

事業所の概要表

(令和 5年 6月 10 日現在)

事業所名	グループホーム紫竹庵					
法人名	特定非営利活動法人グループホームしいのみ					
所在地	松山市山越2丁目11-35					
電話番号	089-922-7403					
FAX番号	同上					
HPアドレス	http://www.npo-shiinomi.com					
開設年月日	平成 14 年 11 月 28 日					
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 平屋 (2) 階建て () 階部分					
併設事業所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
ユニット数	1 ユニット	利用定員数	6 人			
利用者人数	6 名 (男性 1 人 女性 5 人)					
要介護度	要支援2	0 名	要介護1	1 名	要介護2	1 名
	要介護3	1 名	要介護4	2 名	要介護5	1 名
職員の勤続年数	1年未満	2 人	1~3年未満	5 人	3~5年未満	0 人
	5~10年未満	1 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 2 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 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	千舟町クリニック・立命クリニック					
看取りの体制 (開設時から)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (看取り人数: 人)					

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	14,000 円	
敷金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円	
保証金の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円 償却の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食材料費	1日当たり	1,500 円 (朝食: 円 昼食: 円)
	おやつ:	円 (夕食: 円)
食事の提供方法	<input type="checkbox"/> 事業所で調理 <input type="checkbox"/> 他施設等で調理 <input type="checkbox"/> 外注(配食等) <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他の費用	・ 水道光熱費	15,000 円
	・ 管理費	6,000 円
	・	円
	・	円

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 回) ※過去1年間	
広報紙等の有無	<input 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 type="checkbox"/> 市町担当者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 評価機関関係者
		<input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 自治会・町内会関係者 <input type="checkbox"/> 近隣の住民
		<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 法人外他事業所職員 <input type="checkbox"/> 家族等
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (施設職員)	

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”

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7月18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)	3	(依頼数)	6
地域アンケート	(回答数)	1		

※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	3870102914
事業所名 (ユニット名)	グループホーム紫竹庵
記入者(管理者) 氏名	竹内みか
自己評価作成日	令和5年 6月 20日

<p>【事業所理念】※事業所記入 寄り添い、笑いあう、マイホーム</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 目標達成計画：利用者とともに調理や後片付けを行い、食べるだけの食事ではなく食への楽しみを持ち、役割を持つことにより生活の質の向上を図る。 大根やしいたけ、人参などを切ってもらい、干し野菜を作ったり、味付けを一緒に作ったり、血洗いも行ってもらうことができた。利用者の重度化が進み、後半は手伝ってもらえる人が少なく、あまりできなかった。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 利用者個々に、できること、できないことシートを作成して支援している。男性利用者には、整容時に電動の髪剃りを準備して、自分でできるところをしてもいい、職員が仕上げを手伝っている。スポンジのゴム通しなどは、職員の得意な利用者にお預りしている。 居室で過ごすことが多い利用者には、職員が他利用者を誘い訪室して、利用者同士で話をするような機会をつくっている。そのことがきっかけで、利用者同士が居室をのぞいて「おはよう」などと声をかけるような場面がみられるようだ。 「介護の仕事がしたかった」と言う利用者には、見守りが必要な利用者のそばで、手をぎって世話をしてもらうような場面をつくっている。同郷の利用者には、職員が「実家がご近所だったんですね」と話のきっかけをつくり、二人で楽しい話ができるよう支援している。</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。	○	利用者の個人ファイルを熟読し、本人とも話してコミュニケーションを図ることでその思いを把握するように努めている。	◎		○	入居時に、本人、家族から聞き取りを行い、センター方式の私の姿と気持ちシートを作成している。利用者の言葉をそのまま記入していた。日々の会話の中で、「○○が食べたい」「○○が好き」などと聞いた際には、介護記録に記入している。重度の利用者については、家族から希望や意向を聞くことが多い。
		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。	○	利用者目線と考え、月例会議や日々の申し送り、定期的な職員間で意見交換を行い、検討している。				
		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。	○	家族から昔の生活習慣をお聞きしたり、面会時にもその都度お聞きし、本人の思いについて職員間で共有している。				
		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。	○	介護記録に本人が話したことを記録し、口頭でも伝え、職員全体に伝わるようにしている。				
		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。	○	一人の意見だけでケアをせず、チームで話し合い、情報把握に努めている。				
2	これまでの暮らしや現状の把握	a	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、こだわりや大切にしてきたこと、生活環境、これまでのサービス利用の経過等、本人や本人をよく知る人(家族・親戚・友人等)から聞いている。	◎	入居時に家族や本人に聞き取りをしたり、日常の会話の中でも本人から情報を聞きだすように声掛けを行っている。			○	入居時に本人、家族から習慣・好み、時間の過ごし方などを聞いて、基本情報シートにまとめている。日々のかかわりの中で聞いた情報は、口頭で伝え合ったり、月例会議時(ケアカンファレンス含む)に共有したりしている。
		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。	◎	声掛けや見守り支援を行い、職員一人一人が利用者に接しながら、できることできないことと把握に努めている。				
		c	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に務めている。(生活環境・職員のかかわり等)	◎	個人記録や介護記録で確認したり、本人からも聞き取りを行い、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。	◎	本人の視点で物事を考え、会議以外でもその都度話し合っている。			○	職員が情報を持ち寄り、月例会議(ケアカンファレンス含む)で検討している。
		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。	◎	ケアプランに課題を記載し、介護記録に貼付することで職員全員の把握に努めている。				
4	チームでつくる本人がより良く暮らすための介護計画	a	本人の思いや意向、暮らし方が反映された内容になっている。	○	本人の思いをくみ取り、実現できそうなものはないように取り組み、反映に努めている。				
		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。	○	本人との会話からケアのあり方を考えたり、家族の意向などもお聞きし、介護計画に反映している。	◎		○	利用者の意向、家族の要望を踏まえて職員で話し合い介護計画を作成している。料理好きの利用者には、調理をする(野菜を切る・味付けをする等)を介護計画に採り入れていた。尿道留置カテーテルのケア等が必要な利用者については、医師や看護師の指示を計画に反映していた。
		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。	○	昔からすきだった食べ物を利用したり、なじみのある歌を歌ったり、可能な限り実現できるように努めている。				
		d	本人の支え手として家族等や地域の人たちとの協力体制等が盛り込まれた内容になっている。	△	家族とは連携をとっているが、コロナ禍だったこともあり、地域の方の交流はあまりなかった。				
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。	◎	介護記録に介護計画を貼付し、職員全体で介護計画の把握につとめている。			○	介護記録ファイル(一冊に全員分ファイリング)の個別の仕切り板に介護計画を貼って共有している。
		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。	◎	毎月モニタリングを行い、介護計画を再確認し、記録することで日々の支援の再認識をしている。			△	介護記録に、様子や言葉、エピソードを記入しているが、情報量は少なく、口頭でやり取りすることが多い。

