

事業所の概要表

(平成30年11月1日現在)

事業所名	グループホームいくし					
法人名	(有)やわらぎ					
所在地	愛媛県松山市生石町472番地					
電話番号	089-932-7977					
FAX番号	089-932-7977					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 23 年 4 月 8 日					
建物構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 (4) 階建て (2) 階部分					
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (小規模多機能型居宅介護いくし村)					
ユニット数	1 ユニット		利用定員数 9 人			
利用者人数	7 名 (男性 0 人 女性 7 人)					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	0 名	要介護2	2 名
	要介護3	2 名	要介護4	2 名	要介護5	1 名
職員の勤続年数	1年未満	2 人	1~3年未満	2 人	3~5年未満	1 人
	5~10年未満	3 人	10年以上	2 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 2 人			
	その他 (ヘルパー2級)					
看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 直接雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約)					
協力医療機関名	みねおい内科循環器科内科医院・かとう歯科					
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: 5 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	39,000~43,000 円	
敷金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円	
保証金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食材料費	1日当たり	1,400 円 (朝食: 400 円 昼食: 500 円)
	おやつ:	0 円 (夕食: 500 円)
食事の提供方法	<input 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (同一建物内に厨房あり。)	
その他の費用	水道光熱費	11,000 円
	共益費	5,000 円
	.	円
	.	円

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間	
広報紙等の有無	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 市町担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 評価機関関係者
		<input 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 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”

【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11月20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)	7
地域アンケート	(回答数)	3		

※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	3890100666
事業所名	グループホームいくし
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	田村 富美子
自己評価作成日	平成30年11月1日

<p>【事業所理念】※事業所記入 1.かけがえのない人生の終盤期を住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう支援します。 2.人間としての尊厳を大切に、自己決定権と個性の尊重に努めます。 3.毎日がイキイキ・ワクワクと過ごせるよう工夫と努力をします。</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 ①家族が来やすい環境を作る。 家族に年2回便りを送っている。職員紹介のボードも作成し、家族の方が立ち止まり、見られている姿を見かける事もある。行事の声掛けは年3回程度行い、参加頂いている。 ②食の楽しみを増やせるように、献立作りから利用者で行い、ワクワクする機会を作る。 今年初めから9カ月程は、週に3回食事作りを利用者も交えて行っていた。月に1度は利用者が大好きな寿司パーティーを行い、楽しめている。 ③地域行事に利用者も参加し、地域の方と顔馴染みの関係になる。 地域の方に地域の年間行事表を頂き敬老会や地区の運動会、輪漕ぎなどに参加している。運営推進会議に利用者も参加しており、「元気？」とお互い声を掛け合っている方もいる。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 職員の手がすぐ時間などに、近くのコンビニにおやつを買に行ったり、ゴミ捨てや日用品の買い物などに誘って一緒に出かけられるよう支援している。 作品作りが上手な職員がおり、職員が下絵して利用者が色を塗るなど、個々の好みに応じて提供している。作品は廊下などに飾っていた。 居間からベランダに出られ、スロープを付けて気軽に出られるようにしている。洗濯物を干していたり、草花を育てて楽しむようにしている。</p>
--	---	--

