

事業所の概要表

(令和 5 年 10 月 15 日現在)

事業所名	グループホームよしの里					
法人名	医療法人雄友会					
所在地	愛媛県宇和島市吉田町魚棚20-5					
電話番号	0895-52-3511					
FAX番号	0895-52-3544					
HPアドレス	http://					
開設年月日	H17 年 5 月 21 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 ( いわむらクリニック・居宅介護支援事業所 )					
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	3 名	要介護2	9 名
	要介護3	2 名	要介護4	4 名	要介護5	0 名
職員の勤続年数	1年未満	0 人	1~3年未満	2 人	3~5年未満	1 人
	5~10年未満	5 人	10年以上	6 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 4 人		介護福祉士 10 人			
	その他 ( )					
看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input 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	いわむらクリニック・岡本歯科					
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: 0 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 1,300 円	( 朝食: 円 昼食: 円 )
	おやつ: 円	( 夕食: 円 )
食事の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他の費用	・ 水道光熱費 1,500 円	
	・	円
	・	円
	・	円

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間			
広報紙等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 4 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 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 checked="" 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  
“愛媛県地域密着型サービス評価”

新型コロナウイルス感染防止対策を十分おこない  
訪問調査を実施しております

#### 【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	愛媛県松山市三番町6丁目5-19扶桑ビル2階
訪問調査日	令和5年11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)	13	(依頼数)	18
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	3873900694
事業所名	グループホームよしの里
(ユニット名)	ユニット1
記入者(管理者)	
氏名	清家和代
自己評価作成日	R5年 10月 15日

<p>【事業所理念】※事業所記入 「家庭的な環境のもとで、あたり前に普通の生活を」</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 目標達成計画 ①日頃からコミュニケーションをとり、思いを汲み取っていく。 本人、家族、友人、知人等の情報を記録して職員で共有する。 ②家族が意見や希望を気軽に伝えたり、相談できる。 取り組んだこと ①家族や 本人をよく知る人との交流をして、本人らしく生活して頂く。 生活歴に馴染みの暮らしができるような項目を作って家族に記入して頂く。 ②意見や相談がしやすいようこちらから「何かいいアイデアはないですか？」など 施設側から働きかけをしていく。 定期的に電話での交流をする。 事業所側の一方向的な情報提供ではなく、家族の不安や知りたいことを話して頂けるような雰囲気作りに努める。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 季節行事の機会を捉えて、職員主催でイベントを企画して利用者を楽しませている。歌の好きな利用者が多いこともあり、ユニットごとに紅白歌合戦を催した。最優秀の利用者には、最優秀歌唱賞の表彰状を用意した。受賞した利用者は「恥ずかしいけど嬉しいわ」と感想を述べたようだ。 家族から、友人の現況を教えてください、手紙を出す手伝いをした。後日、返事とお菓子が送られてきて、本人はとても喜ばれたようだ。 「たいこまんを食べれんやったら死んだらほうがまし」という利用者には、家族や主治医と相談し、2日に1度食べられるように支援したが、「半分でも毎日食べたい」と、本人の希望で、毎日半分ずつ楽しめるよう支援している。体重増の心配もあり、「たいこまんを食べるんだら動かんといかんよ」と話し、買いに行く時には、遠回りして行ったり、外出時には、歩くようにして食べたいものを続けられるよう支援している。</p>
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【実施状況の評価】

◎よくできている ○ほぼできている △時々できている ×ほとんどできていない

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
<b>I. その人らしい暮らしを支える</b>									
<b>(1) ケアマネジメント</b>									
1	思いや暮らし方の希望、意向の把握	a	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。	◎	入所時、本人家族さんより希望意向の聞き取りを行っている。日々関わりの中でも把握できるようゆっくりとお話できる時間を作っている。	◎	◎	◎	入居時、家族、利用者、関係者(兄弟・友人・知人)から聞き取った情報をセンター方式の私の姿と気持ちシートにまとめて把握に取り組んでいる。入居時に聞き取りが難しい場合は、24時間生活変化シートを使用して、生活リズム等の把握に取り組んでいる。新しく入居した利用者から、事業所独自の項目(入浴について・馴染みの美容院等)に沿って、本人や家族から希望を聞き取り取り組みを始めている。
		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。	◎	家族さん、知人より聞き取りを行っている。生活歴やセンター方式(私の姿と気持ちシート)活用している。				
		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。	◎	面会時や散歩等で本人をよく知る人と出会った時にはお元気であった頃の姿や性格等教えて頂き話し合っている。				
		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。	○	生活歴、センター方式(私の姿と気持ちシート)活用。家族、知人より提供いただいた情報はその都度生活歴に記入している。				
		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。	○	研修等で自己覚知、皆考え方が違うという学びもしており思い込みない様子を付けている。又様々な職員と意見交換をし思いを見落とさない様にしている。				
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。	◎	入所時に聞き取りを行っている。面会時、散歩時等本人をよく知る人との交流も図っており情報収集している。本人ともかかわりの中で情報収集している。				入居時に家族、利用者、関係者から生活歴や趣味、好きなこと等を聞き取り、生活歴調査票に記録している。
		b	利用者一人ひとりの心身の状態(身体面・精神面)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。	◎	日々の関わりの中で現状把握しており変化あるときは職員間で申し送りを行っている。(申し送りノート、個人経過表活用)				
		c	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に努めている。(生活環境・職員のかかわり等)	◎	入所時は24時間シート活用。日々のケース記録や個人経過表、申し送りノートに変化等記入している。				
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。	◎	センター方式(私の姿と気持ちシート)活用。申し送り、ミーティングにて職員間で検討している。				介護計画作成前に、利用者や家族に希望等を聞いておき、職員でサービス担当者会議を行っている。自分の意思、意向を言葉で伝えることができる利用者には、サービス担当者会議に参加してもらっている。
		b	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の把握に努めている。	◎	ケアプランに盛り込み、課題をクリアできるよう毎日実施記録表に評価記入している。				
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	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。	◎	グループホームという集団生活の中で出来る限りの意向、暮らし方が実現できるよう計画している。				
		b	本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。	◎	家族さんと面会時や電話等でケアについて話し合っている。ご本人にも日々の関わりの中やケアプラン計画時、どうしたいか、そのためには何をやるか意見を聞いている。	◎			利用者、家族の意向をもとに、主治医やリハビリの先生の助言と、職員の意見、アイデアを採り入れて計画を作成している。
		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。	○	生活歴やセンター方式(私の姿と気持ちシート)を活用し過ごしやすく生活できるような計画している。				
		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。	○	家族さん、地域の方も関わりのあるケアプランになるよう努めている。(担当者の欄に家族あり)				
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。	○	担当者会議行い、表はケース記録に添付し理解できるようになっている。毎日ケアプラン実施記録表もつけており共有できている。				個人のケース記録ファイルに、介護計画書を綴じて共有している。
		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個別具体的に記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。	◎	毎日実施記録表をつけている。実現できない時は申し送り時現状とどうするかその都度話し合い行っている。				支援内容を転記した1ヶ月単位のケアプラン実施記録表を作成して、毎日、実践できたかを○×△で記録している。さらに、モニタリングや評価につなげやすいような記録方法に工夫してはどうか。

