

事業所の概要表

(平成30年5月28日現在)

事業所名	グループホーム とらや					
法人名	(株)えひめメディコープ					
所在地	新居浜市若水町2-7-4					
電話番号	0897-31-3203					
FAX番号	0897-31-3215					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 2005 年 8 月 17 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 ( ) 階部分					
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 地域密着型通所事業所 花みずき )					
ユニット数	ユニット		利用定員数 9 人			
利用者人数	9 名		( 男性 0 人 女性 9 人 )			
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	0 名	要介護2	0 名
	要介護3	7 名	要介護4	1 名	要介護5	1 名
職員の勤続年数	1年未満	3 人	1~3年未満	2 人	3~5年未満	2 人
	5~10年未満	2 人	10年以上	1 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 2 人		介護福祉士 9 人			
	その他 ( )					
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	新居浜協立病院 藤村歯科					
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: 4 人 )					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	32,000 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	円 ( 朝食: 286 円 昼食: 333 円 )
	おやつ:	円 ( 夕食: 333 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 checked="" type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他の費用	・ 水道光熱費	14,290 円
	・ 管理費	9,520 円
	・	円
	・	円

家族会の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (開催回数: 年2 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: 月1 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 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!!!

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7月11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)	5	(依頼数)	9
地域アンケート	(回答数)	4		

※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	3870501511
事業所名	グループホーム とらや
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	高橋 美香
自己評価作成日	2018 年 6 月 25 日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b>                  「笑顔のある暮らし」                  *利用者様の自分らしい生活を追及していく*常に安全・安心であるように追求し心がける                  *何でも言い合い改善ができる職場作り *介護の質の向上ため、常にスタッフの意識を持ち、まいにちをふりかえり、常に前進していく。                  *地域及び他施設へ情報発信、情報交換を行い、交流を図る。</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>                  14:一人ひとりの尊重とプライバシーの確保・自分の家かどうか。自分の親かどうか。施設としてでなく、「棲家」としての目標を大切に。という目標でトイレへの声掛けの仕方、排泄用品が他人の目に触れないような工夫をするように取り組んできた。椅子や車椅子にフラットのパッドを敷いたりしていたが、それを止めて座布団を敷くようにした。トイレへの声掛けは皆に聞こえるような声掛けになっており、引き続き意識していく事が必要。                  3:運営推進会議を活かした取り組み・母体病院の会議室を借りてすることが多かったが、できるだけ当施設で行い、利用者の参加や、職員の参加も増やすようにしている。曜日を交えたことで参加できるメンバーが増え、その方から意見をもらえることもある。デイサービスと合同の会も年2回ありデイの利用者さんとの交流もできるようになった。                  13:災害対策・施設内で地震時に危険な箇所をチェックし、自分達でできる対策を早急に行う。備蓄品のチェックを定期的に行う。自治会長を巻き込んだ救助訓練。を目標にしていたが、訓練に関しては、校区の防災訓練や施設での防火訓練時に浸水を想定した母体病院の2階への避難訓練を実施したのみ。物品に関しては、利用者の居室にヘルメットを設置。業者(ジェイコム)で災害食の管理ができるようになった。衛生用品等も防災担当を決めて準備している。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b>                  利用者の「自分が生まれ育った地元に行きたい」家族の「利用者の妹に会わせてやりたい」などの希望に沿って、年1回、家族と一緒に夢叶えツアーを計画し支援している。                  裏の畑には夏野菜を育て、野菜の生育状態などが話題になることが多い。                  ウッドデッキにはゴーヤで緑のカーテンをつくっていた。                  運営推進会議参加者から「外出行事などでボランティアが必要であれば協力できる」と申し出があり、実際に外出行事などにボランティアが協力してもらっている。</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	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	<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>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p>	<p>日常生活の中の言葉や様子から暮らし方に対する意向を汲み取るよう努めている。</p> <p>本人にとって何が最良か、家族はどうしてほしいかと考えているが介護のやりやすさで行っていることもある。</p> <p>介護保険の更新時には、お元気だった頃の様子や、好きだったもの・事について話し、本人の思いを慮っている。</p> <p>日常生活のかかわりのなかから利用者の意思が表出しているような事を記録に残している。</p> <p>検討会で記録から抜き出した本人の言葉や様子を元に皆で本人の思いに沿った介護を話し合っている。</p>	○		○	入居時に家族や本人から聞き取り、私の姿シートに記入しているが、情報量は少ない。介護計画作成前には、本人に希望や意向を聞き取り施設サービス計画書の意向欄に記入している。
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>○</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>○</p> <p>○</p>	<p>家族・友人・近所の人が来訪時趣味のことや仕事のことを聞いている。</p> <p>アセスメントシートで更新時に確認している。</p> <p>日常生活の中の言葉や様子から暮らし方に対する意向を汲み取るよう努めている。</p> <p>不安や、不安定になっている時のことを記録し申し送りや、検討会で話し合っている。</p> <p>記録に詳しく記入している。排泄チェック表を合わせてみることでトイレの回数や排便についてもわかる</p>			○	入居時にアセスメントシート1を家族に渡し、生活歴や趣味などを記入してもらっている。
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>△</p> <p>○</p> <p>○</p>	<p>半年に1回の介護計画検討会で看護師、介護士、ケアマネにより、これまでの記録から検討しているが介護する側の視点になってしまうことがある。</p> <p>毎月行う介護検討会で1ヶ月の記録を振り返り、皆で検討している。</p> <p>検討し出てきた課題や疑問は月1回心療内科カンファレンスで主治医に相談報告している。</p>			○	日々の介護記録をまとめたものと、利用者の現状と対応様式(食事、排泄、入浴、移動、睡眠、意思疎通等)の情報をもとにして、管理者、計画作成担当者、看護師が検討している。
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>○</p> <p>○</p> <p>△</p> <p>×</p>	<p>重度の方は家族から聞きとった意向や暮らし方になっていることが多い</p> <p>半年に1回の介護計画検討会で看護師、介護士、ケアマネにより、これまでの記録から検討している。</p> <p>重度の方に関しては、目線が介護者になっていることが多い</p> <p>家族による受診対応くらいで地域の人たちの協力までは盛り込まれていない。</p>	○		○	家族から事前に聞き取った要望や本人の希望を踏まえて作成している。
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>○</p> <p>○</p> <p>◎</p> <p>△</p>	<p>サービス計画書は常に見れるようにカルテにファイルしている。</p> <p>日々の介護が介護計画に沿っているか常に意識できるようカルテにケアプランの番号を入れている。</p> <p>文章に差はあるもののそれぞれが、細かく記録しようとして日々記録している。</p> <p>気づきを記入する欄はあるが、あまり記入できていない</p>	○		◎	個人ファイルの表紙裏に綴じて共有している。介護計画検討会時に計画作成担当者が計画の説明をしている。 短期目標のサービス内容に番号を振り、日々の介護記録に番号とその様子を記入している。 日々の介護記録の本人の言動、行動欄に記入している。しかし、介護計画に基づいたという点からは、利用者によって情報量に差がある。 日々の介護記録に気づきを記入する欄を設けているが、ほぼ活用されていない。

