

事業所の概要表

(平成 30年 8月 1日現在)

事業所名	グループホームあき					
法人名	特定非営利活動法人介護企画あき					
所在地	松山市富久町143-2					
電話番号	089-974-5378					
FAX番号	089-974-5378					
HPアドレス	http:// なし					
開設年月日	平成 15 年 7 月 24 日					
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
ユニット数	2 ユニット		利用定員数 16 人			
利用者人数	16 名 (男性 9 人 女性 7 人)					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	3 名	要介護2	1 名
	要介護3	3 名	要介護4	5 名	要介護5	4 名
職員の勤続年数	1年未満	1 人	1~3年未満	1 人	3~5年未満	3 人
	5~10年未満	4 人	10年以上	3 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 7 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 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	済生会松山病院、クリニック暖、北上呼吸器内科放射線科クリニック					
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: 13 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	31,085 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	1,235 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	12,345 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 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 type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者 <input type="checkbox"/> 近隣の住民
		<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

I. その人らしい暮らしを支える

- (1) ケアマネジメント
- (2) 日々の支援
- (3) 生活環境づくり
- (4) 健康を維持するための支援

II. 家族との支え合い

III. 地域との支え合い

IV. より良い支援を行うための運営体制

ホップ 職員みんなで自己評価!
ステップ 外部評価でブラッシュアップ!!
ジャンプ 評価の公表で取組み内容をPR!!!

ーサービス向上への3ステップー

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

評価機関名	特定非営利活動法人JMACS
所在地	愛媛県松山市千舟町6丁目1番地3 チフネビル501
訪問調査日	平成30年9月11日

【アンケート協力数】※評価機関記入

家族アンケート	(回答数)	6	(依頼数)	12
地域アンケート	(回答数)	2		

※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	3870103482
事業所名	グループホームあき
(ユニット名)	ユニットA・ユニットB
記入者(管理者)	
氏名	白神 敏恵
自己評価作成日	H30年 8月 27日

<p>【事業所理念】※事業所記入 私たちは、利用者本人の意思や個性を尊重したケアを提供します。 私たちは、利用者が『豊かで楽しい』生活を送れるようお手伝いします。</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 運営推進会議に地域の方に参加していただけるように取り組む。 民生委員様以外の方には参加いただけるには、至っていない。広報が不足している結果だと思う。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 職員からの「居室入り口の表札は取り付け位置も高く、利用者がわかりにくい」という意見から、担当職員と利用者が一緒に表札を作り目立つようにしていた。本人の好きな野球チームのデザインや利用者が描いた絵を使って工夫している。 苦手なものやアレルギーは他の食材で代用している。冷凍や加工したものは使用せず、旬の食材を使ったメニューにしている。調査訪問時、カレーにウリの酢の物が添えられていた。「刺身が食べたい」など、普段の献立にあがらない希望があった場合は、職員がスーパーに買いに行き対応することもある。</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。	◎	利用者一人ひとりとコミュニケーションに努め、思いや希望など把握できるよう努めている。	◎		○	日々のコミュニケーションから把握した情報は、個別ノートに記入している。さらに情報を整理し、共有化する取り組みを工夫してはどうか。
		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。	◎	本人をよく知る人物(家族や近所の方、友人など)に聞き取りをしている。また普段の生活の中の何気ない会話の中でみつける。				
		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。	◎	面会があった時には必ずお声をさせていただき、本人の情報を得たり、聞き取りをしている。				
		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。	◎	個人の情報聞きとりノートを作り、本人の思いや希望、情報を書き留め、全職員で把握している。				
		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。	◎	全職員でミーティングを月2回行い、意見交換している。				
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。	◎	入所時に家族や本人、それまでに関わりのあった本人をよく知る人物に聞き取りをしている。また普段の生活の中の何気ない会話の中でみつける。			○	入居前に利用していた介護事業所から生活歴や身体状況などを記入した情報を得ているケースがある。出身地や、結婚する前のこと、旧姓、職業などについて、個別ノートに記入してあるケースもある。
		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。	◎	利用者一人ひとりの観察に努め、小さな変化を見落とさないようにしている。				
		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。	◎	入所時に家族やそれまでに関わりのあった本人をよく知る人物に聞き取りをしている。また普段の生活の日々の記録を行い、本人の行動の傾向を把握するようにしている。				
		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)	◎	普段の生活の中でのかわりの中で、本人の行動の傾向を把握できるよう努めている。				
		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。	◎	今日の変化は昨日までの観察を怠っていると出来ないと考えているので、全職員、小さな変化を見落とさないよう観察に努めている。				
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。	○	職員や家族など聞き取りをしたり話し合いをして、本人の思いや希望を見出し、ケアプランに生かす努力をしている。			○	月2回行うミーティング時には、管理者や主任が「利用者の立場ではどうか」「自分の身内だったらどのように対応するか」などの考え方を職員に投げかけて検討している。
		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。	○	利用者一人ひとりの現在の状態を把握し、その時その時に何が必要かを検討し、実行する努力をしている。				
		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。	○	利用者一人ひとりのケアが行き届くよう、利用者を各介護職員の担当制にしている。職員・主治医と話し合いを行い、家族や本人を交えてケアプランを作成している。				
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。	○	職員や家族など聞き取りをしたり話し合いをして、本人の思いや希望を見出し、ケアプランに生かす努力をしている。				
		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。	○	職員・主治医・家族や本人と話し合い、それぞれの意見を出してもらい、ケアプランを作成している。	◎		○	本人、家族、担当職員らから聞き取った意見と必要に応じて医師の意見を反映して介護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。	○	本人の現在の状態を把握している。家族や友人等に聞き取りをして、それが反映されるケアプラン作成に努めている。				
		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。	×	家族のいる利用者もいるが、関係が希薄な人もいたり、家族がいない人もいるので、なかなか難しい。				
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。	◎	全職員でミーティングを2回行い、職員間で情報共有している。			○	ケアの実践の有無について、一日2回確認する援助計画・チェック表で把握、共有を行っている。
		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。	◎	1ヵ月終わった時点で、ケアプランの実施が出来たか出来ないかは経過と評価へ記載し、次に繋げるようにしている。			○	援助計画・チェック表に計画に沿って実践したことを、毎日、○△×／の記号でチェックしている。それをもとに月に1回、担当職員が、経過・評価欄に、気づきや実践内容・今後の提案などを記入している。
		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。	◎	利用者一人ひとりにサービス提供表があり、そこに支援した具体的内容や、その日の様子について個別に記録している。			○	サービス提供記録の本人の様子欄に記入している。
		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。	◎	利用者一人ひとりにサービス提供表があり、そこに支援した具体的内容や、その日の様子について個別に記録している。			△	援助計画・チェック表の経過・評価欄に記入しているが、記入量は少ない。

