

事業所の概要表

(平成30年 8月 20日現在)

事業所名	医療法人康仁会 グループホーム桃太郎					
法人名	医療法人康仁会					
所在地	愛媛県四国中央市中曾根町994					
電話番号	0869-24-9112					
FAX番号	0896-24-9112					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 12 年 5 月 8 日					
建物構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (老人保健施設 百の里)					
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 人 女性 8 人)					
要介護度	要支援2	1 名	要介護1	1 名	要介護2	2 名
	要介護3	3 名	要介護4	1 名	要介護5	名
職員の勤続年数	1年未満	3 人	1~3年未満	1 人	3~5年未満	3 人
	5~10年未満	2 人	10年以上	人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 5 人			
	その他 ()					
看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 直接雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約)					
協力医療機関名	医療法人康仁会 西岡病院					
看取りの体制 (開設時から)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (看取り人数: 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	33,000 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	1,380 円 (朝食: 350 円 昼食: 500 円)
	おやつ:	円 (夕食: 530 円)
食事の提供方法	<input type="checkbox"/> 事業所で調理 <input checked="" 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	円
	・	円
	・	円
	・	円

家族会の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (開催回数: 1 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: 12 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (ボランティアセンター職員)		

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9月14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)	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	3870900192
事業所名	グループホーム桃太郎
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	曾我部 千夏
自己評価作成日	平成30年 8月 20日

<p>【事業所理念】※事業所記入 安心・安全・楽しい我が家</p>	<p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入 ・「事業所と地域の方との付き合いを深める」…施設の周りを、よく犬と散歩されている方がいるので、挨拶などして交流を図ってきた。施設行事の案内をしてはいるが、なかなか参加して頂けなかった。 ・「安全・安心の確保」…年2回の総合避難訓練や隣施設との合同避難訓練(大雨想定)を実施し、緊急時の対応に取り組んできた。家族の方の参加はあったが、地域の方の参加はほぼいなかった。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 高速道路の側道に面して玄関がある。門扉から玄関までは柳の木や紫陽花など緑が多い。居間から中庭の紅葉が見え季節の移り変わりが感じられる。浴室には掃き出し窓があり湯船から坪庭を眺められる。 昼食前の口腔体操時に、早口言葉やことわざを採り入れており、利用者は大きな声を出し、笑顔で参加していた。利用者の笑い声がよく聞こえてきて、職員は「すごいね」「じょうず」などと言葉をかけていた。 毎月、桃太郎便りと個別の健康通信(利用者の様子や写真、実施した事、来月の予定)を作成して送付している。</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	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
I. その人らしい暮らしを支える									
(1) ケアマネジメント									
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>○ 入居の際には、もちろんの事、ケアプラン作成時には本人に話を聞いている。また日常のなにげない会話やつぶやきからも、本人の思いなどの把握に努めている。</p> <p>○ 自分の思いを伝えられない場合、なかなか把握する事は難しいが、できるだけ本人の立場になって考えるように努めている。</p> <p>○ 話し合いとまでは言えないかも知れないが、面会時に家族の方に話を伺っている。</p> <p>○ 日々の会話などから知りえた本人の思いなどを、カルテに、出来るだけ詳しく記入している。</p> <p>○ 本人のちょっとした発言に注意して、思いを組み取る様にしている。</p>	◎				○	介護計画作成前や日々の暮らしの中で「やってみよう」「不安に感じている事」などを聞き、介護サービス計画書1に記入している。
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。</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・職員のかかわり等)</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>○ 事前調査や入居の際、入居後などに、人生史や個人記録として伺っている。</p> <p>○ 色々と言掛けをして行って貰い、出来る事や出来ない事、したくない事を探し、把握に努めている。</p> <p>○ 新規入居の方は、特に注意して観察し、把握に努めている。</p> <p>○ 要因について、その都度色々検討しているが、実際、それが本当に要因として合っているのか、わからない場合もある。</p> <p>○ だいたいの方のリズムについては、把握出来ているのではないかと考えている。</p>					◎	入居時に、家族や利用者から生まれた時から入居前までの生活状況や嗜好品、食べ物の好き嫌い、食習慣、馴染みの場所等を聞き取り、個人記録用紙にまとめている。 入居後3ヶ月とその後には1年毎に更新している。
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む)	<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>○ 出来るだけ本人視点になり、何を必要としているのか検討している。</p> <p>○ 毎月のカンファレンスで話し合う以外にも、日々の様子の変化から、その都度話し合っ対応を検討している。</p> <p>○ 本人がより良く暮らせる為に、課題の把握に努めているが、全ての課題は出せていない。</p>					○	把握した情報をもとに、毎月カンファレンスを行い検討している。