評価結果表

【実施状況の評価】

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

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
I.その人らしい暮らしを支える									
(1)ケアマネジメント									
1	思いや暮らし方の希望、意向の把握	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。	○	ケアプラン作成前に意向を伺ったり、日々の何気ない会話から聞き取ったりしている。	○		△	日々の会話から聞き取った利用者の言葉や希望は、介護記録に●印を付けて記入している。意思表出が難しい利用者については、情報量が少ない。
		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。	○	本人の気持ちになって考えるように努めている。				
		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。	○	職員とはスタッフ会や申し送り時に、家族とはケアプラン更新時に話している。				
		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。	○	本人からお聞きした事は介護記録に記入し、共有している。				
		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。	△	職員の思い込みや決めつけがないように気を付けてはいるが、本人の思いを見落とす事もある。				
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、ご家族にセンター方式シートに記入して頂いたり、面会時にお聞きしている。			○	入居時には、センター方式のアセスメントシート(基本シートなど)を家族に記入してもらっている。記入量が少ないケースが多く、その後の追記はない。利用者との関わりの中で知った情報を用紙に羅列して介護記録にはさんでいる。
		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。	○	日々の様子を観察し、知り得た事は介護記録に記入したり、ケアプラン作成時にはアセスメントシートに記入している。				
		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。	○	利用者の日々の様子を見て、大体の把握はできている。				
		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)	○	本人の様子を見て、要因を探り対応しようと努めているが、精神疾患の方はなかなか難しい面もある。				
		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。	○	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、そのリズムを大切にしている。				
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。	○	本人や家族からお聞きした情報をもとに、スタッフ会など情報を寄せ合い、利用者の気持ちになって検討している。			○	スタッフ会時にケアカンファレンスを行って検討している。さらに、意思表出が難しいような利用者の検討については、基になる情報を明らかにしてはどうか。
		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。	○	毎月のスタッフ会などで何が必要か検討し、支援している。				
		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。	○	毎月のスタッフ会などで話し合った事から、家族の支援が必要な場合は、協力して頂いたりもしている。				
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。	○	本人や家族に意向を伺い、それをもとにケアカンファレンスを行い、意向に沿った介護計画を作成している。				
		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。	○	本人や家族に意向を伺った上で、ケアカンファレンスで意見やアイデアを出し合い、作成している。	○		△	事前に聞き取った本人、家族の希望や要望を踏まえてスタッフ会(ケアカンファレンスを含む)時に話し合い、介護計画を作成している。利用者、家族ともに「お任せします」と言われることが多い。その他関係者の意見やアイデアを反映することはほぼない。
		c	重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。	○	認知症もあるため重度の利用者の意向をお聞きする事はなかなか難しいが、家族の意向をお聞きして最期まで慣れ親しんだグループホームで暮らせるものとなっている。				
		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。	○	介護計画に家族の協力をお願いしているものもあるが、地域の方では入れていない。				
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。	○	毎月のケアカンファレンスで計画内容について話し合ったり、介護記録のファイルに介護計画を挟み、いつでも見られるようにしている。			◎	介護記録の1ページ目に介護計画を綴じて共有している。毎月のスタッフ会(ケアカンファレンスを含む)時に、介護計画の状況確認を行うことで把握、理解につながっているようだ。
		b	介護計画にそってケアが実践できたか、その結果どうだったかを記録して職員間で状況確認を行うとともに、日々の支援につなげている。	○	毎月のケアカンファレンスで実践できたかどうか、した結果どうだったか話し合い、改善が必要な場合は計画内容を見直し、更なる支援に努めている。			○	実践したことは介護記録に記入している。月に1回、個々の担当職員が記録の中から計画に沿った情報を拾い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。	△	会話した内容も介護記録に記入するようにしているが、排泄の記録しかない方もいる。			△	●印を付けて介護記録に記入しているが、介護計画に基づいた記録という点からは内容を探す必要がある。また、支援した具体的内容という点からは利用者が行ったことのみを記録に止まっているケースがある。
		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。	△	こうしたら上手くできた、駄目だったなど職員間で話しているが、個別に記録には残していない。			△	スタッフ会(ケアカンファレンスを含む)時や日々のケアの中で口頭で話すことに止まっている。