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
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度見直しを行い、途中変化がある利用者についてはその都度介護計画の見直しを行っている。			◎	計画作成担当者が責任を持って期間を管理して、3か月に1回、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。	◎	月例会議や状況に変化があればその都度、現状確認を行っている。			◎	利用者個々の担当職員が、毎月、計画内容についてモニタリング表を作成している。月例会議時には、介護計画の内容にかかわらず、全利用者の現状確認を行っている。
		c	本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。	◎	本人の心身の状態に変化があればその都度、家族に連絡し、医師にも相談、新たに計画を作成している。			○	この一年間では、体調不良による身体機能の低下に伴い、介護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。	◎	月例会議や状況に変化があればその都度、現状確認を行い今後のケアについて話し合っている。			◎	毎月、月例会議を開催している。職員は、話し合いたい内容があれば、事前にメモ書きを管理者に渡しておくようしくみをつけている。
		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。	◎	一人一人が率直に意見を言う環境づくりに努め、情報交換を行っている。				
		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。	○	会議に参加できない人からも意見がないか聞き取り、月例会議などで代弁している。			◎	夜勤の職員も参加できる日時を選んで開催している。参加・不参加にかかわらず、職員全員が、議事録を確認してサインするしくみをつけている。サインがない職員には、管理者が個別に声をかけている。
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)	◎	申し送りノートを利用したり、重要なことは口頭やメモで情報伝達を行い、伝わるようにしている。	◎		◎	利用者の様子や家族からの伝言などは、申し送りノートに記入して、確認した人はサインをするしくみをつけている。サインがない職員には、管理者が個別に声をかけている。
(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。	△	要望を叶えるように努力はしているが、その日中にできないこともある。				
		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)	○	お風呂に入るかどうかや、衣類の洗濯、何がしたいかなどをお聞きしている。			○	おやつ時の飲み物を数種類用意して、選べるようにしている。利用者の状態によって、昼食をどこで食べるかを聞いて、本人の希望に沿っている。また、更衣時に、「どちらの服がいいですか」と聞いて支援するケースがある。
		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)	○	職員の都合を優先せず、臨機応変に対応している。				
		d	利用者の活き活きした言動や表情(喜び・楽しみ・うらおい等)を引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。	○	優しい声掛け、笑顔で接すること利用者の笑顔を引き出している。			○	自宅で読んでいた新聞を入居後も購読できるよう支援しているケースがある。誕生日当日には、利用者の食べたいものとケーキを職員が手作りで、みなでお祝っている。
		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方ができるよう支援している。	◎	声掛けを増やし、表情をくみとることで本人の思いを尊重している。				
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かけをしないよう配慮、目立たずさりげない言葉かけや対応等)	◎	定期的な接遇について学び、自身が不適切な対応をしていないか再確認している。	◎	○	○	月例会議時や身体拘束委員会時に研修を行っており、身体拘束や虐待について勉強する中で人権や尊厳について学んでいる。職員の声かけ等について気になるようなことがあれば、管理者がその都度、職員に注意をして、具体的な言葉かけの例を出して話し合っている。
		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。	◎	見えないように配慮し、また不適切な発言を控え、不安にならないように声掛けをしている。				
		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。	◎	居室に入るときは必ずノックをして返事があってから入るようにしている。			◎	職員は、ノックをして「○○さん失礼します」と声をかけてから入室していた。
		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。	◎	法令遵守を理解し、個人情報漏洩防止に努めている。				
11	ともに過ごし、支え合う関係	a	職員は、利用者を介護される一方の立場におかず、利用者に助けを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。	◎	全面的に介護するのではなく、できることは本人にしてもらい、その都度感謝の言葉を伝えている。				
		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。	○	利用者同士が支えあっているときはすぐに手を下さず、様子を見て本人同士の意思を尊重している。				居室で過ごすことが多い利用者には、職員が他利用者を読んで、訪室して、利用者同士で話しをするような機会をつくっている。そのことがきっかけで、利用者同士が居室をのぞいて「おはよう」と声をかけるような場面がみられるようになった。
		c	職員は、利用者同士の関係を把握し、トラブルになったり孤立したりしないよう、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。(仲の良い利用者同士が過ごせる配慮をする、孤立しがちな利用者が交わる機会を作る、世話役の利用者にうまく力を発揮してもらう場面をつくる等)	◎	トラブルにならないような環境づくりに努めるとともに、仲介し支えあえるような機会を作っている。			◎	「介護の仕事がしたかった」と言う利用者には、見守りが必要な利用者のそばで、手をにぎって世話をしようという場面をつくっている。同郷の利用者には、職員が、「実家がご近所だったんですよね」と話のきっかけをつくり、二人で懐かしい話ができるよう支援している。
		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。	○	必要であれば仲介し、トラブル防止に努めている。				
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。	○	入居時に聞く他、日常会話でも本人から聞き取り、情報把握に努めている。				
		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ったりなど、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。	△	コロナ禍のため、以前はできなかったが、少しずつ外出支援や知人友人との面会を支援している。				
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)	△	毎日ではないが庭で日光浴をしたり、ドライブを行っている。寝たきりの方は安全を考慮し、外出や戸外にでることは病院受診以外はなかった。	○	×	○	庭でひなたぼっこをしたり、草引きをしたりしている。また、散歩に出かけたり、近くのドラッグストアやコンビニまで、利用者の好きな菓子パンや飲み物を買に行ったりすることを支援している。少人数ずつで桜や紅葉を見に、ドライブに出かけたり、利用者からの希望で、寺や自宅周辺まで車で走ってみることを支援したケースがある。重度の人については、通院時が外出する機会となっている。
		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。	△	ご家族と外出することはあったが、コロナ禍のため地域の人やボランティアの方などの協力は得ていない。				