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。	◎	入所3か月、その後は半年見直しを行っている。状況が変化しただけはその都度ケアプラン変更している。			◎	ケアマネジャーが、責任を持って期間を管理しており、6ヶ月毎ごとに見直しを行っている。入居間もない頃は、3ヶ月で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。	◎	毎日実施記録をつけており、月末に総合評価を職員間で話し合い共有している。			◎	月末に、職員は、自分が担当する利用者について、ケアプラン実施記録表などをみながら、他職員と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。	◎	少しの変化も家族さんにお伝えしている。主治医にも相談し見直しし必要時に変更している。			◎	転倒に伴い、状態変化がある場合は見直しを行っているが、この一年間では事例はない。	
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。	◎	全員集める会議は行っていないが全員から意見を聞こうとしている。決定事項は申し送りノート、個人経過表に記載している。			◎	月1回、ミーティング(2ユニット合同)を行い、「業務改ざんに関する会議記録」を作成している。その他は、必要に応じて申し送り後に話し合いの場を設け、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。	○	勤務年数長い職員が多く、意見は言いやすい環境である。				ミーティングは、月の中旬に、出勤職員のみで行っている。夜勤者とその日が休みの職員は、参加していない。全職員が会議記録で内容を確認し、押印する機会をつくっている。さらに、可能な限り多くの職員が参加できるように工夫してはどうか。	
		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、工夫するとともに、参加できない職員にも内容を正確に共有している。	◎	aと同様			○		
8	確実な申し送り、情報伝達	a	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)	◎	申し送りノート、個人経過表活用。	◎		○	職員は、出勤時、申し送りノート(医療、申し送り)を確認してから勤務に入るようになっている。事務所内のホワイトボードに今月の予定を記入している。	
<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。	◎	ゆっくりと会話できる時間があり、「したいこと」の把握できている。実現可能な事柄は臨機応変に対応している。(運動、買い物、散歩、電話、字の練習等)				◎	飲み物(珈琲、紅茶、お茶、時にはゆず茶や甘酒)を選ぶよう支援している。プリンターに植える花は、花が好きな利用者と一緒に産直市に買いに行き、選んでもらうことを支援している。
		b	利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくっている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)	◎	何を飲みたいか、何がしたいか、何を着たいか、おやつは何が食べたいか、誕生日何が食べたいか、可能な限り選んでもっている。			◎	季節行事の機会を捉えて、職員主催でイベントを企画して利用者を楽しませている。歌の好きな利用者が多いこともあり、ユニットごとに紅白歌合戦を催した。最優秀賞の利用者には、最優秀歌唱賞の表彰状を用意した。受賞した利用者には、「恥ずかしいけど嬉しいわ」と感想を述べた。家族から、友人の現況を教えられて、手紙を出す手伝いをした。後日、返事とお菓子が送られてきて、本人はとても喜ばれたようだ。	
		c	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)	○	起床就寝本人のペースに合わせている。入浴も本人のペースである。入浴拒否の方は日を変えたり対応している。			◎	「たいこまんを食べれんやったら死んだらほうがまし」という利用者には、家族と主治医と相談し、2日に1度食べられるように支援したが、「半分でも毎日食べたい」と、本人の希望で、毎日半分ずつ楽しめるよう支援している。体重増の心配もあり、「たいこまんを食べるんだったら動かんといかんよ」と話し、買い物に行く時は、遠回りして行ったり、外出時には、歩くようにして食べたいものを続けられるよう支援している。	
		d	利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	◎	日々の関わりの中でプラスの反応になる事柄を収集している。			◎		
		e	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。	◎	現状ではお一人お一人を観察する時間があり、表情一つで職員は対応を変えたり臨機応変にうまく支援できている。					
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。(人前であらかじめさりげない言葉かけや対応等)	◎	ミーティング、研修で学んでいる。人権、尊厳を守れている場面があった場合はその都度指導を行い、職員皆が理解できるよう話し合うようになっている。	◎	◎	◎	毎月のミーティングの機会を捉え、資料を用意して、人権や尊厳について学んでいる。その際に、職員の間には、さりげない言葉かけや態度があれば、「その場で言い合えるようにしよう」と周知している。代表者や施設長からの話もある。	
		b	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。	◎	ゆっくりと関わり馴染みの関係づくりを大切にしている。「トイレ、便、おしっこ」等周りに気が付かれない様ジェスチャーや、小声でお話している。				選挙があった際、テレビ等を見て利用者から投票に行きたいと希望があり、投票したい人の名前を忘れてしまう利用者の投票の仕方を市役所に教えてもらって選挙の投票に行くことを支援した事例がある。	
		c	職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	◎	入室の際は本人に許可を頂いている。			◎	管理者やケアマネジャーは、利用者に声をかけ、入室する理由を説明してから入室をしていた。	
		d	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。	◎	個人面談や、ミーティング時説明を受けており、念書に署名、押印している。					
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを求め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。	◎	共に生活しており調理、掃除等得意分野で助けて頂いている。習字、絵画、精神面等尊敬できる場面が多くある。					
		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。	◎	不穏時等、職員が対応するより利用者さん同士で関わることでより落ち着くということもある。					
		c	職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等)	○	気の合う利用者さんが交流を深められるよう席の誘導、外出時一緒に出たりと工夫している。他者と交わるのが苦手な方もおられる為、臨機応変に対応している。			◎	仲の良い利用者同士で外出する機会をつくっている。最近、他利用者にきつい言葉や言ったり、突っかかるようなことが見られる利用者について、家族と相談して、居室にテレビを用意してもらい、ひとりで過ごす時間を増やして様子を見ている。皆で遊ぶ時間には、誘って一緒に楽しめるよう支援している。	
		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。	○	大きな問題になる前に間に入り対応している。					
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や馴染みの場所などについて把握している。	◎	入所時生活歴活用。日々の関わりや家族知人より情報収集している。					
		b	知人や友人等が気軽に訪れたり、本人が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たりなど、これまで大切にしていた人や場所との関係が途切れないよう支援している。	◎	面会可能な為来ていただいている。ドライブや散歩時に自宅や友人、親族の家に寄ったりしている。					
13	日常的な外出支援	a	利用者(および意思表示が困難な場合はご家族)の希望に沿って、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)	◎	散歩はほぼ毎日行っている。ドライブも積極的に行っている。畑、庭があるのでよつとした収穫や水やりも行って頂いている。		○	◎	季節や天候をみながら、毎日、散歩したり、庭や畑に出て過ごしたりできるような支援をしている。普段のおしゃべりの中で九島大橋が話題になり、利用者から「行ってみたい」と希望があったので、後日、ドライブに出かけた。月に2-3回は、ドライブに出かけており、自宅方面をドライブする際には、家族に連絡して会えるように支援している。	
		b	家族、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。	○	家族を巻き込んだ介護支援を目標としており家族さんによるドライブや食事等の外出が増えていく。				調査訪問日には、散歩に出かけたり、家族とドライブに出かけたりする利用者の様子が見られた。外出から帰った利用者には職員は、「おかし、外はどうだったか」と声をかけていた。	

