3名は自室の洗面台で、介助の必要な6名は居間の洗面台で口腔ケアを支援しており、記録にチェックしている。
		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。	○	食事時の咀嚼の観察や毎食後の口腔ケア後、口腔内を確認している。			○	
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	○	歯科医の往診時に日々の口腔ケアや、日常のケアを確認している。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	毎日、夕食後または就寝時に義歯を洗浄剤につけこむよう支援している。				
		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)	◎	最初は、利用者とうがい、歯磨きをしてもらいその後、口腔内の確認や仕上げ磨きなど実施できている。			◎	
		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。	◎	義歯の不具合が発覚した場合、早急に歯科医の往診で治療を受けることができるよう対応できている。				

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。	○	トイレに誘導することで、排泄の失敗が減少し本人の喜びにつながっている。自尊心を傷つけないような声かけなど配慮できている。				月に2~3回行うおむつの発注時に、必要性や適切性について見直し、口頭で話し合っている。
		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。	◎	便秘でお腹がはって食欲が落ちたり、緩下剤の服用の調整が難しかったり、看護師と相談しながら支援できている。				
		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)	○	個人の排泄を観察、記録し、緩下剤の調整を随時、調整できている。				
		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。	◎	排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行うが失敗してしまう利用者には、トイレ内に紙パンツを捨てられるようバケツを配置している。	◎		○	
		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。	○	夜間、トイレ回数が多くなるからと水分を控えずにベッド横へトイレを配置するなど、利用者と話し合いながら取り組んでいる。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	○	排泄パターンを把握し、時間を見計らいながら、トイレの誘導を実施できている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういった時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	◎	排泄の支援について、本人や家族と面会時などに話し合う機会をもつようになっている。				
		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。	◎	できるだけ布パンツを使用できるようトイレの声かけなどの支援を行い、個人の排尿回数や尿量に合わせて紙パンツ、パッドを使い分けている。				
		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)	◎	朝食時にヨーグルトをつけたり、軽体操や歩行練習をするなど取り組んでいる。				
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)。	○	1週間に2回から3回清潔保持の為入浴を勧めるが、無理強いせず本人の意向を尊重しながら対応できている。曜日や入浴時間を固定していない。	◎		○	午後に入浴を支援している。湯温や長さ、一番風呂など、希望に沿って支援している。お気に入りのシャンプーを使用する人もいる。
		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。	○	温泉気分で入浴できるよう入浴剤を入れて入浴することがある。				
		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。	○	入浴の浴槽のまたぎを できやすい補助台を個々に設置するなど対応できている。				
		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。	○	入浴にお誘いする際の声かけのタイミングや、気乗りする話題をしながらなど、無理強いはしないで足浴のみにするなど工夫している。				
		e	入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。	○	朝バイタルを測定、入浴前にも測定し、健康状態を確認後、入浴を実施している。入浴後は、水分をしっかり摂って頂いている。				
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。	○	個々の就寝時間に合わせて、希望があれば眠剤を服用する時間を調整し、服用後の観察、記録をしながら睡眠のパターンを把握できている。				現在2名の利用者が服薬しているが、医師と連携して状態に応じて減薬したり薬を変更したりしながら支援している。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	○	不眠を訴えられる際、日中の活動を利用者と一緒に振り返ったり、できるだけ不安を傾聴し、いつでも相談にのれるよう心がけている。				
		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。	◎	利用者の意向を大切に、日中の活動状況や睡眠時間の確認、また不安材料がないか等確認しながら服薬についても主治医と連携して支援している。			○	
