

事業所の概要表

(平成 31年 1月 5日現在)

事業所名	グループホーム橙園					
法人名	有限会社ファミリエ					
所在地	愛媛県八幡浜市保内町宮内1-583-1					
電話番号	0894-36-3722					
FAX番号	0894-36-3723					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 17 年 3 月 28 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 ( 1 ) 階建て ( 1 ) 階部分					
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 居宅介護支援事業所橙園、小規模多機能型居宅介護橙園 )					
ユニット数	2 ユニット		利用定員数 18 人			
利用者人数	18 名 ( 男性 2 人 女性 16 人 )					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	5 名	要介護2	3 名
	要介護3	3 名	要介護4	3 名	要介護5	4 名
職員の勤続年数	1年未満	4 人	1~3年未満	4 人	3~5年未満	2 人
	5~10年未満	5 人	10年以上	5 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 4 人		介護福祉士 4 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						
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: 22 人 )					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	30,000 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食材料費	1日当たり	1,500 円 ( 朝食: 400 円 昼食: 500 円 )
	おやつ:	100 円 ( 夕食: 500 円 )
食事の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他の費用	水道光熱費	10,000 円
	ベッド、寝具、畳	1,500 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (発行回数: 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( 日赤奉仕団長、元校長 )	

# 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31年1月17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)	17	(依頼数)	18
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	3870400425
事業所名	グループホーム橙園
(ユニット名)	ユニットA水仙
記入者(管理者)	
氏名	有馬 房子
自己評価作成日	2019年 1月 5日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b> 心身の障害があっても、私らしく、あなたらしく、豊かに人としての尊厳を守る介護</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> 項目10 アンケートの時期に入退去があり、橙園のことがよくわからず、アンケートの質問に答えられず、アンケートの提供をしてもらえなかったご家族があったのではないかと感じた。面会時は直接お顔を見て話せるので、とても良い機会だと思うが、そういう家族は少ない。毎月のお便りを通して「お知らせ」のコーナーを利用して信頼関係を作ることを心掛けた。(必要に応じて電話で)  項目49 重症の利用者が増え、この課題はますます難しくなっているのが現状。食事は居室で摂ることはなく、リビングに出て他の利用者の顔が見えたり声が聞こえたりする中で食事を摂ることを続けている。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b> 自治会に加入しており回覧板が廻ってくる。地域イベントに積極的に参加している。日赤奉仕団手つなぎボランティアの草引きに利用者職員で参加している。  新聞折りや食器拭き、洗濯物たたみ、餃子包みなど、一人に1つ出来る事を役割として行えるよう、介護計画に採り入れ支援している。習字やちぎり絵作品を地区の文化祭に出品している。  家族宿泊時には、寝具や食事を用意して支援している。家族との外出、外泊時には事前に家族と連絡調整し、着替えや薬の準備などを行っている。</p>
--	--	---

項目No.

【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。	○	介護情報や入居時フェースシートでご本人や家族からの思いや希望・意向を聞き、サービス計画(1)で作成時思いや願い・意向を再度確認し、それに沿ったケアプランを立てている。	◎			○ 日々の中から聞き取ったような内容を、個別介護経過記録の思いや暮らし方の希望欄に記録している。
		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。	○	ご家族と話し合ったり、本人のその時々表情を観察することで、本人の思いを知る努力をしている。				
		c	職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。	○	入居時に詳しくお話を聞くことはもちろんだが、ケアプラン説明時や面会時など都度お話をしている。				
		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。	○	3か月に一度のケアカンファレンス時、ケアプランを見直す際担当のスタッフがモニタリングを取りそれをもとに新しいケアプランを立てている。				
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	○	ケアカンファレンス時に話し合う。他にも日々のケアの中で毎日の申し送り時、支援方法を記述して日課表を作成している。				
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、介護情報・フェースシート作成時に詳しく聞いている。				○ 入居時、本人、家族に聞き取った情報(生活歴、インフォーマル情報、身体状況、ADL、要望や希望)をフェイスシートに記録している。
		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。	◎	本人を深く知り、また日々の観察の中で把握し、その人その人に合った目標でケアプランに示して実践している。				
		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。	◎	ケアカンファレンスの話、ケアプラン見直しの際、また日々の申し送りの中で報告があり確認し把握している。				
		d	不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかり等)	○	日々のケアの中で観察、関わりの中で気づき、報告、対応している。				
		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。	○	毎日の記録、24時間の記録の中で細かく記録、チェックしている。				
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)	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。	◎	担当者が中心となり、本人をしっかり観察し、モニタリングして他の職員の情報も加味しながら検討している。				○ 担当職員が個別介護経過記録を1ヶ月ごとにまとめ、カンファレンス時に職員間で共有、検討している。
		b	本人がより良く暮らすために必要な支援とは何かを検討している。	○	本人が何を望み、家族が何を望んでいるか、本人にとって何が必要か、カンファレンスにてモニタリングしたことをもとにケアプラン見直しをしている。				
		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。	○	ケアプラン見直しの際、必要なことと課題も探り、それをニーズに取り上げることもある。				
4	チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画	a	本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。	○	本人の意向をサービス計画書(1)でしっかり把握、本人の疾病を踏まえた上での暮らしをプランに落とし込んでいく。				
