

事業所の概要表

(平成 29 年 9 月 1 日現在)

事業所名	グループホーム おきた					
法人名	有限会社 おきた建築					
所在地	愛媛県伊予郡砥部町原町370番地1					
電話番号	089-962-3767					
FAX番号	089-962-3767					
HPアドレス	なし					
開設年月日	平成 15 年 3 月 28 日					
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 (2) 階建て (1~2) 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	1 ユニット		利用定員数 9 人			
利用者人数	9 名 (男性 1 人 女性 8 人)					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	0 名	要介護2	3 名
	要介護3	1 名	要介護4	2 名	要介護5	3 名
職員の勤続年数	1年未満	1 人	1~3年未満	2 人	3~5年未満	4 人
	5~10年未満	人	10年以上	4 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 3 人			
	その他 (看護師、保健師、准看護師、ヘルパー2級)					
看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約)					
協力医療機関名	砥部病院、尾崎歯科					
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: 1 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	15000 ~ 18000 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	1,100 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	12,000 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: 回) 過去1年間				
広報紙等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 6 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 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)

- .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
- .家族との支え合い
- .地域との支え合い
- .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	平成29年9月19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)	9	(依頼数)	9
地域アンケート	(回答数)	5		

アンケート結果は加重平均で値を出し記号化しています。(= 1 ○ = 2 = 3 × = 4)

事業所記入

事業所番号	3873500593
事業所名	グループホーム おきた
(ユニット名)	
記入者(管理者)	
氏名	沖田 紀子
自己評価作成日	29 年 9 月 1 日

<p>【事業所理念】※事業所記入 私たちは、住み慣れた地域の中で家庭的な雰囲気のもと、そのらしさを大切に、穏やかに安心して暮らしが継続できるようにご家族とともに支援します。</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利用者個々の希望する外出が行える。ホーム内に閉じこもらないよう外気に触れる。……利用者様の病状悪化や職員の入れ替わりが数名あり、とても煩雑な1年で日々の業務をこなすのが精いっぱいであった。更に利用者様の重度化もあり気軽に外出ができない方が多くなった。過ごしやすい日にはウッドデッキで外気浴やお茶をすることができた。 ②職員個々のレベルアップを図り、事業所全体の質の向上につなげる。資格の取得に向け学習をする。……所内研修では、防犯対策、コンプライアンス、食中毒、インフルエンザ予防、ユマニチュード、介護事故について、身体拘束・高齢者虐待について、非常災害対策等をテーマに研修し様々な事を再確認できた。外部研修は3名が、座位崩れ・褥瘡予防、ストレス対策、高齢者福祉施設防火安全対策研修に参加できた。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 地区の祭りの準備など地域行事には、管理者を中心に、積極的に参加している。 6月には、近くの集会所で「認知症高齢者徘徊模擬訓練」があり、家族や職員が複数参加した。 玄関は掃除が行き届き、季節の花が飾られていた。入口から玄関までの庭は、季節を感じる花木がある。 遠方に住む家族から、自宅の庭の剪定についての依頼があったり、倒壊しそうな自宅について相談があり、対応したケースがある。</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。	○	入居時に希望や意向は確認している。また日々の生活の中でも本人の希望が聞かれた時はミーティングで共有するようしている。	◎		○	2年に1回、4月には利用者一人ひとりのアセスメントシートを見直している。
		b	把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。	○	ご家族様から情報をいただいたり、表情や様子からくみ取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。	◎	ご家族様と会話する事は多々あり、ケアプラン作成時等にも意向をお聞きしている。				
		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。	△	ミーティング時に思いや意向について話し、記録に残しているが、整理、共有化した記録になっていない。				
		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。	○	ミーティング時にご本人様やご家族様から聞かれた言葉を共有しあうことで意向の再確認をしている。				
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	◎	入居時に必ずアセスメントシートを元に聞き取りを行っている。			◎	入居時に本人や家族に、入居までの経緯や家族のごと、以前の職業や暮らし方、性格、趣味などについて聞き取り、アセスメントシートにまとめている。
		b	利用者一人ひとりの心身の状態や有する力(わかること・できること・できそうなど等)等の現状の把握に努めている。	◎	ご本人様やご家族様からお話を聞いたり、様子を観察する等して把握している。				
		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。	○	日々の関わりの中で聞かれた言葉や様子から把握する様にしている。				
		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)	○	不安な場面や、落ち着かない場面を把握し、その原因を探る様な関わりを行っている。ご本人様やご家族様から話をきいたり、様子を観察する等している。				
		e	利用者一人ひとりの一日の過ごし方や24時間の生活の流れ・リズム等、日々の変化や違いについて把握している。	◎	自由に自分のリズムで生活している方もおられる。重度の方は職員が生活リズムを作っているが、変化や違いには気が付けている。				
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。	○	日々の関わりで把握した意向や要望をミーティングで共有し、ご本人の気持ちになり考えるよう努めている。			○	月1回のミーティング時に話し合っている。
		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。	○	月1回のミーティングで一人ひとり、より良く暮らしていただけのような意見を出し合い検討している。				
		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。	○	明らかにした課題をケアプランに盛り込んでいる。				
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。	○	ご本人の意向や要望に基づいてケアプランを作成する様にしているが、意思表示の出来ない方もおられ反映が難しい事もある。				
		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。	○	ミーティングで話し合いを持ち、またご家族様にも意見や意向を求めるとし、ケアプランを作成している。	◎		○	利用者と家族の希望を聞き取りした内容を介護計画書に記入し、計画に反映している。
		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。	△	慣れ親しんだ暮らし方でホームが出来る事に関して盛り込む様努力しているが、できる事を見つけるのが中々難しい。				
		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。	○	ケアプランの内容により必要な場合には、ご家族様の協力も盛り込む事はある。				
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。	◎	個人のケース記録にファイルしいつでも確認できる様にしている。			◎	ケース記録の裏表紙に一人ひとりの介護計画の内容を貼り共有している。
		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。	○	ケアプラン内容を実施出来たときはケース記録対応欄にP1,P2等記載するようになっている。			○	介護計画内容の記録には、P1などと記号を入れてか記録している。ケース記録で現状確認を行っている。
		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。	◎	特別変化がない日は具体的な事まで記入していないが、普段と違う時はケース記録に詳細に記録出来る。			◎	利用者の言葉や会話は、カギカッコ書きで記入している。
		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。	○	気づきや、行った事等、変化があった時はケース記録対応欄に記載している。			○	ケース記録に記入すると共に、業務日誌や申し送りノートにも記入している。

