

事業所の概要表

(令和 6 年 11 月 10 日現在)

事業所名	グループホーム 香り草			
法人名	新居浜医療福祉生活共同組合			
所在地	愛媛県 新居浜市新田町2丁目8番24号			
電話番号	(0897)65-3681			
FAX番号	(0897)65-3682			
HPアドレス	http://niihama-mcoop.or.jp			
開設年月日	平成 12 年 3 月 15 日			
建物構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input checked="" 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	1 ユニット		利用定員数 8 人	
利用者人数	8 名 (男性 1 人 女性 7 人)			
要介護度	要支援2 名		要介護1 名	
	要介護3 2 名		要介護4 2 名	
職員の勤続年数	1年未満 1 人		1~3年未満 1 人	
	5~10年未満 5 人		10年以上 人	
介護職の取得資格等	介護支援専門員 1 人		介護福祉士 9 人	
	その他 ()			
看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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	訪看せいきょう			
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: 15 人)			

利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(月額)	30,000 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食材料費	1日当たり 1,236 円		(朝食: 412 円 昼食: 412 円)	
	おやつ: 円		(夕食: 412 円)	
食事の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で調理 <input checked="" 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 実費 円			
	おむつ代 実費 円			
	ゴミ処理代 1,000 円			
	. 円			

家族会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開催回数: 0 回) ※過去1年間			
広報紙等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (発行回数: 3 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 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 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 type="checkbox"/> 法人外他事業所職員	<input checked="" type="checkbox"/> 家族等
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (組合理事長)			

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6年12月11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) 7	(依頼数) 8
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	3870500414
事業所名 (ユニット名)	グループホーム 香り草
記入者(管理者) 氏名	横山 祐輝
自己評価作成日	2024 年 11月 10日

<p>【事業所理念】※事業所記入 まあるい気持ちで心に寄り添う香り草 ・笑顔満点 (穏やかに心と心が通じ合い気分が満たしている) ・ゆるりゆるりと (あくせくせずにゆったりとした気持ちで) ・香り草らしく元気に</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 個別援助状況表に個別援助の記入欄を設け具体的な記入を行う事ができた。毎月の最終日に1か月の援助の評価を記入することができた。 リビングに一輪挿しを設置して利用者の5感を刺激するような空間づくりをすることができた。</p>	<p>【今回、外部評価で確認した事業所の特徴】 職員間の関係性が良く、気になる言葉かけや態度があれば、お互いに注意し合うことになっている。また、「代わろうか」と言って利用者の対応を代わったりしている。 看取り支援中の利用者について、本人、家族と相談して自宅に帰ってみることを支援した事例がある。職員2名が付き添い支援し、家族からは「よかった」と感想があった。 近所のお宅でイルミネーション点灯式があり、利用者と職員で暖かい格好を出かけた。皆でカウントダウンして電飾が点灯すると「わー」と歓声が上がったようだ。</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。	○	入所者の意思を尊重し、入所者が穏やかに過ごせるよう支援している。	○		◎	入居時は、1週間程度、24時間表で本人の暮らしの様子についての情報収集に取り組んでいる。本人が発した言葉は青字で記入している。日々の中で聞いたすぐに支援できそうな希望は、業務日誌に記入している。また、すぐには叶わないような希望は、個別希望表に記入しておき、介護計画更新時に、ケアマネジャーが、その情報をアセスメント表にまとめている。
		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。	○	家族や入所前のデイサービスやケアマネジャーと連携を行い、情報を適時職員間で話しあい支援に生かしている。				
