

事業所の概要表

(平成 30年 9月 27日現在)

事業所名	ぐるうぷほーむ 砥辺					
法人名	有限会社 おきた建築					
所在地	愛媛県伊予郡砥部町原町260					
電話番号	089-962-3464					
FAX番号	089-962-3464					
HPアドレス	なし					
開設年月日	平成 17 年 5 月 1 日					
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 2 ) 階建て ( 1~2 ) 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	8 名 ( 男性 2 人 女性 6 人 )					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	1 名	要介護2	2 名
	要介護3	2 名	要介護4	2 名	要介護5	1 名
職員の勤続年数	1年未満	2 人	1~3年未満	2 人	3~5年未満	1 人
	5~10年未満	5 人	10年以上	2 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 ( 看護師、保健師、社会福祉士、ヘルパー2級 )					
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	砥部病院					
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: 1 人 )					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	15,000 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:	円	昼食:	円
	おやつ:	円	夕食:	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	11,000 円				
	共益費	3,000 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 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!!!

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10月18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)	7	(依頼数)	9
地域アンケート	(回答数)	5		

※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	3873500775
事業所名	ぐるうぷほーむ 砥辺
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	渡部 優子
自己評価作成日	平成30年9月27日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b>                  私たちは、住み慣れた地域の中で家庭的な雰囲気のもと、その人らしさを大切に、穏やかに安心して暮らしが継続できるようご家族とともに支援します。</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毎日の生活の中で利用者様1人1人の思いの持続が出来る為にケアプラン通りの支援ができるように日々の具体的なケアに努める(※昨年は5名の利用者様が入れ替わり、日々の統一したケアが難しい部分があった。)今年度は利用者様とも積極的にコミュニケーションをとり思いを模索したり、家族様からの情報を参考にしたり協力をしていただくことでケアプランを作成することができた。職員の入れ替わり等もあったが、意識高いケアプランに即したケアが少しずつではあるができて来ている。ただ、利用者様の状態に変化があったりして、ケアの内容が変更になる利用者も多かったためその都度変更しながらの対応で難しい部分もあった。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b>                  民家改修型事業所で、利用者の世代に馴染みのある造りや雰囲気がある。共用空間は3部屋の続き間で、各部屋にテーブルを設置しており、数人ずつで過ごしていた。生活用品や業務品などが多いが、棚などにきちんと収納、整理されている。                  地元野菜や旬の果物などを使用して食事をつくっている。おせち料理やおふく餅なども手作りにしている。                  夕食後は、お茶と軽なお菓子などを用意してテレビを見ながらリラックスして過ごせるような雰囲気をつくっている。利用者自身から「もう寝ようか」と言われてから就寝支度をするなど、本人のペースを大切にしており、安眠や減薬の支援につなげている。</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	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。	○	入居時にはご家族様やご本人に希望や意向などは確認している。また日々の生活の中でもご本人の思いが聞かれた時は、ケアカンファレンスで共有するようにしている。	◎		◎	月に1回のケアカンファレンス時に、日々の生活の中で知り得た情報を出し合い、共有して把握に努めている。話し合った内容はケアカンファレンス記録に記入している。	
		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。	○	ご家族様からの情報を参考にしたり、ご本人の表情や様子からもくみ取るように努めているが難しい時もある					
		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。	○	面会時にはご家族様と会話する事はあり、ケアプラン作成時等にも希望や思いはお聞きしている。					
		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。	△	ケアカンファレンス時に思いや意向について話し、記録に残しているが、整理、共有化した記録になっていない。					
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	○	ケアカンファレンス時に職員間で情報を共有しあうことで連携を取り意向の再確認をしながら見落とさないように努めている。					
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。	◎	入居時に必ずアセスメントシートを元に家族様から詳しく聞き取りを行っている。			○	入居時に聞き取った内容をフェースシートなどのアセスメントシートに記入している。生活歴や家族に関することなどの記入があった。入居後に知り得た情報は追加しており、2年に一回更新している。	
		b	利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。	◎	ご本人様やご家族様からお話を聞いたり、普段の利用者様の生活の様子を観察する等して把握している。					
		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。	○	日々の関わりの中で聞かれた言葉や様子から把握する様に努めているが、原因がわからず不安定になる場合がある。					
		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)	○	不安な場面や、落ち着かない場面を把握し、その原因を見つけるべく関わりを行っている。ご本人やご家族様からも話をきいたり、様子を観察する等している。					
		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。	◎	自由に自分のリズムで生活している方もおられる。重度の方は職員が生活リズムを作っているが、変化や違いには気が付けている。					
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む)	a	把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。	○	日々の関わりで把握した意向や要望をケアカンファレンスで共有し、ご本人の気持ちになり考えるよう努めている。			◎	ケアカンファレンス時には、本人の習慣や主張などを踏まえて検討したり、重度の人については安楽に過ごせるように検討している。	
		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。	◎	月1回のケアカンファレンスで、より良く暮らしていただけるよう意見を出し合い、利用者様1人1人について検討している。					
		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。	○	明らかにした課題を職員全員で共有し徹底するように努めている。					
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。	○	ご本人の意向や思いに基づいてケアプランを作成する様にしているが、意思表示の出来ない方は家族様の協力を得るなどして反映しているが難しい事もある。					
		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。	○	ご本人、ご家族様に意見や意向を求めるようにしている。また、それをふまえて毎月のケアカンファレンスでケアプラン内容を検討している。	○		○	ケアカンファレンス時に話し合った本人の意向を長期目標に挙げて計画を立てている。家族来訪時に要望を聞くが、「お任せします」との返答が多い。	
		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。	△	慣れ親しんだ暮らし方でホーム生活が送れるようケアプランに盛り込む様努力しているが、できる事を見つけるのが中々難しい。					
		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。	○	ケアプランの内容により必要な場合には、ご家族様の協力も盛り込む事はある。					
5	介護計画に基づいた日々の支援	a	利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。	◎	個人のケース記録にファイルしいつでも確認できる様にしている。			◎	個別ファイルに介護計画を綴じて共有している。ケアカンファレンス時の話し合いで把握理解している。	
		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。	○	毎月のケアカンファレンス時にケアプランの内容を確認している。また、生活の中でケアが実施出来たときはケース記録の対応欄に記載するようにしている。			○	計画の目標に番号を振り、ケース記録にP①②と記して実践内容などを記録している。	
		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。	○	特別変わりが無い日は具体的な事まで記入していないが、普段と違う時はケース記録に詳細に記録出来ている。			△	ケース記録に記入しているが、計画に基づいた記録という点からは、記録量が少ない。	
		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。	○	気づきや、行った事等、何かの変化があった時はケースの対応欄に記載している。			△	口頭でのやり取りすることが多く、個別に記録するまでには至っていない。	