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て見直しを行っている。	◎	ミーティングで毎月モニタリングし3ヶ月毎に評価、立案している。途中、状態変化があった時はケアプランを立案し直している。			○	3ヶ月毎に見直しを行っている。管理者が期間を確認し、見直しを忘れないようにしている。	
		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。	◎	毎月ミーティングで確認している。			○	月1回のミーティング時に職員全員で話し合い現状確認を行っている。その結果は、ミーティング記録に残している。	
		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。	○	変化があった時は、リーダー職員や受け持ち職員で検討見直しを行っている。作成した新しいケアプランは家族様の意見、要望を必ず伺っている。			○	退院後など、本人の心身状態に変化があった場合は、プランを再作成している。	
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。	◎	月1回のミーティングで利用者様1人ひとりについて話し合いを行っている。			○	月1回のミーティングは、事前に議題を決めて話し合いを行っている。緊急案件があれば、その都度話し合いの場を持ち、申し送りノートに内容を記入している。	
		b	会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。	○	受け持ち担当の職員は、利用者様について今月の様子をコメントする事になっているが、その後は決まったスタッフが発言する事が多い。					
		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。	○	平日午後15時～17時過ぎの業務中に開催しているが、途中ケアで抜ける職員もある。会議録等で再確認できるようにしている。					
		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。	◎	ミーティングの会議録を早急に作成し伝達できるようにしている。更に、大事な事柄は管理者やリーダーが口頭で伝えたり、申し送りノートに記載して伝える様になっている。			◎	ミーティングの議事録、申し送りノート、業務日誌で伝え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、日誌等に記録し、更に口頭でも申し送る事で共有している。			◎	申し送りノートやグループホーム日誌で情報伝達しており、確認した人はサインするしくみをつくっている。また、必要に応じて、口頭でも繰り返し申し送っている。	
		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、日誌、ケース記録、ホワイトボード等で情報伝達を行い職員全体に周知している。	◎				
(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。	△	毎日したい事を確認していないが、日々の暮らしの中で意向が聞かれた時は可能な限り対応する様にしている。					
		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)	△	意図的に機会や場面はあまり作っていない。選択する場面がある時には確認するようにしているが意思表示できる方に限られる。			△	更衣時の衣類について「どうですか」と尋ねることはあるが、職員によって差があり、機会は少なになっている。	
		c	利用者が思いや希望を表現す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。	○	利用者様のわかる力に応じて、声掛けを行い、どう過ごしたいか確認している。					
		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)	△	入浴や食事の時間等は職員の業務に合わせてしまっている。入浴の長さや温度等は利用者様個々の希望に沿って実施している。就寝時間や起床時間、お昼寝等は利用者様個々の時間で対応できている。					
		e	利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	常に優しい言葉かけを行い、楽しい雰囲気になるよう気を付けている。レクやおやつ後のおしゃべりでは、利用者様同士や職員と笑顔で会話する場面も多々ある。				○	
		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。	○	ご家族様からお話を聞いたり、表情やうしろ、様子等を観察し利用者様にとって心地よい生活になる様努めている。					○
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。	○	利用者様と距離が近い関係にあり、親しすぎる声掛けになる時もある。常に尊敬と敬意の念を持ち接するよう所内研修で話している。	◎	◎	◎	法人代表者が、新人職員に事業所の「倫理要項」について説明している。また、法人代表者や管理者は、ミーティング時に、職場のルールや倫理要項に記載されている内容について話している。居間の壁面に倫理要項を掲示している。	
		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。	○	排泄の声掛けは、配慮しながら行っている。排泄の失敗があってもさりげなく交換したり、着替えをスムーズに行う等出来ている。			○	8月には、プライバシーに関する社内研修を実施している。	
		c	職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。	○	羞恥心やプライバシーになるべく配慮し、露出が少なくなるよう介助している。				○	服薬介助を行う前、本人が座り直してから飲むことができるように、さりげなく声をかけていた。
		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。	○	居室に利用者様がおられる際には必ず声掛けをしてから入室している。				○	職員は、利用者の居室に入る際、本人に「失礼します」と声をかけていた。
		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。	◎	職員が利用者様やご家族様に関する知り得た個人情報は、決して漏えいしない様常に話している。					
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者に向けても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。	○	ホーム内のお手伝いをさせていただく事もあり、感謝やねぎらいの言葉を必ず掛けている。					
		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。	◎	職員は理解できている。					
		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)	○	利用者様同士も良好な関係が構築できるような食卓の場所に配慮したり、トラブルになりそうな時は職員が間に入る等良い関係が作れるようにしている。				○	居間の席順は、気の合う同士など、職員が配慮している。昼食時、ぶどうを残している人に、「これおいしいよ」と声をかけたり、手拭き用のウェットティッシュを配ったりする利用者の様子を職員は見守っていた。
		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。	○	トラブル解決に努め、利用者様が嫌な思いをされない様努力している。					

