

事業所の概要表

( 令和元年9月1日現在 )

事業所名	グループホームまほろば					
法人名	医療法人社団みのり会					
所在地	愛媛県西予市三瓶町朝立2-1-7					
電話番号	0894-33-2877					
FAX番号	0894-33-0767					
HPアドレス	http://					
開設年月日	平成 15 年 9 月 1 日					
建物構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 ( 2 ) 階建て ( 2 ) 階部分					
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( デイサービスセンターまほろば )					
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 1 人 女性 17 人 )					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	1 名	要介護2	4 名
	要介護3	5 名	要介護4	6 名	要介護5	2 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	6 人	10年以上	8 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 9 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						
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: 2 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
食材料費	1日当たり	1,200 円 ( 朝食: 300 円 昼食: 450 円 )
	おやつ:	0 円 ( 夕食: 450 円 )
食事の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input checked="" 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	・ 光熱費	7,500 円
	・ 共益費	3,000 円
	・	円
	・	円

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 0 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: 0 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	7 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 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 checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

# サービス評価結果表

## サービス評価項目

(評価項目の構成)

### I. その人らしい暮らしを支える

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

### II. 家族との支え合い

### III. 地域との支え合い

### IV. より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—  
“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	令和元年9月25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)	18	(依頼数)	18
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	3873700383
事業所名	グループホームまほろば
(ユニット名)	西ユニット
記入者(管理者)	
氏名	菊池 文孝
自己評価作成日	令和元年9月1日

<p><b>【事業所理念】※事業所記入</b>                  ①優しさと思いやりの心で信頼関係を築きます②関わりを大切にし、笑顔で楽しく過ごせるよう支援します③入居者の気持ちに寄り添い、その人らしい生活を支援します④入居者のペースに合わせ、一人一人に合った、ケアを提供します⑤安心して生活が送れるよう、職員一丸となったケアを提供します⑥住み慣れた地域との結びつきを大切にします⑦「来てよかった」と思ってもらえるホームを目指します。</p>	<p><b>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入</b>                  フェイスシートを変更して情報収集に努めたが、細かく記録に残すことができなかった。関わりを多く持つ中で本人の希望や想いを聞くことができ、申し送りシートを活用することで情報を共有できた。入居した後も、本人や家族とのコミュニケーションを通して、情報を伝えることができた。時々のニーズに関しては、カンファレンス等を通じて話し合い、対応できるようにした。入居者の「要望」に対しても家族の協力も得て、個別での外出や外食等も実現することができた。</p>	<p><b>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</b>                  近所の児童館で「駄菓子屋」が開かれる日には、利用者も出かけて、子供たちとふれあう機会になっている。                  毎月、孫と自宅に外泊する利用者や、法事で自宅に帰る利用者には、家族と連絡し合って、身支度などを手伝っている。                  本人から希望があれば、その日のうちに出かけられるように支援している。近所のドラッグストアやコンビニに飲み物やお菓子などを買いに出かけている。</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
<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。	○	利用者一人ひとりに寄り添い、関わりを多く持つことで本人の希望や意向の把握に努めている。	◎		○	日常の中で知り得た思いや希望、意向は経過記録(日々の介護記録)に記入し、フェイスシートの「私の具体的な言動や場面」にまとめている。フェイスシートは、6ヶ月毎に更新している。
		b	把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。	○	意思疎通が困難な方でも、声掛けに手を握ってもらうなど意向の確認を行っている。				
		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。	○	面会時に家族とは積極的にコミュニケーションを図り意向の確認をしている。				
		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。	○	検温チェック表や申し送りノートを活用し共有している。				
		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。	○	本人の話や訴えを傾聴し、表情等も見落とさない様に心掛けている。				
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	○	入居時に家族やケアマネより情報を収集している。また、日々の関わりの中から情報が引き出せるようなコミュニケーションを図っている。			○	入居時に、本人、家族に聞き取り、利用者録に生活歴や生活環境、入居前の1日の過ごし方などを記入している。入居前に利用していたサービス事業所や病院から情報提供がある。
		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。	○	独自のセンター方式アセスメントを活用し、現状の把握に努めている。				
		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。	○	日々の生活の中での気分の変動には気を付け見守りを行っている。				
		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)	○	不穏になっている時の状態や状況の把握に努めている。情報の共有化を図っている。				
		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。	○	それぞれの生活のリズム、過ごし方などは把握している。日々の変化についても注意深く見守っている。				
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む)	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。	○	入居者本位のサービスが提供できるよう相手の立場に立ち考えるようにしている。			○	月1回のカンファレンス時に、職員が情報を持ち寄り話し合いを行っている。
		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。	○	それぞれの生活歴や状態に合わせた支援ができるよう考えている。				
		c	検討した内容に基づき、本人がより良く暮らすための課題を明らかにしている。	○	ケア会議等を通して課題を明らかにしている。				
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。	○	日々の生活の中から聞き取りを行い、反映している。				
		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。	○	面会や手紙等で意見を聞き反映している。また職員のカンファレンス、ケア会議等で話し合いを行っている。	○		○	事前に聞き取った家族の要望を踏まえて、利用者個々の担当職員が計画案を作成し、計画作成担当者として話し合っている。
		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。	○	重度化の方に対しては、状態に合わせ無理のないような生活ができるようにしている。				
		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。	△	家族には毎月お手紙を送って近況を知らせている。家族には協力して頂ける内容となっている。				
5	介護計画に基づいた日々の支援	a	利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。	○	更新時には計画の内容を確認し把握に努めている。			○	介護計画は、個人ファイルに綴り、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。	○	経過記録に記録している。またケア会議では評価の確認を行っている。			△	介護計画の支援内容に番号を振っており、経過記録にその番号と実践時の利用者の様子などを記入しているが、記入量は少ない。
		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。	○	変わったことがあれば、経過記録等に記載するようにしている。			○	利用者の一日の様子をまとめたグループホームチェック表に個別に記入している。
		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。	○	カンファレンスや申し送りノートを活用し、気づきや提案を行っている。			△	介護計画に基づいた内容に関わらず、気づきやアイデアを、伝達事項ノートに記入している。

