

(別表第1)

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

I.その人らしい暮らしを支える

(1)ケアマネジメント

(2)日々の支援

(3)生活環境づくり

(4)健康を維持するための支援

II.家族との支え合い

III.地域との支え合い

IV.より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー
“愛媛県地域密着型サービス評価”

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

評価機関名	社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会
所在地	愛媛県松山市持田町三丁目8番15号
訪問調査日	平成31年1月29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) 15名	(依頼数) 18名
地域アンケート回答数	7名	

※事業所記入

事業所番号	3873600450
事業所名	グループホームあまご
(ユニット名)	どじょっこ
記入者(管理者)	
氏 名	藤澤邦哉
自己評価作成日	平成31年1月14日

【事業所理念】 一、何事も決して急がず、利用者のペースに合わせて行動します。 二、常時、会話に心掛け、利用者が安心して生活できる環境作りに努めます。 三、地域の人とのふれあいを大切にします。	【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】 前回は目標達成計画なし。	【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 JR五十崎駅から山間に6km入った自然豊かなところに立地し、脇には清流小田川が流れ、川のせせらぎや鳥のさえずりがあり心地良い環境である。日常生活においては、利用者の意向や考え方、希望などを丁寧に伺い、アセスメントを改訂・共有しながら、一人ひとりが気持ち良く生活が送れるようにサービスを提供している。管理者や職員の居住地域であるために、地域とは密接に関わっており、協力関係を構築している。介護や認知症の研修を積極的に実施し、職員は認知症を特別なものとせず、一種の個性と捉えて自然に接するようにケアにあたり、利用者や家族、職員みんなで共に暮らすイメージで運営している。事業所の隣に主治医が居住しており、何かあれば直ぐに対応が可能で、家族や職員と連携をとり、利用者が尊厳を保ちながら最期を迎えられる看取り介護を行っている。
--	--	--

評価結果表

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。	○	本人様との会話で直接把握したり家族様との会話、本人様の表情や行動により把握に努めている。	◎		○	原則利用者本人に確認している。会話などの発言を記録すると共に、家族にも聞いて確認している。重度の方など意向の把握が難しい利用者の意向も汲めるように情報収集し、フェイスシートやアセスメントシートに反映させている。
		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。	○	会話の工夫や五感を使った把握、会議やその都度本人様の気持ちはどうか、それでよいのかと検討を行う習慣にしている。				
		c	職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。	○	アセスメントでは、家族様にも協力して頂いている。入所後も本人様と関わりある方からの情報を得ることが出来ている。				
		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。	○	センター方式を使って整理している。その都度、ユニット職員で回覧している。				
		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。	○	まずは、本人様の判断を尊重するようにしている。会話や行動や表情から読み取るように気を付けている。				
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。	○	入所前に本人様や家族様から伺うことにしている。入所後も新たな情報を得ることに努めている。			○	入居の際にセンター方式のアセスメントシートを家族に依頼し、分かる範囲で記入してもらっている。その上でスタッフが利用者や家族から得た情報を追記しながらニーズ把握に努めている。また、認知症の周辺症状が顕著に表れている利用者については24時間シートを利用し、場面や頻度、程度を可視化して評価できるようにしている。
		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・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。	○	センター方式のD1、2で状態の把握に努めている。また、急変時や長期入院後の時にも必要に応じて把握するようにしている。日々のケアの中では、まず出来る、分かるを前提に行いどの部分が出来なかつたり分からないのかを把握することになっている。				
		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。	○	外出や入浴、食事や便秘、特定の人間関係等普段からの観察で一人一人にある特性を把握している。強いBPSDの時は24時間シートを活用することもある。				
		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)	○	BPSDの二次的要因についてはどれが当てはまるのかその時その時や会議などで把握するように努めている。				
		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。	○	日課計画書で一人一人の生活リズムを把握している。経過観察記録により違いがあれば申し送りを行い把握に努めている。				
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。	○	本人様に直接ニーズを伺う取り組みを行いそれを実現するためにカンファレンスで検討している。			◎	利用者ごとの担当職員が資料を作成し、3か月に1回はケアカンファレンスで検討している。この場では「できること」「できないこと」の共有が行われる。日々の細かい変化については当日の出勤者で検討し、申し送りノートを活用し共有するようにしている。利用者側からの申し出も、その都度対応し、共有している。
		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。	○	自分たちが本人様のために思って支援を行っても本人様の意向に合わない時は違う支援の方法を検討している。				
		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。	○	まずは、実践を行いそこから評価を行い課題の抽出、解決のための計画そして実践を繰り返している。				

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
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。	○	サービス内容を細かく具体的に立案して反映できるようにしている。実現に合理性がない場合でも最大限配慮を行っている。	/	/	/	利用者や家族、医師、看護師、理学療法士、介護スタッフなどの多様な意見を聞いた上で計画作成するように努めている。ケアカンファレンスに主治医が参加して、褥瘡等の経過について説明することもある。家族が高齢、遠方等の理由により来られない場合もあり、半数ほどの家族は電話で説明し、介護計画の具体的な内容を郵送している。
		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。	○	カンファレンスでは、家族様や本人様、主治医や訪問看護師にも参加して頂き本人様の為になる意見やアイデアを出し合っている。	◎	/	○	
		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。	△	特性の違いを尊重して心地よさや安心感を得られる計画づくりをしている。	/	/	/	
		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。	△	入所時には、必ず家族様と一緒に支援をしましょうと声を掛けさせていただいているが具体的に介護計画に盛り込んでいる事例は少ない。地域については、本人様や家族様の要望がないので盛り込んでいないがもしあれば検討したい。	/	/	/	
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。	○	常時使用している経過観察記録にはサービス計画書の写しを貼用しており目標やサービス内容が把握できるようにしている。	/	/	○	支援記録のファイルに介護計画を貼付し確認している。計画内容に沿った記録があり、異常があった場合には逐語記録をとり、その時の状態が共有できるよう努めている。管理者は、毎日がアセスメントであり、モニタリングでもあるという多面的な視点で利用者を捉えており、多くの職員がそれぞれの判断やチームとしての判断をしっかりと考えながら支援を行えるよう、意識付けができています。
		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。	○	記録に番号をを記入するようにしておりサービス内容に沿ったケアが出来ているか確認できるようになっている。毎日の申し送りや月一のカンファレンスでも状況確認を行っている。	/	/	◎	
		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。	○	記録を個別で行っている。発言やこういった趣旨の話をしたか、身体状況のちょっとした変化などを記録するようにしている。記録能力は職員によって差がある。	/	/	○	
		d	利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。	○	経過観察記録では気づきやアイデアを記入できていないが計画作成時のアセスメントの方では介助方法や気づきを記入することで計画作成に役立っている。	/	/	○	
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。	◎	3カ月に1度の会議で見直している。	/	/	◎	3か月に1回はケアカンファレンスを開催し、介護計画の見直しを行っている。要望や変化がみられなくても、毎日現状確認し、当日の出勤者で検討している。利用者の状態に変化が生じた場合、担当者会議を開催し、現状に即した計画を作成している。
		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。	◎	毎日、状態の確認している。会話や意思表示、排泄確認、食事や水分摂取、パイタル、睡眠などを確認している。	/	/	◎	
		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。	◎	看取りや重大な変化がある場合は随時に担当者会議を開き介護計画を見直している。軽微な変化の場合は都度に対処法を申し送り、それが本当の変化なのか確認の上、利用者様の現状にとって必要な計画の変更を行っている。	/	/	◎	
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	毎月担当者会議を行っている。強いBPSDへの対応やヒヤリハットや事故が続出した時など必要と認められた時は担当者会議とは別に会議を行っている。	/	/	◎	ケアカンファレンスを3か月に1回開催している。利用者ごとの担当職員が、モニタリング等の資料を作成し、事前に参加者へ配布した上で会議に臨むようにしている。参加できない職員は、申し送りノートで会議内容を把握し、確認後に押印することで情報共有のサインとしている。
		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。	◎	担当者会議では、担当者や主治医が先に評価を行い、そこから一つの事案に対し意見交換が行われている。随時の会議の時はグループワークやマッピングワークを行っている。	/	/	/	
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。	◎	定期的会議は、毎月第3金曜日を開催日にしている。	/	/	/	
		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。	◎	申し送りノートや別紙で会議の内容を記録して参加できなかった職員に伝えている。	/	/	◎	
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。	◎	他科外来記録表、家族様通信記録表、内服薬変更記録表、ヒヤリ事故報告書、申し送りノート、業務日誌にて情報共有を図っている。	/	/	◎	医学的なことや家族とのやりとり、支援内容など詳細に記録し、申し送りノートで共有している。確認後には押印し、周知状況を管理者が確認している。
		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)	◎	申し送りノートは閲覧後に各職員が確認印をしている。夜勤者から日勤勤務者への申し送りとその逆を毎日行っている。	◎	/	/	

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
(2) 日々の支援									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切にした支援	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。	△	その日、その時したいことを伺い実践出来ることは行う努力をしている。				まず利用者本人に聴くことから支援に入っている。その上で、スタッフが先に決めず、声をかけて意向を引き出すことに努めている。利用者の意向を否定せず、共感的態度で気持ちを受け止めることで、利用者が職員に気兼ねなく自己決定を表出できるように気をつけている。信頼関係を構築することを意識しながら一緒に活動するよう努めている。
		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)	◎	食事や体操や散歩、入浴、外出、家に帰りたいなど利用者一人一人に応じた自己決定の場面の支援を行っている。また、その判断が妥当でない場合でもその気持ちは共感するように心がけている。			◎	
		c	利用者が思いや希望を表せ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。	○	認知症の状態にもよるが概ね自分の思いや希望を表せれていると思う。なかなか自分で出せない場合は声をかけたり表情の観察などで思いを察する努力をしている。				
		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した支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)	○	分かる所や出来る所は、むやみに支援するのではなく本人様のペースに任せている。全体的には本人様の自立度に応じて合理的配慮を行っている。				
		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)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。	◎	笑顔での声かけ、感謝の声かけ、一緒に同じものを食べる、一緒に同じ運動をする、一緒に歌うなどをしている。			◎	
		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。	◎	表情や行動、態度、食事、声かけへの反応など認知症の症状に応じて手段を使い分けて以降の把握に努めている。				
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。	○	認知症による特異な行動や発言に対して自分も同じ場面なら同じことをするのはないかということ意識して支援を行っているが単純に助けることが人権や尊厳を守ることと勘違いをしている時もある。この普遍的であるが難しい課題については満足することなく今後も取り組んでいきたい。	◎	○	◎	管理者は、人権問題は簡単ではないと考えており、知らず知らず自分たちの支援が利用者の人権を侵害しているかもしれないという「慣れへの怖れ」を十分理解している。職員は常に利用者に敬意を持って接しており、利用者と職員ではなく、人と人の関わりを大切に、わかりやすい声かけの配慮や、入退室時のプライバシーへの対応は十分気を付けている。
		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がけや対応を行っている。	○	認知症の方を弱者とみるのではなく、症状を特性とみなし、本人様のおかれている状況や特性に応じて配慮を行いどのように声掛けや介助を行うのが自然な人と人とのふれあいになるのかを意識しているが実践の現場ではまだ配慮や技術習得が必要かもしれない。広大な居住スペースではないため一人一人の距離が近く全てを目立たずさりげないというのは無理なので一人一人に合わせた声掛けや介助を行っている。			○	
		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ながら介助を行っている。	○	そーっと見守るのが良いのか、同性が良いのか、何気ない会話をしながらが良いのか、一人一人に対してどのような介助や見守り付き添いをすれば不安や羞恥心を感じることなく気持ち良く支援を受けられるのか考えて対応している。				
		d	職員は、居室は利用者専有の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	○	利用者様の意思確認を行って出入りしている。返事が出来ない利用者様であっても声をかけて許可を願うようにしている。			○	
		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。	◎	守秘義務の契約を全員結んでいる。SNSなどでの使用も禁止している。漏洩による苦情などは今のところない。				
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。	△	上の人権や尊厳と関連される課題であるが何故感謝し合う必要があるのか何故支え合う必要があるのかをもっと理解する必要があると思われる。				家庭的な雰囲気の中で共生をイメージしながら、利用者同士の関わりを支援し、職員も共生のイメージを強く抱いて利用者に関わっている。トラブルになった時には、双方の思いをしっかりと聞くようにし、利用者それぞれの適性を考慮しながら居場所を決めたり、関わりが持てるように間に入っている。
		b	職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。	△	何故大切なのかの答えとして、共同生活を平和に営むための知恵ということの理解を進めていきたい。				
		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)。	○	認知症の種類や今の心身の状態はみんな違うのであくまでも個人個人のニーズへのサービスをベースとした上で、食事の時の席やくつろぐ場所、共同作業の種類、一人一人の性格や人生観など様々な観点から環境的にも心理的にも配慮を行い関わり合ったり支え合う場面を作れている。			○	
		d	利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○	仲裁に入るタイミングや条件の申し合わせや仲裁後のフォロー方法の申し合わせを行っている。何故起こるのかを検討して未然に防げるトラブルは防ぐように努めている。				

