

事業所の概要表

(平成 29年 8月 22日現在)

事業所名	グループホーム ひめやまの里					
法人名	有限会社公昌会					
所在地	松山市山越3丁目6番15号					
電話番号	089-924-0655					
FAX番号	089-924-0130					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 18 年 3 月 1 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 ( 3 ) 階建て ( 2・3 ) 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	16 名 ( 男性 0 人 女性 16 人 )					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	2 名	要介護2	5 名
	要介護3	3 名	要介護4	3 名	要介護5	3 名
職員の勤続年数	1年未満	4 人	1~3年未満	7 人	3~5年未満	1 人
	5~10年未満	3 人	10年以上	5 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 2 人		介護福祉士 4 人			
	その他 ( 正看護師・准看護師・訪問介護員2級養成研修課程修了 )					
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	医療法人一朋会 増田病院					
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: 14 人 )					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	35,000 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	1,200 円 ( 朝食: 200 円 昼食: 400 円 )
	おやつ:	100 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	・ 共益費	15,000 円
	・	円
	・	円
	・	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: 6 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 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 <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!!!

—サービス向上への3ステップ—  
“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29年10月20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)	11	(依頼数)	18
地域アンケート	(回答数)	6		

※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	3870105636
事業所名	グループホームひめやまの里
(ユニット名)	2階ユニット
記入者(管理者)	
氏名	森 涼子
自己評価作成日	平成 29年 9月 1日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b>                  1. 基本的人権の保護                  私たちは、入居者様を個人として尊重し、プライバシーを守るよう努めます。                  2. 家庭的な生活                  私たちは、入居者様が安らぎを感じる事ができ、かつ安全に生活できるよう支援します。                  3. 生き甲斐のある生活                  私たちは、入居者様の自分らしさを尊重します。</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>                  ①職員の研修の機会が少ない                  職員が研修に参加できるようシフト調整を行い新規スタッフを優先して行くようにした。だが長期就職者も新たな知識、技術の習得の為に研修へ参加したいとの声もある。積極的な研修参加は職員の成長にも繋がる為今後更に計画していきたい。まだまだ不十分である。                  ②介護度が重度になった方の地域とのつながりが思うようにできていない                  重度の方は頻繁な体調不良、感染症の問題などから外出が困難な状態な時もある。その為民生委員の受け入れやボランティアの受け入れを行い一緒にホーム内で楽しむ時間を設けた。今後体調をみながら外部からの訪問などで繋がりをもちたい。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b>                  月1回の職員会議時には、管理者が、言葉遣いや利用者の尊敬について理念と照らし合わせながら話している。職員同士で「語尾に『ね』を付けるとやさしい印象になる」「トーンをもう少し下げるともっと良い」などと注意し合うこともある。                  手芸が好きな利用者には、事業所で針と糸を管理して安全に続けられるよう支援している。                  寝たきりの人には、毎朝、パジャマから洋服に更衣をして、髪は、ピン止めを使ったり、編み込みをするなど、利用者の希望を聞きながら支援している。</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
<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		<p>a 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。</p> <p>b 把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。</p> <p>c 職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。</p> <p>d 本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。</p> <p>e 職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。</p>	<p>○ 入居時には家族にホームでの生活意向や趣味等をお聞き事前調査表にまとめている。又日常生活の中で希望を聞くなど努めている。</p> <p>○ 本人にお聞きしたり家族に確認したり又生活状況からみて職員間の話し合いの中で検討し努めている。</p> <p>△ 友人、家族の面会が頻繁にある利用者の方の思いはその都度話し合う時間を設けるよう努めているも、全利用者には至っていない。</p> <p>○ 毎日の申し送り、そして入居者個別記録、職員間の記録に残している。</p> <p>○ 本人のその時の気持ちを大事に優先するよう努めている。</p>	◎			<p>○ センター方式の焦点情報(私ができること、私ができないことシート)を使って、情報を記録している。利用者の思いをまとめ、介護計画(1)に記入している。</p>
2	これまでの暮らしや現状の把握		<p>a 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。</p> <p>b 利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。</p> <p>c 本人がどのような場所や場面で安心して、不安になったり、不安定になつたりするかを把握している。</p> <p>d 不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)</p> <p>e 利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。</p>	<p>○ 入居前に本人、家族、本人をよく知る方からも聞き取り把握するよう努めている。</p> <p>○ できることは見守りの中ししていたい。又アセスメントシートを使用し職員全員が確認する機会を設けている。</p> <p>○ 不穏や不安定時はマンツーマンで居室で傾聴し、申し送りや記録に残し状況を職員間で共有し把握するよう努めている。</p> <p>○ 職員間で不安要因が何か？話し合う機会を設け把握に努めている。また時間をおいて対応することでの変化も見ている。</p> <p>○ 毎日の記録をしっかりと残りそれを見て職員は変化を把握するよう努めている。又申し送りで把握するよう努めている。</p>				<p>○ 入居時に、本人や家族から生活歴などを聞き取りし、事前調査票にまとめている。</p>
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人、家族・本人をよく知る関係者等を含む)		<p>a 把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。</p> <p>b 本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。</p> <p>c 検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。</p>	<p>○ 定期的な本人や家族とお話する時間を設けるよう努めている。</p> <p>△ アセスメント用紙の作成や毎日の申し送り、カンファレンスを通して必要な支援ができるよう努めている。</p> <p>△ 目の前の支援だけではなくその人らしく過ごす為に必要な課題を再度見出ししていきたい。</p>				<p>○ 月1回の職員会議時、利用者個々の担当者が中心になり、利用者の要望や支援方法などについて話し合いを行っている。</p>