		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。	○	入所時や運営推進会での意見やアンケートを通して家族から「本人の思い」について伺う機会を得ている。				
		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。	○	ケアプランを基盤に職員間で情報を共有し、日々の記録に生かせるよう努めている。				
		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。	○	利用者の思いを最優先に取り組むよう、職員間で声を掛け合いながら業務等に取り組んでいる。				
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、こだわりや大切にできたこと、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。	○	入所時や日常生活の中で本人から伺っている、又家族の来所時や電話での連絡時にはいろいろ情報を得るようにしている。			○	入居時に、本人や家族に聞いて、アセスメント表に生活歴や性格、趣味等を記入している。入居後に得た以前の情報は、個別希望表に記入しておき、介護計画更新時に、ケアマネジャーがその情報をアセスメント表にまとめている。
		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。	○	ケアプランや日々の生活の支援の中で把握するように、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努めている。(生活環境・職員のかかわり等)	○	一日を通して記録を残し、夜間不眠の方については入眠状況表を作成している。				
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。	○	利用者の日々の心身状態の変化や望まれる事を把握し、運営会で意見を出し合い問題点を話し合い共有する事で介護計画に反映している。			○	アセスメント表の情報をもとにして、ケアマネジャーが介護計画案を作成し、サービス担当者会議(運営会時に行う)時に提示して、職員で活発に意見を出し合い検討している。
		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。	○	検討した内容に沿って支援を行い適時見直しを行っている。				
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。	○	本人の思いを最優先に生活できるよう努めている。				
		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。	○	家族・医師、訪問看護師・歯科衛生士など多職種が問題点を共有して計画を作成している。	○		○	必要に応じて、医療関係者の意見を介護計画に反映している。
		c	重度の利用者に対しても、その人が慣れ親しんだ暮らし方や日々の過ごし方ができる内容となっている。	○	利用者の環境や生活スタイルが変わることなく、慣れ親しんだ事業所で生活できるよう、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。	○	地域の防災訓練・イベントや自治会主催の夏祭りに家族と一緒に参加をして、地域と家族の協力を得て支援を行っている。				
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。	○	毎月の運営会で話し合い、問題点を共有することで出来ている。また、職員が介護計画を確認できるように毎日の記録にチェック欄を設けている。			◎	サービス担当者会議時に、正職員で介護計画について検討しており、内容を把握・理解、共有している。個別援助状況表(日々の介護記録)ファイルに、介護計画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。	○	状況を一目で確認できる一覧表を作成している。			◎	介護計画の目標、支援内容に記号番号を付けており、実践したら、個別援助状況表内の記号番号に○を付け、経過記入欄に具体内容を記入している。

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
6	現状に即した介護計画の見直し	a	介護計画の期間に応じて見直しを行っている。	○	定期的に期間を見直し、遅滞のないよう努めている。			◎	ケアマネジャーが一覧表をつくり、期間を管理しており、入居間もない人は状況に応じて短期間、その後は、6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。	○	個々の状況を運営会で話し合い、確認するよう努めている。			◎	毎月、ケアマネジャーが個別援助状況表を確認してモニタリング表を作成している。
		c	本人の心身状態や暮らしの状態に変化が生じた場合は、随時本人、家族等、その他関係者等と見直しを行い、現状に即した新たな計画を作成している。	○	変化が生じた場合は、家族に連絡をして計画を見直している。			○	骨折に伴い身体状態に変化がみられたため、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。	○	課題が生じた場合は、定期的な会議や、その都度話し合いを行い日誌に記入している。			◎	毎月、運営会を行い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。	○	会議の反省シート作成して、いろんな職員からいろんな意見が出るように取り組んでいる。				運営会は、正職員は全員参加して、第一木曜日、午後6時半から2時間程度行っている。非正規職員の参加は強制はしていない。
