

事業所の概要表

(令和 3 年7月11日現在)

事業所名	グループホームいだい					
法人名	泰斗福祉会					
所在地	愛媛県松山市下伊台町1382-1					
電話番号	089-993-8146					
FAX番号	089-993-5128					
HPアドレス	http://www.taitohukushikai.jp/					
開設年月日	平成 26 年 1 月 18 日					
建物構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 (1) 階建て (1) 階部分					
併設事業所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
ユニット数	2 ユニット		利用定員数 18 人			
利用者人数	16 名 (男性 8 人 女性 8 人)					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	4 名	要介護2	2 名
	要介護3	7 名	要介護4	1 名	要介護5	2 名
職員の勤続年数	1年未満	1 人	1~3年未満	6 人	3~5年未満	3 人
	5~10年未満	2 人	10年以上	1 人		
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 6 人			その他 ()
看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 直接雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関又は訪問看護ステーションとの契約)					
協力医療機関名	ペテル病院					
看取りの体制 (開設時から)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (看取り人数: 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	36,000 円		1,200/日			
敷金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円					
保証金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円		償却の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
食材料費	1日当たり	1,300 円	朝食:	300 円	昼食:	500 円
	おやつ:	0 円	夕食:	500 円		
食事の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input checked="" type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 (ヨシケイ)					
その他の費用	水道光熱費	9,600 円	320円/日			
	おむつ代	実費 円				
	理美容代	実費 円				
	.	円				

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間					
広報紙等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (発行回数: 回) ※過去1年間					
過去1年間の運営推進会議の状況	開催回数	6 回 ※過去1年間				
	参加メンバー ※□にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 市町担当者	<input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員	<input type="checkbox"/> 評価機関関係者		
		<input checked="" type="checkbox"/> 民生委員	<input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者	<input type="checkbox"/> 近隣の住民		
		<input checked="" type="checkbox"/> 利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 法人外他事業所職員	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等		
	<input type="checkbox"/> その他 ()					

サービス評価結果表

サービス評価項目

(評価項目の構成)

I. その人らしい暮らしを支える

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

II. 家族との支え合い

III. 地域との支え合い

IV. より良い支援を行うための運営体制

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

—サービス向上への3ステップ—

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3年7月26日

【アンケート協力数】※評価機関記入

令和2年12月14日 集計

家族アンケート	(回答数)	14	(依頼数)	18
地域アンケート	(回答数)	4		

※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	3890101011
事業所名	グループホームいだい
(ユニット名)	ほのか
記入者(管理者)	
氏名	港 督勝
自己評価作成日	令和 3年 7月 11日

<p>【事業所理念】※事業所記入 ○ご利用者様の人生観、価値観、思いを尊重し、その人らしさを大切に介護を行います。 ○地域とのふれあい、家族との結びつきを大切にしながら、家族的な雰囲気の中でそのひとらしく、ゆったり、楽しく、自由な生活が送れ、安心してらせるよう支援します。 ○人に対するおもやりの心を持ち、安らぎのある生活を支援します。</p>	<p>【前回の目標達成計画で取り組んだこと・その結果】※事業所記入 【取り組み】 ①チームでアセスメントが行えるようにする。 ②介護計画の内容に本人の思いや意向、暮らし方が反映されるようにする。 ③介護計画にそったケアが実践され、その結果がどうだったのか記録が職員間で確認できるようにする。 【結果】 ①チームでのアセスメントが行えていない。 ②介護計画の内容には、リスクマネジメントの内容になっている。 ③介護計画にそったケアが実践されていないことが多い。職員間で確認ができていない。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 昼食前に体操などで身体を動かす時間を持っている。ユニットによっては、利用者職員でつくった季節の作品を吊るしたり掲示したりしていた。 玄関先で野菜を育てたり、七夕には、笹飾りを飾ったりして戸外に出る環境をつくっている。 地元の職員がつなぎ役となって来て、伊台地区の町づくりコミュニティからピアノ、シャインマスカットの贈り物があつた。年末には、管理者が地域の人(役員)にあいさつに回って地域とのつながりを継続できるように取り組んでいる。</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。	△	入居時のアセスメントの時とケアプランの見直しの時にしかできていない。	◎			入居時に、暮らしの希望を聞きアセスメントシートに記入している。その後は、聞き取った意向を介護計画書1表の本人の意向欄に記入している。		
		b	把握が困難な場合や不確かな場合は、「本人はどうか」という視点で検討している。	△	把握が困難な場合は、ご家族様や本人の生活歴から本人ならどうかという視点で検討しているが、できていないこともある。						
		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。	△	連絡事項を伝える事が多くコミュニケーションが不足している。						
		d	本人の暮らし方への思いを整理し、共有化するための記録をしている。	×	本人の暮らし方への思いを聞き取りを行われても、職員全員で共有が行われていない。						
		e	職員の思い込みや決めつけにより、本人の思いを見落とさないように留意している。	×	職員本位で行動が決まることがある。						
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	△	入居前のアセスメントのみでその後の情報収集が行われていない。				入居時に、利用者や家族から生活歴等を聞き取り、アセスメントシートに記入しているが情報量は少ない。さらに、馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境などについて知り得た情報なども整理してその人らしい暮らしの支援につなげてほしい。		
		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。	△	ADLについては、できているがADLについてのアセスメントが不十分である。						
		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。	△	スタッフ間での口頭でのやりとりで把握している。						
		d	不安や不安定になっている要因が何かについて、把握に努めている。(身体面・精神面・生活環境・職員のかかわり等)	△	把握に努めているが、記録に残っていない。						
		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。	○	健康チェック表や支援記録にて24時間の生活の流れが把握できている。						
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。	△	一部の利用者にはできているが、一部の利用者には内容が薄い。				利用者本人がいる場所で、ケアマネジャー、管理者、職員で、サービス担当者会議を行っているが、利用者の視点での検討となっているかは、不確かさがある。		
		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。	△	一部の利用者にはできているが、内容が薄かったり、記録に残していない。						
		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。	△	課題が明らかになっている方とそうでない方がいる。課題が出て改善に向けて実践されてないこともある。						
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。	△	本人の思いや意向、暮らし方が反映しているが、一部の利用者には反映されていない。				サービス担当者会議で話し合った内容をもとにケアマネジャーが計画を作成している。さらに、それぞれの意見やアイデアを反映して、本人がより良く暮らすための計画作成に工夫はどうか。		
		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。	△	話し合いが行われていても記録に残っていないため、うまく反映されていない。	○					
		c	重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。	△	重度な利用者に対しては、家族からの情報をもとに日々の暮らしを提供しているが、情報収集が薄い。						
		d	本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。	△	一部の利用者には家族等や地域の人との協力体制が盛り込まれているが、一部の利用者には盛り込まれていない。						
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。	△	介護計画の内容を回覧しているが、把握までできていない。				新しく計画を作成した際には回覧して周知しており、職員は確認して押印するしくみをつくっている。支援記録に計画の支援内容を転記しているが、利用者の視点での検討となっているかは、不確かさがある。さらに、介護計画について職員で勉強する機会を設けてはどうか。		
		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。	×	介護計画のそったケアが実践できていないことがあり、記録に残されていない。					支援記録(介護記録)に記録することになっているが、記録はほぼない。	
		c	利用者一人ひとりの日々の暮らしの様子(言葉・表情・しぐさ・行動・身体状況・エピソード等)や支援した具体的内容を個別に記録している。	×	利用者の様子を記録する項目が支援記録に表示されており、記録するようになっているが、記録されていない。						支援記録(介護記録)に記録することになっているが、記録はほぼない。
		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。	△	申し送りノートに記録しているが、実践されていなかったり、周知されていないことがある。						