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		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○ 毎回本人、家族の意向をお聞きそれが反映されるような計画内容になるよう努めている。</p> <p>○ 本人、家族の意向を聞き介護計画に取り入れて作成している。必要に応じて主治医、関わっている方にも意見をいただいている。</p> <p>○ 今までの過ごし方や心身の状態に合わせた内容となるよう努めている。</p> <p>× 家族からの協力は得られているも地域の方の協力体制が盛り込まれていない為検討必要。</p>	◎	◎	◎	<p>○ 医師と話し合った内容は、介護記録に残して介護計画に採り入れている。                  月1回の職員会議時、全利用者について検討しており、カンファレンス記録に内容を記入して介護計画に反映している。</p>
5	介護計画に基づいた日々の支援		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○ 作成している計画書は日々の介護記録の中にはさんでおり、いつでも直ぐに見られるようになっている。また計画にある実施した内容は記録に残し職員間で共有できるように努めている。</p> <p>○ 計画に沿ったケア実践は記録に残している。それを元に職員会議で話し合う機会を設け確認し支援に繋がるよう努めている。</p> <p>○ 個人の様子を毎日記録しているも、内容が単調すぎていることがある。センター方式の一部を使用し個別に記載もしている。</p> <p>△ 個別記録に残すようにはしているもまだ十分ではない。</p>				<p>○ 介護記録のファイルに、個々の介護計画書を綴じて共有している。</p> <p>○ 介護計画内容には、「#1」などの記号を振っており、介護記録には、その記号と支援内容を記入している。</p> <p>○ 介護記録に、利用者の言葉や様子、支援内容を記録している。</p> <p>○ 職員の気づきがあれば、介護記録に記入している。</p>

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。	○	3ヶ月に一度見直しを行っているが大きな変化があればその都度見直しをしている。			○	見直し期間を一覧にして、事務所の壁面のコルクボードに掲示し管理している。
		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。	○	月一回の職員会議で一人一人の現状確認を行っている。			○	月1回の職員会議時、利用者全員について状況を確認している。
		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。	○	変化が生じた場合は、本人、家族、関わっている方と話し合いながら新たに計画書を作成している。			○	状態が変化した時には緊急会議を行い、本人や家族、職員の意見を踏まえ、新たな計画を作成している。
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	○	月一回の職員会議で話し合いを行っている。又急を要することはその都度会議を開催し記録に残し全員が対応できるようにしている。			○	月1回の職員会議時の話し合いや必要に応じて緊急会議を行っている。
		b	会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。	○	全員が発言するようそれぞれの受け持ちの利用者の報告事、相談を他の職員の意見を求めている。				
		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。	○	月に一回の職員会議は全員対象である。選出、当直者は所々の話し合いにしか参加できないが翌月は出席できるようシフトを調整している。				
		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きみをついている。	○	記録を読むことで参加できなかった職員も理解できるようにしている。又直接管理者から伝えることもある。			○	職員全員が会議録を確認し、押印するしきみをついている。
8	確実な申し送り、情報伝達	a	職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしきみをついている。	○	勤務交代時の申し送りでは口頭で検討するなどしている。そして職員間での申し送りノートでも注意事項も含め見直し確認できるようになっている。			○	申し送りノートに記入して、サインや押印するしきみをついている。
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝えるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)	○	出勤時には必ず申し送りノート、日報、会議ノートに目を通し確認の意味で理解できればそれぞれ印鑑を押すようにしている。	◎			
<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。	○	毎朝のレクリエーションに取り入れている。トランプ、歌、カルタなどやりたいことを提供している。				
		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)	○	食べたい物アンケートをとりリクエストメニューを定期的に行っている。自己決定をすることが難しい方にはいくつかの中から選択してもらえような方法をとっている。			○	入浴後に、着替えは自分で決められるよう、準備のサポートをしている。
		c	利用者が思いや希望を表現するように働きかけたり、わかる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。	△	自立支援を第一に考え先ずは本人に聞き決定してもらっている。その中でじっくりと時間をかけること、ご本人の状態を把握することにも努めている。				
		d	職員側の決まみ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、食事、個別運動時間は可能な限り本人に合わせている。又排泄タイミングは様子を見て支援しているも入浴時間に関しては職員都合で13:30~15:30までの時間で支援している。				
		e	利用者の活き活きとした言動や表情(喜び・楽しみ・うらおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	利用者には積極的に声掛けをその人の過去の情報を基に話題を考え接している。時には職員と一緒に冗談を交えて楽しく過ごす時間も大切にしている。			○	午前中は、レクリエーションの時間を設け、利用者同士で楽しく過ごせるような場面をつくっている。数人の利用者がテーブルを囲み、11月の壁面飾りをつくって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支援している。	○	意思疎通が困難な方にも積極的に声掛けをし、表情、感情などを観察し変化の見られる方には職員と連携し支援している。				
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。	○	毎朝の申し送りで確認する時間を設けている。又職員会議でも気を付けるよう毎回徹底している。そしてその人らしさを尊重し支援している。	◎	◎	◎	月1回の職員会議時には、管理者が、言葉遣いや利用者の尊厳について理念と照らし合わせながら話している。職員同士で「語尾に『ね』を付けることやさいい印象になる」「トーンをもう少し下げるともっと良い」と注意し合うこともある。
		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。	○	特に排泄時は他者に聞こえないよう配慮している。他の支援に関しても大きな声で伝えたり、職員間で話したりしないよう注意している。			○	排泄介助について、「必ず同性介助して欲しい」と強く希望する人があり、夜間帯は、他ユニット職員間で連携して希望に沿えるよう支援している。
		c	職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。	○	トイレでは暖簾を活用したり、脱衣所では戸は閉める、正面からのケアをなるべく避けている。				トイレ誘導の際、利用者の耳元で声をかけている場面がみられた。
		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。	○	入室時には必ずノックをし、衣類を箆管に入れる時は声掛けをするなど要件を伝えるようにしている。			○	利用者不在、在室にもかかわらず、本人に「お部屋に入りますね」と声をかけ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。	○	就職時に説明し誓約書を交わしている。また外部には一切ホーム情報を持ち出さないと徹底している。				
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者に助けてもらったり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。	○	料理の仕方などを教わったり、できる家事と一緒に行動し感謝の気持ちを伝えながら互いに支え合う関係性を築いている。				