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。	○	昔よく食べ物のおすそ分けをしていたことやその友人の方のお母さんを介護していたことなど家族様や本人様との話の中で整合性を取りながら人間関係の把握に努めているが、稀にほとんど情報を把握できない方も居る。	/	/	/	
		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。	○	本人様や家族様からの話で何処でどのような仕事をしていたかや地域でどんな役をしていたか等把握しているが、稀にほとんど情報を得れない方も居る。	/	/	/	
		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よう支援している。	△	ドライブで場所に行くことはあるが個人情報や契約の事もあるので積極的に会いに行く支援はしていない。地域のイベントや買い物先でたまたま出会うことはある。	/	/	/	
		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。	○	失礼のない対応やまた会いに来たいと思っていただける対応を心がけている。	/	/	/	
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）	○	天気の良い日少し悪くても利用者様に声をかけ希望されるなら少人数での散歩を行っている。散歩コースはお堂へのお参りや花を見に行ったり田んぼや川の鯉、池の金魚、近所の犬や猫などマンネリ化しないように工夫している。	○	○	○	重度な利用者を含め、事業所周辺を散策している。寒い日も寒いから出ないではなく、十分に厚着して散歩に行き、「寒かったねえ」とみんなで言い合える雰囲気を楽しんでいる。
		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。	×	内子町において外出支援の介護ボランティアや認知症サポーターなど地域全体として組織的に活動している団体があれば活用したいとは思っている。病院やイベント会場、お店など外出した先では個人個人の地域の方に配慮をして頂く事はある。近所の方に車椅子輸送の為にトラックを借り車椅子の方でも散歩やドライブなど気分転換が図れるように支援している。	/	/	/	
		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。	○		/	/	○	
		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。	×	かかりつけの病院や近所の医院への通院や美容院に行ったり買い物、季節のドライブなど日常生活での外出支援は職務としていますが、普段行けない場所は職務の範囲を超えているのではないのでしょうか。	/	/	/	
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。	○	職員には認知症介護実践者研修を修了した者が6名、リーダー研修修了者が1名います。BPSD発症の二次的要因である関わり方の見直し、便秘解消、気持ち良く過ごすための空間づくり、安全に過ごすための環境整備、健康状態の把握などに努めている。	/	/	/	利用者のしたい、してみたいという意思決定に沿いながら、生活の中でできることやできそうなことに挑戦してもらい、見守っている。また、その様子をアセスメントシートに記入し、職員同士で共有している。
		b	認知症の人の身体面の機能低下の特徴（筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等）を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。	○	個々の意思決定に基づき、機能訓練を行っている。立ち上がりや足の上げ下げ運動、食前の口腔体操、レクリエーションで歌ったり、散歩、畳んだり拭いたり、縫ったり、掃いたり等生活しながら維持・向上に努めている。	/	/	/	
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。（場面づくり、環境づくり等）	○	アセスメントや担当者会議での話し合いによって、利用者様一人一人の生活に対して何のどんな支援が必要なのかは整理されていて利用者様のペースで自分の事が行われるよう努めている。	○	/	○	
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。	○	ほとんどの利用者様に関しては入所前に情報を取り入れ入所後にも本人様、家族様から情報を得てここでの生活での力の発揮や気晴らしの支援につなげている。	/	/	/	洗濯干しや食器拭きなど、利用者の意向と適性を判断しながら、作業を実施している。
		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。	○	進んでもではなく進まないようにするために利用者様の自己決定に基づき楽しみや張り合いの支援を行っている。仮に進んでも進み具合が急にならないように努めている。	○	○	○	
		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。	×	支援していない。	/	/	/	

愛媛県グループホームあまご

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
16	身だしなみや おしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。	○	身だしなみとおしゃれは違うという認識です。一般概念で衛生的であることと恥ずかしい思いをしないことの支援を行い、おしゃれは自己表現自己決定という観点から本人様の色の好みや白髪染めの要望などを把握している。				毎朝の起床時に洗顔や整髪を実施している。衣服の汚れなどは気が付けばさりげなく更衣を促したりしている。重度の利用者もこれまでの好みなどを考慮して支援するように努めている。
		b	利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。	○	入所時には、新しい生活道具(ブラシや鏡、衣服)でなく使い慣れたものを持って来て頂くように家族様へ協力を仰いでいる。				
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員が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。	○	質問を工夫して利用者様に判断を仰いだり、表情や態度で見極めるようにしている。				
		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。	○	まずは、自分で選んでいただきその後職員が助言している。自分で選ぶのが困難な場面では職員が選んでいる。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にせず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)	○	髪のパラッシングや目やにの確認、衣服の汚れなど自立度に応じて清潔感に配慮、保持支援を行っている。	○	○	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	○	希望に応じて理美容店の利用の支援を行っている。				
		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。	○	寝たきりであっても病衣的な服は使用していない。季節に応じて出来るだけ気持ち良く過ごせる服を選んでいる。			○	
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。	△	嚥下や咀嚼に問題を抱えたり食べさせてもらう食事は嫌だと理解している。				近くに店舗がないため、食材は配達で調達している。利用者からの希望は聞き取ったうえで、季節の変わり目の献立を考える際に反映させるようにしている。食事の準備や片付けといった役割を担うことで、みんなの役に立てるという自信や達成感を持つことができ、それが他の利用者との良好な関係づくりにもつながるので、その日その日の状態にあわせながら手伝ってもらよう検討して欲しい。利用者の好みは入居前の聞き取りや、日々の摂取状況から把握している。箸やコップは使い慣れた個人のものを使用し、食器類は事業所で使いやすいものを準備している。朝、昼、晩、すべての食事を職員は利用者と一緒に摂っている。ユニットごとのオープンキッチンで、重度の利用者も含めた全員がその場の雰囲気を楽しむことができる。食材係が会議で話し合いを行っており、必要に応じて医師から助言をもらっている。
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	×	地理的要因、献立作りの難しさ、コスト、安全や衛生面など今の基準の中で出来る範囲利用者様が参加する機会を設けている。誕生日の献立はその利用者様のリクエストを受けている。			△	
		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。	×	台所に入る利用者様が他の利用者様に対して優越感を持つこと、私ばかり何でしないといけないうのかと不満に思うことを繰り返しているので現在行っていない。また、今まで散々してきたことなのでお願いすると嫌がられることも多い。				
		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。	◎	入所前や入所後の話の中で把握できている。				
		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。	○	踏まえて食材係りが注意を払い多数の利用者様が残すことがあれば献立から外すようにしている。だんご汁、菜っ葉の煮びたしなど家庭で食していたであろう献立にしている。里芋やさつま芋、タケノコ、ワラビ、ふきのとう、カブや大根、白菜、キャベツ、豆その季節でしか取れない食材を使うようにしている。			○	
		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、おいしい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)	○	野菜を加熱してやわらかくしたり、焼き魚が食べにくい方には煮魚にしたり健康状態に応じた調理方法で行えている。形態に関しては主治医と相談しながら慎重に判断している。				
		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。	○	箸や湯飲みは個人個人の物としている。重さや長さに配慮をしている。			○	
		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。	◎	毎日一緒に朝、昼、夕食事を摂っている。			◎	
		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。	◎	オープンキッチンなのですべて伝えている。	○		◎	
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	○	栄養や摂取カロリーを気にしつつも食べれるだけ食べて頂くという方針で行っている。水分摂取量は毎日確認を行っている。栄養状態も定期的に検査を行っている。				
		k	食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	◎	主治医と相談しながら栄養補助飲料を取り入れたり、本人様がこれなら飲めるという物を提供したりゼリーにしたりして提供して水分摂取量の確保を図っているがしつこく勧めたり、無理強いはいしない方針である。				
		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。	○	食材係りが5名おり定期的に献立や注文などに関して会議を行っている。また、主治医に献立を見てもらいアドバイスを受けていたりしている。			○	
		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。	△	家庭で行う衛生管理よりはよくできているがファミレス等同等の管理は行っていない。				

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
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。	◎	勉強会で理解できている。				利用者の口腔内の健康状況は概ね把握できており、食後に声かけして口腔ケアを実施している。介助の必要な利用者は職員が確認している。義歯調整など、必要に応じて歯科医受診をしている。
		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。	○	状況の把握は概ね出来ている。			○	
		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。	○	歯科受診の際に助言を頂いている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	利用者様の自立度に応じて支援を行っている。				
		e	利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、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）	○	本人様の訴え時には確認を行い主治医に相談したり歯科受診を行っている。また、食事摂取量の低下や特定の物が食べれないなど普段の違いがある場合は確認して同様に対応している。			○	
		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。	○	歯茎の腫れや擦れの治療や義歯の調整の為の歯科受診を行っている。				
19	排泄の自立支援	a	職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能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。	○	理解は出来ているが、ほとんどの方が入所前から紙パンツやパッドを使用している。				日中はほとんどの利用者がトイレで排泄している。パッドや紙おむつの使用判断は尿量、トイレの回数、自立度を考慮しながら慎重に検討している。
		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。	○	心理、身体、生活リズムに影響を及ぼすことを理解している。一部原因は理解しているが影響について理解できていない職員もいる。				
		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）	○	排泄チェック表を使い動向把握に努めている。尿意や便意の度合い、表現できるか否か等把握に努めトイレでの排泄維持の支援に繋げている。				
		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。	○	失敗があろうがなかるうが日中はほとんどの方がトイレに座っている。パッドや紙おむつの使用の判断は慎重に行っている。また、尿量やトイレに行く回数や自立度に応じてどれを使うのか検討している。	◎		○	
		e	排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。	○	上手くいかない時は、成功した職員の方法を真似たり、原因が身体にあるのか介助側にあるのか話し合ったり、立位の保持が出来るよう運動を毎日行うなどしている。				
		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。	△	無理強いやしつこい声掛けはせず本人様の意思決定を優先するとパターンに応じた誘導や介助が困難な時もあり失敗を防げる方と防げない方との差が広がっている。				
		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。	△	軽度の利用者様の場合は本人様の好みに合わせている。オムツ類を変更する時は、担当者会議で家族様と話し合うこともあるが管理者やホーム長を交えて職員同士でしっかりと話し合い合理的な判断の元で変更することが多い。				
		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。	○	パッドの大きさや日中は紙パンツで夜間は紙おむつなど利用者様一人一人に合わせている。				
		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）	×	働きかけは行うが強制はできないので便をやわらかくする薬や緩下剤を使い主治医と相談しながら量や時間など調整しながら出来るだけ自然に近づける取り組みをしている。				
20	入浴を楽しむことができる支援	a	曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。（時間帯、長さ、回数、温度等）。	×	入浴日は週3回で午後からとしている。運営や現場安全、衛生面、全てのサービス提供とのバランスなどでの合理的配慮に基づき入浴日や時間を指定している。決して職員の都合ではないと断言できます。	◎		×	入浴は週3回で午後からと決めている。指定日以外でも入浴できる体制はあるが、入浴日や時間は利用者が自由に選択できる、一人ひとりの希望や習慣を考慮した入浴を実施することに期待したい。
		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。	○	利用者様一人一人が入れ替わりながら入浴している。浴室では、利用者様と職員が1対1でふれあい入浴を楽しまれている。				
		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。	○	入浴というのは生活の場面での楽しみでもあるが危険も多いことを認識して過剰に本人様の力の発揮をこの場面では求めず安心や安全を優先している。				
		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、無理強いせずに気持ち良く入浴できるよう工夫している。	○	声かけの職員を変えたり時間を置いて声をかけ直したり、同性が良いのか異性が良いのか検討して本人様の気持ちが変わるのを待つ取り組みをしている。				
		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。	◎	入浴前にはバイタル測定を行っている。健康状態が不安定になりやすい利用者様に対しては主治医から基準の指示が出ている。入浴後は、すぐに外に出たり部屋で横になったりすることを控えて頂くようお願いしている。				