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	介護計画の期間に応じて見直しを行っている。			◎	ケアマネジャーが責任を持って期間を管理し、3ヶ月ごとに見直しを行っている。
		b	新たな要望や変化がみられない場合も、月1回程度は現状確認を行っている。	○	月に1回程度は行われている。			○	ケアマネジャーが介護計画の援助内容欄に毎月、進捗状況を記入している。 月1回行うユニット会時に、介護計画に関係なく、すべての利用者について現状確認を行っている。
		c	本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。	○	本人の心身の状態や暮らしの状態の変化が生じた場合は、本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、新しい計画を作成している。			○	退院後、身体状態に変化がみられた利用者について、計画の見直しを行った事例がある。
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。	△	月1回職員会議を開催しているのみで、緊急案件についての会議は開催できていない。申し送りノートで周知している。			○	月に1回、職員会議を行っており、議事録を作成している。
		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。	○	会議の際、職員全員が発言できる機会を設けている。				
		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。	○	職員会議の予定は、第4水曜日に固定して開催しており、その日に合わせて職員が参加しやすいよう勤務が組まれている。				
		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。	○	参加できなかった職員には、会議録を閲覧してもらい、口頭でも伝達し周知している。			◎	議事録をスタッフルームに掲示しており、確認した職員は押印するしくみをつくっている。
8	確実な申し送り、情報伝達	a	職員間で情報伝達すべき内容と方法について具体的に検討し、共有できるしくみをつくっている。	○	申し送りノート、予定表、掲示板を活用して情報伝達するしくみをとっている。			◎	申し送りノート、予定表、掲示板で共有するしくみをつくっている。
		b	日々の申し送りや情報伝達を行い、重要な情報は全ての職員に伝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)	○	申し送りの記録用紙を利用して伝達を行っており、それで周知されている。	◎			
(2) 日々の支援									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援	a	利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。	△	毎日、把握できていない。				
		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)	△	おやつを選択できるようにしたり、水分補給の時に好きな飲み物を選択できるようにしている。			評価困難	新型コロナウイルス感染症対策に伴い、事業所内の視察を制限したため評価はできない。
		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。	△	一部の利用者には働きかけが行われているが、働きかけが全体的に不十分である。				
		d	職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースや習慣を大切に支援を行っている。(起床・就寝、食事・排泄・入浴等の時間やタイミング・長さ等)	△	利用者一人ひとりのペースや習慣を大切にしているが、一部の利用者に職員のペースを押し付けている。				
		e	利用者の活き活きた言動や表情(喜び・楽しみ・うろたえ等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	△	一部の職員は利用者の活き活きた言動や表情を引き出しているが、職員全員が行えていない。			○	テレビで高校野球観戦する利用者には、職員は、「どちらが勝ちますかね」と言って一緒に応援していた。作品づくりや体操など、皆で活動する場面をつくっている。
		f	意思疎通が困難で、本人の思いや意向がつかめない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の意向にそった暮らし方ができるよう支援している。	△	意思疎通が困難な方でも声かけを行い、返答や反応を待っているが、一部の職員が行えていない。				
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。	×	勉強会を行ったが、職員全員が理解できておらず、配慮に欠けることがある。	○	○	×	この一年間では、「人権」や「尊厳」について学ぶような機会は持っておらず、職員個々に、気をつけて取り組むことに止まっている。
		b	職員は、利用者一人ひとりに対して敬意を払い、人前であらさまな介護や誘導の声かけをしないよう配慮しており、目立たずさりげない言葉かけや対応を行っている。	△	基本的に排泄やプライバシーに配慮して声かけを行っているが、時々、トイレ誘導の声かけが他の利用者にも目立つほどの声量で発せられることがある。また、立場が上になっているような声かけがみられることがある。			△	やさしく接していたが、時に、離れた場所から利用者を呼び、指示するような場面がみられた。
		c	職員は、排泄時や入浴時には、不安や羞恥心、プライバシー等に配慮しながら介助を行っている。	○	排泄時と入浴時には、トイレや居室の戸口を閉めて羞恥心やプライバシー等に配慮を行っている。また、介助動作の声かけも行ってはいる。				
		d	職員は、居室は利用者専用の場所であり、プライバシーの場所であることを理解し、居室への出入りなど十分配慮しながら行っている。	△	ノックや出入りの挨拶をしっかりとおこなっていることもあれば、できていないこともある。			評価困難	居室を開けておきたい利用者については、入り口にレースのカーテンを付けてプライバシーに配慮していた。 新型コロナウイルス感染症対策に伴い、事業所内の視察を制限したため評価はできない。
		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。	○	記録は、鍵のかかる保管庫にて管理している。職員間でプライバシーの保護や個人情報の漏えい防止について理解し、遵守している。				
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者介護される一方の立場におかず、利用者に向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。	○	一部の利用者に助けってもらったり、教えを頂いたりすることはあり、感謝している。				
		b	職員は、利用者同士がともに助け合い、支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。	○	毎日ではないが、時々利用者同士で助ける事がある。物を取ってあげたり、介助が必要な場面を職員に教えてくれるなどをして下さる。				
		c	職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わえる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等)	○	トラブルになる場面はないように職員が関入している。利用者同士が関わる機会は提供できている。			○	居間のテーブルで利用者が協力して壁面飾りづくりをしている様子が見られた。 昼食後は、他利用者の分も下膳してあげるような利用者があった。職員は「ありがとうございます」とお礼を言って、お膳を受け取っていた。
		d	利用者同士のトラブルに対して、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の利用者に不安や支障を生じさせないようにしている。	○	トラブルが起こった際には、すぐ中に入り関係が悪化しないよう関わりをもっている。また、他の利用者に対して声かけを行っている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	△	家族関係は、アセスメントシートに記載し、把握しているが、すべての情報を職員が把握できていない。				/
		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。	△	一部の利用者の情報は把握しているが、全員の利用者を把握できていない。				
		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。	△	一部の利用者には対応できているが、全員ではない。				
		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。	△	来訪して頂くことは、自由になっているが、気軽に訪れることができる工夫はできていない。				
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)	△	一部の方には対応できているが、全員は、対応できていない。	△	△	△	春には、玄関先にテーブルを出して桜の花を見ながらお弁当を食べた。受診や散髪、ドライブなどで外出しているが機会は少ない。
		b	地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力も得ながら、外出支援をすすめている。	×	地域の人やボランティア、認知症サポーター等の協力を求めることができていない。				玄関先で野菜を育てたり、七夕には、笹飾りを飾ったりして戸外に出る環境をつくっているが、限られた利用者への支援に止まっている。
		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。	×	重度の利用者が戸外に出て過ごす機会が提供できていない。			△	
		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。	×	希望の聞き取りや、普段行けないような場所への外出の支援ができていない。				
14	心身機能の維持、向上を図る取り組み	a	職員は認知症や行動・心理症状について正しく理解しており、一人ひとりの利用者の状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くケアを行っている。	△	認知症や行動・心理症状についての理解不足などがある。状態の変化や症状を引き起こす要因をひもとき、取り除くことはできている。				
		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。	×	身体機能の特徴は一部理解不足などがあり、日常で自然に維持・向上が図れる取り組みが行えていない。				
		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)	○	「できること、できなさそうなこと」を見極めて対応している。	○		○	
15	役割、楽しみごと、気晴らしの支援	a	利用者一人ひとりの生活歴、習慣、希望、有する力等を踏まえて、何が本人の楽しみごとや役割、出番になるのかを把握している。	△	一部の利用者には役割や出番を提供できているが、全員の利用にはできていない。				昼食前に体操などして身体を動かす時間を持っている。習字の作品や折り紙で作ったカラフルな季節の作品を居間に飾っている。さらに、一人ひとりが暮らしの中で役割や出番を持つような場面を増やしてほしい。
		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。	△	一部の利用者には役割や出番を提供できているが、全員の利用にはできていない。	○	○	△	
		c	地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるよう支援している。	×	地域の中で役割や出番、楽しみ、張り合いが持てるような支援が行われていない。				
16	身だしなみやおしゃれの支援	a	身だしなみを本人の個性、自己表現の一つとらえ、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。	△	洋服を選ぶ際に、本人がどれを着たいのかを選択してもらっている人もいるが、職員が選択してしまっていることがある。				清潔な服装で過ごしていた。 毛糸の帽子をかぶっている人がいた。髪をきれいに梳いている人もいるが、髪が乱れたままになっている利用者もいた。
		b	利用者一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪形や服装、持ち物など本人の好みに整えられるように支援している。	△	本人の好みに整えるよう聞き取りをおこなっている人もいるが、職員が判断しているところがある。				
		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。	○	自己決定がしにくい利用者には、職員が口頭でアドバイスをしている。				
		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。	△	季節に応じた服装が身に着られるように収納しているが、一人一人が楽しんで服装を身に着られてはいない。				
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできなくなりカバールしている。(髭、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)	△	すぐに正せる時と時間がかかり、汚れているのに、きれいな物に交換できていない時がある。	○	○	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	○	希望のお店に行きヘアカットやパーマをしたり、訪問利用を選択できるようになっている。				
		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。	×	職員が判断してしまっている。				

