

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

I. その人らしい暮らしを支える

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

II. 家族との支え合い

III. 地域との支え合い

IV. より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—

新型コロナウイルス感染防止対策を十分おこない
訪問調査を実施しております

【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	愛媛県松山市三番町6丁目5-19扶桑ビル2階
訪問調査日	令和5年10月25日

【アンケート協力数】※評価機関記入

家族アンケート	(回答数) 11	(依頼数) 17
地域アンケート	(回答数) 2	

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

※事業所記入

事業所番号	3873400273
事業所名	グループホーム久万いこいの郷
(ユニット名)	ぐり
記入者(管理者)	
氏名	上野 美枝子
自己評価作成日	2023 年 9 月 30 日

<p>【事業所理念】※事業所記入</p> <p>いつも笑顔で行動はゆっくりと一緒に楽しく</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</p> <p>新型コロナウイルスの感染を予防し、健康で安心した生活ができる。 ⇒管理者は感染症対策の学習の機会を設け、注意喚起の文書を全職員に配布している。また、必要と思われる防護用品や検査キットを備蓄し、すぐに使用できる状態にしている。職員は自らの健康管理に努め、出勤時の検温、同居人の健康管理を行い、県をまたいで移動は施設管理者の許可を得て行うようになっている。 施設の中で生活を充実させる ⇒中庭に花を植えたり、野鳥を餌付けするなど、ベランダで楽しむ環境がある。外出支援は久万高原町の交通利用券を活用して、車いすのかたにもドライブなどを楽しんでいた。また、個別にドライブを行い、季節を感じていただける支援ができた。 利用者同士が互いにつながりを感じることができた。 ⇒この新聞は令和3年度は5回発行し、御家族様、地域の行政・医療機関等に配布した。 新型コロナウイルス感染期には検査室での面会を再開し、それ以外の期間は方々赴きの面会、オンライン面会を実施した。 令和3年8月に施設のLINEアカウントを取得し、お友達登録を呼びかけ、30名の登録をいただいている。令和4年5月に光回線の工事が完了し、ビデオ通話が円滑にできるようになり、多くのご家族様に利用していただいている。 職員全員が学習する機会を持ち、スキルアップをすることができる。 ⇒愛媛県在宅介護研修センターの動画配信講座を活用して、延べ27名が受講。職員ひとりひとりのスキルアップにつなげている(その他、愛媛県内で行われた外部研修に参加者6名) また、令和3年度は1名、研修を受けやすいように勤務をあらかじめ調整して介護福祉士実務者研修を受講し、2名が介護福祉士国家試験に合格した。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】</p> <p>全体会時に行う勉強会や外部研修、e-ラーニングでの学習等、職員が勉強する機会を多くつづけている。</p> <p>自宅で大切に世話をしていたお盆の盆裁を持参して世話を続けられるよう支援しているケースがある。自宅で晩酌をしていた利用者については、本人が「飲みたい」と希望するタイミングに、家族と相談してお酒を用意している。食事前には他利用者にご飯よしと声をかけに行ってくれるような利用者がいる。食後に煙草で一般する利用者があり、ベランダに喫煙所を設けていた。</p> <p>現在、半数が男性利用者であり、男性利用者同士も会話を楽しめるよう、職員は、共通点を見つけて「同じ生まれよ」「仕事も同じよ」と話のきっかけをつづけている。</p> <p>久万高原町の交通利用券を使用してドライブに出かけており、運転手の人々が紅葉の見ごろや見物に良い場所を教えてくれている。</p>
--	--	---

評価結果表

【実施状況の評価】

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

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
I. その人らしい暮らしを支える									
(1) ケアマネジメント									
1	思いや暮らし方の希望、意向の把握	a	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。	◎	施設サービス計画作成前に意向確認を本人や家族に行い、計画に取り入れている。	◎	◎	◎	ケアマネジャーは、介護計画作成前に、日々利用者とかかわる職員に聞き取りを行い、本人の希望や意向を探っている。
		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。	◎	複数の職員や家族に聞き取りを行い客観的にニーズを導き出している。				
		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。	○	入所時に身元引受人や家族、医療機関から生活歴を聞き取り、推測されるニーズを協議している。また、身元引受人以外の面会者にも聞き取りを行っている。				
		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。	○	施設サービス計画の1票に可能な限り本人の言葉で意向を記載している。その他本人の要望等があれば申し送りやアセスメントシートを活用し、情報共有している。				
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	○	本人の言葉や態度から思いをくみとることができるよう、ユニット内で情報を共有し、「かもしれない」を複数パターン想定し対応している。				
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	◎	入所前や契約時に家族や居宅支援事業所から生活歴を聞きとっている。			◎	入居時に利用者や家族から生活歴と、馴染みの暮らし方、習慣やこだわりなどを聞き取り、基本情報シートの項目(入浴、食事、排泄、睡眠等)に沿ってまとめている。
		b	利用者一人ひとりの心身の状態(身体面・精神面)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。	◎	家族、主治医、居宅支援事業所への聞き取りや本人への聴き取り調査を行い施設独自のアセスメントシートで細かく分析している。				
		c	利用者一人ひとりの日々の過ごし方や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に努めている。(生活環境・職員のかかわり等)	○	ケース記録で日々の過ごし方を把握し、特別変わった様子があれば申し送り等で把握している。				
3	チームで行うアセスメント(※チームとは、職員のみならず本人・家族・本人をよく知る関係者等を含む)	a	把握した情報をもとに、本人が何を求め必要としているのかを本人の視点で検討している。	○	ケアプラン作成前には事前に本人に意向確認を行い(ある程度の意志決定能力のある利用者)、サービス担当者会議では基本情報をもとに一人一人のニーズを導き出し、目標設定を行っている。			◎	サービス担当者会議前に、基本情報シートの項目に沿って、現状を記入し、入居前の暮らし方や習慣、こだわりとともに現状を確認しながら本人が求めていることを検討できるようにしている。
		b	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の把握に努めている。	○	サービス担当者会議で課題を明らかにしている。主治医や家族に意見を求め課題分析を行うこともある。スケジュールを調整し病院で主治医、家族、施設職員で会議を開催したこともある。				
4	チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画	a	本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。	○	本人への聞き取りやアセスメントに基づきおおよそ意向は反映できている。				
		b	本人がより良く暮らすための課題や日々のケアのあり方について、本人、家族等、その他関係者等と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映して作成している。	◎	職員や本人が少し頑張れば実践可能なサービス内容で実施している。家族にも説明をし支援のヒントやアイデアをいただき、無理のない範囲で協力をいただいている。	○	○	○	落ち着いた状態の利用者への対応について、家族から「いつでも電話してもらったら」と言ってもらっており、利用者の気持ちが落ち着くような支援を介護計画に採り入れて、家族と一緒に支援しているケースがある。
		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。	○	日々の暮らしの中で慣れ親しんだ家具、味覚、音楽に触れられる生活の支援を行うことが当施設の標準的な支援方法となっているため、あえて計画には入れていないことが多い。				食欲が低下している利用者について、家族から「本人の好きなものを持ってきましようわい」と言ってもらい、介護計画に採り入れて、家族と一緒に食事の支援を行っているケースがある。
		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。	○	事前に家族の了解を得て、施設サービス計画の担当者欄に「家族」と記載し、協力をいただいている。				
5	介護計画に基づいた日々の支援	a	利用者一人ひとりの介護計画の内容を把握・理解し、職員間で共有している。	○	ユニット全体で協議して目標設定をしており、そのためのサービスであることを職員は理解している。			○	個人記録のファイルに介護計画書を綴じて共有している。
		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個別具体的に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。	○	ケアの実践ができなかった場合はその理由をケース記録や状況報告書に記載し必要に応じてサービス内容の変更を行っている。			○	日々のケース記録に◎と記し、実践状況を記録している。 ケアが実践できなかった場合は、その理由を書くようになっているが、記入は少な目のようだ。