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
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ととき、取り除くケアを行っている。	◎	一人ひとりの心身の状態を毎日観察し、ケアの見直しをその都度行い、周知徹底している。				利用者個々に、できること、できないことシートを作成している。 男性利用者には、整容時に電動の髭剃りを準備して、自分でできるところをしてもいい、職員が仕上げを手伝っている。 スポンジのゴム通しなどは、裁縫の得意な利用者をお願いしている。
		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)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。	◎	機能低下を理解し、利用者一人一人にあった体操や散歩を行い、日常生活を通して、自然に行えるよう取り組んでいる。				
		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)	○	できることに対してなるべく見守りを行い、職員が何もかも援助しないように気を付けている。	○		○	
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。	○	日々の生活スタイルや行動、言動から本人の楽しみを探り、どうすればよいか				食器拭き、洗濯ものたたみ、新聞折りをすることが役割の利用者がいる。 絵が得意な利用者は、自宅からスケッチブックを持ってきており、他利用者の似顔絵を描いてもらうような機会をつくっている。
		b	認知症や障害のレベルが進んでも、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、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。	△	日常的にとまではいかないが外に出て草引きをしたり、体操や時代劇鑑賞、歌を歌ったりなど行っている。	○	△	○	
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。	○	整容、服装については日ごろから気を付けている。本人にどの服を着るかなど問いかけし、おしゃれを楽しんでもらっている。				利用者は清潔な服装で過ごしていた。 家族と一緒に馴染みの美容室に行けるよう支援しているケースがある。 夏も長袖の服を好む利用者には、居室の温度を調整したり、肌着の種類などを工夫したりしている。
		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に整えられるように支援している。	○	ご本人が在宅でおられる時からの衣類や持ち物を持ってきてもらい、本人の好みのもので整えられている。				
		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。	○	利用者としてゆくり決めたり、選択を少なくすることで決めやすい環境づくりを心がけている。				
		d	外出や年中行事等、生活の彩りにあわせてその人らしい服装を楽しめるよう支援している。	○	ご家族が持ってこられた服で本人の好みや気分を選んでもらったり、季節に応じた服装を来ていただけるよう支援している。				
		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)	○	おでかけするので整えましょうか、こちらの服素敵ですよなど言い回しをし、プライドを傷つけないように注意している。	○	○	○	
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	△	ご家族が連れていくこともあったが、施設で行くときはお店が決まっているので本人の望む店ではないが、本人の望む髪型にはしてもらっている。				
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。	◎	食べることの大切さを理解し、盛り付けや彩を工夫し、季節のものや好みのものをお出ししたりしている。				野菜は、八百屋からの配達を利用しており、近所の人や職員からの差し入れもある。その他の食材は、職員が買い物に行っている。元職員(農家)から新米を購入している。 献立は、利用者「何が食べたいですか?」と聞いて、希望があれば採り入れられている。 調理は、利用者も一緒に行うこともあるが、主には職員が行っている。 利用者には、食器洗いや食器拭きを行う場面をつくっている。 調査訪問日の昼食は、職員の差し入れのナスやオクラ、とうもろこしを使った夏野菜カレーをつくっていた。魚が苦手な利用者には、代替品をつくっている。 正月には、職員手作りのおせち料理や雑煮、ひな祭りには、ハラ寿司を作り喜ばれたようだ。 茶碗や湯飲み、箸等は、それぞれに、入居時に持参したものを使っている。 職員は、利用者と同じものを食べているが、現在は感染症対策のため、時間をずらして別の場所で食べている。 居間から、台所がよく見えて食事をつくるにおもする。 ミキサー食の利用者には、献立を伝えてサポートしている。 食事に定期的な話し合うような機会は持っていないが、食事形態や調理方法などについては、必要時に、口頭で話し合っている。 野菜を多く採り入れるようにしている。
		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。	○	会話の中で食べたいものが出たときは献立に盛り込んだり、切り干し大根や干しシイタケを作るのにカットをお願いしたり、味付けや血洗も毎日ではないが行ってもらえた。			○	
		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。	○	買い物はコロナ禍のため行くことができなかったが、調理や後片付けをすることで利用者のやりがいを見つけている。				
		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。	◎	アレルギーの有無、本人の好みものや苦手なものを把握し、職員全体で把握している。				
		e	献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえて、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。	○	季節の野菜や、季節の果物を取り入れ、利用者の好みに合わせて味付けをそれぞれ変えたりしている。			◎	
		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)	△	嚥下機能の低下がみられる利用者については医師の判断のもとミキサー食にしているが本人の好みの味付けにしたり、一つずつ料理の説明をして対応している。				
		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。	○	本人の湯飲みやお箸を持参してもらったり、			◎	
		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。	x	コロナ禍のため、衛生上職員は別に食事をとっていた。			△	
		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。	△	重度の方は、居室で食べられるので調理の音やにおいはあまり感じないが、訪室した際に献立を説明したりおいしいですよと声掛けを行っている。		◎	○	
		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。	○	経口栄養剤を利用したり、利用者一人一人の健康状態を把握し、その人にあった食事量や水分量を考慮している。				
		k	食事が少なかったり、水分摂取量の少ない利用者には、食事の形態や飲み物の工夫、回数やタイミング等工夫し、低栄養や脱水にならないよう取り組んでいる。	○	把握できている。水分量が少ない利用者はこまめに飲んでもらったり、甘いジュースなどを利用し対応している。				
l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的な話し合い、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。	○	業務日誌に献立を記録し続けて同じものを出さないように工夫したり、利用者の栄養状態や心身の状態をその都度話し合っで献立を決めている。			○			
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。	○	定期的ハイター消毒を行い、しっかり火を通したり、菌が繁殖しないように冷蔵庫の中の置き場所にも注意している。						