		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。	○	利用者同士で協力、助け合いながら一つの作品を仕上げることで一体感も生まれている。食欲のない方、居室から出て来られない方など声掛けてくれることもある。				
		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)	○	食事時間以外でリビングに全員が集う時間も設けている。食事後の後片付けなどできない方へのお世話を進んでできるような席の位置を工夫している。			○	耳が不自由な人と他利用者との間でコミュニケーションが難しいような場面があったが、職員がさりげなく仲に入り、橋渡しをしていた。昼食後、隣席の利用者のエプロンを外すことを手伝う人があり、職員は見守っていた。
		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。	○	トラブルが起きた際は他の方が驚いたり不安に思わないよう居室でゆっくり話を聞き気持ちを落ち着かせてもらう。そしてしりこりが残らないよう互いに話し合いもしている。				

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。	○	事前情報では把握しきれない部分もあるが、毎日の生活の中、面会等で来られた方との関わりを大事にしなが把握するよう努めている。				年何回か、外食や初詣、祭りなどで外出することはあるが、その日の希望に沿っての支援という点からは機会が少ない。
		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。	○	家族や知人からの情報などで把握するよう努めているも比較的近辺で生活されていた方が多く会話の中でホーム近所の話が出たりすることもあり馴染みの場所が把握しやすい環境でもある。				
		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。	○	面会者多く毎日のように来られている方もいる。美味ではなく義妹ですという方が久しぶりに来られ会話をしているがかけがえのない。本人、家族から情報を集め出かける機会を増やしたい。				
		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。	○	家族の面会は多い。特にお孫さんや子供の面会時は他利用者の方も嬉しそうにされ、和気語々とした雰囲気になっている。看取りに入った際は一緒に過ごせるよう対応している。				
13	日常的な外出支援	a	利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない) (※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む)	△	一部の方は家族の協力で散歩、買い物に頻繁に行かれている。他利用者は定期的な病院受診で外に出られ遠回りしホームに帰所したり近所のお庭を見せてもらうなど楽しんでいるが頻度は少ない。	△	○	△	外出する機会ほとんどない。重度の人についても戸外で気持ちよく過ごせるような機会作りを工夫してほしい。
		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。	×	地域、ボランティアの方の協力得ての外出機会は少ない。今後どのように協力を得て外出するか検討したい。				
		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。	×	お花見などで季節を感じていただくことはあるが普段はなかなかできていない。屋内にてベランダに続く大きなガラス戸から外の雰囲気を感じてもらおうことはあるも、工夫して外出機会を設けたい。			×	
		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。	△	家族と共に食事を楽しんでいる方もいる。施設ではお花見や近くの保育園訪問、カフェなどに行き楽しんでいただけるよう支援している。地域の方の協力を活かせるようにしたい。				
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひととき、取り除くケアを行っている。	○	認知症によっての行動は生活環境、前職等によって様々である。どのような話を喜ばれるか、どのような話が多いか職員間情報を持ち個々に工夫する為毎日の申し送り、月一回の職員会議にて利用者一人一人の問題点を話し合い色々な意見を聞きながら毎日のケアに繋げるよう努めている。				大根の千切りなど、野菜の下ごしらえや食器拭き、食後に食器重ねなど、個々のできることは行えるよう、職員は見守りをしながら支援していた。
		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。	○	できる事をなるべくしていただくようにしている。少しの介助で立ち上りられるようベッドの高さの調節、毎日家で行っていた家事をしていただく、毎日のリハビリ体操によって手足を動かしていただく等取り組んでいる。				
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	△	洗濯のため、食器拭き後の食器の並べ方にも違いがあることを感じながら利用者のペースで見守っている。		○	○	
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。	○	朝の体操、レクリエーション前に何をしたいのかお聞きし楽しんでもらえるレクリエーションを考えたり普段の生活の様子から把握するよう努めている。				食事前にテレビを消す人、食後にテーブルを拭く人など、それぞれに出番があり、職員は見守りサポートをしていた。手芸が好きな利用者には、事業所で針糸を管理して安全に続けられるよう支援している。
		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すように、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。	○	テーブル拭きや、食器洗い、洗濯物畳み、下膳などできる事はそれぞれ、又日によって違うこともあるが機会が持てるよう支援している。	◎	◎	◎	
		c	地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。	○	行事事で地域の方に参加していただき一緒にお弁当を食べたり、ゲームをするなど楽しむ時間が持てるよう支援している。				
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、自己表現の一つとらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。	○	利用者、家族のこだわりをお聞きし訪問美容を利用している。おしゃれを忘れず過ごしてもらえるよう支援している。又毎日お化粧をする方、洋服にこだわりのある方なども把握し継続して支援している。				食べこぼしを自分でティッシュを使い拭いている利用者の様子がみられた。職員は、その様子を見守り、時間を置いてからきれいに拭き取っていた。
		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。	○	利用者、家族と相談しながら散髪時期やその日の髪型、服装を選んでいる。				
		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。	○	自己決定が困難な方は家族の希望を聞き入れるよう支援している。また選択方式も取り入れている。				
		d	外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。	○	利用者の意見も聞きながら一緒に洋服を選んでいる。普段着よりもおしゃれをされ楽しめるよう支援している。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできたりさげなくカバーしている。(髻、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○	ストリートに伝えるのではなく優しく言葉かけをしながら伝えられる方にはご自分で直していただく。またさりげなく直すことで気付かれないこともある。	◎	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。	△	訪問美容を利用している。通い難れた美容院がある方は家族の協力で代わっている。				
		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。	○	家族と相談しながら好みの色の服装を着たり清潔感のある髪型を保てるよう支援している。スカーフが好きな方は職員が綺麗に巻くなどの支援もやっている。			◎	

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。	○	皆で食べる楽しみ、彩、盛り付け方、温かさに配慮し完食を目指し又誤嚥のないよう努めている。				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  足りない食材があれば、利用者と一緒に買い物に行ったり、野菜の下ごしらえなどを行うこともあるが機会は少ない。  入居時には、アレルギーについて必ず確認をしている。好き嫌いや、アレルギーの内容を利用者別にまとめたものを、台所の壁面に掲示している。最近では「栗ご飯が食べたい」とリクエストがありメニューに取り入れた。  湯飲みは自分専用のものを使用している。カレースプーンは、軽いが使いやすい人には、銀色コーティングしたプラスチックのスプーンを使用していた。  調査訪問日、職員も同じ食事を一緒に食べていたが、最近では、居室での食事介助者が増えたことから、職員と一緒に食べる機会は少ないようだ。  一日の大半を居室で過ごすような利用者には、食事前に、「もうすぐご飯ですよ」「今日のメニューは○ですよ」と声をかけている。  食事形態や自動具の使用について、必要に応じて職員間で話し合いを行うことはあるが、外部から決められたメニューの食材が届くため、バランスや調理方法などについて定期的な話し合いは行っていない。  食事前には必ず手洗い消毒をし、使用する調理用具は熱湯消毒している。また食材には火をよく通すよう指導している。	