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。	◎	ケアプランは3か月毎の見直しを行っている。			○	計画作成担当者が、援助計画・チェック表の策定期間で確認し、管理している。
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	×	変化がみられない場合はケアプランは3か月毎にしか見直ししていない。			○	月に1回、担当職員が経過・評価欄を記入する際に、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。	○	変化があった際にはその都度ミーティングを行い、見直し、ケアプランを再度作成している。			○	身体レベルが低下した利用者について、家族に状態を報告して話し合い、計画を見直した事例がある。
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	ミーティングは必ず月2回、また緊急案件時には随時ミーティングを行っている。			◎	月2回ミーティングを行い、ミーティング議事録を作成している。緊急案件がある場合は、その日の勤務者で話し合い、業務日誌の特記事項に記入して情報を共有している。
		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。	◎	お互いに意見が言いやすい職員関係であるため、活発な意見交換ができています。				
		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。	◎	毎月10・25日と決めており、職員が集まりやすいよう対応している。				
		d	参加できない職員がいる場合には、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。	◎	毎回議事録を作成し、綴じている。全職員が周知できるようにしている。			○	欠席者は、ミーティング議事録を確認してサインするしくみをつくっている。
8	確実な申し送り、情報伝達	a	職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。	◎	申し送りノートを作成し、出勤時必ず目を通し読んだら、名前を書くようにしている。			○	申し送りノートに伝達事項を記入して、朝・夕の申し送り時には、ノートの内容を読み上げ、さらに確認するようにしている。
		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)	◎	朝と夕に日々の申し送りをを行い、全ての職員に情報が伝わるようにしている。	◎			
(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。	△	全てを叶えることは困難だが、一つでも多くの「したいこと」が叶えられるよう時間ととれるよう努めている。				
		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)	◎	その日に着る服やおやつは2～3種類用意しておく、その中から選ぶ。ホールで過ごすか、居室で休む等その都度、選択肢を何点か用意し選ぶようにしている。			○	更衣時に、どの服が良いか選んでもらう機会をつくっている。個別で買い物に行く際には、欲しいものを選んでもらう場面をつくっている。調査訪問日には、トランプをするか花札をするか選んでもらい、トランプでは遊び方を選んでいた。
		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。	○	利用者一人ひとりに話したり、話を聞いて思いや希望が言えるように努めている。				
		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)	△	出来る限り利用者のペースを大切にしている(食事時間等、本人の食べたい時にずらす。排泄は時間毎に確認するが、本人の体調に合わせている。入浴は全ての利用者の都合に合わせているのは難しく、職員が調整している。				
		e	利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うるおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	利用者一人ひとりとコミュニケーションをとる時間を多くしている。その中で何気ない会話の中で喜び、楽しみ等、引き出す工夫をしている。			○	刑事ドラマが好きな人はDVDを見たり、歌を歌ったりできる環境をつくっている。
		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。	◎	声かけや非言語的コミュニケーションに努め、本人の表情や反応をみている。小さな表情の変化を見落とさないよう努めている。				
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。	◎	社内外での研修や勉強会にて人権等について学び、常に意識して行動ができるようにしている。	◎	○	○	外部研修に参加して勉強している。月2回のミーティング時には、管理者が「人として大切なこと」や利用者への対応等について繰り返し話し、職員が意識して行動できるよう取り組んでいる。
		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。	◎	社内外での研修や勉強会で尊厳など学んでいる。常に意識して行動できるよう努めている。			○	口腔ケアの後、服の乱れを職員がさりげなく直す場面がみられた。
		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。	◎	排泄内容などを伝える際は、直接表現をさけたり、オムツの袋が見えないように布をかけて、配慮している。				
		d	職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	◎	ノックするようにして、〇〇さんと声をかけて入室するようにしている。			△	声をかけて入室する場面もあったが、自由に出入りする場面もあった。
		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。	◎	社内研修を実施すると共に、個人情報保護の特約を雇用契約時に締結している。				
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、利用者に助けって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。	△	利用者は人生の先輩であり、学んだり、教えていただいたり、気付かせていただく事も多く、互いに感謝し合う関係性である。				
		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。	△	重介護度の方が多いので、あまりそういった光景は見られないが、介護度の低い利用者が優しい声かけをしたり、口をふいてあげる等はみられる。				
		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った場面をつくる等)。	△	寝たきりの方も多く、人と関わりたくない、一人がいいという利用者もあり、トラブルはあまり起きていない。仲良い女性利用者同士が関わり合い、お互い支えられるよう席の工夫をしたり、仲良くグループに分けて外出するようにしている。			△	よく話をする人同士が正面に座るなど席順に配慮している。トランプで遊んでいるときに、利用者同士で声をかけ合うような場面があった。しかし、利用者同士が関わり合い支え合う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不安や支障を生じさせないようにしている。	△	トラブルはあまり起きないが、起きた際には双方の話をよく聞いて解決に努めている。他の利用者がそれにより不穏になった場合には声をかけ、安心できるように努めている。				