		c	会議は、全ての職員を参加対象とし、可能な限り多くの職員が参加できるよう開催日時や場所等、工夫するとともに、参加できない職員にも内容を正確に共有している。	○	全ての職員が出席できるよう、日時等を調整し努めている。参加できない職員には参加した職員の中から担当を決め議事録を元に説明をしている。			◎	職員のチームワークがよく、運営会でも多くの積極的な意見が出ている。
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)	○	日々の生活について、所定の記録及び職員間で共有する「申し送りノート」を活用し、情報伝達に努めている。	◎		◎	申し送りノートや業務日誌に記入して、出勤時に確認したり、口頭で申し送ったりしている。
(2) 日々の支援									
9	利用者一人ひとりの思い、意向を大切に支援	a	利用者一人ひとりの「その日したいこと」を把握し、それを叶える努力を行っている。	○	毎日、利用者に問いかけ、出来るものを実践するよう努めている。				更衣時(起床時や入浴時)には、着替える服を選んでもらっている。
		b	利用者が日々の暮らしの様々な場面で自己決定する機会や場をつくらせている。(選んでもらう機会や場をつくる、選ぶのを待っている等)	○	日常の会話の中から、選択肢を設けるよう努めている。(入浴時の衣類・テレビの番組・お茶やコーヒーなど)			◎	居室の衣類の引き出しには、ネームシールを付け、自分で出し入れできる下の方の段に収納するなど工夫している。ハンガーも低い位置に吊るしている。月に1回、移動パン屋が来ており、利用者は好きなパンを選んで買えるよう支援している。
		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)	○	利用者のペースに合わせて生活ができるよう努めている。				系列デイケアに通う友人に会いに行けるよう支援した事例がある。本人は、友人に久しぶりに会えてとても感激したようだ。
		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。	○	本人が楽しめる事をしていたけように、日常の会話や問いかけを意識している。			◎	
		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。	○	日々の生活の中で、利用者の表情や癖を見出し、コミュニケーションを多く取る事で、利用者に合わせて生活ができるよう努めている。				
10	一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した関わり	a	職員は、「人権」や「尊厳」とは何かを学び、利用者の誇りやプライバシーを大切に言葉かけや態度等について、常に意識して行動している。(人前であらさなな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)	○	定期的に勉強会を行い、誇りやプライバシーを大切に、人生の先輩として接するよう意識して行動している。	◎	◎	◎	身体拘束や虐待防止の委員会時に人権や尊厳について学んでいる。職員間の関係性が良く、気になる言葉かけや態度があれば、お互いに注意し合うことになっている。また、「代わろうか」と言って利用者の対応を代わったりしている。利用者の呼び方等については、本人や家族の希望も踏まえ、運営推進会議でも話し合いを行った。
		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。	○	敬意を払い、利用者に対応した声かけ等に努めている				
		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。	○	居室の入り口で一言声を掛けて入室している。			○	室内で過ごす利用者に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。	○	職員は、入職時及び雇用契約更新(年1回)の際、個人情報保護について、説明を受け同意書を事業者へ提出している。				
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。	○	一日の生活を共にする者同士、家族に近づけるようお互い助け合う関係が築けるように努めている。				
		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。	○	いろいろな利用者が共に生活し、支え合っていることを理解しながら自身も共に過ごしている自覚を持つように努めている。				
		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出会う機会を作る、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)	○	職員がリビングに在中して見守りを行い、利用者同士の橋渡しが出来るよう努めている。			○	新しく入居した利用者が、他利用者に新聞広告を折ってつくるゴミ入れの折り方を教えてくれ、皆でたくさん折って、母体病院の看護師にプレゼントした。利用者それぞれの身体状況、性格や希望等を踏まえて、居間の座席を決めており、テレビに近い席にしたり、ひとり席にしていたりするケースがある。
		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。	○	トラブルの原因を探り、利用者同士穏やかに生活できるように支援している。				
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。	○	家族とのコミュニケーションを密に行って、人間関係の把握に努めている。				
		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。	△	コロナ感染症により面会制限しているためグループホームへの家族以外の訪問受け入れ、は出来ない。家族以外での外出は希望があれば支援している。				