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。	○	更新時以外は特に何もなければ6ヶ月でモニタリングし、見直している。			◎	年間行事計画書と併せて、計画見直し時期を台所のボードに貼っている。	
		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。	◎	介護検討会にて月1回は現状のすり合わせを行っている。			◎	利用者の現状と対応様式を用いて毎月評価し、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。	△	入院し歩行が困難になった時等健康上の問題に関しては介護計画を見直している。			○	入退院で状態変化があった場合に見直しを行った事例がある。	
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。	○	月に1回定期的に介護検討会を開催し課題等について話し合っている。			◎	毎月、検討会(職員会も兼ねる)を行っている。緊急時には、当日の出勤者で話し合い申し送りを行っている。	
		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。	△	情報や気づきについては、意見を出しているが、何かを決定する時は発言の声の大きい人の意見に流されることがある。					
		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。	○	希望休の入っていない平日をえらんでいる					
		d	参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。	○	会議の議事録や資料を渡したり、ケアの内容等、意思統一が急がれるものは申し送り簿に記入し伝達している。			○	回覧用のファイルに会議録を綴じて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。	○	その日のリーダーが申し送り簿に記入している。見た職員はサインをしている。			◎	日誌に記入して申し送りを行っている。	
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝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)	○	その日のリーダーが申し送り簿に記入している。見た職員はサインをしている。	◎				
<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。	△	朝のバイタル測定時や話の中で聞き取り、「あれ食べたいわー」という方には一緒に買い物へ出かけおやつや食材を選んでもらっている。					
		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)	○	買い物への同行、外出時の服装、昼食後の過ごし方、入浴するかどうか、おやつを何にするか等選択の機会を作っている。			△	雑誌や本を用意しており、利用者は自分で読みたいものを選び読んでいたが、日々の暮らしの様々な場面でという点からは機会が少ない。	
		c	利用者が思いや希望を表せ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。	○	利用者の興味がありそうなことは声掛けしたり、日常の中での選択もなるべく本人の希望に添えるよう支援している。					
		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)	○	夜間眠れなかった方の起床時間をずらしたり、入浴の好きな方の時間を少し延ばしたり状況に合わせて対応している。					
		e	利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	その方の興味のある話題で話しかけ言葉を引き出したり興味のあるビデオをかけて笑顔を引き出すよう心がけている。余裕のあるときは、個別に散歩へ連れ出したりしている。			○	洗濯物をたたみ終わった利用者に、職員は、「ありがとうございます」「助かりました」とお礼を言っていた。	
		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。	○	脳梗塞後失語症の方、認知症重度で意思疎通ができない方もできるだけ職員が話しかけることにより、だんだん言葉が増えてきたり言葉にならない言葉で返答が返ってきたり、反応で喜びを察している。					
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。	△	ほとんどの職員が出来ていると思うが、そうでない職員には認知症ケアについての研修勧めたり、面談時に話をしている。	◎	◎	△	プライバシー保護の取り組みについて内部研修を行っている。職員間のケアや業務のやり取りの声がよく聞こえてきた。	
		b	職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。	×	トイレ誘導時の声掛けは人前でも普通に行われていることが多い。			×	利用者の支援について職員間でやり取りする声が聞こえてきた。目立たずさりげない言葉かけや対応への取り組みが期待される。	
		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。	○	他人の視線に配慮して戸を閉めたり、声をかけながら行っている。					
		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。	△	利用者が居室にいる時は一声掛けて入室しているが、洗濯物を片付けに入室する時にはできていない。				△	利用者が居室にいる時にはノックして「〇〇さん入っていますか」と確認しているが、不在の場合にはそのまま入っていた。
		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。	○	入職時に、説明し個人情報保護について念書もとっている。					
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。	○	いろいろな日常の作業の手伝いをお願いし、していただいたことに対しては感謝の言葉を伝えられている。又料理の知識等分からない事を聞くとしっかりおしえてくれる。					
		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。	○	お手伝いにもそれぞれ得手不得手があり、出来る事を見極めそれぞれにお願いしている。					
		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つ場面をつくる等)。	○	一人の利用者様が「世話役というか姉御肌で他の利用者様にいろいろ声をかけてくれる。「ばあちゃん、よう寝るよるで」「あんまり早よう寝たら夜、寝れなくなるよ」皆と一緒に手仕事をしながら普通に会話している皆さんが本当に穏やかでいい顔をしている。			○	複数の利用者と職員で洗濯物をたたんでいる様子がみられた。会話を楽しめる利用者同士と一緒に座れるよう席順に配慮している。	
		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不安や支障を生じさせないようにしている。	○	重度の認知症の方が多く、関係的トラブルというよりもずっと歌を口ずさんでいる方に「うるさい！やめなさい」と怒鳴り、奮われた方はばつもの悪そうな顔になる。ということがあるため、食後の座る場所には気を付けている。が5分後には隣に座ってにやかにお喋りしていたり、ずーっと同じ話をする人の話も初めて聞くように関心を持って聞いてあげたり、なんともなく話がかみ合っていないともうまくいっている。					