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	
12	馴染みの人や場との関係継続の支援	a	これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。	○	入所の際、よく聞き取りをするよう努めている。普段の何気ない会話の中で引き出せることもある。				/	
		b	利用者一人ひとりがこれまで培ってきた地域との関係や馴染みの場所などについて把握している。	○	入所時に家族やそれまでに関わりのあった本人をよく知る人物に聞き取りをしている。					
		c	知人や友人等に会いに行ったり、馴染みの場所に出かけていくなど本人がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないうち支援している。	△	利用者を各介護職員の担当制度にしており、本人の会いたい人や行きたい場所へ出向くこともある。					
		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。	○	面会時間を長く設けており(7~21頃)いつでも訪れていただけるようにしている。また声かけや笑顔を常に意識し心掛け、来所されている人に居心地よく過ごしていただく工夫をしている。					
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)	×	出来ない。	○	△	○	遠出する機会はないが、「服が欲しい」「パンを買いに行きたい」などの希望があれば、当日もしくは近日中に買い物に出かけられ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。	×	出来ない。					
		c	重度の利用者も戸外で気持ちよく過ごせるよう取り組んでいる。	○	気候のよい時は庭に出て、音楽を聴いたり、おやつを食べたり散歩している。			○		職員が車いすを押して、近くのドラッグストアなどに買い物に行くことがある。ブドウ狩りには、ミキサー食を持参して出かけた。
		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。	×	出来ない。					
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。	△	研修や勉強会で認知症について学び理解している。但し、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取り除くケアを行うのは努力中である。				居間から居室までをゆっくり歩く利用者を職員は会話をしながら見守っていた。昼食中、カレーを落とした利用者の様子を見て、職員は自分で持って食べられるように、軽い器に替えてカレーを用意していた。	
		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・向上が図れるよう取り組んでいる。	△	勉強会にて認知症の人の身体面の機能低下の特徴について学び理解し、日常業務に活かせるよう取り組んでいる。					
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行動している。(場面づくり、環境づくり等)	◎	介護はこちらがさせていただけでなく、「待つ」ことも大切な介護の一つという認識でいる。なので毎日の生活の場面でも見守ったり一緒に行動している。	○		○		
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。	○	家族や本人、それまでに関わりのあった本人をよく知る人物に聞き取りをして、楽しみごとや役割等について把握に努めている。				利用者の力量に応じて洗濯物たたみや食器拭きなどを行う場面をつくっている。外出時には、他利用者の車いすを押して手伝ってもらうような場面をつくっている。	
		b	認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、日常的に、一人ひとりの楽しみごとや役割、出番をつくる取り組みを行っている。	○	軽度利用者は洗濯物たたみ、テーブル拭き等、役割分担し、本人の出番をつくる取り組みに努めている。重度利用者は笑ったり、言葉を発したりしてもらえるように、働きかけている。	○	○	○		
		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。	×	出来ない。					
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。	◎	本人の着たいものを着てもらっている。爪や手のお手入れも取り入れている。難しい利用者は家族にどういったものが好みだったか聞いている。				口元の食べこぼしを職員がさりげなくティッシュで拭いている場面がみられた。爪切りする利用者には、言葉でサポートしたり手伝ったりしていた。	
		b	利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。	○	本人の希望を聞いて、それに沿うように努めている。意志の疎通が難しい利用者は家族にどういったものが好みだったか聞いている。					
		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。	○	本人の気持ちに沿って支援できていると思う。					
		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。	◎	外出時は外出着、お祭りの時は浴衣など、行事にあわせて生活の彩りにあわせて、その人らしい服装にしている。					
		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)	◎	乱れや汚れは傷つけないよう声をかけ、カバーするようにしている。	◎	◎	○		
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。	○	散髪はボランティアが入ってくれている。利用者一人ひとりにしたい髪形を聞いて、それに沿った散髪をしてきている。					
		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。	◎	本人に似合うものを身につけていただいたり、いろいろな声かけをしている。			△		それぞれが似合う服を着て過ごしていたが、本人らしさが保てる工夫や支援という点からは、さらにできることはないか話し合ってみてはどうか。