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。	◎	6ヶ月以内に計画の見直しを行うほか、状態に変化が生じた場合には随時計画の見直しを行っている。			◎	利用者の状態や支援内容によって、期間(最長で6か月)を定めている。ケアマネジャーが一覧表を作成して、責任を持って期間を管理している。		
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	○	月末にユニット会を行い担当者やユニットリーダーに確認を行い変更の必要性の確認を行っている。			◎	利用者個々の担当職員が毎月、介護計画の実施状況をまとめた状況報告書を作成して、現状確認を行っている。(ケアが実践ができていなかった場合の理由を職員に聞き取り記入している)		
		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。	◎	健康上特別な管理が必要になった場合やADLに大きな変化が見られた場合には直に見直しを行い、新たな計画について説明を行い同意をいただいている。			○	この一年間では、看取り支援時や骨折などに伴う身体状態変化時に計画を見直した事例がある。		
7	チームケアのための会議	a	チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、定期的、あるいは緊急案件がある場合にはその都度会議を開催している。	◎	定期的な会議のほか、事故発生後や、事故発生リスクが高い状態、大きな状態の変化がありサービス内容が現状に即していない場合などは緊急にカンファレンスを行っている。			◎	毎月、月末に全体会(職員会議)を行っている。また、別の日にユニット別のケアカンファレンスを行っている。		
		b	会議は、お互いの情報や気づき、考え方や気持ちを率直に話し合い、活発な意見交換ができるよう雰囲気や場づくりを工夫している。	◎	日頃より意見を言いやすい関係を作っている。10日程度前より、カンファレンス予定を伝え、一人一人に内容を事前に考えておいてもらえるようにしている。						
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫するとともに、参加できない職員にも内容を正確に共有している。	○	多くの職員のアイデアをサービス担当者会議で取り入れられるよう、参加できない職員より事前に気づき事項の聞き取りや書面で見えを受け取ったりしている。				○	全体会は、月末の平日(給料支給日(手渡し))に行い、集まりやすい15時から行っている。ユニット別ケアカンファレンスは、その日の勤務職員で行っている。ともに、職員全員が議事録を確認して押印するしきみをつくっている。	
8	確実な申し送り、情報伝達	a	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)	○	申し送りノートに記載し、「○○様、病状受診。詳細はケース記録(健康チェック表)参照」等の記載をし、ケース記録には行頭記号を付け見やすいようにしている。閲覧後はサインをするようにしている。			○	申し送りノート、業務日誌で申し送っている。申し送りノートを確認した職員は、サインするしきみをつくっている。		
(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。	○	「畑をしたい」「家族と電話をしたい」「買い物をしたい」などの要望に応じておむね対応できている。						
		b	利用者が日々の暮らしの様々な面で自己決定する機会や場をつくらせている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)	○	入浴の実施時間、衣類や飲み物の選択など機会は少ないが自己決定を促している。				○	花壇に植える花を利用者と一緒に決めたり、個別の買い物の際は、「どのスーパーにする?」と本人に決めてもらい支援している。	
		c	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)	○	起床から就寝まで個々のスタイルを大切に、自分でできる時間の長さやタイミングで提供している。						
		d	利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	感情表を出しやすくするように職員が意図的に視線を送ったり、隣に座ってゆっくりと話しかけたりしている。					○	利用者は、洗濯物干し、掃除等のほかに、職員と一緒におむつを運んだり、紙を切つてメモ帳をつくったりしており、職員は、その都度、「ありがとう」「助かったよ」とお礼を伝えている。
		e	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ができるよう支援している。	○	表情以外にも、食欲や睡眠状態などの変化に気づくことができるよう記録様式を作り、日々のケアに生かすことができるシステムを構築している。						
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。(人前であらかじめ介護や誘導の声をしないよう配慮、目立たずさりげない言葉かけや対応等)	○	年に2回程度、権利擁護や高齢者虐待、身体拘束に関する勉強会や適切なケアへの自己啓発に取り組んでいる。また、トイレ誘導などデリケートな場面では周囲に配慮した声かけができています。			◎	◎	全体会時に行う勉強会や外部研修、e-ラーニングでの学習等、職員が勉強する機会を多くつづけている。認知症について、身体拘束や虐待防止について等の研修で人権や尊厳についての学びを深めている。ケアマネジャーは「利用者には嫌な思いをさせない」ことを職員によく話している。	
		b	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。	○	入浴や排泄介助時にはカーテンやドアを閉めて「見せない」「臭いを漏らさない」介護を実践している。						
		c	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。	○	利用者様が居室に入るときにはノックを許可をいただいでから入室している。また、利用者が居室にいない時に掃除やシューズ交換を行う際には居室に置いてあるものの配置を変えないよう、不必要な入室を避けるようにしている。					○	管理者は、利用者に声をかけてから入室をしていた。
		d	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。	○	職員全員が入職時に個人情報の保護に関する誓約書にサインし職務にあたっている。また、個人情報第三者に話すことを禁止する旨、全体ミーティングやユニット会においても職員に注意を促している。						
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、利用者にも助けを求めたり教えてもらったり、互いに感謝し合うなどの関係性を築いている。	○	山菜の下ごしらえや洗濯、掃除、畑の整備など様々な創作活動やレクリエーションなどで利用者にもリーダーシップをとっていただけの機会を設けている。						
		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。	○	利用者様同士で交友関係を作ることやQOLが向上した事例を職員が実感し、日々の職務で活かされるよう心掛けている。						
		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)	○	食事のときの席配置の工夫をし、トラブルを回避したり、仲の良い利用者様同士の交流ができるようにしたりしている。トイレや洗面所などでトラブルが起きないように時間をずらして誘導するなどしている。					◎	皆でわいわいと楽しむ時間を好む利用者が多いユニットでは、利用者のちょっとしたエピソードを皆で喜んで共有したりできてきたよう支援している。家族が子供の写真を送って来てくれた際には、他利用者も「見せて見せ」「かわいいなあ」と一緒に喜んでくれたようだ。現在、半数が男性利用者であり、男性利用者同士も会話を楽しめるよう、職員は、共通点を見つけて「同じ年生まれよ」「仕事が同じよ」等と話のきっかけをつくっている。
		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。	○	利用者同士のトラブルは大きな問題にならないよう早期発見して対処している。						
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や馴染みの場所などについて把握している。	○	家族や親せき、信仰上の付き合いを把握している。						
		b	知人や友人等が気軽に訪れたり、本人が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たりなど、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。	○	身元引受人さま以外の親戚や知人に面会に来ていただいたり、LINEお友達登録をさせていただき、オンライン面会を実施している。重度の利用者様については馴染みの方の面会に来ていただき、交流を持ってよう支援している。						
13	日常的な外出支援	a	利用者(および意思表示が困難な場合はご家族)の希望に沿って、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)	○	買物や花見、紅葉狩りなどの行先は利用者様の希望を聞いてを実施している。時間帯についてはある程度施設で調整させていただいている。			○	ベランダや中庭には、居間から自由に出ることができ、昼食後には、麦わら帽子をかぶり、椅子に座ってウトウトしながら日光浴をしている利用者もいる。周辺を散歩したり、買い物を支援したりしている。久万高原町の交通利用券を利用して、ドライブに出かけており、運転手の人が桜や紅葉の見ごろや見物に良い場所を教えてくれている。		
		b	家族、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。	◎	親しい人の葬儀や金融機関での手続き、通院や里帰りなどご家族様に協力をいただいで外出や外泊の支援をしている。						