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。	◎	入居時に必ず聞き取りを行い把握している。				/
		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。	○	地域との関係や馴染みの場所についても聞き取りを行っている。				
		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。	◎	ご家族様に馴染みの方や友人に、ホーム入居をお知らせして面会していただくよう話している。				
		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。	◎	面会後には、また来訪していただけるよう声掛けを行っている。				
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)	×	外出支援は出来ていない。気候の良い時はウッドデッキで外気浴する等はしている。	△	○	×	重度化に伴い、利用者が外出する機会が減っている。本人から自宅に帰ることや墓参り、買い物の希望があれば、家族に協力を依頼している。 気候がよい時期には、ウッドデッキでお茶を飲むこともあるが、機会は少ない。
		b	地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力が得ながら、外出支援をすすめている。	×	ボランティアの協力は無い。				
		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。	×	ほとんど出来ていないが、気候の良い時はウッドデッキで外気浴する事もある。			△	
		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。	△	あまり外出の希望は聞かれない。職員付添いで遠方への外出は難しい為、希望が聞かれればご家族様に相談し協力を得て外出できるような支援はできる。				
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つき、取り除くケアを行っている。	○	利用者様の健康状態や言動を注意深く観察することで、行動、心理症状を把握するよう努めている。				昼食時、職員がスプーンに食べ物を乗せると、自分でゆっくり口まで運び、食事する利用者の様子がみられた。
		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。	○	現在出来ている事をなるべく継続して行っている。				
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場づくり、環境づくり等)	○	出来そうな事は、可能な限り見守りを行い、なるべく自分でしていただく様にしているが、時には業務に追われる事もあり職員がしてしまう場面もある。		○	○	
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。	○	入居時にこれまでの生活歴、習慣、趣味、好きな事等についてご家族様やご本人様から聞き取りを行い把握するよう努めている。				洗濯物を畳んだり、資源ゴミに出す箱を細かくちぎるなど、利用者の役割をつくっている。 花見や年末の餅つき大会など、家族や地域の人も参加する行事や敬老会を公民館で行うなど、楽しみごとの機会を作っている。
		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すように、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。	△	利用者様それぞれの状況に合わせ、お手伝いやレクリエーションを楽しんでもらっているが、重度の方への支援がなかなか出来ていない。	○	◎	○	
		c	地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。	×	地域の方が面会に来られ、楽しくお話をされたりはするが、地域の中での役割は担えていない。				
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。	○	男性は毎日髭剃りをする。理美容の手配や爪切り等身だしなみを整えるよう支援している。また利用者様の好みを把握し、職員が洋服を購入して着る事もありおしゃれに気を配っている。				職員は、食事介助しながら食べこぼしをさりげなくティッシュで拭くなどの場面がみられた。 衣服は清潔にしていた。
		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に整えられるように支援している。	○	ご本人の好みや希望の把握に努め、おしゃれや好みの服装が出来るよう支援している。				
		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。	○	ご本人の気持ちをくみ取り、おしゃれにすぐせるようアドバイスや支援をしている。				
		d	外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。	○	季節に合わせて衣替えを行い、ご家族様にも持ち込みや購入をお願いする事もあり、しっかり支援できている。				
		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)	○	男性は毎日髭剃りをしている。起床時のモーニングケアや食後の口腔ケアをしっかりと行って清潔にしている。	◎	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるよう努めている。	○	必ず希望の理美容店があるか確認している。ある方は希望の所を利用するが、現在おられる利用者様は希望される所がなく、全員ホームに訪問してくれる美容師さんにカットしていただいている。				
		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。	○	重度で意思表示がない方でも、ご家族様の希望を聞いたり、似合う洋服を選んで購入する等お元氣だった頃のセンスを崩さない様にしている。			○	