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
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。	◎	勉強会に参加したり、嚥下能力の評価等話し合うことで、食事やその環境の大切さを理解している。				時には、野菜の皮むきなど下ごしらえを一緒に行うこともあるが、献立づくりや食材選びは法人代表者が行い、調理は職員が行っている。 苦手なものやアレルギーは他の食材で代用している。冷凍や加工したものは使用せず、旬の食材を使ったメニューにしている。 調査訪問時、カレーにウリの酢の物が添えられていた。「刺身が食べたい」など、普段の献立にあがらない希望があった場合は、職員がスーパーに買いに行き対応することもある。 茶碗、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。 職員も一緒に食事をしながら、利用者と会話をしたりサポートをしたりしていた。メニューを説明し食事介助を行っていた。 オープンキッチンで、調理する音や匂いがして様子がよく見える。メニューを説明しながら介助していた。
		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。	△	重介護度の方が多いため、毎日のように買い物や調理への参加は難しい。ただ軽度の場合、皮むきや配膳など一緒に行うように努めている。おしぼりを作ったり、たたんだりもしてもらっている。			x	
		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。	△	おしぼりをたたむ等の作業は手伝ってもらっている。皮むきや配膳、片付けを一緒に行うことで、役割や自信を持ってもらうように努めている。				
		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。	◎	献立を作る時点でアレルギーの方には別の食材を用意している。嫌いな物も食べていただけるように味付けなど工夫している。				
		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、利用者にとって普なつかしいもの等を取り入れている。	◎	季節の野菜、果物をたくさん提供している。また利用者にはリクエストもしてもらっている。			○	
		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)	◎	それぞれ利用者の状態に合わせ、ミキサーや刻み対応している。食器は種類がカラーバリエーションもあり、用途によって使い分けしている。ミキサーは一つづつ行い、ごちゃ混ぜにしないようにしている。何をミキサーにしているか、メニューを書いて置いている。				
		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。	◎	コップ・箸はそれぞれ個人別にしており、本人の物と認識できるように物は使っていない。補助スプーンも使用している。長年家で使っていたものを持ってこられ、使われている利用者もいる。			◎	
		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。	x	食事介助者が多く、居室での介助者もあり、利用者と同じ食卓を囲むことが難しい。ただ、介助者をつつのテーブルにかためるのではなく、離すことで見守りが片寄らないようにしている。			○	
		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。	○	重度の方にも「調理の時は〇〇のにおいがするね」「焼いている音がするね」と声をかけ、ミキサー食はメニューを書いておき、食事内容を説明して食べていただくよう心掛けている。	◎		○	
		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。	○	毎食ごと食事量や水分量を確認して、一日のトータルで目標とするカロリーや水分量が摂れるように努めている。塩分を控えるよう医師に言われている場合は別にしている。				
		k	食事量が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	◎	トロミを使って飲み込みやすくしたり、高カロリー補助食品を使用したり、また家族様に好きな物を伺うなどして、食べていただけるよう支援している。極端に食事量や水分量が少なく摂取できない場合は、医師の指示を仰ぐようにしている。				
		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。	△	何日か分の献立を作成して、内容が重ならないように努めている。			△	
		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。	◎	食材は冷蔵・冷凍で管理し、調理用具はその都度除菌効果のある洗剤で、洗浄している。				
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。	◎	勉強会や研修で口腔ケアの必要性・重要性は学び理解している。また口腔ケアは定期的に歯科医が往診しているので指導してもらっている。				夕食後の口腔ケア時に、夜勤者が目視で口腔内を確認している。 異常があれば、サービス提供記録に記入し、月2回の歯科の往診時に診てもらっている。 毎食後、口腔ケアを実施できるように支援している。昼食後は、職員が声をかけながら口腔ケアを行う場面がみられた。
		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。	◎	歯科往診や毎日の口腔ケア、本人の訴えで状態の把握に努めている。			○	
		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。	◎	往診に来られる歯科医や衛生士からアドバイスや指導を頂いている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	義歯を自分で外すのも難しい方が多く、その都度支援を行っている。毎日洗浄し清潔に保たれている。				
		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)	◎	歯磨きが行える方にはやりやすい様に洗面台の高さを調整したり、歯ブラシをセットするなどの支援を行い、うがいの難しい方にはガーグルベース等を用意している。また、磨き残しがないか、出血がないかも毎日確認を行っている。			○	
		f	虫歯、歯ぐきの腫れ、義歯の不具合等の状態をそのままにせず、歯科医に受診するなどの対応を行っている。	○	義歯の不具合や虫歯など、月2回の歯科往診を受けている。				