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	
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。	◎	ケアカンファレンスで毎月モニタリングし3ヶ月毎に評価、計画作成している。状態変化があった時は途中でケアプランの内容を変更している。			◎	月1回のケアカンファレンス時に、ケアマネジャーが、来月見直しがある人を告げている。	
		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。	◎	毎月ケアカンファレンスで確認している。			◎	毎月のカンファレンス時に全利用者の現状について話し合い、カンファレンス記録に記入している。	
		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。	○	変化があった時は、ご本人、家族様の要望も聞きながらケアマネジャーや担当職員で検討見直しを行い新たに作成している。			◎	退院時や咀嚼ができなくなった、歩行が難しくなったなど、状態変化時に見直した事例がある。	
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回のケアカンファレンスで利用者様1人1人について話し合いを行っている。また、緊急案件がある場合にはホーム長、管理者、当日勤務者等で会議という形ではないが話し合いをしている。			◎	基本全員参加で月に1回ケアカンファレンスを行っている。緊急に決定が必要な事柄については、その日の勤務者、ホーム長、管理者で話し合い、その内容を申し送りノートに記入している。	
		b	会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。	○	利用者様毎に受け持ち担当を決めており、担当職員は利用者様について今月の様子を必ず発表する様にし、なるべく全職員が発言できるように心掛けている。					
		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。	◎	平日午後3時～5時過ぎの業務中に開催している。途中ケアで抜ける職員もあるが、毎月のケアカンファレンスには休みや夜勤入り、夜勤明けの職員も含めほぼ全職員が参加できている。					
		d	参加できない職員がいる場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしきみをつくっている。	◎	ケアカンファレンスの会議録を早急に作成し伝達できるようにしている。更に、大事な事柄は管理者が直接口頭で伝えたり、申し送りノートに記載して伝える様にしている。			◎	ケアカンファレンス記録は出欠にかかわらず確認することになっており、内容を把握していないとチームケアが実践できないことを職員は認識している。申し送りノートの内容を確認し、サインをするしきみをつくっている。	
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くっている。	○	申し送りノート、日誌等に記録し、更に口頭でも申し送る事で共有している。			◎	家族からの伝言、医療に関することなどを日誌に記入して共有している。さらに詳しい説明が必要な場合は、ケース記録に詳細を記入している。	
		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)	◎	申し送りノート、日誌、ケース記録、ホワイトボード等で情報伝達を行い職員全体に周知している。			◎		
<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。	△	毎日したい事を確認していないが、日々の暮らしの中で意向が聞かれた時は可能な限り対応する様にしている。					
		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)	△	意思表示できる方に限られるが、入浴日に着たい衣服をお聞きしたり、今日のおやつは何を食べたいかや、誕生日には希望のメニュー聞いて作りお祝いしている。			○	周りのことがとても気になる人には、一つひとつどうするかを尋ねながら対応している。食事に関しては、カツにかけると調味料を個々に決めてもらうなどしている。	
		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。	○	利用者様の理解できる力に応じて、声掛けを行いながら、出来る限りどう過ごしたいか確認している。意思の疎通が難しい利用者様もおられる。				◎	意思表示が難しい人に関しては職員が慮って支援している。
		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)	△	入浴や食事の時間等は職員の業務に合わせてしまっているところがある。入浴の長さや温度等は利用者様個々の希望に添って実施している。就寝時間や起床時間、お昼寝等は利用者様個々の時間で対応できている。					
		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。	○	短時間でも利用者様と一緒に茶を飲んで楽しい雰囲気になるよう心掛けている。レクや、おやつ後のおしゃべりでは、利用者様同士や職員と笑顔で会話される場面もほぼ毎日見られる。				◎	昼食の準備や後片付けをしてくれる利用者様に「ありがとうございます」とお礼を伝えていた。利用者と職員でテーブルを囲んで談話する様子がよく見られた。時折笑い声が聞こえていた。
		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。	○	ご家族様からお話を聞いたり、表情やしぐさ、日々の生活の様子等を観察し利用者様にとって心地よい生活になる様努めている。					
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。	○	利用者様と距離が近い関係にあるためについて親しすぎる声掛けになる時もある。常に尊敬と敬意の念を持ち接するよう所内研修で話している。	◎	○	◎	ケアカンファレンスの時間内30分を使って事業所内研修を行っており、認知症について、身体拘束や成年後見制度など、その都度、勉強をしている。利用者によっては禁止言葉などもあり、職員間で共有して対応している。	
		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。	○	排泄の声掛けは、利用者様1人1人に配慮しながら行っている。排泄の失敗があってもさりげなく交換したり、着替えをスムーズに行う等出来ている。			○	職員はエプロンに自分の名前を付けており、利用者や家族は職員を名前で呼んでいる。利用者の近くで声をかけるなどしていた。	
		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。	○	羞恥心やプライバシーには出来る限り配慮し、不快な思いをしたり不安にならないように介助している。					
		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。	○	居室に利用者様がおられる際には必ずノック、声掛けしてから入室している。また、掃除の時など居室に利用者様がいない時は入室する旨を伝えてから作業するようにしている。				△	自由に出入りをしていた。
		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。	◎	職員は利用者様やご家族様に関する知り得た個人情報を、決して漏えいしない様常に話しているし、職員は理解している。					
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。	○	食事、掃除、洗濯物たたみ等のお手伝いをしていただく事もあり、感謝やねぎらいの言葉を常に掛けている。					
		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。	◎	毎月のケアカンファレンスで細かく話し合いをしているので職員は理解できている。					
		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う場面をつくる等)。	○	利用者様同士、良好な関係が築けるように、また、気が合う利用者様同士の食卓になるよう配慮している。トラブルになりそうなのは、職員が間に入って話す等し、未然に防ぐよう努めている。			○	利用者同士の相性などを踏まえて席順を決めている。会話が聞こえにくいような利用者の様子があれば、職員が間に入ってつなげていた。	
		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不安や支障を生じさせないようにしている。	○	トラブル解決に努め、職員が間に入り、利用者様が嫌な思いをされない様努力している。					