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	○	認知症を理解するための動画研修を全職員に受けさせており、声かけの方法や接し方を工夫する取り組みをしている。成功した事例を共有し、日々の介助に応用している。				中庭の整備や花の世話、家事を行うことを介護計画に採り入れて支援している。 テーブルを囲んで風船ゲームをしたり、皆で体操したりして室内で体を動かす時間を持っている。
		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。	○	認知症や高齢者特有の機能低下への理解は職員によってばらつきがある。より理解や経験のある職員がリーダーシップをとれる体制を作り、利用者様の持っている力を活かした機能維持に取り組んでいる。				
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	△	利用者の持っている力を過小評価する傾向の強い職員が多くおり、介助しすぎる傾向がある。	○		○	
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。	○	レクリエーションや創作活動への参加、掃除など個々の能力に応じた役割や楽しみの提供ができています。				自宅で大切に世話をしていた松の盆栽を持参して世話を続けられるよう支援しているケースがある。 自宅で晩酌をしていた利用者については、本人が「飲みたい」と希望する時のために、家族と相談してお酒を用意している。 食事前には他利用者に「ご飯よ」と声をかけに行ってくれるような利用者がある。 食後に煙草で一般する利用者があり、ペランダに喫煙所を設けていた。
		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、ホームの内外で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。	○	運営推進会議に家族(子)と共に参加され親としての役目を感じていたり、家事への参加を促したりするなど、役割づくりをしている。	○	◎	◎	
16	身だしなみやおしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つと捉え、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。	○	衣類や髪形は本人の希望で決定している。困難な方は家族に聞き取りを行い、好みの色の衣類を持って来ていただいている。				利用者はそれぞれに清潔で似合う服装で過ごしていた。 家族が散髪に来るようなケースがある。 入居時には、洋服等「本人が使用していたもの」を持参してもらっている。 家族が用意してくれた大き目の卓上鏡を居室に置き、毎日、鏡を見ながら髪を整えている人がいる。
		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に整えられるよう支援している。	○	散髪時には自分の好みの髪形を職員、美容師、理容師に伝えて整髪してもらっている。衣類や持ち物にもこだわりがあり自己決定が可能な利用者様には選択を促している。				
		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。	○	職員が衣類を2組用意し本人が選択しやすいよう支援している利用者がある。				
		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。	◎	衣替えは担当介護職が行っている。その場にふさわしい衣類を着用できるよう支援している。また、家族様に衣類の購入の依頼をしたり、カタログで本人の好みの靴を選んでいたたりしている。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	○	鏡を見て自分で清潔が保てるように働きかけている。衣類等は、洗濯しても取れない汚れのあるものは利用者様と家族様の了解を得て買い替えをしている。	○	◎	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	○	2か月に1回程度、理容師、美容師に来ていただき利用者様の好みでどちらかを選択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。	○	肩関節に拘縮があったり、表皮剥離の危険性の高い状態であったりする利用者様以外は朝夕の整容や着替えの支援をしている。			◎	
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。	○	栄養的なことや楽しみとしての食事ととらえることができ、職員も同じものを食べ食事の質向上に取り組んでいる。				調理専門職員が地元スーパーや産直市などに食材の買い物に行き、調理をしている。 献立は、利用者の希望も聞き取り入れている。利用者は、下膳をしたり、食器拭きやテーブル拭きをしている。 山菜がよく採れる早春から初夏にかけては、利用者は下ごしらえに忙しいようだ。 入居時に、アレルギーなどについて確認して健康状態アレルギー質問票に記入している。 近くの産直市で地元の食材を購入し使用している。 季節行事時には、行事食をつくり、利用者に懐かしい芋炊きや山菜を使った献立などを採り入れている。 入居時には、自宅で使用していたものを持参してもらっている。その後は、利用者に合ったものを事業所で用意し、個人用として使用している。 現在、職員は、利用者の介助をしたり、少し離れた場所でも同じものを食べながら見守りしたりしている。 調理専門職員が片方のユニットで食事をつかっており、料理をつくる様子が見えたり、おいがしたりする。 退院後、ミキサー食で食事をしていた利用者について、新しい職員が、義歯の状態や噛む力等があることに気づき、食事形態の改善に取り組んだような事例がある。利用者は、食事を噛んで飲み込むことができるようになり、それに伴い、よく食べるようになって、「おいしい」「そうなのがお腹いっぱい」等食欲が増えているようだ。 両ユニットの献立担当職員と管理者が月に一回、口頭で献立に関する話をしている。毎朝、牛乳を付けるようにしている。
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	△	献立作りや後片付けにはある程度利用者様の協力をいただいているが、食材選び、調理はほとんど職員が行っている。			○	
		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。	○	簡単に短時間で達成感を得られるような野菜の下ごしらえなどしていただくことがある。				
		d	利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。	○	本人や家族から聞き取りを行い把握し、職員間で情報共有できている。				
		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て、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。	◎	野菜や旬の果物を提供し、季節感を味わっていただいている。また、季節の行事食や果物を提供し、話題作りにも役立っている。			◎	
		f	利用者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせて調理方法として、おいしいよ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)	◎	利用者様の摂取量や嚥下、咀嚼状態、本人の希望を取り入れ、食形態を固定化しないで、日々提供方法を変えている。				
		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。	○	入所以前に自宅で使っていた茶碗を持って来ていただいた利用者様がいる。			◎	
		h	職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事と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。	△	COVID-19流行以前は、利用者と一緒に食事を取り、サポートを行っていた。現在は感染予防の観点から、職員は対面にならないよう、少し離れた場所で見守りしながら食事をしている。			△	
		i	重度な状態であっても、調理の音やにおい、会話などを通して利用者が食事が待ち遠しくおいしく味わえるよう、雰囲気づくりや調理に配慮している。	○	昼・夕は別ユニットでの調理をしているが、ユニットで温めなおしや配膳を行い、工程を楽しんでいただいている。			◎	
		j	利用者一人ひとりの状態や習慣に応じて食べられる量や栄養バランス、カロリー、水分摂取量が1日を通じて確保できるようにしている。	◎	体重の変化や食事・水分摂取量を記録し、過不足がないよう管理できている。1日単位、月単位での栄養管理を行っている。			◎	
		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。	◎	摂取量の少ない利用者に対して、ゼリーやスポーツドリンク、栄養補助食品などの提供を行い、回数を増やすなどの特別な対応を行っている。また、家族に協力をいただき、好みの菓子の提供などの支援もしている。				
		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。	○	献立担当が各ユニット1名あり、マンネリ化しないようにユニット内の意見を取りまとめ、2名で協議して決定している。栄養士のアドバイスは受けていない。			○	
		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。	◎	調理員、介護職に食中毒や感染症対策の勉強会を施設内で行い、注意喚起を行っている。				