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)	○	天気の良い日にはベランダで日光浴を行ったり、近くの公園に季節の花を見に行く。又イベントなど(マルシェ・地域の催し)などにも参加し好きなものを買って帰りにみんなでおやつとして食べたしている。	○	○	◎	この一年間は、「外に出る」ことを意識して取り組んでいる。デッキを新しくしており、洗濯物干しや取り込みの際に一緒に出たり、トイレから居間に戻る時に、ちよつと出てみたりしている。また、季節の花を見に出かけたり、地域行事や法人の行事に出かけたり、運営推進会議の案内配りに利用者と一緒にいたりしている。ワクリエ新居浜(多目的複合施設)まで、歩いて花見に出かけたり、おやつを買いに出かけたりしている。
		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。	△	地域の方や家族の協力を得て地域のお祭りに参加や避難訓練を行っている。				

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	
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。	○	運営会の勉強会で認知症の理解を深めるよう努めている。				「できるだけ自分でしたい」という男性利用者の思いを大切に、段差の昇り降り際には、職員は、いつでも支えられるように本人の後にいて見守っている。また、居室は、マットで保護する等、安全に過ごせるようにしており、家族にも見てもらったようなことがある。利用者の状態や家族の希望を踏まえて、介護計画に体操や足踏みすることを採り入れ支援するケースがある。	
		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。	○	運営会で個人別で取り上げ、改善するための協議を行い、実践している。					
		c	利用者の「できること、できそうなこと」については、手や口を極力出さずに見守ったり一緒に行うようにしている。(場面づくり、環境づくり等)	○	職員は一緒にできることは行い、利用者ができることは見守っている。	◎		○		
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。	○	利用者の趣味嗜好を会話の中から引き出し、把握に努めている。				行事担当職員が中心になって、外出や季節行事等、利用者の楽しみをつくっている。入居してから、利用者の「生き活きたとした表情や姿がみられるようになった」と感じている家族が多い。体操の折には、男性利用者が皆に声をかけて、率先して行っている。	
		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。	○	洗濯物を畳んでいたり、イベントの準備等その人その人の得意な事や興味のある事など出来る事をしていただいている。	◎		◎		
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。	○	自宅での生活の様子・好みの服などを入所前に本人や家族からうかがっている。				利用者は、季節に合った似合う服装で過ごしていた。尿道バルーンカテーテルを付けている人には、他者が気にならないようにバッグのカバーを職員が手づくりしている。	
		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。	○	カチューシャ、髪を染める、マニキュアなどおしゃれをしたり、利用者が着たい服を着ている。					
		c	自己決定がしにくい利用者には、職員が一緒に考えたりアドバイスする等本人の気持ちにそって支援している。	○	利用者が望む好みの物を着たり、持ってもらっている。利用者が判断がつかないときは一緒に考えている。					
		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。	○	利用が着たい服を着てもらっている。選択できない利用者様に対しては担当の職員が季節の服を選んでいる。					
		e	整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできなくてさ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)	○	食べこぼしや食後の口の周囲などさげなく声掛けを行い、拭いたり着替えをして頂く支援を行っている。	◎		◎		◎
		f	理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。	×	グループホーム内で職員が入所者の希望を伺いながら行っている。					
		g	重度な状態であっても、髪形や服装等本人らしさが保てる工夫や支援を行っている。	○	レッグウォーマー・アームカバーなど工夫をしている。					○
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。	○	利用者の一日の生活リズムの中で、利用者に必要な食分量・調理方法等の必要性を理解するよう努めている。				昼食は、近くにある系列デイケアでつくっており、職員が取りに行き、事業所で盛り付けている。夕食や誕生日、系列デイケアの休日は、業者から決まった献立で食材が届き、事業所で調理している。利用者が食事づくり一連のプロセスにかかわることはほぼない。	
		b	買い物や献立づくり、食材選び、調理、後片付け等、利用者とともに進んでいる。	×	出来る事、食器を重ねたり片付けなど行ってもらっている。お菓子作り時は調理を職員と一緒に進んでいる。イベント時の献立を一緒に考えている。					△
		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。	○	出来ることを手伝ってもらうことで利用者へ達成感を持ってもらうよう努めている。					