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
12	馴染みの人や場との関係継続の支援	a	これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。	◎	入居時に家族様には必ず色々な方面での聞き取りを行い把握している。また、途中で新たな情報が入ることもあるが把握するよう努めている。				
		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。	○	ご家族様には地域との関係や馴染みの場所についても聞き取りを行っている。				
		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うち支援している。	◎	ご家族様には馴染みの方や友人に、ホーム入居をお知らせして面会に来ていただくよう話している。友人や知人に会いにいかれたり、会いに来られたりされる利用者様もおられる。				
		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。	◎	面会時には差し支えなければ一緒にお話ししたり、面会後には、また気軽に来訪していただけるよう声掛けを行っている。				
13	日常的な外出支援	a	利用者が、1日中ホームの中で過ごすことがないよう、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう取り組んでいる。(職員側の都合を優先したり、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していない) (※重度の場合は、戸外に出て過ごすことも含む)	△	利用者様によっては職員が同行して自宅や近くまで出かける方もおられる。季節にもよるが、ウッドデッキで外気浴や外庭でおやつを食べることもある	△	○	△	秋祭り時にはみこしや獅子舞を見に行ったり、春には、お花見に出かけたり、「帰りたい」と自宅まで歩いたりする人に付き添ったりしているが、機会は少ない。日常の中では玄関から出て過したり花を摘んだりすることはあるが、機会は少なめのような。
		b	地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。	×	ボランティアの協力体制は築けていない。				居室から直接ウッドデッキに出られるようになっており、ちょっと出て過ごせるよう支援するが、機会は少ない。
		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。	×	ほとんど出ていないが、気候の良い時はウッドデッキで外気浴する事もある。			△	
		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。	△	あまり外出の希望は聞かれない。職員付添いで遠方への外出は難しい為、ご家族様に相談し協力を得て外出できるような支援はできている				
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。	○	利用者様の普段の健康状態や言動などを注意深く観察することで、少しでも把握するよう努めている。また、ケアカンファレンスでも確認し合っている				
		b	認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。	○	毎日の生活の中で現在出来ている事をなるべく継続して行っている。				
		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動している。(場面づくり、環境づくり等)	○	出来るような事は、可能な限り見守りを行い、なるべく自分でしていただく様にしているが、難しい利用者様がが増えてきている。	◎		◎	
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。	○	入居時にこれまでの生活歴、習慣、趣味、好きな事等についてご家族様やご本人様から聞き取りを行い把握するよう努めている。				車いすの人は、職員が台所仕事をする間、近くのテーブルで雑誌を見ていた。 イベントの折には公民館を借りて行っている。 テーブルを囲んで談話したりゲームをしたり、テレビを見たりしている。
		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。	△	利用者様それぞれの状況に合わせて、お手伝いやレクリエーションを楽しんでもらっているが、重度の方への支援がなかなか出来ていない。	◎	○	○	
		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。	×	地域の方が面会に来られ、楽しくお話をされたりはするが、地域の中で役割は担えていない。				
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。	○	男性は毎日髭剃りをする。理美容の手配や爪切り等身だしなみを整えられるよう支援している。また利用者様の好みを把握し、職員が洋服を購入したり、お化粧品をされる利用者様もおられる。				季節や体感に応じた服装で、それぞれに似合う洋服を着て過ごしていた。 昼食介助が必要な人には、口のまわりが汚れたままにならないように気を付けて介助していた。
		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。	○	ご本人の好みや希望の把握に努め、おしゃれや好みの服装が出来るよう支援している。				
		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。	○	ご本人の好みを前もって家族様等に確認してなるべくおしゃれにすこせるよう支援をしている。				
		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。	○	季節に合わせて衣替えを行い、ご家族様にも連絡して購入をお願いする事もあり支援できている。				
		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)	○	男性は毎日髭剃りをしている。起床時のモーニングケアや食後の口腔ケアをしっかりと行って清潔に努めている。	◎	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	○	必ず希望の理美容店があるか確認している。ある方はお孫さんが美容師の為、ホームまで来られて散髪してもらったり、娘さんがカットされる方もおられる。希望される所がない方は、ホームに訪問してくれる美容師さんにカットしていただいている。				
		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。	○	出来る限りご本人の好みの服装ができるよう支援している。髪型については手入れのしやすいショートヘアになりがちである。			○	