		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。	○	面会時、また毎月家族に送っている家族へのお便りを通して、課題や意見や要望など聞いてプラン作成に反映している。	○			○ カンファレンスで検討した内容と、利用者の状態によっては医療関係者の意見を反映して計画を作成している。家族には、手紙や来訪時に聞くが、意見などは少ないようだ。
		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。	◎	本人の希望を聞くことは困難になっているも、食事はベッドでとらず、必ずリビングに出て他者の声を聞いて食事している。				
		d	本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。	○	外出支援をお願いしたり、馴染みの理髪店に行ったり、美容師の家族がパーマをかけた後、施設へ来られて散髪することをプランに入れる。				
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。	◎	家族へのお便り、ケアカンファレンスのモニタリングなどを担当制にしている。				◎ 個別介護経過記録に介護計画の短期目標を記入し把握、共有している。職員には、全利用者のサービス計画表とモニタリング表を配布している。
		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。	○	3か月に一度のケアカンファレンスにて見直したプランを居室に貼り、それに沿って支援をみんなが努力している。				○ 毎月、利用者個々の担当職員が介護経過記録をもとにモニタリングを行っている。
		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。	○	介護記録に記入している。				△ 個別介護経過記録に記入している。表情や身体状況を記入していたが、言葉については情報量が少ない。
		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。	○	介護記録や申し送りにて記録している。				△ 「毎日の記録」シートに申し送り欄を設け、気づきや工夫を記録するようにしているが情報量が少ない。

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。	◎	3か月に一度担当者がモニタリングし、ケアカンファレンスをして見直している。			◎	一覧表にして期間を管理し、3ヶ月ごとに見直しを行っている。
		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。	○	毎月の家族へのお便りを書く時、担当者が介護記録にてモニタリングし、気づきや特記事項は申し送りして共有し確認されている。			○	毎月、利用者個々の担当職員が介護経過記録をもとにモニタリングを行い、現状確認もっている。
		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。	○	暫定プランを作成している。(様子を見ている)			○	退院時、状態変化があれば見直しを行っている。その他の変化時には管理者と計画作成担当で話し合い作成するかどうか決めている。
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	○	定期的ケアカンファレンス、随時のカンファレンスを開いている。			○	毎月ユニット合同でカンファレンスを行い記録を作成している。緊急案件があれば、その日の勤務者で話し合い記録している。
		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。	◎	利用者一人一人に担当制にして医療はNsが説明し、担当者が気づきを説明し、意見交換している。				
		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。	○	場所は利用者さんの見守りできるユニットで介護が落ち着く16時から2時間程度開催。都合で全員参加は困難。				
		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。	○	ケアカンファレの資料を欠席者に配布している。会議録は掲示場に提示あり。			○	欠席職員には会議時の資料を配布している。
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。	◎	伝達ノートがあり、常に時間帯で申し送りがあり、記録を見ればわかる様、記録がある。			○	情報伝達すべき内容は、伝達ノートに記載したり、職員が記録を書くための机などに貼ったりして伝達している。
		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)	◎	毎月の記録、介護記録にて伝達し、チェック表にて支援状況をわかるようにしている。		◎		
<b>(2) 日々の支援</b>									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援	a	利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。	△	行事等の予定を提示し、本人に希望を聞き、意向を大切に支援しているが、日々の把握は十分ではない。				更衣時には、ハンガーにかけた洋服の中から自分で選ぶような場面をつくっているようだが、日々の暮らしの様々な場面という点からは機会は少ない。
		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)	△	どうしても、スタッフからの提示になるが、その人にできることの見極めをして、自己決定してもらう努力はしている。			△	
		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。	○	その人その人に合わせて声かけの工夫ができるように努力している。カンファレンスで同じ声掛けできる工夫。				
		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)	◎	起床・就寝は一人一人に合わせている。体調によって考慮している。入浴や食事その人に合ったものになっている。				
		e	利用者の活きた言動や表情(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。	○	本人にとっての喜びの生活経験を声かけし、本人に楽しく話してもらう工夫。居室に孫の写真などを貼り話題にしている。			○	クリスマス会の折には、職員が出し物を披露したり、プレゼントを用意したりして楽しむ機会をつくっている。調査訪問日には、懐かしい童謡を歌う声が聞こえていた。
		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。	○	意思疎通困難な人が多い中、担当者によるモニタリングで、表情や感情部分を記録してカンファレンスで話す。				
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。	◎	理念にもあわせており、ケアカンファレンスにてスタッフに意識付けて、本人に威厳をもった言葉かけに注意している。	◎	○	○	ケアカンファレンス時には、「人として尊厳を守る介護」という理念をもとにして話し合っている。職員は、笑顔で利用者に接しているが、調査訪問日には、利用者の前で業務伝達する場面が見受けられた。
		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。	◎	日常生活の中で本人が気にする言葉や声のトーンに気を付けてスタッフ間で話し合っている。			○	洋服の着方を間違えていたり、季節に依らない格好をしていたりする時には、さりげなく「今日は洗濯の日です。着替えますか?」などと声かけし、着替えを支援している。
		c	職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。	○	戸を開けっ放しにしない。大きな声で話しかけない。男性が苦手な人には女性スタッフが介助する。				
		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。	◎	利用者によってノックしたり、入り口を1/3開けてくださいとか、一緒に入るとか、それぞれに合った対応をしている。			△	複数の居室は入口を開放していた。利用者には事前に許可を取っていたようだが、その場では許可を取ることなく入室していた。
		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。	◎	業務カンファレンスやケアカンファレンス時に研修し、パソコンも橙圏のもの個人のもの区分ははっきりしている。				
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。	◎	家事を手伝ってもらった中で、これはこうしたらええよとか、こうしたらあが上手に抜けると教わることが多い。				
		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。	○	利用者さん同士の関係性を観察しながらお互いに声かけし、食器を一緒に運んだりして助け合っている。				