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
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。	○	6か月毎に行っている。また状態に大きな変化があった時には見直している。			○	事務所に期間の一覧表を掲示して、計画作成担当者が6か月毎に見直しを行っている。
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	△	現状確認は行っているが継続が多い。			△	月1回のカンファレンス時に、介護計画の内容に関わらず、利用者の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。	○	心身状態に大きな変化や意向に変更があった場合には見直しを行っている。			○	骨折して、状態変化があった際に、見直しを行い、新たな計画を作成したケースがある。
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。	○	緊急案件の場合には、カンファレンスを開き、瞬時に対応している。			○	月1回、各ユニットでカンファレンスを行い、カンファレンス会議録を作成している。緊急案件がある場合には、その日の勤務職員で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。	○	会議においては職員の見解を傾聴し話しやすい雰囲気は作れているように思う。				
		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。	○	なるべく多くが参加できるよう日中の時間帯にしている。休日の職員については自由参加としている。				
		d	参加できない職員がいた場合には、話し合われた内容を正確に伝えるしくみをつくっている。	○	カンファレンス記録を作成し、閲覧できるようにしている。			◎	カンファレンス会議録を全職員が確認するようになっており、確認した職員は、サインをしている。全職員のサインが揃った場合は、管理者が確認している。
8	確実な申し送り、情報伝達	a	職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。	○	申し送りノートを作成し、閲覧できるようにしている。			○	伝達事項ノートに記入し、確認後にサインするしくみをつくっている。
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝えるようにしている。(利用者の様子・支援に関する情報・家族とのやり取り・業務連絡等)	○	申し送りノートを出発時には必ず確認するようにしている。医師、家族との話し合いがあった場合にはインフォードコンセントシートを作成している。	○			
<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。	○	日々の会話の中から把握できるよう努めている。希望に沿えるよう努力をしている。				
		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)	○	入居者が自己決定できるような関わり方をしている。			○	更衣時には、服を自分で選べるよう支援している。職員と一緒に買い物に出かけた際には、自分の好きなおやつなどを選べるよう支援している。調査訪問時、職員は誕生日が近い利用者には「お誕生日には何が食べたいですか」と聞いていた。
		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。	○	利用者本位のサービスを心掛けている。自己決定できる関わり方をしている。				
		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)	△	一人ひとりのペースに合わせた支援を行っていが在宅生活とまではいかない。				
		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。	○	明るくユーモアある関わり方ができる職員が多い。			○	耳と言葉が不自由な利用者については、家族からその人ならではの手話を教えてもらい、コミュニケーションを図っている。
		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支援している。	○	意思疎通が困難な方には、意向を手を握って知らせてもらう等の工夫をおこない、寄り添った関わりができています。				
10	一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり	a	職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。	○	研修を行っている。相手の立場に立ち考え、行動できるよう努力している。	◎	◎	◎	法人研修で勉強をしている。研修後には「どう感じたか」「どのように活かしていくか」などアンケートを記入するしくみをつくっている。
		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。	○	優しさと思い遣いを大切に接し方をしている。接遇には気を付けている。			○	ズボンが汚れた利用者には、耳元で声をかけてからトイレに誘導していた。
		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ながら介助を行っている。	◎	十分配慮している。				
		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。	◎	必ずノックと声かけをして入室するようにしている。			◎	利用者に「見せてもらっていいですか」と許可を取ってから入室していた。
		e	職員は、利用者のプライバシーの保護や個人情報漏えい防止等について理解し、遵守している。	○	理解しており、遵守している。				
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。	◎	何かをしていただいた時には、必ず「ありがとう」と声をかけるようにしている。				
		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。	○	支え合う大切さは十分理解している。				会話のスピードや状態に合わせて席順に配慮している。同じテーブルの利用者のエプロンを直してあげたり、車いすから落ちたタオルを拾ってあげたりする利用者の様子が見られた。
		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)。	○	トラブルにならないよう、そのような状況になる前に間に入るように気配りしている。			○	職員は「○○さんと△△さんは同級生ですよ」と言って話さずかけをつくっていた。利用者同士、笑顔で会話が弾んでいた。
		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。	○	間に入り話を傾聴しており、気持ちに寄り添った支援をしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
12	馴染みの人や場との関係継続の支援	a	これまで支えてくれたり、支えてきた人など、本人を取り巻く人間関係について把握している。	○	入居時のアセスメントや面会時に情報を得るように努めている。				/
		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。	○	日々の関わりの中から引き出せるようなコミュニケーションを図っている。				
		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いた人や場所との関係が途切れないよう支援している。	○	職員からの提案も多く、希望に沿えるよう努力している。				
		d	家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	居室でゆっくり過ごして頂けるよう配慮している。気軽に来れる雰囲気はつくれているように思う。				
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)	○	散歩や買い物など中心に外出を行うようにしている。	○	○	○	本人から希望があれば、その日のうちに出かけられるように支援している。近所のドラッグストアやコンビニに飲み物やお菓子などを買いに出かけている。
		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。	×	家族の支援は受けているが、外部からの協力は得られていない。				法人の病院の駐車場に出て過ごせるよう支援している。
		c	重度の利用者も戸外で気持ち良く過ごせるよう取り組んでいる。	○	気候の良い時期は散歩にだけ、外の空気に触れるようにしている。			○	利用者によっては、車いすで近所に住む友人に会いに行けるよう支援している。
		d	本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら、普段は行けないような場所でも出かけられるように支援している。	△	家族には協力して頂く場合がある。				
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	○	認知症についての研修会を実施し、理解を深めている。どういった要因で症状がでているのか考えるようにしている。				洗濯物をたたむ際には、利用者のためそうな物をお願いしている。 屋食後、自分の食器を下膳し、食器洗いやお盆拭きをする利用者の様子を職員は見守っていた。
		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。	○	ひとり一人の状態の把握に努め、さまざまな機能が維持できるよう、できることはしていただいている。また、運動やリハビリもやっている。				
		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)	○	独自のアセスメントを用いて出来ること、出来ないことを把握し、出来ることはしていただき、できない部分を支援するようにしている。	○			
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。	○	それぞれの能力を把握し役割がもてるよう支援している。会話の中から楽しみごとが引き出せるようにしている。				誕生日や行事などの時には、利用者の食べたいものを事業所で作ったり、外食をすることもある。
		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。	○	障害のレベルに応じて、その人に合った役割が持てるように支援している。(掃除・洗濯・調理等)	○	○	○	
		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。	△	散歩に出かけた時などは児童館や地域の方とのふれあいが持てるようにしている。				
16	身だしなみやおしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、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。	○	本人に服を選んでもらうなどして、その人らしさができるように支援している。				屋食時、エプロンについた食べこぼしを、職員は「大丈夫ですよ」と声をかけながら拭いていた。
		b	利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みに整えられるように支援している。	○	持ち物は本人や家族の好みに任せている。本人の希望も聞くようにしている。				
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員と一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。	○	声かけや提案を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。	○	本人と相談しながら決めるようにしている。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にしたりさげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○	自尊心を傷つけない支援を心掛けている。	◎	○	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。	○	ご家族の協力も得ながら、希望にこたえられるように努めている。				
		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。	○	服装や髪形には乱れがないよう配慮している。			○	