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	
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。	○	食事を口から食べる大切さは、しっかり理解できている。常に利用者様においく召し上がっていただけるよう工夫や配慮をしている。				調査訪問時には、利用者が食事前後に、テーブル拭きを行う様子がみられたが、買い物や献立づくり、調理、後片付けは職員が行っている。 苦手なものも、できるだけ食べられるように、食材の切り方や味付けを工夫している。 調査訪問日は、昼食に、さんまやいもたきをメニューに採り入れており、利用者同士で「いもたきの季節ね」と会話する場面があった。 箸と湯呑は自分専用のものを使っている。 利用者の食事中、職員はサポートに専念し、できる部分は自分で行えるように待っているような場面がみられた。 職員は、利用者の食事後に、持参したお弁当を食べている。 寒たきりの人は、居室で食事をしており、食べやすい形態など配慮しているが、食事が待ち遠しくなるような雰囲気づくりという点からは、感じにくい環境にある。	
		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。	×	利用者様の重度化により買い物、食材選び、調理は職員が行っている。献立については利用者様に食べたい物を聞く事もある。後片付けは出来る方にしていただく事もあったが、現在出来る方はおられず、食べたい物を聞きながら、テーブルを布きんで拭く程度はしている。			×		
		c	利用者とともに買い物、調理、盛り付け、後片付けをする等を行うことで、利用者の力の発揮、自信、達成感につなげている。	×	以前は食材の刻み、血洗い、食器拭き、盛り付け等できる利用者様もおられたが現在は出来る方がおられない。					
		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。	◎	入居時にアレルギーの有無、嫌いな食べ物、好きな食べ物については必ず聞きアセスメントシートに記載している。また、生活の中で聞かれた時はケース記録に記載している。					
		e	献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔ながらの味を取り入れている。	○	ホーム畑で採れた野菜や、旬の食材を常に取り入れ食卓につけている。嫌いな食材は除いたり、代替えのおかずを作り対応することもある。					○
		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、いどりや器の工夫等)	◎	食事の様子、口の中に残っている残渣、嚥下の状態等丁寧に観察し、刻み食やミキサー食、トロミ剤の使用について常に気を配っている。また、義歯のかみ合わせや不具合にも急ぎ対応し、歯科受診等の手続を行っている。					
		g	茶碗や湯飲み、箸等は使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。	○	入居時に湯呑とお箸は持参していただいている。茶碗に関してはご飯の量を調節する場合もありホームの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。	×	現在、食事介助の方が多く職員と一緒に食事をしていないが、同じテーブルについて介助しながらお皿の並べかえや、声掛けを行いスムーズに食事がとれるよう支援している。					△
		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。	○	ホーム台所で毎食調理している為、におい等はリビングで感じられる。重度の方へは介助しながら食事内容などの説明や声掛けをし、楽しい食事の時間となる様心掛けている。		◎			△
		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日を通して確保できるようにしている。	◎	毎日の飲水量、食事は記録に残している。体重の増減や糖尿の方は血糖値等も考慮し、ミーティングでその方にあつた量を検討しご飯の量を調節している。					
		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。	◎	脱水にはお茶以外に、スポーツリンクを飲んでいただいたり、夜間にも飲水をこまめに勧めたりしている。低栄養に関しては、主治医に相談し、半消化性栄養剤等も利用したり、食事以外の確食やおやつを多めに提供している。					
		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。	○	栄養士の配置はないが、献立について職員同士話あったり、数日間のメニューを振り返る等し偏りがないよう気を付けている。					○
		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。	◎	調理器具や布きんのハイター消毒等、日常的に実施している。調理担当は他のケアに当たる時エプロンを交換したり、所内研修でも毎年食中毒について学んでいる。					
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。	◎	理解できており、毎食後と寝る前の口腔ケアは丁寧に行っている。				口腔ケア時に目視しており、異常を発見することがある。 毎食後、口腔ケアを行えるように誘導して支援を行っている。 重度の人は、ベッド上で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。	◎	口腔ケア時や義歯の出し入れ介助の際、口腔内の観察ができています。口腔内にトラブルがあった時は、歯科受診の手配等早急に対応できている。			○		
		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。	△	訪問診療の歯科医師や歯科衛生士に疑問な事は質問するようにしているが、口腔ケアに関する研修等は受けていない。					
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	眠前には義歯を掃除し、洗浄液につける等の支援をしている。					
		e	利用者の方を引き出ししながら、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)	◎	自分で歯を磨ける方にはブラッシングしていただき、出来ない方は職員が介助している。口腔ケア時には残歯からの出血や歯茎の腫れ、舌の汚れをチェック出来ている。また、普段から口臭がないか確認できている。					◎
		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。	◎	常に早急な対応が行っている。					