		c	職員は、利用者同士の関係性を把握し、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)。	◎	トラブルが多い2人が必ず同じソファに座っていても常に見守りをしてすばやくスタッフが間に入っている。			○	利用者同士がトラブルになりそう時には、職員がさりげなく間に入ってトラブル回避ができるよう見守りしている。作業をお願いする時には、声をかける順番に配慮している。
		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は不安や支障を生じさせないようにしている。	◎	周囲が不安になることもあるので席を変えたり、スタッフが会話でなごませる工夫をしている。				

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。	◎	入居時の聞き取りでのフェイスシートにおいて本人や家族から話を聞いて知る。				
		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。	◎	家族や本人、知人やケアマネさんからの聞き取りで知る工夫。				
		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。	○	知人、友人が訪ねてきてくれることがある。なじみの場所の話をしてくれたり他の友人の話を聞き、笑顔で話せる。				
		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。	◎	面会に来られた時、スタッフ全員が声かけて、居室でゆっくり過ごしてもらい、スタッフも一緒に会話に入れることもある。				
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)	△	地域での行事やイベントがあると、スタッフがボランティアで出て、できるだけ多くの人の外出を支援し、重症者も日向ぼっこしたりしている。	○	△	△	隣接小規模多機能事業所のイベントの際には、参加できるように支援している。天気の良い日には、事業所前の東屋や玄関先のベンチでひなたぼっこなどができるように支援している。一人ひとりのその日の希望にそって、という点からは機会が少ない。  ○ 玄関前に出て風に当たったり、ひなたぼっこができるよう支援している。
		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。	◎	地域の人による行事、ボランティアによるカラオケや読み聞かせ、歌謡祭と行事をしてもらい、参加させてもらっている。				
		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。	△	体調を見ながら園の庭で日向ぼっこをしたりお祭り時に車椅子で近くまで行く努力はしているも十分ではない。			○	
		d	本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。	◎	個人の畑でバラを育てておられる所へ見に行ったり、地域バザー、行事、イベントには必ず誘いがあてられるだけ出かけている。				
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。	○	症状の違った認知症について勉強会をしたり、研修をして理解を深め、認知症ケアに取り組んでいるも、十分ではない。				食器洗いや洗濯物たたみを行う場面をつくっている。自分で食事ができるように、個々に合わせて食材を切ったり、声をかけたり、見守りをしたりしていた。
		b	認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上を図れるよう取り組んでいる。	◎	スタッフでこの人、ここ低下しているよねと話し合っ、ケアカンファレンスで理解し、Dr、PTより指示をもらって対応に取り組んでいる。				
		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するようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	着替えなど、できることは本人にしてもらい。家事手伝いも、負担にならない様に上手に声をかけて、休みながら行ってもらう。	○		○	
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。	○	フェイスシートで把握しているが、本人が希望することを、ふっと言うことがあり、それを見逃さず出番を作る工夫をしている。				新聞折りや食器拭き、洗濯物たたみ、餃子包みなど、一人に1つ出来る事を役割として行えるよう、介護計画に採り入れ支援している。習字やちぎり絵作品を地区の文化祭に出品している。
		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。	○	ケアカンファレンスや担当者のモニタリングで情報を共有しサービス内容に組み入れ取り組める努力をしている。	○	○	◎	
		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。	◎	地域の防災訓練、避難訓練、日赤奉仕団、神社の草引き、誘いがあれば参加して役割を見つけている。				
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。	◎	ほとんど自分で表現できないので、本人を知り、それに合った身だしなみで本人の笑顔が見られる支援をしている。				利用者が床に食べ物をこぼした時には、職員がさりげなく拭いていた。口髭が伸びている利用者に「髭剃りをしましょう」と声をかけ、支援する様子がみられた。  ○ 寝間着で過ごす利用者には、家族と相談して、おしゃれな寝間着を準備してもらっている。何日も同じものを着ている場合は「寝間着洗いますか」と声をかけ交換をすすめている。
		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。	○	髪のはきはきは本人に希望を聞き、行う。季節に合うアドバイスをすることもある。				
		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。	◎	季節に合ったもの、清潔感のあるもの、本人に合ったものを選択できるように心がけている。				
		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。	◎	外出時や病院受診時に気にする人もいるので、一緒に選んだり自己決定したり、目配りはしている。				
		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)	◎	家族に髭剃り機を持参してもらい、自分で剃ってもらったり、食べこぼしにはプライドに気をつけ、そっと処分している。	◎	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	◎	1名は嫁さんが美容師で美容室に行ってパーマをかけたりにしている。なじみの理容店に家族が連れて行く支援あり。				
		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。	○	スタッフに美容師がおりカットしている。重度者も車椅子に座って行っている。(月1回)			○	

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。	◎	園内研修したり、地域密着型連絡会議にても研修があり、多くのスタッフが研修を受けている。				献立は法人の栄養士が立てている。 食材は業者に配達してもらっている。 利用者が野菜の下ごしらえやテーブル拭き、下膳、食器拭きなどを行えるよう支援しており、調査訪問日には、昼食後に下膳する人の様子がみられた。  好みや苦手なものをアセスメントシートにまとめており、苦手なものは調理時にアレンジして対応している。 行事食を探り入れている。 家族や近所の人から旬の野菜や果物のおすそ分けが多くあり、メニューを変更したり、追加したりしている。  緑内障の利用者には黒い茶碗を用意している。 また、取っ手のついた湯飲みや陶器、プラスチックの物を使用していた。  利用者と一緒に食べる職員と、介助に徹して、後から食事する職員がいた。  居間から台所の様子が見えて、調理の音や匂いがする。食前には毎回、口腔マッサージを実施しており、本人は「もうすぐ食事」と認識しているようだ。  法人の業務カンファレンス時に話し合い、栄養士からアドバイスを受けている。 塩分控えめの梅干しや漬物を手作りしている。	
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	◎	献立は日常、栄養士が行っている。週1回フリーメニューがあり、そんな時は希望を聞く。ごぼうふきや餃子包み等は手伝ってもらう。			○		
		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。	○	本人にできることはしてもらう。座ってお手拭の配布や、食器拭き、下膳等で「助かります」と声をかけると自分の役割としてできている。					