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	
18	口腔内の清潔保持	a	職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。	○	口腔ケアのチェック表を作成し、毎食後口腔ケアをおこなっている。				口腔ケアを行う利用者については、職員が目視している。また、たびたび手を口に持っていき等、気になる仕草などがあれば口腔内を見せてもらい、必要時には歯科医につなげている。	
		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。	○	毎日口腔ケア時に確認をしている。定期的な訪問歯科診療を受け、メンテナンスをしてもらっている利用者もいる。			○		
		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。	○	訪問歯科診療時にアドバイスを受けている。					
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	一部に義歯の管理にこだわりがある利用者様がおられ、手入れが困難な状態であるが、その他の利用者さまについては管理できている。					
		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、歯科医の受診等)	○	自分で口腔ケアをされた後に職員が義歯を預かり磨きなおしたり、歯磨きティッシュでふき取りを行う時に口腔内の確認をさせていただいている。年2回程度の歯科医のメンテナンスを受けている。					○
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。	○	可能な限りトイレで排泄できるよう支援を行っている。				排泄状況をみながら必要時に話し合いを行い支援している。	
		b	職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。	◎	食欲不振や不穏などの状態と未排便の日数に関係があることを理解し、水分摂取支援や緩下剤で調整するなどの支援を行っている。					
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	◎	排泄チェック表で把握し、排便前のイライラや落ち着かないことがあるなど利用者ごとに兆候を把握できている。					
		d	本人がトイレで用を足すことを基本として、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)使用の必要性や適切性について常に見直し、一人ひとりのその時々状態にあった支援を行っている。	○	トイレでの排泄を基本とし、紙パンツやパッド、おむつの使用、協議についても適切であるかユニットで協議している。		◎			○
		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。	○	「場所がわからなくなった」「利尿剤・緩下剤の影響」動作がわからなくなったなど、原因を探り、定期的な声かけやトイレの場所を大きく表示する、夜間の頻尿対策では、日中に足を上げる時間をとるなどの取り組みを行っている。					
		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。	○	19-c、d、e参照					
		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、どういった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。	○	施設で提供するパッドの種類、サイズを豊富に用意している。また、家族様が購入したものを使われている方もおり、個々の状況に応じた選択肢がある。					
		h	利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。	○	個々の能力に応じた下着やオムツ使用ができている。長時間の外出時や下痢が続くときのみ紙パンツを使用される利用者様もいる。					
		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)	◎	未排便が続くと牛乳や水分を余分に提供して排便を促している。					
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)。	◎	日中で希望の時間に提供している。長さや温度はその都度利用者様の希望に沿った方法で提供できている。		◎		3日に1回、入浴を支援している。利用者によっては、お風呂セットを居室に用意している人がいる。利用者ごとにお湯を張り替え、入浴剤を入れることもある。	
		b	一人ひとりが、くつろいだ気分が入浴できるよう支援している。	◎	家庭の一般的な浴室とほぼ同じ作りで、好みの入浴剤を入れるなどして個浴をゆっくりと楽しんでもらっている。					
		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。	○	羞恥心に配慮し、個々の状態に応じて必要な介助を行っている。					
		d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。	◎	現在、入浴を拒まれる利用者様はおられず、皆さまが入浴を楽しみにされている。					
		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チェックを必ず行っている。また、入浴後の水分摂取支援や状態観察を行っている。					
21	安眠や休息の支援	a	利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。	○	日中の活動や健康状態、精神状態によって日々変動があり、睡眠パターンがない利用者様もいる。入眠、起床時間は個々に違っており、日中の活動に影響がない範囲での睡眠が取ればよいととらえている。				薬剤を使用する利用者については、主治医と相談しながら支援している。眠りが浅いような利用者については、介護計画に「朝日を浴びる」ことを採り入れ、安眠支援に取り組んでいる。	
		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。	○	夜間睡眠の阻害因子を取り除く働きかけをしているが、日中の活動に影響していない場合や本人が不眠を苦痛としていない場合は無理にリズムをかえずに様子を見ている。					
		c	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。	◎	職員は健康状態や水分摂取量など、利用者様が様々な要因で不眠や不穏になることを理解し、主治医にも適切な情報提供ができるように申し送りの徹底をしている。					○
		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。	○	日中でも居室で快適に休めるようにベッドメーカーや室温を管理している。また、パブリックスペースにはくつろげるソファを多数設置している。					