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
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。	◎	口腔ケアをしっかり行い、歯の間に詰まる方に関しては歯間ブラシを利用したり、夜間は必ず義歯を預かり洗浄している。				口腔ケアの目視にとどまっている。
		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。	○	虫歯の有無や歯茎の状態、義歯の状態などを把握しており、口腔ケアや嚥下機能を高める体操の必要性について理解している。			△	
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	△	定期的に口腔ケアの正しい方法については学んでいないが毎日できる範囲で口腔ケアを行っている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	◎	義歯洗浄剤で毎日洗浄している。				
		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、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)	○	自身で歯磨きできる方はしてもらい、歯磨きできないがうまくできない人は仕上げ磨きをしたり、うがいもできるだけしてもらっている。			△	
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。	◎	自立の方はなるべく夜間も自分で排泄していただいたり、排泄の自立について理解して把握するように心がけている。				月例会議時や日々の中で、必要性や適切性について話し合っている。紙パンツにパッドを使用していた利用者は、職員から、「トイレで排泄できるので、パッドを使用しなくてもよいのでは」という意見があり、排泄の間隔を確認しながらトイレへ誘導を継続して支援し、パッドを使用しなくてもよくなった事例がある。
		b	職員は、便秘の原因や及ぼす影響について理解している。	◎	理解しており、主治医と連携を図っている。				
		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)	○	介護記録にて確認、便がないときはお薬を調整したり水分や食事に気を付けている。				
		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。	○	トイレでできる人はなるべくトイレを使用してもらっている。	◎	○		
		e	排泄を困難にしている要因や誘因を探り、少しでも改善できる点はないか検討しながら改善に向けた取り組みを行っている。	◎	水分量や、食繊維の多い野菜を献立に取り入れ、自然排便を促している。				
		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。	○	排泄の失敗がある利用者に関しては定期的にトイレの声掛けを行っている。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どういつ時間帯にどのようなものを使用するか等について本人や家族と話し合い、本人の好みや自分で使えるものを選択できるよう支援している。	○	おむつを使用する際はその都度職員間で話し合ったり、家族に報告している。				
		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。	○	オムツ類は家族に持ってきていただいたり、一人一人の状態に合わせてパッドの有無など対応している。				
		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)	◎	水分量の把握や適度な運動の声掛け、散歩にいったり室内で体操をしたり、重度で寝たきりの方には体位交換など腹圧をかける運動など行っている。				
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)。	△	曜日は決めていないが入浴の時間帯はいつも一緒になってしまう。本人が入りたいといった時も対応している。	◎		△	週2回、午前中に入浴を支援している。入浴剤を使用したり、入浴後に、好きな飲み物やアイスクリームを用意したりしている。さらに、個々の入浴の習慣などを探って、入浴を楽しむ支援に探り入れてみてはどうか。
		b	一人ひとりが、つろいだ気分が入浴できるよう支援している。	○	一人一人が気持ちよく入浴できるよう、お湯の温度、出てからも急な温度変化がないよう脱衣所の温度にも気を付けている。				
		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。	○	できるところを先に洗っていただき、できてないところを声掛けしたり、必要があればお手伝いしている。				
		d	入浴を拒む人に対しては、その原因や理由を理解しており、無理強いせず気持ちよく入浴できるよう工夫している。	○	入浴拒否があればその時に無理に入ってもらわず時間をおいたり、日にちを変えたり、また入浴剤を入れたり工夫して入りたいと思うような環境づくりを心がけている。				
		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。	◎	本人の体調を見て入浴可能か見極めている。				
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。	◎	介護記録で確認、申し送りして把握、夜勤最低でも2時間おきに見守りを行うことで把握するよう努めている。				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。日中は、戸外で過ごし、室内で体操をしたりして安眠につながるよう支援している。
		b	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。	○	眠れない利用者には、日中なるべく活動し起きる時間を増やし、昼夜逆転にならないよう対応し、またなぜ寝れないのが原因を職員間で話し合っている。				
		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。	○	日中の過ごし方をその都度検討し、医師に相談しながら必要があれば睡眠導入剤を処方してもらい支援している。			○	
		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。	○	本人の体調をみて日中横になる時間を作っている。				