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
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。	◎	勉強会や研修で排泄の大切さを学習しており、理解が出来ている。実際にオムツをつけて、それがどんな心理状態になるか、使用者の気持ちの理解をし、介助時の声かけ等に役立っている。				おむつの使用について、本人や家族の意向を確認し、医師にも相談して対応した事例がある。話し合った結果は、サービス提供記録に記入している。サービス提供記録は、常に居室に置いてあり、家族来訪時も確認できるようにしている。
		b	職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。	◎	食欲が落ちたり、不穏になったり、精神的にもダメージがあることは理解できている。				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	◎	排泄の度、記録に残して、排泄パターンの把握に努めている。				
		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。	○	トイレでの自然排泄を一番と考えて、オムツの使用へのプロセスは職員・医師と相談・話し合う。またご家族とも話し合い、状態に合った支援を行うよう努めている。	◎	◎		
		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。	◎	水分量を見直したり、医師と相談を行い、少しでも困難な要因を探るよう努めている。				
		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。	◎	本人が排泄の感覚がない時も、時間や個人のパターンで声かけ誘導を行っている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方向的に選択するのではなく、どういう時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	○	オムツ類は色々な種類のものを用意し、利用者にあったものを選択できるよう、支援している。				
		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。	○	排尿の多い時間帯や緩下剤使用時はオムツの当て方の工夫をする等、個人の状態に合わせて使い分けが出来ている。				
		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)	×	重介護度の方や疾患での便秘の方が多く、食事や運動だけの便秘改善が難しい場合が多い。				
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)。	×	職員の数や往診などのスケジュールもあり、一人ひとりの希望には添えないことが多い。	◎		△	週2回、入浴支援を行っている。湯温や湯量など、利用者の好みに合わせて対応しているが、時間帯などは職員の都合で決めることが多い。
		b	一人ひとりが、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。	◎	入浴中はいつも以上に職員が声かけを多く持ったり、気をかけて、楽しくくつろいでいただけるよう努めている。				
		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。	◎	手すりや滑り止めマット、介護チェアを使用し、見守り介助することで、安心して入浴できるよう支援している。また、本人の出来ることは時間が経っても、待って本人にしてもらうよう努めている。				
		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。	◎	拒否が強い方は時間を置いて声かけをしたり、別の日に入っていただく様にしている。また入浴剤を使用し、「温泉に行きましょう」等、声かけも工夫している。				
		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。	◎	入浴前にバイタルを測定し、体調を見て入浴していただいている。又、入浴後はホールで水分を取っていただき様子を見ている。在宅酸素を使用していたり、肺機能が落ちている利用者は特に観察を怠らない。入浴後もバイタル測定を行う。				
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。	○	巡回を行い、眠中か覚醒かの記録を残し、睡眠パターンを把握している。				一人の利用者が頓用で安定剤を使用している。服用回数を少なくするため、職員は普段の会話や関わりで、利用者ができるだけ落ち着く環境や雰囲気をつくっている。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	○	1日の行動を記録に残し、昼夜逆転になってないか等、確認している。				
		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。	○	記録などを確認し、日中の声かけを増やしたり、レクに参加していただいたり、日中活動するよう心掛けている。				
		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。	◎	グループホームは全居室が個室タイプになっている。				
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。	○	本人が希望されれば支援を行っている。				
		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。	○	本人が希望されれば支援を行っている。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	相手に失礼がない時間帯なら、いつでも電話が出来る状態である。				
		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。	○	届いた手紙は必ずご本人に渡し、読めない方には読んで聞かせている。				
		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。	△	希望があれば家族又は連絡先に相談後、対応している。本人の希望があれば、ご家族にもその旨を話し、協力を得ているが、そのような希望があまりない。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
23	お金の所持や使うことの支援	a	職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。	○	勉強会や研修で金銭管理が地域生活の自立に不可欠な能力であることを学んでいる。				/
		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。	△	重度の方が多く、日常的には難しいが、近くのパン屋やスーパーなどに行き、好きな物を購入していただいている。				
		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。	◎	出先へ時間予約を入れたり、入り口にスロープや休息が取れる所があるか、車椅子用トイレがあるか等、確認している。				
		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。	○	本人が希望された場合、家族の理解のもと所持し、買い物ができるよう支援している。				
		e	お金の所持方法や使い方について、本人や家族と話し合っている。	△	お金を所持するにあたり、本人と家族を交えての話し合っている(全員ではない)。				
		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)。	◎	ホームでの金銭の管理は事務所で全て行い、使用時に、家族に明確に表示している。また毎月、いつ、いくら使用したかの明細書を全員送付している。				
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	○	本人の希望や家族の希望に答えられるよう他機関とも連絡を取り、支援に努めている。(ほとんど希望はないが、今までに特老への移動が2件あり、いずれも家族の希望であった)	◎		○	本人と家族から「地元の入所施設に入所したい」という希望があり、入所に関する資料を作成したり、診療情報提供表などを準備したり、入所に関わる手続きをサポートした。
(3) 生活環境づくり									
25	気軽に入れる玄関まわり等の配慮	a	利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に入出入りできるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	△	花壇を置いたりしている。	○	○	○	プランターに花を植えて飾っている。玄関前の飾り棚には、多肉植物の寄せ植えがあった。靴箱がなく、靴は玄関の外に置くようになっていた。
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、必要なものを置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をつくることができていないか等)。	○	家族用の家具を置いたり、季節ごとの飾りを飾っている。	○	○	○	居間の壁面には、以前の利用者の家族からの手紙を掲示してあった。
		b	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	○	毎日の清掃や定期的なカーテンなどの洗濯。汚染物の速やかな処理を心掛けている。			○	屋食時には、小音量で音楽(クラシック)を流していた。
		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。	○	季節に合わせた雑貨や花、音楽などを取り入れており、イベントなども行っている。			△	居間からは、職員が調理したり、盛り付けしたりする様子がよくみえるが、季節感を感じるものはあまりない。
		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。	◎	好きな場所に座っていただいたり、他者の居室(個室)を歩き来できるようにしている。また、グループホームなので、ひとり部屋のため、一人で静かに過ごせる空間もある。				
		e	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないう工夫している。	◎	トイレや浴室にはドアを設けており、使用時は閉めて対応している。また浴室にはカーテンも設置している。				
27	居心地良く過ごせる居室の配慮	a	本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	入所の際、本人が使われていた物を持ち込まれている。また新しい物を購入する時も利用者の使いやすい物を選んでいただき購入するよう心掛けている。	◎		○	自宅からタンスや仏壇を持ち込んでいたり、家族との写真を飾っていたりした。
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。	○	生活動線を考え、安全に生活が送れるように支援している。トイレにはトイレの張り紙、各居室には本人の名前を貼っている。			○	職員からの「居室入り口の表札は取り付け位置も高く、利用者がわかりにくいのでは」という意見から、担当職員と利用者が一緒に表札を作り目立つようにしていた。本人の好きな野球チームのデザインや利用者が描いた絵を使って工夫している。
		b	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。	○	本人に知らせず物を置いたり、配置を変えたりなどは行わない。				
		c	利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほうき、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、新聞・雑誌、ポット、急須・湯飲み・お茶の道具等)	○	大切にされている物や毎日読まれる新聞等、いつも手元にあるよう努めている。				
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)の出入り口、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)	○	勉強会や研修を通して、居室に鍵をかける行為が虐待にあたる事だと理解している。一部玄関においては、ドアを出た所がすぐ階段となっており、危険だと判断し、必要に応じて施錠している。	×	×	△	事業所内で身体拘束に関する研修を行っている。利用者や家族の出入り口は、日中、鍵をかけている。
		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。	○	居室は鍵を設けておらず、ホールから外に出る戸にも施錠は行っていない。必ず職員がホールに滞り見守りを行っている。				
		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)。	○	一部玄関においては高さがある階段があり、転倒し怪我を負うリスクが高く施錠しているが、それ以外は開錠しており、外出傾向の方には職員が声かけ、付き添って対応している。				
(4) 健康を維持するための支援									
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	○	毎日の記録や日誌を読んで、利用者の情報を理解し、仕事に入るように徹底している。また、新しく入られる方などは、入所前にサマリーの確認を行い情報を共有している。				/
		b	職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。	○	毎日バイタルを計測し、その都度記録に残している。また、急変時や異常時はスタッフ全てが情報を得るよう、一日2回の申し送り報告・記録に残している。				
		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。	◎	24時間いつでも、かかりつけ医や医療連携している訪問看護事業所の看護師に連絡し相談できる体制をとっている。職員も利用者の小さな変化に気をつけ見落とさないよう努めている。				