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	<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>○ ケアプランを立てる時や、ケアプラン変更の際には、本人の思いや意向を伺っている。</p> <p>○ 毎月のカンファレンスで、入居者1人1人の気付きをあげて、それにより対応を話し合っている。家族の方にも面会時に伺っている。ボランティアの方の提案を、取り入れた事もある。</p> <p>○ 重度の方についても、日々の様子から検討し、プランを作っている。</p> <p>△ 家族の方の協力は得ているが、地域の方とは、なかなか関わってはいない。</p>	◎			△	△	家族から聞き取った情報と本人の希望を踏まえて、職員とケアマネジャーがカンファレンスを行い計画を作成している。
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>○ ケアプランのファイルを作り、いつでも確認できる様にしている。</p> <p>○ 毎月担当を割り振って、ケアプランの評価をしてもらい、それを参考にして、次のプランにつなげている。</p> <p>○ 特別な用紙は作っていないが、カルテに本人の様子や発言を詳しく(細かく)記入している。</p> <p>○ カンファレンス記録に、毎月担当を決めて記入し、カンファレンス時に話し合っている。</p>	◎	◎			◎	介護計画書、チェック表を綴じたケアプランチェック表のファイルで共有している。 ケアプランチェック表に実践の有無を毎日○△×で記入している。 日々の介護記録に記入しているが、介護計画に基づいた記録という点では記録量が少ない ○ 毎月のカンファレンス時に、職員の気づきや工夫を話し合い記録している。

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
6	現状に即した介護計画の見直し	a	介護計画の期間に応じて見直しを行っている。	◎	毎月ケアプランの評価を行い、期間に応じて見直ししている。			◎	ケアマネジャーが利用者全員分の見直し時期を一覧表にして管理している。	
		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。	◎	毎月ケアプランの評価を行い、継続できるか確認している。			◎	担当職員が毎月モニタリング表の実施状況・目標の達成状況をもとに評価して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。	◎	本人の状態が変化した場合、たとえば骨折により、支援が必要になった場合など、その期間のプランを立てている。			○	退院後など状態変化時には見直しを行うことになっているが、この1年間では事例がない。	
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。	◎	毎月のカンファレンスを開催し、そこで話合っている。緊急の場合も簡単ではあるが、その都度行っている。			◎	毎月カンファレンスを行い、用紙に内容をまとめている。緊急案件があれば、その日の勤務者で話し合い業務日誌や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。	◎	会議室という広い場所ではなく、椅子を持ち寄って、小さな輪になって行っている。					
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。	○	夜勤もあり全ての職員は無理だが、夜勤の明けの者も参加しやすい様に、時間を変更して行っている。(15時→9時半)					
		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。	◎	カンファレンスの用紙を見る様にファイリングし、また重要な事は直接申し送っている。			△	カンファレンス内容をまとめた用紙を各自で確認することになっている。	
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、共有できるしくみをつくっている。	◎	業務日誌に重要な事は記入した上、直接申し送っている。			○	SNSを使って職員全員でグループを組み、情報伝達をしている。業務日誌や連絡帳で情報伝達している。確認後に押印するしくみをつくっているが、全員の押印が揃っていない箇所も見受けられる。	
		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)	◎	日々の申し送りを業務日誌に記入し、また、メモ書きやノートも作り、職員がいつでも見える様にしている。緊急の事はグループLINEで知らせている。		○			
(2) 日々の支援										
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。	○	全てという訳ではないが、「寝たい方」「作業したい方」「TV観たい方」「何もしたくない方」、それぞれしたい事をしてもらっている。					
		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)	○	レクに何をするか、出前の日のメニュー決めなど選んでもらっている。選べる方は、その日(入浴準備)に着る服も、選ばれている。			○	午前中に行うレクリエーション内容を選ぶよう場面をつくっている。屋食時にデザートやゼリーの残っている利用者には、職員は「どうしますか?」と聞き、利用者は「後で食べるから置いて」と答えている場面がみられた。	
		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。	△	本人が納得できるような暮らしの実現は難しいが、できる限りの支援はしている。					
		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)	△	1人1人のペースに合わせてはいるが、起床や入浴のタイミングなどは、職員の人数も限られているので出来ない事も多い					
		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)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。	○	TVのニュースや新聞、広告などを見て、そこから話を広げる様にして話せるようにしている。				○	屋食前の口腔体操時に、早口言葉やことわざを採り入れており、利用者は大きな声を出し、笑顔で参加していた。利用者の笑い声がよく聞こえてきて、職員は「すごいね」「じょうず」など言葉をかけていた。
		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。	○	できるかぎり、少しの表情の変化で分かるように努力している。					
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がけや態度等について、常に意識して行動している。	○	利用者のプライバシーを大切に支援を行っている。新人職員は研修に参加してもらい、学んでもらっている。		○	○	△	愛媛県認知症介護基礎研修を受講し勉強している職員もあるが、その他の職員は学ぶ機会には特にならない。
		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がけや対応を行っている。	○	さりげない声かけをする様に注意しているが、耳の遠い方や意思疎通の図りにくい方には、大きな声になってしまう事がある。				○	職員は、笑顔で接しており、利用者のそばで優しく丁寧に言葉をかけていた。
		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ながら介助を行っている。	○	1つ1つの介護動作の前には声かけをして行っている。女性の利用者で、男性職員の入浴・排泄介護を嫌がる場合は、女性職員が対応している。					
		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。	◎	物盗られの訴えの強い方もおり、居室の出入りには注意しており、声かけて入室している。				◎	「〇〇さん、入っていいですか?」などと一声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。	○	利用者の個人情報について外にもれない様注意している。職員の見守りや会議内容も、他人居るに聞かれない様に注意している。カルテなども席を離れる時は見えない様にしておき要らなくなった書類もシュレッダーで処分している。					