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
12	馴染みの人や場との関係継続の支援	a	これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。	△	入所時に家族から聞き取っている。				/
		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。	△	入所時家族から聞き取るが、生活を共にしていない息子や娘からはなかなか聞き取れない。人づてに此地に入所した事を聞き面会に来てくれる方たちから話を聞ける事もある。				
		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きた人や場所との関係が途切れないよう支援している。	○	職員が付き添っていく事はほとんどない。ご主人が他の施設に入所している方はお嫁さんが付き添い定期的にそこへ会いに行ける様支援している。				
		d	家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	受診は家族対応の為、遠方の家族も月1回は来訪がある。近所の方、詩吟の生徒さん、子供家族等が来られる。自室やウッドデッキではなしていただくが狭いこともあり、居心地がよいかは・・・茶水は提供している。				
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)	○	自分から外出希望される方は少ないが、一緒に買い物に出掛けたり、余裕があるときは近所のアーケードや、つづら瀬へ出掛けている。また、併設しているデイサービスへボランティアが来たときは移動し参加、一緒に楽しんでいる。	○	△	○	食材の買い物に出かけたり、季節ごとに花見などに出かけている。 調査訪問日の午前中、利用者と職員で食材の買い出しに行く様子がみられた。
		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。	△	全員で出掛けるときは地域の運営推進会議のメンバーやボランティアに声をかけ参加をお願いしている。				外出行事には体調をみながら一緒に参加できるよう支援している。 天気の良い日にはウッドデッキに出て日向ぼっこできるよう支援している。
		c	重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。	△	外出行事には、皆と同じよう車椅子で参加している。体重測定は散歩がてら近所を散歩して連携病院へ出掛けて車椅子用の体重計を借りている。			○	
		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。	△	年に1回誕生日に夢叶えツアーを企画している。家族と相談して家族が連れて行きたいところへ一緒にでかけたり担当職員が行きたい所へ出掛けたりしている。				
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	○	いつもと違う様子が見られたときは、前後で何か変わったことがなかったか。申し送り等で話して対応している。				
		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。	○	トイレ誘導の際に、玄関のほうまで歩いてもらって筋力の低下が進まないようにしたり、レクの体操のときに口腔体操を取り入れたりしている。				
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	日々のお手伝いの中から個々に合ったできることを選び、話をしながら職員と一緒にしたり、利用者同士でしたりしている。	○		○	
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。	○	入所時に家族から聞いたり、アセスメントシートから読み取って、本人の居場所作りに活かしている。				洗濯物たたみやお盆拭きを行う場面をつくっている。 午前中はDVDを見ながら体操する時間をつくっている。
		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。	○	それぞれのレベルにあったお手伝いの場やレクリエーションへの参加を提供し、笑顔で過ごせるよう取り組んでいる。	○	◎	○	
		c	地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。	○	地域での行事(校区運動会・校区文化祭への出品)や愛護の子供との餅つき大会への参加を支援している。				
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。	○	自分で身支度を整えて来る方には、よほど時候に合わない薄着や厚着でない限り個性として口出ししないようにしている。				それぞれが室温に合った服装で過ごしていた。 テーブル席にティッシュとゴミ箱を用意したり、口元が汚れている人には職員がティッシュで拭いたりしていた。  それぞれが似合う洋服で過ごしていた。 食事介助が必要な人は介護エプロンを使用していた。
		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。	○	その人らしさを消してしまわない様にならないようにしている				
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。	○	職員がアドバイスしながら、その時期にあったものからその日着るものを選んでいく。				
		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。	○	外出時は普段より少し"おしゃれ"を感じられるような服装選びを援助している。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○	自分で整える事ができる方には、声掛けにて。起床時や食事の後自分で出来ない方には職員が介助している。	○	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	△	特に、本人や家族から希望のない方は施設に毎月有償ボランティアのかたが来てカットしてくれている				
		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。	○	朝起床後は季節にあった衣服に着替え整容している。パジャマのまま過ごさない事を心がけている。			○	