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
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た見直しを行っている。	○	3か月ごとに計画内容を見直しているが、大きな変化がなければ同じ内容になってしまっている。			◎	計画作成担当者が毎月期間を確認して、見直し間近の利用者については連絡ノートに記入している。
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	◎	毎月ケアカンファレンスで、全利用者の介護計画について話し合っている。			◎	毎月のスタッフ会(ケアカンファレンスを含む)時に利用者全員について話し合い、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。	◎	退院後や状態急変時など、本人や家族、職員間で話し合い、介護計画を作成している。			◎	身体状況の変化時に話し合い、見直しを行っている。
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。	○	毎月スタッフ会を行っている。			○	毎月スタッフ会(ケアカンファレンスを含む)を行い、その内容をスタッフ会ノートにまとめている。その他は申し送り時などに口頭で話し合っている。
		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。	○	自分から発言しない職員には、意見を聞くようにしている。				
		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開催日時や場所等、工夫している。	○	業務中に行っているため、全職員は参加する事はできない。				
		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。	○	重要な事は口頭で伝えたり、スタッフ会ノートに議事録を記入し、共有できるようにしている。			△	連絡ノートに確認するよう記入して促しているが、確認したかどうかはわからない。
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。	◎	連絡ノートを使用し、出勤時には必ず目を通し、サインするようにしている。			○	家族からの連絡事項や医療機関からの指示などは、連絡ノートや必要時には介護記録に記入して共有している。
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝わるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)	◎	出勤時には必ず申し送りをし、利用者の状態等を把握した上で、業務に臨むようにしている。		○		
(2) 日々の支援									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援	a	利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。	×	利用者一人ひとりのその日したいことを把握できていない。				
		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)	○	入浴前には服を選んでもらったり、選択しづらい方にはこちらから提示して選んでもらったりしている。			○	過ごし方などは聞きながら支援している。廊下にラックを設置して新聞や雑誌を並べていた。
		c	利用者が思いや希望を表現できるように働きかけたり、わかる力に合わせた支援を行うなど、本人が自分で決めたり、納得しながら暮らせるよう支援している。	○	日頃からコミュニケーションをとり、利用者が思いや希望を言いやすい関係作りをしている。				
		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)	○	利用者一人ひとりのペースを大切にしているが、職員都合で動いてしまう事もある。				
		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。	○	得意なことや役割を持ってもらい、活躍する場面を作り、感謝の気持ちを必ず伝えている。			○	厨房から届いた食事を運ぶ台車を押す利用者の様子が見られた。利用者の行動に対して「ありがとうございます」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。	○	意思疎通が困難な方にも様子を見ながら、その方の思いを理解しようと努めている。				
10	一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり	a	職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。	○	利用者を傷つけたり、恥ずかしい思いをさせない声掛けに努めている。	○	◎	○	法人内研修時にスピーチロックについて学び、スタッフ会時に内容を周知した。言葉かけなど改善に向け意識して取り組んでいる。
		b	職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であからさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。	○	トイレ誘導などさりげない声掛けを行っているが、まだまだ配慮が足りない所もある。			○	昼食後、職員は利用者のそばに行き小さい声で「洗面台使っても大丈夫ですよ」と言って歯磨きに誘っていた。
		c	職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。	○	排泄時や入浴時には、プライバシーに配慮しているが、排泄物について職員に伝える時に配慮が足りない部分がある。				
		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。	△	個人の居室だと認識しつつも、明らかに不在時には、入室時にノックしたり、声掛けをしない事もある。			△	声をかけてから入室したり、本人と一緒に入室したりする場面もあったが、自由に出入りする場面も見受けられた。
		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。	○	入職時には、個人情報について漏らさないように書類にサインをしている。知り得た情報は外部に漏らさないようにしている。				
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者にも助けを求めたり教えをもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。	○	日常的に料理の手伝いや洗濯を干したり畳んだりして頂いたりして、互いに感謝し合っている。				
		b	職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。	○	元気な利用者が他利用者を手伝ったりしているのを職員は見守り、必要に応じてさりげなく介助している。				
		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う場面をつくる等)。	○	職員は利用者同士の関係を把握し、トラブルにならないように席替え行ったり、口論がひどくならないように外出などして気分転換を図ってもらっている。			△	トラブルになりそうな利用者については、介護計画に座る位置を変えることや早めに対応することを盛り込み支援している。しかし、利用者同士が関わり合ったり助け合ったりするような場面はあまりみられなかった。
		d	利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者には不安や支障を生じさせないようにしている。	○	利用者同士でトラブルになった時は、双方の意見を聞いたり、その場にいた職員の話も聞き、誤解がある場合は説明し、誤解を解き、他の利用者が安心して過ごして頂けるようにしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	入居時や入居後にお聞きして、大体把握できている。				/
		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。	△	利用者や家族から時折伺う事はあるが、詳しくは把握できていない。				
		c	知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないうち支援している。	△	家族に協力して頂き、馴染みの美容室に出掛けたり、お孫さんの結婚式に行かれた方もおられた。				
		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。	○	玄関を明るく飾ったり、笑顔で挨拶をしている。また居室で馴染みの方達とゆっくり過ごせるようにお茶を出したりしている。				
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)	×	どうしても業務の都合や人員に余裕がない時は、その日の利用者の希望にそって外出する事はなかなか難しい。毎月行事は行うようにしている。	○	△	△	月に一回職員で話し合い、外出計画を立て支援している。見奈良のコスモスを見に行ったり、ファストフードやファミリーレストランなどに外食に行ったりもしている。
		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。	△	地域の方に地域の運動会や敬老会、秋祭りなどの地域の行事に誘って頂き、できる限り参加している。				日々の中では、職員の手がすぐ時間などに、近くのコンビニにおやつを買いに行ったり、ごみ捨てや日用品の買い物などに誘って一緒に出かけられるよう支援している。しかし、日常的な支援という点からは機会は少ない。
		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。	△	気候を見ながら、ベランダで外気浴したり、散歩に出掛けたりしている。			△	ベランダに出て過ごすような機会を作ったり、秋祭りには駐車場に出て神輿をみたりした。しかし、機会は少ない。
		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。	△	利用者から墓参りの希望があれば、家族にお願いしてお連れして貰った事がある。またパーマをあてたいと希望がある方には家族に伝え、美容室にお連れして頂いたが、自分から言われる方しか支援できていない。				
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。	△	新人職員もおり、全職員が正しく理解できていない。				
		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。	○	トイレの意思表示がない方にはトイレで排泄できるように時間を見てトイレ誘導したり、転倒リスクの高い方は傍で見守ったり、嚥下機能が落ちてきた方には食べやすいように食事の形態を変えて提供し、生活が維持できるように努めている。				
		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)	○	できること、できそうなこと、今までしていなかったができたことについては、カンファレンスや日々の申し送り等で職員間で共有して、職員は手を出さず、自分で行ってもらっている。	◎		○	一階病院まで医療費の支払いに、職員が車いすを押して一緒に行く様子がみられた。ベランダに出て一緒に洗濯ものを干したり、花壇の手入れをしたりしている。
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。	○	得意なことを大体把握しており、それぞれが活躍する場面を作っている。				
		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。	○	野菜切りが得意な方にして頂いたり、歌うことが好きな方には行事等でみんなの前で歌って頂いたりしている。	○	○	○	作品作りが上手な職員がおり、職員が下絵を書いて利用者が色を塗るなど、個々の好みに応じて提供している。作品は廊下などに飾っていた。テレビで時代劇をみたりしていた。
		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。	△	秋祭りで地域の子供たちにお菓子を配ったり、輪越しや運動会には参加しているが、全利用者は参加できていない。				
16	身だしなみやおしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。	○	自立されている方は毎日自分で身だしなみを整えている。支援が必要な方には、声掛けをして服を選んでもらったり、介助にて身だしなみを整えている。				
		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で整えられるように支援している。	○	歩行可能な方は家族と散髪に行きパーマをあてたりされている方もおられる。大体が訪問美容で散髪を行っているが、選択可能な方には本人に伺っている。また服装については自分で選択したい方には職員が服を何枚か持って選択してもらっている。				
		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。	○	自分で選べるよう工夫しながら支援している。				
		d	外出や年中行事等、生活の彩りにあわせたその人らしい服装を楽しめるよう支援している。	○	外出時にはお出掛け用の服を一緒に見て選んだり、提案している。				
		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)	○	整容時に口の周囲や衣類に汚れがないかなど確認している。	○	○	○	食事時には個別にタオルを用意しており、口元を拭くなどしていた。「鼻が出る」と言う人には個人用のボックスティッシュを渡していた。朝や洗面所を利用する時には髪をとかしたり、整容の乱れを直したりして支援している。
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	△	歩行可能な方は前から行かれて美容室に家族と行かれて、パーマをあてたりされている方もおられる。車椅子の方は訪問美容を利用されている。				
		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。	○	訪問美容を利用したり、昔自分で買われた馴染みの服を着て頂いたりしている。			○	清潔な服装で過ごしていた。