		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。	◎	病気により食べられないものがあるので代替えをしたり、苦手なものは量を減らしたりと、スタッフ全員で把握している。					
		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。	◎	家族の方より季節の野菜をいただくので、しいたけをシンプルに焼いたりして、なつかしく食べている。					○
		f	利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法として、おいしいような盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等)	◎	嚥下は歯科医の指示のもと、ミキサー食やきざみ食で工夫して、ミキサー食も混ぜることなく1品1品をミキサーにして色合いも工夫している。					
		g	茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	◎	湯呑、箸、スプーンは、使い慣れたものを使用し、食品が見えにくい人には色つき食器を使用し、食品、食器の色を変えている。					○
		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。	○	介助が必要な人も多く、スタッフが一緒に食べることは困難な人も、さりげなくサポートしながら同じテーブルで食することを心がけている。					○
		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。	◎	全員でリビングにて一緒に食事をしている。食材のことを話したり、昔はこうして食べよったなどと、楽しく会話をして食べている。	◎				○
		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。	◎	栄養士の献立表に沿った食事を提供している。ミキサー食の人も同じ量を、それぞれの形態にて調理して提供。					
		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。	◎	食量や水分量をチェックして記録。低栄養者にはラコールを使用したり、本人の好みでお茶や水、コーヒー等で工夫している。					
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	◎	カンファレンス時、スタッフで話し合って検討している。					◎
		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。	◎	毎日の記録にて調理用具やお手拭タオルなどは安全面、衛生面をチェックしている。床も塩素系で拭く。					
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。	○	口腔ケアの研修に参加したり、歯科Dr.DHIによる口腔指導を受けている。食事前後の口腔ケアは行っている。				入居時には虫歯や義歯の状況をフェイスシートに記録している。 月2回、歯科往診があり、嚥下状況や義歯の状態なども診てもらっている。  食後には毎回、歯磨きを行えるよう支援しており、食後下膳した利用者には、職員が「歯磨きしとってよ」と促していた。	
		b	利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。	○	歯科Drに往診してもらい、全員チェックしてもらい、義歯の調整も行ってもらっていて、スタッフも把握している。			◎		
		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。	◎	月2回往診してもらって口腔マッサージ、口腔ケア、口腔体操を1日3回施行。正しい口腔ケアを指導してもらい実践している。					
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	毎食後義歯をはずしての口腔ケアをし、清潔も行っている。家族に洗浄剤の購入もしてもらっている。					
		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)	○	Drより歯磨きの指導をもらい、それをスタッフが実践したり、腫れたりすると塗り薬が出たり、うがい不可の人はジェル使用。					○
		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。	◎	歯茎の腫れには歯科医より薬が処方されたり、義歯の不具合にはDrがすぐ対応してもらっている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	排泄ケアの研修を受け、スタッフ間で共有している。トイレを使用している人も、日中はトイレを使用して、パッドを外している。				排泄チェック表で確認して必要時に職員で話し合っている。
		b	職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。	◎	病氣と介護の連携でチェックし、カンファレンスで勉強会をし、申し送りでも伝え合っている。				
		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)	◎	利用者によって排泄間隔が全く違うので、排泄パターンを把握してチェックも毎日行っている。				
		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。	○	日々の状態観察をして、放尿、放便もあるので誘導に心がけ、その人に合った声かけに心がけている。	◎		○	
		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。	◎	拒否のある利用者さんに、何が原因で拒否数するのか、みんなで検討して話し合っており、いろいろな方法を試している。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	◎	本人の身体状況を観察しながら、顔の表情、しぐさで読み取り、声かけ、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、職員が一時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。	○	個々にどのような形にするか考えて、話し合い、本人の負担にならないような支援をしている。				
		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。	○	日中は紙パンツだが、夜間はオムツ、日中は尿取りパッド1枚だが、夜は大きめの物と、排泄状況に合わせて使い分ける。				
		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)	◎	便秘時、牛乳や氷水など飲んでもらったり、水分を多くとってもらったりして、できるだけ自然便を心がけている。スタッフはパターンを把握している。				
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)。	○	なかなか一人一人の希望に沿った入浴はできないが、今日入浴？と声かけて、入浴かな、と言った日はできるだけ入れるよう支援している。	◎			利用者に入浴の有無を聞いて、個々に週2回入浴できるように支援している。シャワーのみの希望や湯温の好みに対応している。さらに、入浴を楽しむという点からは、入浴の習慣や希望を支援に採り入れてはどうか。
		b	一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。	◎	温度などを確かめ、本人の希望する温度で、いろいろな話をしながら、安心して入浴できる支援をしている。				
		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。	○	機能を見極めて、自分でできる洗身、洗髪、タオルを使うことを声かけし、楽しく安全に入れるよう支援をしている。				
		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。	○	入浴を拒否する人には無理強いしたり強引に入れず、言葉かけやトイレに行った時に上手に声かけて誘導したりしている。				
		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。	◎	バイタルチェックはもちろんだが、顔色や精神面でも可の見極めをしている。入浴時も皮膚や体に異変があればすぐNsIに報告して見てもらっている。入浴後の水分補給はチェックしている。				
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。	◎	毎日の記録に示している。一人一人の睡眠パターンはスタッフが把握している。				現在、睡眠導入剤を使用している利用者が2名いる。医師と相談し減薬につなげた事例がある。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	◎	日中の個別の疲れ具合(その日の出来事)を把握して、休息を取ってもらって、生活のリズムを戻して会話したりしている。				