		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。	△	外部から決められたメニュー食材が届く。その食材チェックや皮むき、下膳、台拭きなど利用者の出来る力に応じて一緒にやっている。			△		
		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。	△	利用者が全員女性ということもあり、強く役割を感じてキバキとこなす方もいらっしゃる。又その姿をみる事で私も！と気持ちが生まれてくる方もいる。					
		d	利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。	○	入居時に利用者、家族にお聞きしており表にしキッチンに貼って職員全員が把握できるようにしている。					
		e	献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。	○	年に数回リクエストメニューとして利用者に食べたい物を聞き、旬の食材を取り入れている。又昔よく食べた作り置きしていた食事を取り入れている。					○
		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、いんどりや器の工夫等)	○	利用者の咀嚼嚥下状態に合わせて食事形態を変えている。食器を持って食べれるよう陶器が重たい方にはプラスチックの軽い食器で対応している。食事はどの形態でも彩、美味しさを考え工夫している。					
		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。	○	馴染みの物を使用されている方もいる。今の利用者の状態に合わせて使いやすい物を家族、又は職員と選び使用している方もいる。					○
		h	職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。	△	重度の方の食事介助で精一杯で一緒に食卓を囲む機会は少ないが会話しながら必要なサポートをしている。					△
		i	重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。	○	食事前には必ず声掛けをし食事内容を伝えていく。又リビングからキッチンへ丸見えで食事内容を見てしまうという点でも感じられ楽しみな雰囲気は伺われる。	◎				○
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	○	毎回の食事量や水分の摂取量状態を記録と申し送りから把握できる。水分制限がある方は表を作成し得に注意をしている。一人一人の食事量、注意事項は一目で分かるよう表にしキッチンに貼っている。					
		k	食事量が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	○	食事時間をずらしたり、好物と一緒に食べてもらったりしている。又水分に関してはスポーツ飲料を常に置いており対応している。又ジュース氷も作るなど工夫している。					
		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。	○	カロリー計算や偏りのない食事レシピを栄養士に作っていただいております。それに沿って食事作りをしている。					△
		m	食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。	○	食事前には必ず手洗い消毒をし、使用する調理用具は熱湯消毒している。また食材には火をよく通すよう指導している。					
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。	○	会議の中で取り上げている。毎食後の口腔ケアは口の中に残造物がそのままになっていないよう気を付けている。義歯も磨き口腔内を綺麗にしてから再度装着している。				住診の歯科医院と連携し、定期的に口腔内をチェックできる体制がある。 さらに、職員が、利用者一人ひとりの口の中の健康状況を把握して共有できるような取り組みもすすめてみてはどうか。  毎食後、口腔ケアを支援している。調査訪問時は、「次は口をゆすぎましょうか」と次の動作を伝えながら、自分でできる部分は行えるよう支援していた。	
		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。	○	口腔ケアは必ず職員が介助、見守りを行っている。その際義歯の状態、歯茎の状態、舌の状態をしっかりと観察するよう心掛けている。			○		
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	△	訪問歯科利用で治療した方はその都度医師、歯科衛生士より指導を受けている。また歯科情報診療提供書を職員がいつでも見れるよう保管している。十分ではない方もいる。					
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	毎食後義歯を外し洗っている。また定期的に洗浄剤に浸けて清潔を保つよう心掛けている。					
		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)	○	まずは利用者ができる所まで行っていた後職員が仕上げ、口腔内の確認をしている。					○
		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。	○	異常があれば発見後直ぐに家族に報告し歯科受診又は訪問歯科を利用している。					

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
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。	○	できる限りトイレでの排泄ができるように支援し、通常の下着や失禁用パンツを使用している。その都度オムツについては話し合いをしている。				月1回の職員会議時に話し合っている。
		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。	○	看護師からの情報を共有している。				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	○	排泄チェック表を全員に設けており間隔があげば声掛けをしている。また排便状態も記録し把握に努めている。				
		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。	○	基本はトイレ誘導をしている。パットの大きさは常に検討し変化している。	◎			
		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。	○	水分摂取量や体操をするなどで改善に向けているもそれでも困難な場合は医師に相談している。又情報収集をしアセスメントしている。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	○	チェックリストの活用と検証をし把握に努めている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	△	利用者の排泄状態によって話し合いの場を設けている。又時間帯や行事などによってもオムツの種類を変えている。家族には報告になってしまっている。				
		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。	○	利用者一人一人の排泄状態を把握し職員間で話し合いパットの大きさ(吸収量)を決めている。時間帯によっても変えている。				
		i	飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)	○	乳製品や食物繊維を多めに摂取してもらう、腹部マッサージ、運動(歩行)水分摂取などを行っている。				
20	入浴を楽しむことができる支援	a	曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。(時間帯、長さ、回数、温度等)。	○	基本となる時間帯は決めているもその中で体調や気分を尊重し支援している。その方の好みの温度にも設定している。	◎			週3回、入浴できるように支援している。同性介助や石鹸の種類、ぬる目のお湯がいいなど、個々の希望に合わせて支援している。
		b	一人ひとりが、くつろいだ気分に入浴できるよう支援している。	○	マンツーマンで対応し普話やここでの生活話を楽しくしながら入浴している。				
		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。	○	ご自分でできる所はしていただきできない部分を職員が介助している。必ず見守りしている。				
		d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。	○	気分がのらない時は無理強いせず翌日にすることもできる。又時間をおいて再度声掛けすることで入られる方もいる。				
		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、体調の変化を確認している。また体調不良後の方に関しては医師の許可をもらってからの入浴になっている。				