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	◎	食事直後、30分程度は座位をとっていただきながら、基本、利用者の意向に沿うようにしている。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	◎	知人や家族に連絡をするため、電話、葉書、手紙を出すことができるよう個人の意向に沿うよう支援している。				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。	○	家族の面会の間隔があいた時や、本人が希望された時には、電話で話ができるよう支援している。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	携帯電話を個人で持たれている方もおられ、電話や充電が気兼ねなくできるよう支援している。				
		d	届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。	○	返信ができるように手紙や葉書を準備したり、郵送など音信がとぎれることがないように支援している。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	◎	認知症が重度の方でも、携帯を常時持っていることで精神的に安定し、不安なときに何度電話しても応対してくださっている。				

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	
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。	○	事業所でも支払いなどのため、お小遣いとして管理させていただいているが、外出時に自分で購入する楽しさを利用者が感じていることを理解している。				/	
		b	必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。	△	外出するのが疲れると言われることが多く、職員が誘ってお買い物に外出する機会は少ない。					
		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。	△	商店が徒歩で行く距離ではないため、利用者の買い物には、常に職員が同行しており利用者の不安がないよう取り組んでいる。					
		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。	△	個々に買い物の希望がある利用者には、家族と相談しながら支援できている。					
		e	お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。	○	お金の管理をされている方は、認知症などの周辺症状が進行するなど変化があれば、随時、健康状態や生活状況について話し合っている。					
		f	利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、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)。	○	金銭出納帳をつけており、家族に定期的に郵送をし報告できている。体調を崩した為、医療費が増加した時など随時、変化があれば連絡するようになっている。					
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。	○	終末期に入り、家族の仕事が終わってから遅い時間に面会もできるように面会時間の制限など決めつけず、柔軟に対応している。	◎		○	墓参りなど、利用者から希望があれば家族に伝え、協力を依頼している。年末年始を自宅で迎える利用者には、排泄用品などを用意して支援している。馴染みの美容院への送迎を行っている。	
<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、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	◎	施設の駐車場は、いつでも気軽に面会に来ることができるよう駐車スペースを確保しており、出入りがしやすいようにいつも綺麗にしている。	◎	○	○	玄関前は掃除が行き届き、事業所看板の足元には鉢植えを飾っている。駐車場は雑草を刈り、出入りしやすいようにしていた。	
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、家庭的な雰囲気や設備をそっくり再現していないか等。)	◎	お正月には締め飾り、3月には雛人形、5月にはこいのぼり等を玄関やリビングに展示し、季節感を感じることができるよう取り組んでいる。	◎	○	◎	玄関や廊下には絵画を掛け、居間には壁に咲いたひまわりの花を生けていた。天井が高く、大きな梁がめぐるされていた。利用者個々のB4サイズの似顔絵や行事の写真などを飾っていた。	
		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。	◎	利用者、館内の掃除、チェック表を記録しており、毎日清潔な環境で生活できるよう取り組んでいる。不快な匂いを感じる場合には、網戸にしたり消臭スプレーを使用したり、臨機応変に対応できている。	◎		◎	不快な臭いはなく、掃除が行き届き清潔感がある。職員の声は穏やかで、食事中はテレビを消していた。居間、廊下の天窓からは自然光が差し明るく、間接照明で調節している。	
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	季節を感じる桜やつつじ、紫陽花などの花を居室やリビングに飾り、心地良く穏かに過ごせる環境をつくるよう取り組んでいる。	○			○	アジサイやカタツムリのモビールを吊るしていた。居間には利用者で作成した季節の壁画を掲示していた。
		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。	○	テレビの前に皆で見られるようソファを配置し、食卓と雑談できる場を確保している。また、廊下にもソファを置きゆったりできる場所を確保している。	○				居間の窓からは中庭に植えたキュウリやゴーヤ、ハナミズキや金木犀などがよく見える。
		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。	○	居室内に個別にトイレが設置、また、浴室は施設の端に配置されており、使用する際は、扉を閉めるため、プライバシーは確保されている。	○				
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ので生活して、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	◎	個人の居室には自宅で使用していた家具を配置し、なるべく在宅に近い、寝室となるような環境を整えるよう取り組んでいる。	◎		○	居室には、トイレや洗面台、クローゼットが設置されている。テレビや加湿器などを置き、カレンダーや家族写真を貼っていた。花鉢を並べて世話する人もいる。	