		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。	◎	家族と相談したり、日常の記録をもとにDrに相談して、薬剤を調整してもらっている人もいる。			○	
		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。	◎	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えたり、体調、表情をチェックして、無理のない体勢で休息がとれる工夫をしている。				
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。	△	本人が電話したい希望があれば、無理のない時間帯で対応し支援をしている。表をスタッフが書くこともある。十分ではない。				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。	△	送り物への礼状や家族への年賀状を書いて送る支援をしているも、十分ではなく、お便りを書く時伝えることを聞くこともある。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	△	子機を別の部屋に置き、本人から希望があればダイヤルもスタッフがしているが、ほとんどかかることはない。				
		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。	◎	日常的に部屋に置いて本人に見てもらい、出してみようかと、思い出してもらっている。				
		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。	○	家族と相談し、電話してもいいとの許可をもらって家族からも心配事を取り除く連絡をもらうように声かけている。				

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
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。	△	難しい問題だが、大切さを把握して、使用することができる機会をできるだけ作っている。				
		b	必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。	△	バザーや買い物に出かけた時に、本人にお金を持ってもらい、希望のものを買って支払う支援をしている。				
		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。	○	地域の人には理解を得て、時間がかかっても見守ってもらっている。地域の人からも誘いがある。				
		d	「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	△	お金の管理は事務所でやっているが、孫が来た時にこづかいあげたいと希望があったら、家族との相談をして本人に金額を決めてもらう。				
		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。	○	常に家族とは連絡し、高額な時などはすぐに相談している。持ってもらう金額も相談している。				
		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)。	◎	1か月1回お便りを出すとき、使用料や何に使ったか預り金の残金、出納はまめに報告している。				
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。	○	利用者が体調悪い時には家族に泊まってもらったり、外出、外泊は自由に行ってもらったり、都度希望に沿って対応している。	◎		◎	家族宿泊時には、寝具や食事を用意して支援している。家族との外出、外泊時には事前に家族と連絡調整し、着替えや薬の準備などを行っている。
<b>(3) 生活環境づくり</b>									
25	気軽に入れる玄関まわり等の配慮	a	利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	◎	ベンチやプランター、傘立てを置き、自由に使用でき、季節の花(野花でも)を活けたりしている。	◎	◎	◎	玄関前には両方向にスロープを設置し、ベンチを複数配置している。事業所前には東屋をつくり、周りには水仙の花が咲いていた。テーブル、いすを置いている。
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、家庭的な雰囲気やそくような敷えになっていないか等)。	◎	フロアの飾りつけや家具の配置は利用者と一緒に考え、会話をしながら本人の希望に沿ったものになっている。	◎	○	○	居間にはテレビ、ソファを置き、利用者は、思い思いに座っておしゃべりをしていた。畳の一角では、洗濯物をたたんだり腰をおろして会話したりしていた。
		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。	◎	日勤者が掃除機をかけ、酸性水や次亜塩素酸水で拭き掃除をしている。夜勤者はユニット全体を拭く。			○	職員が日々掃除を行っており、不快な臭いは感じなかった。加湿器を置いている。食事中はテレビは消していた。
		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。	○	茶碗を洗う音や、ご飯の炊ける匂い、季節の物を使った料理の匂いを近くで感じ、五感や季節感を取り入れる工夫をしている。			○	ユニット入口に水仙、椿など季節の花を活けていた。居間に行事時の写真を貼っていた。カレンダーにはボランティアの予定を記入していた。廊下には、文化祭に出品した色紙を飾っていた。台所で調理する様子が見える。畳みの間に雑誌を用意していた。
		d	気の合う利用者同士で思い思いに過ごせたり、人の気配を感じながらも独りになれる居場所の工夫をしている。	○	玄関ホールに椅子を置き、一人で日向ぼっこしたり、ソファに仲の良い人で、くつろげるスペースを作って工夫している。				
		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。	◎	トイレや風呂場の入り口にはドアがあり、本人が戸を開けたり、スタッフも気を付け、ドアを開める工夫をしている。				
27	居心地良く過ごせる居室の配慮	a	本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのおもちゃを置いて、安全かつ過ごせるような工夫をしている。	◎	家族と相談し、慣れたものを持参してもらって、それを本人と相談しながら配置して、居心地良く過ごす工夫をしている。	◎		○	タンスや椅子、テーブルを持ち込んでいる居室がみられた。仏壇を持ち込んでいる利用者は、昼食のお寿司を供え手を合わせていた。
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。	○	本人にとって「何がわからないか」「どうしたら本人の力でやってくれるか」をスタッフで話し合っ、手すりやポールが設置されている。			○	玄関にベンチを設置しており、座って靴の着脱がしやすいようにしている。タンスの出し入れが難しくなった利用者には、箱を手作りして洋服を入れておき、その中から選べるようにしていた。居室入口には、木製の名札をかけていた。
		b	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。	○	居室の電気の切れや、部屋の汚れ等にすぐに気づき、スタッフがすぐに対応している。一緒にすることも不安を取り除く工夫になっている。				
		c	利用者の活動意欲を醸成する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(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)	○	本人の状態を把握し、必要なものを見極めて、新聞、雑誌、メガネ等はホールのいつもの場所に置いている。				
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)	◎	スタッフ全員が理解していて、自由に出入りができる状態になっている。	◎	◎	○	日中は、玄関を開放している。代表者は、ケアカンファレンス時に「鍵をかけることも身体拘束になる」と話している。
		b	鍵をかけない自由な暮らしについて家族の理解を図っている。安全を優先するために施錠を望む家族に対しては、自由の大切さと安全確保について話し合っている。	◎	家族から施錠を望む人はなく、安全確保について、自由な暮らしを支えるための話し合いをして理解を得ている。				
		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)。	◎	センサーの利用はなく、利用者さん一人一人の外出の傾向を把握していて、目配りは欠かさず、他の利用者さんからの声かけも得られる工夫をしている。				
<b>(4) 健康を維持するための支援</b>									