項目 No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	利用者様の自尊心やプライドを傷つけないよう、さりげない介助を行う事は理解できている。また、排泄の状態をしっかり観察し適切な紙パンツの利用が行われている。				おむつのサイズについて変更してはどうか」という職員の見解をもとに、ミーティングで話し合い変更したケースがある。
		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。	○	便秘により食欲低下や精神的な不穏につながる等理解できている。便秘の原因についても常に考えるようにしている。				
		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)	○	不規則で把握できにく方もおられ、難しい事もある。				
		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。	○	利用者様の排泄状況、トイレへの移乗動作等をしっかり把握し、オムツの種類を使い分けやこまめな交換を行い清潔にすごしていただくよう努めている。	◎	◎		
		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。	○	排泄の状況は記録に残しており、振り返りや現状把握を行なっている。				
		f	排泄の失敗を防ぐため、個々のパターンや兆候に合わせて早めの声かけや誘導を行っている。	◎	起床時、おやつ前、食事前、寝る前には必ずトイレへの声掛けを行い、失敗が少なくなるよう支援している。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方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。	×	家族や本人とは話合って選択はしていない。職員が排泄の状態を把握し、種類やサイズを選択している。				
		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。	◎	日中は下着、夜間は安眠の為にパッド着用を希望される方がおられ、使い分けできている。				
		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)	△	牛乳や、ヨーグルト、食物繊維の多い食材等を提供したり、腹部のマッサージを行う等しているが、薬に頼る事は多い。				
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)。	×	曜日や時間は職員の都合に合わせている。現在は週2回、午前中の中入浴。入浴の長さや湯温は個人の希望に添って実施している。	◎		△	週2回以上入浴できるように支援している。入浴を嫌がる人には、時間帯を替えて声かけに対応している。寝たきりの人は、事業所内の浴室での入浴ができないため、家族の希望で、週1回の訪問入浴サービスを利用している。職員の都合での支援になりがちのようだが、利用者の希望や習慣に沿った支援という点からケアについて検討してはどうか。
		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。	◎	職員がマンツーマンで介助しているので安心して入浴していただいている。				
		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。	○	職員が1人必ず付き添い入浴している。ご本人様で洗える所は洗っていただき、出来ない所、不十分な所を介助している。				
		d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。	◎	現在拒まれる方はおられないが、その様な場合には午前入浴の時間とは関係なく、その方のタイミングや様子を見て入浴を促していた。				
		e	入浴前には、その日の健康状態を確認し、入浴の可否を見極めるとともに、入浴後の状態も確認している。	◎	バイタルサイン、ご本人様からの体調の聞き取りを通して入浴可能か判断している。入浴後もスポーツドリンクを必ず飲んでいただき変わりがないか様子を見ている。				
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。	◎	夜勤職員のケース記録等から睡眠の状況は把握する事ができる。				現在、半数以上の利用者が睡眠導入剤などを服用している。この一年間では、医師に相談しながら、昼間はできるだけ居間で過ごすよう支援し、減薬したケースがある。
		b	夜眠れない利用者についてはその原因を探り、その人本来のリズムを取り戻せるよう1日の生活リズムを整える工夫や取り組みを行っている。	○	日中は起きて過ごし、夜間の排泄状況を整える等して、夜ぐっすり眠ることができる様支援している。				
		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。	○	睡眠状態、夜間の排泄状態、日中の活動などについて把握し改善を図るが、色々検討しても改善が見られない場合は、主治医に相談して薬剤の導入に至る事もある。				
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	○	昼食後にお昼寝をされる方がおられる。車イスの方も午前、午後と体を横にして休息出来るようにしている。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	○	希望されれば電話を掛けたり、手紙を書くなどの支援はできる。				写真入りのはがき等は、お部屋に飾っている。
		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。	○	希望があれば支援できる。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	◎	遠方のご家族様から電話がかかってくる事もあり、会話を楽しんでいただいている。				
		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。	○	写真入りのはがき等は、お部屋に飾っている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力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。	○	利用者様から電話の希望があるときは、ご家族様にも対応をお願いするなど、声掛けを行っている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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を受診できるよう支援している。	◎	協力医療機関はあるが希望される病院にいつでも受診できるよう支援することができる。	◎			
		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。	◎	ご家族様やご本人様の意向に添い、納得をされたかかりつけ医で適切な医療を受けている。				
		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。	◎	往診の内容はケアプラン特記事項欄に記載している。それ以外の受診は、受診の度にご家族様へ電話やショートメール等を利用して報告を行っている。				
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。	◎	入院の際は詳細な介護サマリーを作成し病院に申し送っている。				
		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。	◎	協力医療機関への入院は、主治医や病棟病長と情報交換を行っている。その他の医療機関ではご家族様を通して情報把握に努めている。				
		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。	◎	協力医療機関とは日頃から十分関係がとれている。				
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。	◎	異常があればすぐホーム看護師に報告、相談できている。看護師の判断のもと医療機関の受診を検討したり、医療機関へ相談する等対応できている。				
		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。	◎	ホーム看護師は24時間いつでも相談できる体制にある。				
		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。	◎	職員が気づいた状態の変化は看護師がすぐ対応しており、早期の受診や治療につながっている。				
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。	△	利用者様個々のファイルに薬の一覧表をファイルしすぐ確認できるようにしている。薬について、よく理解できている職員もいるが理解が乏しい職員もいる。				
		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。	○	薬を渡す時は薬包の氏名・時間を必ず声にだして確認し誤薬を防いでいる。また口の中に薬が残っていないかも確認している。				
		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。	○	新しい薬が処方された時には、申し送りを必ず行い副作用の出現に注意をはらっている。				
		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。	○	ご本人様の体調やバイタルサイン、排泄状況等からお薬に関して主治医に相談を行う事は多々ある。				