		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。	○	利用者の嗜好を会話の中から引き出し、把握するよう努めている。					
		e	献立づくりの際には、利用者の好みや苦手なもの、アレルギー等を踏まえつつ、季節感を感じさせる旬の食材や、利用者にとって昔ながらの味のものを取り入れている。	○	管理栄養士と旬の食材の取入れや好みの食材についての話を進めている。					○
		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)	○	利用者に合わせた調理法で料理を作り、家庭的な普通の食器で盛り付けるようにしている。					
		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。	△	入所時自宅から持参していただいている。破損した場合は以前とよく似た器を購入している。					○
		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。	×	利用者への食事、職員は介助を行っている。(職員は利用者様が食事をしているときマスクをしている)					△
		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。	○	台所に近いリビングで過ごす事で音やにおいの刺激をうけられ、利用者や職員の会話の中から、食事の話題が出るようにしている。			◎		○
		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。	○	食事・水分の摂取量をチェックしており利用者に合わせて量等で、必要な栄養が摂れるよう取り組んでいる。					
		k	食分量が少なかったり、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。	○	食事・水分量が少ない場合は、食事の形や提供方法・量等を工夫している。水分・栄養補助剤を固めて提供している。					
		l	職員で献立のバランス、調理方法などについて定期的に話し合い、偏りがないように配慮している。場合によっては、栄養士のアドバイスを受けている。	○	職員間では残食を見て好き嫌い、味の好みや、硬さについて話をしている。					○
		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。	○	衛生管理には、十分に気を使い洗浄や消毒等徹底し、食材の賞味消費期限を必ず確認するように努めている。					

項目No.	評価項目	小項目	内容	自己評価	判断した理由・根拠	家族評価	地域評価	外部評価	実施状況の確認及び次のステップに向けて期待したいこと
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。	○	歯科衛生士が誤嚥性肺炎の防止に口腔ケアの必要性を説いている。				職員は口腔ケア時に目視で確認している。 毎食後、順番に洗面所に誘導して、口腔ケアを支援している。利用者の状態によっては、食後、テーブル席にコップとガーゼベースを用意して、その場で口腔ケアを支援していた。
		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。	○	利用者の口腔状態について、適時歯科衛生士の指導を受けている。			○	
		c	歯科医や歯科衛生士等から、口腔ケアの正しい方法について学び、日常の支援に活かしている。	○	歯科医・歯科衛生士等から職員に正しい方法を教えてもらい、支援に繋げている。				
		d	義歯の手入れを適切に行えるよう支援している。	△	職員が支援している。				
		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)	○	入所者の状態に応じ毎食後の口腔ケアの支援を行い、異常等が見られた場合は歯科衛生士に相談している。又早めの歯科受診を行っている。			○	
19	排泄の自立支援	a	職員は、排泄の自立が生きる意欲や自信の回復、身体機能を高めることにつながることや、おむつ(紙パンツ・パッドを含む)の使用が利用者の心身に与えるダメージについて理解している。	○	介助する職員が実際にオムツなどの体験して、心身に与えるダメージを理解する機会を設けている。				排泄表で排泄状況をチェックしており、変化があったり職員の気づきがあったりした際には、申し送り時を捉えて、他職員の意見等を聞いて見直しを行っている。
		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。	○	勉強会・研修等を通じて、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)	○	排泄状態を記録して、日々の生活パターンから、一人一人の間隔等を把握している。				
		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て行い、排泄でのおむつ使用の必然性を見極めながら利用者に合わせた支援を行っている。		◎	○	
		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。	○	困難にしている要因により、それに合わせた支援。きな粉牛乳・ヨーグルトの摂取・排便姿勢・時間・坐薬等を検討し実践している。				
		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掛けや誘導を行っている。	○	日々の生活パターンから、必要に応じて早めの声掛け、落ち着かない時のトイレ誘導を実践している。				
		g	おむつ(紙パンツ・パッドを含む)を使用する場合は、職員が一方的に選択するのではなく、どうい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。	○	利用者・家族と相談して話し合い、パッドを使用するときもどのようなものを使用するか選択できるよう努めている。				