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。	○	二時間に一回以上の巡回を行い記録に残している。				日中の活動量を増やしたり、声かけを多くするなどしている。薬を飲むタイミングなども医師と相談している。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	○	日中の過ごし方を検討し身体を動かすなどして活動的に過ごしてもらっている。				
		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。	○	日中はできるだけ活動的に過ごしていただき夜間睡眠を促すよう支援をしている。改善がみられない時は医師に相談している。				
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	○	体調を考え疲れた時や眠たい時は居室にて休んでもらえるよう取り組んでいる。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	△	家族から電話があった時はとりつぎ、利用者からの希望があれば職員が番号を確認し本人に代わるなどの支援をしている。				/
		b	本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。	△	手紙を書きたいと希望がある時は一緒に書いたり代筆したり、電話希望時は伝言したり、代わったりするなど支援している。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	電話をしたい時はユニット内の固定電話からいつでも好きな時に無料でかけてもいように伝えている。				
		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。	△	届いた手紙や葉書は本人に相談し電話で対応したり、家族に返信をしてもらうこともある。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力してもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	○	用事でホームから家族へ電話する時には本人に代わるようにしている。その際説明理解協力をお願いしている。				

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	
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。	○	外出や買い物時は利用者と話し合い必要最小限の金額をお渡ししたり、職員が管理したりしている。レジでの支払いも職員と一緒にやっている。				/	
		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。	○	日常的な買い物の機会は少ないも職員同行の時は欲しい物を自分で選んでもらって一緒にレジまで行き支払いをする。職員が代わりに購入することも多い。					
		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。	○	近隣のスーパーには挨拶をしてお礼理解を得ている。又利用者も行き慣れ安心感を持たれている。					
		d	「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」など一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	○	家族と相談の上基本的にはホームで管理しているもお金を持つことで安心される方は紛失することもあるということを理解してもらい少額持たれている。買い物などは職員が同行している。					
		e	お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。	○	ホームで管理しているお金については家族には説明している。購入するものがある時は家族に了解を得てから預かっているお金から支払っている。					
		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)。	○	個別の出納帳を作っており定期的に家族に確認していただいている。厳重に管理している。金銭管理承諾書の作成もしており同意を得ている。					
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	○	先ず本人、そして家族の希望を取り入れるが無理な場合は話し合いを行っている。	◎		○	家族来訪時に、一緒にお墓参りにいくことがあり、事業所で線香を保管しておき、希望時にいつでもお参りに行けるようにしている。	
<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。	○	玄関は施錠せずインターホンも設置しており近隣の方や家族が気兼ねなく入れるようにしている。	◎	◎	○	1Fの玄関は併設介護事業所と共有になっている。ユニットの入口は、掃除が行き届いている。	
		b	共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものか置いていない殺菌風な共用空間等、家庭的な雰囲気をつくっている)。	○	一日の大半を過ごされるリビングには壁面や利用者が制作される月ごとの作品を貼り季節の移り変わりを感ぜたいだけるような空間作りをしている。エアコンなどで温度や湿度にも注意し快適に過ごせるように努めている。テーブルや洗面所には花を飾ったようにしている。	◎	◎	○	手芸の得意な利用者が折り紙で作ったくす玉を各居室の入口に飾っていた。 居間のテーブルの上や洗面台に、花を活けていた。	
26	居心地の良い共用空間づくり	a	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	○	毎日掃除をしている。また消臭剤を使用したり、定期的に窓を開け空気を入れ替える時間を設けている。				○	窓からの採光があり明るい。 気になる音や臭いはなく、昼食前にはカレーのできる匂いがしていた。 掃除も行き届いている。
		b	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。	○	月の数日は季節の壁画作成をしている。作っている最中にも季節を感じていただいたり出来上がった作品を飾る事で何時でも眺められる。又花を育てるなどもしている。				△	利用者が折り紙で作成した、芋ほりの壁画を飾っていたが、さらに、五感に働きかける様々な刺激を生活の中に採り入れる取り組みに工夫してほしい。
		c	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。	○	気の合う同士が隣同士の席でお話したり、ソファでテレビを見ながらお話したり、居室にも自由に帰れるなど一人で過ごせるようになっていく。					
		d	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫をしている。	○	必ず扉は閉めるも出入り時には暖簾を活用し見守りとプライバシーの保護両立をしている。					
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。	○	ホームでベッドとチェストは用意している。他は自宅で使用されていた使い慣れた物を持参していただいている。家族さんが花や人形、家族写真等を持って来られ、それぞれ居室は個々の生活にあった場所となっている。	◎		○	化粧台や鏡を持ち込んでいる利用者があり、起床時の身だしなみを職員と一緒に支援している。	
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。	○	エレベーターや車庫には手すりや設置されている。ホーム内は段差もなく安全に過ごせる。居室のベッドも高さが利用者により合わせられるようになっていく。居室の入り口には目録に合わせた高さで名前を大きく貼ったり、トイレも大きく表示したり、できるだけ自立できるように工夫している。				○	名前がよく似ている利用者があり、居室の場所間違いがあったが、本人や家族の了承を得て、居室表札の下に、本人の写真を貼り、迷うことがなくなった。
		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最小にする工夫をしている。	○	個人の物品には必ず名前を記入し間違い、勘違いが発生しないようにしている。					
		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)	△	怪我に繋がる恐れのある物は置いていないが雑誌や新聞はすぐに見れるようにしている。					
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)	○	日中は無施錠にしている。夜間は防犯上施錠している。	◎	◎	○	併設する介護事業所と共有の1階玄関と、ユニット入口は施錠していない。 身体拘束に関する研修などは、最近では実施していないが、この一年では、職員会議時に、利用者の事例を通して、鍵をかけることへの弊害に関係する話をしたことはあるようだ。	
		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。	△	施錠については安全を優先される家族がほとんどである。も理解はほとんどの家族がしてくれている。					
		c	利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくても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)。	△	施錠はしておらず自由に出入りができる。家族の了承を得て一人で出て行かれる方の情報を地域の方に渡している。					