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
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。	◎	何時頃から寝て何時頃に起きるのか把握できている。				利用者の睡眠パターンを把握し、薬剤を使用する利用者もいるが、その際は主治医と相談しながら使用方法や量、中止時期を決めている。
		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。	○	原因が便秘からくるのか排泄失敗を恐れての事からか、空腹感なのか、活動不足や心理状態からくるのか様々な観点で検討を行い睡眠を中心に生活のリズムの維持が図れる支援を行っている。				
		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。	◎	利用者様のここ最近の過ごし方を振り返ったり心理や身体の把握などを行い主治医と相談しながら慎重に判断を行っている。			○	
		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。	◎	座り慣れたソファや居室に帰って自由に休息を取れている。健康状態に配慮して休息を取ってもらうこともある。				
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。	○	依頼があれば電話の取り次ぎ、ボタンを押すことや手紙をポストに投函している。お礼の電話や手紙での近況報告などを勤めている。				
		b	本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。	○	決めつけていない。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	電話は自由にできる事を利用者様に伝えている。掛かってきたら子機を居室に届けている。				
		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。	○	届いた手紙類は必ず本人様に手渡しをしている。手紙の内容のことなどをさりげなく話題にしている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	○	家族様へは、いつでも電話をかけてきても差し支えないことを説明している。度々の電話については家族様へも協力の依頼を行っている。				
23	お金の所持や使うことの支援	a	職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。	○	理解できている。				
		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。	○	移動販売が週に1回来るのでそれを楽しみにしている利用者様も居る。周辺にお店がないので毎日のように買い物に出るのは困難である。				
		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。	○	お金がある方には積極的にお金を使うことを促すが、使うお金がない方への配慮も行っている。				
		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。	×	お金は大事だからこそトラブルを未然に防ぐことが大切であるという方針で、入所時に、以前の事例を伝えたり、個人でお金を持つことは控えて頂くなど事業所としてのルールを説明してご協力をして頂くようお願いしている。				
		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。	○	残金が少なくなったら家族様へ連絡したり、本人様が残金を気にしている時は十分にあることを伝えている。				
		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）。	◎	管理できる出来ないにかかわらず、入所時に家族様に預り金についての説明させて頂きご協力をして頂いている。出納簿にはレシートや領収証を添付して面会時に一緒に確認して頂いている。				
24	多様なニーズに応える取り組み		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。	△	突発的ニーズや事業所が出来る範囲のニーズに対しては十分に柔軟に対応しているつもりだが、法律の改正などから判断すると何でも引き受ける多機能化から特化型に進んでいるのではないかと考えているので多機能化には消極的である。	◎		○	利用者や家族の思いに沿い、主治医や専門医への受診や、馴染みの美容室へ行くための外出支援を行っており、その時々ニーズに柔軟に対応できるよう検討に努めている。

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
(3)生活環境づくり									
25	気軽に入れる 玄関まわり等の配慮		利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	○	玄関周辺には塀や柵などを設置しておらず広い駐車場を用意して車を降りてすぐに建物内に入れる作りである。	◎	◎	○	平屋建てで各ユニットに出入口があり、常に開放的な空間となっていて、誰でも気軽に出入りができる。
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、家庭的な雰囲気を出しており、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ごような設えになっていないか等。）	○	リビングや食堂空間は、一般的な家庭の調度品や書類のファイルが主となり完璧な整理整頓ではなく家庭的な雰囲気が出ていると思うが廊下やエントランスは写真や手作りの作品の展示を行っているが、空間の量に対して必須掲示物が多いことと車椅子など福祉用具を置いていることでやはり施設なのだと感じられる。片方のユニットに関しては壁が賑やかすぎると感じている。	◎	◎	○	冬場共用空間の大部分は床暖房を導入し、天井と床の双方向から暖気が出る暖かい空間になっている。利用者の制作した作品もきれいに飾りつけされており、家庭的な雰囲気を感じられる。天井が高く広々とした空間で、高い位置の窓からの採光があり、明るい空間を作っている。利用者の家族が作った物干しスペースには竹竿を置いており昔ながらの雰囲気が伺えた。中庭の畑では野菜を作っており、作物の種類から季節感が感じられるように工夫している。
		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。	○	テレビや音楽の音に配慮している。調光に関しては、なるべく自然光を利用した明るさを保っている。西日のまぶしさに配慮している。影の部分は照明を使い明るさを保っている。			○	
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(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。	○	ガラス戸が多くその日の天候や今の季節を外に出なくても感じられるようになっている。散歩などで積んできた季節の花を生けるようにしている。			○	
		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。	○	ソファやベンチなどを配置して一人一人が好きな場所で過ごせるようにしている。				
		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。	◎	鍵付きの扉を付けている。				
27	居心地良く過ごせる 居室の配慮		本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	入所時には、家族様に依頼している。火器以外は特に持ち込みに制限を行っていない。仏壇や机と椅子、小型テレビの設置、タンスの上の利用など生活感がある居室もあれば紙おむつの箱ばかりの居室もある。	○		○	利用者が仏壇やテレビ、写真など自由に持ち込み居心地が良くなるようにしている。職員も日頃の行事の写真や手掛けた作品等を飾り、温かみのある部屋を作っている。
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。	○	バリアフリーに努め、利用者様が良く使われる動線部にはむやみに物を置かないようにしている。廊下や浴室、トイレなどに手すりを設置している。			○	トイレの入口に様々な読み方やイラストで分かりやすいようにしている。居室の出入口に災害時の安否確認に使えるかまぼこ板の名札があり、自室がわかりやすいように工夫している。
		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。	○	トイレや浴室、自分の居室の認識が分かりにくい方にマークや文字を大きくしている。美味しそうなのは目線に入らないようにしている。利用者様にとってはトイレの便座が高すぎるのが難点である。				
		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)	△	湯呑、新聞、腸の広報誌、歌の本、ハサミやものさし、ボールペンやマジックなどはいつでも手にとれるところに置いている。大工道具や園芸用品、急須やポットなどは普通の家で頻繁に手に取るものではないので置いていない。				
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)	◎	理解しているので鍵をかけていない。玄関施錠は、19時以降にしている。居室に鍵はない。	◎	◎	◎	玄関にはセンサーがあり出入口には職員が音で感知できるので鍵はかけないこととしており、帰宅願望がある利用者には職員が付き添って対応するようにしている。
		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。	◎	施錠を望む家族様はいない。付き添い方法を工夫しながら安全確保に努めている。				
		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)。	◎	玄関にチャイムを付けている。後ろからそーっと見守ったり、何気なく近づき一緒に歩いたりその時その時の心身の状態を推測しながら対応している。				

項目 No.	評価項目	小 項 目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
(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。	△	入所前のアセスメント情報の病歴を見る程度で把握には至っていない。肺炎や心不全、皮膚疾患など現病気に関しては主治医より申し送りが出来ていて把握できている。				
		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。	◎	健康状態に関係なく毎朝と入浴前にバイタル測定を行っている。主治医の指示で定期的にSPO2の測定も行っている。また、健康状態の不安定な方や健康面での変化があった場合の対応については主治医への報告基準などシステムティックに連携が取れるように話し合っている。				
		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。	◎	申し送りやその場で把握した医療的な異常な状況については頻繁に相談して指示を仰いでいる。				
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。	◎	家族様に選んでいただいている。かかりつけ医が変わる場合は医師同士での診療情報提供がなされている。	◎			
		b	本人及び家族等の希望を大切にし、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。	◎	入所時にホーム内で出来る医療を明確化している。				
		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。	◎	特別な疾患にて定期的な検査が必要な利用者様以外は基本的に定期の受診ではなく往診に行っている。現況については主治医より担当者会議などで家族様へ報告を行っている。急な医療機関受診の際はまず家族様に一報入れその後結果や治療などについてわかる範囲お伝えしている。				
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。	◎	入院先の医療機関へ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。	◎	面会に行った時などに看護師や相談員に話しかけ見通しなどを話し合っている。退院前のカンファレンスに参加して情報を頂いている。				
		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。	◎	出来ている。状態によっては順番を優先して頂くこともある。				
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。	◎	職場内に看護師を配置することはしていないほとんどの。各利用者様が訪問看護stと契約している。				
		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。	◎	急変時、看取りの時など対応して頂いている。				
		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。	◎	マニュアル、システムがある。				
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。	×	投薬管理表に薬情を載せているがほとんど把握できていない。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	◎	内服薬変更の申し送りノートの活用、準備するとき、手取る時、手渡す時に確認を行っている。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	◎	特に内服薬が変わる時は注意して観察している。				
		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。	◎	主治医より指示があれば経過や変化について報告を行っている。				

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
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。	◎	まずは、入所時に説明を行っている。経過の中でこれから予測される事態とそれにどのような対応を行うのかなどを担当者会議で話している。主治医の指示があれば家族様を交えて看取りについて話し合う機会を設けている。				直近でも複数名の看取り対応を実施している。医師と管理者が事業所近くに居住しており、速やかな対応が可能である。24時間シートを記録して、家族と共有している。医師、訪問看護、家族、職員の連携は十分できており職員教育にも努めている。
		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。	◎	何度も経験できているので共有できている。	○		◎	
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	◎	アンケートや意見交換の場を設けたり職員だけに任せるのではなく管理者も同じことを行いストレスの軽減を行っている。				
		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。	◎	入所時やその都度説明している。				
		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。	◎	日頃から重度化や終末期への移行については意識されている。家族様や職員同士、職員と主治医、主治医と家族様との間で話が行われている。				
		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）	◎	家族様にその日その日の暮らしぶりを伝えたり記録を読んでもらっている。				
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。	○	年に2回事業所内で研修を行っている。				
		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。	○	対応の手順は決まっている。研修会で訓練を行っている。				
		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。	○	取り入れ注意喚起を行っている。				
		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。	○	情報収集に努め注意喚起している。				
		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。	○	職員や職員家族が感染した場合の対応は決まっている。利用者様にもよるが自身が感染症予防対策を取るのは難しいと感じている。家族様には貼り紙で注意喚起している。				