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。	◎	入居時には重度化の指針について説明しているが、看取りや終末期については状態変化により話し合いを持つようになっている。				入居時、看取りの指針に沿い、本人・家族に説明を行っている。 近年、事業所内で看取りを支援したケースはない。事業所は、「家族の協力を得られる場合は看取り支援を行いたい」という考えがある。 利用者の意向などを探ってはどうか。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけではなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。	○	重度化している方はおられるが、終末期の状態ではない為、まだそのような段階に至っていない。状態悪化するような事があればかかりつけ医、ご家族様で面談を行い方針を共有する予定である。	○	△		
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々の職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	ホームで終末期の対応が可能か、その時その時で見極めをする様になっている。				
		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。	○	ホームができる事、出来ない事、ご家族様の協力が必要な事等、看取りの際には十分な説明を行い理解を得るようにしている。				
		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。	○	終末期の方はおられないが日頃から協力医療機関とは連携がとれ、どの方も安心して医療を受けられており、今後の変化にも対応できる。				
		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)	○	ご家族様の気持ちに寄り添い、共に支え合いながら利用者様をケアできるよう努めている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、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。	◎	所内研修で毎年研修を行っている。				
		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。	△	予防接種、口腔ケアや手洗い、マスクの着用、加湿器の使用等、日頃から感染症を予防し、感染症対策マニュアルも作成しているが、感染症発生時の訓練までは行っていない。				
		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。	○	インフルエンザや、その他感染症の流行状況は協力医療機関やニュース、インターネット等で情報を得ている。				
		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。	○	地域の感染症発生状況を敏感に把握し、面会者のマスク着用や、手指のアルコール消毒等随時対応できている。				
		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。	○	職員本人が体調不良や、家族が感染症を発生した場合は必ず休むようになっている。流行時期はホーム内でもマスクの着用や手洗いうがい、手すりやドアノブの消毒等も入念に行っている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
II. 家族との支え合い									
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。	◎	入居されてもご家族様の協力が必要である事はお伝えしている。利用者様を共に支える関係にある。				手紙で行事予定を知らせ案内している。さらに、来訪時には参加を呼びかけている。 普段の様子をメールやSNSで送ることもある。9月の敬老会のお祝いの様子の動画をSNSで、遠方の家族に報告したケースがある。キーパーソン以外の家族にも行事参加の連絡を行ない、参加を得ている。 2ヶ月に1回、系列グループホームと合同で便りを発行し、行事の様子や、普段の暮らしの様子、運営推進会議の様子などを報告している。 家族が気軽に言い出せるように、来訪時やメール、SNSで報告や連絡を行っている。 高齢の家族の来訪を考慮して、居室入りの段差解消を行った。
		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。(茶や甘い雰囲気、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)	○	ご家族様には気軽に面会していただくよう話している。ご面会時は個室でゆっくり話をしている。				
		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)	○	運営推進会議のお花見や敬老会、もちつきなどご家族様に案内を差し上げている。	◎			
		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)	○	2か月毎におきたとへ通信を送付しホームの様子をお知らせしている。訪問の少ないご家族様や遠方のご家族様には個別にショートメール、LINE、電話、お手紙などで状況をお知らせしている。	◎	◎		
		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。	×	ホーム側からの情報提供になる事が多く、ご家族様が知りたいこと、不安に感じている事を把握しきれていない。				
		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)	○	今まで以上にご家族様と利用者様がより良い関係を築けるよう、利用者様から聞かれたご家族様への思いや希望をお伝えしている。				
		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、退職、その他ホームからのお知らせに関しては、お手紙で報告し、更に面会時にも口頭で伝え、理解や協力を得ている。	◎	◎		
		h	家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)	○	運営推進会議でご家族様同士が会話される事もあり交流が図れている。				
		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したい対応策を話し合っている。	○	ご家族様へは、ホーム生活でも起こり得る転倒や感染等のリスクについて分かりやすく説明している。				
		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行っている。	○	ケアプラン説明時には必ず意見や要望はないか尋ねている。また、いつでも希望や要望を気軽に伝えて欲しいと話している。				
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。	◎	契約時には重要事項説明書を読み合わせし、契約内容に対し詳しく説明を行い、理解を得られている。				
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	退居の際にも、利用者への支援が途切れないよう責任ある対応を心掛けている。				
		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)	◎	利用料金についても詳しく説明を行い同意を得られている。				
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。	○	平成15年の開設当初からご近所の方には、十分ご理解をいただいている。		◎		地区の祭りの準備など地域行事には、管理者を中心に積極的に参加している。 6月には、近くの集会所で「認知症高齢者徘徊模擬訓練」があり、家族や職員が複数参加した。
		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)	○	管理者の地元であり地域とのつながりは強い。運営推進会議には地域の方も参加していただきホームの活動に協力していただいている。		◎		
		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。	○	少しずつではあるが増えていると感じる。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	ご近所に友人がおられる方は面会に来られることがある。気軽に近所の誰でも、立ち寄りするまでにはなっていない。				
		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、日常のおつきあいをしている。	△	隣の方からは窓越しに果物をいただくこともある。ご近所の方が立ち寄る事は少ないが、あいさつを交わしたりしている。				
		f	近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)	△	地域の方には運営推進会議に参加してもらい、イベントの際、色々なお手伝いもしていただいている。				
		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。	×	社会資源の把握は不十分である。				
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力ができるよう、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)。	×	消防や他ホームとは協力が得られるような関係にあるが、他の施設や諸機関との関係性は薄い。				