<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。	△	入居時の調査票を見て病歴、留意事項は全員が把握している。				/	
		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見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。	○	日頃からコミュニケーションをとり小さな変化にも気づけるよう努めている。又変化があった事は記録に必ず残すようになっている。					
		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。	○	母体が病院という事もありいつでもPHSで相談できるようになっている。普段からの健康管理も行いアドバイスもいただいている。					



項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	○	入居時にかかりつけ医を決めて継続して受診・治療を受けられるよう支援している。又専門医療が必要な場合は家族の意向も聞きながら速やかに受診できるよう情報提供もしている。	◎			
		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。	○	希望に副ってかかりつけ医を選択し受診継続ができるよう相談・情報交換を行っている。				
		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。	○	家族にも協力していただき定期的に通院できるように支援している。訪問診療もしており、受診の様子などを記録し家族に報告している。状態変化があった場合は直ちに電話報告をしている。				
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。	○	入院時は必ず職員が付き添う。ホームでの本人の普段の様子をサマリーに記載し情報提供を行っている。記載しきれない時は直接入院時にお話している。				
		b	安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。	○	入院治療の経過や様子を病院関係者や家族に確認している。面会に行った際にも情報交換に努めている。				
		c	利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。	◎	かかりつけ病院へ受診時に日頃の様子や困っていることなど情報交換し何でも相談できる関係づくりに努めている。				
33	看護職との連携、協働	a	介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。	○	気づいたことは直ぐに報告・記録に残し指示を受けている。又主治医にも相談している。				
		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。	◎	協力医療機関が近隣にあるので24時間いつでも相談できるようになっている。院内電話も設置されている。ホーム看護師とも24時間連絡できるようにしている。				
		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。	◎	1回/年の健康診断を行っている。いつもと違う様子などがあれば直ぐに看護師や医師に報告し受診できるようにしている。				
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。	○	各自の薬ボックスに最新の薬情報などを置いており常に確認できるようにしているが、全部を理解できてはいない。				
		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。	○	薬チェック表を見て間違えないよう準備している。日付け・名前・朝・昼・夕、2人で声出し確認し飲み込むまで必ず見る。空袋も確認する。飲ませた方がチェックを行い、責任を持って行うように支援している。				
		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。	○	不穏が続いている時は適宜医師に相談している。新しく処方されたら細かく記録に残し再度医師と相談確認している。				
		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。	△	定期的に病院受診しているが内服に関しその都度医師に経過報告を行っている。今後細かく記録していきたい。				
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。	○	看取りや重度化したときのアンケートを入居時にとっている。重度化した場合や終末期になった時にはもう一度家族と話し合うようにしている。医師・看護師・ホーム職員で症状の変化の度に協議を重ねている。				入居時に、本人・家族から看取りについてアンケートをとり、確認している。終末期に入ると、再度、希望を確認して、情報を職員間や医師などと共有している。状態変化時には、医師から詳しい説明がある。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。	○	重度化、終末期の状態になった時には医師・家族・ホームの三者だけではなく利用者に関わる全ての方と情報を共有している。	◎	◎		
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	経験年数や資格によって介護者としてできる事をあらかじめ話し合っている。				
		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。	○	重度化したり終末期をむかえた時に医療行為についてホームでの対応説明を行い理解を得ている。				
		e	重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。	○	訪問診療・往診など医師、かかりつけ医療関係者、家族と連携し状態の把握に努めて急変時に対応できるように努めている。				
		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)	○	医師の往診や受診の報告を細かく行い、その都度家族の希望や気持ちを聞き、困っていることや不安はないか相談できる関係づくりに努めている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。	△	感染症対策マニュアルがある。流行する前後に職員会議などで具体的に予防策や対応について周知している。定期的には行っていないので今後勉強会を予定したい。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万一、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。	○	ノロウイルスやインフルエンザなどは具体的に予防・対応の決まりがある。感染の拡大を防ぐよう日頃から注意している。				
		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。	△	新聞や行政からのメールなどインターネットなどで最新の情報を常に入手している。				
		d	地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。	○	隣接するかかりつけ医療機関の外来の感染症受診情報などで随時対応している。				
		e	職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。	○	常に手洗いやうがいを行っている。家族や来訪者にも面会時は手洗をお願いしている。手指消毒薬の設置もしている。				

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。	○	職員と家族とのコミュニケーションを持ち色々話し合っている。季節ごとの行事参加の声かけしたり、ホーム内で何か変わった事、伝えておくべき事ができた場合には、家族へ報告、連絡を詳しく伝える事に努めている。				毎月、行事計画書を送付している。誕生日会などは、家族の都合を聞き日程調整することもある。  2ヶ月に1回、利用者の普段の様子や行事などの写真を載せた、ひめやま新聞を発行している。家族からは「字が大きくてわかりやすい」「楽しみにしている」などという感想があるようだ。
		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。(茶や甘い雰囲気、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)	○	面会時には一緒にお茶を飲んで過ごしていただき、居室では静かな雰囲気でも過ごせるようにセティングしている。				
		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)	○	毎月家族に行事計画書を配布し、自由に参加していただけるようにしている。又契約時にも行事参加について説明している。	◎		○	
		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)	○	2ヶ月に1回ひめやま新聞を配布している。日頃参加した行事の写真も各利用者別に配布し個人の写真入れに保管している。又手紙で近況報告もしている。		◎	○	
		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内容を把握して報告を行っている。	○	面会時には家族へ日頃の様子をお話し家族からの質問にも適宜答えられる関係づくりをしている。				