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。	○	入所時には、ご協力をお願いすることがあることや一緒に支えましようと言を掛けている。				家族と一緒に活動する機会を企画して声かけしている。毎月作成しているあまご便りに利用者の近況を載せて送付している。職員紹介は事業所内の掲示板を利用して知らせている。面会時に積極的に声をかけ、家族アンケートをとることで家族の意向を把握するように努めている。
		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）	○	失礼のないように対応を心掛けている。他人行儀になり過ぎずかといって厚かましくなりすぎずを心掛け、家族様は、本人様と一緒に支える存在として対応を行っている。				
		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）	○	散歩や食事介助、一緒におやつを食べる、外出や外食、ホーム内での行事参加を一緒にして頂くこともある。	◎		○	
		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）	○	月に1度は写真付きのあまごだよりを発行して各利用者様の家族様に近況報告を行っている。来訪時には暮らしぶりの報告を行っている。	◎		○	
		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内容を把握して報告を行っている。	○	担当者会議や面会の時にありのままで報告するように努めている。逆に新たな情報を得られることもある。				
		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）	○	本人様や家族様からこれまでの関係を伺うことはあるが積極的に間に入って良い関係を求める事はしていない。ただし認知症介護に関することについては働きかけは行っている。				
		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）	○	運営に関して報告する事柄があまりないので都度に行っていない。去年、職員紹介の掲示を始めた。	○		○	
		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）	○	年に1回、一緒に推進会議への参加や一緒に会食を行う機会を作っている。地域密着型なので家族様同士がすでに面識があることがほとんどである。				
		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対応策を話し合っている。	○	暮らしの中で利用者様に起こる事象についてはサービス計画書の中身でお知らせしたり担当者会議や面会の時などにお伝えするようにしている。				
		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。	○	担当者会議や面会時に何かありませんかと伺っている。管理者が居ない時でも職員に伝えて頂くようお願いしている。			○	
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。	◎	変更時は、契約者お一人お一人に電話や文書での説明を行い同意を得ている。				
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	退去の規定は契約書に定めている。				
		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）	×	2年以上変更していないので行っていない。				

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
Ⅲ.地域との支え合い									
39	地域とのつきあいやネットワークづくり ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	◎	設立時に戸別に訪問を行い事業説明を行っている。		◎		管理者や職員が事業所地域に居住しており、地域の役割を担っているため、日頃から地域住民とは密接な関わりがある。
		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）	◎	運営者及び主治医や管理者、職員は事業所の近くに住んでいる。自治会や自治区の区長や会計、その他の役員、お宮の総代、地域の小学校のPTA会長、自治区内でのサロンの開催、消防団への加入		○	◎	
		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。	×	元から御被地域全体で支えて頂いています。過疎の地域なので今後増える事はないと思います。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄ったり遊びに来たりしている。	○	散歩の休憩や利用者様に用事があって立ち寄って頂いている。遊びにはきませんが玄関先で話している場面はあります。				
		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。	◎	運営者及び主治医や管理者、職員は事業所の近くに住んでいる。				
		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）	◎	散歩道に空地を整備してあずまやを作ってもらったり散歩の見守り、花を自由に摘ませて頂いたり、近所の人にお米の管理や無料で野菜の配達や事業所が開催する花火大会や懇親会の時には花火を上げて頂いたり田楽を作ってもらったりしている。				
		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。	△	昔は地域資源が多くあったと思うが今は少なくなったと思われる。				
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている（公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等）。	○	毎年認知症講演会を開催して地域での啓発活動を行っている。近所の方から認知症についての質問を受けることもある。内子町ではグループホーム連絡会を作っていて共同で勉強会や運動会、情報交換会などを行い交流を図っている。				
40	運営推進会議を活かした取組み	a	運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。	○	当事者の参加が一番望まれるが今のところ当事者参加は出来ていない。他は出来ている。	◎		△	家族や近隣の自治会長が運営推進会議のメンバーである。利用者の参加が見られないので、日程調整を工夫する等、今後の取組みに期待したい。利用者や地域の声を会議に反映させたいという思いを持っており、今年度よりサービスの実際や取組み状況について詳しく伝えるように改善した。さらに、現在参加していない近隣住民に協力を得ながら、事業所と地域をつなぐ運営推進会議へと幅が広がることに期待したい。
		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。	○	事業所内でのサービスの流れや近況報告、研修報告、虐待や身体拘束についての話し合いが行われている。サービス評価に関しては書いてある内容が難しいという意見が多い。			◎	
		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。	○	継続性のある議題については経過や結果の報告を行っている。推進会議では地域の情報を提供してもらうこともある。		◎	△	
		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。	○	自治会長や自治会の事務局と連絡を取って日程調整を行っている。テーマによっては参加者が増えることもある。		◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。		各ユニットの玄関に閲覧できるようにしている。推進委員には、議事録をお渡ししている。				

項目 No.	評価項目	小 項 目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
IV.より良い支援を行うための運営体制									
41	理念の共有と実践	a	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。	◎	意義を踏まえた理念だと思います。何をするのが具体的に示されているので共通認識を持ち取り組んでいると思います。				
		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。	◎	具体的であるので読んでいただいたら私たちが何をするのが分かると思います。	○	○		
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。	○	取り組んでいる。認知症介護実践者研修受講を勧めている。				年1回の面談で職員の話を聞くようにしている。社会保険労務士にも相談しながら就業環境の向上に努めており、労働基準法改正も考慮して有給休暇の確実な付与といった体制を整えている。管理者は、スタッフのモチベーションを上げるようなことがまだまだできていないと考えており、今後の取組みに期待したい。
		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。	○	その場その場での対応の振り返りを一緒に行っている。座学、グループワーク、体験型など身につける内容によって工夫している。				
		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。	○	把握して努めている。				
		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)	◎	内子町グループホーム連絡会にて交流の機会を作っている。				
		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。	△	一人一人に必ず声を掛ける。コミュニケーションを多くとる。自分も現場で実践を行う。職員の提案を実践する。	○	○	△	
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。	○	理解している。				最近スピーチロックなど言葉による抑制にも気をつけてケアを実施している。研修の実施により不適切ケア等の理解はあるが、対応方法や手順までは完全に共有するまでに至っていない。
		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。	○	事業所の力で出来ることと出来ないことについて意見を交わす機会を作って無理な介護にならないように心掛けている。				
		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が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。	○	知っている方と知らない方がいます。			△	
		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。	○	ストレスの原因は、利用者へのケアではなく運営者の方針や振る舞い、責任感からくるのだと認識している。ケア側として出来ること出来ないことをはっきりさせている。				
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。	○	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。	◎	身体拘束廃止委員会を中心に全職員と話し合う機会を作っている。				
		c	家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	×	要望がないので事例はないがそもそも弊害の説明よりもこれは人権や尊厳の問題だと思っています。				

愛媛県グループホームあまご

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
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含め理解している。	△	認知症介護実践者研修受講者は学ぶ機会があり理解できているが研修を受けていない職員は学んでいません。一般的には行政が地域住民に啓発する内容だと思っています。				
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	△	行政の担当だという認識なので積極的に支援は行っていません。				
		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。	△	グループホームの運営者及び職員にそれを求めるのは筋違いだと認識しているので連携体制は築いていません。既に制度利用されている利用者様に対しては必要な支援を行っている。				
46	急変や事故発生時の 備え・事故防止の 取り組み	a	怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。	◎	作成、周知や勉強会を行っている。				
		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。	○	定期的に救命救急の訓練を行っている。				
		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。	○	書類作成過程で当事者以外の職員も発生防止への意見を求めて予防に努めている。				
		d	利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。	◎	12月に2時間半かけて検討会を行いました。				
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。	×	苦情があれば職員はそれを管理者に報告して管理者が責任者となり対応に当たる仕組みにしている。今のところ事例がありません。				
		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。	×	今のところは事例がありません。有れば速やかな対応を行い解決したいと思います。				
		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。	×	今のところは事例がありません。有れば速やかな対応を行い解決したいと思います。				
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)	○	金銭の所持や金銭紛失の事で利用者様から苦情がありましたが直接本人様と話し合いを行い家族様の協力もあって解決しました。			○	意見箱の設置や苦情相談窓口について周知できている。利用者には日々の関りの中で要望などを聞いており、家族からは面会時に意向を伺ったり、面会簿に意見を記入してもらうようにしている。家族がどうすれば意見を言いやすいか、常に意識して関わっている。職員にはアンケートを実施し、有給休暇の取得希望や看取りの不安などを確認し、運営に反映している。
		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)	○	契約時に苦情相談窓口についての説明を行っている。推進会議や面会時に個別に伺う機会を作っている。	◎		○	
		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。	×	契約後は公的機関の窓口の情報提供は行っていない。				
		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。	○	作っている。				
		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。	○	アンケートを取ったり、就業中に話しかけたりともに介護を実践する中で機会を作っている。			◎	

愛媛県グループホームあまご

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
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。	○	取り組み目的については理解しているが目的達成の手段としてこれに意義を感じていない。				現在取り組みモニターの機能はなく、サービス評価についても出てきた課題や意見を反復継続して確認することが望まれる。
		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。	×	内容が数字や断定的表現、具体性に欠けているのでどう評価してよいか分からない項目が多いので活かすことが出来ない。				
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	×	利用者様の生活の質の維持や向上への手段は何なのか自事業所で考え取り組みたいと思っています。				
		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。	×	当事業所の課題については、推進委員や家族様に報告を行い今後の事業所の取り組みについてや取り組みの進捗具合についても報告したいと思っています。	○	○	×	
		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。	×	何回か前のときはそうしました。前は次のステップへ向けて期待したいことがありませんでした。				
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)	○	水防法改正に伴い今あるマニュアルの改訂を行っています。現在のマニュアルは玄関に掲示している。				夜間災害については連絡網を利用することになっている。自治会や消防団との連携もとれている。
		b	作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。	×	様々な時間帯には実施していないが訓練方法を工夫することで実効性を上げていきたい。				
		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。	○	設備点検報告書は年に2回提出している。非常食や物品に関しては点検は行えているが管理方法が難しいので工夫したいと思っている。				
		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。	○	推進会議の中で地域の方と何処からどれくらいの土砂がくるかやどこが先につかるのかなど話し合う機会を持っている。消防団や消防署の方にはホーム内に入って頂き建物内部を知って頂いている。	○	○	○	
		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)	△	立地的にまずは、災害後の自助力(水、電力、人の確保)を付ける事が大切だと考え取り組んでいる。				
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)	○	毎年講演会を開催して啓発を行っている。				地域の人々からの質問に回答したり、地域包括支援センターへつないでいる。町や地域包括支援センターからの急な依頼にも可能な範囲で対応しているが連携はまだ不十分な面もあるので、将来的にはより多くの機関と地域活動の協働ができることを期待したい。
		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。	○	サロンや自治会や自治区の会合、消防の点検日などで話を聞く機会がある。		△	○	
		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)	○	運営者が地域のサロンを開催している。				
		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。	×	受け入れ要請があれば協力したいと思っている。				
		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)	△	小規模事業所なので背伸びをせず出来る範囲で行うことを心掛けている。			△	

(別表第1)

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

Ⅰ.その人らしい暮らしを支える

(1)ケアマネジメント

(2)日々の支援

(3)生活環境づくり

(4)健康を維持するための支援

Ⅱ.家族との支え合い

Ⅲ.地域との支え合い

Ⅳ.より良い支援を行うための運営体制

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

ーサービス向上への3ステップー
 “愛媛県地域密着型サービス評価”

【外部評価実施評価機関】※評価機関記入

評価機関名	社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会
所在地	愛媛県松山市持田町三丁目8番15号
訪問調査日	平成31年1月29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) 15名	(依頼数) 18名
地域アンケート回答数	7名	

※事業所記入

事業所番号	3873600450
事業所名	グループホームあまご
(ユニット名)	ふなっこ
記入者(管理者)	
氏 名	藤澤邦哉
自己評価作成日	平成31年1月14日