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。	○	館内の居室全室にトイレが完備しており、個別で排泄ができる。トイレ内に手すりを据え置き、一人で立ち上がりができるよう配慮できている。	○		○	居室にはナースコールを設置している。転倒予防のため、アーム付き補助器具を設置しているトイレもある。居室が分からない利用者には、入り口に目録の高さに大きく名札を貼っていた。	
		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。	○	居室のクローゼットに大切な物を置いてある利用者は、鍵がかからないので、紐で縛りつけたりされる。居室入室時には、ノックはもちろん、声をかけて入室するなど細心の注意をはらっている。	○				
		c	利用者の活動意欲を醸成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)	△	居室には、日記帳や裁縫道具などを また、昼食時には、自由にお茶をお代わりできるように急須を置き、自宅と変わらない生活ができるよう取り組んでいる。	△				
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)	◎	全員理解できている。利用者が、外に出る場合があっても、そと職員が付き添い見守る。日中は、玄関、居室とも鍵をかけていない。	◎	◎	◎	日中は施錠していない。「虐待と不適切ケアの防止」について外部研修を受講した職員が研修内容を報告し、職員間で理解、共有した。玄関にはドアセンサーを設置している。	
		b	鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施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。	○	現在、施錠を望む家族はいない。将来、施錠をかけなければいけない場合は、自由の大切さをふまえた上で、安全確保について話し合っていく。	○				
		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済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、戸を開けるとメロディーが流れる。外出傾向の利用者は職員全員が周知しており、近所への協力もお願いしている。	○				
<b>(4) 健康を維持するための支援</b>										
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	○	利用者のアセスメント表、現病や毎月の居室療養管理指導書についても職員全員で確認している。				/	
		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。	◎	個別で介護日誌に記録、また重度化した場合には、看護記録も兼ねた記録用紙に変更。状態変化を詳細に記録し引継ぎを徹底するよう努めている。					
		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。	◎	利用者からの健康について相談があれば、看護師が聞き取り、必要があればファックスで状態を報告、往診に来ていただくなど、医療と連携して対応できている。					



項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	◎	入所時にかかりつけ医や既病の情報を把握し、本人、家族が安心して健康管理を行える医療機関を選択してもらっている。現在の体調を維持できるよう医療機関と連携して支援できている。	◎			
		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。	○	利用者の意向、体調を一番に考慮できている。適切な医療を受けられるように情報の伝達や共有ができています。				
		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。	○	定期往診が主であるが、異常があった場合の精密検査の有無、家族が同行するなど、必要に応じて本人と家族の意向を確認しながら情報を伝達、共有している。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	入院時には、アセスメント表を含め、入院先には治療が円滑に運ぶよう情報提供できている。				
		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。	○	入院先の相談員、家族と連携して治療方針、期間、退院のめどなど、面談や相談の機会を作り、退院後、本人が希望する生活に戻れるよう支援している。				
		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。	○	主治医の紹介での入院先が主である。町内の病院関係者には、協力医療機関契約を締結している。				
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。	○	日々、利用者の観察、気づきはよくできている。変化があった場合は、その都度、看護師等が相談を受け、往診や主治医に相談など対応できている。				
		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。	◎	利用者全員 かかりつけ医と24時間対応訪問診療契約締結済み。夜間でも、緊急対応できるようになっている。				
		c	利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。	◎	バイタルチェック、食事量、体重測定、排泄チェック、清潔保持、内服管理など個別に記録しており、異常があれば主治医に相談し、早期に対応できている。				
34	服薬支援	a	職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。	○	日頃より、処方箋に目を通し薬が変更になったときなど、引継ぎをしっかりと行い全員で理解するようにしている。				