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
17	食事を楽しむことのできる支援	a	職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。	○	食事の一連のプロセスの意味や大切さは理解している。				
		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。	△	時々買い物にも行ったり、野菜切りや下膳をして下さる方もおられる。			△	朝食は事業所で手作りするが、昼、夕食は建物内厨房から主食以外のものが届く。そのため、利用者は食事一連にかかわる機会は少ない。
		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。	△	買い物や調理は時々して頂いているが、同じ利用者に限定されている。していただいた時には感謝の気持ちを伝えている。				
		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。	○	好きなものや苦手なものが分かった時には職員間で共有して把握するように努めている。				
		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。	△	朝食のみ職員で調理している。季節ごとの旬な物も取り入れながら提供している。			△	朝食は採り入れているが、昼、夕食は決まった献立で食事が届くため、利用者の好みやなつかしいものは特に採り入れていない。
		f	利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法として、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等)	○	一人ひとりの嚥下状態に合わせて刻んだり、食欲がわくような盛り付けをするように心がけている。				
		g	茶碗や湯飲み、箸等を使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	○	入居時に馴染みの物を持参頂いている。			◎	入居時、自宅から持参してもらった食器を使用している。
		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。	○	昼食時は利用者と一緒に食事を摂り、見守りを行いながら、食べやすいようにお皿の位置を変えたり、声掛けを行っている。			◎	職員も一緒に同じものを食べながら、残っているおかずをすすめるなどしていた。
		i	重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。	△	献立を伝えることはあるが、食事を待ち遠しくされているかは定かでない。	○		○	テーブルの高さや姿勢などに配慮していた。居間から台所の様子が見えたり、食事前にはお汁を温めた時の匂いがしたりしていた。
		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。	○	栄養バランスやカロリーは保たれている。水分摂取は全職員が意識して行っている。				
		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。	○	食事が進まない方には介助をしたり、水分摂取をあまりされない方には、お好きな飲み物を提供したり、日中だけでなく夜間のトイレ覚醒時にお出して、飲んで頂いている。				
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	○	栄養士が献立のバランスを考えたものを提供している。朝食は提供したものを記入し、なるべく同じメニューが重ならないようにしている。			△	定期的に話し合うような機会は持っていない。朝食のことや形態については口頭で話し合っているようだ。
		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。	○	まな板はハイター消毒を行ったり、食材はこまめに購入して新鮮なものを提供している。				
18	口腔内の清潔保持	a	職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。	◎	口腔ケアの重要性を理解し、毎食後、必ず口腔ケアを行っている。				
		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。	○	口腔ケア時に口腔内の観察や義歯の確認を行って把握に努めている。また職員間で情報は共有している。ただし自分で歯磨きをされる方は把握できていない。			△	口腔ケア時の目視と口頭でのやり取りに止まっている。
		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。	×	歯医者を利用されている方が最近おられず、学べていない。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	×	職員が行っている。				
		e	利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、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)	○	磨き残しを介助したり、うがいの声掛け、毎日義歯の消毒を行って清潔が保てるように支援している。			○	昼食後には、声をかけたり誘導して支援している。洗面台に椅子を用意して、座って自分で歯磨きができるように支援していた。
		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。	○	該当者がいる場合は、歯科医に往診をお願いしているが、今のところおられない。				