【事業所理念】 一、何事も決して急がず、利用者のペースに合わせて行動します。 二、常時、会話に心掛け、利用者が安心して生活できる環境作りに努めます。 三、地域の人とのふれあいを大切にします。	【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】 前回は目標達成計画なし。	【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 JR五十崎駅から山間に6km入った自然豊かなところに立地し、脇には清流小田川が流れ、川のせせらぎや鳥のさえずりがあり心地良い環境である。日常生活においては、利用者の意向や考え方、希望などを丁寧に伺い、アセスメントを改訂・共有しながら、一人ひとりが気持ち良く生活が送れるようにサービスを提供している。管理者や職員の居住地域であるために、地域とは密接に関わっており、協力関係を構築している。介護や認知症の研修を積極的に実施し、職員は認知症を特別なものとせず、一種の個性と捉えて自然に接するようにケアにあたり、利用者や家族、職員みんなで共に暮らすイメージで運営している。事業所の隣に主治医が居住しており、何かあれば直ぐに対応が可能で、家族や職員と連携をとり、利用者が尊厳を保ちながら最期を迎えられる看取り介護を行っている。
--	--	--

評価結果表

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。	○	本人様との会話で直接把握したり家族様との会話、本人様の表情や行動により把握に努めている。	◎		○	原則利用者本人に確認している。会話などの発言を記録すると共に、家族にも聞いて確認している。重度の方など意向の把握が難しい利用者の意向も汲めるように情報収集し、フェイスシートやアセスメントシートに反映させている。
		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。	○	会話の工夫や五感を使った把握、会議やその都度本人様の気持ちはどうか、それでよいのかと検討を行う習慣にしている。				
		c	職員だけでなく、本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)とともに、「本人の思い」について話し合っている。	○	アセスメントでは、家族様にも協力して頂いている。入所後も本人様と関わりある方からの情報を得ることが出来ている。				
		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。	○	センター方式を使って整理している。その都度、ユニット職員で回覧している。				
		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。	○	まずは、本人様の判断を尊重するようにしている。会話や行動や表情から読み取るように気を付けている。				
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。	○	入所前に本人様や家族様から伺うことにしている。入所後も新たな情報を得ることに努めている。			○	入居の際にセンター方式のアセスメントシートを家族に依頼し、分かる範囲で記入してもらっている。その上でスタッフが利用者や家族から得た情報を追記しながらニーズ把握に努めている。また、認知症の周辺症状が顕著に表れている利用者については24時間シートを利用し、場面や頻度、程度を可視化して評価できるようにしている。
		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・できそうなこと等)等の現状の把握に努めている。	○	センター方式のD1、2で状態の把握に努めている。また、急変時や長期入院後の時にも必要に応じて把握するようにしている。日々のケアの中では、まず出来る、分かるを前提に行いどの部分が出来なかつたり分からないのかを把握することにしている。				
		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。	○	外出や入浴、食事や便秘、特定の人間関係等普段からの観察で一人一人にある特性を把握している。強いBPSDの時は24時間シートを活用することもある。				
		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)	○	BPSDの二次的要因についてはどれが当てはまるのかその時その時や会議などで把握するように努めている。				
		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。	○	日課計画書で一人一人の生活リズムを把握している。経過観察記録により違いがあれば申し送りを行い把握に努めている。				
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。	○	本人様に直接ニーズを伺う取り組みを行いそれを実現するためにカンファレンスで検討している。			◎	利用者ごとの担当職員が資料を作成し、3か月に1回はケアカンファレンスで検討している。この場では「できること」「できないこと」の共有が行われる。日々の細かい変化については当日の出勤者で検討し、申し送りノートを活用し共有するようにしている。利用者側からの申し出も、その都度対応し、共有している。
		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。	○	自分たちが本人様のために思って支援を行っても本人様の意向に合わない時は違う支援の方法を検討している。				
		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。	○	まずは、実践を行いそこから評価を行い課題の抽出、解決のための計画そして実践を繰り返している。				

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
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。	○	サービス内容を細かく具体的に立案して反映できるようにしている。実現に合理性がない場合でも最大限配慮を行っている。	/	/	/	利用者や家族、医師、看護師、理学療法士、介護スタッフなどの多様な意見を聞いた上で計画作成するように努めている。ケアカンファレンスに主治医が参加して、褥瘡等の経過について説明することもある。家族が高齢、遠方等の理由により来られない場合もあり、半数ほどの家族は電話で説明し、介護計画の具体的な内容を郵送している。
		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。	○	カンファレンスでは、家族様や本人様、主治医や訪問看護師にも参加して頂き本人様の為になる意見やアイデアを出し合っている。	◎	/	○	
		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。	△	特性の違いを尊重して心地よさや安心感を得られる計画づくりをしている。	/	/	/	
		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。	△	入所時には、必ず家族様と一緒に支援をしましょうと声を掛けさせていただいているが具体的に介護計画に盛り込んでいる事例は少ない。地域については、本人様や家族様の要望がないので盛り込んでいないがもしあれば検討したい。	/	/	/	
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。	○	常時使用している経過観察記録にはサービス計画書の写しを貼用しており目標やサービス内容が把握できるようにしている。	/	/	○	支援記録のファイルに介護計画を貼付し確認している。計画内容に沿った記録があり、異常があった場合には逐語記録をとり、その時の状態が共有できるよう努めている。管理者は、毎日がアセスメントであり、モニタリングでもあるという多面的な視点で利用者を捉えており、多くの職員がそれぞれの判断やチームとしての判断をしっかりと考えながら支援を行えるよう、意識付けができています。
		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。	○	記録に番号をを記入するようしておりサービス内容に沿ったケアが出来ているか確認できるようになっている。毎日の申し送りや月一のカンファレンスでも状況確認を行っている。	/	/	◎	
		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。	○	記録を個別で行っている。発言やこういった趣旨の話をしたか、身体状況のちょっとした変化などを記録するようにしている。記録能力は職員によって差がある。	/	/	○	
		d	利用者一人ひとりについて、職員の気づきや工夫、アイデア等を個別に記録している。	○	経過観察記録では気づきやアイデアを記入できていないが計画作成時のアセスメントの方では介助方法や気づきを記入することで計画作成に役立っている。	/	/	○	
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。	◎	3か月に1度の会議で見直している。	/	/	◎	3か月に1回はケアカンファレンスを開催し、介護計画の見直しを行っている。要望や変化がみられなくても、毎日現状確認し、当日の出勤者で検討している。利用者の状態に変化が生じた場合、担当者会議を開催し、現状に即した計画を作成している。
		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。	◎	毎日、状態の確認している。会話や意思表示、排泄確認、食事や水分摂取、パITAL、睡眠などを確認している。	/	/	◎	
		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。	◎	看取りや重大な変化がある場合は随時に担当者会議を開き介護計画を見直している。軽微な変化の場合は都度に対処法を申し送り、それが本当の変化なのか確認の上、利用者様の現状にとって必要な計画の変更を行っている。	/	/	◎	
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	毎月担当者会議を行っている。強いBPSDへの対応やヒヤリハットや事故が続出した時など必要と認められた時は担当者会議とは別に会議を行っている。	/	/	◎	ケアカンファレンスを3か月に1回開催している。利用者ごとの担当職員が、モニタリング等の資料を作成し、事前に参加者へ配布した上で会議に臨むようにしている。参加できない職員は、申し送りノートで会議内容を把握し、確認後に押印することで情報共有のサインとしている。
		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。	◎	担当者会議では、担当者や主治医が先に評価を行い、そこから一つの事案に対し意見交換が行われている。随時の会議の時はグループワークやマッピングワークを行っている。	/	/	/	
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫している。	◎	定期的な会議は、毎月第3金曜日を開催日にしている。	/	/	/	
		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。	◎	申し送りノートや別紙で会議の内容を記録して参加できなかった職員に伝えている。	/	/	◎	
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。	◎	他科外来記録表、家族様通信記録表、内服薬変更記録表、ヒヤリ事故報告書、申し送りノート、業務日誌にて情報共有を図っている。	/	/	◎	医学的なことや家族とのやりとり、支援内容など詳細に記録し、申し送りノートで共有している。確認後には押印し、周知状況を管理者が確認している。
		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)	◎	申し送りノートは閲覧後に各職員が確認印をしている。夜勤者から日勤勤務者への申し送りとその逆を毎日行っている。	◎	/	/	

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
(2) 日々の支援									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切にした支援	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。	△	その日、その時したいことを伺い実践出来ることは行う努力をしている。				まず利用者本人に聴くことから支援に入っている。その上で、スタッフが先に決めず、声をかけて意向を引き出すことに努めている。利用者の意向を否定せず、共感的態度で気持ちを受け止めることで、利用者が職員に気兼ねなく自己決定を表出できるように気をつけている。信頼関係を構築することを意識しながら一緒に活動するよう努めている。
		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)	◎	食事や体操や散歩、入浴、外出、家に帰りたいなど利用者一人一人に応じた自己決定の場面の支援を行っている。また、その判断が妥当でない場合でもその気持ちは共感するように心がけている。			◎	
		c	利用者が思いや希望を表せ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。	○	認知症の状態にもよるが概ね自分の思いや希望を表せれていると思う。なかなか自分で出せない場合は声をかけたり表情の観察などで思いを察する努力をしている。				
		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した支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)	○	分かる所や出来る所は、むやみに支援するのではなく本人様のペースに任せている。全体的には本人様の自立度に応じて合理的配慮を行っている。				
		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)を引き出す言葉がけや雰囲気づくりをしている。	◎	笑顔での声かけ、感謝の声かけ、一緒に同じものを食べる、一緒に同じ運動をする、一緒に歌うなどをしている。			◎	
		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。	◎	表情や行動、態度、食事、声かけへの反応など認知症の症状に応じて手段を使い分けて以降の把握に努めている。				
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。	○	認知症による特異な行動や発言に対して自分も同じ場面なら同じことをするのはないかということ意識して支援を行っているが単純に助けることが人権や尊厳を守ることと勘違いをしている時もある。この普遍的であるが難しい課題については満足することなく今後も取り組んでいきたい。	◎	○	◎	管理者は、人権問題は簡単ではないと考えており、知らず知らず自分たちの支援が利用者の人権を侵害しているかもしれないという「慣れへの怖れ」を十分理解している。職員は常に利用者に敬意を持って接しており、利用者と職員ではなく、人と人の関わりを大切に、わかりやすい声かけの配慮や、入退室時のプライバシーへの対応は十分気を付けている。
		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がけや対応を行っている。	○	認知症の方を弱者とみるのではなく、症状を特性とみなし、本人様のおかれている状況や特性に応じて配慮を行いどのように声掛けや介助を行うのが自然な人と人とのふれあいになるのかを意識しているが実践の現場ではまだ配慮や技術習得が必要かもしれない。広大な居住スペースではないため一人一人の距離が近く全てを目立たずさりげないというのは無理なので一人一人に合わせた声掛けや介助を行っている。			○	
		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ながら介助を行っている。	○	そーっと見守るのが良いのか、同性が良いのか、何気ない会話をしながらが良いのか、一人一人に対してどのような介助や見守り付き添いをすれば不安や羞恥心を感じることなく気持ち良く支援を受けれるのか考えて対応している。				
		d	職員は、居室は利用者専有の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	○	利用者様の意思確認を行って出入りしている。返事が出来ない利用者様であっても声をかけて許可を願うようにしている。			○	
		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。	◎	守秘義務の契約を全員結んでいる。SNSなどでの使用も禁止している。漏洩による苦情などは今のところない。				
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。	△	上の人権や尊厳と関連される課題であるが何故感謝し合う必要があるのか何故支え合う必要があるのかをもっと理解する必要があると思われる。				家庭的な雰囲気の中で共生をイメージしながら、利用者同士の関わりを支援し、職員も共生のイメージを強く抱いて利用者に関わっている。トラブルになった時には、双方の思いをしっかりと聞くようにし、利用者それぞれの適性を考慮しながら居場所を決めたり、関わりが持てるように間に入っている。
		b	職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。	△	何故大切なのかの答えとして、共同生活を平和に営むための知恵ということの理解を進めていきたい。				
		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)。	○	認知症の種類や今の心身の状態はみんな違うのであくまでも個人個人のニーズへのサービスをベースとした上で、食事の時の席やくつろぐ場所、共同作業の種類、一人一人の性格や人生観など様々な観点から環境的にも心理的にも配慮を行い関わり合ったり支え合う場面を作れている。			○	
		d	利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○	仲裁に入るタイミングや条件の申し合わせや仲裁後のフォロー方法の申し合わせを行っている。何故起こるのかを検討して未然に防げるトラブルは防ぐように努めている。				