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		
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。	○	研修、ミーティングで勉強の機会を持っている。一人一人の状態変化、症状についてもその都度職員間で話し合って改善に向かう方法を探っている。				隣接の母体病院で、リハビリを受け、歩行練習などしている人が複数いる。事業所と場所が変わることで利用者の意欲が高まるようだ。リハビリ後は、少し回り道をして事業所に戻るように支援している。		
		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。	◎	研修、ミーティングで勉強の機会を持っている。生活/リハビリを大切にしており機能低下防止に努めている。				テーブルを囲んでやわらかいボールでバレーをしたり、皆で体操したりしている。利用者は、掃きそうじ、畑の草引きや水やり、洗濯物干し・たたみ、食事の下ごしらえ、食器洗い等を行っている。		
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	出来る作業、好きな作業、得意な作業に誘導する。できなくても後で職員がこっそり直したり自信を失わない様に対応している。	◎	◎	◎	手すりを使ったり、シルバークーを押ししたり、車いすを自走したり、それぞれが自分の持っている力を使って移動できるよう支援している。職員は後方から付き添っていた。		
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。	◎	日々の関わりの中で把握している。				事業所は、地域交流が多くあり、婦人会、高等学校、小学校、お寺などいろいろな関係者とかわりを持っている。利用者が雑巾を手縫いして、それぞれに応じた刺しゅうをして、お返しに使ったり、プレゼントとして喜ばれている。公民館や銀行のロビー展に展示する作品づくりを皆で行っている。		
		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、ホームの内外で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。	◎	演芸会で好きな歌や踊りを披露して頂いている。習字や手芸、絵画等吉田公民館、伊予銀行のロビー展に展示して頂いている。	◎	◎	◎	利用者の誕生会は、誕生日日に行っており、リクエスト献立を用意し、皆で歌を歌って祝っている。		
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、自己表現の一つと捉え、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。	◎	昔馴染みの美容室にて毛染め、散髪して頂いている。知人より「おしゃれやったんよ。」等本来の姿を教えて頂いている。						
		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。	◎	家から持参した衣類でおられる。新しい衣類を購入される際も自分で選んで頂いている。更衣の際も選んで頂いている。						
		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。	◎	選択肢を2つにして選びやすくしたり、「こちらの方がお似合いですよ。」と提案している。						
		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。	◎	外出や行事ごとの際はおしゃれな衣類を着て頂くよう誘導している。						
		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)	◎	居室で一緒にお直ししている。口うるさくならない様スマートに声掛け行っている。	◎	◎	◎	利用者は季節に応じた清潔な服装で過ごしていた。電気髭剃りを充電しておく、自分で髭を剃る男性利用者がいる。		
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	◎	馴染みのお店をお願いしている。					馴染みの理・美容室がある利用者には、職員が送迎等してカットや毛染めができるよう支援している。	
		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。	◎	ひとりひとり関わる時間がある為本人らしさが保てていると思う。				◎	家族が散髪するような場合は、「そろそろのびてきました」と電話すると、家族が来て散髪してくれる。天気の良い日には、外で散髪してくれるようだ。	
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。	◎	研修、ミーティングで学び理解できている。				食材は、注文をして肉屋、魚屋、産直市、スーパーなどから配達してもらっている。献立は、法人の管理栄養士が立てた1週間ごとの献立を参考に、職員が利用者向けにアレンジしている。		
		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。	○	リクエストお聞きで献立に組み込んでいる。調理、後片付け等一緒に行っている。			◎	調理は、利用者のできること、得意なことは行ってもらった場面づくり、その他は職員が行ったり一緒に行ったりしている。		
		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。	◎	野菜カット等利用者さんの方が上手であり頼りにしている。必ず感謝を伝え自信、達成感につなげている。				料理は両ユニットで協力してつくっている。現在、1階ユニットには、包丁を使うのが上手な利用者が多いため、調査訪問日の昼食の主菜のハンバーグを1階でつくっていた。2階ユニットは、副菜のマカロニサラダ等をつくっていた。毎朝、献立をみて、どちらのユニットで調理するかを決めている。		
		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。	◎	入所時間き取り行っている。					地元食材を使用して利用者の馴染みのあるような献立を立てて支援している。アレルギーや嫌いなものについては、代替メニューを用意している。	
		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がらの味を取り入れている。	◎	畑で旬の食材の収穫もして頂いている。昔よく作られていたメニューも入れている。(さつま、てんぷら、玉子寒天等)おやつでも利用者さんにはおはぎやホットケーキ等馴染みの物を作りたい。			◎	利用者にとって馴染みのある、つなつかしい生姜の佃煮やすり身あげ、卵寒天を献立に採り入れている。		
		f	利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせて調理方法として、おいしそうに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)	◎	現在ほぼ普通食となっている。利用者さんと職員と一緒に盛り付けることにより美味しく盛り付けとなっている。						
		g	茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	◎	馴染みの品を持ってきていただいている。状態に合わせて軽い食器に変更したり臨機応変に対応している。			◎	茶碗や湯飲み、箸は自宅から持参したのを使っている。壊れたら、家族と相談して、用意してもらったり、一緒に買いに行ったりしている。		
		h	職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事と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。	○	コロナにより引き続き同テーブルでの食事は控えているが同じフロア内でサポートできる位置で行っている。				◎	職員は、利用者とは別のテーブルではあるが、近くに席を設けて一緒に同じものを食べている。利用者の食べる様子を見ながら、席の方に「ご飯、ふりかけかけます?小さくしょうか?」などと声かけている。	
		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。	○	調理中も利用者さんと会話をしながら雰囲気作りできている。居室で休まれている方にも声は聞こえており楽しみにしていると言っていた。			◎	◎	台所から料理をする音やにおいがしていた。また、食材や料理の話題でおしゃべりしながらテーブル席で調理の下ごしらえを行っていた。居間で過ごしている利用者に、職員が「今日は厚揚げ入りのハンバーグだよ」と言って、ボールの種を見せ、テーブルにホットプレートを出して皆の前で焼いていた。	
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	◎	系列施設の栄養士の献立を基本とし栄養バランス、カロリー計算は出来ている。一人一人の状態に合わせて時間をずらしたり、回数に分けて摂取量確保できるようにしている。					昼食後、利用者に夕食の献立名を伝えてホワイトボードに書いてもらっていた。毎食後、書いてくれるようになった。時には、イラストを書き足してくれたりする。	
		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。	◎	時間をずらす、量を減らし回数を増やす、経口栄養水、カロリードリンク、お好きなジュース等ご本人の飲みやすい物を提供できるよう工夫している。					食事時には、「レタスは○○さんがちぎったレタスよ」、牛乳寒天を配る時に、「今日は牛乳寒天ですよ」と伝えていた。	
		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。	◎	臨機応変に対応できるようにその都度話し合っている。偏りがない様になっている。系列栄養士に相談できる環境である。					◎	法人の栄養士が作成した献立表を、職員間で確認しながらアレンジするなど話し合っている。
		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。	◎	クリニック看護師による食中毒の勉強会を行っている。その都度洗浄、夜ハイター消毒を行っている。						