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
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。	○	おむつやパットの使用が利用者にも与えるダメージを理解し、日中は紙パンツから布パンツになられた方もおられる。				口頭で話し合い連絡ノートで周知している。カンファレンス時に話し合いをするケースもある。2時間おきにトイレ誘導して、おむつの使用が減った事例がある。
		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。	○	便秘の原因や影響を理解し、便秘が改善できるように努めている。				
		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)	○	介護記録に記入し、大体のリズムを把握している。				
		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状態にあった支援を行っている。	○	紙パンツを使用されていた方でも職員で検討し、布パンツに変えた方もおられる。	◎			
		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。	○	水分が足りない方には牛乳やジュースなどのお好きな飲み物をお出ししたり、ヨーグルトなどの乳製品を摂取して頂いたりしている。また夜間覚醒時に水分摂取を行っている方もいる。				
		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。	○	自分からトイレの訴えがない方は、時間を見ながら、声掛けや誘導を行い、トイレで排泄できるように取り組んでいる。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一時的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	△	本人に確認できる方は話合っているが、ほとんどの場合、職員間で話し合い、選択している。				
		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。	◎	排泄の様子を見ながら、使用するおむつを使い分けている。自立してトイレに行かれる方も日中、夜間と使用する物を利用者によって変えて対応している。				
		i	飲食物の工夫や運動への働きかけなど、個々の状態に応じて便秘予防や自然排便を促す取り組みを行っている。(薬に頼らない取り組み)	△	水分摂取を促したり、牛乳やヨーグルトなどを摂取して貰っているが、薬に頼ってしまっている。ただ薬を減らそうとは試みてはいる。				
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)。	△	午前中に入浴されたい方や同性介助希望の方の要望は大体叶っているが、大体は職員都合で決まってしまうことが多い。	◎			利用者個々に週2回程度入浴できるように支援している。午前・午後に入浴できるよう準備しており、入浴を断る利用者にはタイミングをみて誘ったり、時間をずらしたりして支援している。さらに、利用者一人ひとりの以前の入浴習慣などについても情報収集に取り組み、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。	△	湯船に浸かり、くつろいでいる方もおられるが、職員見守りの中なので、くつろげない部分もある。				
		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。	○	できることはなるべく自分で行ってもらったり、湯船に安全に浸かれるように声掛けしながら行っている。				
		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。	○	拒否のある方には、時間をおいて再度声掛けしている。				
		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。	○	申し送りやその時の利用者の状態をみながら、入浴するか決めている。また入浴した場合も職員で注意して見守りを行っている。				
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。	○	一人ひとりの睡眠パターンを介護記録や申し送り等で把握している。				2/3ほどの利用者が薬剤を使用している。午後からは、利用者「起きてないと夜が眠れないよ」と言葉をかけていた。調査訪問時、利用者の住診があり、医師が本人に「夜は眠れている？」と聞いていた。さらに、利用者の数日間の活動や日中の過ごし方、出来事、支援内容なども十分に検討してみてもどうか。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	○	昼夜逆転されている方には、昼間起きてもらうようにその都度声掛けを行ったり、日中に活動してもらい、生活リズムを整えるように心がけている。				
		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。	○	薬に頼る場合もあるが、状態を見ながら不必要と判断した場合は、医師にも相談し睡眠導入剤を外した方もおられる。日中は眠りすぎないように声掛けをして、離床して頂いている。				
		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。	○	自立されている方は自由に休まれている。全介助の方は様子を見ながら、必要な場合は声掛けして休んでもらっている。				
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。	△	家族に電話をかけた時に話して頂いたり、2か月に1度息子さんに手紙を書いている方もいる。年賀状は毎年利用者にも書いて頂いている。				
		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。	△	文字が書きづらい方はお手本を見ながら手紙を書いている。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	△	電話を掛けたい方はいつでも掛けることは可能である。				
		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。	○	返事を書けるように葉書を準備したり、声掛けしたりとやり取りができるように支援している。				
		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。	×	実際お願いはしていないが、時折返事を持って下さる家族もおられる。				