		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。	○	利用者に合わせて適宜支援している。				
		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)	○	昼食・夕食前には体操・口腔体操を行う。食事の工夫(食物繊維のあるもの・スムージー・黄な粉牛乳・ヨーグルト・オリゴ糖等)を実践して便秘予防や自然排便を促している。				
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)。	△	基本的に利用者の希望にそってよう支援しているが、回数は希望にそえていない。		◎	○	週2回、午前中の中入浴を支援している。月・木曜日は、職員2名の体制で入浴介助を行い、車いすの利用者も湯船で温まれるよう支援している。湯温や長さは、本人の希望を確認しながら支援している。さらに、利用者個々の以前の入浴習慣などを調べて支援の参考にしてはどうか。
		b	一人ひとりが、くつろいだ気分に入浴できるよう支援している。	○	利用者のペースに合わせた入浴に努めている。				
		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。	○	全てを介助するのではなく、利用者の持っている力と併せて入浴できるよう支援している。				
		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。	○	無理強いせず、環境や時間等、工夫できることを実践している。				
		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。	○	日中の様子を観察し、入浴前には必ずバイタルを確認している。入浴後も様子観察を行っている。				
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。	○	日々の生活パターンから、利用者の睡眠状態を把握している。				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。昼食後は、ちよつと横になるような時間を持つようにしている。週に1回のシーツ交換の際に布団を干している。就寝時、照明を付けたまま寝たい利用者には、少し明るさを落としておくようにしている。
		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。	○	日中の生活リズムを把握し、改善できるよう支援している。				
		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。	○	夜間不眠の入所者の睡眠状況を記録して医師と相談しながら支援を行っている。			○	
		d	休息や昼寝等、心身を休める場面が個別に取れるよう取り組んでいる。	○	お昼寝をされたり、個別に休息が取れるように支援している。				

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。	○	家族・利用者が希望の連絡方法が取れるように努めている。(手紙・電話・ビデオ通話)				
		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。	○	利用者に必要な援助を行い、支援するよう努めている。				
		c	気兼ねなく電話できるよう配慮している。	○	希望があれば対応している。(家族には電話連絡をしてくださるようお願いしている。)				
		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。	○	届いたものには、職員も協力返信するなどの支援を行っている。(ラインなどで届け物を食べているところや着ているところの写真を送っている)				
		e	本人が電話をかけることについて家族等に理解、協力をしてもらうとともに、家族等からも電話や手紙をくれるようお願いしている。	○	家族等とコミュニケーションをとり、家族から協力してもらうよう、努めている。				
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。	×	利用者と一緒に買い物に行くときは金銭は職員が管理している。				
		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。	×	入所者が好きな物を選ばれるが、買い物先の理解や協力を得る働きかけはしていない。				
		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。	○	入所者の希望があれば家族と相談し所持していただく。(好きなパンやお菓子などを購入される)				
		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。	○	お金の所持方法や使い方については本人さんと家族の希望を調整して職員は支援している。				
		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り、本人・家族等の同意を得ている。(預り金規程、納帳の確認等)。	×	利用者が金銭の管理ができない場合、本人・家族の了解を得てグループホームで立て替え払いを行い後で、請求書を付けて家族に請求をする。				
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。	○	本人、家族の希望に沿って柔軟な支援やサービスを提供している。	◎		○	家族からの依頼で、買い物の代行や病院までの送迎を支援している事例がある。