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
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。	○	食事の意義について理解している。				献立は法人の管理栄養士が作成している。朝・昼食は、法人病院から食材が届き、職員が調理している。夕食は出来上がった料理が法人病院の厨房から届く。利用者が食器を洗う場面が見られたが、食事一連に関わることは少ない。  茶碗、湯飲み、箸は自分の物を使用している。箸が使いにくい利用者には自助具や軽い食器を用意している。  昼食は、食事介助に徹して、その後、別の部屋で持参したお弁当を食べている。夜勤職員は夕・朝食は利用者と一緒に食べている。  台所はオープンキッチンで、料理をつくる音やにおいがしていた。昼食時には献立の内容を説明していた。
		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。	○	食材切りや後片付け等をしていただいている。				
		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。	○	全員とまではいかないが、役割を持つことで自信に繋がっているように思う。				
		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。	○	入居時アセスメント、聞き取りを行い把握している。				
		e	献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔なつかしいもの等を取り入れている。	○	アレルギーや苦手なものについては対応できている。季節感を取り入れていただいている。				
		f	利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いろどりや器の工夫等)	○	状態に合わせた食事形態で提供している。				
		g	茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	○	自宅で使用していたものを使っている。				
		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。	×	行事の時には一緒に食べている。食事のペースやサポートはそれぞれに合った対応をしている。				
		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。	○	雰囲気が味わえるよう配慮している。また作っている食事の話しながら調理している。	◎			
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	○	管理栄養士による献立で栄養のバランスはとれている。量なども調整している。				
		k	食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	○	食事が少ない場合には、好きなものを食べて頂いたり、ジュースなどを購入している。				
		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。	△	管理栄養士による献立で調理している。給食委員会で話し合いをしている。				
		m	食中毒などの予防のために調理用具や食材等の衛生管理を日常的に行い、安全で新鮮な食材の使用と管理に努めている。	○	安全な食材を使用している。調理用具の管理にも気を付けている。				
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。	○	理解している				利用者が、歯磨きを行ったあと、職員が口腔内を確認していた。異常があれば歯科往診につなげている。  毎食後、口腔ケアが行えるよう支援している。洗面台横に利用者の歯磨きセットを用意している。毎食後、義歯の洗浄や、出し入れしにくい利用者には、サポートをしていた。
		b	利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。	○	口腔ケアを行う際に確認している。				
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	○	歯科往診時に歯科医や歯科衛生士からアドバイスをもらうことがある。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	就寝前には消毒を行い清潔を保っている。				
		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)	○	できるかぎり自力でしていただいております。仕上げを支援し清潔を保っている。				
		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。	○	協力医療機関である歯科に往診していただいている。				