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		
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。	○	食事を口から食べる大切さは、しっかり理解できている。常に利用者様においしく召し上がっていただけるよう工夫や配慮をしている。				その日の調理担当職員が献立を立てている。午後から職員が買い出しに行っている。利用者が野菜を切ったり、お盆を拭いたりしていた。		
		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。	○	調理そのものは職員が行っているが、下ごしらえ(野菜の皮むき、野菜きり)や盛り付け、食後の後片付け(食器拭き、テーブル拭き等)は手伝っていたりできる利用者様をお願いしている。献立については利用者様に食べたいメニューを聞く事もある。						
		c	利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。	○	できる利用者様は限られてはいるが、必ず声をかけて手伝っていたりしている。御礼を言ってねぎらうと喜ばれ、「出来ることはするよ。」と言って下さる。買い物には行かれていない。						
		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。	◎	入居時にアレルギーの有無、嫌いな食べ物、好きな食べ物については必ず聞きアセスメントシートに記載している。また、生活の中でわかった場合は連携をとり全職員と共有している。						
		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。	○	ホーム畑で採れた野菜や、旬の食材を常に取り入れ食事を作っている。利用者様に合わせ、嫌いな食材は除いたり、替わりのおかずを作り対応することもある。			◎		地元野菜や旬の果物などを使用している。おせち料理やおふく餅なども手作りしている。利用者も一緒につくしやイタドリ、豆や栗を剥くなどしている。	
		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)	◎	食事の様子、嚥下の状態等は丁寧に観察し、刻み食やミキサー食、トロミ剤の使用について常に気を配っている。また義歯のかみ合わせや不具合にも気をつけて対応し、歯科受診等の手配などしている。						
		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。	○	入居時に湯呑とお箸は持参していただいている。茶碗に関してはご飯の量を調節する場合もありホームの食器を使用している。			○		箸と湯飲みは自分用のものを使用しているが、その他は事業所で用意したものを使用している。小皿で数品用意し、自分で持って食べられるよう配慮していた。	
		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。	×	現在、食事介助の方が多く職員と一緒に食事をしていながら、同じテーブルについて介助しながらお皿の並べかえや、声掛けを行いスムーズに食事がとれるよう支援している。					△	利用者が食事中、職員は、介助や片づけに徹し、片付いてから利用者のいるテーブルで同じものを食べていた。
		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。	○	ホーム台所が利用者様の居場所の場合もあり、毎食調理している間いつでもまな板の音や匂いを肌で感じられる。重度の方へは介助しながら食事内容などの説明や声掛けをしながら、楽しい食事の時間となる様心掛けている。			◎		◎	調理の音やにおいがして、料理ができる様子がよくみえる。食器棚から器などを用意し始める様子などからも、もうすぐ食事ということが分かる。
		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。	◎	毎日の飲水量、食事は記録に残している。体重の増減や糖尿の方は血糖値等も考慮し、ケアカンファレンスでその方にあつた量を検討し調節している。						
		k	食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	◎	脱水にはお茶以外に、スポーツドリンクを飲んでいただいたり、夜間にも飲水をこまめに勧めたりしている。低栄養に関しては、主治医に相談し半消化態栄養剤等も利用し、食事以外の補食やおやつを多めに提供している。						
		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。	○	栄養士の配置はないが、献立について職員同士話合ったり、数日間のメニューを振り返りながら偏りがないよう気を付けている。					◎	ホーム長が保健師の資格を有しており、利用者の健康状態に応じて栄養に関するアドバイスをしている。便秘気味の人には、おからやふかしか芋を用意するなどしている。
		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。	◎	調理器具や布きんのハイター消毒等、日常的に実施している。調理担当者は他のケアに当たる時エプロンを交換したり、所内研修でも毎年食中毒について学んでいる。						ケアカンファレンス記録にはタンパク質を多めに摂るなどアドバイスの記入があった。
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。	◎	ご自分でできる利用者様もおられるが職員は口腔ケアの大切さを理解しており、毎食後と寝る前の口腔ケアは全介助の方も丁寧にやっている。				口腔ケア時の目視と食事する状態をみて食欲や食べ方なども参考に、口腔内の状況把握に取り組んでいる。気になることがあればケアカンファレンス時に話し合い、受診につなげるなどしている。		
		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。	◎	口腔ケア時や義歯の出し入れ介助の際、口腔内の観察ができている。口腔内にトラブルがあった時は、歯科受診の手配等早急に対応できている。						
		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。	△	訪問診療の歯科医師や歯科衛生士に疑問な事は質問するようになり、口腔ケアの正しい方法を学んだ時は普段の生活に活かしている。						
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	毎食後、介助の方も義歯の手入れをしている。眠前には義歯を掃除し、洗浄液につける等の支援も行っている。						
		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、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)	◎	自分で歯を磨ける方にはブラッシングしていただき、出来ない方は職員が介助している。口腔ケア時には残歯からの出血や歯茎の腫れ、舌の汚れをチェック出来ている。また、普段から口臭がないか確認できている。					◎	朝・昼食後、就寝前に声かけや誘導して支援している。
		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。	◎	見逃すことなく常に早急な対応が行っている。						