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。	○	提携病院がすぐ傍にあり、入居されると同時に家族の受診同行の手間が省けるため、かかりつけ医を変更される。	◎			
		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。	○	家族がグループホームでの看取りを希望される場合、24時間往診可能な病院へ変更された方がいる。				
		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。	○	大きな変化があった場合は、家族へ連絡をし、今後について話し合っている。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	入院時必ずサマリーを渡し、利用者が安心して入院生活を送れるようにしている。				
		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。	○	入院時には病院から現状について情報をもらいながら、早期に退院できるように努めている。				
		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。	△	利用者の入院時には、頻りに病院を訪れて情報交換等しながら、関係作りを行っている。				
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。	◎	訪看が週1回来ているので、些細な事でも報告して、対応方法など相談できる。				
		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。	○	訪看にはいつでも気軽に相談できる関係だが、協力医療機関には休日、夜間、早朝は連絡しづらい。				
		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。	◎	健康管理は毎日行っている。状態変化があった場合は、訪看や協力医療機関に伝えている。				
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。	△	全ては把握できてはいない。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	◎	薬を準備する時、服用時には必ず職員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。	○	薬が変更があった時にはいつも以上に様子を観察している。また排便の状態を見て、薬の調節を行っている。				
		d	漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。	◎	特に安定剤等を服用している方は、様子を観察し、家族や医師、看護師に報告している。				
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。	◎	入居時、また著しく状態が変化した方については、家族と今後の事について話し合いを持ち、意向を確認している。				この一年間では、1名の利用者の看取りを支援した事例がある。 医師から回復の見込みがないとの判断があれば、家族、医師などと話し合いの場を持ち、方針を共有している。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者と話し合い、方針を共有している。	○	家族、かかりつけ医とも話し合いの場を持ち、今後のあり方について共有している。	○			
		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。	○	終末期の方の対応については、新人職員は特に不安である事を考慮しながら、職員間で対応方法などを話し合い、フォローし合える環境を整え、対応可能と判断している。				
		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。	◎	入居時に必ず説明し、理解を得ている。				
		e	重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。	○	重度や終末期には再度家族やかかりつけ医、訪看と話し合いを持ち、連携をとっている。				
		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)	○	普段以上にコミュニケーションを多くとり、話しやすい状況を作っている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。	○	感染症についての研修があった。全職員は研修に行けなかったため、参加した職員がスタッフ会で説明、報告している。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	△	訓練はできていないが、ノロウイルスの場合に一通り必要な物は袋にまとめて入れている。				
		c	保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。	△	行政の説明会の資料はネットから出している。				
		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。	○	行政からの書類や新聞やテレビなどから情報を得て、注意を払っている。				
		e	職員は手洗いやうがいなど徹底して行っており、利用者や来訪者等についても清潔が保持できるよう支援している。	○	うがいや手洗いはできていないが、手洗いは徹底している。玄関には手指消毒できるように、消毒薬を置いている。				