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	◎	日常的に、病歴、現在治療中のものは、Drより留意事項は申し送りノートに記入し、全員が把握できるようにしている。				
		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。	○	バイタルチェックは1日2回だが、それだけではなく、顔色、異常に変化があればすぐに管理者に報告し、スタッフで共有し対応している。				
		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。	◎	日常より、かかりつけ医に相談できるよう、関係を築き、24時間電話で相談でき、困難な時は他のDrを紹介してもらっている。				



項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	◎	本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。病気によっては他院に紹介してもらっている。	◎			
		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、家族の希望で、納得がされたら往診してもらったり、訪問看護を受けて、適切な医療が受けられる工夫をしている。				
		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。	○	家族、本人と話し合い、納得されたら職員が通院介助し、Drより家族同席の指示があればすぐに連絡している。月1回のお便りで報告している。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	入院によるダメージを極力防ぐために、Drと話す機会を持ち、GH内での対応可能な段階で情報提供してアプローチしている。				
		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。	○	医療機関と三者一体となり、退院計画を具体的に立案していく体制を作っている。				
		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。	◎	頻りに職員が見舞うようにして、家族とも情報交換しながら回復状況等、速やかな退院支援に結び付けている。				
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。	◎	看護スタッフを配置しており、利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行っている。24時間対応の訪問Nsの契約あり。				
		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。	◎	気軽に相談できる関係があり、24時間対応してくれる体制が整っている。				
		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。	◎	Drの指示を受けて、日常の異変に早期に気づき、他機関とも相談したり、スタッフで話し、治療につなげている。				
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。	◎	薬名を記入したもの、カルテに副作用、用法を記入したものを(早見シート)用意して、スタッフ全員把握できるようにしている。				
		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。	◎	専用ケースに朝・昼・夕・眠前に分けて用意して、配薬する人、確認する人、飲ます人、全て2人で確認している。				
		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。	○	DrよりGHで調整しなさいの指示が出ているものは本人の状態を確認して、全員が共有するようにして記録はきちっとしている。				
		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。	○	状態変化が見られた時は、いつもよりも詳しい記録を取り、医師に連携を図れるようにしている。				
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。	○	入居時に「医療連携体制同意書」を締結して、その都度状態に合わせて、家族、本人、医師の連名で同意書を作成している。				本人、家族には、入居時に説明を行い、意向などはフェイスシートに記載している。状態変化時には、医師、家族と話し合い方針を共有している。この1年では、3名の利用者の看取りを支援した事例がある。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、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。	◎	医師が看取りの時期に入ったと判断した段階で、家族に看取り支援の希望を聞いて、方針を共有して支援に取り組んでいる。「ここで最後まで」との希望多い。	◎	◎		
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々の職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	状態が刻々と変化するので、職員は戸惑い、不安がある。カンファレンスなどで職員全体で話し合い、きちんと把握し、冷静に対応できるよう、工夫をしている。				
		d	本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。	○	Drの指示でも、事業所でできること、できないことを家族に説明し、納得してもらい、同意書ももらって、最期を迎えられるよう、随意意志を確認して取り組んでいる。				
		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。	○	本人の気持ちを大切に、家族と話し合い、急変した場合はすぐに対応していただけるよう、医療機関とも密に連携を図って対応している。				
		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)	○	家族の精神的不安に対して、本人の状態を詳しく説明し、負担にならないよう、できなくなったこと、できたこと、すべて報告している。家族に対する気遣いも忘れずに対応している。				
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。	○	園内研修で学習したり、園外研修に参加して全員で共有して、マニュアルを作成している。消毒液も園で作っている。				
		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。	○	情報収集を行い、早期発見、対応に努めている。家族に同意をいただき、インフルエンザ予防接種は全員受けている。ノロウイルス対策としてペーパータオルを使用。				
		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。	○	園外研修にて情報を入手し、園内でスタッフに勉強会をして、準備物や対策を取り入れている。				
		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。	○	情報収集をして、感染症の流行に随時対応している。塩素酸の利用あり。				
		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。	○	外出から帰ったら手洗い、トイレ後手洗い、食事前の手の消毒など、清潔の保持には気を付け支援している。				

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
<b>II. 家族との支え合い</b>									
37	本人とともに支え合う家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	○	家族のこれまでの介護や現在のサービス利用の中で、苦しみ、悲しみ、生きがいを一緒に話してもらえるよう努めている。				この1年間は、機会をつくっていない。  月1回、個別便りを作成して、行事予定、利用者の健康状態や様子、連絡事項について報告している。2ヶ月に1回、法人の便りを作成して、全体の活動について報告している。  毎月の個別便りに行事や職員異動、退職等について載せて報告している。設備改修や機器導入についての報告は行っていない。  来訪時には近況報告を具体的に言い、意見を出しやすいよう取り組んでいる。面会簿には、意見や希望を書く欄を設けている。
		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)	◎	自由な時間を過ごしてもらつため、居室に案内したり、本人と一緒にやつを食べてもらつたりしている。泊まってもらつときは寝具を準備したりしている。				