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
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	○	基本的にはグループホームの協力医の診察となるが、精神科や歯科など専門医の診療が必要な際は本人や家族の希望するところに受診できるようにしている。	◎			
		b	本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	◎	本人や家族の希望が一番である。本人や家族の不安は必ず解決できるよう、随時本人や家族、施設、医師とのムンテラ等を行っている。				
		c	通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。	◎	受診の結果は必ず家族に伝えている。往診での話は毎月家族へ送っている手紙の中で伝達している。				
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。	◎	情報提供書を作成し、入院先に渡している。				
		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。	◎	随時、連絡を取り合って本人の状態の把握に努めている。また、入院先へ足を運び、実際に医師からのムンテラを伺うようにしている。				
		c	利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。	○	病院のMSWとは頻りに連絡を取り合っている。お互いの情報交換もしている。				
33	看護職との連携、協働	a	介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。	◎	当法人内の訪問看護ステーションのスタッフやかかりつけ医とは随時連絡を取り合い、情報の共有をしている。どんな小さなことでも報告するようにしている。				
		b	看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。	◎	24時間いつでも相談したり連絡できる体制をとっている。				
		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。	○	利用者の小さな変化にも気付ける観察力、この状態だとどうなるか考える洞察力を日々養っている。そのような点を必ず看護師やかかりつけ医へ報告、相談を行い、早期発見・早期治療に繋げている。				
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。	◎	お薬の説明書を全員分ファイルして、常に見ることができるようになっている。				
		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。	◎	利用者一人ひとりの薬箱を準備し、それにセットするようにしている。薬箱から取り出して服薬介助する時は、必ず2人で利用者の名前、曜日、時間帯を確認している。職員1人で一連の流れを行う事はない。				
		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。	◎	常に全職員で利用者一人ひとりの状態を観察している。何かあればすぐにかかりつけ医へ報告している。				
		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。	◎	常に全職員で利用者一人ひとりの状態を観察している。何かあればすぐにかかりつけ医へ報告している。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	○	必ず重度化や終末期については入居時、または状態変化の段階ごとに家族と話し合い、その時その時の意向で方針を決定し共有している。				入居時には、看取り介護についての同意書に沿って、事業所のできることで、できないことについて説明している。看取りが必要となった際には、再度、家族に説明を行ない、医師と家族、職員で今後のことについて話し合い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。	○	家族だけでなく、職員やかかりつけ医とも話し合い、方針を共有している。	◎			
		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。	△	勤務体制や職員の能力を考慮し、ご家族がホームで最期までいたいとの思い、希望があれば、その希望を叶えるため、可能な限り最期までの支援をしている。				
		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。	○	入所時に説明し、文書でもきちんと伝えるようにしている。				
		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。	◎	施設、かかりつけ医、家族との連携は常に密にとり、全体で支える体制は整っている。				
		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)	◎	ご家族への連絡は随時行い、状態について伝えている。また、ご家族より不安な気持ちがあれば、それに寄り添い、不安や苦しみを受け止める努力をしている。				
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。	◎	研修や勉強会を行っている。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	◎	感染症に対するマニュアルがあり、速やかに対応ができるようにしている。また流行している時には特に予防に努めるよう送りノート等で周知できるようにしている。				
		c	保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。	○	愛媛県のホームページを見るようにしている。また、かかりつけ医より指導がある。				
		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。	○	愛媛県のホームページを見るようにしている。また、かかりつけ医より指導がある。				
		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。	◎	職員は手洗いやうがい、マスク着用の徹底をしている。感染症が流行中は来訪者等にもマスク着用をお願いしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
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。	○	ご家族とは連絡を取り合い、本人の様子を毎月1回お手紙に書いて送り、本人を共に支えていく関係であるよう努めている。					
		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)	○	笑顔でお出迎え、笑顔でお見送りを心掛けている。また、必ずお声をかけし、本人の様子についてお伝えしている。					
		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)	○	外出行事やホーム内での行事について、ご家族にお伝えし、参加していただけるよう働きかけている。		○		納涼祭、お花見、クリスマス会、ぶどう狩りなどの行事時に機会をつくっている。	
		d	来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。[「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等]	○	必ず毎月1回、本人の様子についてお手紙に書いて送っている。	◎			◎	担当職員からの情報をもとにして、介護主任が個別に手紙を書き、普段の様子や行事参加の様子、体調についてなど報告している。希望者にはSNSで写真を送っている。
		e	事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。	◎	来訪時には必ず「何かご不安なことやご不明なことはありませんか？ご要望はありませんか？遠慮なく言ってくださいね」とお声をかけている。お手紙にも不定期でそのような旨、書いて送っている。					
		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)	○	本人の様子をたくさん伝えることにしている。認知症は病気であって、本人や家族のせいではないことを伝えている。認知症の周辺症状が強く出ても、病気であって本人が悪いのではないことを伝えている。					
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)	△	行事については、家族に連絡しているが、職員の異動については、訊ねられた時以外は特にお知らせはしていない。		△		x	現在は報告を行っていない。
		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)	x	家族がいつしやる利用者さんは80%位だが、疎遠だったり高齢や病気がったりするので、特に関係良好の家族は16人中6家族ほどである。面会時間等もまちまちで、なかなか交流が図れるような機会がないのが現状。大きな行事で参加があった時に、お話をされている程度。					
		i	利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。	○	利用者が起こり得るリスクについては、必ずご家族に説明している。					
		j	家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、来訪時の声かけや定期的な連絡等を積極的にやっている。	○	来訪時には必ず「何かご不安なことやご不明なことはありませんか？ご要望はありませんか？遠慮なく言ってくださいね」とお声をかけている。お手紙にも不定期でそのような旨、書いて送っている。				○	家族来訪時に、要望や意見はないか確認している。月1回手書きの手紙には、何かあればお気軽にお声をかけくださいと添えている。
38	契約に関する説明と納得	a	契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。	◎	契約の際は、必ず書面を見ながら説明し、重要事項説明書に納得の上、サインをもらっている。					
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	利用者や家族からの相談を受け、いくつかの選択肢がある場合は、それを提示し、本人や家族に納得の上で、退去先に移れるように支援できている。					
		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)	◎	契約の際は、必ず書面を見ながら説明し、重要事項説明書に納得の上、サインをもらっている。					
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、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。	○	最初の指定がH15年なので、設立段階から現在の様に説明会で十分理解を得られたかは不明だが、近所の方を中心に、理解は得られていると思う。		○			
		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)	○	日常的な挨拶は基本であり、町内会費もおさめている。地域の行事への参加もできる範囲で参加している。(夏祭り、敬老会、文化祭など)		○	○	町内会に加入している。地域の清掃活動には職員が参加している。普段の買い物では、地域のドラッグストアやパン屋を利用している。さらに、気軽に立ち寄ってもらえるような取り組みにも工夫してはどうか。	
		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。	x	散歩へ出掛けると声をかけてくれるようにはなったが、閉鎖的な地域ということもあり、支援は難しい。					
		d	地域の人々が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	x	納涼祭には近所の子供たちが多く来てくれるようにはなったが、日常的には立ち寄り遊びにくるということはない。					
		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。	△	少しずつ信頼関係が構築されており、お隣さんとは気軽に話をし、いろいろなものをいただける関係になっている。					
		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)	x	近隣の住民やボランティア等は、利用者の支援を行ってはいない。事業所外の地域の高齢者の支援で手一杯であると言われている。					
		g	利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	x	ホーム内での本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな生活を楽しめているとは思いますが、ホーム内のみであって、地域資源を活用した支援までは行っていない。					
		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)。	△	町内運動会や地域文化祭に参加したり、平成済美中学から三線の演奏会をしていただいたりしている。しかし、地域の人たちと関係を深めるところには至っていない。					