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
II. 家族との支え合い									
37	本人とともに支え合う家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	○	行事に参加して頂いたり、歩ける方は散髪に連れて行って頂いている。				
		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)	○	面会時には笑顔で対応したり、お茶をお出している。また近況報告や世間話をして、居心地よく過ごして頂けるように努めている。				
		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)	○	花見や芋炊き、忘年会などの行事には必ずお誘いして、参加頂いている。	◎	◎	◎	年3回は行事時に案内している。その他に、併設小規模多機能事業所と合同の喫茶の取り組み時に、ちぎり絵教室などがあれば、興味がありそうな家族に声をかけている。
		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]	◎	年に2回便りを送っている。	◎	◎	◎	少なくとも月に1回は来訪があり、その際に口頭で日常の様子を具体的に報告している。個別の便りは夏と冬の年2回発行しており、写真を載せて送付している。
		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。	○	家族が知りたいと思う事などを把握して、近況報告等を行っている。				
		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)	○	入居前から、疎遠になっている家族には、便りに加え、2か月に1度は手紙や葉書を送り、良い関係が築けるように努めている。				
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得ようとしている。(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しているが、家族はほとんど出席されていない。職員が異動してきた時には紹介はしているが、退職時はほとんどしていない。	○	△	△	行事などは便りで報告している。職員の異動や退職は来訪時に口頭で報告している。機器の導入や設備改修などについては特に報告していない。
		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)	○	花見、いもたき、忘年会で家族も交流する機会がある。				
		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。	○	よく転倒される方の家族にはその事を説明し、ベッドをのけるなどの対策をした。				
		j	家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的にやっている。	○	面会時には必ず近況報告をし、家族からの問いかけにも答えている。			○	来訪時に、計画作成担当者や職員が日常の様子を報告して要望などが聞いている。
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。	◎	全て文書にて説明を行っている。				
		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。	○	契約の際、退居についての説明を行っている。入院時にも家族や病院とも連絡を密にとり、説明を行っている。				
		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)	◎	契約時や料金改定時には文面で説明し、同意を得ている。				
III. 地域との支え合い									
39	地域とのつきあいやネットワークづくり ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	○	設立当時は分からないが、運営推進会議などで理解をして頂いている。		△		
		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)	△	地域の行事に参加したり、運営推進会議で関わりを持っている。自治会への参加は主に管理者が行っている。		△	△	建物の2階に在るグループホームということもあり、外部者と気軽に行き来できるような環境に難しさがある。3階の系列小規模多機能事業所と合同で地域とおつきあいをしており、敬老会や地区運動会などに参加している。地域内の整形外科受診に同行する際には徒歩で行っており、近所の人とあいさつしたり、立ち話をしたりすることもできる。しかし、地域とのつながりは少なく、ネットワークは広がっていない。
		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。	×	同じメンバーで交流が広がっていない。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	民生委員さんが時々立ち寄ってくれる。				
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	△	会った時に挨拶はしている。建物の構造上、気軽に立ち寄れる環境ではない。				
		f	近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)	○	地域の行事に誘って頂いたり、こちらからはいもたきや餅つき、運営推進会議などに参加頂いている。				
		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。	△	自立されている方は地域の行事に参加し楽しまれている。また近くのパン屋やコンビニに出掛け、買い物を楽しまれている。				
		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)。	△	コンビニの店員さんは買い物した物を直接利用者へ渡してくれたりしているが、日常的に理解や関係を深める取り組みはできていない。				

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		
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。	○	グループホームで開催する時は利用者はほぼ全員参加している。地域の方や松山市、地域包括支援センターの方もほぼ毎回参加頂いているが、家族の参加が少ない。	◎		○	系列小規模多機能事業所と合同で会議を行っており、年1回は事業所の居間で行っている。地域の人は毎回参加している。家族はほぼ毎回参加している。利用者は場所の制限があり、参加しない会がある。		
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	○	外部評価の内容や報告を行っている。			△	11月の会議時には、2017いくしの一年と題してスライドショーで取り組みを報告した。毎回、現況・活動報告を行っている。評価については、外部評価実施後に結果の概要を報告している。		
		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。	△	参加された方の意見を参考にし、利用者の生活の質の向上に努めている。			○	△	地域の人から地域行事を紹介してもらい、参加した。さらに、意義ある会議に向けた取り組みに工夫してほしい。	
		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・工夫している。	×	いつも決まった曜日と時間帯となっている。平日に開催されるため、家族の参加が少ない。			○			
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	◎	議事録は自由に閲覧できるようにフロアに置いている。						
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。	○	全ての理念は頭に入っていないが、理念の1つであるイキイキワクワクできるような楽しみを増やしていけるよう取り組んでいる。						
		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。	△	入居時にお渡しするパンフレットには理念を入れている。掲示板にも貼りだしているが、その他は伝えられていない。		△	△			
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。	◎	代表者から職員ごとに相応しい研修を見極め、法人外の研修を勤で受けられるようにしている。						
		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。	○	職員が働きながら、スキルアップして自信を持ってケアができるよう取り組んでいる。						
		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。	○	給与を上げていこうと取り組んでいる。また今後、職員の事務作業軽減のため、タブレットを導入したり、介護機器も導入予定である。						
		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)	○	相互研修やその他の研修に参加し交流している。他の事業所を知ることで自事業所の良さや問題点を知ることができる。						
		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。	○	定期的に食事を開催したり、介護機器の導入なども検討してくれている。			○	○	○	スタッフ会などで定期的に法人代表者が訪れており、直接様子をみてくれたり話を聞いてくれたりする。休憩時間を確保している。
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。	○	研修で学んでいる。						
		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。	△	管理者は同一敷地内の事業所との兼務であり、常にいる状況ではない。報告や相談は行い、助言をもらっている。						
		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。	○	不適切なケアを見かけた場合は、当人に伝え、注意している。					○	発見した場合は、その場で話し合いを行うことになっている。職員同士の関係が良好である。
		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。	△	代表者が見かけた場合、注意したことがある。利用者への不適切なケアを発見した場合は、個別に注意し、何かストレスを抱えていないかも尋ねている。						
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。	○	申し送り後の3分間研修で身体拘束について、読んでいる。						
		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。	○	毎月スタッフ会の時に身体拘束を行っている方の見直しを行ったり、研修を行っている。						
		c	家族等から拘束や施設の要望があっても、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。	○	家族から希望はないが、身体拘束している方について、身体拘束しない方がいい時間はないか本当に拘束する必要があるのかを検討している。						
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。	△	成年後見制度については研修で学ぶ機会があったが、日常生活自立支援事業については理解が乏しい。						
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	×	行っていない。						
		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。	×	地域包括支援センターの方とは運営推進会議や地区の連絡会の時に交流を持っている。						