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		
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。	○	皆でテーブルを囲み、おしゃべりをしながら楽しく食事できるように援助している。				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  朝、夕食は、退出職員が献立を立てており、調査訪問時には、午前中に職員と一緒に食材の買い物に出かけていた。 昼食は、法人の病院から出来上がった料理が届く。食後、お盆を拭く利用者の様子がみられた。  畑で採れた野菜を使用したり、旬の食材を使用して献立をつくっている。  入居時に、箸、湯のみを持ってきてもらっている。目の見えにくい利用者は、色つきの茶碗を使用していた。  職員も一緒に同じものを食べながら、食事に時間がかかる人には、職員が入れ替わりながら隣に座ってサポートしていた。  職員がテーブルにお盆を並べ盛り付けをしていた。自分で箸をうまく使えない人には、ご飯をおにぎりにして手で持って食べられるようにしていた。  法人の病院で毎月給食委員会があり、職員が参加している。その際に、管理栄養士に献立のアドバイスや調理方法を教えてもらっている。職員間では口頭で話し合っている。		
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	○	食べたいものを聞き、一緒に買い物へ行き、下ごしらえを手伝ってもらっている。配膳、食器洗いもできる方にはお願いしている。					◎	
		c	利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。	○	食べたいものを聞き、一緒に買い物へ行き、下ごしらえを手伝ってもらっている。配膳、食器洗いもできる方にはお願いし感謝を伝えている。						
		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。	○	アレルギーは家族に、好き嫌いなどは本人より聞いたり、食事の時にいつも残している事で気づく事がある。						
		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。	○	お彼岸の頃にはおはぎを作ったり、秋にはふかし芋や芋炊きを作ったりしている。						◎
		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)	○	本人の身体機能に合わせつつ、できるだけ皆と同じものが食べられるよう大きさや軟らかさに気をつけている。						
		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。	○	使い慣れた・・・というより使いやすいものを使用している。						◎
		h	職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。	○	昼食、夕食は一緒にテーブルにつき個々の様子を見守っている。進まない方、混乱している方へ声掛けや介助を行っている。						◎
		i	重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。	○	食堂と台所が繋がっている為調理し始めるとおいしそうなにおいが漂ってくる。「お腹すいたねー。おいしそうだねー」と食事を心待ちにしている。	○					○
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	○	食事チェック表や水分チェック表で確認し、摂取量の少ない方には、補食している。						
		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。	○	食欲のない利用者には、好きなものを食べれる時に食べてもらったり、飲む量が少ない方にはその人が好きな飲みやすい物をだして補食している。						
		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。	○	献立を考える時には被らない様に前日の献立表を見て考えている。献立表を見て頂きアドバイスをもらっている。						○
		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。	○	ほぼ毎日買い物に行き、新鮮な食材を仕入れている。賞味期限を確認し古くならないうちに使い切るようにしている。まな板は毎日ハイター消毒している						
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。	○	食後、口腔ケアを行っている。食前のケアはできていない。レクの時に“バタカラ体操”や“歌レク”を取り入れている。				年1回、利用者全員が歯科検診を受けており、歯科医からの指摘があれば、職員が医療情報用紙に記録している。 虫歯の有無、舌の状態、義歯の状態などについては、口腔ケア時の目視にとどまっている。  毎食後に口腔ケアを実施できるよう支援している。		
		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。	△	年に1回連携歯科の検診を受けて指摘のあった事項は皆に申し送っている。					△	
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	△	歯科医より指摘のあった事項は皆で周知して実践している。訪問歯科医師協会からの口腔ケアについての配布物も参考にしている。						
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	食後洗面所に誘導し声掛けしている。自分で義歯の手入れができないときは職員が援助している。						
		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)	○	食後の歯磨き、うがいをしていたい。定期的に義歯洗浄剤を使うようにしている。						○
		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。	○	定期的に歯科往診に来ていただき対応している。義歯の不具合や痛みがある時には往診し調整をお願いしている。						