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組み	a	運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。	○	利用者様の参加はお花見、敬老会、もちつき等のイベントのみである。ご家族様や地域の方、役場には参加していただいている。	◎		○	会議には、町内会長、民生委員、町議会議員、近所の人、家族が参加している。利用者は、行事と併せる会には参加している。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実績、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。	○	毎年2月の運営推進会議で報告している。			○	外部評価結果について報告している。不参加の家族には、評価表と目標達成計画を郵送している。	
		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。	△	運営推進会議で質問をされる事はありますが、意見や提案をいただく事がほとんどない。ホームがより良く活動していける為に様々な意見をいただけるよう声掛けを行いたい。			◎	△	家族や地域の人からの意見はほとんど出ないようだ。今後は、参加者から意見や提案が出しやすいような会議のすずめ方に工夫してみてもどうか。
		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。	○	イベント時と評価への取り組み報告以外の運営推進会議では、10月に救命講習、6月には南ヶ丘北地区で行われた認知症高齢者路上声掛け体験に運営推進会議で参加した。			◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	○	不参加のご家族様には運営推進会議報告書を送付している。					
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。	◎	理念は共有スペースに掲げ、常に意識しながらケアにあたっている。					
		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。	◎	2か月毎に発行しているおきた砥辺通信に必ず理念を記載し、お伝えしている。		○	◎		
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。	△	所内研修では様々なテーマで研修できているが、所外研修への参加は少ない。					
		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。	○	様々なテーマで所内研修を実施している。資格取得等は個人のレベルでスキルアップに取り組んでいる。					
		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。	△	代表者ができる事は努力しているが、全ての希望に添う事は難しい部分も多い。					
		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)	○	管理者やケアマネジャーは同業者とのネットワークや勉強会があるが、職員の交流はない。					
		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。	○	聞かれた希望に添い、環境改善に取り組んでいる。	◎	◎	○		年2~3回、忘年会など職員全体で会食を行っている。管理者は、職員が話しやすいように、夜勤時などを捉えて話す時間をつくっている。メールを使用してやり取りすることもある。
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。	○	所内研修で高齢者虐待防止法について学んでいる。不適切なケアの見逃しが無いよう虐待防止に努めている。					
		b	管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。	◎	利用者様への声掛けやケアの方法等、日々の業務時やミーティングと一緒に振り返ることができている。					
		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。	○	不適切なケアは管理者やケアマネジャーに相談し、職員同士で見逃さないようにしている。			○		不適切なケア・言動が見られた場合は、上司に報告する手順になっていることを職員は知っている。
		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。	○	職員の話や個別で聞いたり、ストレスが蓄積しないようシフトを工夫する等、配慮している。					
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。	△	所内研修で身体拘束について学んでいるが、全ての職員が正しく理解できているとは言えない。					
		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。	○	所内研修で身体拘束について学んでいる。利用者様個々のケースにあてはめながら点検している。					
		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な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	○	緊急やむを得ない場合以外の施設は行っていない。					
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。	△	管理者やケアマネジャーは制度について理解しており相談に乗ることができる。職員の理解は十分でない。					
		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、ハイン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。	○	いつでも状況に応じて相談に乗れる体制にある。					
		c	支援が必要な利用者が制度を利用できるように、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。	○	いつでも関係機関を紹介できる体制にある。					