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
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。	△	携帯を持参している方に関しては自由に連絡をとってもらっているが、本人の要望がないため今のところ支援はしていない。				
		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。	△	何もできないと決めつけてはいないが本人から要望がないため支援していない。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	△	家族や本人から要望があれば支援する。				
		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。	△	家族も近隣の方ばかりなので手紙が届くことはめったになく、今のところ支援していない。贈り物に関してはご本人にお見せし、お花だったら飾ったり、食べ物だったらおやつで出すなどしている。				
		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。	△	電話を所持している方は現状一人のみ、あとは認知症で意思疎通のため難しいが面会時などお話できるよう支援している。				
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。	△	お金を所持している方もおられるがほとんどの利用者が所持しておらず、理解力にはかける。				
		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。	×	コロナ禍のため、外出支援がなかなかできなかった。買い物先の理解や協力を得る働きかけは行えなかった。				
		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。	△	お金を所持している利用者に対しては支援しているが、ほとんどの利用者が所持していないため支援できていない。				
		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。	△	お金を所持している利用者に対しては支援しているが、ほとんどの利用者が所持していない。所持している方は後見人がついており、後見人の方とお金が必要な場合はその都度相談している。				
		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)	○	おこづかいには法人で立て替え、毎月小遣い明細書を家族に送っている。金額の高いものを購入する時は、家族に相談してから購入している。				
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。	○	家族とさまざまなニーズに対し、柔軟に対応できるように心がけている。	◎		○	家族の葬儀に参列できるように、家族からの依頼を受け、車いすの貸出しや喪服への着替えを支援した事例がある。
(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。	○	民家改修型のグループホームでアットホームなので気軽にきていただける雰囲気である。	○	○	◎	住宅街にある民家改修型の事業所で、門から玄関まで植栽があり石畳が続いている。玄関前にベンチを設置している。
26	居心地の良い共用空間づくり	a	共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、家庭的な雰囲気有しており、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くような設えになっていないか等。)	○	民家改修型のグループホームでアットホームな雰囲気もあり、玄関にはお花を飾ったり、施設内の明るさや空調管理にも配慮している。	◎	○	◎	民家改修型の事業所で、建物に家庭的な雰囲気がある。テレビ台や飾り棚等は、一般家庭で使うものを使用していた。
		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。	○	毎朝掃除を行い、換気にも気を付けている。			○	居間は、掃き出し窓から採光があり、明るい空間になっている。掃除が行き届き、不快な音や臭いは感じなかった。
		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。	○	談話室に季節のポスターや玄関に季節の花を飾ったり、またお庭で日光浴をすることで暑さや寒さを感じられるようになっている。			○	居間の大きな掃き出し窓からは、玄関のアプローチがよく見え、調査訪問日には、薬局の人や家族などの来客があった。
		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。	○	日中は開放的にしており、人が行き来していた李話しているのを感じてもらっている。たまに利用者同士で挨拶したり会話を楽しませている。				
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	○	家族に使い慣れたものを持参してもらい、部屋に写真を飾ったり、ぬいぐるみを置いたりして本人が居心地よく空間づくりをしている。	◎		○	テレビやタンス、棚などを持ち込んでいる。棚の上に、ぬいぐるみや家族の写真を飾っていた。床に座ってテレビを見たり、食事をしたという利用者には、一角に畳を敷いていた。音楽が好きな利用者は、CDデッキを持ち込んでおり、屋敷後に美空ひばりの曲を聞いて過ごしていた。
28	一人ひとりの力が活かせる環境づくり	a	建物内部は利用者一人ひとりの「できること」「わがこと」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。	○	見える位置や通り道に転倒の危険性のあるものはおかず、利用者のお部屋もわかりやすくネームプレートを置いている。			○	民家改修型の事業所で、壁面や柱を伝って利用者は移動しており、職員は付き添ったり見守ったりしている。玄関には、手すりを設置していた。
		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)	△	物品を置きっぱなしにしてしまうとどこかに持って行ってなくなってしまうこともあるので、職員が付き添っているときだけ手に取れるようにしている。				
29	鍵をかけないケアの取り組み	a	代表者及び全ての職員が、居室や日中にユニット(棟)の出入り口、玄関に鍵をかけることの弊害(鍵をかけられ出られない状態が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)	◎	日中は網戸だけにし、いつでも出入りができるようにしている。代表者、職員が利用者にもたらす弊害を理解している。	○	◎	◎	日中、玄関は開錠している。月例会議時や身体拘束委員会時に研修を行っており、機会を捉えて、鍵をかけることの弊害についても理解を深めている。
		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。	○	離設の可能性があることを家族にも理解してもらい、自由にできる環境をつくっている。				
(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。	○	個人のファイルに病歴や留意事項が記載されており、把握に努めている。				
		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。	◎	少しでも変化があれば日々の介護記録に記入し、申し送り時や日々の会話で職員に伝えている。介護記録には重要なところには蛍光マーカーで線をひいている。				
		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。	◎	状態に変化があれば定期診察でない日でも医師に伝えたり、週1回の訪問看護で看護師に相談したりなど関係性を築いている。				