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
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、身体機能が高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。	○	排泄に関しては、尊厳に関するものだと十分理解し配慮している。				トイレで排泄可能だった利用者が身体状態が低下したことに伴い、カンファレンス時に、おむつの必要性について話し合った事例がある。
		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。	○	理解している。				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	○	排泄チェック表に記載し間隔やパターンを把握している。				
		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。	○	それぞれの状態に合わせた対応をとっている。	◎			
		e	排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。	○	それぞれの原因を探り運動をしたり場所が分かるよう案内板をつける等の対応している。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	○	個々の排泄パターンを把握して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。	△	本人またはご家族と話し合いながら決められているが、意思疎通の困難な方にはできていない場合もある。				
		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。	○	それぞれの状態に合わせた対応をとっている。				
		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)	○	適度な運動や水分量を増やすなどで対応している。				
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)。	△	週3回で曜日は決めているが、希望によってはいつでも入浴できるようにしている。	◎			週3回、午後に入浴を支援している。夕方の入浴を希望する利用者がいれば対応できる。さらに、入浴を楽しむ支援という点から、利用者の希望や習慣などについても支援に探り入れてはどうか。
		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。	○	プライバシーの配慮を十分に行い、一人ひとりゆっくり入浴できるよう努めている。				
		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。	○	出来るところはすべてしていただいている。安全には特に気を付けて入浴して頂いている。				
		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、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。	○	それぞれに合った促しをしており、無理強いせず時間をあけて声をかけたり工夫している。				
		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。	○	入浴前にバイタルチェックを行い、健康チェックをしている。入浴後も体調不良がないか観察している。				
21	安眠や休息の支援	a	利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。	○	生活のリズムは把握しており、ペースに合わせた対応をしている。				医師と相談しながら支援し、減薬につなげたような事例があるが、現在、半数程度の内服者がいる。日中、うとうとする利用者に声をかけたり、昼寝の時間を調節したりしている。さらに、支援内容などを十分に検討して支援に工夫を重ねてほしい。
		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。	○	運動や散歩などで、日中の活動量を増やし、リズムが整うよう心掛けている。				
		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。	○	日中の活動なども工夫している。夜間、日中の状態を主治医に報告し連携を図っている。				
		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。	○	ひとり一人の体力や状態に合わせて休養がとれるように心がけている。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	○	希望された場合には、対応できるようにしている。				
		b	本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。	○	必要な支援は行っている。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	希望があればいつでも電話できるようにしている。				
		d	届いた手紙や葉書をそのままにせず音信がとれるように工夫している。	○	本人に手渡し開封していただいている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力してもらおうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	○	家族の協力が必要なことを伝え理解と協力を求めている。				