		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)	○	事前に行事参加を伝えたりして一緒に参加してもらつよう促している。孫が参加する人には、必ず参加してもらっている。	◎		x	
		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)	○	月1回のお便りでは1か月の様子を報告したり、面会時に日々の様子を伝えたりして、意見をもらっている。	◎		◎	
		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。	○	家族に気になることを聞いて、不安なことに対しては、医師とも相談して報告して、ケアカンファレンスで職員で共有している。				
		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。(認知症への説明、本人への理解、適切な接し方・対応等についての理解や働きかけ、関係の再構築への支援等)	○	家族の本人への思い、本人の家族への思いを受け止めて、両者の思いが結びつくように働きかけている。				
		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)	○	職員の異動は早々に報告するようにして、機器(ベッド、エアマット等)の導入には理解を得ている。	○		△	
		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)	△	運営推進会議に参加を促したり行事参加の案内をするよう、努めているも、十分でない。				
		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。	○	本人の日頃の状態をこまめに報告し、相談し、家族からの意見を聞き、職員で話し、やすらげるよう対応している。				
		j	家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的にやっている。	○	家族の思いに寄り添いながら、日々の暮らしの出来事や気づき、情報共有に努め、本人と一緒に支えるため、家族と同じ思いで支援をしている。			○	
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。	○	時間を取って丁寧に説明している。特に料金的なこと、起きうるリスク、重度化や看取りについての対応等に同意を得ている。				/
		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。	○	事業所のケアに関する考え方、取り組み、退居を含めた対応等、可能な範囲の説明を行って、他の転移先の説明も行っている。				
		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)	○	料金の規定に対して同意書を得て家族に納得してもらっている。利用者の状態変化により家族と対応、方針を相談している。				
<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。	○	運営推進会議で年度初め、第1回を公開として地域の人々にも参加をお願いしている。		◎		自治会に加入しており回覧板が廻ってくる。地域イベントに積極的に参加している。日赤奉仕団手つなぎボランティアの草引きに利用者職員で参加している。
		b	事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)	◎	地域の文化祭やお祭り、近隣の小学校に遊びに行ったり、地域の交流がある時は、案内をいただくので、参加させてもらっている。		◎	◎	
		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。	○	リサイクル活動や、防災訓練や、地区の清掃に参加して、見守りが増えている。回覧板が回ってくる。近所の人より野菜もいただく。				
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	園の庭で犬の散歩をしたり、野菜をもってきてくれたりと、声かけをしてもらっているが、遊びには来てもらえる回数は少ない。				
		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。	○	地区の回覧を持ってきてもらつたり、公民館の行事に声かけてもらつたら、園としても積極的に参加している。				
		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)	◎	遠方への外出は困難もあってきていないが、近所の行事では誘ってもらつて参加し、ボランティアさんに支援してもらっている。				
		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。	◎	ボランティアとの交流や、地域行事には利用者のレベルに応じてできる限りの参加を誘導している。				
		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)。	○	近くの消防署よりパンフレットを持ってきてもらつたり、近くのスーパーに行ったり、公民館に行つ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り組み	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。	○	利用者さんの重症化だったり、難聴だったりするので、毎回の参加はできていないが、地域の人々や家族の参加はある。	○		○	地域から区長、婦人会、老人会、ボランティアの人などの参加があり、他事業所の参加もある。家族はユニットごとに代表者が参加している。利用者は席を離れることはあるが参加している。	
		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。	◎	必ず報告している。			○	法人小規模多機能事業所と合同で会議を行っている。運営状況、活動報告、研修報告を行っている。外部評価実施後には、評価結果や目標計画を報告している。	
		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。	○	構成員さんの意見は検討し、取り入れるようにしている。			◎	△	会議では、報告に対して質問や感想はあるが、意見や提案はほぼ出ないため、サービス向上に活かし、状況報告を行う等の取り組みには至っていない。
		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。	○	4月から2か月ごとに第3水曜日に開催している。			◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	◎	公表している。					
<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。	◎	業務カンファレンスやケアカンファレンスなどで、理念についての考え方について勉強会をし、いつでも見えるところに掲げている。					
		b	利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。	○	利用者さんには入居時に、地域の人たちには運営推進会議にて伝えている。	○	○			
42	職員を育てる取り組み ※文言の説明 代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。	a	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。	◎	園外の研修にも職員は広く参加している。					
		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。	○	業務カンファレンスやケアカンファレンスでミニ研修会をしたりして、利用者へのモニタリングも担当制にすることで、スキルアップにつなげている。					
		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。	○	勤務状況や研修参加状況などで査定を行い、介護給付金にて反映している。資格等を取れば時給アップするなどし、意欲のある者に応じている。					
		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)	○	研修会や連絡会議には積極的に参加するよう推進している。研修会の報告書を出せば、交通費と研修費を会社が支払っている。					
		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。	○	職員の負担が少なくなるように人数は多めに雇っていたが、辞めたりして現在はぎりぎりの人数になっている。雇用はいつでも募集している。管理者とは密に連絡を取り、要望を聞いている。	○	○	○	管理者(代表者)は毎日事業所におり、職員と密に話をして意見を聞くようにしている。	
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。	◎	園内でも勉強会をしたり、園外にも虐待テーマの研修会があった時はほとんどの職員が参加した。					