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。	○	利用者様の自尊心やプライドを傷つけないよう、さりげない介助を行う事は理解できている。また、排泄の状態をしっかりと観察し適切なおむつ、紙パンツ、パッドなどの利用が行えている。				状態変化など必要時にはケアカンファレンス時に話し合い支援している。	
		b	職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。	○	便秘により食欲低下や精神的な不穏につながる等理解できている。便秘の原因についても常に考えるようにしている。					
		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)	○	不規則で把握できにくい方もおられ、難しい事もあるが毎日の生活のリズムの中で把握できる利用者様もおられる。					
		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。	○	利用者様の排泄状況、トイレへの移乗動作等をしっかりと把握し、オムツのサイズやパッドの種類等使い分けやこまめな交換を行い清潔に過ごしていただくよう努めている。			◎		
		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。	○	排泄の状況は記録に残しており、振り返りや現状把握をしながら職員間で相談して取り組んでいる。					
		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。	◎	起床時、おやつ前、食事前、寝る前には必ずトイレへの声掛けを行い、失敗が少なくなるよう支援している。					
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方向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。	×	ご家族様やご本人とは話合って選択はしていない。職員が排泄の状態を把握し、種類やサイズを選択している。家庭で使用していた物を持ってこられるご家族様もおられる。					
		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)を適時使い分けしている。	◎	利用者様の状況に合わせて日中や夜間等の紙パンツやパッド、オムツの使い分けをしている。					
		i	飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)	△	牛乳や、ヨーグルト、食物繊維の多い食材等を提供したり、腹部のマッサージを行う等しているがそれでも難しい時は薬に頼る事もある。					
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)。	×	曜日や時間はホームの都合に合わせている。現在は週2回午前入浴ではあるが、排泄時の汚染等で急遽入浴される方もおられる。入浴の長さや湯温は個人の希望に添って実施している。			◎	入浴の自立度などを踏まえて入浴する人を曜日ごとに決めて支援している。 週2回午前中の中の入浴になっているが、希望や必要性があれば日時を替えて支援している。 湯船に入ってから体を洗うか、洗ってから湯船で温まるかなど、希望を聞きながら支援している。 長風呂の人などにも対応している。	
		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。	◎	職員がマンツーマンで介助しているので安心して入浴していただいている。					
		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。	○	職員が1人必ず付き添い入浴している。ご本人様で洗える所は洗っていただき、出来ない所、不十分な所を介助している。					
		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良く入浴できるよう工夫している。	◎	現在拒まれる方はおられず、皆さん喜ばれる。過去その様な場合には、午前入浴の時間とは関係なく、その方のタイミングや様子を見て入浴を促していた。					
		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。	◎	バイタルサイン、ご本人様からの体調の聞き取りを通して入浴可能か判断している。入浴後も水分補給を必ずして変わりがないか気をつけて様子を見ている。					
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。	◎	夜勤職員のケース記録等から睡眠の状況は把握する事ができる。				夕食後は、お茶と軽なお菓子などを用意してテレビを見ながらリラックスして過ごせるような雰囲気をつくっている。利用者自身から「もう寝ようか」と言われてから就寝支度をするなど、本人のペースを大切にしており、安眠や減薬の支援につなげている。 服薬している利用者については、医師に様子を報告し服薬中止を試すなど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。	○	日中はなるべく起きて過ごしていただき、夜間の排泄状況を整える等して、夜ぐっすり眠ることができる様支援している。					
		c	睡眠導入剤や安定剤等の薬剤に安易に頼るのではなく、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容などを十分に検討し、医師とも相談しながら総合的な支援を行っている。	○	睡眠状態、夜間の排泄状態、日中の活動などについて把握してなるべく薬剤に頼らないように心掛けているが色々検討しても改善が見られない場合は、主治医に相談して眠剤の導入に至る事もある。			◎		
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	○	昼食後にお昼寝をされる方がおられる。車イスの方も午前、午後と体を横にして休息出来るようにしている。					
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。	○	希望されれば家族に電話を掛けたり、手紙を書くなどの支援はしている。				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。	○	希望があるときは支援している。					
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	◎	遠方のご家族様から電話がかかってくる事もあり、会話を楽しんでいただいている。					
		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。	○	写真入りのはがき等は、いつでも見れるようにお部屋に飾っている。					
		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。	○	利用者様から電話の希望があるときは、ご家族様にも対応をお願いするなど、声掛けを行っている。					

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
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。	△	職員は所持していることで得られる安心感等は理解しているが、現在はお金を所持している利用者様はおられない。				/
		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。	×	買い物に出かけたい方が現在はおられない。頼まれて品物を購入する事はある。出かけた希望があれば対応することは出来る。				
		c	利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。	×	買い物をしていない。				
		d	「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	×	管理できる方がおられないので現在はご家族様とも相談してお金を所持している利用者様はおられない。				
		e	お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。	×	ご自分で管理できる利用者様がおられないため、所持している利用者様はおられない。				
		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)。	◎	1万円程度預からせていただき、その中から買い物その他の支払いをしている。収支は出納帳に記載し、そのコピーと領収書を添付して毎月ご家族様へ報告している。				
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	◎	ご家族様の状況や利用者様の状況に応じて柔軟な対応を心掛けている。	◎		◎	必要に応じて介護タクシーの手配をしたり、家族と出かける際の手伝いをしたりしている。 この一年間ではニーズがなかったようだ。
<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。	◎	一般住宅の造りで、リビングには季節ごとの飾り付けを行い、親しみやすい雰囲気作りを努めている。	◎	◎	◎	玄関は、数段の階段を上るようになっていて、花を育てていたり、道側に置いている壺には、ススキやコスモスを活けていた。
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、家庭的な雰囲気をそくような設えになっていないか等)。	○	狭い空間ではあるが家庭的で、心地よく過ごしていただいている。	◎	○	◎	民家改修型事業所で、利用者の世代に馴染みのある造りや雰囲気がある。共用空間は3部屋の続き間で、各部屋にテーブルを設置しており、数人ずつで過ごしていた。 生活用品や業務品などが多量に、棚などにきちんと収納、整理されている。
		b	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	○	温度、湿度、風通し、明るさ等快適に過ごしていただけるよう気を配っている。			◎	職員の声や生活音など気になる音はなかった。 自然光を採り入れている。 換気などして、気になる臭いもなかった。
		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。	○	台所もすぐそばにあり調理のにおいを感じる事ができたり、ウッドデッキにはいつでも出られ、外の景色を眺めることができる。			◎	人の話し声や家事する様子や音が日常的にある。 職員が持参した季節の花を飾るなどしている。
		d	気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。	○	リビングで会話を楽しまれる方もいれば、居室で横になりテレビを見て過ごす方もいる。また、CDを聴いて楽しむ方も居られ自由に過ごしていただいている。				
		e	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。	◎	使用時に配慮している。				
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で活用して、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	ご本人様のお気に入りの物や使い慣れたものを持ち込んでいただくよう、ご家族様へは声掛けをしている。	◎		◎	一部屋一部屋で窓の位置や内装が違い、それぞれの状態や好みでつらえてある。中には、家族が写真入り家系図をつくり、貼っているところもあった。
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。	○	民家改修型のホームで段差や階段はあるが、手すりを持ちたり、シルバーカーを使用して安全に移動していただいている。			○	廊下に沿って両端に手すりを設置して、利用者は両方を使って自室まで戻れるようにしている。 室内に数段の階段があったりするが、手作りスロープをその都度取り付けて車いすの人を移動させていた。
		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。	○	お部屋に名札をつけたり、トイレの場所がわかる様になるまでは張り紙をして場所がわかる工夫をしている。				
		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。(ぼうし、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)	×	居室には個人の趣味の物が置いてあるが、共有スペースのいつでも手の届くところには置かれていない。				
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)	○	利用者様の状態により、緊急やむおえない場合は施錠する事もある。日中は常にオープンにしており利用者様が出ようとして必ず付き添っている。ご本人の居室からウッドデッキに自由にて過ごす利用者様もおられる。	◎	◎	◎	日中は玄関に鍵をかけていない。 事業所内研修時に勉強をしている。 帰りたい思いが強い利用者が自宅に向かって歩く際には付き添っている。
		b	鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。	○	ご家族様からの施錠を望む声は聞かれていない。				
		c	利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。	○	緊急やむおえない場合がない限り、玄関を施錠する事はない。				
<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。	◎	入居時にご家族様やご本人様から、聞き取りをしたり、他の情報収集する事で把握できている。得られた情報はアセスメント用紙に記入していつでも見れるようにケース記録に挟み全職員で情報を共有している。				/
		b	職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。	◎	毎日バイタルサインを測定しており、生活を共にすることで、敏感に体調の変化に気が付く事ができている。いつもと違うと感じた事は管理者や看護師に報告、記録を残し職員間でも共有している。				
		c	気になることがあれば看護職やかかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。	◎	ホーム長が看護師であり医療的なサポートはしっかり行っている。協力医療機関との連携もとれており重度化を防いでいる。				