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
17	食事を楽しむことのできる支援	a	職員は、食事の一連のプロセスの意味や大切さを理解している。	×	食事の一連のプロセスの意味や大切さが理解できていない。				業者からの配食を利用している。主食と汁物は事業所で職員がつくっている。すべて職員が行っており、利用者がかかわることはほぼない。 業者からでき上がった食事が届くため、利用者の好みや昔なつかしいものなどの反映は難しい。利用者から食べたいものの要望があれば、家族に用意してもらったり、職員が買ってきたりしている。今後、個々の誕生日に、リクエスト献立で食事を手作りするを検討している。 個々に自分用の箸や茶碗、マグカップを使用している。 昼食時、職員は別の場所にて、利用者のみで食べていた。職員は、同じものは食べていない。さらに、食事を楽しむという観点から支援に工夫できないだろうか。 昼食前に体操の時間を持つことで、利用者が食事の時間と認識ができるようだが、調理の音やにおいはほぼしない。さらに、利用者が何を食べているのかが分かるような配慮が必要ではないか。 職員会議やユニット会の折りには、法人の管理栄養士が出席して、食事形態などについてアドバイスがある。
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともにやっている。	×	すべて職員が行っている。			×	
		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、利用者の方の発揮、自信、達成感につなげている。	×	一人の利用者さんに盛り付けを手伝ってもらうことがあるが、他はすべて職員が行っている。				
		d	利用者一人ひとりの好きなものや苦手なもの、アレルギーの有無などについて把握している。	○	一部の利用者の食べれない物は把握できているが、全利用者の好きな物、嫌いなものを把握できていない。				
		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。	○	個別に習慣で食べていた物や季節を感じるものを職員が買い物に行って提供している。			△	
		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て、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。(安易にミキサー食や刻み食で対応しない、いれどりや器の工夫等)	△	調理によってお皿を変えるなどの工夫はしているが、おいしそうな盛り付けの工夫はできていない。				
		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。	○	本人が使い慣れたもの、使いやすいものを使用している。			○	
		h	職員も利用者と同じ食卓を囲んで食事を一緒に食べながら一人ひとりの様子を見守り、食事のペースや食べ方の混乱、食べこぼしなどに対するサポートをさりげなく行っている。	△	職員と一緒に食べることはない。一人ひとりの様子は観察している。			×	
		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。	×	食事が待ち遠しくなるような工夫やおいしく味わえる雰囲気づくりがおこなわれていない。		○	△	
		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。	△	一部の利用者で栄養が偏っている方がおり、その方に合わせた食事を提供したりしているが、全利用者には工夫ができていない。				
		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。	△	回数や目標を意識して摂取できるようタイムスケジュールに記載して取り組んでいるが、達成できないことがあった。				
		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。	○	業者に委託している。			△	
		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。	○	用具の衛生管理と、食材の衛生管理が行えている。				
18	口腔内の清潔保持	a	職員は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の防止につながることを知っており、口腔ケアの必要性、重要性を理解している。	△	口腔ケアの必要性、重要性を理解しており、実施しているが、細かく丁寧にケアを行っていない。				健康状態の把握に至っていない。 歯科医や歯科衛生士等と連携がとれておらず、正しい口腔ケアについて学べていない。 義歯の手入れを行えるよう声かけし、洗浄している。 利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等) 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。
		b	利用者一人ひとりの口の中の健康状況(虫歯の有無、義歯の状態、舌の状態等)について把握している。	△	口腔ケアは行っているが、一人ひとりの口の中の状態を把握できていない。			×	
		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。	×	歯科医や歯科衛生士等と連携がとれておらず、正しい口腔ケアについて学べていない。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	○	義歯の手入れを行えるよう声かけし、洗浄している。				
		e	利用者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)	△	できるところまで自分で行ってもらっているが、出血や炎症のチェックは行っていない。			○	
		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。	○	異常があれば歯科受診している。				