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
23	お金の所持や使うことの支援	a	職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。	○	お金の管理や金銭のやりとりの大切さは理解している。				/
		b	必要物品や好みの買い物に出かけ、お金の所持や使う機会を日常的につくっている。	△	必要に応じて買い物にでかているが、頻繁ではない。				
		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。	△	職員が付き添い安心して買い物ができるよう配慮している。買い物先への協力は働きかけていない。				
		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。	×	基本的には金庫に預かり管理を行っている。買い物に行く際は持ち出している。				
		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。	△	お金の所持や使い方については入居者と家族と話し合っている。				
		f	利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしており、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)。	○	契約時に説明している。出納長については月に1度家族に書面にて報告している。				
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	○	柔軟な対応ができるよう、時々ニーズに対して考え話し合い行動している。	◎			毎月、孫と自宅に外泊する利用者や、法事で自宅に帰る利用者には、家族と連絡合せて、身支度などを手伝っている。
<b>(3) 生活環境づくり</b>									
25	気軽に入れる玄関まわり等の配慮	a	利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	○	共用の正面玄関もあり、明るく出入りしやすい雰囲気になっている。	◎	○		1階に併設するデイサービスと共用の玄関になっている。玄関は自動ドアになっており、掃除は行き届いている。
26	居心地の良い共用空間づくり	a	共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気を有しており、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。)	○	季節に応じた飾りや、写真を掲示し明るい雰囲気を出している。		◎		台所はオープンキッチンになっている。居間の窓際には観葉植物や鉢花を飾っている。壁には行事の写真を飾っている。テレビの前にソファを設置している。
		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。	○	入居者が不快に感じることなどには配慮している。掃除もきちんと行い清潔にしている。				気になる臭いはなく、掃除も行き届いている。昼食時には、テレビをつけていた。
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	季節に応じた飾りや、写真を掲示し明るい雰囲気を出している。				居間の大きな窓からは、外の風景がよく見え、天気なども分かるが、室内には、季節感や生活感を感じるものは少ない。
		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。	○	入居者同士の相性も考え配慮している。希望により居室で一人になれる時間もつくっている。				
		e	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。	○	必ず扉を閉めプライバシーを配慮している。				
27	居心地良く過ごせる居室の配慮	a	本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのおものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	自宅で使い慣れたものや、本人の好まれる物を持ち参りしている。	◎			テレビを持ち込んでいる居室がみられた。編み物の得意な利用者は毛糸などを持ち込んでいた。
28	一人ひとりの力が活かせる環境づくり	a	建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように配慮や工夫をしている。	○	手すりを増設したり、居室は動きやすいよう配慮している。				居室の扉の内側に、居室からトイレまでをイラストで表記し示していた。
		b	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。	○	不安や混乱を招くような物品や危険なものについては、見えない収納をしている。				
		c	利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(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)	△	新聞や雑誌等については、すぐに読めるようにしている。危険を伴うものに関しては保管している。				
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)	△	夜間帯と職員が一人になる時以外は施錠せず、自由に入出入りできるようにしている。	◎	◎		法人研修で勉強をしている。日中は玄関に鍵をかけていない。人感センサーを設置している。
		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。	△	理解を得られるよう家族と話し合っている。				
		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すむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。	△	基本的には施錠していないが、やむを得ず施錠する場合には断りの文章とインターフォンで知らせて頂くようにしている。				
<b>(4) 健康を維持するための支援</b>									
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	○	病歴等については基本情報で情報を得ている。現病や留意事項は経過記録や受診記録などで把握している。				/
		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。	○	健康チェック等で普段の様子を記録し、異常の早期発見に努めている。				
		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。	◎	訪問看護ステーションの看護師に訪問してもらっている。また、病院の看護師とも連携を図り、主治医の指示を受けている。				