		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。	◎	一包化できる物は一包化し、薬袋に名前、日付けを記入して飲み忘れや誤薬を防ぐよう取り組んでいる。				
		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。	◎	本人とのやりとりや、日常に変わったことがあれば小さな気づきでも職員どうして報告、連絡、相談するよう心がけている。				
		d	漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。	○	毎日摂取量やバイタル等、記入しているので、食事摂取量の減少や浮腫、意欲の低下など変化があれば、主治医に報告、連絡、相談をし、経過を家族にも情報提供できている。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	○	入居当初より 今後、急変し重度化した場合に入院をするのか、又延命治療を望むのかなど本人、家族と状態変化時ごとに話す機会を作り意向を確認するようにしている。				入居時に、看取り介護に関する指針を提示して説明し、意向を確認している。 この1年で2名が事業所で最期を迎え、本人、家族の「事業所で看取ってほしい」という意向に沿って支援した。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。	○	持病の治療方針、徐々に重度化していく症状など職員と本人、家族で情報を共有、記録し、主治医や協力医療機関の協力を得ながらインフォームドコンセントへつなげ信頼関係を築くよう努力している。	○	◎		
		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。	△	管理者としての任期が浅く、職員のとりまとめに苦慮している。職員が相談をしやすい環境づくりに努め、思いを把握し支援につなげられるよう努力している。				
		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。	○	家族と元気な時からコミュニケーションをとっており、面会時に利用者の心身の状態等の情報提供を行い理解をしてもらっている。				
		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。	△	看取り、終末期についての研修会に参加して職員の知識を身につけている。医療機関と協力してどのように最後をどこで迎えたいかなど今後の終末期に向けて個別に把握するよう取り組んでいる。				
		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)	○	日頃より信頼関係を築き、家族の気持ちに寄り添って共感、傾聴する。また、何でも相談でき情報提供できるよう取り組んでいる。				
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。	○	感染症などの標準予防策は、行っている。定期的に勉強会をミーティングなどで行っている。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	○	感染症及び発生予防蔓延の防止マニュアルを作成しており、流行時には、感染対策に関する勉強会も実施している。				
		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。	○	発生時期には、行政や町内の医療機関で注意喚起、情報提供をしてもらっている。				
		d	地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。	○	地域の医療機関で流行期間中は、手洗い、うがい、マスク、換気を徹底し外部の菌などの持ち込みを最小限にとどめるようにしている。				
		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。	○	出勤後すぐに職員は、手洗いを必ず徹底して行っている。インフルエンザ流行時には、玄関にマスクを置き来館者にも装着するよう協力してもらっている。				

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家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	○	家族と外出、病院受診に行くことができるよう調整し、また家族の都合が悪い時には事業所で対応できるよう家族と密に相談連携できている。				誕生日会やクリスマス会などの折には、家族に参加を呼びかけているが、参加は少ない。  4ヶ月に1回、事業所便りを発行し、行事や日頃の暮らしぶりを報告している。 2ヶ月ごとの金銭出納報告の際には、管理者が手紙で利用者個別に近況を伝え、写真も同封している。  事業所便りや来訪時に、行事や管理者交代、職員の退職を伝えている。 設備改修や機器の導入などの報告や運営推進会議の議事録の送付は行っていない。  来訪時には、近況報告を行い「お気づきの点はありませんか」と問いかけている。 事業所便りには「いつでもお顔を見にいらして下さい。お待ちしております。ご意見、ご相談ございましたらご連絡ください。」と掲載している。
		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)	○	家族や知人がいつ訪れてもいように、居室などの環境整備や湯茶の準備はできている。また、重度化した利用者の居室に家族が宿泊できるよう支援している。				
		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)	○	誕生会やクリスマス会など行事の案内を家族に電話で行い、参加できるよう取り組んでいる。	○		△	
		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)	◎	便りは年3回の他に利用者の金銭出納報告を2ヶ月に1回、その際に写真も添付している。また、日頃から電話で日常生活で変わったこと、気がついたことを報告して家族と密な関係が保てるよう心がけている。	◎		○	
		e	事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。	○	面会で感じたことや、利用者が家族に相談したことを率直に伝える関係づくりに努めている。ご飯の配膳量を多くしてほしいなど、本人から家族に相談があり対応している。				