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
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。	△	適したおむつ(紙パンツ・パッド等)を話し合い使用しているが、生きる意欲や自身の回復、身体機能を高めることについて理解できていない。				利用者の排泄の状況に応じて、申し送り時やユニット会時に話し合っている。
		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。	○	便秘の原因や及ぼす影響について理解している。				
		c	本人の排泄の習慣やパターンを把握している。(間隔、量、排尿・排便の兆候等)	○	排泄について記録に残しており、間隔、量、状態が把握できるようになっている。				
		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。	○	トイレで排泄をできるようにしており、一人ひとりの状態に合わせて紙パンツやパッドを使用している。	◎		○	
		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。	△	排泄が困難な場合、介護職員間で話し合いを行い、訪問看護や医療機関に相談している。				
		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。	○	失敗を防ぐように、個々のパターンや兆候に合わせて声かけや誘導を行っている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どうい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。	○	職員だけで決定せずに使用する場合は、理由を家族と本人に説明し使用している。				
		h	利用者一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつ(紙パンツ・パッドを含む)を適時使い分けている。	○	一人ひとりの状態に合わせて下着やおむつを適時使い分けている。(時間によって、容量のちがうパッドを使用したりしている。)				
		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)	○	朝食に乳製品を取り入れたり、便通が良くなる食材を提供している。				
		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)。	△	ほとんど入浴日は固定になっているが、午前や午後などの希望にそって入浴を行っている。	◎	
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。			○	好みの湯加減や入浴時間を調節している。				
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。			△	本人のできるころは本人に行ってもらいが、職員が過剰介助になっていることがある。				
d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ち良く入浴できるよう工夫している。			○	無理強いせず本人が入りたい気持ちを確認し入浴している。				
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、その日の健康状態を確認して、入浴の可否を見極めている。また、入浴後の状態も確認している。				
21	安眠や休息の支援	a	利用者一人ひとりの睡眠パターンを把握している。	○	入眠時間、起床時間を記録して把握している。				現在4名の利用者が薬剤を使用しており、かかりつけ医にその都度状況を報告して検討し支援している。
		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。	×	夜眠れない原因を探ることや、生活リズムが整う取り組みが提供されていない。				
		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。	○	医師に相談しているが、安易に薬に頼るような対応は行われていない。			○	
		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。	○	休息や昼寝等、自由に取れるように取り組んでいる。				
22	電話や手紙の支援	a	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	△	希望があれば、電話連絡できるようにしている。手紙のやり取りに関して返信などの支援が行われていない。				現在4名の利用者が薬剤を使用しており、かかりつけ医にその都度状況を報告して検討し支援している。
		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。	×	手紙を書くことや電話することを手助けする支援が行われていない。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	いつでも気兼ねなく電話できるよう体制をとっている。				
		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。	○	届いたものについて速やかに渡している。				
		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。	△	本人が電話をすることに関して、理解してもらっている。家族等から電話や手紙をくれるようお願いすることは行われていない。				