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
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。	○	主治医は法人内の医療機関になっている。専門医への受診が必要な場合には付き添い受診している。	◎			
		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。	○	入居時に家族と相談して決めている。				
		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。	○	定期受診は毎月のお便りで報告している。体調不良等の受診であれば、電話連絡し報告している。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	ホームでの生活状況を中心注意事項などの情報提供を行っている。				
		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。	◎	主治医に病状確認を定期的に行っている。相談員とも連携を図っている。				
		c	利用者の入院時、または入院した場合に備えて日頃から病院関係者との関係づくりを行っている。	◎	日頃からコミュニケーションを図る機会は多く、良好な関係は築けている。				
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。	◎	体調の異常等に気付いた場合は訪問看護ステーション看護師に相談し受診の有無を決めている。夜間帯は医療機関と連携している。				
		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。	◎	マニュアルも作成し、24時間相談できる体制である。				
		c	利用者の日頃の健康管理や状態変化に応じた支援が適切にできるよう体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。	◎	気になることがあれば看護師、医師に相談し、受診するなど早期発見につなげている。				
34	服薬支援	a	職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。	○	薬の説明書をカルテに綴じ確認できるようにしている。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	○	薬は職員が管理している。服用の際にはダブルチェックを行い、飲み忘れや誤薬がないよう取り組んでいる。インシデントで再発防止にも取り組んでいる。				
		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。	◎	体調の変化に注意をはらい、気になることがあれば主治医に報告、相談している。				
		d	漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。	◎	薬が処方された場合や、変更があった場合には、注意をはらい変化が見られた時には、速やかに主治医へ報告している。				
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。	◎	入居時に家族の意向を聞き、アンケートを行っている。状態変化や重度化された場合には主治医を交えてムンテラを行い意向を確認している。				入居時には、看取り指針に沿って説明し、看取りのアンケートで意向を確認している。状態変化時には、医師、家族、職員で話し合い、インフォームドコンセントシートに記録し、今後の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・家族だけでなく、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。	◎	重度化した場合に、家族、医療機関と相談し方針を決めている。	○			
		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。	◎	終末期の対応については職員だけでなく、協力医療機関、訪問看護と連携して行っている。				
		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。	○	グループホームの方針等については、十分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。	◎	医療機関、訪問看護との連携を図れる体制を整えている。				
		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)	○	連絡を密に取り情報提供している。終末期に関しては身体の変化の冊子を作り心の準備、精神面での支援を行っている。				
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。	○	マニュアルを作成し予防、対処方法を学んでいる。				
		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。	△	マニュアルに沿って行動しているが、訓練は実施していない。				
		c	保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れている。	○	保健所から医療機関に入る情報を得ている。				
		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。	○	医療機関から情報収集を行い、一時的な面会制限等の対応している。				
		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。	○	手洗い、うがい、マスクの着用など清潔保持に努めている。また、来訪者については手指消毒やマスク着用をお願いするポスターを掲示している。				