		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。	○	ケアカンファレンスで勉強会をしたり、話し合いを実施している。					
		c	代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないよう注意を払い、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。	○	業務・ケアカンファレンスを捉えて話し合っている。				○	内部研修を数回開催し、また、外部研修受講者は内部で伝達研修を行い学んでいる。行為を発見した場合の職員の対応方法や手順についても、繰り返し学び徹底を図ってほしい。
		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。	◎	職員一人一人の希望を聞きながら勤務表を作成している。					
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。	◎	身体的拘束について、PTを招いて勉強会したり、緊急性がありやむを得ない場合は家族より同意書を得ているも、できるだけしないでスタッフ間で色々な方法を試行錯誤している。					
		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。	◎	勉強会を園内で実施し、職員の共有認識を図っている。					
		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。	◎	ミーティングや日々の申し送りでのその日のケアを振り返り、自覚しない拘束がないか等の点検はしている。家族への説明も行っている。					
45	権利擁護に関する制度の活用	a	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。	△	勉強会に参加した職員から説明してもらって、園内の勉強会をしているが、理解できない部分もある。					
		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。	◎	相談があれば他機関へ問い合わせをしたりして情報提供を行っている。					
		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。	◎	困ったら相談をして、色々な情報をもらうなどの連携体制を築いている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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て職員で勉強会をして、園外研修にも参加して、職員で周知している。				
		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。	○	ケアカンファレンス等で勉強会をして、訓練を行っている。				
		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。	○	ヒヤリハットはきちっと提出して職員で検討し、原因は何か探り、再発防止に努めている。まだ話し合いは必要。				
		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。	◎	職員は利用者と同じ空間で過ごし、さりげなく全員を見守っている。夜間は両ユニットの職員が協力して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。	◎	マニュアルは作成している。				
		b	利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。	◎	今まで苦情は1件しかない。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	◎	職員にも苦情の内容を説明し、今後につながるようし、この時家族にもカンファレンスに参加してもらった。				
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)	◎	運営推進会議で意見・要望を聞き、家族には面会時や毎月のお便りで聞くようにしている。			○	運営推進会議時や介護相談員の訪問日に意見や要望を伝える機会がある。日々のケアの中で個別に聞く事もあるようだ。
		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)	◎	上に同じ	◎		○	運営推進会議に参加する家族は機会がある。来訪時に口頭で聞くようにしている。面会簿には、意見や希望を書く欄を設けている。
		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。	◎	面会時やお便り後に、行政のことや今後のこと、不安に思っていることなどを相談されたら情報収集して説明している。できることは代行もしている。				
		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。	◎	毎日現場に行っている。職員と共に昼食をとり、話を聞いている。				
		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。	◎	園内研修時に話し合っている。担当制になっているので、担当者からの提案をみんなで検討している。			○	毎月のカンファレンス時に聴く機会を持っている。日々のケアの中で聴くこともある。
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。	○	評価の内容を職員に伝えて取り組んでいる。毎年1回自己評価を行っている。				外部評価実施後の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った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。	○	ケアカンファレンス時に伝えて職員と一緒に考えている。				
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	○	毎年目標を立てて全員で取り組んでいる。				
		d	評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。	◎	運営推進会議にて支援センター、地域の人等が来られているので報告し、意見をもらっている。	○	○	△	
		e	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	◎	目標達成計画、達成案を示し、取り組んだ内容などを報告した。				
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)	◎	災害マニュアルがある。				隣接事業所と合同で消防署と連携し避難訓練を行っているが、地域の人は参加していない。地域の防災訓練に利用者さんと参加している。災害時の協力支援について、地域の人と話し合う機会をつくってほしい。
		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。	◎	それぞれを想定した訓練を実施している。				
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	◎	担当職員により定期点検あり。毎日の日誌にも点検チェックしている。				
		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。	◎	地域(市)、全国などの避難訓練に利用者さんも一緒に参加している。	○	△	△	
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	○	それぞれ主催の災害に対する研修に参加している。				

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)	○	職員の中に認知症サポーター養成研修を受けている者も多く、日赤奉仕団主催の認知症研修参加あり、報告書を提出している。				入居相談で来訪する人の相談を受けることはあるが、地域からの相談支援は行っていない。
		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。	○	気楽に相談に来てもらい、情報提供したり、相談に乗ったりしている。		△	△	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	×	事業所内に活用できる場所はあるが、なかなか実現できない。				
		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。	○	川之石高校の介護実習生を受け入れている。				
		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)	○	他の事業所の運営推進会議に参加したり、地域密着型サービス協会の会議に参加して連携を取っている。			△	