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
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。	△	一部の利用者には、お金を持ってもらっており使用する機会を提供しているが、全員ではない。				
		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。	△	お金の所持や使う機会を提供しているが、日常的にはつづけていない。また、全員の利用者にはできていない。				
		c	利用者が気兼ねなく安心して買い物ができるよう、日頃から買い物先の理解や協力を得る働きかけを行っている。	△	移動スーパーを利用したりして気兼ねなく買い物をする事ができているが、外のお店で理解や協力を得ることはできていない。				
		d	「希望がないから」「混乱するから」「失くすから」などと一方的に決めてしまうのではなく、家族と相談しながら一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使うように支援している。	△	お金の所持については、家族と相談して所持してもらっている。全員ではない。				
		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。	○	本人、家族と相談して決定している。				
		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)。	○	方法やルールを決めており、同意を得ている。				
24	多様なニーズに応える取り組み	a	本人や家族の状況、その時々々のニーズに対応して、既存のサービスに採れない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	×	既存のサービス内にとどまっている。	◎		○	家族の都合や利用者の希望に沿い、受診や理髪店に行く際に職員が付き添う場合がある。
(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。	○	玄関には鍵をかけず、自由に入出りできるようになっている。	◎	◎	△	駐車場から玄関までの経路がわかりにくいように感じる。玄関先では、鉢で野菜を育てているが、玄関周りに雑草が目立つ。
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、家庭的な雰囲気を持っており、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、家庭的な雰囲気やそくような設えになっていないか等。)	△	家庭的な雰囲気ではないが、装飾や美化に努められている。	○	○	○	居間は天井が高い造りで、壁紙や色合いはユニットによって違う。ユニットによっては、利用者と職員でつくった季節の作品を吊るしたり掲示したりしていた。居間からは、外の様子は見えないが、居間から続く小さいスペースの窓からは、外が見えて、テラスに出られる。
		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。	△	とくに不快な音や光、臭いはないが、掃除が行き届いていない場所がある。			○	掃除が行き届いていたが、トイレ内のおいが気になった。テレビは一日を通して点いていた。
		c	心地よさや能動的な言動を引き出すために、五感に働きかける様々な刺激(生活感や季節感を感じるもの)を生活空間の中に採り入れ、居心地よく過ごせるよう工夫している。	○	季節感が感じられる壁面の装飾にこだわっている。			○	横道紙に大きい数字でカレンダーをつくり、居間に掲示していた。過ぎた日に斜線を付けて今日の日付が分かるように工夫していた。さらに、自然から季節感を感じられるような配慮も採り入れてはどうか。
		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。	○	気の合う利用者同士で過ごすことがあり、独りで過ごす居場所もある。				
		e	トイレや浴室の内部が共用空間から直接見えないよう工夫している。	○	トイレや浴室は、扉を閉めて見えないようにしている。				
27	居心地良く過ごせる居室の配慮	a	本人や家族等と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	使い慣れたものや好みのものを活用して居心地よく過ごせるようになっている。	○		評価困難	新型コロナウイルス感染症対策に伴い、事業所内の視察を制限したため評価はできない。
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。	○	建物内部は、利用者が活動し易いよう手すりが配置され、空間を広くとられ、車いすの方向士が離合しやすく過ごしやすい配慮がされている。			△	居間は広い造りで、車いすを自走したり、歩行したりして移動する利用者の様子がよくみられたが、利用者が自分で何かを行えるような配慮や工夫はあまりみられなかった。
		b	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする工夫をしている。	○	不安や混乱、失敗を招くような環境や物品については、配置されていない。				
		c	利用者の活動意欲を触発する馴染みの物品が、いつでも手に取れるように生活空間の中にさりげなく置かれている。(ほつき、織物道具、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)	△	馴染みの物品は、各居室に置かれている。活動意欲を触発させるほど有効に活用されていない。				
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。(鍵をかける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)	△	出入り口や玄関に鍵をかけることはされていないが、閉塞感などからくる心理的状況や不安についての理解が十分ではない。	○	○	△	日中、玄関に鍵はかけていない。鍵をかけることの弊害について勉強するような機会は持っていないため、職員などが理解しているかは不確かさがある。
		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設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。	○	鍵をかけることなく自由に暮らせるよう取り組まれており、家族に理解を図っている。				
		c	利用者の自由な暮らしを支え、利用者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむよう工夫している(外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等)。	○	帰宅願望が強い方などには、見守りを行い職員が同行して外出している。				
(4)健康を維持するための支援									
30	日々の健康状態や病状の把握	a	職員は、利用者一人ひとりの病歴や現病、留意事項等について把握している。	△	全員の病歴については、全職員がすべてを把握できていない。現病や留意事項について把握している。				
		b	職員は、利用者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように注意しており、その変化やサインを記録に残している。	○	身体状態の変化や異常のサインを発見し、管理者や訪問看護に早期に連絡している。また、それについて記録している。				
		c	気になることがあれば看護職やかかりつけ医等について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。	○	何かあれば、訪問看護や協力医療機関に連絡、相談できている。重度化の防止や適切な入院の受け入れを行っている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師に受診できるよう支援している。	○	入所時にかかりつけ医についてを相談し、本人・家族が希望している医療機関や医師を受信できるようになっている。	◎			
		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。	○	本人及び家族等の希望に沿って納得されたかかりつけ医と連携を事業所が築きながら、医療を受けることができるよう支援されている。				
		c	通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。	×	受診結果についての報告や、共有のあり方については、本人や家族との話し合いが行われていない。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	入院の際、医療機関に情報提供が行われている。				
		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。	△	情報交換や相談はされているが、早期に退院できるような話し合いは行われていない。				
		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。	△	定期的な訪問や電話でのやりとりなどで、関係者との関係づくりが行われている。				
33	看護職との連携、協働	a	介護職は、日常の関わりの中で得た情報や気づきを職場内の看護職や訪問看護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。	○	何かあれば、訪問看護に報告、相談している。				
		b	看護職もしくは訪問看護師、協力医療機関等に、24時間いつでも気軽に相談できる体制がある。	○	24時間いつでも、連絡することができ、対応してくれている。				
		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。	○	日常の業務の中に健康観察を行う事が決まっている。異変を発見したい医療関係者に連絡し相談できる体制がある。				
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。	○	追加や変更があれば、職員が把握できるようになっている。				
		b	利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みを行っている。	○	服薬時には必ず、職員2名で服薬する日付と名前、時間の確認を行っている。				
		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。	○	副作用があれば、速やかに連絡し、対応を行っている。				
		d	漫然と服薬支援を行うのではなく、本人の状態の経過や変化などを記録し、家族や医師、看護職等に情報提供している。	○	服薬してからの状態をしっかりと観察して記録し、各関係者に情報提供している。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	△	その都度、家族様とお話を行っているが本人とはあまり行っていない。				看とり支援時には医師や家族と話し合の場を持ち、方針を共有している。この一年間では1名の看とりを支援した事例がある。家族と連絡を取り合い、本人が食べたいものを家族が用意してくれるなど、一緒に支援した。
		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。	○	職員、かかりつけ医、医療機関等関係者と話し合いを行っている。	○	○		
		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。	○	ホームの職員の思いや力量を把握し、どこまで当ホームで対応できるかを見極めている。				
		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。	○	本人や家族には、利用契約時に事業所の「できること・できないこと」を説明し理解を得ている。				
		e	重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、家族やかかりつけ医など医療関係者と連携を図りながらチームで支援していく体制を整えている。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。	○	重度や終末期の利用者について家族やかかりつけ医など医療機関と連携を図り支援を行っている。				
		f	家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)	○	重度化したり、終末期の利用者について家族の方へ心理面に配慮し、その都度必要な報告、連絡を行っている。心情に配慮した説明を行っている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。	△	年に1回、法人研修にて学んでいるのみで定期的には学べていない。				
		b	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、万が一、感染症が発生した場合に速やかに手順にそった対応ができるよう日頃から訓練を行うなどして体制を整えている。	△	感染症についてマニュアルはあるが、日頃からの訓練は不十分である。				
		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。	△	関連雑誌は確認しているが、インターネットなどは活用できていない。また、地域の感染症発生状況等の最新情報の確認が不十分である。				
		d	地域の感染症発生状況の情報収集に努め、感染症の流行に随時対応している。	△	行政からの通知については、確認しているが、具体的な対応については、不十分である。				
		e	職員は手洗いうがいなどが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。	○	職員の手洗い、うがいなどは徹底して行っている。来訪者には、玄関での消毒と検温を行っている。				