愛媛県グループホームあまご

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。	○	昔よく食べ物のおすそ分けをしていたことやその友人の方のお母さんを介護していたことなど家族様や本人様との話の中で整合性を取りながら人間関係の把握に努めているが、稀にほとんど情報を把握できない方も居る。	/	/	/	
		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。	○	本人様や家族様からの話で何処でどのような仕事をしていたかや地域でどんな役をしていたか等把握しているが、稀にほとんど情報を得れない方も居る。	/	/	/	
		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よう支援している。	△	ドライブで場所に行くことはあるが個人情報や契約の事もあるので積極的に会いに行く支援はしていない。地域のイベントや買い物先でたまたま出会うことはある。	/	/	/	
		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。	○	失礼のない対応やまた会いに來たいと思っていただける対応を心がけている。	/	/	/	
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)	○	天気の良い日少し悪くても利用者様に声をかけ希望されるなら少人数での散歩を行っている。散歩コースはお堂へのお参りや花を見に行ったり田んぼや川の鯉、池の金魚、近所の犬や猫などマンネリ化しないように工夫している。	○	○	○	重度な利用者を含め、事業所周辺を散策している。寒い日も寒いから出ないではなく、十分に厚着して散歩に行き、「寒かったねえ」とみんなで言い合える雰囲気を楽しんでいる。
		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。	×	内子町において外出支援の介護ボランティアや認知症サポーターなど地域全体として組織的に活動している団体があれば活用したいとは思っている。病院やイベント会場、お店など外出した先では個人個人の地域の方に配慮をして頂く事はある。近所の方に車椅子輸送の為にトラックを借り車椅子の方でも散歩やドライブなど気分転換が図れるように支援している。	/	/	/	
		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。	○		/	/	○	
		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。	×	かかりつけの病院や近所の医院への通院や美容院に行ったり買い物、季節のドライブなど日常生活での外出支援は職務としていますが、普段行けない場所は職務の範囲を超えているのではないのでしょうか。	/	/	/	
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。	○	職員には認知症介護実践者研修を修了した者が6名、リーダー研修修了者が1名います。BPSD発症の二次的要因である関わり方の見直し、便秘解消、気持ち良く過ごすための空間づくり、安全に過ごすための環境整備、健康状態の把握などに努めている。	/	/	/	利用者のしたい、してみたいという意思決定に沿いながら、生活の中でできることやできそうなことに挑戦してもらい、見守っている。また、その様子をアセスメントシートに記入し、職員同士で共有している。
		b	認知症の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下・平衡感覚の悪化・排泄機能の低下・体温調整機能の低下・嚥下機能の低下等)を理解し、日常生活を営む中で自然に維持・向上が図れるよう取り組んでいる。	○	個々の意思決定に基づき、機能訓練を行っている。立ち上がりや足の上げ下げ運動、食前の口腔体操、レクリエーションで歌ったり、散歩、畳んだり拭いたり、縫ったり、掃いたり等生活しながら維持・向上に努めている。	/	/	/	
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	アセスメントや担当者会議での話し合いによって、利用者様一人一人の生活に対して何のどんな支援が必要なのかは整理されていて利用者様のペースで自分の事が行われるよう努めている。	○	/	○	
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。	○	ほとんどの利用者様に関しては入所前に情報を取り入れ入所後にも本人様、家族様から情報を得てここでの生活での力の発揮や気晴らしの支援につなげている。	/	/	/	洗濯干しや食器拭きなど、利用者の意向と適性を判断しながら、作業を実施している。
		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。	○	進んでもではなく進まないようにするために利用者様の自己決定に基づき楽しみや張り合いの支援を行っている。仮に進んでも進み具合が急にならないように努めている。	○	○	○	
		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。	×	支援していない。	/	/	/	

愛媛県グループホームあまご

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
16	身だしなみや おしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つととらえ、その人らしい身だしなみやおしゃれについて把握している。	○	身だしなみとおしゃれは違うという認識です。一般概念で衛生的であることと恥ずかしい思いをしないことの支援を行い、おしゃれは自己表現自己決定という観点から本人様の色の好みや白髪染めの要望などを把握している。				毎朝の起床時に洗顔や整髪を実施している。衣服の汚れなどは気が付けばさりげなく更衣を促したりしている。重度の利用者もこれまでの好みなどを考慮して支援するように努めている。
		b	利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みで整えられるように支援している。	○	入所時には、新しい生活道具(ブラシや鏡、衣服)でなく使い慣れたものを持って来て頂くように家族様へ協力を仰いでいる。				
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員が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。	○	質問を工夫して利用者様に判断を仰いだり、表情や態度で見極めるようにしている。				
		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。	○	まずは、自分で選んでいただきその後職員が助言している。自分で選ぶのが困難な場面では職員が選んでいる。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にせず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)	○	髪のパラッシングや目やにの確認、衣服の汚れなど自立度に応じて清潔感に配慮、保持支援を行っている。	○	○	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	○	希望に応じて理美容店の利用の支援を行っている。				
		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。	○	寝たきりであっても病衣的な服は使用していない。季節に応じて出来るだけ気持ち良く過ごせる服を選んでいる。			○	
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。	△	嚥下や咀嚼に問題を抱えたり食べさせてもらう食事は嫌だと理解している。				近くに店舗がないため、食材は配達で調達している。利用者からの希望は聞き取ったうえで、季節の変わり目の献立を考える際に反映させるようにしている。食事の準備や片付けといった役割を担うことで、みんなの役に立てるという自信や達成感を持つことができ、それが他の利用者との良好な関係づくりにもつながるので、その日その日の状態にあわせながら手伝ってもらよう検討して欲しい。利用者の好みは入居前の聞き取りや、日々の摂取状況から把握している。箸やコップは使い慣れた個人のものを使用し、食器類は事業所で使いやすいものを準備している。朝、昼、晩、すべての食事を職員は利用者と一緒に摂っている。ユニットごとのオープンキッチンで、重度の利用者も含めた全員がその場の雰囲気を味わうことができる。食材係が会議で話し合いを行っており、必要に応じて医師から助言をもらっている。
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともに行っている。	×	地理的要因、献立作りの難しさ、コスト、安全や衛生面など今の基準の中で出来る範囲利用者様が参加する機会を設けている。誕生日の献立はその利用者様のリクエストを受けている。			△	
		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。	×	台所に入る利用者様が他の利用者様に対して優越感を持つこと、私ばかり何でしないといけないうのかと不満に思うことを繰り返しているので現在行っていない。また、今まで散々してきたことなのでお願いすると嫌がられることも多い。				
		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。	◎	入所前や入所後の話の中で把握できている。				
		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。	○	踏まえて食材係りが注意を払い多数の利用者様が残すことがあれば献立から外すようにしている。だんご汁、菜っ葉の煮びたしなど家庭で食していたであろう献立にしている。里芋やさつま芋、タケノコ、ワラビ、ふきのとう、カブや大根、白菜、キャベツ、豆その季節でしか取れない食材を使うようにしている。			○	
		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、おいしい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)	○	野菜を加熱してやわらかくしたり、焼き魚が食べにくい方には煮魚にしたり健康状態に応じた調理方法で行えている。形態に関しては主治医と相談しながら慎重に判断している。				
		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。	○	箸や湯飲みは個人個人の物としている。重さや長さに配慮をしている。			○	
		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。	◎	毎日一緒に朝、昼、夕食事を摂っている。			◎	
		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。	◎	オープンキッチンなのですべて伝えている。	○		◎	
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べれる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	○	栄養や摂取カロリーを気にしつつも食べれるだけ食べて頂くという方針で行っている。水分摂取量は毎日確認を行っている。栄養状態も定期的に検査を行っている。				
		k	食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	◎	主治医と相談しながら栄養補助飲料を取り入れたり、本人様がこれなら飲めるという物を提供したりゼリーにしたりして提供して水分摂取量の確保を図っているがしつこく勧めたり、無理強いはいしない方針である。				
		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。	○	食材係りが5名おり定期的に献立や注文などに関して会議を行っている。また、主治医に献立を見てもらいアドバイスを受けていたりしている。			○	
		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。	△	家庭で行う衛生管理よりはよくできているがファミレス等同等の管理は行っていない。				

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
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。	◎	勉強会で理解できている。				利用者の口腔内の健康状況は概ね把握できており、食後に声かけして口腔ケアを実施している。介助の必要な利用者は職員が確認している。義歯調整など、必要に応じて歯科医受診をしている。
		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。	○	状況の把握は概ね出来ている。			○	
		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。	○	歯科受診の際に助言を頂いている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	利用者様の自立度に応じて支援を行っている。				
		e	利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、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）	○	本人様の訴え時には確認を行い主治医に相談したり歯科受診を行っている。また、食事摂取量の低下や特定の物が食べれないなど普段の違いがある場合は確認して同様に対応している。			○	
		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。	○	歯茎の腫れや擦れの治療や義歯の調整の為の歯科受診を行っている。				
19	排泄の自立支援	a	職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能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。	○	理解は出来ているが、ほとんどの方が入所前から紙パンツやパッドを使用している。				日中はほとんどの利用者がトイレで排泄している。パッドや紙おむつの使用判断は尿量、トイレの回数、自立度を考慮しながら慎重に検討している。
		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。	○	心理、身体、生活リズムに影響を及ぼすことを理解している。一部原因は理解しているが影響について理解できていない職員もいる。				
		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）	○	排泄チェック表を使い動向把握に努めている。尿意や便意の度合い、表現できるか否か等把握に努めトイレでの排泄維持の支援に繋げている。				
		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。	○	失敗があろうがなかるうが日中はほとんどの方がトイレに座っている。パッドや紙おむつの使用の判断は慎重に行っている。また、尿量やトイレに行く回数や自立度に応じてどれを使うのか検討している。	◎		○	
		e	排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。	○	上手くいかない時は、成功した職員の方法を真似たり、原因が身体にあるのか介助側にあるのか話し合ったり、立位の保持が出来るよう運動を毎日行うなどしている。				
		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。	△	無理強いやしつこい声掛けはせず本人様の意思決定を優先するとパターンに応じた誘導や介助が困難な時もあり失敗を防げる方と防げない方との差が広がっている。				
		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。	△	軽度の利用者様の場合は本人様の好みに合わせている。オムツ類を変更する時は、担当者会議で家族様と話し合うこともあるが管理者やホーム長を交えて職員同士でしっかりと話し合い合理的な判断の元で変更することが多い。				
		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。	○	パッドの大きさや日中は紙パンツで夜間は紙おむつなど利用者様一人一人に合わせている。				
		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）	×	働きかけは行うが強制はできないので便をやわらかくする薬や緩下剤を使い主治医と相談しながら量や時間など調整しながら出来るだけ自然に近づける取り組みをしている。				
20	入浴を楽しむことができる支援	a	曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、利用者一人ひとりの希望や習慣にそって入浴できるよう支援している。（時間帯、長さ、回数、温度等）。	×	入浴日は週3回で午後からとしている。運営や現場安全、衛生面、全てのサービス提供とのバランスなどでの合理的配慮に基づき入浴日や時間を指定している。決して職員の都合ではないと断言できます。	◎		×	入浴は週3回で午後からと決めている。指定日以外でも入浴できる体制はあるが、入浴日や時間は利用者が自由に選択できる、一人ひとりの希望や習慣を考慮した入浴を実施することに期待したい。
		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。	○	利用者様一人一人が入れ替わりながら入浴している。浴室では、利用者様と職員が1対1でふれあい入浴を楽しまれている。				
		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。	○	入浴というのは生活の場面での楽しみでもあるが危険も多いことを認識して過剰に本人様の力の発揮をこの場面では求めず安心や安全を優先している。				
		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、無理強いせずに気持ち良く入浴できるよう工夫している。	○	声かけの職員を変えたり時間を置いて声をかけ直したり、同性が良いのか異性が良いのか検討して本人様の気持ちが変わるのを待つ取り組みをしている。				
		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。	◎	入浴前にはバイタル測定を行っている。健康状態が不安定になりやすい利用者様に対しては主治医から基準の指示が出ている。入浴後は、すぐに外に出たり部屋で横になったりすることを控えて頂くようお願いしている。				