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。	◎	協力医療機関はあるがご家族様やご本人が希望される病院があればいつでも受診できるよう支援することができる。	◎			
		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。	◎	ご家族様やご本人様の意向に添い、納得をされたかかりつけ医で適切な医療を受けることが出来ている。				
		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。	◎	往診の内容はケース記録に記載し、変わりがあればご家族様に報告している。それ以外の受診は、受診の度にご家族様へ電話やショートメール、ライン等を利用し報告を行っている。				
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。	◎	入院の際は詳細な介護サマリーを作成し病院に申し送っている。				
		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。	◎	協力医療機関への入院は、主治医や病棟棟長と情報交換を行っている。その他の医療機関ではご家族様を通して情報把握に努めている。また、職員もお見舞いに行くなどしている。				
		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。	◎	協力医療機関とは日頃から十分連携がとれており、関係づくりはできている。				
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。	◎	異常があればすぐホーム看護師に報告、相談できている。看護師の判断のもと医療機関の受診を検討したり、医療機関へ相談する等対応できている。				
		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。	◎	ホームの看護師は24時間いつでも相談できる体制にある。また、協力医療機関訪問看護師にも相談できる体制にある。				
		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・治療につながっている。	◎	職員が気づいた状態の変化はホーム長である看護師に連絡をしてすぐに対応しており、早期の受診や治療につながっている。				
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。	△	利用者様個々のファイルに薬の一覧表をファイルしすぐ確認できるようにしている。薬について、よく理解できている職員もいるが理解が乏しい職員もいる。				
		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。	○	薬を渡す時は薬包の氏名を必ず声にだして確認し誤薬を防いでいる。服薬介助のいる利用者様は職員が責任を持って服薬していただいている。また口の中に薬が残っていないかも確認している。				
		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。	○	新しい薬が処方された時には、その都度申し送りを必ず行い副作用の出現に注意をはらい様子観察を行っている。				
		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。	○	ご本人様の体調やバイタルサイン、排泄状況等からお薬に関して主治医に相談を行う事は多々ある。				
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。	◎	入居時には重度化の指針について説明しているが、看取りや終末期について個々の状態変化によりその都度話し合いを持つようにしている。				入居時、重度化した場合の支援について説明しており、その後は、終末期の時期と判断した時に、看取り支援についての話し合いの場を持ち、方針を共有している。
		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で話し合い、方針を共有している。	○	重度化している方はおられるが、終末期の状態ではない為、まだそのような段階に至っていない。状態悪化するような事があればかかりつけ医、ご家族様で面談を行い方針を共有する予定である。	○	○		
		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。	○	ホームで終末期の対応が可能かどうか、その時その時の状況に応じて、見極めをする様になっている。				
		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。	○	ホームができる事、出来ない事、ご家族様の協力が必要な事等、看取りの際には十分な説明を行い理解を得るようにしている。				
		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。	○	終末期の方はおられないが日頃から協力医療機関とは連携がとれ、どの方も安心して医療を受けられており、今後の変化にも対応はできる。				
		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)	○	ご家族様の気持ちに寄り添い、折にふれ話をする事で共に支え合いながら利用者様をケアできるよう努めている。				
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。	◎	毎月のケアカンファレンスで所内研修として毎年全職員で学習している。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	△	予防接種、口腔ケアや手洗い、マスクの着用、加湿器の使用等、日頃から感染症予防に努めている。感染症が発生した場合は速やかに対応できているが、感染症発生時の訓練までは行っていない。				
		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。	○	インフルエンザや、その他感染症の流行状況は協力医療機関やニュース、インターネット等で情報を得ている。				
		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。	○	地域の感染症発生状況を敏感に把握し、面会者のマスク着用や、手指のアルコール消毒等随時対応できている。				
		e	職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。	○	職員本人が体調不良や、職員家族が感染症を発生した場合は必ず休むようにしている。流行時期はホーム内でもマスクの着用や手洗いうがいをし、手すりやドアノブの消毒等も毎日2回は行っている。				