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
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。	×	安易に紙パンツやパッドを使用する傾向がある。失敗した時のことに重きをおいていると感じる。職員目線の援助になっている。				利用者の現状と対応シートの排泄の項目で現状を把握し、毎月の検討会時に見直しを行っている。
		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。	○	食事や水分、運動量の不足については常に気をつけている。				
		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)	○	排泄チェック表にて日々チェックし把握している。				
		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々の状態にあった支援を行っている。	○	日中はほぼ全員がトイレで用を足すことを支援している。夜間トイレの方、パッド使用の方、トイレ誘導の方それぞれにあった介助をしている。	◎	◎		
		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。	△	それぞれのその時々々の状況に合わせた排泄について、検討会で話し合っている。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	◎	排泄チェック表を見て時間の開いている方や、訴えがなくても席を立ち落ち着かない方をトイレ誘導している。				
		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。	△	以前から使用しているものを元に状態に変化があった時検討会で話し合い、変更の必要があれば管理者より家族へ報告、了承を頂くようにしている。				
		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。	○	日中は小パッド、夜間は大パッドと尿量や睡眠の状態を使い分けている。				
		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)	○	水分の摂取や繊維質な食材の摂取に努めたり、自分から動いたりしない方については、トイレ誘導時、玄関まで廊下を歩行してもらったり、食後暫くトイレに座ってもらったりしている。				
20	入浴を楽しむことができる支援	a	曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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)。	△	業務の流れでほぼ午後からということになってしまっている。週2～3回は入浴できるようにチェック表で確認し動いている。温度や長さについては体調が許す限り希望に沿っている。	◎			基本的に午後2時から、週2～3回入浴できるように支援している。持病のため浴室までの移動で疲れてしまう利用者があるが、風呂好きな人でもあり、入浴日の移動は車いすで行い負担軽減して入浴を楽しめるよう支援している。
		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。	○	入浴される方の昔の話を傾聴しながら入ってもらいとゆったりとした表情で入浴される。				
		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。	○	足台や手すり、ボードを使用しできるだけ自力で動いてもらい、安心に配慮しながら入浴を支援している。				
		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、無理強いをせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。	○	拒否する方に対しては、声掛けの仕方を変えながら誘っている。どうしてもだめな時は無理強いしていない。				
		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。	○	朝のバイタルチェックやその日の様子を元に入浴の可否を見極めている。入浴後の水分補給と共に入浴後の状態観察もしている。				
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。	○	排泄チェック表で夜間の覚醒の状況が大体わかる。カルテにも記入している。				現在、2名が服用しているが、定期的に医師に報告、相談し薬の調整を行っている。
		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。	○	便秘が続くと夜間のトイレ回数が増え、安眠できないことが多い。日中便秘解消できるよう取り組みやウッドデッキで日光浴をして過ごしてもらったりしている。				
		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。	○	月1回精神科カンファレンスを行い、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。	○	夜間トイレ頻回で安眠できなかった方等、昼食後少しの時間自室で臥床していただくようにしている。				
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。	○	希望のある方には、電話や手紙の援助をしている。				
		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。	○	年賀状を出したいとの希望があれば、住所を調べ、宛名書きを援助している。会話の中から電話の希望があれば援助している。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	電話の子機を使い好きな場所で話を聞かれず話できるよう配慮している。				
		d	届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。	○	以前いた方に届けば、転送したり返信のはがきをポストへ投函する手助けをしている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力してもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	×	自分から電話したいという方はいないが、家族へ電話や手紙をくれるように話してはいない。				