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	
II. 家族との支え合い										
37	本人とともに支え合う家族との関係づくりと支援	a	職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽をともにし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。	△	家族に協力をして欲しいことがあれば、面会時に直接お話ししたり、電話やお手紙にて相談させてもらっているが、一緒に直接支えていただくほどの関係までは不十分である。				新型コロナウイルス感染症対策期間のため評価はできない。 R2.12月まで家族へ手紙を送付して様子を報告していたが、その後は休止しており、電話のみの報告となっている。 面会方法の変更については電話で知らせているが、その他に運営上の事柄や出来事についての報告は行っていない。 電話や面会の折りに報告をして希望等を聞いている。さらに、利用する側である家族が気軽に意見や希望を出せるような取り組みが期待される。	
		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)	△	家族が来訪された時には、あいさつを徹底しており、最近の情報などを提供し、関係を保つようになっているが、居心地の良い雰囲気づくりとしては不十分である。					
		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)	△	行事にお呼びすることがあるが、頻繁には行えていない。	○				評価困難
		d	来訪する機会が少ない家族や疎遠になってしまっている家族も含め、家族の来訪時や定期的な報告などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を具体的に伝えている。(「たより」の発行・送付、メール、行事等の録画、写真の送付等)	○	毎月、手書きでお手紙を出させて頂いており、画像を添付してその時の様子が分かるように工夫されている。	◎				
		e	事業所側の一方的な情報提供ではなく、家族が知りたいことや不安に感じていること等の具体的な内容を把握して報告を行っている。	△	事業所からの情報提供になり、家族からの知りたいことや不安に感じていることを質問したり、確認することは不十分である。					
		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)	○	今の状態をお伝えし、分からないようなことがあれば、細かく説明を行っている。					
		g	事業所の運営上の事柄や出来事について都度報告し、理解や協力を得ようとしている。(行事、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等)	△	異動は、家族様も心配しているため説明を行っているが、行事、設備の改修、機器の導入まではその都度報告ができていない。	△				×
		h	家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。(家族会、行事、旅行等への働きかけ)	△	家族参加型の行事を開いたことはあるが、交流が図られるような取り組みにまではならなかった。また、様々な機会の提供が不十分である。					
		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された対応策を話し合っている。	×	起こりうるリスクについては、話ができていない。					
		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。	○	毎月、お手紙を書き連絡しており、来訪時にもお伝えしている。	○				△
38	契約に関する説明と納得	a	契約の締結、解約、内容の変更等の際は、具体的な説明を行い、理解、納得を得ている。	○	契約の内容や文書の内容、変更時には、具体的に例などを挙げて説明を行っている。					
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	○	退居時には、利用者や家族等と何度も話し合い納得していただき、退居されている。					
		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)	○	何か変更する時、改定時には、きちんと文書や資料にて説明し、同意を得ている。					
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。	○	地域の人に対して、設立段階から機会をつくり事業所の目的や役割を説明し、理解してもらっている。		○		地元職員がつなぎ役となって、伊台地区の町づくりコミュニティからピオーネ、シャインマスカットの贈り物があった。 年末には、管理者が地域の人(役員)にあいさつに回って地域とのつながりを継続できるよう取り組んでいる。	
		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)	△	蛸まつりという地域のイベントで法人全体として協力させて頂き、関係を深める機会となっているが、日頃から関係を深める働きかけは不十分である。		△	○		
		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。	×	増えていない。					
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	×	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来て頂けるように関係が築けていない。					
		e	隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらうなど、日常的なおつきあいをしている。	×	近隣の住民やボランティア等の方々と関わりがとれていない。					
		f	近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)	×	地域資源を活用できていない。					
		g	利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	×	地域の人たちに協力を求めたり、理解していただけるような働きかけが行えていない。					
		h	地域の人たちや周辺地域の諸施設からも協力を得ることができよう、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)。	×	地域の人たちや周辺地域の諸施設からの協力を得ることができていない。					