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	◎	研修、看護師による研修、月1回の岡本歯科往診(医療連携)で学び、理解している。				歯科医の往診が月に1回あり、日頃の口腔ケア時の観察や本人から訴えがあるなど、気になる利用者について診てもらおうとしている。利用者個々に、2~3か月1回は口腔内を診てもらっている。
		b	利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。	◎	口腔ケア時にチェックしており、月1回の岡本歯科往診(医療連携)時検診して頂いている。			◎	
		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1回岡本歯科往診(医療連携)				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	月1回の岡本歯科往診(医療連携)で学んでおり、食後口腔ケア時支援している。				
		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、歯科医の受診等)	◎	ご自分で出来る範囲のことはしていただき、その後の仕上げ支援等行っている。			○	
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。	◎	研修、ミーティング時勉強会行っている。ユニチャーム研修でおむつ、排泄について専門分野の方からも学び理解している。				朝夕の申し送り時に、状況を報告して話し合っている。紙パンツにパッドを使用していた人が、パッドがずれて、自分で着脱することが難しかったが、ユニチャームの研修で、紙パンツ用のパッドがあることを知り、使用することで、利用者がスムーズに着脱できるようになった事例がある。
		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。	◎	aと同様				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排便・排便の兆候等)	◎	排泄チェック表活用。細かな事柄は申し送り時伝えあっている。				
		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。	◎	パッドの種類、トイレ利用等臨機応変に対応している。	◎		◎	
		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。	○	その都度職員間で話し合い、即行動起こし失敗成功を繰り返しながら改善方法を探っている。				
		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。	○	排泄チェック表活用し誘導時間のヒントを探り誘導行っている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういつ時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	◎	ご本人に使用感を確認している。心地が悪そうな素振りやざれたりする場合は使用について検討変更している。家族さんに詳しい流れは面会時、月1回お手紙を出すときにお伝えしている。				
		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。	◎	gと同様				
		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)	◎	ヨーグルト、バナナ、牛乳と個人に合わせて提供。運動やマッサージ等で自然排便につながる工夫をしている。				
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)。	○	一応基本の予定は立てているが、本人の希望や状況に応じて臨機応変に対応できている。	◎		◎	利用者個々に週に2回以上、入浴できるように支援しており、入りたいと希望があれば、土日以外に対応しており、ほぼ毎日入浴する人もいる。仲の良い利用者同士と一緒に入浴する機会を提案している。同性介助を希望する人には対応している。洗髪時、顔にお湯がかかるのが苦手な人用にシャンプーハットを用意している。
		b	一人ひとりが、つろいだ気分に入浴できるよう支援している。	◎	入浴剤や音楽等つろいで頂けるよう工夫している。				
		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。	◎	出来ることはご自分で行って頂いている。				
		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よく入浴できるよう工夫している。	○	理解までは出来ていないことが多いが、無理強いをせず入りたい気持ちになっていただけるよう支援している。				
		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。	◎	毎朝健康チェック行っている。				
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。	○	申し送り時伝え合っている。その他でもケース記録、業務日誌、個人経過表に記入しており把握している。				現在、入眠導入剤等の薬剤を使用するケースはない。職員は、薬剤に頼らず、活動内容の工夫やケアでカバーしたいと考え取り組んでいる。日中、活動的に過ごすことで安眠につなげている。体操や頭を使うゲームなど両方を行えるよう取り組んでいる。夜間「眠れない」と言って居間に来る利用者には、一緒に過ごし、ウトウトしてきたら「お部屋に行きませんか？」と声をかけ休めるよう支援している。6時半ぐらいには居室のカーテンを開けて、「朝ですよ」と伝えていく。起きるかどうかは本人のペースに任せている。
		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。	○	朝日を浴びる。日中活動的に動いていただく。足浴、マッサージ等行っている。				
		c	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。	○	主治医にまめに相談できる環境である。			◎	
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	◎	休憩、昼寝自由にして頂いている。日々一人一人観察できる状態であり、表情等で察知し対応している。				