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。	○	民生委員様には、参加いただいている。	×		△	民生委員や地域包括支援センター、市の担当者は参加しているが、利用者や家族の参加はない。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	△	毎回、報告できるよう努めている。			○	利用者の状況や行事などについて報告を行っている。外部評価実施後には、口頭で評価や目標達成計画について報告している。	
		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。	△	出席していただいた方のご意見やご提案は大切に、できる範囲で実施するようにしているが、実施できていないことも多い。			◎	○	市の担当者から「ヒヤリハットはどんな小さなことでも記入して、その件数を増やした方が良い」とアドバイスがあり、職員に周知し件数が増えている。
		d	テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。	△	日程、時間帯については民生委員様の予定に合わせる事が多く、他の参加者に調整して頂くことが多い。			◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	◎	当然、松山市へ提出し公表している。					
IV.より良い支援を行うための運営体制										
41	理念の共有と実践	a	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。	○	理念を実践できるように利用者に対してできるだけ要望に答えられるように日々努力している。					
		b	利用者、家族、地域の人たちにも、理念をわかりやすく伝えている。	○	ホームの理念は各ユニットにファイルして置いてあり、いつでも閲覧できる。	○	○			
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。	◎	年間の研修計画書を作成し、研修に関する情報を職員に伝え、参加できるような体制を作り、研修の機会を提供している。					
		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。	◎	外部研修に参加した者がレポートを作成し、事業所内部で伝達研修を行っている。					
		c	代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	◎	休日の指定は平等に聞き入れている。ユニフォームやエプロンを購入し、職員に貸与している。また、職員の自己研鑽の研修なども内容を勘案して法人が費用負担し、働きやすい環境を作っている。					
		d	代表者は管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互研修などの活動を通して職員の意識を向上させていく取り組みをしている。(事業者団体や都道府県単位、市町単位の連絡会などへの加入・参加)	◎	地域包括支援センター主催の事業者連絡会に参加し、市の行政説明会にも必ず出席している。					
		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。	◎	ミーティング等、皆の前で言いにくいことは、代表者が個別で面談したり、メールなどで相談をうけて、風通しの良い組織にしておき、ストレス軽減に努めている。	◎	◎	○	同系列事業所との合同食事会の機会がある。法人代表は普段から職員と話す機会を大切にしている。年に2回程度、代表者が職員と面談を行っている。	
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。	◎	高齢者の尊厳を守る介護を一人一人が心がけ、虐待の起こらないように努めている。虐待防止の外部研修を受講した職員が、ミーティングでの伝達研修を行い、虐待防止について話し合う機会を設け、職員一人一人の意識を高めるようにしている。					
		b	管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。	○	月2回のミーティングで機会を設けている。					
		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の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。	◎	虐待や不適切なケアが見逃されることのないよう注意を払い、委員会を設置することになっている。				○	不適切なケアについて研修で学んでいる。職員は、不適切なケアを発見した時には、上司に報告することを認識している。
		d	代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。	○	休日の指定は平等に聞き入れている。代表者が個別で面談したり、メールなどで相談をうけて、風通しの良い組織にしておき、ストレス軽減に努めている。					
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。	◎	研修や勉強会で繰り返し話し合い、全員で理解している。					
		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。	◎	身体拘束がなくても3ヶ月に一回、委員会で話し合っている。その内容を職員と共有し話し合っている。					
		c	家族等から拘束や施設等の要望があっても、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。	◎	家族より拘束等の要望はあったことはない。また施設としても、原則身体拘束はしない旨を説明し、拘束する事の弊害、拘束しない事のリスクを説明し、理解していただいている。					
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。	△	特定の職員が、松山市の行う市民後見人養成講座を受講するなど制度理解に努めている。活用までにはいたっていない。					
		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。	△	情報の提供は、できるが相談などは他の公的窓口を紹介するほうが多い。					
		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。	△	相談があれば、各機関につなぐことはできる。					