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
46	急変や事故発生時の備え・事故防止の取り組み	a	怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。	○	マニュアルがあり、ほぼ全ての職員に周知している。					
		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。	×	全ての職員が、定期的な訓練を行っていない。					
		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。	◎	事故報告書やヒヤリハット報告書があり、思い当たる事例は必ず記入し、全職員が一読しサインをするようにし、再発防止に努めている。					
		d	利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。	◎	リスクや危険だと考えられる物は、できる限り取り除き、事故防止に努めている。					
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。	×	苦情対応のマニュアルは作成していない。苦情があった場合は、全て管理者に報告し、指示を貰ったり、管理者が対応するようになっている。					
		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。	○	苦情があった場合は、管理者に報告している。今まで市町に相談・報告すべきと思われる事例はなかった。					
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	◎	苦情があった場合は、速やかに対策案を検討している。また一緒に話し合い、互いに協力しあいが解決している。苦情後も関係は良好である。					
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)	○	その都度、意見があれば伝えて貰っている。個別に言われる方もいる。			△	運営推進会議に参加する利用者は意見や要望を伝える機会があるが、その他の人は特に機会はない。利用者の意向などを踏まえて職員で決めることが多い。	
		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)	○	契約書にも記載しているが、苦情相談窓口を設けているが、面会時の近況報告をしている時に個別に訊いている。	◎		△	運営推進会議に参加する家族は機会がある。その他は来訪時に訊くが、意見や要望などはほぼ出ないようだ。	
		c	契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。	×	契約時のみである。					
		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。	◎	スタッフ会にほぼ毎回参加したり、日常的に事業所を訪れて話す機会を作ってくれている。					
		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。	×	管理者はグループホームと小規模多機能型居宅介護事業所の管理者も兼務しており、日常的にグループホームにはいないため、話す機会は少ない。				△	計画作成担当者が管理者に代わって日々のケアの中やスタッフ会時に聴いている。利用者本位の支援という点からは事業所側の都合(車のシェアなど)が優先した検討となることがある。
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。	×	2年に1回のみ行っている。来年は外部評価はないが行うようにする。					
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	△	評価で事業所の弱みはよくわかる。頭の片隅には残っているが、日々の業務に追われ、活かし切れていない。					
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	△	前の目標達成計画を元に事業所全体で取り組めた事もあった。					
		d	評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。	△	運営推進会議で評価結果と目標達成計画について報告したが、運営推進会議に参加されていない家族がほとんどで理解できていない。地域の方も参加は頂いているが、理解されていない方もいる。	△	△	△		外部評価実施後の運営推進会議時に、評価結果の概要を報告している。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		e	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	△	目標達成計画を事務所に掲示しているが、全職員が理解していない。事業所内で個々で目標達成計画について話す事はある。					
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)	△	一部作成中のものがある。					
		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。	○	避難訓練は定期的に行っている。					
		d	消火設備や避難経路、保管している非常食・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	○	定期的に消防点検がある。また非常食も期限切れの物はないか等定期的に確認している。					
		e	地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。	○	年に1回は合同の避難訓練を行っている。	△	○	△		3月の避難訓練時は、近所の人の参加を得て行った。運営推進会議時に災害について話し合うような機会は少ない。地域の災害訓練には参加していない。
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	×	地域の共同訓練には参加できていない。					

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
51	地域のケア拠点としての機能	a	事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等)	△	運営推進会議で講師を呼び、研修報告を行い、認知症の方の理解にも努めた。				事業所の入口には、相談できる事業所であることを書いた看板を掲げている。 相談支援する取り組みは行っていない。 関係機関と連携した活動は行っていない。 今後、地域の認知症ケアの拠点として、事業所の専門性や有用性を活かした取り組みをすすめてほしい。
		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。	△	相談された場合はいつでも支援できる。		×	×	
		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)	×	地域の方が集う場とはなっていない。				
		d	介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。	△	今の所はないが、受け入れは可能である。				
		e	市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)	×	連携できていない。			×	