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	
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	◎	本人の希望に応じて事務所や居室からの電話をする支援を行っている。携帯電話を使用されている利用者もいる。また、タブレットを使ったビデオ通話も支援している。					
		b	本人が手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけず、促したり、必要な手助けをする等の支援を行っている。	○	文字が読めない、リモコンの操作ができないなどの長期間にわたって状態に変わらない利用者様は手紙や電話はできないと判断しているが、利用者様によっては家族様と電話でのやり取りを促す働きかけをしている。					
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	携帯電話を使われている方は居室で気兼ねなく通話されている。施設の電話を利用されている利用者様は「悪いけど〇〇に電話してや」と言われており、全く気兼ねなく電話をしているわけではないと思われる。					
		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。	○	手続上、家族様が必要としているものは本人に渡していないが、年賀状や私信等は本人に手渡ししたり、代読するなどの支援をしている。					
		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。	◎	入所時に本人との絆の重要性を説明し、音信があるようお願いしている。また、本人が「会いたい」「電話して欲しい」と言われていることをお伝えしている。					
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。	○	移動スーパーでの買物支援をしている。現金所持は居室の施設ができない状態で、しまい忘れ、もの盗られの訴えのある利用者様もあり、事務所で預かっている。					
		b	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。	◎	毎週火曜日に移動スーパーに来ていただいている。					
		c	「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おうのではなく、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。	△	居室で現金や預貯金の管理をされている利用者様が一部におられるが、居室は施設できない状態で、防犯上の観点から、ほとんどの利用者様は少額の現金のみ事務所まで預かるようにしている。					
		d	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。	◎	少額の現金を事務所まで預かり嗜好品や消耗品の購入を行っており、一定の金額以上にについては家族様と相談して購入をしている。(入所時に1回の購入の上限額を確認している。)					
		e	利用者が金銭の管理ができない場合には、その管理方法や家族への報告の方法などルールを明確にしておき、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、出納帳の確認等)	◎	預り金は月末で領収証の原本、出納帳の写しを翌月初めに家族様に送付している。					
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々ニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	◎	介護タクシーや訪問マッサージ、訪問理容などを利用している。町独自の交通利用券の申請を家族様に変って申請し利用している。	○		○	家族の都合によって、病院受診を職員が支援している。利用者が久万高原町の交通利用券を利用できるように支援した。	
(3) 生活環境づくり										
25	気軽に入れる玄関まわり等の配慮	a	利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、気軽に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。	○	道路に面した場所に看板を設置している。	○	◎	◎	玄関前は、スロープや手すりを設置している。玄関周りは、掃除が行き届き、花鉢を並べた。敷地に面した公道から、中庭やベランダで過ごす利用者の様子が見える。	
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、家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的で、住まいとしての心地良さがある。(天井や壁に子供向けの飾りつけをしていたり、必要なものしか置いていない殺風景な共用空間等、家庭的な雰囲気をそぐような設けになっていないか等。)	○	季節に合った絵や造形物を利用者様主体で作成し飾っている。	○	◎	○	居間の壁には、利用者の塗り絵や貼り絵作品を多く飾っている。利用者の生活空間内の飾りや収納等については、認知症高齢者にどのようで見えているか点検する機会にはどうか、この機会を活かし、利用者にとって居心地のよい共用空間になっているかどうか話し合ってみてはどうか。	
		b	利用者にとして不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	○	毎日の掃除を徹底し、おむつ交換時にも臭いを漏らさない介護を心掛けている。パブリックスペースで朝、夕に気分の落ち着く音楽、映像を流している。			○	掃除が行き届き、気になる音や光、臭いを感じなかった。居間の窓から山の景色が見えて天気や季節を感じる事ができる。	
		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。	○	居室には自宅で作っていた馴染みの物、共用空間には季節感のある飾りがされており、家庭的な雰囲気がある。				◎	年末には、年越し準備に利用者に花を生けてもらった。その際の様子を久万いこの郷新聞に載せていた。編み物が得意な利用者が編んだモチーフをつないで座布団等をつくり使用していた。台所カウンターに、お茶を入れたポットを準備しており、利用者が飲みたい時に注げるようにしていた。カウンターには、雑誌を用意していた。昼食後に、ベランダに出て、いつもの席(ベンチ)で過ごす利用者の様子がみられた。テレビ前が指定席になっている利用者がいる。
		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。	◎	利用者同士で互いに居室を訪問したり、一人でテレビを観て過ごしたり、思い思いの生活をされている。					
27	居心地良く過ごせる居室の配慮	a	本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	◎	入所時にはこれまで使っていた家具や小物の持ち込みを推奨している。	◎		○	家族が用意してくれた白地に黒文字盤の壁掛け時計をベッドから見えない位置に掛けている居室がみられた。携帯電話を持ち込んでいる人が数人いる。音楽CDとデッキを持ち込んでいる人は、好きな時に聴いたり、聴きながら掃除したりするようだ。	
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、混乱や失敗を防ぎ、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。	○	トイレや居室はわかりやすいように標記し、家具の配置も状態に応じて変えている。			○	トイレ入り口の表示は、黄色の紙に黒色の太文字で「トイレ」と書いて低めの位置に貼っていた。浴室の戸を開けると、正面の壁に「おふろー」と表示していた。	
		b	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)	◎	生活感が出てきて乱雑にならないよう、利用者が自由に使用できるところに収納をしている。農作業の道具も利用者様が管理されている。				◎	自分の居室が分りにくい人がいれば、床に道案内のテープを付けることもある。
29	鍵をかけないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害(鍵をかけられられない状態で暮らしていることの異常性、利用者にもたらす心理的不安や閉塞感・あきらめ・気力の喪失、家族や地域の人にもたらす印象のデメリット等)を理解し、日中は玄関に鍵をかけるなくても済むように工夫している。(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)	◎	身体拘束廃止に向けた勉強会を定期的に行っている。日中は玄関の施錠をしたことがない。また、ユニット入り口には音で知らせるセンサーを設置している。			○	○	身体拘束に関しては、研修や委員会時に学ぶ機会がある。職員は、玄関等に鍵をかけたケアで支援することを当たり前に認識している。日中、玄関やユニット入り口に鍵をかけていないが、家族・地域アンケート結果の詳細を見ると「玄関等に鍵を掛けている」と思っている人が複数いることが分かる。今後、「鍵をかけないケアの取り組み」について、家族や地域の人のに向けて、安全と自由の両面からホームの取り組みや支援について伝える機会をつくってほしい。
		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。	○	家族様には入所契約時に身体拘束禁止についての説明を行い、安全策を講じてもおお、転倒や離所などの危険があることを理解していただいている。					
(4) 健康を維持するための支援										
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	○	病歴については基本情報で、現病については健康チェック表や申し送り日々確認を行っている。					
		b	職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。	○	健康チェック表を活用し、特別注意が必要な状態のときは口頭とノートでの申し送りを行っている。					
		c	気になることがあれば看護職やかかりつけ医等いつでも気軽に相談できる関係を築き、重度化の防止や適切な入院につなげる等の努力をしている。	○	24時間、看護師や主治医と連絡がとれる体制ができている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	◎	それぞれ入所以前から受療していた希望のかかりつけ医を選択している。	◎			
		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。	◎	それぞれ入所以前から受療していた希望のかかりつけ医を選択している。当施設はどの医療機関とも良好な関係を作り、密接に連絡を取り合える関係となっている。				
		c	通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。	◎	定期の通院や訪問診療の内容を状況報告書でお知らせしている。容態に変化があった受診(往診)はその都度家族様に電話をしている。				
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。	◎	家族が来られるまで付き添いを行い、職員が医師や病棟の看護師に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、日頃から病院関係者との情報交換や相談に努めている。	◎	退院前に電話や病院に向くなどして状態の確認を行っている。また、入院設備のある協力医療機関の相談員とは日頃から施設の空き状況の提供や地域での感染症の情報をいただいている。				
33	看護職との連携、協働	a	介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談している。看護職の配置や訪問看護ステーション等との契約がない場合は、かかりつけ医や協力医療機関等に相談している。	◎	非常勤看護職への質問事項など申し送りを行い助言を日常的にしている。また、かかりつけ医とも気軽に相談できる関係を構築している。				