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。	○	怪我、骨折、発作、利用者の急変や事故発生時は主任・事務長・社長・かかりつけ医・家族への連絡を行い、かかりつけ医の指示にて対応している。誤嚥による気道閉塞は蘇生と同時に救急車を呼ぶと全職員周知している。						
		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。	◎	定期的に勉強している。また救命救急の研修を全職員受けている。						
		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。	○	各職員が緊張感を持って仕事に当たっているが、ヒヤリハットにあげる事柄が起きたときは全職員で検討し改善策を考えている。						
		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。	○	随時、各利用者のリスクや危険について検討している。ヒヤリハットにあげて、同じ危険が起きないように事故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。	○	苦情対応マニュアルを作成し、全職員が熟読し対応方法を検討している。						
		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。	○	苦情があった時点で迅速に対応している。						
		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。	○	苦情があった時点で迅速に対応し、サービス改善の経過や結果は随時伝えている。						
48	運営に関する意見の反映	a	利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)	○	各利用者には担当職員があり、要望や意見に耳を傾け、その思いが生活の中に反映される様になっている。職員は家族が来所された際には話をする機会を持ち、意見や要望を伺うようになっている。			△	利用者は運営推進会議に参加していない。運営に関する意見を聞く機会が少ない。		
		b	家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)	◎	各利用者には担当職員があり、要望や意見に耳を傾け、その思いが生活の中に反映される様になっている。職員は家族が来所された際には話をする機会を持ち、意見や要望を伺うようになっている。	◎		△	運営に関する意見という点では機会が少ない。意見や要望を個別に聞くことはあるが、運営推進会議の参加を促すなどして意見を聞く機会を増やしてほしい。		
		c	契約当初だけでなく、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。	×	契約の際に、必ず書面を見ながら説明し、納得の上、サインをもらっている。その後は、できていない。						
		d	代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。	◎	代表者はミーティングに参加し、一緒に職員全員で意見や提案を出して話し合いを行っている。出された意見や提案は、グループホームの運営に反映されている。						
		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。	◎	月2回のミーティングを開き、職員全員で意見や提案を出して話し合いを行っている。出された意見や提案は、グループホームの運営に反映されている。				◎	管理者が面談して個別に意見を聞くことが多い。管理者は、「利用者の立場に立って考えること」を言葉を変えながら職員に何度も伝えるようにしている。	
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。	◎	年1回、全員で自己評価に取り組んでいる。						
		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。	△	事業所の現状や課題を明らかにすると共に、問題点解消に向けて取り組んでいる。						
		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。	○	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もらっている。	△	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、家族等に報告しているが、モニターはしていただいていない。この項目が今回初めてな為。		△	△	△	運営推進会議では報告しているが、家族などへの報告を行っていない。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。さらに、関係者に見守ってもらったり、取り組みの確認などを行ってもらうなど、評価を活かした取り組みを期待したい。	
		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。	△	運営推進委員会では取り組みやその成果について報告している。						
50	災害への備え	a	様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)	○	原子力災害については、作成できていない。						
		b	作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。	○	年2回の法定訓練は行っている。						
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	◎	業者に委託し、点検している。						
		e	地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。	×	できていない。		△	○		△	合同の避難訓練の実施や災害についての話し合いは行っていない。災害時など緊急時には、協力してもらえるように、近隣の中等教育学校との交流(子供たちの三線の演奏会や法人代表によるPTA講演など)を行っている。
		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)	△	事業所連絡会で協働体制構築を検討している。						

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)	○	中学校で講演を依頼され、介護食の作り方等の講演を行っている。				近所の方が相談に訪れることがあり、介護に関する相談に乗ることがあるが、今後は、地域のケア拠点として取り組みに工夫してみたい。 法人代表者が、近隣の中学校で高齢者介護や認知症について講演したり、中学校のPTAでの講演などを行っている。 今後さらに、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。	×	相談があれば応じているが、積極的な支援は行っていない。		○	△	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェ・イベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	△	地元中学校の生徒に三線を披露してもらったり、フラダンスのボランティア講演をしてもらっている。				
		d	介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。	△	実習の受け入れ態勢は整っているが、学生の減少により実施はできていない。				
		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)	△	事業所納涼祭を開催しており、関係医療機関のイベントにも積極的に参加している。			△	