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。	◎	救急時のマニュアルは作成し、所内研修で周知している。					
		b	全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	△	初期対応や応急手当について年1回所内研修を行っているが、職員個々の力量に差がある。					
		c	事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手前事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。	◎	ヒヤリハット事例はヒヤリハットノートに記載し、その月のミーティングでも話し合い再発を防止している。事故発生時には役場へ報告できている。					
		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。	◎	ミーティングでリスクについては常に検討し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は作成しているが、管理者やケアマネジャーが対応しており職員の理解は不十分である。					
		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。	○	苦情はなかったが、あれば速やかに対応し役場へも相談したい。					
		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。	○	苦情はなかったが、あれば速やかに対応案や結果を誠意を持ってお伝えし良好な関係づくりに努めたい。					
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)	○	個別で会話を多く持ち、意見や要望、苦情を言い出しやすい雰囲気や環境作りをしている。			○	会議形式の運営推進会議には参加していない。日常の中で、利用者から後勤者のケアの違いについての意見があり、対応したケースがある。	
		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)	◎	運営推進会議や面会時、ケアプランの更新時等、ご家族様と話をすることは多々あり、意見や要望、困り事はなく尋ねている。	◎		△	運営推進会議に参加する家族は伝える機会がある。その他の家族については、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。	◎	入居時に重要事項説明書にて延町町役場と国民健康保険団体連合会の窓口を紹介している。					
		d	代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。	○	職員と話す機会は多々あり、要望や意見は聞いている。実施できる事は出来る限り希望に添うようしている。					
		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。	○	就業時間中やミーティング時に意見や提案を聞き、利用者様本位のケアについて共に考え検討したり悩みを聞くなどしている。				○	月1回のミーティング時に意見などを聞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。	○	全員が記入し毎年自己評価に取り組んでいるが、スタッフ1人1人の力量に差がある。					
		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。	○	職員個人が自分のしているケアを振り返ることは出来ていると感じる。					
		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。	△	今年度は利用者様の重度化やスタッフ不足で目標達成計画を実施することがとても困難であった。					
		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。	△	毎年2月の運営推進会議で自己評価、目標達成計画について報告しているが、モニターするまでには至っていない。		○	○	△	2月の運営推進会議時に、評価結果と目標達成計画について報告しているが、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。	○	取り組みについては運営推進会議で報告している。					
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)	◎	昨年末大規模災害を想定したマニュアルを作成した。8月の所内研修にて周知した。					
		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。	◎	火災や地震の避難訓練は毎年実施できている。風水害についても今年度中に実施予定である。					
		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。	○	消防設備は年2回点検、うち1回は消防へも報告を行っている。非常用食料についてもリストを作成し管理している。懐中電灯等の備品は備えているが定期的な点検まではしていない。					
		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。	○	10月の運営推進会議では消防避難訓練を実施予定である。避難訓練には毎回消防の方にも参加してもらいアドバイスをいただいている。訓練は実施しているが、支援体制の確立までには至っていない。		○	○	○	事業所の防災計画を家族に郵送している。年2回、地域の人や家族の参加を得て防災訓練を実施している。
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	△	伊予消防署で実施された消防講習には参加し色々学びがあったが、地域の災害対策には取り組めていない。					

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)	×	地域に向けての情報発信や啓蒙活動は全く行っていない。				地域の人との何気ない会話から、介護に関する相談を受けることがある。 地域行事への参加は積極的に行っているが、今後、地域のケア拠点としての機能という観点から、協働した地域活動にも取り組んでほしい。
		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。	○	地域の方からご相談を受ける事は多々ある。地域包括支援センターへつなげることもある。		○	○	
		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)	×	地域の方が集う場所として開放や活用はしていない。				
		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。	×	ボランティアの希望があれば受け入れは可能であるが養成はしていない。研修の実習受け入れもスタッフ配置に余裕がなく困難である。				
		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)	○	砥部町介護支援員等研修会にも参加したり、6月には南ヶ丘北地区の認知症高齢者声掛け体験にも参加した。町内の関係機関とは良好な関係が保てている。			△	