		b	看護職も訪問看護師、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。	◎	協力医療機関や非常勤の看護職員に電話で気軽に問い合わせができています。非常勤の看護師は近隣に住んでおり、すぐに駆けつけられる体制ができています。				
		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体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。	○	健康チェック表を活用し、介護職、看護職、介護支援専門員間で情報共有し異変に早急に気づきができる体制を作っている。				
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、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。	○	職員は薬の用法、用量については完全に理解している。服用開始後の注意事項は申し送りを行い、変化があれば医師に伝える体制ができています。処方内容の変更があれば家族様にその旨報告をしている。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	◎	服薬管理マニュアルに沿って誤薬防止に取り組んでいる。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	◎	薬の変更後は申し送りを確実にし、作用や副作用の可能性を視野に注意深く観察している。気になる変化があれば直ちに処方医や看護職、薬剤師等問い合わせを行っている。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	○	重度化した場合は繰り返し家族の意向確認を行い、段階に応じた計画を立て同意をいただいている。入居時に終末期について家族に質問をしているが、「今は考えていない」との回答が多い。				入居時には、家族に資料を見せながら、重度化や看取り時の支援について説明している。状態変化時には、家族、主治医、職員で話し合い方針を共有している。
		b	重度化、終末期のあり方について、本人・家族等だけでなく、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者で話し合い、方針を共有している。	◎	終末期には主治医、家族、介護職、介護支援専門員で方針を協議し、施設サービス計画に取り入れてサービス提供を行う体制がある。	○	◎		
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	終末期の在り方について全体会やユニット会などで職員の思いや意見の聞き取りを行い、職員個々の思いや力量を把握できている。				
		d	本人や家族等に事業所の「できること・できないこと」や対応方針について十分な説明を行い、理解を得ている。	○	入所時に医療体制についての説明を行い、施設でできること・できないことへの理解をいただいている。				
		e	重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。	○	施設サービス計画にそれぞれの持つ役割を明記し、チームで支える体制を作っている。今後起こりうる変化についても家族や介護職に説明を行い、終末期を受け入れることの準備ができるようにしている。				
		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)	○	家族自身が決めたことへの後悔や不安があることを十分理解し、いつでも相談に応じる準備があることを看取り介護開始時に伝える体制ができています。				
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、肺炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。	○	感染症対策の勉強会を行っている。すべての職員が感染症予防の動画配信講座を受講している。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	○	感染症対策の勉強会を行っている。すべての職員が感染症予防の動画配信講座を受講している。				
		c	保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れ、随時対応している。	○	感染者情報については久万高原町では感染症情報を把握できておらず、新聞や県の発表、町内の医療・介護施設から情報を得て、面会や外出方法の変更など随時対応をしている。				
		d	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。	○	職員や利用者様の手洗い、手指消毒は徹底している。うがいについては感染症予防効果の根拠が認められないため実施の推奨はしていない。来訪者についてはマスクの着用、検温、質問票への記入、施設入り口での消毒をお願いしている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
II. 家族との支え合い									
37	本人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。	○	御家族様は施設とともに本人を支えていく立場であることを入所契約時に説明を行い、ケアプランの担当者にも記入するなどして意識付けを行っている。本人の喜怒哀楽の様子を家族様に伝え、本人の思いを理解していただく働きかけを行っている。				徐々に家族の面会等の緩和を行っており、今後は、時期などを見極めながら、家族がホームでの活動に参加できるような場面や機会づくり等も期待される。 毎月、ケアプラン実施状況や健康状態、暮らし方、連絡事項などを記載した個別の状況報告書を送付している。 久万いこの郷新聞は、年4回発行している。 SNSでつながっている家族には、写真や動画を配信している。 さらに、家族アンケートの詳細を参考にして家族への報告内容についても工夫を重ねていってほしい。 久万いこの郷新聞に行事や新しい職員の紹介、避難訓練を行った時の様子等を載せて報告している。全家族に、運営推進会議の報告書を送付している。インターネット光回線工事を行ったことを載せていた。冬場は、SNSで事業所周辺の積雪や道路状況を発信している。 事業所から家族に送付する書類には、連絡先と担当者名のほかに「介護に関する意見等がありましたらいつでもご相談ください」と一言添えている。
		b	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、家族同士の交流)	○	施設外で家族様同士での会食を楽しんでいたように機会を設けている。	○		×	
		c	家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等)	◎	年5回程度の「久万いこの郷新聞」を発行するほか、家族様には毎月状況報告書で施設サービス計画の実施状況、生活の様子、健康状態を個別にお伝えしている。また、動画や写真などを家族様にLINEで送っている。	○		○	
		d	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)	○	認知症や加齢にともなう身体的な変化や認知症周辺症状、廃用症候群など、御家族様に説明を行っている。				
		e	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)	◎	久万いこの郷新聞や運営推進会議などで報告をしている。	◎		○	
		f	利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている。	◎	入所時に身体拘束廃止の体制とそれに伴う危険性の説明を行い、理解、同意をいただいている。				
		g	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うことで、居心地よく安心して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)	○	来訪時のほか、施設サービス計画更新時や運営推進会議などで生活への意向や意見を求めている。湯茶の提供は感染症予防の観点から、かえって迷惑になると考え行っていない。宿泊については、この3年間実績はないが、看取り介護中の利用者様に付き添いをさせていただく準備はできている。			○	
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。(食費、光熱水費、その他の自己負担額、敷金設定の場合の償却、返済方法等)	◎	重要事項説明書にて同意をいただいている。				
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	◎	施設側の申し入れで退居事例はない。退去となる場合の事例は重要事項説明書に記載し、同意をいただいている。				
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。	○	設立時に地域住民に対して内覧会を行っており、事業所の目的や役割の説明を行った。		◎		自治会に加入しており、回覧板は、利用者と職員で回している。年1回、自治会の清掃作業があり、職員が参加している。冬の大雪の折には、近所の人が除雪の協力をしてくれた。 この一年間では、書面での会議を4回、事業所に集まる会議を2回行っている。集まる会議時には、利用者、家族、民生委員、久万高原町職員、地域包括支援センター担当者が参加している。 利用者状況、行事(久万いこの郷新聞添付)、職員研修、新型コロナウイルス感染症発生の概要と対応、再発防止策などについて報告している。 外部評価実施後には、外部評価結果と目標達成計画について報告している。
		b	事業所は、孤立することなく、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている。(日常的なあいさつ、町内会・自治会への参加、地域の活動や行事への参加等)	○	自治会の清掃作業に参加している。また、地域の祭りに参加したり、日常的にあいさつを交わしたりして交流をしている。		△	△	
		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。	○	地域住民から野菜の差し入れをいただいたり、離所しそうな利用者様を呼び止めてくださったり協力をいただいている。				
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	○	中庭の花を見に来てくださったり、花の苗や球根を提供してくださり、一緒に草花の成長を楽しんでいただいている。				
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りてもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	○	屋外に限定されるが、近隣の方に立ち寄りていただいている。				
		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)	○	ボランティアではないが、介護タクシーの会社から、桜や紅葉の見ごろになったら声をかけてくださり、ドライブの計画に参画して下さっている。				
		g	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得て、安全で豊かな暮らしができるよう、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)。	○	移動スーパーや訪問での散髪サービスに来ていただいている。また、コロナ流行時期には運営推進会議を近隣の集会所で計画した事もあった。				
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。	◎	文書開催のとき以外はご家族様、利用者様、地域の方、役員関係者等に参加していただいている。	○		○	
		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)について報告するとともに、会議で出された意見や提案等を活かした結果等も報告し、議事録を公表している。	○	外部評価、自己評価ともに運営推進会議で報告を行い、会議で出たご意見についても結果報告を含めて議事録に記載し、家族様に送付している。		○	○	
		c	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。	○	平日の午前中に曜日をかえて開催している。			○	