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
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。	○	毎回、利用者や家族、地域の人等が参加している。	△		×	R8. 8月の会議以後は会議を開催していない。
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告している。	○	運営推進会議で、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況について報告している。			×	R8. 8月の会議以後は会議を開催していない。外部評価実施後は結果を報告したようだ。
		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。	△	事業所からの報告が主になっており、参加者からの意見を求めることなどが不十分である。		◎	×	R8. 8月の会議以後は会議を開催していない。
		d	テーマに合わせて参加メンバーを増やしたり、メンバーが出席しやすい日程や時間帯について配慮・工夫をしている。	×	テーマに合わせた参加メンバーの選定などは行われていない。		◎		
		e	運営推進会議の議事録を公表している。	×	運営推進会議の議事録を公表できていない。				
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。	△	事業所の理念を掲げているが、職員全体に理念が浸透していない。				
		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。	×	理念をわかりやすく伝えたりまでは不十分である。	○	△		
42	職員を育てる取り組み ※文言の説明 代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。	a	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。	○	研修を受けられるよう取り組んでいる。				
		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。	△	計画的に行っていない。その都度現場で指導している。				
		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。	○	職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、職場環境の整備に努めている。				
		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)	○	勉強になる取り組みや、研修会のお知らせなどすぐに情報を提供してくれている。				
		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。	○	代表者は、ストレス軽減のために面談を行ったり、その都度相談があれば話し合う機会をつくってくれている。	○	○	○	面談の機会がある。休憩時間を確保している。
43	虐待防止の徹底	a	代表者及び全ての職員は、高齢者虐待防止法について学び、虐待や不適切なケアに当たるのは具体的にどのような行為なのかを理解している。	△	高齢者虐待防止法について詳しく学ぶことができていない、虐待などはないが、知識を深めたりするような機会が不十分である。				
		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。	○	現場のシフト上ずれ違うことがあるが、話し合う場を作っている。				
		c	代表者及び全ての職員は、虐待や不適切なケアが見逃されることがないよう注意を払い、これらの行為を発見した場合の対応方法や手順について知っている。	○	不適切なケアがあれば、職員間で口頭で話し合うことがあり、発生の要因や状況について具体的に聞き取り、再度発生することがないよう徹底している。				職員が虐待や不適切なケアを発見した場合の対応方法や手順について知るような機会は持っていない。職員個々で理解することに止まっている。
		d	代表者、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか日常的に注意を払い、点検している。	○	出勤時、職員に声をかけて様子を確認している。				
44	身体拘束をしないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」や「緊急やむを得ない場合」とは何かについて正しく理解している。	△	代表者、管理者は理解しているが、職員全てが理解しているかという点で不十分である。				
		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。	○	どのようなことが身体拘束に当たるかを職員会議で話をする機会を設けている。				
		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な内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	○	家族から要望があったことがない。また、あった場合、ケアを工夫することで拘束にならないようする。				
45	権利擁護に関する制度の活用	a	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、それぞれの制度の違いや利点などを理解している。	×	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会などが提供できていない。				
		b	利用者や家族の現状を踏まえて、それぞれの制度の違いや利点なども含め、パンフレット等で情報提供したり、相談にのる等の支援を行っている。	×	制度の違いや利点についての知識が乏しい。また、パンフレット等が用意できていない。				
		c	支援が必要な利用者が制度を利用できるよう、地域包括支援センターや専門機関(社会福祉協議会、後見センター、司法書士等)との連携体制を築いている。	×	連携体制が築けていない。				