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
31	かかりつけ医等の受診支援	a	利用者一人ひとりのこれまでの受療状況を把握し、本人・家族が希望する医療機関や医師を受診できるよう支援している。	○	ご家族や本人の希望に応じて対応している。	◎			
		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。	◎	入居時に主治医から説明してもらい、納得を得てから支援を行っている。				
		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。	○	大きな変化があったり受診が必要な場合は、家族に連絡し主治医からも説明する機会をもっている。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	◎	家族や関係者に報告している。				
		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。	○	本人の状態を情報交換し、ケアマネと病院とで連絡を密にしている。				
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。	◎	日ごろから介護で気づいたこと、気になったこと、また医療の面からも気になることなどを訪問看護師に相談、報告している。				
		b	看護職もしく訪問看護師、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。	◎	協力医療機関とは24時間相談、往診対応できる体制を整えている。				
		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な体制を整えている。また、それにより早期発見・治療につなげている。	◎	1週間に1度訪問看護や診察があり、それ以外にも気になったことは主治医に報告相談している。				
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。	○	薬が変更になれば、本人の状態の経過を介護記録に記録し、申し送りや診察時に医師や看護師に情報提供し、必要があれば家族にも報告している。				
		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。	○	日勤帯は必ず2名で服薬確認を行っている。				
		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。	○	本人の状態を観察し、介護記録に記入し、職員間で周知するよう心がけている。				
35	重度化や終末期への支援	a	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時、または状態変化の段階ごとに本人・家族等と話し合いを行い、その意向を確認しながら方針を共有している。	◎	入居時に希望を確認している。また時間がたてば意向が変わることもあるので定期的に終末期の在り方についてお聞きしている。				入居時に本人・家族に看取りについての希望を聞いて、センター方式の様式に記入している。状態変化時には、その都度、家族の希望を確認して、家族、医師、職員で話し合っている。看取りの期間は、時間を問わず、家族がいつでも利用者とお過ごせるように配慮した。
		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。	◎	終末期、重度化時は医師と家族と施設で話し合いを行い、医師から説明してもらったり、今後の意向をお聞きし職員にも共有している。	◎	◎		
		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。	○	状態の変化に伴い、見極め、職員と話し合いながら、支援するように気を付けている。				
		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。	○	介護面でできることを説明し、理解をえている。				
		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。	◎	協力医療機関や家族といつでも連絡がとれるように体制を整えている。				
		f	家族等への心理的支援を行っている。(心情の理解、家族間の事情の考慮、精神面での支え等)	○	特に場は設けていないが、面会時や連絡を取ったときなど、家族の思いや心情を察し、対応している。				
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。	○	感染症について定期的に研修勉強会を行っている。				
		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。	○	マニュアルを作成し、対応ができるようにしている。				
		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。	○	情報をとりいれるように努めている。				
		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。	◎	出勤時、退勤時、介助時などこまめに手洗い、うがい、アルコール消毒を行い、来訪者にもアルコール消毒や体調の確認をしている。				