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。	○	住み慣れた町でその人らしさを大切に生活ができるよう支援することを目的としていることを家族や職員に伝えている。				
		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。	△	ユニット内に介護理念を掲示している。家族様や地域の人たちには伝わっていないと思われる。	○	△		
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。	◎	職員全員が社外研修(eラーニングを含む)年2回以上受けるよう伝え、勤務を調整し希望する研修を受けやすい体制を作っている。				
		b	管理者は、OJT(職場での実務を通して行う教育・訓練・学習)を計画的に行い、職員が働きながらスキルアップできるよう取り組んでいる。	○	研修計画に基づき事例検討や職場内研修を行っている。				
		c	代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	○	勤務状況や資格に応じた給与体系となっており、各自が向上心を持ち職務にあたるよう配慮している。				
		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)	○	社外研修での他施設の職員との交流や情報交換を奨励している。				
		e	代表者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。	◎	職員の希望するユニットで勤務できるようにしており、ユニット内での人間関係や個人的な悩み事(家族や健康状態についてなど)の相談も聞いている。	○	◎	○	
43	虐待防止の徹底	a	代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解したうえで、これらが見逃されることがないように注意を払い、発見した場合の対応方法や手順についても理解している。	○	身体拘束対策委員会メンバーが各ユニットであった不適切なケアについて代表者に報告を行い、研修会などを通して自己啓発を促すようにしている。改善が見られない場合は当該職員に注意を行っている。			○	職員は、不適切なケアを発見した場合は、ケアマネジャーに報告することと認識している。虐待防止に関しては、勉強会や研修の機会に学んでいる。
		b	管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。	○	定期的に勉強会を行い、不適切なケアについて話し合いを行っている。				
		c	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。	○	身体拘束対策委員会メンバーが職員の表情や言動に注意を払い、異変がみられるときには管理者や代表者に報告している。職員の健康状態には特に気を付けている。				
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。	◎	全職員対象の勉強会で周知徹底を図っている。指定基準における禁止対象となる具体的な行為の必要性があるときは切迫性、非代替性、一時性の検討を複数名で行っている。				
		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。	◎	指定基準における禁止対象となる具体的な行為の必要性があるときは切迫性、非代替性、一時性の検討を複数名で行っている。勉強会では、身体拘束のみではなくスピーチロックなどのクレーンについても話し合いの機会を設けている。				
		c	家族等から拘束や錠剤の要望があっても、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話し合いを重ねながら理解を図っている。	◎	入所時に当施設は身体拘束を禁止している旨説明を行い、認知症の悪化や身体機能の衰えに伴う事故発生の危険性を説明、理解していただいている。				
45	権利擁護に関する制度の活用	a	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解したうえで、利用者や家族の現状を踏まえ、パンフレット等の情報提供や相談に乗る等の支援を行っている。	◎	制度は理解している。親族が身元引受人の継続が困難である旨相談を受け、成年後見人制度の申請を勧めた事例がある。地元社協や裁判所が作成したパンフレットを準備し、相談に対応する準備ができている。				
		b	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。	○	久万高原町地域包括支援センターや久万高原町社会福祉協議会と連携し、円滑な制度利用に協力している。				
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。	○	緊急時対応マニュアルを備え、事務所と各ユニットに設置している。				
		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。	○	応急手当や事故発生時の対応のマニュアルがあり、書面での確認を促している。複数名が普通救命講習を受けており、新規採用者も順次受講予定である。				
		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。	◎	ヒヤリハットの報告を出しやすいよう書式を簡素化し、事故につながるよう職員間で再発防止のカンファレンスを開催している。				
		d	利用者一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険について検討し、事故防止に取り組んでいる。	○	基本情報にヒヤリハットや事故内容を記載し、解決すべき問題点としてあげている。そのうえで再発リスクの高いものは施設サービス計画に入れて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の周知を全体ミーティングで年1回行っている。				
		b	利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。	○	苦情については速やかにかつ丁寧に説明を行うことで施設内で解決している。また、解決が困難な場合には保険者等に相談、報告できる体制ができている。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過と結果を伝え、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。	◎	苦情に関しては早急に対応し、関係者とは良好な関係を維持できている。				