		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)	○	家族でもキーパーソンと兄弟等の不仲関係など正確な情報を把握した上で、支援や情報の伝達を適切に行えるよう努めている。				
		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)	○	昨年の管理者交代や職員の退職など 家族の面会時や運営推進会議などで報告し、理解や協力を得るように努めた。	○		△	
		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)	×	家族会はなし。家族の面会が不定期で、家族の交流の機会がもてていない。食事会や行事に参加のご案内は随時、働きかけている。				
		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。	○	身体状況に応じ起こりうる要因に対して、リクライニング椅子の使用、トイレ内にアームを設置する前後など 本人、家族と話し合いを行い対応している。				
		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やっている。	◎	面会時はもちろん普段より面会が1ヶ月以上ない家族には、電話で近況報告をし、相談や意見を頂戴している。			◎	
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。	○	入所時に契約について、理解していただいている。また、不明な点など問い合わせがあれば随時、対応できている。				
		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。	○	利用者、家族が退去の決定をした場合、退去先などに必要な情報提供ができています。				
		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)	○	契約時に詳細な料金の説明、また料金改定時には、納得していただき同意を得ている。				
<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。	○	平成14年に設置された当初から、組付き合いをしており理解を得られている。		○		昨年は地区の敬老会に利用者3名が出席し、また、小学校の運動会には4名が参加した。 年に1度の婦人会やPTA、子供連との交流も続いている。 お話しボランティアを受け入れている。 地区の清掃活動には職員が参加している。
		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)	○	事業所は、自治会の行事に参加したり、また、運営推進会議に地域の方に参加していただいたり日頃より、良い関係づくりに努めている。		○	◎	
		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。	○	利用者や近所に散歩をする際に顔を覚えてもらったり、交流ができる関係づくりができつつある。				
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	○	採れたての野菜や、綺麗な花を差し入れしてくださる。				
		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。	○	近所に散歩など行くと、気軽に声をかけてくださる。日常的に立ち寄りやすい関係づくりに努めている。				
		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)	△	施設にボランティアで来館して下さる行事が多く、遠出は体調面などで難しいが、働きかけの努力はしている。				
		g	利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	○	利用者の自宅近所の付き合いを何年経っても大切に、とぎれる事がないよう支援している。				
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を深め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)。	○	運営推進会議に、地区担当の警察署職員も参加して下さって施設の状況など発信できている。行きつけの美容室も店長と協力し、終わった頃に迎えに行くなど協力を得られている。				

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。	◎	年6回の、運営推進会議に参加していただき意見を聞く機会となっている。	△		△	地域からは、民生委員や介護相談員、警察署員、テーマによっては消防署員、保健師が参加している。家族の参加回数は少ない。利用者は参加していない。	
		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。	○	利用者に対しての取り組み状況など報告をしている。			○	利用者の近況や行事報告を行っている。外部評価実施後、評価結果を報告したが、さらに、目標達成計画の内容と取り組み状況等についても報告を工夫してほしい。	
		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。	○	事業所からの報告より、意見や提案をいただいた場合など実行できる取り組みを実施するようにしている。また、状況や結果を次回に報告できている。			○	◎	災害時の避難誘導についてなど、意見や提案を取り入れ取り組みに活かしている。行方不明者対策について地域包括職員から提案があり、全利用者の顔写真や健康保険証のコピーなどの資料を作成し、運営推進会議で報告した。
		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。	◎	消防署職員、保健師の講話など参加メンバーをテーマにより工夫している。			◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	○	年6回の、運営推進会議の議事録、報告書を目につきやすい場所に掲示している。					
<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。	◎	事業所の理念をわかりやすい理念とし、その人らしく安心して安全に過ごしていただくよう努力している。					
		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。	○	利用者の入所当初に伝えているが、今回の評価前のアンケートなどで聴かれ伝えている。	○	×			