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。	◎	洗たく物を干したり畳んだり、居室のモップかけや食器洗いなど、それぞれ出来る方に出来る事をしてもらっている。					
		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。	○	利用者同士助け合う事の大切さは理解しているが、助けている方が全部してしまう時もあり、余り手を出し過ぎないように注意している。					
		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い場面をつくる等)。	○	リビングの座席など、仲の良い方が隣になったり、目に入らない様に注意している。トラブルになりそうな時は職員が間に入っている。				○	利用者同士の相性などを踏まえて席順を決めている。
		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。	○	今は大きなトラブルはないが、物盗られによるトラブルや他者の発言に対してのトラブルの場合、職員が間に入り、会話をそらすなどの対応をしている。後で、そっとその方と話をしている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	本人や家人から話を聞き、大まかな家族構成や友人関係などの把握に努めている。				/
		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。	○	事前調査や入居後などに話を聞いたり、日常会話などから掴んでいる。				
		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。	○	家人と外出したり、今まで通っていた歯科に通ったりしている。友人が訪ねて来られる事もあり、以前入所していた隣設の施設に、友人や家人に会いに行かれたりもしている。				
		d	家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	本人の居室やリビングで、お茶を出したり、居室に椅子を出したりして、ゆっくり過ごせる様になっている。				
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)	△	季節行事や日光浴、散歩などの外出は行っているが、1人ひとりの希望に沿うことは現実的に難しい。	△	○	△	行事計画を立てて、外食や季節のドライブなどを支援しているが、一人ひとりのその日の希望に沿った支援までには至っていない。 近所への散歩は時々支援している。
		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。	×	そういう外出は実現出来ていない。				外出行事の際には、体調をみながら参加できるよう支援している。 車いすです外に出て過ごすような機会をつくっている。
		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。	○	車椅子にて近道を散歩したり、日光浴行っている。				
		d	本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。	△	施設としては余り出来ていないが、家人と出掛けられている。				
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。	○	利用者をよく観察し、皆で話し合っって対応方法を検討し、ケアを行っている。				
		b	認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。	○	日光浴や日々の体操や、時々フィットネス職員による下肢中心の運動を行い、維持・向上に取り組んでいる。				
		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動している。(場面づくり、環境づくり等)	○	本人のやる気を尊重し見守ったり、難しい事は手伝ったりしている。	○			
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。	○	事前調査や日々の会話から、その人の得意な事や楽しみな事を探り、大体把握している。				午前中にレクリエーションを行い、みなどで楽しく過ごす時間をつくっているが、個々の役割、出番をつくる取り組みは少ない。 利用者が持っている力などを活かして役割や出番をつくる取り組みを工夫してほしい。
		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。	○	1人ひとりが楽しめたり、得意な事が出来る様に支援している。	○	◎	△	
		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。	△	地域とまでは言えないが、隣設の施設で行われる運動会や誕生会などの行事に参加している。				
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。	○	好きな服を着て貰っているが、季節に合っていない時は声掛けしている。本人が迷っている時には、助言している。				清潔で季節に応じた洋服を着て過ごしていた。 食べこぼしは職員がそっと拾っていた。 鼻水が出ている利用者へは、職員がティッシュペーパーをそっと渡していた。
		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。	○	入居の際に、好きな物持ち込んで貰っている。また、定期的に散髪や髪を染めるなどしている。				
		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。	○	色々話をした上で気持ちを整え、支援している。				
		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。	○	季節ごとに衣替えを行い、時期に合った服を着てもらっている。				
		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)	○	他者にわからないように小さな声で声かけする。	◎	◎	◎	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。	×	外出が無理な為、散髪サービスをお願いする。				
		g	重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。	○	自分で決める事は出来なくても、今までの本人の状態を考えて、本人らしい服装などが出来る様に支援している。			◎	

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
17	食事を楽しむことのできる支援	a	職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。	○	食事の大切さは、大体理解出来ていると思う。				隣接の法人厨房から、でき上がった食事が届く。時々、職員と一緒に盛り付けをするようだが、利用者が食事にかかわる機会はほぼない。朝、夕食後には、お盆拭きを行っているようだ。
		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。	○	食事は隣設で調理されているが、つぎ分けや食器洗いなどを手伝って貰っている。			△	
		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。	○	近くにお店がなく買い物は出来ないが、盛り付けや食器洗いなど、出来る方にして貰っている。				
		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。	○	入居前に食事についての聞き取りを行っており、また日々の会話や、食事中の様子から好き嫌いを理解している。				
		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。	△	日々の献立は、隣設の管理栄養士が行っている。1日食止めで施設で調理する際や、喫茶を行う時には、取り入れたりしている。			△	