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
48	運営に関する意見の反映	a	利用者や家族が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)	○	家族様には運営推進会議や電話やLINE等で要望やご意見を伺っている。利用者様からの要望を伺った職員はユニットリーダーや介護支援専門員等に報告を行い、早期解決に取り組んでいる。	○		○	集まる運営推進会議時は、利用者や家族が参加しており、意見や要望を伝える機会になっている。
		b	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。	○	意見や苦情については随時現場の職員に伝えられる状態になっている。また、運営推進会議においても家族の意見を求めている。				
		c	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。	○	全体ミーティングを主催し、職員からの提案を求めている。それ以外にも随時相談を受け付けられるよう、現場に足を運んだり、24時間体制で連絡が取れるようにしている。				
		d	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。	◎	職員には利用者に喜んでいただける介護をするよう日頃より話している。全体ミーティングでは職員から利用者の生活の質の向上のための提案が数多く出ており、運営に反映している。			○	
49	サービス評価の取り組み	a	代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。	○	管理者は前年度までの自己点検表の様式に基づき自己評価を行い、改善点の検討、具体的な解決方法について年度末にユニットリーダーや介護支援専門員と検討し、全職員に周知するとともに、実施を促している。				外部評価実施後には、評価結果と目標達成計画について報告している。モニターをしてもらう取り組みは行っていない。
		b	評価(自己・外部・家族・地域)の結果を踏まえて、事業所の現状や課題を明らかにするとともに、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。	○	全体ミーティングで職員全体で課題を話し合い、目標設定を行っている。				
		c	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してもらっている。	○	感染症防止のため、施設内への立入りができない時期が長かったため、直接的なモニタリングはしていただけなかったが、報告は毎回行っている。	○	△	△	
		d	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	○	目標達成計画の成果の確認は全体ミーティングで全職員で行い、その結果を運営推進会議で報告を行った。				
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)	○	火災、地震対応マニュアルを作成し職員や利用者者に周知、災害時対応訓練を実施している。				昨年7月に自主避難訓練、今年3月に消防署の協力を得て火災想定避難訓練を行っている。地域の総合防災訓練に参加しており、その様子を久万いこの郷新聞に載せている。さらに、家族や地域アンケート結果をもとに取り組みを工夫してほしい。
		b	作成したマニュアルに基づき、利用者が、安全かつ確実に避難できるよう、さまざまな時間帯を想定した訓練を計画して行っている。	○	日中と夜間を想定した避難訓練を実施している。				
		c	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。	○	代表者と施設管理者で定期的に点検を行っている。				
		d	地域住民や消防署、近隣の他事業所等と日頃から連携を図り、合同の訓練や話し合う機会をつくるなど協力・支援体制を確保している。	○	消防署の協力をいただいて年2回の避難訓練を実施している。	△	△	△	
		e	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	○	地域の自主防災組織より、防災関連の備品等を施設で預かり有事はすぐに使用できる状態にしている。				
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)	○	ポスターやチラシで自治体主催の認知症セミナーの告知を近隣住民に行っている。				入居相談時に介護相談に乗るようなことがある。
		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。	○	入所申し込みや見学に来られた認知症の人の家族の相談支援を行っている。		×	△	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェイベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	△	感染症防止のため、施設の中では開放は行っていない。中庭の花をみて楽しんでいただいている。				
		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。	○	看護科の大学生を対象にした勉強会を施設で行った。				
		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)	○	他の事業所の管理者や介護支援専門員と交流し、情報交換を行っている。			△	