		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)	○	本人の状態を説明する際は詳しく行い家族が状態を理解できるように努めている。				
		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)	△	施設行事や改修・修理など大きな事は口頭で説明している。職員の異動・退職に関しての報告は積極的には行っていない。	△		△	
		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)	△	ホーム行事への参加や面会時などで交流が図れるよう職員が間に入り取り持つも家族会は行っていない。				
		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したい対応策を話し合っている。	○	急変、事故に関して起こり得るリスクを説明している。転倒・転落・怪我につながることに家族と協議した上で居室の環境や対応を利用者毎で変えて対策している。				
		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。	○	訪室時には必ず声をかけている。また定期的なケアプラン作成時には家族にも希望や意見を聞く機会を設けている。			○	
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。	○	契約を結んだり、解約をする際は内容を十分に時間をかけ説明し理解・納得を図っている。契約後一部をお渡しし、不明な点がある場合は再度説明し、納得していただいている。改定の際は家族に来て頂き口頭説明し同意書をとっている。				運営上の事柄を報告する機会は少ない。家族から、「新しい職員の名前が分からない」との意見があり、最近では新人職員は、家族来訪時に紹介するようにしている。
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	○	家族の事情や病氣療養が必要になった場合など理由は様々だが適切な施設への転居を検討し、家族・ホーム・転居先施設と話し合いを重ねた上で支援している。				
		c	契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を具体的に説明し、同意を得ている。(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)	○	ホームの料金改定は無いが介護報酬改定に伴い家族へ文書での説明を行い同意を得ている。				
<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。	○	設立時に内覧会で地域の方に説明する機会を設け現在は運営推進会議に参加していただき理解を図るよう努めている。		◎		町内会としての付き合いはないが、地域の保育園や近隣住民とは、あいさつしたり、世間話をして交流している。地域とのつながりを広げていこうな取り組みの工夫を重ねてほしい。
		b	事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)	△	散歩時や病院受診時、買い物などで施設の外へ出られた時には挨拶や井戸端会議のように世間話をすることもある。町内会へは参加できていない。		○	△	
		c	利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。	○	地域の方に利用者も顔なじみになっていただき、何かあれば駆けつけるとい声をかけてもらっている。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	×	外では声をかけてはいたが、気軽にホームに立ち寄るまでには至っていない。				
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りてもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	△	気軽に声を掛け合うことはある。				
		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)	○	顔なじみの利用者が居り常に声をかけてもらっている。利用者家族と繋がりがある方もいて行事などでは情報交換されている。				
		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。	○	近隣スーパーで好きなものを購入したり、ホームのお便りを一緒に配布するなどされる。地域的美容院の方の訪問を楽しみにされおしゃべりすることで気持ちのハリに繋がっている。				
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。	○	近隣スーパーでの買い物、外食やドーナツ店でのおやつタイム、地域的美容院の方によるカット等、日頃から見守りしていただいている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと		
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。	○	地域の方、利用者家族など毎回案内文を送付し参加を募っている。	◎		○	地域住民と利用者、少数の家族の参加がある。		
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	△	毎回ホームの状況報告を行っているが自己評価・外部評価の内容については簡単にしか報告できていない。			△	外部評価の予定や実施したことなど簡単な報告は行っているが、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などについての報告は行っていない。		
		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。	○	会議の中で質疑応答時間があり話し合う時間がある。			◎	×	参加者からは、質問や意見はほとんど出していない。参加者が意見や提案を出せるよう会議を工夫してほしい。	
		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。	○	会議日程についてあらかじめ話し合い毎回工夫している。			◎			
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	○	いつでも閲覧できるようにホーム内にファイリングして設置している。						
IV.より良い支援を行うための運営体制											
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。	○	尊厳の保持・自立の支援・自己実現(基本的な権利の保護・家庭的な生活・生きがいのある生活)の理念のもと介護している。事業所理念が皆が見える所に掲示し、職員も理念について理解し毎日の介護につなげよう努力している。						
		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。	△	入居契約時に家族には説明している。利用者・地域の方にも常に見える所に掲示し伝えている。		○	○			
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。	○	研修の情報を提供し参加費は会社負担。なるべく多くの職員が受講できるよう、シフト調整も行っている。研修後は報告書を提出してもらい、他の職員がいつでも見られるようになっている。						
		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。	△	本人の希望を聞き、資格の習得に向けて必要な研修や勤務体制にしている。						
		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。	○	運営者は職員と話す機会を設け業務や悩みを把握している。公平な形で職員を判断して給与・賞与の支給をしている。個々の労働条件に合わせて希望を聞きながら勤務表作成や配置をしている。又健康診断を実施し体調管理には十分な注意を払っている。						
		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)	△	同業者と交流する機会は個人的には行っているが事業所としては密にできていない。						
		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。	○	ビアガーデン、忘年会など職員の仕事を通して普段話せない事や悩み事など聞く時間を設けたり、いつでも相談できる環境づくりに努めている。			◎		◎	年に数回、職員全員を対象とした食事会などがある。
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。	○	虐待が見逃される事のないように注意を払い、防止に努めている。身体的虐待だけでなく言葉の虐待についても会議で話し合っている。						
		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。	○	毎日の申し送り時や職員会議・昼休みなどに疑問や問題点などを話し合う機会がある。						
		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。	○	職員同士でケアが適切に行われているか注意を払い発見時は管理者に報告・注意している。					△	職員会議時に、実際の例を挙げて、管理者が職員に不適切なケアについて話すことがある。