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。	○	面会時には情報を提供し、共に支えていく関係を築けるよう心掛けている。				お花見や児童館の子供との交流会時などに案内をしているが、参加はほとんどない。家族来訪時に、一緒に買い物や外食に出かける利用者がいる。調査訪問時には、家族が食事介助に来ていた。職員は、帰り際に笑顔でお礼を言っていた。  担当職員の変更があった際には、毎月の手紙で報告している。職員の異動や退職については、来訪する家族にのみ報告している。設備改修、機器の導入については報告していない。  来訪時には職員から声をかけ、相談しやすい雰囲気をつくっている。
		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)	○	面会時には必ずお茶を提供し、居室でゆっくり過ごせるよう配慮している。				
		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)	○	面会時やお便りで散歩や外出のお願いしている。誕生日に家族と食事に行かれたり、日常的に散歩に行かれたりしている。	△		△	
		d	来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。〔「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等〕	○	毎月お便りにて現状報告を行っている。変わったことがあればメールでもやりとりしている。	◎		○	
		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な内容を把握して報告を行っている。	○	一方的な報告ではなく、家族の話も十分に聞くようにしている。				
		f	これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係を築いていけるように支援している。(認知症への理解、本人への理解、適切な接し方・対応等についての説明や働きかけ、関係の再構築への支援等)	○	相談があった時などは、認知症の理解や適切な接し方については説明している。				
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得るようにしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)	△	職員の異動や退職については報告している。	△		△	
		h	家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)	×	家族同士の交流は図れていない。				
		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。	○	リスクを伴うことに関しては家族と話し合い理解を得ている。				
		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行っている。	○	来訪時には積極的に声をかけるようにしている。また、お手紙でも意見を求めるようにしている。			○	
38	契約に関する説明と納得	a	契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。	○	その都度説明し同意を書面にて頂いている。				/
		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。	○	契約時に説明を行っている。また実際に退去となる時には十分な説明を行い納得を得ている。				
		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)	○	契約時に説明を行い、契約書に同意を頂いている。改定時も書面にて説明し同意を頂いている。				
<b>III. 地域との支え合い</b>									
39	地域とのつきあいやネットワークづくり ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	△	運営推進会議や学生ボランティアの際は、事業所の説明等をおこなっている。		◎		町内会に加入はしていないが、回覧板がまわってきており地域の情報を得ている。近所の児童館で「駄菓子屋」が開かれる日には、利用者も出かけて、子供たちとふれあう機会になっている。
		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)	○	散歩や買い物に出かけた時には地域の方へ積極的に話しかけている。		○	○	
		c	利用者を見守ったり、支援してくれる地域の人たちが増えている。	○	気にかけて面会に来てくださる地域の方がいる。散歩や受診の際に声をかけていただける人は多い。				
		d	地域の方が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	気にかけて面会に来て下さる方がおられる。				
		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。	△	散歩の時に気軽に声を掛け合っているが、立ち寄っていただくまでには至っていない。				
		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)	○	ボランティアで歌や踊りに来ていただくことや、小学生、保育園との交流をしている。学生の介護体験の受け入れもしている。				
		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。	×	地域資源の活用はできていない。				
		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)。	△	運営推進会議や学生の就業体験受け入れ時には認知症についての理解が深まるよう講義をしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと	
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。	○	家族、民生委員、市職員等ほぼ毎回参加して頂いている。	△		○	毎回、利用者1名が交替で参加している。家族は決まった家族が参加している。地域からは、民生委員が参加している。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	○	文章にて報告、説明を行っている。			○	入居状況や活動状況について報告している。評価の取り組みについて、大まかに口頭で報告している。	
		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。	△	意見や提案を頂けるよう進めている。取り入れたことに対しては口頭で説明している。			○	△	参加者からの質問には、その場で返答している。家族から、入居して身体機能が低下することについての意見があり、その後、職員で話し合いを行ったが、結果の報告には至っていない。
		d	テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。	×	固定したメンバーで行っている。			○		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	○	自由に閲覧できるようにしている。					
<b>IV.より良い支援を行うための運営体制</b>										
41	理念の共有と実践	a	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。	○	事業所理念を掲示し常に意識するよう努めている。また、勉強会等を通して伝えるようにしている。					
		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。	○	家族には十分説明している。また民生委員や運営推進会議メンバーにも説明している。	○	○			
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。	○	法人内や事業所での研修や外部研修にも参加している。					
		b	管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。	○	OJTチェックリストを用いて指導を行っている。					
		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。	○	人事考課制度を用いて評価を行っている。					
		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)	△	相互研修等には参加できていない。					
		e	代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。	○	定期的な会議で状況報告をしており、状況によっては対応していただいている。	○	◎	○	職員の意見は、管理者が聞き取り、それらをまとめて代表者に伝えている。月1回、管理者は代表者と話し合う機会がある。	
43	虐待防止の徹底	a	代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。	○	研修会を行い理解している。					
		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。	○	カンファレンスや面接を行っている。個々の相談にものっている。					
		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。	○	常に優しさと思い遣りも持って、接することを徹底している。			◎	法人研修で勉強している。月1回のカンファレンス時には、ケアの見直しを行っている。不適切なケアがあった場合には、職員は管理者に報告することと認識している。	
		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。	○	日々の会話や面接等で話を聞き、常に注意を払っている。					
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。	○	研修等で学んでいる。					
		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。	○	カンファレンスを通して、職員間で話し合い注意している。					
		c	家族等から拘束や施錠の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	○	要望があった場合には、きちんと説明し理解を得ている。					
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。	△	制度は聞いたことはあると思うが、理解できている職員は少ない。					
		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。	×	パンフレット等は準備できていない。					
		c	支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。	×	対象者がいない為、実施していない。今後、必要があれば連携を図りたい。					