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
<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。	◎	職員は家族ではないが、普段の生活に寄添いながら過ごしていく中で、ご家族様と共に利用者様を支える関係を築けている。				
		b	家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)	○	ご家族様には気軽に面会していただくよう話している。				
		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)	○	運営推進会議のお花見や敬老会、クリスマス会などご家族様に案内を差し上げている。	◎		○	お花見、敬老会、クリスマス会の折に、家族に案内をしている。家族は5家族ほど、決まった人の参加になっている。
		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か月毎におきたとべ通信を送付しホームの様子をお知らせしている。訪問の少ないご家族様や遠方のご家族様には個別にショートメール、LINE、電話、お手紙などで状況をお知らせしている。	◎		◎	家族来訪は頻繁にある。2ヶ月おきの通信のほかに、お知らせがあれば手紙を添えている。遠方の家族の来訪時には、写真をプレゼントしたり、電話やSNSを使って報告を行っている。
		e	事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的内容を把握して報告を行っている。	×	ホーム側からの情報提供になる事が多く、ご家族様が知りたいこと、不安に感じている事は聞かれず把握しきれていない。				
		f	これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)	○	今まで以上にご家族様と利用者様がより良い関係を築けるよう、利用者様から聞かれたご家族様への思いや希望は折に触れお伝えしている。				
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)	○	職員の異動、退職、その他ホームからのお知らせに関しては、お手紙で報告し、更に面会時にも口頭で伝え、理解や協力を得ている。	◎		◎	運営推進会議の内容について報告している。職員の異動などがあれば通信送付時に手紙を同封している。設備改修や機器の導入は最近はないようだ。
		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)	○	運営推進会議でご家族様同士が会話される事もあり交流が図れている。				
		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。	○	ご家族様へは、ホーム生活でも起こり得る転倒や感染等のリスクについて分かりやすく説明している。				
		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。	○	ケアプラン説明時には必ず意見や要望はないか尋ねている。また、来訪時には希望や思いを気軽に伝えて欲しいと伝えて極力色々な話しをするように心掛けている。			◎	家族と話をする際には、家族の事情なども聴きながら希望や意見などを聞くようにしている。
38	契約に関する説明と納得	a	契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。	◎	契約時には重要事項説明書を読み合わせし、契約内容に対し詳しく説明を行い、理解を得ている。				
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	退居の際にも、利用者への支援が途切れないよう責任ある対応を心掛けている。				
		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)	◎	利用料金についても詳しく説明を行い同意を得る事ができている。				
<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17年の開設当初からご近所の方には、十分ご理解をいただいている。		◎		
		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)	○	代表やホーム長の地元であり地域とのつながりは強い。運営推進会議には地域の方も参加していただきホームの活動にもその都度気持ちよく協力していただいている。		◎	○	運営推進会議の機会を捉えて、公民館と一緒に行事を行ったり、町内清掃の折には利用者と一緒に事業所周辺を掃除した。
		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。	○	少しずつではあるが増えていると感じる。				
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	ご近所に友人がおられる方は面会に来られることがある。気軽に近所の誰でも、立ち寄りするまでにはなっていない。				
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	△	隣の方からは自宅で採れた野菜をいただくことがある。ご近所の方が立ち寄る事は少ないが、外庭の掃除中などには挨拶を交わしている。				
		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)	△	地域の方には運営推進会議に参加してもらい、イベントの際、色々なお手伝いもしていただいている。				
		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。	×	社会資源の把握は不十分であり支援できていない。				
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている(公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等)。	×	消防や系列ホームとは協力が得られるような関係にあるが、他の施設や諸機関との関係性は薄い。地域のスーパーにはほぼ毎日買い物に出かけている。				

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。	○	利用者様の参加はお花見、消防避難訓練、敬老会、クリスマス会等である。ご家族様や地域の方、役場には快く参加していただいている。	◎		○	利用者は行事と併せた会議時のみ参加している。家族、地域の人の参加は毎回ある。	
		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。	○	毎年2月の運営推進会議で報告している。			△	会議案内と一緒に事業所通信を渡している。さらに、利用者やサービスの実際についての報告の工夫が期待される。外部評価実施のない年には、自己評価を実施して報告している。	
		c	運営推進会議では、事業所からの一方的な報告に終わらず、会議で出された意見や提案等を日々の取り組みやサービス向上に活かし、その状況や結果等について報告している。	△	運営推進会議では質問をされる事はあるが、意見や提案をいただく事はほとんどない。ホームがより良く活動していける為に様々な意見をいただけるよう声掛けを心掛けたい。			○	△	事業所についての感想はあるが、意見や提案は出ていない。サービスに活かし結果を報告するような取り組みは行っていない。
		d	テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。	△	決まった参加者になりがちであるが、テーマにより新たな方に声掛けする事もある。開催日時の都合はご家族様それぞれ違う為、ホームの都合に合わせている。			◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	◎	不参加のご家族様には運営推進会議報告書を送付している。					
<b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b>										
41	理念の共有と実践	a	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。	◎	理念はホーム内の共有スペースに掲げ、全職員が常に意識しながらケアにあたっている。					
		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。	◎	2か月毎に発行しているおきた砥辺通信に必ず理念を記載し、お伝えしている。	○	○			
42	職員を育てる取組み ※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。	△	所内研修では様々なテーマで研修できているが、所外研修への参加は少ない。				気になることがあれば面談の機会を持っている。職員が昼食の時間30～40分程度ゆっくり過ごす時間を持っている。ビアガーデンや忘年会を催している。メンタルヘルスやセルフコントロールの内部研修を行っている。	
		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。	○	様々なテーマで所内研修を実施している。勤務経験の長い職員と短い職員とでケアの差が出ないように心掛け、後で再確認している。					
		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。	△	代表者ができる事は努力しているが、全ての希望に添う事は難しい部分も多い。					
		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)	○	管理者やホーム長は同業者とのネットワークや勉強会があるが、職員の交流はない。					
		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。	○	聞かれた希望に添い、環境改善に取り組んでいる。	◎	◎	○		
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。	○	所内研修で高齢者虐待防止法について学んでいる。不適切なケアの見逃しが無いよう職員間でも意識しあい虐待防止に努めている。				事業所内研修時に勉強している。行為を発見した職員は管理者に報告することになっている。	
		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。	◎	利用者様への声掛けやケアの方法等、日々の業務を通じて確認しあったり、ケアカンファレンス等で一緒に振り返ることができている。					
		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。	○	不適切なケアは管理者やホーム長に相談し、職員同士で見逃さないようにしている。					
		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。	○	職員の話や個別で聞いたり、ストレスが蓄積しないよう希望の休日を聞き入れシフトに入れるなどして配慮している。					
44	身体拘束をしないケアの取組み	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。	△	所内研修で様々な角度から学んでいるが、全ての職員が正しく理解できているとは言えない部分もある。					
		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。	○	所内研修で身体拘束について学んでいる。利用者様個々のケースにあてはめながら点検し確認し合っている。					
		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。	○	緊急やむを得ない場合以外の施錠は行っていない。					
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含め理解している。	△	所内研修で学習もしたことはある。管理者やホーム長は制度について理解しており相談に乗ることができるが全職員の理解は十分でない。					
		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。	○	いつでも状況に応じて利用者様やご家族様の相談に乗れる体制にある。					
		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。	○	いつでも関係機関を紹介できる体制にある。					