		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。	○	職員の勤務状態や声のトーンなど体調の変化はないか注意している。体調不良者は直ぐに病院受診を促している。						
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。	○	具体的に例をあげて職員会議などで説明・理解できるように努めている。またマニュアルを何時でも見られるところに置いてある。						
		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。	○	具体的に利用者を挙げ職員会議や申し送りなどで検討している。						
		c	家族等から拘束や錠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。	○	家族にも協力・理解を得られるように説明している。						
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。	△	現在成年後見制度を利用している方はいない。制度が理解できていない職員もいるため、研修に行く予定になっている。						
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	△	入居者や家族の事情を考慮し必要な方にはパンフレットなど提供できるようにしているが、現在該当者はいない。						
		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。	△	支援が必要な方があれば直ぐに連絡・調整できるよう手配し継続して支援できるようにしている。						

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
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。	○	緊急時マニュアルを作成し連絡方法など見えるところに掲載している。又職員会議でも対応できるよう説明している。				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	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。	△	ホーム看護師へ直ぐに連絡し対応してもらっている。職員全員が訓練を定期的には行っていないので今後は勉強会などの開催を行ってきたい。					
		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。	○	事故発生後直ぐに報告書やヒヤリハットの報告書類を提出し職員会議などで報告・検討し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。	○	利用者の生命に関わることや病状の進行に伴い身体機能低下などが見られる場合、細かく記録に残し安全に安心して生活できるように努めている。					
47	苦情への迅速な対応と改善の取り組み	a	苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。	○	苦情対応のマニュアルを作成し、何かあれば管理者・ホーム長が連絡・対応している。				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。	○	苦情が寄せられた場合は管理者・ホーム長に連絡し対応している。公共機関に相談・報告したケースは今のところない。					
		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。	○	苦情に関し速やかに検討・対策しホーム内の掲示板などに経過や結果をお知らせしている。					
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づけている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)	△	日頃の会話のなかで意見や要望を聞き取るようにしている。			×	日々の中で「入浴介助のケア方法を職員間で統一して欲しい」という要望は聞いているが、運営に関する要望や苦情はあまりない。事業所としても、特に機会はない。	
		b	家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつづけている。(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)	○	契約時に苦情窓口、苦情箱設置、ホーム以外への苦情相談窓口の連絡先を説明している。又ホーム訪問時に個別に聞き取るようにしている。	○		△		運営推進会議に参加する家族は機会があるが、その他の家族は機会がない。
		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。	×	契約時以外では適宜行うことはない。					
		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づけている。	○	何でも相談できる関係づくりに努めている。ホーム内のことはすべて報告し直接意見・要望・提案を聞いてもらっている。					
		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。	○	各利用者に担当があり、1回/月の職員会議などで意見交換を行い、利用者一人ひとりの今の状態や希望なども職員全員で検討・支援できるようにしている。			○		職員は管理者に意見や提案を出しており、必要に応じて申し送りや職員会議で相談している。
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。	△	サービス評価の意義や目的について理解を得られるよう説明している。評価だけではなく日々の介護の見直しのきっかけになるようにしたい。				運営推進会議では、外部評価を実施したことを報告している。モニターを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。	△	評価をきっかけに、各自の介護への取り組み方や改善点を見つけより良い介護に繋げたい。					
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	△	評価結果を踏まえて確実に達成できることから目標を設定するよう努めている。					
		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(市役所・地域包括支援センター・家族・地域の方が参加)などで評価結果や改善計画など報告・意見交換し改善につなげている。	○	○	×		
		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。	△	運営推進会議で報告は行っている。取り組みの成果の確認を会議でしているも継続して行っていない。					
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)	△	マニュアルを作成し全職員が徹底できるようにしている。				運営推進会議時に消防訓練を行い、会議メンバーには見学をしてもらった。	
		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。	○	各職員の緊急連絡網の確認、1回/年は消防署職員と訓練を行っている。夜間想定を主にしている。					
		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。	○	消火器の設置やスプリンクラーなど消防設備は整っている。定期的な点検もできている。非常食の備蓄はしていない。					
		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。	○	1回/年、消防署の職員にも来ていただき消防訓練をしている。その際地域の方も参加していただき協力していただけているようにしている。	○	◎	○		
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	×	地域の防災訓練には参加できていない。					

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
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)	△	運営推進会議などでホーム利用者と一緒にリハビリ体操や顔面・口腔体操などを体験し身近なことから情報を提供しているが啓発活動などはできていない。				近所の人との交流はあるが、相談支援を行うような取り組みは行っていない。 運営推進会議時や、近所の人の訪問があれば、「何かあればいつでも相談してください」と伝えている。
		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。	○	いつでも相談できるよう日頃から「挨拶」など近所付き合いができるようにしている。		○	×	
		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)	○	運営推進会議、ホーム行事などに参加していただきおしゃべりできる場を提供している。				
		d	介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。	△	介護人材やボランティア・研修事業の実習の受け入れは随時行っている。				
		e	市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)	×	地域公民館活動には参加できていない。今後地域活動を協働していけるよう検討していきたい。			×	