		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つつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等)	○	日々の調理は隣設でしてくれているが、体調に合わせて、お粥やお雑炊を作る時もある。				
		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。	○	お茶碗やお箸は施設で用意した物を使用して貰っているが、湯飲みや居室に置くコップなどは、使いやすい物を用意して貰っている。			○	
		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。	△	殆ど一緒に時間に食事する事はないが、1人ひとりの食べている様子を観察し、その都度対応している			x	
		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。	○	1日食止めの時や、喫茶でお菓子を作る際には、声掛けしながら作っている。	○		x	
		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。	○	隣設の管理栄養士による献立で、バランスの良い食事が出来ている。食事量や水分摂取量は、本人の摂取量を見ながら、適切な量を確保出来るようにしている。				
		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。	○	食事摂取量の極端に少ない方は、管理栄養士に相談し、栄養補助食品などの取入れを検討している。また、水分については好きな(飲めそうな)飲み物を探り、飲んで貰っている。				
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	x	基本的に献立は、隣設の管理栄養士が決めているが、月に1回の給食委員会で、希望を出す事もある			x	
		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。	○	次亜水を使用し、衛生管理に努めている。1日食止めについても、食中毒の流行する時期は中止にしている。				
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。	○	口腔ケアの重要性は、理解出来ている。				法人の給食委員会に参加し希望を伝える機会はあるが、職員で食事に関する話し合いの機会は持っていない。
		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。	○	隣設の歯科衛生士が、毎月口腔内のチェックを行ってくれている。また、違和感や痛みを訴えられた時は、直ぐに対応している。			○	
		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。	○	毎月、隣設の歯科衛生士がチェックしてくれ、ケアに活かしている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	自分で出来る方には声掛けを行い、口腔ケアを促している。また出来ない方は、職員が介助している。				
		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)	○	義歯の洗浄介助の必要な方は、日常的に支援を行っている。自立している方については、歯磨きの声掛けのみを行っている。			○	
		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。	○	異常のある時は、歯科衛生士に診て貰ったり、家人に相談した上で、歯科の往診をして貰っている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
19	排泄の自立支援	a	職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能が高ま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。	○	自立した排泄の大切さは理解している。介助が必要になっても、出来るだけ自分で出来る様な支援をしている。				排泄状態(失禁回数が多くなった等)が気になる利用者について、カンファレンスで話し合っており、職員間で検討して家族へ提案や報告して支援している。
		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。	○	便秘には色々原因がある為、1人ひとりの原因について検討している。				
		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)	○	全員とまでは言わないが、介助の必要な方の排泄のパターンを把握しており、声掛けトイレ誘導などを行っている。				
		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。	◎	尿取りの使用開始については、本人の失禁状態を把握し、職員で検討し、本人や家族と相談した上で開始している。	◎		◎	
		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。	○	尿量が少ない場合には、いつもより水分補給をしっかりとするなど、改善に向けて検討し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。	◎	個々の排泄のパターンを把握し、声掛けや誘導を行っている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時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。	○	その方の尿量によって、尿取りの種類を使い分けている。尿取りの種類についても、本人に試してもらってから、家人に説明し使用している。				
		h	利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。	○	日中や夜間帯、その方の尿量に合わせて、尿取りの種類などを使い分けている。				
		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)	○	食事内容については変更は難しい為、水分を多く摂って貰ったり、運動などして便秘予防に取り組んでいる。				
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)。	○	利用者が希望する時間帯での入浴は、実現する事は難しいが、お湯の温度や長さについては、本人の希望に近づけている。	◎			2日に1回入浴できるように支援している。湯温や長さは希望を聞きながら支援しているが、職員体制の都合で午前中の中の入浴となっている。さらに、利用者一人ひとりの希望や習慣を探り、支援につなげてほしい。
		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。	○	職員と利用者、1対1での対応でゆったり入浴して頂ける様、配慮している。				
		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。	◎	介助が必要な時は介助し、利用者が出来る事はして貰い、安心して入浴が出来る様に、声掛けしながら見守りしている。				
		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良く入浴できるよう工夫している。	○	家人の希望もあり、出来るだけ入浴出来る様に声掛けし、入浴を促しているが、拒否が強い時は無理強いせず、着衣交換で対応している。				
		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。	◎	朝の体温バイタルなどを把握し、顔色などチェックしている。入浴後、疲れた様子の方は、居室で休んで貰っている。				
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。	○	大体の方の睡眠パターンは、把握出来ていると思う。				安定剤を使用している利用者については、日々の様子を医師に報告し、相談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。	○	昼間に軽い散歩や、体操など体を動かして貰い、夜間眠れる様にしている。				