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
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。	×	お小遣いは金庫預かりとなっている。外出の時は、お財布を持って外出する。				/
		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。	△	行事として買い物ツアーへ出かけたり、洋服が欲しいときは夢叶えツアーとして職員と1対1で外出している。				
		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。	△	いつも利用しているお店では、顔を覚えてもらい気軽に声を掛けてもらっていた。(現在建て替え中)				
		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。	×	しまいこんで解らなくなる等の理由で本人はお金を所持していない。				
		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。	△	使い途については、買いたい物がある時は家族に相談している。				
		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)。	○	契約時、小遣いについて説明、出納帳に記帳し月1回家族宛のお手紙と一緒に出納帳の写しを家族に送付している。				
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。	○	年1回お誕生日頃に職員と1対1もしくは、家族も一緒に「夢叶えツアー」と銘打って出かけている。	◎		◎	利用者の「自分が生まれ育った地元に行きたい」家族の「利用者の妹に会わせてやりたい」などの希望に沿って、年1回、家族と一緒に夢叶えツアーを計画し支援している。
<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、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	○	特に柵や塀を設けず、誰でも気軽に入りやすく感じるよう夏は網戸にして開け放している。	○	◎	○	旅館を改修した事業所で、玄関には事業所の看板を付けている。
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。)	○	古民家を利用してあり、普通の家と同じように家庭的な雰囲気がある。	◎	◎	○	利用者にとって昔懐かしい雰囲気の残る空間で、廊下には行事の写真や利用者の作品を掲示していた。
		b	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	△	掃除は毎日行っているが、隙間が多く砂埃等で直ぐ汚れる。			○	掃除が行き届いており、不快なおいなどはなかった。食事中はテレビを消して音楽をかけていた。
		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。	△	季節の草花や、タペストリー、壁飾りを変えて季節感を出している。			◎	裏の畑には夏野菜を育て、野菜の生育状態などが話題になることが多い。ウッドデッキにはゴーヤで緑のカーテンをつくっていた。
		d	気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。	○	食事が終わると、ソファへ移り気の合う人同士でおしゃべりを楽しんだり、ウッドデッキのソファで日向ぼっこをしたり思い思いの過ごし方ができる場所がある。				
		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。	○	トイレや浴室を利用するときは扉をしめている。				
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。	△	入所時、新たに購入せず、自宅で使い慣れたもの、馴染みの物を持ってきてもらうよう話している。	○		○	自宅からタンスや机、テレビを持ち込んでいる。壁には家族との写真や職員からの誕生日プレゼントの飾りを貼っていた。
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。	△	自室に表札をかけた後、「便所」の札を貼ったりしている。手すりの設置。				居室の入口に名前を表示している。トイレの表示をしている。室内には段差が多少あるが、その都度見守りや介助を行っている。
		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。	△	トイレへ行きたくなった時場所がわかるように表示している。				
		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。(ぼうき、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)	○	いつでも手に取れる所においているが、危険なもの(針、ハサミ、鎌、ポット等)は見守りながら使ってもらっている。				
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)	○	天気の良い日は、玄関だけでなく庭に面したサッシの窓なども開け放している。	◎	◎	○	3ヶ月ごとに、身体拘束、虐待についての学習会を実施している。玄関は、網戸にしていた。玄関にはセンサーとカメラを設置しており、居間のモニターでその様子がみられる。
		b	鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。	○	現在は施錠を望む家族はいないが帰宅願望のある利用者がある為、玄関のモニター等を活用し安全確保に努めている。家族会でアクシデント報告の時等報告している。				
		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)。	○	玄関のセンサー音、やモニターの活用、デイ職員の気付き、帰宅願望のある利用者の居場所の確認等を活用して、日中は施錠せずですんでいる。				
<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。	○	入所時のアセスメントシートや受診時の情報は申し送りや検討会で情報が共有できている。				/
		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。	○	毎日のバイタルチェックや職員の気付きでいつもと違う様子が見られたらNSへ相談し対応を確認している。				
		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。	○	日中に体調不良があれば看護師に相談、連携病院の受診に繋げている。必要があれば入院の措置をとっている。				

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
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。	○	通院が大変になってきた方は往診への切り替えを勧めたり急な体調不良での受診は家族と相談し家族対応もしくは、職員が支援している。	◎			
		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。	○	急な症状等で家族が受診対応できない場合、職員が受診対応している。				
		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。	○	受診結果や処方薬についての情報を家族より聞き取り受診記録に残し皆で共有している。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	◎	細かな暮らし方の様子について介護サマリーや現状の提供をしている。				
		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。	△	入院中はできるだけ病院へ足を運び、利用者の状態を病棟の看護師と情報共有している。				
		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。	△	受診時往診時にコミュニケーションをとっている。				
33	看護職との連携、協働	a	介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。	◎	日常的に職場の看護師に気付きを伝え、アドバイスをもらっている。必要があれば対応してもらっている。				
		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。	◎	看護師が事業所の携帯電話で対応。また協力医療機関に24時間緊急対応のしくみがある。				
		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・治療につなげている。	◎	毎日のバイタルチェックや職員の気付きでいつもと違う様子が見られたらNSへ相談し対応を確認している。				
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。	○	薬が変わったりした時は申し送りにて周知している。一覧表を作り、臨時薬や塗り薬が出たときは書き込んでいる。				
		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。	○	できるだけ薬局にて一回分を一包化してもらい、それに下剤や臨時薬をつけるようにしている。てわたすまでに何回か氏名を確認できるようなセッティングを行っている。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	○	薬の変化がある時は、特に気をつけ、状態の観察を行っている。いつもと様子が違う時は、薬の影響についても考慮している。				
		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。	○	薬の変化がある時は、特に気をつけ、状態の観察を行い記録に残している。いつもと様子が違う時は、医師、看護職等へ報告している。				
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。	○	契約時、重度化した場合の対応を説明し、状態が変わった時点で家族と話し合い、家族より意向を聞き取っている。				利用契約時に家族から希望を聞いている。その後は、医師が時期を判断し、家族に説明を行い、看取りについての意思確認書(終末期を迎えたい場所、延命の希望、その他の希望等)を記入してもらっている。それをもとに方針を共有している。利用者の意向を探る取り組みもすすめてほしい。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。	△	終末期が近くなったら主治医より家族へ今後の状態の変化の説明をしている。	○		△	
		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。	△	不安が大きい。誰かが研修に行き皆に伝えるのではなく、連携病院から講師を招き看取りに付いて話をしてもらう機会を作る必要がある。				
		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。	○	研修会に参加し				
		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。	○	これまでの看取りの指針について「漠然としている」との指摘もあり看護師と相談し、新たな指針作りを検討している。				
		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)	○	利用者の細かい情報を発信し、それぞれの家族の事情を考慮しながら、話している。				
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。	○	感染症の研修に参加しそれに沿って学習会を行っている。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	△	感染症のマニュアルはあるがそれに沿った訓練はできていない。				
		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。	○	保健所主催の研修に参加し情報を収集している				
		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。	△	市役所からの通達は皆で回覧している。が周知できているかは..				
		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。	○	アルボナース、マスクを玄関に準備している。				