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
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。	△	マニュアルを作成しているが、全体的に周知はできていない。				
		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。	△	定期的には行っていないが、訓練、研修は受けている。				
		c	事故が発生した場合の事故報告書はもとより、事故の一手手前の事例についてもヒヤリハットにまとめ、職員間で検討するなど再発防止に努めている。	○	事故が発生すれば事故報告書を記入。ヒヤリハットについても記録している。				
		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。	○	考えられるリスクや危険について話し合い事故防止について対応している。				
47	苦情への迅速な対応と改善の取り組み	a	苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。	○	苦情対応のマニュアルを作成している。苦情があれば管理者にすぐ報告があり、対応している。				
		b	利用者や家族、地域等から苦情が寄せられた場合には、速やかに手順に沿って対応している。また、必要と思われる場合には、市町にも相談・報告等している。	○	苦情が寄せられた場合、速やかに対応している。				
		c	苦情に対しての対策案を検討して速やかに回答するとともに、サービス改善の経過や結果を伝え、納得を得ながら前向きな話し合いと関係づくりを行っている。	○	苦情があれば速やかに対応を行っている。				
48	運営に関する意見の反映	a	利用者が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、個別に訊く機会等)	△	利用者から直接訊く機会は設けているが、その他に伝えられる機会や取り組みは不十分である。			△	日々の中で聞くことはあるが、機会としてはつくっていない。
		b	家族等が意見や要望、苦情を伝えられる機会をつくっている。(法人・事業所の相談窓口、運営推進会議、家族会、個別に訊く機会等)	△	個別に訊く機会は設けているが、伝えられる機会を設けたりすることは不十分である。	◎		△	電話や来訪時に聞くことがあるが、機会としてはつくっていない。
		c	契約当初だけではなく、利用者・家族等が苦情や相談ができる公的な窓口の情報提供を適宜行っている。	×	契約当初だけになっている。				
		d	代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。	◎	代表者自らが現場を定期的に確認している。				
		e	管理者は、職員一人ひとりの意見や提案等を聴く機会を持ち、ともに利用者本位の支援をしていくための運営について検討している。	△	職員一人ひとりの意見交換を行う機会を設けており、利用者本位の支援を行っていくための運営についての検討まではできていない。			○	管理者は職員と一緒にケアにかかわっており、日々の中で聞いたり、職員会議時に聞いたりしている。
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。	○	サービス評価の意義や目的を理解した上で全員で自己評価に取り組んでいる。				
		b	評価を通して事業所の現状や課題を明らかにするとともに、意識統一や学習の機会として活かしている。	×	現状や課題を明らかにしたが、改善を全員で取り組めていない。				
		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。	×	実現可能な目標達成計画を作成し、達成に向けて取り組みを行ったが、事業所全体で共有できていない。				
		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。	×	報告は行ったが、モニターをしてもらっていない。	△	○	×	外部評価実施後の運営推進会議時に結果を報告したようだ。モニターをもらうような取り組みは行っていない。
		e	事業所内や運営推進会議等にて、目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認している。	×	目標達成計画に掲げた取り組みの成果を確認できていない。				
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)	△	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ているが周知が不十分である。				
		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。	×	さまざまな時間帯ごとの訓練が行えていない。				
		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。	△	備えてはいるが、定期的な点検は不十分である。				
		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。	×	地域の防災についての会議に出席できていない。	△	△	×	
		f	災害時を想定した地域のネットワークづくりに参加したり、共同訓練を行うなど、地域の災害対策に取り組んでいる。(県・市町、自治会、消防、警察、医療機関、福祉施設、他事業所等)	×	地域のネットワークづくりに参加できていない。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
51	地域のケア拠点としての機能	a	事業所は、日々積み上げている認知症ケアの実践力を活かして地域に向けて情報発信したり、啓発活動等に取り組んでいる。(広報活動、介護教室等の開催、認知症サポーター養成研修や地域の研修・集まり等での講師や実践報告等)	×	情報発信したり、啓発活動等に取り組めていない。				相談支援は行っていない。 特に取り組んでいない。
		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。	×	行っていない。		△	×	
		c	地域の人たちが集う場所として事業所を解放、活用している。(サロン・カフェイベント等交流の場、趣味活動の場、地域の集まりの場等)	×	活用できていない。				
		d	介護人材やボランティアの養成など地域の人材育成や研修事業等の実習の受け入れに協力している。	×	事業所としては取り組めていない。				
		e	市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等各関係機関との連携を密にし、地域活動を協働しながら行っている。(地域イベント、地域啓発、ボランティア活動等)	×	連携が取れていない			×	