(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。	○	花壇や看板を設置して、和みやすい雰囲気をつくっている。	○	△	△	民家改修型の事業所で前の道からは庭がよく見える。玄関に事業所名を表示している。門扉はあるが、現在は、使用せず、駐車場側から出入りしている。玄関の上がり権は段差が高いため、利用者や職員は勝手口から出入りしている。庭の手入れが遅れているのが気になった。
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、家庭的な雰囲気を感じており、調度品や家具、飾りも家庭的で、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、必要なものを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感えになっていないか等。)	○	昔ながらの建物を有し、家庭的な雰囲気を大事にしている。	◎	○	◎	民家改修型の事業所で、建物内は利用者にとって懐かしい、馴染みのある調度品や家具がある。地域のイベント時に買った葉ボタンを庭に挿えている。
		b	利用者にとって不快な音や光、臭いがないように配慮し、掃除も行き届いている。	○	掃除と、空気の入替えを随時行っている。			◎	掃除が行き届き、気になる音や臭い、光は感じなかった。限りがある空間ではあるが、整理整頓しており、備品の収納等には、目隠しカーテンをつけていた。
		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。	○	デッキへ出て季節を体感することは可能、生活空間へは一輪挿しを設置して季節を感じて頂いている。リビングには季節に合わせた壁画イラストを掲示している。			○	デッキは、廊下と段差がなく、ちょっと外に出て気分転換ができるようになっている。調査訪問日は、クリスマス飾りをつけて、昼食中、午後のひと時は、小さい音でクリスマスソングのBGMを流していた。居間の一輪挿しに花を活けていた。
		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。	○	利用者同士が暮らしやすい空間になるよう、状況に応じてテーブルの配置を変えて過ごしていたりしている。				
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。	○	布団・帽子・マフラー・写真など入居時に自宅から持参してもらっている。	◎		○	民家改修のため、居室の場所や広さもそれぞれで、個々にテレビやタンス等を置いてしつらえていた。カレンダーをかけ、家族の写真を飾っているような居室がみられた。ラジオを置き、ラジオを聞くような人がいる。
28	一人ひとりの力が活かせる環境づくり	a	建物内部は利用者一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、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。	△	高い段差を解消する為に、手すりを設置し安全性と自立性を確保している。			○	民家改修型の事業所で、室内は段差があり、高い段差については、職員が車いすを上げ下げするなどしている。
		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)	△	入居時に自宅から持参してもらっている。				台所の横にある浴室の入り口は、戸と別にカーテンを付けており、入浴中はカーテンを引き、入浴中であることが分かるようにしている。
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)	○	日中は開放し、夜間は施錠している。	◎	△	◎	身体拘束委員会時に鍵をかけることの弊害についても理解を深めている。日中、玄関や台所の勝手口の鍵はかけていない。玄関は段差が高いため、利用者や職員は台所の勝手口から出入りしている。新型コロナウイルス感染症対策のため、現在、地域の人が事業所内に入るような機会を持っていない。
		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。	○	安全性と自由について、入居時や状況変化時には特に話し合い、理解を深めてもらうよう努めている。				
(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。	○	定期的な会議で一人ひとりの留意事項を把握するよう努めている。				
		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。	○	日々の記録に状態の変化を記録している。				
		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・病状等の変化があれば、主治医や訪問看護に相談している。				

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
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。	○	利用者・家族が希望する医療機関に受診できるようにしている。	◎			
		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。	○	利用者・家族が希望する医療機関に受診できるようにしている。職員が受診の同行を医師との関係性を大事にしている。				
		c	通院の仕方や受診結果の報告、結果に関する情報の伝達や共有のあり方等について、必要に応じて本人や家族等の合意を得られる話し合いを行っている。	○	受診時は、家族も付き添い情報共有を密に行っている。家族が同行できないときには受診結果を伝えている。				
32	入退院時の医療機関との連携、協働	a	入院の際、特にストレスや負担を軽減できる内容を含む本人に関する情報提供を行っている。	○	入院時、普段の生活状況や嗜好を適切に情報提供している。				