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。	○	受診時の介助、季節の変わり目の衣替え、家族行事への参加(花見・羊炊き等)、協力をおねがいでいる。					
		b	家族が気軽に訪れ、居心地よく過ごせるような雰囲気づくりや対応を行っている。(来やすい雰囲気、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等)	○	家族が来られた際は職員から気軽に声をかけるようにしている。利用者と話し易いようにセッティングしお茶を出している。					
		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)	○	家族参加の行事に参加の声掛けや月1度のお便りに次月の行事予定表をいれ、参加の呼びかけをしている。	○		◎		年2回家族会を開催している。花見などの外出行事時には家族にも案内をしている。
		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)	○	家族宛に毎月、運営推進会議の報告や「とらちゃん通信」、「利用者の現状」を同封している。	○		◎		毎月、事業所通信とともに、個別に利用者の現状と対応シート(食事、排泄、睡眠などの項目)で報告している。
		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。	△	家族から話があれば個別に話をしている。家族会で話が出ることもあり家族会の議事録で報告している。					
		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)	△	月1回の現状報告時、本人の認知症状や適切な対応について、職員の支援の仕方を通じて説明している。					
		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)	○	年2回家族会を実施して理解を得ている。	○		○		家族会や運営推進会議時に、行事、職員の異動・退職、設備の改修について報告している。
		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)	○	家族参加の行事に参加の声掛けや月1度のお便りに次月の行事予定表をいれ、参加の呼びかけをしている。					
		i	利用者一人ひとり起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。	△	家族会でインシデント・アクシデントを報告しそれに対する対応策について説明している。					
		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。	△	伝達事項があるときは、メールや電話をしている。来訪時話をするようにしている。				○	来訪時には、利用者の状態を説明したり、家族の話を聞いたりする時間を持っている。
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。	○	契約書や重要事項説明書に変更があるときは、説明を行い署名押印してもらっている。					
		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。	○	入院にてADLが低下し当施設へ戻れなくなった時は、病院内の運搬室へ繋げ、納得のいく転居先へ移れるように支援している。					
		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)	○	料金改定時は家族会等で説明し、文書による同意を得ている。					
<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、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。	○	地域の代表的な方に運ばい推進会議に参加していただいている。			◎		
		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)	○	自治会へ参加し、役員も引き受けている。校区の運動会や文化祭等地域の行事に参加し、地域の方と顔見知りになるよう心がけている。			◎	管理者は、自治会に出席しており、今年度は組長になっている。校区の文化祭に利用者のちぎり絵作品を出展している。	
		c	利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。	○	近所の方が行事ボランティアとして参加してくれるようになり、畑ボランティアもできた。					
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	当施設でボランティアの催しがあるときは、自治会の老人会の方たちに案内を出し来て頂いている。					
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	△	近所の方と顔を合わせたら挨拶をし近況を聞いたり気軽に話をしたりしている。隣の方は回覧板を届けてくれた際、利用者に声をかけてくれる。					
		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)	△	行事の支援に近所の方や元職員、職員の家族がボランティアとして参加。体操やオカリナ、畑仕事、傾聴、等々いろいろな方に支援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。	○	体操やオカリナ、畑仕事、傾聴、外出支援、介護相談員、市の出前講座等いろいろな支援で暮らしが豊かにな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)。	△	利用者だけでなく、施設の運営にも協力を得られるよう、警察に防犯教室、消防署に救命救急講習をお願いしている。					