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
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。	◎	何時頃から寝て何時頃に起きるのか把握できている。				利用者の睡眠パターンを把握し、薬剤を使用する利用者もいるが、その際は主治医と相談しながら使用方法や量、中止時期を決めている。
		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。	○	原因が便秘からくるのか排泄失敗を恐れての事からか、空腹感なのか、活動不足や心理状態からくるのか様々な観点で検討を行い睡眠を中心に生活のリズムの維持が図れる支援を行っている。				
		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。	◎	利用者様のここ最近の過ごし方を振り返ったり心理や身体の把握などを行い主治医と相談しながら慎重に判断を行っている。			○	
		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。	◎	座り慣れたソファや居室に帰って自由に休息を取れている。健康状態に配慮して休息を取ってもらうこともある。				
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。	○	依頼があれば電話の取り次ぎ、ボタンを押すことや手紙をポストに投函している。お礼の電話や手紙での近況報告などを勤めている。				
		b	本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。	○	決めつけていない。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	電話は自由にできる事を利用者様に伝えている。掛かってきたら子機を居室に届けている。				
		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。	○	届いた手紙類は必ず本人様に手渡しをしている。手紙の内容のことなどをさりげなく話題にしている。				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	○	家族様へは、いつでも電話をかけてきても差し支えないことを説明している。度々の電話については家族様へも協力の依頼を行っている。				
23	お金の所持や使うことの支援	a	職員は本人がお金を所持すること、使うことの意味や大切さを理解している。	○	理解できている。				
		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。	○	移動販売が週に1回来るのでそれを楽しみにしている利用者様も居る。周辺にお店がないので毎日のように買い物に出るのは困難である。				
		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。	○	お金がある方には積極的にお金を使うことを促すが、使うお金がない方への配慮も行っている。				
		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。	×	お金は大事だからこそトラブルを未然に防ぐことが大切であるという方針で、入所時に、以前の事例を伝えたり、個人でお金を持つことは控えて頂くなど事業所としてのルールを説明してご協力をして頂くようお願いしている。				
		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。	○	残金が少なくなったら家族様へ連絡したり、本人様が残金を気にしている時は十分にあることを伝えている。				
		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）。	◎	管理できる出来ないにかかわらず、入所時に家族様に預り金についての説明させて頂きご協力をして頂いている。出納簿にはレシートや領収証を添付して面会時に一緒に確認して頂いている。				
24	多様なニーズに応える取り組み		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。	△	突発的ニーズや事業所が出来る範囲のニーズに対しては十分に柔軟に対応しているつもりだが、法律の改正などから判断すると何でも引き受ける多機能化から特化型に進んでいるのではないかと考えているので多機能化には消極的である。	◎		○	利用者や家族の思いに沿い、主治医や専門医への受診や、馴染みの美容室へ行くための外出支援を行っており、その時々ニーズに柔軟に対応できるよう検討に努めている。

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
(3)生活環境づくり									
25	気軽に入れる 玄関まわり等の配慮		利用者が家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	○	玄関周辺には塀や柵などを設置しておらず広い駐車場を用意して車を降りてすぐに建物内に入れる作りである。	◎	◎	○	平屋建てで各ユニットに出入口があり、常に開放的な空間となっていて、誰でも気軽に出入りができる。
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、家庭的な雰囲気を出しており、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ごような設えになっていないか等。）	○	リビングや食堂空間は、一般的な家庭の調度品や書類のファイルが主となり完璧な整理整頓ではなく家庭的な雰囲気が出ていると思うが廊下やエントランスは写真や手作りの作品の展示を行っているが、空間の量に対して必須掲示物が多いことと車椅子など福祉用具を置いていることでやはり施設なのだと感じられる。片方のユニットに関しては壁が賑やかすぎると感じている。	◎	◎	○	冬場共用空間の大部分は床暖房を導入し、天井と床の双方向から暖気が出る暖かい空間になっている。利用者の制作した作品もきれいに飾りつけされており、家庭的な雰囲気を感じられる。天井が高く広々とした空間で、高い位置の窓からの採光があり、明るい空間を作っている。利用者の家族が作った物干しスペースには竹竿を置いており昔ながらの雰囲気が伺えた。中庭の畑では野菜を作っており、作物の種類から季節感が感じられるように工夫している。
		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。	○	テレビや音楽の音に配慮している。調光に関しては、なるべく自然光を利用した明るさを保っている。西日のまぶしさに配慮している。影の部分は照明を使い明るさを保っている。	/	/	○	
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(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。	○	ガラス戸が多くその日の天候や今の季節を外に出なくても感じられるようになっている。散歩などで積んできた季節の花を生けるようにしている。	/	/	○	
		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。	○	ソファやベンチなどを配置して一人一人が好きな場所で過ごせるようにしている。	/	/	/	
		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。	◎	鍵付きの扉を付けている。	/	/	/	
27	居心地良く過ごせる 居室の配慮		本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	入所時には、家族様に依頼している。火器以外は特に持ち込みに制限を行っていない。仏壇や机と椅子、小型テレビの設置、タンスの上の利用など生活感がある居室もあれば紙おむつの箱ばかりの居室もある。	○	/	○	利用者が仏壇やテレビ、写真など自由に持ち込み居心地が良くなるようにしている。職員も日頃の行事の写真や手掛けた作品等を飾り、温かみのある部屋を作っている。
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。	○	バリアフリーに努め、利用者様が良く使われる動線部にはむやみに物を置かないようにしている。廊下や浴室、トイレなどに手すりを設置している。	/	/	○	トイレの入口に様々な読み方やイラストで分かりやすいようにしている。居室の出入口に災害時の安否確認に使えるかまぼこ板の名札があり、自室がわかりやすいように工夫している。
		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。	○	トイレや浴室、自分の居室の認識が分かりにくい方にマークや文字を大きくしている。美味しそうなものを目線に入らないようにしている。利用者様にとってはトイレの便座が高すぎるのが難点である。	/	/	/	
		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)	△	湯呑、新聞、腸の広報誌、歌の本、ハサミやものさし、ボールペンやマジックなどはいつでも手にとれるところに置いている。大工道具や園芸用品、急須やポットなどは普通の家で頻繁に手に取るものではないので置いていない。	/	/	/	
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)	◎	理解しているので鍵をかけていない。玄関施錠は、19時以降にしている。居室に鍵はない。	◎	◎	◎	玄関にはセンサーがあり出入口には職員が音で感知できるので鍵はかけないこととしており、帰宅願望がある利用者には職員が付き添って対応するようにしている。
		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。	◎	施錠を望む家族様はいない。付き添い方法を工夫しながら安全確保に努めている。	/	/	/	
		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)。	◎	玄関にチャイムを付けている。後ろからそーっと見守ったり、何気なく近づき一緒に歩いたりその時その時の心身の状態を推測しながら対応している。	/	/	/	

項目 No.	評価項目	小 項 目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
(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。	△	入所前のアセスメント情報の病歴を見る程度で把握には至っていない。肺炎や心不全、皮膚疾患など現病気に関しては主治医より申し送りが出来ていて把握できている。				
		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。	◎	健康状態に関係なく毎朝と入浴前にバイタル測定を行っている。主治医の指示で定期的にSPO2の測定も行っている。また、健康状態の不安定な方や健康面での変化があった場合の対応については主治医への報告基準などシステムティックに連携が取れるように話し合っている。				
		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。	◎	申し送りやその場で把握した医療的な異常な状況については頻繁に相談して指示を仰いでいる。				
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。	◎	家族様に選んでいただいている。かかりつけ医が変わる場合は医師同士での診療情報提供がなされている。	◎			
		b	本人及び家族等の希望を大切にし、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。	◎	入所時にホーム内で出来る医療を明確化している。				
		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。	◎	特別な疾患にて定期的な検査が必要な利用者様以外は基本的に定期の受診ではなく往診に行っている。現況については主治医より担当者会議などで家族様へ報告を行っている。急な医療機関受診の際はまず家族様に一報入れその後結果や治療などについてわかる範囲お伝えしている。				
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。	◎	入院先の医療機関へ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。	◎	面会に行った時などに看護師や相談員に話しかけ見通しなどを話し合っている。退院前のカンファレンスに参加して情報を頂いている。				
		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。	◎	出来ている。状態によっては順番を優先して頂くこともある。				
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。	◎	職場内に看護師を配置することはしていないほとんどの。各利用者様が訪問看護stと契約している。				
		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。	◎	急変時、看取りの時など対応して頂いている。				
		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。	◎	マニュアル、システムがある。				
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。	×	投薬管理表に薬情を載せているがほとんど把握できていない。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	◎	内服薬変更の申し送りノートの活用、準備するとき、手に取る時、手渡す時に確認を行っている。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	◎	特に内服薬が変わる時は注意して観察している。				
		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。	◎	主治医より指示があれば経過や変化について報告を行っている。				

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
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。	◎	まずは、入所時に説明を行っている。経過の中でこれから予測される事態とそれにどのような対応を行うのかなどを担当者会議で話している。主治医の指示があれば家族様を交えて看取りについて話し合う機会を設けている。				直近でも複数名の看取り対応を実施している。医師と管理者が事業所近くに居住しており、速やかな対応が可能である。24時間シートを記録して、家族と共有している。医師、訪問看護、家族、職員の連携は十分できており職員教育にも努めている。
		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。	◎	何度も経験できているので共有できている。	○		◎	
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々の方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。	◎	アンケートや意見交換の場を設けたり職員だけに任せるのではなく管理者も同じことを行いストレスの軽減を行っている。				
		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。	◎	入所時やその都度説明している。				
		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。	◎	日頃から重度化や終末期への移行については意識されている。家族様や職員同士、職員と主治医、主治医と家族様との間で話が行われている。				
		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）	◎	家族様にその日その日の暮らしぶりを伝えたり記録を読んでいたいている。				
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。	○	年に2回事業所内で研修を行っている。				
		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。	○	対応の手順は決まっている。研修会で訓練を行っている。				
		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。	○	取り入れ注意喚起を行っている。				
		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。	○	情報収集に努め注意喚起している。				
		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。	○	職員や職員家族が感染した場合の対応は決まっている。利用者様にもよるが自身が感染症予防対策を取るのは難しいと感じている。家族様には貼り紙で注意喚起している。				