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	
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。	◎	救急時のマニュアルは作成し、いつでも見れるところに置き、所内研修で周知している。					
		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。	△	初期対応や応急手当について年1回所内研修を行っているが、職員個々の力量に差が見られる。					
		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。	◎	ヒヤリハット事例はその月のケアカンファレンスでも話し合いをして再発を防止している。事故発生時には役場への報告もできている。					
		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。	◎	ケアカンファレンスでリスクについては常に検討し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は作成しているが、管理者が対応しており職員の理解にまでは至っていない。					
		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。	○	苦情はなかったが、ある場合は速やかに対応し役場へも相談したい。					
		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。	○	苦情はなかったが、あれば速やかに対応案や結果を誠意を持ってお伝えし良好な関係づくりに努めたい。					
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)	○	個別で会話する機会を多く持ち、意見や要望、苦情を言い出しやすい雰囲気や環境作りをしている。			△	月に1回介護相談員を受け入れており、意見や苦情を伝える機会がある。その他には特に意見や要望、苦情を伝える機会をつくっていない。	
		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)	◎	運営推進会議や面会時、ケアプランの更新時等、ご家族様と話をすることは多々あり、意見や要望、困り事はないかその都度聞いている。	◎	○	○	運営推進会議に参加する家族は機会がある。個別に訊いている。	
		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。	◎	入居時に重要事項説明書にて砥部町役場と国民健康保険団体連合会の窓口を紹介している。					
		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。	○	職員と話す機会は多々あり、要望や意見は聞いている。実施できる事は出来る限り希望に添うようにしている。					
		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。	○	就業時間中やミーティング時に意見や提案を聞き、利用者様本位のケアについて共に考え検討したり悩みを聞くなどしている。			◎	ケアカンファレンス時に聴いている。行事について話し合う際には、状態に関わらず全員参加できるよう企画している。	
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。	○	全員が記入し毎年自己評価に取り組んでいるが、スタッフ1人1人の力量に差がある。					
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	○	評価を通して課題が明らかになることで職員個人が自分のしているケアを振り返ることは出来ていると感じる。					
		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。	△	今年度は少しずつのペースではあるが目標達成計画に対して職員が意識して取り組むことができたように感じる。					
		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。	△	毎年2月の運営推進会議で自己評価、目標達成計画について報告しているが、モニターするまでには至っていない。	○	○	△		運営推進会議時に報告している。また、家族全員に評価結果を送付している。しかし、モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		e	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	○	取り組みについては運営推進会議で報告している。					
50	災害への備え	a	様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)	◎	運営推進会議で大規模災害対策マニュアルについて報告を行った。					
		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。	◎	火災や地震の避難訓練は毎年4月と10月に実施できている。風水害については実施できていないので検討していきたい。					
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	○	消防設備は年2回点検、うち1回は消防へも報告を行っている。非常用食料についてもリストを作成し管理している。懐中電灯等の備品は備えているが定期的な点検まではしていない。					
		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。	○	10月の運営推進会議では消防避難訓練を実施予定である。避難訓練には毎回消防の方にも参加してもらいアドバイスをいただいている。訓練は実施しているが、支援体制の確立までには至っていない。	○	◎	○		避難訓練を運営推進会議と併せて行っており、訓練前には話し合う場を持っている。地域の防災訓練には参加していない。
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	△	伊予消防署で実施された消防講習には参加し色々学びがあったが、地域の災害対策には取り組めていない。					

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)	×	地域に向けての情報発信や啓蒙活動は全く行っていない。				<p>入居相談で来訪する人の介護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取り組みに工夫してみたい。</p> <p>地域活動を協働しながら行うような取り組みは行っていない。</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。	○	地域の方からご相談を受ける事は多々ある。地域包括支援センターへつなげることもある。		○	△	
		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)	×	ホームそのものが手狭であり地域の方が集う場所として開放や活用はしていない。				
		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。	×	ボランティアの希望があれば受け入れは可能であるが養成はしていない。研修の実習受け入れもスタッフ配置に余裕がなく困難である。				
		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)	○	砥部町介護支援員等研修会にも参加したり、町内の関係機関とは良好な関係が保てている。			×	