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	
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。	◎	ケアプランにも家族さんとのつながりの項目を入れ込んだり交流が続けられるよう対応している。電話はまめに行っている。月1のお手紙の際本人に書いていただいたり努めている。					
		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。	◎	会話が続かなくても声のやり取り、一緒に手紙を書いたり代筆している。					
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	◎	ケアプランに盛り込んでいる。こちらから電話の声掛けすることが多い。携帯電話を持ち込まれ使用されている方もおられる。					
		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。	◎	手紙、はがきの返信できるよう支援している。家族さん以外でも広報を同封して音信不通にならない様工夫している。					
		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。	◎	ケアプランに盛り込んでいる。説明時理解して頂いている。					
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。	◎	研修、ミーティング時学ば理解している。					
		b	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。	◎	こまめに買い物支援行っており頼なな関係になっている。					
		c	「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。	◎	入所時に相談し一人一人対応している。途中からも必要に応じて所持している。					
		d	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。	◎	cと同様					
		e	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き、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)。	◎	同意書、出納帳使用。お金を使うときは前もって連絡確認し金庫預かりで職員がお金の動きは明確に説明できる状況である。					
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。	○	職員は一人一人のニーズに合わせていかなければ、よしの里自体の需要がなくなる危機感を感じており、臨機応変に動くよう努めている。	◎		○	家族の希望に応じて、自宅へ戻ったり、泊まったりすることを支援している。選挙があった際、投票がしたいと希望する利用者があり、他利用者にも投票に行くか希望を聞いて期日前投票場へ送迎した事例がある。	
<b>(3)生活環境づくり</b>										
25	気軽に入れる玄関まわり等の配慮	a	利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	○	玄関には季節の草花を生けている。手作りウェルカムボードを設置し親しみやすくなるよう工夫している。	◎	◎	◎	玄関前に駐車スペースがある。玄関までのアプローチには色とりどりの花を植えたプランターを並べていた。玄関の戸は引き戸で、段差がない。	
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、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがあがる。(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ぐような設えになっていないか等)	○	皆さんで作成した壁画、習字、塗り絵を飾る。ぬいぐるみやこまごました花瓶に花を生けたり、完璧な空間ではなく、どこか抜け感が出てリラックスできるような空間となっている。	◎	◎	◎	玄関には、利用者と職員で作成したちぎり絵のウェルカムボードがあり、居間には貼り絵の壁画を飾っている。ダイニングテーブルが2つと、ソファを2ヶ所に設置している。	
		b	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	◎	朝、夕の掃除以外でもその都度掃除している。掃除が得意な利用者さんもおられるに掃除機で下さっている。便具はその都度、便パットは外のゴミ箱に入れている。			○	掃除が行き届いている。大きい窓から自然光が入り、レースのカーテンで光を調節している。	
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかけられるように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。	○	季節の作品(習字、絵画、壁画)。季節の植物を飾る。季節の歌を歌う。旬の食材を使用。職員トップス制服なく季節に合った服装をしており利用者さんの五感に働きかけられる工夫をしている。				◎	テレビの番組は、宇和島ケーブルテレビを点けていた。事業所の畑には、プロコリー大根・玉ねぎ等の野菜を植えており、利用者と職員で世話している。ほうきとちりとりでいついた時に掃除をする利用者がある。掃除道具を気が向いたところに片付けるため、職員が後から元に戻すようにしている。今日の日付を壁面に大きく貼っていた。玄関や居間の各所に生花を飾っていた。
		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。	○	テレビ裏のソファで一人で過ごすごうができる。居室で自由に過ごして頂いている。					◎
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。	○	入所時使い慣れた品、好みの品の持ち込みをお願いしている。新たな品を購入する際は本人の気に入るものを選んでいく。	◎		◎	居室入り口に付けているネームプレート(自作)には、それぞれ違う飾りを付けて目印にしていた。トイレの入り口には「トイレ」と貼っていた。トイレ内には小柄な利用者用に、牛乳パックで作った足置きを準備していた。	
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、混乱や失敗を防止、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。	○	居室にネームプレート、トイレにトイレプレート設置。				○	居室入り口に付けているネームプレート(自作)には、それぞれ違う飾りを付けて目印にしていた。トイレの入り口には「トイレ」と貼っていた。トイレ内には小柄な利用者用に、牛乳パックで作った足置きを準備していた。
		b	利用者の活動意欲を醸成する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)	○	ほうき、塵取りフロアに出している。急須、湯呑、お茶、白湯カウンターに出している。					
29	鍵をかけたケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害(鍵をかける出られない状態が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)を理解し、日中は玄関に鍵をかけることなく済むように工夫している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)	◎	研修、ミーティング時勉強している。リスクが高い状態(不穏な利用者さんがおられるのに職員が一人しかいない等)の時は一時的に施錠し出来る限りの努力をしている。	◎	◎	○	ミーティングの中で管理者が話しており、職員は理解をしている。日中、玄関に鍵はかけていないが、職員の手が足りない時で、利用者が落ち着かない時には、一時的に台所横の勝手口(隣接病院にリハビリに行く際等に使用)に鍵をかけることがある。帽子をかぶると、出かけるサインの利用者が、帽子をかぶった時は、台所仕事ををお願いする等に対応している。	
		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。	◎	入所時説明している。その後も面会時、ケアプラン変更時に話し合っている。				◎	玄関とユニット入口の開閉時は音が鳴るようにしており、ひとりでも出かけていく利用者には、職員が付き添っている。
<b>(4)健康を維持するための支援</b>										
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	◎	入所時聞き取りを行っている。医療機関より説明も受けている。					
		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。	◎	毎朝健康チェック、変化、異常を医療ノート、ケース記録、個人経過表に記録している。					
		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。	◎	クリニック隣接しておりいつでも相談できる環境にある。医師、看護師とも毎日話す機会あり。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	○	入所時、聞き取りを行い把握している。希望医療機関へは家族さんの支援で行っている。	◎			
		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。	○	aと同様。				
		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。	○	aと同様。				
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。	○	サマリーを作成し情報提供している。				
		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、日頃から病院関係者との情報交換や相談に努めている。	○	隣接病院に入院の際は様子を見に行ったり医療側に情報提供を受けている。				
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。	◎	協力医療機関が隣接しており、いつでも相談できる環境にある。				
		b	看護職もしく訪問看護師、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。	◎	aと同様。				
		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。	◎	aと同様。				
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、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。	◎	処方箋ファイル、おくすり手帳活用。状態変化経過その都度医療側へ連絡相談している。医療ノート、ケース記録、個人経過表に記録している。				