		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。	○	睡眠導入剤などは、転倒の恐れもある為、なるべく使用しない様にしている。夜間の不眠の方については、日中の活動量や昼夜逆転していないかを検討し、対応している。			○	
		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。	○	各居室にて、ゆっくり過ごせる様にしている。				
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。	△	施設から本人が直接掛ける事はないが、電話が掛かってきたら、本人と話して貰っている。手紙は職員が預かり、ポストに入れている。				施設に利用者が掛けられる電話がない為、携帯電話を持っている方は、家人も理解・協力してくれている。よく面会してくれている為、手紙や電話をお願いした事はない。
		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。	△	本人の希望がある時は、職員が支援している。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	×	施設の電話は回線が1つしかない為、こちらから掛ける事は殆どない。携帯電話を持っている方は、それで家人に電話されている。				
		d	届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。	△	届いた手紙は本人に渡し、読んで貰っている。渡しても、直ぐに何処かに仕舞い込み、忘れる方については、その場で封筒を開けて貰い、返信を促している。返信する時は職員預かり、ポストに入れている。				
		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。	×	施設に利用者が掛けられる電話がない為、携帯電話を持っている方は、家人も理解・協力してくれている。よく面会してくれている為、手紙や電話をお願いした事はない。				

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	
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。	○	自己管理出来る方は家族と相談し、少額のお金を持たれている。				/	
		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。	×	必要品はほぼ家人が購入されており、ショッピングも余り出来ていない。					
		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。	×	高齢の為、買い物に出る事が難しい。以前行っていた店が閉店してしまい、行けるお店があまりなく、買い物は余り出来ていない。					
		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。	○	少額の所持は、家人の理解の上で行っている。自分で管理するのが難しい方は、預かり金として職員が管理し、必要な時に出している。					
		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。	○	預かり金で購入する時は、家の方の承諾を得ている。					
		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)。	○	入居時に家人に説明しており、預かり金として施設で管理している。預かり金は、月末に現金出納帳をコピーし、家族に送っている。					
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。	○	家族の方の来設時、利用者の状況を伝えると共に家族の話を聴くようにしている。	◎		△	外泊時には、着替えの準備などを行っているが、既存サービスに捉われないサービスという点からは、事例がない。	
(3) 生活環境づくり										
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。	○	門扉を開けており、気軽に来れる様にしている。	○	○	○	高速道路の側道に面して玄関がある。門扉から玄関までは柳の木や紫陽花など緑が多い。	
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、家庭的な雰囲気やそくような設えになっていないか等)。	○	玄関に花や植物を飾ったり、手作りの暖簾などを取り付けている。入居者が作られた物も、リビングや玄関に飾っている。	○	◎	○	居間には百日草を生けていた。壁には職員と利用者でつくった壁画飾りがあった。	
		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。	○	毎日掃除し、窓を開け換気を行っている。大きな音もたてない様に、気を付けている。			◎	不快な音や臭いはなく掃除も行き届いている。	
		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。	○	季節の花を花瓶に挿したり、窓から外を眺めて貰っている。				○	居間から中庭の紅葉が見え季節の移り変わりが感じられる。浴室には掃き出し窓があり、湯船から坪庭を眺められる。
		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。	○	自席以外にも、本棚の横にソファを置き、利用者同士で、歌本や本を見ながら過ごせる様にしている。					
		e	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。	○	施設の設計的な問題もあり、リビングからトイレの入り口が見えているが、トイレが使用中かどうか見えている方もいる為、そのままにしている。気にされる方は、リビング入り口のカーテンを閉める様にしている。					
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。	○	本人、家族と話し合いながら、本人の馴染みのあるものや使い慣れた物を持ち込んで頂いている。	○		○	家族の写真を飾っている居室がみられた。自宅から持ち込んだ棚は、使いやすい位置を利用者と相談し配置している。	
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。	○	多くの手すりを設け、バリアフリーにて移動しやすく、より安全に暮らせるよう工夫している。貼り紙や目印なども付けている。			◎	手押し車や歩行器を使用する利用者が多く、十分な移動スペースを確保している。また、トイレの出入りにカーテンを付けて、自分でトイレへ行く事ができるようにしている。	
		b	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。	○	危ない物は預かったり、居室の片付けなど職員と一緒に行動などの対応をしている。					
		c	利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)	△	新聞や広告は手に取れる所に置いているが、認知が重度の方(異食行為ある方)もいる為、ポットや裁縫道具などは出していない。					
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)	○	鍵を掛けないケアの取り組みについて、理解はしているが、玄関の施錠については悩んでいる。	△	△	△	「鍵をかける事は望ましくない」ことを知っているが、弊害等について勉強する機会は特に持っていない。職員の都合で鍵をかけることがある。	
		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。	△	申込時に居室の施錠について聞かれた事はあったが、普段家人より施錠についての話はされた事はない。安全確保については、話をしている。					