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	
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。	○	話しやすい環境づくりに努め、何かあれば家族に相談報告している。					
		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)	△	コロナ禍のため、面会制限を行っていたため、していない。	◎		○	現在は、感染対策を徹底して、家族がいつでも面会ができるようにしたり、利用者と一緒に外出したりできるようにしている。	
		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)	○	月に一度、利用者の写真をのせたお手紙を送っており、それに近況報告を記入したり、来訪時にも変わったことがあれば報告している。	◎	◎		毎月、写真入りの個別の手紙を作成して送付している。ほとんどの家族とSNSでやりとりしており、管理者は、日々の様子や写真、動画を送っている。家族からも「様子はどうですか」とメッセージがあり、日常的にやりとりしている。SNSを使わない家族には、電話や来訪時に様子を報告している。	
		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)	○	家族と本人の関係性を把握し、認知症であることをなかなか理解できない家族には何度も説明するなど対応している。					
		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)	△	職員の異動、退職などは聞かれたらお答えしているが、設備改修や機器の導入などは都度報告していない。	○		△		行事については、毎月の個別の手紙で報告しているが、設備改修、機器の導入、職員の異動・退職等については、報告する機会は持っていない。
		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。	○	転倒や誤嚥、薬の副作用の危険など入所時に説明するとともに状態に応じてその都度説明している。					
		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)	○	家族が気がかりなことは、気軽に話せるように雰囲気づくりに気を付けている。電話等でも誰でも話せるように関係性をきづいている。				○	管理者は、ほとんどの家族とSNSでやり取りしており、意見や希望を聞いている。
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)	◎	管理者、理事長が説明し、家族を同意を得たうえで契約をしている。					
		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。	◎	退去希望があれば介護支援専門員が退去先を斡旋したり、具体的な説明を行っている。また契約に違反する退去理由のある方についても家族にきちんと説明し、理解を得るよう努めている。					
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。	○	運営推進会議などで施設に来てもらっていたが、コロナ禍のため、文書報告で対応している。		×			
		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)	○	ご近所の方に日常的な挨拶をしたり、時にはお話をしたりなど努めている。行事(敬老会や祭り)はコロナ禍のため、開催されなかったため参加できていない。		×	○	利用者と一緒に回覧板を回している。散歩や事業所の庭で過ごしている時に、近所の人と挨拶をしたり世間話をしたりしている。散歩時、近所の人に声をかけてもらい、庭の紫陽花を見せてもらったことがある。近所の人から野菜の差し入れがある。	
		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。	○	増えてはいないがお散歩をしていると声をかけてくださったり、季節の野菜を持ってきてくださったりなど気にかけてくださっている。					
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	ご近所の方がお野菜をもってきてくださったり、町内会の方が挨拶にきたりなどはされるが施設内にははいられなかった。					
		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。	○	立ちよってもらう環境ではないが挨拶やたまに世間話などしてお付き合いをしている。					
		f	近隣の住民やボランティア等が、利用者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう働きかけを行っている。(日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援)	△	敬老会などの声掛けはして下さっていたが、コロナ禍のため行われずほとんどない。					
		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)。	△	コロナ禍のため行えていなかった、消防署がきて避難訓練などは行った。					
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。	△	コロナ禍のため文書開催、報告をしている。	○		△	会議は職員のみで行い、地域メンバーには報告書を持参している。	
		b	運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り組み状況(自己評価・外部評価の内容、目標達成計画の内容と取り組み状況等)について報告するとともに、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。	○	会議で話し合ったことを文書にて報告している。			△	利用者の状況や活動報告を行っている。昨年、自己評価を行った際には、前年度の目標達成計画の振り返りと新たな目標達成計画についてまとめた資料を報告書に添付した。意見や提案などはなく、サービス向上に活かしたり、報告したりするまでに至っていない。	
		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。	△	文書開催のため施設のみの開催であった。			○		