		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。	◎	薬は職員が管理しており、皆さんに見守り介助、服薬介助を行っている。				
		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。	◎	一人一人を観察できる状態であり副作用、体調変化等随時、かかりつけ医に報告している。				
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。	◎	入所時、ケアプラン変更時話し合いをしている。利用者さんへは日々の関わりの中で関係を深め本心を聞き取りできるよう努めている。聞き取れたご本人の気持ちも家族さんへ伝えている。				入居時に看取りの指針を説明し、本人や家族の意向を聞いている。状態変化時には、家族や主治医、職員で話し合い方針を共有している。看取り支援の希望があれば看ることができ、状態変化時の話し合いで隣接する母体クリニックへの入院となることが多い。この1年間には、看取りの事例はない。
		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で話し合い、方針を共有している。	◎	体調に変化見られる際、まめに職員、かかりつけ医話し合い方針を共有できている。	○	○		
		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。	○	職員がどこまでの支援ができるかミーティング時や申し送り時に話し合い、医療機関と連携を図り事業所の対応力を見極めている。				
		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。	◎	入所時説明している。その後も面会時、ケアプラン変更時に話し合い理解いただいている。				
		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。	◎	かかりつけ医が毎日往診に来られる体制にあり、その都度相談報告を行いチームで動いている。				
		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)	○	遠方の方は電話や手紙で細やかに連絡とっている。面会、電話時に交流することにより信頼関係を作るよう努めている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肺炎、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。	◎	外部研修以外でもクリニック看護師による研修で学んでいる。感染症対策委員会がある。				
		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。	◎	手順ファイルがありいつでも確認できる。ミーティング、看護師による研修でシミュレーション確認している。				
		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、随時対応している。	○	隣接の医療機関や行政の情報を毎日確認している。				
		d	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。	◎	研修で手洗いテストを行っている。利用者、来訪者へ声掛けしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
<b>II. 家族との支え合い</b>										
37	本人をともに支え合う家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	◎	家族さんを巻き込んだケアを目標としており、入所時説明している。ケアプランにも盛り込んでいる。				運営推進会議の後で敬老会を行い家族に参加の案内をした。	
		b	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、家族同士の交流)	○	コロナ禍でなかなか多くの機会は作れなかったが家族さんの面会時、散歩や食事に一緒に行っていただいたり努めた。運営推進会議には家族同士が交流できるよう工夫した。	◎		○	12月の大掃除の際には、家族に参加のお願いをする予定になっている。	
		c	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、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)	○	入所前聞き取り、入所時時間をかけてお話を聞きし不安等をお聞きしている。面会時、月1回のお手紙(写真付き)、年4回の広報等で日常を具体的にお知らせしている。	○	◎	◎	毎月送付しているポストカード(本人の写真とコメント・本人からの手紙などを載せている)は、あらかじめパンチで穴をあけて送り、家族が綴じておけるように工夫している。	
		d	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)	○	入所時家族さんより関係性を聞き取りし理解できている。できるだけ関係性を深められるよう交流誘導している。(月1回のお手紙に面会に来ていただきたいとお伝えしたり。)	○				よしの里たよりは、年4回発行しており、よしの里日記として行事などの様子にエピソードを付けて載せている。希望する家族には、SNSで写真や動画を送っている。
		e	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)	◎	運営推進会議で報告。その他月1回のお手紙や面会、電話時に報告している。	○			○	よしの里たよりは、新しい利用者の紹介を載せたり、行事の様子を写真付きで載せたりして報告している。この一年間では、職員の異動・退職はなかったため報告は行ってない。運営推進会議の報告書を全家族に送付して、行事や設備改修について報告している。
		f	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。	◎	入所時、リスクマネジメントしている。ヒヤリハットの度お知らせと一緒に対応を考えて頂いている。安全と抑圧のグレーゾーンについても話し合っている。	◎				
		g	家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的に行うことで、居心地よく安心して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)	○	コロナ禍でホーム内へお入り頂くことは少なかったが玄関で面会でき、職員と直接話が出来ていた。職員は信頼関係築けられるよう世間話を盛り込みながらなじみの関係作りをしており話しやすい関係は出来ている。お会いできてない家族さんには電話で近況報告している。	○			◎	電話連絡時や面会時などに「何か気になったことはありませんか？」と聞いている。よしの里たよりに「介護のお困り事等、お気軽にお問合せ、ご相談くださいませ。」と記入することもある。
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。(食費、光熱水費、その他の自己負担額、敷金設定の場合の償却、返済方法等)	◎	契約前、契約時、本人や家族と十分時間をとり説明している。内容の変更の際もその都度説明しており同意を得ている。					
		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。	◎	退去の過程を家族に十分説明し、退去先には情報の提供を文書、口頭で伝えている。					
<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、理解を回っている。	○	運営推進会議のメンバーに説明する機会を作っている。地域の行事に参加して理解を深めている。		◎			
		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)	◎	散歩、外出時に顔見知りとなるよう挨拶、雑談心がけている。祭、敬老会、芸能祭に参加し地域の方と交流している。吉田公民館ロビー展、伊予銀ロビー展に利用者さんの作品を展示し存在のアピールを心がけている。		○	◎	地域の回覧板でよしの里たよりを回してもらっている。散歩で顔見知りになった近所の人に「利用者と一緒によしの里たよりを届けている。たよりに「タオル地等の綿素材の不要な布を集めております。ご協力ください。」と記載しているのを見て、タオル地の布を持参してくれた。	
		c	利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。	○	散歩をしていると声をかけてくださり、馴染みの店が増え、会話も増した。					
		d	地域の人気が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	コロナ禍もありそのような機会は少なかった。					年に4回、施設長と職員が公園掃除をしている。地域の敬老会に参加した。
		e	近隣所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りしてもらえ、日常的なおつきあいをしている。	○	散歩時に顔見知りになり休憩させて頂いたり、菓子や植物を頂いた。お礼に畑の収穫物や手作りおはぎをお持ちしお付き合いすることができた。					
		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)	○	外部行事で出会ったとき一緒に見守りして下さったり、車で連れて帰っていただいたり支援して頂いた。ホーム行事時は前もって連絡し支援頂くよう働きかけ行っていた。					
		g	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得て、安全で豊かな暮らしができるよう、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)。	○	日頃から買い物支援、喫茶で近隣の商店利用している。美容室も近隣の馴染みの店舗に行っている。ロビー展で銀行、公民館協力いただいている。地域の行事には出来るだけ参加し関係作りを努めている。					
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。	◎	毎回、利用者、家族、地域の方々に参加いただいている。	◎		◎	令和5年5・7・9・11月に集まる会議(利用者、家族、地域の人(ボランティア、近所)、市職員、事務局、職員等が参加)を行っている。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実態、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)について報告するとともに、会議で出された意見や提案等を活かした結果等も報告し、議事録を公表している。	◎	自己評価、外部評価の内容を会議で報告している。その際、内容についての意見を伺うようにしている。		◎	○	活動、出来事の報告、ヒヤリハット、事故報告などについて報告している。外部評価実施後は、評価結果と目標達成計画について報告を行った。	
		c	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。	○	次回の予定をあらかじめ参加メンバーにお知らせして、参加して頂きやすいように配慮している。			◎		