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
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。	○	緊急時マニュアルを作成し周知している。				
		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。	△	その都度、看護師に指導してもらっている。				
		c	事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。	○	報告書を基に、再発防止にむけたカンファレンスを実施している。				
		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。	○	カンファレンスを通して話し合いを行っている。				
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。	○	マニュアルや苦情・相談フローチャートを作成し対応している。				
		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。	○	苦情が寄せられた場合には迅速に対応している。市への相談には至っていない。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	○	苦情があった場合には、速やかに話し合いを行い経過や結果を伝えている。				
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)	○	相談窓口を設置している。介護相談員の訪問等も活用させて頂いている。			△	運営推進会議に参加する1名の利用者は伝える機会があるが、その他の利用者は、伝える機会が少ない。年3回、介護相談員の訪問があり、意見が出れば話し合いの場を設けている。
		b	家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(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)	○	家族との意見交換会やご意見箱を設置し対応している。	○		△	運営推進会議に参加する1家族は伝える機会があるが、その他の家族は、伝える機会が少ない。
		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。	△	契約時のみの情報提供となっている。				
		d	代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。	△	頻繁ではないが、足を運んでいただき話を聞いてもらっている。				
		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。	○	面接時にじっくり話を聞くようにしている。利用者本位のサービスが提供できよう検討している。			○	年2回、面談を行い、個別に聴く機会を持っている。
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。	△	意義や目的は理解し、自己評価を行っているが、職員までは行っていない。				運営推進会議時に評価の取り組みについて、大まかに口頭で報告している。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		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。	○	課題については意識統一をはかり努力している。				
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	○	課題を明らかにし目標設定を行い、達成に向けて取り組んで切る。				
		d	評価結果と目標達成計画を市町、地域包括支援センター、運営推進会議メンバー、家族等に報告し、今後の取り組みのモニターをしてもらっている。	○	運営推進会議にて報告している。	○	△	△	
		e	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	○	運営推進会議にて報告し、取り組みについて話し合っている。				
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)	○	すべてのマニュアルを作成し周知している。				避難訓練を運営推進会議メンバーに見学してもらった。法人全体での避難訓練は実施しているが、地域住民と合同訓練は行っていない。立地条件なども踏まえて、地域との協力支援づくりに取り組んでほしい。アンケート結果なども参考にしたい。
		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。	○	職員数の少ない夜間帯での訓練に力をいれており、すべての職員が訓練を体験している。				
		d	消火設備や避難経路、保管している非常用食料・備品・物品類の点検等を定期的に行っている。	○	訓練時に確認するようにしている。				
		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。	○	消防署、法人内の事業所とは連携し協力体制ができています。	△	△	△	
		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、学生の職場体験等の際は、認知症への理解を深める講義を行っている。				「どうしたらよいか」と相談に来る人もあり、入居相談も含め、介護相談を受けているようだ。さらに、地域アンケート結果をもとに話し合い、取り組みを工夫してはどうか。
		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。	○	相談があった場合には丁寧な対応を心掛けている。		×	○	
		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)	×	解放できていない。				
		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。	○	ボランティアや学生等は受け入れている。				
		e	市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)	○	各機関との連携は図れている。			△	