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。	○	入所時には、ご協力をお願いすることがあることや一緒に支えましようと言を掛けている。				家族と一緒に活動する機会を企画して声かけしている。毎月作成しているあまご便りに利用者の近況を載せて送付している。職員紹介は事業所内の掲示板を利用して知らせている。面会時に積極的に声をかけ、家族アンケートをとることで家族の意向を把握するように努めている。
		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）	○	失礼のないように対応を心掛けている。他人行儀になり過ぎずかといって厚かましくなりすぎずを心掛け、家族様は、本人様と一緒に支える存在として対応を行っている。				
		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）	○	散歩や食事介助、一緒におやつを食べる、外出や外食、ホーム内での行事参加を一緒にして頂くこともある。	◎		○	
		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）	○	月に1度は写真付きのあまごだよりを発行して各利用者様の家族様に近況報告を行っている。来訪時には暮らしぶりの報告を行っている。	◎		○	
		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内容を把握して報告を行っている。	○	担当者会議や面会の時にありのままで報告するように努めている。逆に新たな情報を得られることもある。				
		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）	○	本人様や家族様からこれまでの関係を伺うことはあるが積極的に間に入って良い関係を求める事はしていない。ただし認知症介護に関することについては働きかけは行っている。				
		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）	○	運営に関して報告する事柄があまりないので都度に行っていない。去年、職員紹介の掲示を始めた。	○		○	
		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）	○	年に1回、一緒に推進会議への参加や一緒に会食を行う機会を作っている。地域密着型なので家族様同士がすでに面識があることがほとんどである。				
		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対応策を話し合っている。	○	暮らしの中で利用者様に起こる事象についてはサービス計画書の中身でお知らせしたり担当者会議や面会の時などにお伝えするようにしている。				
		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。	○	担当者会議や面会時に何かありませんかと伺っている。管理者が居ない時でも職員に伝えて頂くようお願いしている。			○	
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。	◎	変更時は、契約者お一人お一人に電話や文書での説明を行い同意を得ている。				
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	退去の規定は契約書に定めている。				
		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）	×	2年以上変更していないので行っていない。				

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
Ⅲ.地域との支え合い									
39	地域とのつきあいやネットワークづくり ※文言の説明 地域：事業所が所在する市町の日常生活圏域、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	◎	設立時に戸別に訪問を行い事業説明を行っている。	/	◎	/	管理者や職員が事業所地域に居住しており、地域の役割を担っているため、日頃から地域住民とは密接な関わりがある。
		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）	◎	運営者及び主治医や管理者、職員は事業所の近くに住んでいる。自治会や自治区の区長や会計、その他の役員、お宮の総代、地域の小学校のPTA会長、自治区内でのサロンの開催、消防団への加入	/	○	◎	
		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。	×	元から御被地域全体で支えて頂いています。過疎の地域なので今後増える事はないと思います。	/	/	/	
		d	地域の人が気軽に立ち寄ったり遊びに来たりしている。	○	散歩の休憩や利用者様に用事があって立ち寄って頂いている。遊びにはきませんが玄関先で話している場面はあります。	/	/	/	
		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。	◎	運営者及び主治医や管理者、職員は事業所の近くに住んでいる。	/	/	/	
		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）	◎	散歩道に空地を整備してあずまやを作ってもらったり散歩の見守り、花を自由に摘ませて頂いたり、近所の人にお米の管理や無料で野菜の配達や事業所が開催する花火大会や懇親会の時には花火を上げて頂いたり田楽を作ってもらったりしている。	/	/	/	
		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。	△	昔は地域資源が多くあったと思うが今は少なくなったと思われる。	/	/	/	
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができるよう、日頃から理解を拡げる働きかけや関係を深める取り組みを行っている（公民館、商店・スーパー・コンビニ、飲食店、理美容店、福祉施設、交番、消防、文化・教育施設等）。	○	毎年認知症講演会を開催して地域での啓発活動を行っている。近所の方から認知症についての質問を受けることもある。内子町ではグループホーム連絡会を作っていて共同で勉強会や運動会、情報交換会などを行い交流を図っている。	/	/	/	
40	運営推進会議を活かした取組み	a	運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。	○	当事者の参加が一番望まれるが今のところ当事者参加は出来ていない。他は出来ている。	◎	/	△	家族や近隣の自治会長が運営推進会議のメンバーである。利用者の参加が見られないので、日程調整を工夫する等、今後の取組みに期待したい。利用者や地域の声を会議に反映させたいという思いを持っており、今年度よりサービスの実際や取組み状況について詳しく伝えるように改善した。さらに、現在参加していない近隣住民に協力を得ながら、事業所と地域をつなぐ運営推進会議へと幅が広がることに期待したい。
		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。	○	事業所内でのサービスの流れや近況報告、研修報告、虐待や身体拘束についての話し合いが行われている。サービス評価に関しては書いてある内容が難しいという意見が多い。	/	/	◎	
		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。	○	継続性のある議題については経過や結果の報告を行っている。推進会議では地域の情報を提供してもらうこともある。	/	◎	△	
		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。	○	自治会長や自治会の事務局と連絡を取って日程調整を行っている。テーマによっては参加者が増えることもある。	/	◎	/	
		e	運営推進会議の議事録を公表している。		各ユニットの玄関に閲覧できるようにしている。推進委員には、議事録をお渡ししている。	/	/	/	

項目 No.	評価項目	小 項 目	内 容	自己 評価	判断した理由・根拠	家族 評価	地域 評価	外部 評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
IV.より良い支援を行うための運営体制									
41	理念の共有と実践	a	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、代表者、管理者、職員は、その理念について共通認識を持ち、日々の実践が理念に基づいたものになるよう日常的に取り組んでいる。	◎	意義を踏まえた理念だと思います。何をするのが具体的に示されているので共通認識を持ち取り組んでいると思います。				
		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。	◎	具体的であるので読んでいただいたら私たちが何をするのが分かると思います。	○	○		
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。	○	取り組んでいる。認知症介護実践者研修受講を勧めている。				年1回の面談で職員の話を聞くようにしている。社会保険労務士にも相談しながら就業環境の向上に努めており、労働基準法改正も考慮して有給休暇の確実な付与といった体制を整えている。管理者は、スタッフのモチベーションを上げるようなことがまだまだできていないと考えており、今後の取組みに期待したい。
		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。	○	その場その場での対応の振り返りを一緒に行っている。座学、グループワーク、体験型など身につける内容によって工夫している。				
		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。	○	把握して努めている。				
		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)	◎	内子町グループホーム連絡会にて交流の機会を作っている。				
		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。	△	一人一人に必ず声を掛ける。コミュニケーションを多くとる。自分も現場で実践を行う。職員の提案を実践する。	○	○	△	
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。	○	理解している。				最近スピーチロックなど言葉による抑制にも気をつけてケアを実施している。研修の実施により不適切ケア等の理解はあるが、対応方法や手順までは完全に共有するまでに至っていない。
		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。	○	事業所の力で出来ることと出来ないことについて意見を交わす機会を作って無理な介護にならないように心掛けている。				
		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が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。	○	知っている方と知らない方がいます。			△	
		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。	○	ストレスの原因は、利用者へのケアではなく運営者の方針や振る舞い、責任感からくるのだと認識している。ケア側として出来ること出来ないことをはっきりさせている。				
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。	○	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。	◎	身体拘束廃止委員会を中心に全職員と話し合う機会を作っている。				
		c	家族等から拘束や施設への要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	×	要望がないので事例はないがそもそも弊害の説明よりもこれは人権や尊厳の問題だと思っています。				

愛媛県グループホームあまご

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
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含め理解している。	△	認知症介護実践者研修受講者は学ぶ機会があり理解できているが研修を受けていない職員は学んでいません。一般的には行政が地域住民に啓発する内容だと思っています。				
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	△	行政の担当だという認識なので積極的に支援は行っていません。				
		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。	△	グループホームの運営者及び職員にそれを求めるのは筋違いだと認識しているので連携体制は築いていません。既に制度利用されている利用者様に対しては必要な支援を行っている。				
46	急変や事故発生時の 備え・事故防止の 取り組み	a	怪我、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等利用者の急変や事故発生時に備えて対応マニュアルを作成し、周知している。	◎	作成、周知や勉強会を行っている。				
		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。	○	定期的に救命救急の訓練を行っている。				
		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。	○	書類作成過程で当事者以外の職員も発生防止への意見を求めて予防に努めている。				
		d	利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。	◎	12月に2時間半かけて検討会を行いました。				
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。	×	苦情があれば職員はそれを管理者に報告して管理者が責任者となり対応に当たる仕組みにしている。今のところ事例がありません。				
		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。	×	今のところは事例がありません。有れば速やかな対応を行い解決したいと思います。				
		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。	×	今のところは事例がありません。有れば速やかな対応を行い解決したいと思います。				
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)	○	金銭の所持や金銭紛失の事で利用者様から苦情がありましたが直接本人様と話し合いを行い家族様の協力もあって解決しました。			○	意見箱の設置や苦情相談窓口について周知できている。利用者には日々の関りの中で要望などを聞いており、家族からは面会時に意向を伺ったり、面会簿に意見を記入してもらうようにしている。家族がどうすれば意見を言いやすいか、常に意識して関わっている。職員にはアンケートを実施し、有給休暇の取得希望や看取りの不安などを確認し、運営に反映している。
		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)	○	契約時に苦情相談窓口についての説明を行っている。推進会議や面会時に個別に伺う機会を作っている。	◎		○	
		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。	×	契約後は公的機関の窓口の情報提供は行っていない。				
		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。	○	作っている。				
		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。	○	アンケートを取ったり、就業中に話しかけたりともに介護を実践する中で機会を作っている。			◎	

愛媛県グループホームあまご

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
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。	○	取り組み目的については理解しているが目的達成の手段としてこれに意義を感じていない。				現在取組みモニターの機能はなく、サービス評価についても出てきた課題や意見を反復継続して確認することが望まれる。
		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。	×	内容が数字や断定的表現、具体性に欠けているのでどう評価してよいか分からない項目が多いので活かすことが出来ない。				
		c	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて実現可能な目標達成計画を作成し、その達成に向けて事業所全体で取り組んでいる。	×	利用者様の生活の質の維持や向上への手段は何なのか自事業所で考え取り組みたいと思っています。				
		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。	×	当事業所の課題については、推進委員や家族様に報告を行い今後の事業所の取り組みについてや取り組みの進捗具合についても報告したいと思っています。	○	○	×	
		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。	×	何回か前のときはそうしました。前回は次のステップへ向けて期待したいことがありませんでした。				
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)	○	水防法改正に伴い今あるマニュアルの改訂を行っています。現在のマニュアルは玄関に掲示している。				夜間災害については連絡網を利用することになっている。自治会や消防団との連携もとれている。
		b	作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。	×	様々な時間帯には実施していないが訓練方法を工夫することで実効性を上げていきたい。				
		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。	○	設備点検報告書は年に2回提出している。非常食や物品に関しては点検は行えているが管理方法が難しいので工夫したいと思っている。				
		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。	○	推進会議の中で地域の方と何処からどれくらいの土砂がくるかやどこが先につかるのかなど話し合う機会を持っている。消防団や消防署の方にはホーム内に入って頂き建物内部を知って頂いている。	○	○	○	
		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)	△	立地的にまずは、災害後の自助力(水、電力、人の確保)を付ける事が大切だと考え取り組んでいる。				
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)	○	毎年講演会を開催して啓発を行っている。				地域の人々からの質問に回答したり、地域包括支援センターへつないでいる。町や地域包括支援センターからの急な依頼にも可能な範囲で対応しているが連携はまだ不十分な面もあるので、将来的にはより多くの機関と地域活動の協働ができることを期待したい。
		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。	○	サロンや自治会や自治区の会合、消防の点検日などで話を聞く機会がある。		△	○	
		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)	○	運営者が地域のサロンを開催している。				
		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。	×	受け入れ要請があれば協力したいと思っている。				
		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)	△	小規模事業所なので背伸びをせず出来る範囲で行うことを心掛けている。			△	