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
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。	◎	運営理念の掲示。理念としている家庭的な普通の生活と離れていると感じた際はその場で職員間で話し合い理念に近づけるよう努めている。				
		b	利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。	◎	入所時説明している。年4回発行のよしの里だよりにも運営理念を掲載している。日頃より家庭的な雰囲気作りをしており、外出時等に地域の方にも感じて頂けるよう努めている。	○	○		
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。	◎	こまめに声掛けをし、心のケアに努めている。また資格取得、スキルアップの為に研修参加の費用を助成している。				この一年間、職員の離職はない。理事長が施設長のどちらかが、毎日訪れて、職員の話聞いています。隣接母体病院のリハビリ室を休憩時間等に利用できるようになっており、マッサージ機も使用できる。職員は、昼食後に休憩を取っている。
		b	管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。	○	職員一人ひとりのレベルに合わせて、ティーチングやコーチングにより知識や技術の向上に努めている。				
		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。	◎	管理者より報告を受け昇給、賞与に反映している。				
		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)	○	他施設の運営推進会議に参加し、交流したり、研修や勉強会の機会をつくり意識の向上に繋げている。				
		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。	◎	有給を取りやすい環境整備に取り組んでいる。	◎	○	◎	
43	虐待防止の徹底	a	代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解したうえで、これらが見逃されることがないように注意を払い、発見した場合の対応方法や手順についても理解している。	◎	定期的ミーティング時学んでいる。その他でも研修に参加して理解を深めている。			○	ミーティング時を捉えて高齢者虐待に関しての理解を深めている。
		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。	◎	日々のケアについて、グレーゾーンも含め朝夕の申し送り時に話し合っている。				
		c	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。	◎	日頃から職員の体調を点検している。ストレスが生じやすい場面では特に注意を払い、利用者の生活の質を低下させないように努めている。				
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。	◎	43のaと同様。				
		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。	◎	グレーゾーンにおいてもその都度話し合っている。研修、ミーティング時チェック、確認行っている。				
		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な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	○	家族さんからの要望はないが、入所時、現状報告時身体拘束を行わないケアの取り組みについてお話ししている。(例:玄關のカギについて、立ち上がり時危険度が高い⇒ベットから床に布団に変更)				
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たうえで、利用者や家族の現状を踏まえ、パンフレット等の情報提供や相談に乗る等の支援を行っている。	○	制度について研修、ミーティングで学んでいる。遠方の方や身元引受人が遠い親戚の方等でなかなか対応難しい場合、成年後見制度についてパンフレットお渡し情報提供、相談行っている。				
		b	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。	◎	現在、司法書士さんに成年後見をいただいている方がおられ連携、相談できる体制にある。				
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。	◎	クリニック看護師によるナース研修で学んでおり、ファイルを作成している。				
		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。	◎	外部研修、ナース研修、ミーティング時、年に1回ずつは勉強会している。				
		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。	◎	つまづいた等の小さいことでもヒヤリハット作成し、事故につながらない様、全職員で共有している。事故発生の場合でも前兆があったのでは？とヒヤリハットから紐解き検討している。				
		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。	◎	ヒヤリハット時、毎日のモニタリングでその都度検討している。検討し取り扱う事項が発生したら申し送りノート、個人経過表記載。申し送りで共有している。				
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。	○	その都度、迅速に対応するように努めている。				
		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。	◎	速やかに対応して、記録に残している。職員全員で共有している。				
		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。	◎	迅速に対応している。十分な話し合いの時間をとり納得して頂いている。				