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。	○	ほぼ毎週管理者と面談し職員の様子を聞き取り、長期的な計画はあるとはいえないものの研修の機会があればできるだけ参加を勧めるようにしている。					
		b	管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。	○	県より、研修案内資料が届くので勤務年数や必要である研修に参加できるよう取り組んでいる。					
		c	代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	◎	各人の勤務状況や給与、労働時間は必ず毎月チェックし、無理な労働になっていないか検討している。人員不足の場合は新たな職員を採用している。					
		d	代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加)	○	外部研修の参加希望があれば、業務に支障の出ない限り出席を勧めている。また、日本認知症グループホーム協会に参加し、外部との交流を深めようとしている。					
			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。	○	毎週、仕事の内容や利用者に関わりの問題が起きていないか聞き取りをして、問題があれば改善をするようにしている。近隣に利用できる公園を借りたり、庭に花や野菜などを植え良い環境を作ることに取り組んでいる。	◎	○	○	◎	代表者は、毎週木曜日に来訪して、管理者や職員と個別に対話している。調査訪問日、来訪した代表者は毎週のキュウリの世話をしていた。年に数回、慰労会を行っている。
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。	◎	身体的、肉体的、心理的、その他の虐待について、防止、通報の義務など…研修に参加して、当事業所であたる事はないのか等、話し合い理解している。					
		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。	○	研修会に参加したり、月に1回のスタッフミーティングで話し合い確認している。					
		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。	◎	身体的、言葉の暴力など虐待にあたる行為や言動が発見された場合には、その場で指摘するもしくは、管理者が対処するようにする。また、場合によっては市町村に報告するようにする。				◎	職員は、不適切なケアを発見した場合は管理者に報告し、会議を開き話し合う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。	○	疲労防止のため連続勤務が続かないよう勤務を組み、私事の心配事を相談しやすい関係づくりに努めている。					
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。	○	身体拘束についてのアンケート回答時に 身体拘束にあたる行為の確認を行い、職員全員で話し合い理解している。					
		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。	○	身体拘束についての研修時の報告会をミーティングで行い、具体的に身体拘束になる状況を確認している。					
		c	家族等から拘束や施錠の要望があっても、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。	◎	日中、夜間以外玄関の施錠をせず事業所全体で身体拘束を行わない取り組みをしている。(ベッド欄と壁で四方を囲まないなど)家族より要望もない。					
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。	◎	権利擁護に関する制度について、職員は概ね理解できている。成年後見人制度を利用している利用者もいる。					
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	○	権利擁護について支援が必要な要望があれば情報提供できるよう支援体制を整えている。					
		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。	○	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等の連絡表などを整備しており、連携体制を整えている。					

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。	◎	事故発生対応マニュアルを作成しており、急変時の対応や緊急時の連絡簿もありスムーズに対応できるように備えている。				
		b	全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	◎	毎年、職員全員参加の救命講習を実施している。また、防災士の資格を取得するなど個人でも取り組んでいる。				
		c	事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。	○	事故報告書は、必ず記入し対策、再発防止に努めている。また、ヒヤリハットは管理日誌に記録し、職員全員で再発防止に取り組んでいる。				
		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。	◎	転倒の危険性が高い利用者に対して、環境整備や福祉用具の検討など事故防止に職員全員で取り組んでいる。				
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。	○	苦情のマニュアルを職員は理解している。適宜対応方法は、管理者に報告したのち検討している。				
		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。	○	市町などに相談、報告までの事実は今のところないが、苦情が寄せられた場合には、真摯に受け止め管理者、代表者により解決していく。				
		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。	○	利用者と家族に相談し方向性を確認後、経過や結果を伝え、話し合い良い関係づくりを行うよう心がけている。				