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。	◎	理念がいつでもみられるように目立つところに掲げており、職員全員が理念に基づいて取り組んでいる。				
		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。	◎	見えやすいように掲げており、紫竹庵の内観と外観のパンフレットにも記載している。	◎	△		
42	職員を育てる取り組み ※文言の説明 代表者：基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合、当該部門の責任者などを代表者として差し支えない。したがって、指定申請書に記載する代表者と異なることはありうる。	a	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、計画的に法人内外の研修を受けられるよう取り組んでいる。	◎	毎月テーマを決め社内研修を行い、レポートを提出し、いろいろなことを学んでもらっている。				法人代表は、事業所によく訪れており、職員と話しをする機会をもっている。 勤務表は、職員の希望に合わせて作成しており、勤務が連続しないようにするなど工夫している。 休憩室で休憩を取っている。
		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。	○	社内研修で介護技術や認知症への適切な介護を勉強する機会を作るとともに、日常的に				
		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。	◎	毎年二回の人事考課、管理者からの報告もあるが代表者が自ら職員の状況を把握しており、職場環境や条件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)	△	コロナ禍だったためなかなか機会は作れなかったが、社内外研修などで職員の意識の向上を目指している。				
		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。	◎	見逃さないように注意を払い、必要であれば話し合いを設けて働きやすい職場になるように努めている。	○	回答なし	○	
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な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。	◎	定期的に勉強会を行ったり、日常的に不適切なケアがあれば話し合いの機会を設け、意見を交換している。			○	月例会議時や身体拘束委員会時に研修を行っており、虐待防止について勉強している。 不適切なケアがみられた時、職員は、管理者や法人代表に報告することと理解している。
		b	管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。	◎	月例会議で話し合うほか、申し送り時や、業務の合間などで日々のケアについて最善のケアを話し合っている。				
		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。	◎	見逃さないように常にアンテナを研ぎ澄まして、不適切なケアがないように点検している。				
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。	○	社内研修で身体拘束について勉強し、身体拘束委員会も定期的に行っている。				
		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。	◎	定期的に身体拘束委員会などで身体拘束がないか点検し、話し合う機会を設けている。				
		c	家族等から拘束や施設の要望があっても、その弊害について説明し、事業所が身体拘束を行わないケアの取り組みや工夫の具体的内容を示し、話し合いを重ねながら理解を図っている。	◎	グループホームは身体拘束は行わないことの理解とそれに伴うリスクについて家族に話している。				
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。	△	成年後見人の制度について職員全体が理解するように努めているが、代表者が支援を行っている。				
		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。	○	いつでも相談できるように努めている。				
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。	◎	マニュアルを作成し、事故発生時は慌てず、主治医に連絡したり家族に連絡するなどの体制が整えられている。				
		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。	△	訓練したものもあるが、全員ではない。				
		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。	◎	事故報告書やヒヤリハットなど必ず記入し、再発防止のため職員全体で把握、改善策など話し合っている。				
		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。	◎	日常的に利用者の状態を観察し、転倒や誤嚥、転落、離脱などのリスクや危険について話し合っている。				
47	苦情への迅速な対応と改善の取り組み	a	苦情対応のマニュアルを作成し、職員はそれを理解し、適宜対応方法について検討している。	○	マニュアルを作成し、苦情対応の窓口を統一し、対応者にすぐに連絡が行くようにしている。				
		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。	○	苦情があった場合は速やかに苦情担当者に連絡対応するようにしており、対応が難しい場合には地域包括支援センターなどにも相談している。				
		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。	○	苦情があった場合は速やかに誠心誠意対応し、納得いただけるよう何度も話し合いを行っている。				

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
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)	○	機会は特に設けていないが、来訪時などいつでも話せるような雰囲気づくりを心がけている。	◎		○	利用者には、日々の中で訊く機会はあるが、運営についての意見はほとんどないようだ。家族には、来訪時や電話で「何か意見はないですか」と訊いている。毎月の個別の手紙には、「意見やご希望があればいつでもお伝えください」と添えている。
		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。	△	定期的には行っておらず、苦情があった場合などに公的な窓口の情報提供を行っている。				
		c	代表者は、自ら現場に足を運ぶなどして職員の見聞や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。	◎	定期的に現場の様子を探り、管理者からも報告を受けたり、職員からも様子を聞くなどして要望や提案を直接聞いている。				
		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。	◎	月例会議でも話し合うほか、日々の業務の中でも利用者のよりよい支援のために話し合っている。			◎	
49	サービス評価の取り組み	a	代表者、管理者、職員は、サービス評価の意義や目的を理解し、年1回以上全員で自己評価に取り組んでいる。	◎	年一回自己評価を行っている。				
		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。	○	月例会議で報告し、課題を明らかにし、目標達成のために取り組んでいる。				
		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をしてもらっている。	△	運営推進会議やお手紙などで報告はしているがモニターはしてもらっていない。	◎	○	△	昨年、自己評価を行った際には、運営推進会議の報告書に、前年度の目標達成計画の振り返りと新たな目標達成計画についてまとめた資料を添付した。モニターをもらう取り組みは行っていない。
		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。	○	運営推進会議にて報告し、取り組みの成果を確認している。				
50	災害への備え	a	様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)	◎	災害のマニュアルを作成し、周知するように伝えている。				
		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。	○	自施設内にて自主訓練、さまざまな災害を想定して話し合っている。				
		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。	○	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。	△	地域の方はコロナ禍のため参加できなかったが、消防署を読んだの避難訓練は行った。	◎	△	△	年2回、職員と利用者で避難訓練を行っている。近所の住民とは、挨拶をしたり交流はあるが、協力支援体制の確保に向けた取り組みまでには至っていない。
		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)	×	コロナ禍のためできていなかった。				
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)	○	広報活動、介護教室などの情報発信は行っていないが、運営推進会議で認知症について文書にて理解を深めてもらっている。				
		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。	×	特に行っていない。		×	×	特に取り組んでいない。さらに、相談支援できる事業所であることを地域に人たちに知ってもらえるよう取り組みに工夫してはどうか。事業所から地域に発信できることを話し合ってみてほしい。
		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)	×	要望があれば対応するがコロナ禍だったこともあり、地域との交流は図れていない。				
		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。	×	特に行っていない。				
		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)	×	特に行っていない。			×	まもるくんの家に登録している。その他は特に取り組んでいない。