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
48	運営に関する意見の反映	a	利用者や家族が意見や要望、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)	◎	玄関にご意見箱設置している。面会や電話交流時、運営推進会議でお話できる機会は持っている。	◎		○	運営推進会議に参加する利用者や家族は運営についての意見や要望を伝える機会がある。利用者には、日々のかかわりの中で聞いている。家族には、来訪時、または、電話連絡時に聞いている。  管理者は、申し送り時等に職員の見聞を聞いている。職員から「夜間、寝なくても入眠剤を使用せず本人が眠くなるまで付き合っはどうか」と意見があり、支援を工夫して取り組みをすすめている。
		b	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。	◎	運営推進会議時、家族の来所時に公的機関の情報も伝えている。				
		c	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、幾度となく訪問し声掛けを行っている。				
		d	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。	◎	ミーティング、ユニット会議、申し送りで話し合っている。			◎	
49	サービス評価の取り組み	a	代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。	○	全員で振り返りを行っている。				運営推進会議時に評価結果と目標達成計画について報告している。全家族に会議報告書を送付している。モニターを行ってもらうような取り組みは行っていない。
		b	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて、事業所の現状や課題を明らかにするとともに、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。	◎	課題を明らかにして、チームで取り組んでいる。				
		c	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。	○	市町、運営推進会議のメンバー、家族に報告している。	○	○	△	
		d	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。	○	取り組み内容を運営推進会議にて報告し、取り組み成果もお知らせしている。				
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)	◎	二か月に1回、様々な想定での自主避難訓練を行っている。マニュアル作成している。				2か月に1回、自主防災訓練(2月は夜間の地震・津波想定訓練・6月は大雨水害を想定して訓練等)を行っているが、地域等との合同の訓練や話し合う機会は持っていない。今後、12月には、消防署と南予防災(設備会社)とで、総合避難訓練を行う予定がある。
		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。	◎	aと同様。				
		c	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。	◎	自主避難訓練時行っている。				
		d	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。	△	コロナ禍で機会がなかった。コロナ前は合同訓練していた。	○	○	△	
		e	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)	○	市の避難訓練に合わせた取り組みを行った。				
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)	◎	年4回の広報作成。町内の敬老会にて認知症の理解を深めるための演劇発表をしている。。				吉田公民館でのロビー展の際に、介護相談コーナーを設け、相談を受けた。今年も行う予定がある。地域の回覧板で回してもらっているよしの里たよりに、「介護のお困りごと等、お気軽にお問合せ、ご相談ください。」と記載している。  利用者と職員で作品をつくり、公民館や銀行と連携を図り、ロビー展を開催している。役場から依頼があり、地区の敬老会時に、法人の菫荘の職員と合同で「認知症についての理解を深めるための演劇」を行った。
		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。	◎	散歩時、雑談の中で相談事をお聞きしている。吉田公民館でのロビー展では介護相談コーナーを設けている。			○	
		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)	×	コロナで実現不可能であった。				
		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。	×	cと同様。				
		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)	◎	年4回広報発行時は医療、福祉関係機関にお持ちし関係づくりを図っている。町内の敬老会にて認知症の理解を深めるための演劇を発表し地域とのつながりを密にする努力をしている。			◎	