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)	◎	月に2回相談員を年間を通して受け入れており、利用者の意見や要望が伝えられるよう職員が席を外すなど配慮をしている。			○	介護相談員に、利用者から「月日がよくわからない」という相談があったことがきっかけで、職員が居間に大きく手書きで月日を書いて掲示していた。運営推進会議には出席していない。
		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)	◎	利用者、家族よりいつでも意見や要望を言いやすい関係づくりに努め、面会時やお便りなどでも事業所から発信するようにしている。	◎		△	運営推進会議に参加する家族は少なく、運営について意見などを伝える機会があまりない。
		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。	◎	小さいことでもなんでも気軽に要望を言えるよう日頃の面会時に情報提供できている。				
		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。	◎	毎週、木曜に事業所に来館し職員の意見や要望を伝える機会をつくっている。				
		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。	○	個人の提案を否定せず傾聴し、全員で考慮できる件については、ミーティングで議題にして考えるなど対応できている。			○	管理者は、職員と1対1になる機会を捉えて話を聞いている。職員の提案で、利用者が楽しく過ごせるよう、壁画や居室の模様替えなどに取り組んだ。
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。	○	毎月1回ミーティングなどで、利用者に対する取り組みや全体の反省点など話し合い取り組んでいる。				評価結果は運営推進会議で報告しているが、家族アンケート結果から家族の中には、運営推進会議及びサービス評価の結果や今後の取り組みについて知らない人もいることが分かる。モニターになっ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。	○	普段より意見を出し、課題を明らかにするよう心がけ職員の提案や課題を全員で評価し、意識を統一するようミーティングで話し合っている。				
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	○	評価を受けて、利用者の情報の共有が大切である事を実感した。達成をしやすい目標を設定し、職員全員で取り組んでいる。				
		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。	△	評価の結果を運営推進会議にて報告し、意見交換をしている。具体的に、取り組みを掲げ報告するよう取り組んでいる。	○	×	×	
		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。	○	課題について事業所の取り組みを運営推進会議などで定義して、次回の運営推進会議に現在の状況や、反省など報告するよう取り組んでいる。				
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、震災、風水害の防災計画を作成している。災害時に対応できるよう避難訓練時に確認している。				運営推進会議時に、災害時の地域の人の役割など、協力支援体制について話し合っている。避難訓練は、地域と合同で実施しており、地域住民も利用者の避難誘導にあたっている。
		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。	○	年2回、日中と夜間の設定で安全に避難できるよう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。	◎	消化設備、避難誘導灯の点検を定期的に行っている。また、災害時に対応できるよう非常用食料は三日程度備蓄しており、賞味期限などを定期的に確認できている。				
		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。	◎	組つきあいをしており、地域の清掃など日ごろより協力しやすい関係が築けている。夏には、クリーンデー終了後に合同避難訓練を行っている。		△	○	
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	○	夏には、自治会のクリーンデー終了後に合同避難訓練を実施し、地域の災害対策として取り組んでいる。今年度、町主催の大掛かりな災害時避難訓練にも実施する予定である。				

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
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)	○	運営推進会議に地域の方になるべく参加していただき、地元住民参加の避難訓練や救命講習など、事業所の活動情報を発信している。				<p>入居相談に来訪する人があり、見学や相談に応じているが、さらに今後は、地域のケア拠点としての取り組みに工夫してほしい。</p> <p>町主催の連絡協議会やケア会議には、管理者が参加している。 地域の介護施設を訪問し、オカリナ演奏のボランティア活動をしている職員がいる。</p>
		b	地域の高齢者や認知症の人、その家族等への相談支援を行っている。	○	電話での施設の空き情報の問い合わせや、予約なしでも見学に来られた際には、いつでも対応できている。		△	△	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	○	婦人会の踊りや幼稚園児の五神太鼓の発表の場として、事業所を開放して子供たちとの交流を図っている。				
		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。	△	ボランティア活動に参加している職員はいるが、人材育成などの実習の受け入れなどはできていない。				
		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)	○	町主催の三者連絡協議会(他事業所、医療、福祉)やケア会議(月1回)に参加しコミュニケーションを図り、地域のイベントなどに参加するように努めている。			○	