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	
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。	△	曜日が変わったことで家族の参加が難しくなっているが、利用者の参加が出来るようになった。	○		△	毎回、利用者、地域の人の参加はあるが、家族は時々参加となっている。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	△	外部評価の目的や目標達成の内容取り組みの状況は報告している。			○	行事や職員の入退職、ミーティング内容などについて報告を行っている。 外部評価実施後には、目標達成計画内容について報告を行っている。	
		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。	△	意見や提案は出にくい、出された提案は取入れている。			◎	◎	参加者から「外出行事などでボランティアが必要であれば協力できる」と申し出があり、実際に外出行事などにボランティアで協力してもらっている。
		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。	△	テーマに合わせて出席者の声掛けを増やしている			○		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	○	職員には回覧、市役所やメンバーの方へ報告している。					
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。	○	「笑顔のある暮らし」の実現に向け、ケアプランを立てケアに取り組んでいる。					
		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。	×	施設内に掲示はあるものの、特に伝える事をしていない。	○	○			
42	職員を育てる取り組み ※文言の説明 代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。	a	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。	○	入職年数等によって研修が計画されている。面談の時に本人の希望を聞き、行ってほしい研修を提示している。					
		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。	○	入職年数等によって研修が計画されている。業務内での参加が保証されている。					
		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。	○	退職金規程が出来た。					
		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)	○	県の地域密着型サービス協会へ加入し講演会や部会へ参加している。相互研修へは参加できていない。					
		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。	○	年に1回ストレスチェックを実施。相談先がロッカー室に掲示してある。	◎	◎	◎	◎	年に一回ストレスチェックを実施しており、結果によってカウンセリングを受けるシステムがある。
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。	○	年に1回部会にて身体拘束、虐待防止について学習している。					
		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。	○	月1回検討会を開き、利用者個々のケアについて話し合う機会を持っている					
		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。	△	朝夕申し送りにて各利用者の状態を皆で共有している。				◎	3ヶ月ごとに身体拘束、虐待についての学習会を行い、その際に、対応手順についても話している。
		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。	△	体調が悪くないか、様子を見て声掛けはしているが					
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。	○	年1回学習会で意思統一している					
		b	どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。	△	”現場の状況に合わせて”はできていない。					
		c	家族等から拘束や施設への要望があっても、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。	○	要望はないが、あれば弊害について説明し、身体拘束を行わないケアに対し理解を図る。					
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含め理解している。	△	研修に参加している					
		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。	×	できていない。					
		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。	△	必要のありそうな方について話をしたことはあるが制度の利用はなかった。					

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。	○	マニュアルはあるが周知できているか不明				
		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。	○	今年度、消防署より救命救急の講習にきてもらった。心臓マッサージやAEDの実技がありわかりやすかった。				
		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。	○	アクシデント・インシデント報告用紙に記入し、部会で再発防止について話し合っている。				
		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。	○	検討会や部会のアクシデント・インシデント報告時に検討している。				
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。	△	苦情対応マニュアルはあるが、対応は管理者になっている。				
		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。	○	手順に沿って対応している。必要場合は市へも相談している。				
		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。	○	速やかに対応し前向きな話し合いをしている。				
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)	○	事業所の苦情相談窓口や虹の箱・個別の相談にて対応。				運営推進会議に参加する利用者は伝える機会がある。 ○ 日常生活の中で聞いているが、運営に関する意見はほほならない。 △ 年2回の家族会や2ヶ月に一回の運営推進会議に参加する家族は伝える機会があるが、欠席者は機会があまりない。 ○ 管理者は職員と面談する機会を持っている。
		b	家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつけている。(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)	○	契約時に説明。苦情の相談窓口も明記している。虹の箱への投書。家族会。	○			
		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。	○	重要事項説明書に公的機関の情報も載せている				
		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けている。	△	代表者はあまり来ないが次長や部長がより綿密に関わって相談に乗ってくれる。				
		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。	△	年に2回面接の機会がある。				
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。	△	皆で自己評価を実施しているが時間の都合でみな意見のすりあわせが出来ていない。				運営推進会議時に評価結果を報告しているが、モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	○	グループホームのケアについてのよい意識統一の機会にはなっていると思う。				
		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。	○	目標達成計画をたてて皆で取り組んでいる。				
		d	評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。	△	報告はしているが、モニターはしてもらっていない。	○	△	△	
		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。	○	取り組みの結果については報告している。				
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)	○	常に皆の目に触れるように、火災・地震・風水害の対応マニュアルを玄関に貼り出している。				運営推進会議時に、夜間の火災想定避難訓練を行い、地域メンバーも訓練に参加した。さらに、地域の災害訓練に参加したり、災害対策について話し合う機会などをつくり、協力支援体制を確保してほしい。
		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。	○	年2回、虹の家全体(デイサービス合同)で日中の避難訓練と夜間対応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。	○	防災担当者により定期的に非常用食料・備品等を点検している。消費期限前には業者より連絡がありメニューを選び非常食の入れ替えを行っている。消防設備についても定期的に業者の点検がある。				
		e	地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。	○	運営推進会議に年1回は夜間想定避難訓練をいれ、地域の方参加の避難訓練をしている。今年は津波想定で病院まで避難訓練を行った。	△	○	○	
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	△	校区の防災訓練(年1回)に参加している。				

項目 No.	評価項目	小 項 目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
51	地域のケア拠点としての機能	a	事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等)	△	事業所で2年に1回取り組みの実践報告をしている。				相談支援する取り組みを行っていない。
		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。	△	年1回運営推進会議で認知症についての勉強会をしている。		x	x	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	○	2016/9月～2017年/2月まで虹の家にて認知症カフェをおこなった。地域の方・地域包括支援センターの方・GHの利用者・家族・組合員の相談・交流の場となった。				
		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。	○	系列病院の新入職員研修では3名の看護師を受け入れた。				
		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)	○	系列病院の行う年1回健康祭りに参加し、バザーを提供している。組合員さんや地域の方が参加している。地域行事には入居者さんも参加している。			△	