		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)。	○	リビングに職員がいる時は、施錠しない様にしている。帰宅の訴えが見られ出したら、他の事に注意がいくようにし、離脱しないように気を付けている。					
(4) 健康を維持するための支援										
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。	○	個人記録やカルテ、日誌を見て把握している。				/	
		b	職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。	○	毎朝、バイタル測定をしてカルテ記入している。異常があれば申し送り、要注意して観察している。					
		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。	○	気になる事があれば訪問看護師や、隣設の施設の医師や看護師に相談し、状態に応じて受診をする様にしている。					

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
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。	○	基本、運営法人の病院医師がかかりつけ医になっているが、他病院へ受診が必要な場合は、家人に相談し、希望の病院へ受診している。	○			
		b	本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	○	本人や家人の希望するかかりつけ医があれば、そのまま適切な医療が受けられる様に支援している。				
		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。	○	受診や通院について家人と相談しており、受診結果の報告も家族にしている。				
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。	○	病院に行ったり、連絡しながら情報提供を行っている。				
		b	安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。	○	病院の様子を見に行ったり、連携会議で利用者の状態や今後の流れを聞いている。				
		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。	○	連携会議や、週1回の施設状況の報告を行い、関係づくりをしている。				
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。	◎	週1回の訪問看護師の来設時に、報告相談している。それ以外は病院に連絡している。				
		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。	○	24時間対応可能な状態になっている。				
		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。	○	訪問看護時に日々の状態や変化を伝えて、アドバイスを受けている。緊急時は、隣設の看護師に相談している。				
34	服薬支援	a	職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。	○	服薬内容の説明書をカルテに綴じて、いつでも確認出来るようにしている。				
		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。	○	職員全員に確実な申し送りを行い、服薬ミスのないよう気を付けている。				
		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。	○	処方内容が変更した時は、特に要注意して観察している。副作用が考えられる場合は、医師に相談している。				
		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。	○	処方内容が変更した時は、特に要注意して観察し、カルテ記入し、他職員にも申し送っている。副作用が考えられる場合は、医師に相談している。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	×	看取りは現在行っていない。				看取りを実施しない方針で、入居時に家族へ説明を行っている。急変時には、延命治療の有無を口頭で聞いている。家族アンケート結果をもとにして、さらなる取り組みを検討してほしい。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。	○	看取りマニュアルは作成しているが、病院や老人保健施設との連携がある。	△			
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	カンファレンス等で、その都度支援内容について話し合っている。				
		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。	○	入居時、面会時に説明して理解を得ている。				
		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。	○	かかりつけ医に連絡を取り、対応している。				
		f	家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)	○	その都度、心配な事などあれば相談に乗っている。				
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。	○	定期的に学んでいる。機会があれば研修も行っている。				
		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。	○	マニュアルに沿って対応している。必要物品も用意している。				
		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。	○	市や病院からの連絡などで対応している。				
		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。	○	ニュースや新聞、市や病院などのメディアから情報収集している。				
		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。	○	手洗いやうがいを実施しており、咳をしている時はマスクを使用して貰っている。				

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
II. 家族との支え合い									
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。	○	本人を支えていけるよう、家人さんと話し合いを行っている。				年1回の家族会や運営推進会議、ボランティアの訪問時に案内をしている。 毎月、桃太郎便りと個別の健康通信(利用者の様子や写真、実施した事、来月の予定)を作成して送付している。 行事報告は、運営推進会議や毎月の桃太郎便りで報告している。 職員の異動や退職に関しては、毎月の健康通信で報告している。 設備改修や機器の導入に関しては報告していない。 毎月送付する健康通信に「何か心配な事がある時にはいつでも相談ください」と一言添えている。 家族来訪時には職員から声をかけている。
		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)	○	家の方が来られたら、お茶などを出し、ゆっくり過ごして貰っている。宿泊などは行っていない。				
		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)	○	運営推進会議や、ボランティア来設の案内をし、参加して貰っている。	◎			
		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]	◎	面会時には、本人の状況を説明している。毎月、だよりや健康通信(写真付き)なども送っている。	◎			
		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な内容を把握して報告を行っている。	○	知りたい事や不安に思っている事を把握し、報告している。				
		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)	○	家族より相談があれば話を聴き、よい関係が継続出来る様に支援している。				
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)	○	行事や設備改修、職員の異動・退職などについて、その都度報告し、理解を得ている。	○			
		h	家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)	○	家族会(食事会)など行い、家族同士の交流が図れる様にしている。				
		i	利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。	○	リスクを説明し理解してもらい、その方に合った対応を行っている。				
		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。	○	面会時など、何かあれば報告している。電話での連絡もやっている。				
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。	○	入居時に重要事項説明書に沿って説明しており、変更の際にも説明し、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。	○	施設での対応が難しくなった場合、利用者・家人に説明し、連携室や施設相談員に相談し、納得のいく退居先に移れる様に支援している。				
		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)	○	改定や変更があれば、その都度新しい書面と口頭で説明している。				
III. 地域との支え合い									
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。	○	運営推進会議などの案内を出し、参加して頂いている。		◎		目標達成計画に挙げて、挨拶などに心がけたり、運営推進会議参加のお願いをしたりしているが、地域とのつきあいが拡がったり深まったりはしていない。 利用者が地域行事に参加する機会はほぼない。
		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)	○	地域の人たちに対して、挨拶や話などを行っている。外出時などコミュニケーション図っている。		△	△	
		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。	×	特定のボランティアの方のみである。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	たまに、お遍路さんが立ち寄ることあり。利用者の知り合いが、来られる事もある。				
		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。	○	犬の散歩などしている方々に挨拶している。				
		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)	○	ふれあい相談員、ボランティアの方々が来てくれている。				
		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。	○	安全に暮らせるよう支援している。				
		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)。	○	避難訓練などを行って関係を深めている。				

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。	△	利用者や家族は参加されているが、地域の方の積極的な参加は得られていない。	◎		△	会議は、参加者と一緒にレクリエーションなどを行うスタイルで開催しており、毎回、全利用者が参加している。家族1～2名は参加があるが、地域の人の参加はほぼない。地域の人には案内を出しているが、参加にはつながっていない。	
		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。	×	運営推進会議では、報告していない。家族会の際に、簡単に報告している。			×	行事報告を行い今後の予定を伝えている。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。	×	現在の運営推進会議の内容は、話し合いや報告と違った内容になっている。			◎	×	参加者から意見や提案を出してもらった場面をつくっていない。
		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。	○	会議内容に合わせて、日程を組んでいる。休日などの開催も試みたが、市役所お(高齢介護課)の参加を得られず、必ずしも良いとは言えなかった。			◎		運営推進会議の意義を再考して意義ある会議を行ってほしい。
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	×	運営推進会議の際に、前回の内容の報告はしているが、公表まではしていない。					
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。	○	理念と目標を忘れぬよう施設内に掲示し、入居者の皆さんが、ゆったり過ごせるよう支援している。					
		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。	△	理念について施設内に貼りだしており、またパンフレットにも載せており、理念を伝えられる様にしている。	○	△			
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。	○	法人内での勉強会に参加し、可能な限り法人外での研修にも参加している。					
		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。	○	新人に対しては、段階を踏んで教える様にしている。他職員も研修会などに参加して貰っている。					
		c	代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	○	年2回の査定や自己評価を実施して、個々の努力などを把握して貰っている。					
		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)	○	グループホーム交流会に参加したり、研修に参加して、意識向上に努めている。					
		e	代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。	○	日頃より職員一人一人の意見や、要望等聴くように心掛けている。	◎	◎	◎		職員の歓迎会、忘年会等がある。2年に1回社員旅行がある。年1回のストレスチェック制度を導入している。
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。	◎	先日行われた研修会に全員参加し、学ぶ事が出来た。研修会の資料等をファイルにして、目を通すことが出来るようにしている。					
		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。	○	毎月のカンファレンスなどで、話し合いをしている。時々、勉強会も行っている。					
		c	代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないよう注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。	○	言葉の暴力など、見過ごされない様に職員同士、互いに注意している。				○	不適切なケアを発見した場合、その場で注意し管理者、他の職員に報告し、管理者が事実確認を行い再度注意する手順になっている。
		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。	○	日頃より職員一人ひとりの話を聴いたり、本人の様子から把握できる様に心掛けている。					
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「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。	○	勉強はしているが、さらなる理解が必要と思われる。					
		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。	○	勉強会を行い理解を深め、職員で話し合い、注意し反省を行っている。					
		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り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	△	安全性を重視し、ご家族の方のご理解を得た上で玄関の施錠は行っている。身体拘束は行っていない。					
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。	△	勉強はしているが、さらなる理解が必要である。					
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	△	支援するまでに至っていないが、情報提供などは行っている。					
		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。	○	電話、FAXや直接出向き、相談、報告等行っている。					

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
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。	○	マニュアルを作成し、緊急時に対応できるようにしている。				
		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。	○	日頃より職員間で話し合い、対応できるようにしている。				
		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。	◎	少しでも危ないと感じた時は、ヒヤリハットにまとめたり、業務日誌に書くなどして、職員で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。	◎	手すりを増やす等し、より安全に暮らせるよう工夫している。				
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。	○	クレームの内容については、その都度話し合っている。				
		b	利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。	○	マニュアルに沿って対応している。自分達だけでは対応が解らない場合は、市にも相談している。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	○	上司や職員で対応策を検討し、対応している。				
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)	○	意見箱を設置したり、日々の会話の中で、要望を聴いたりしている。			×	運営推進会議に参加するが、意見や要望を出す場面は設けていない。個別に訊く機会は持っていない。
		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)	○	意見箱を設置したり、面会時などに話せるようにしている。	○		△	運営推進会議、家族会に1~2名の家族が参加しているが、会議では意見を訊く場面は設けていない。来訪時に聴くが、意見などはあまりないようだ。
		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。	○	苦情相談窓口、意見箱、運営推進会議、面会時等に行っている。				
		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。	△	代表者が直接現場に来る事は余りないが、意見や要望を伝えて貰ってはいる。				
		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。	○	月1回のカンファレンス等、職員が意見を出しやすい雰囲気を作るようにしている。			○	毎月のカンファレンスや年2回の管理者との面談時に意見や要望を聴いている。
49	サービス評価の取り組み	a	代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。	△	目的や意義についての話し合いはしているが、年1回以上の自己評価まではしていない。				事業所玄関の掲示板に掲示している。運営推進会議時には報告していない。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	△	前回の課題が「地域とのつながり」という事もあり、意識の統一はしているが、学習の機会などでは活かしていない。				
		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。	△	火災以外で想定した訓練という事で、大雨時での避難指示発令を想定した、隣施設との合同で避難訓練を行った。				
		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。	×	評価結果を貼り出して家族の方に見て貰ってはいるが、モニターなどはして貰っていない。	○	○	×	
		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。	×	確認は余りしていない。				
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)	○	対応マニュアルを作成し、目につく所に貼っている。				5月の運営推進会議時に、夜間想定で総合避難訓練を実施し市職員、家族1名が見学した。目標達成計画に挙げて取り組みを行い、地域の人に参加依頼をしているが、参加にはつなげていない。地域や家族との合同訓練や災害対策について話し合う機会を設けてほしい。
		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。	○	毎月、訓練を行っている。また、年2回消防署立ち合いでの避難訓練を行っている。				
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	○	毎月、担当を決め、定期的に点検している。				
		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。	○	年2回、消防署の訓練を行っているが、地域の方の参加は余りない。	○	○	△	
		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)	×	地域の訓練には参加出来ていない。				

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、情報発信している。				相談支援する取組みは行っていない。
		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。	×	地域の方からは、相談を受けた事が殆どない。		△	×	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	×	解放はしているが、集う場所とはなっていない。隣設の施設では、弁護士による相談を定期的に行っている。				
		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。	○	高校などのボランティア部や、実習の受け入れを行っている。				
		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)	△	グループホーム交流会で、他の事業所との交流を図っているが、地域活動には余り参加出来ていない。			×	