		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。	○	NS・MSWと面会・電話連絡を行い、情報交換を行っている。				
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。	○	提携している訪問看護ステーションと情報交換シートを作成して職員、看護師が情報交換・相談をしている。				
		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。	○	提携している訪問看護ステーションといつでも相談できるようにしている。				
		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。	○	日々の健康状態を情報交換し、変化が見られる利用者には訪問看護師に相談し、必要であれば受診等を相談している。				
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。	○	利用者が薬の変更があった場合、薬剤情報を把握し、支援している。				
		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。	○	服薬前・服薬後の確認・当日の日付の入った服薬の確認を実践している。				
		c	服薬は本人の心身の安定につながっているのか、また、副作用(周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等)がないかの確認を日常的に行っている。	○	日々の生活の中で確認している。				
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。	○	入居時や心身状態の変化時に「重度化に対する見取り・終末期」の話し合いをおこない、定期的又は状態変化の都度家族の意見を確認している。				入居時には、「重度化した場合における指針」に沿って説明を行い、家族の希望を聞いている。状態変化時には、家族、主治医、看護師等と話し合い方針を共有し支援している。看取り支援中の利用者について、本人、家族と相談して自宅に帰ってみたいことを支援した事例がある。職員2名が付き添い支援し、家族からは「よかった」と感想があった。
		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。	○	重度化、終末期に入ると、本人・家族、職員、かかりつけ医・協力医療機関等関係者でカンファレンスを開催して方針決定している。	◎	◎		
		c	管理者は、終末期の対応について、その時々の職員の思いや力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかの見極めを行っている。	○	職員の力量を見極め、それに応じた勤務体制等を調整して支援している。				
		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。	○	利用者に対して、できる支援・出来ない支援についてカンファレンスを開き、医師や計画作成担当者から必ず説明を行っている。				
		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。	○	かかりつけ医や訪問看護師等と連携しながら体制を整え、変化に備えている。				
		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)	○	連絡を密にとり、寄り添うことに努めている。				
36	感染症予防と対応	a	職員は、感染症(ノロウイルス、インフルエンザ、白癬、疥癬、肝炎、MRSA等)や具体的な予防策、早期発見、早期対応策等について定期的に学んでいる。	○	事業所での勉強会や、法人内外の研修に参加するよう努めている。				
		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。	○	感染症が発生した場合は手順に従って対応する努めている。(ガウンテクニックの練習を定期的に行っている)				
		c	保健所や行政、医療機関、関連雑誌、インターネット等を通じて感染症に対する予防や対策、地域の感染症発生状況等の最新情報を入手し、取り入れ、随時対応している。	○	保健所や行政からの情報を入手し、取り入れている。				
		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。	○	職員は手洗いうがいを徹底し、来訪者には、玄関前で消毒・マスク・現状チェック・検温をお願いしている。				

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。	○	共に生活を支援する一員として支え合いの関係を築けるよう努めている。					
		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)	○	運営推進会を通じて家族同士の交流を図っている。又家族同伴の散歩や地域のイベントに参加している。	◎	◎		春の花見や地域の新田夏祭り、11月の自然災害想定避難訓練の際には、家族に案内して、多くの参加を得ている。	
		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)	○	運営推進会資料・香り草だより・写真の送付などにより、利用者の暮らしぶりや日常の様子を伝えている。(適時ラインなどによる情報提供写真などを送っている)	○		◎		7名の家族等とは、SNSでつながっており、写真や動画を送り、普段の様子を報告している。他1名の家族には、写真を送付して報告している。面会時や電話でも報告している。年1回、アルバムを作成して家族プレゼントすることを続けている。
		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)	○	本人・家族の思い等を読み取り、理解を深めより良い関係を築いていけるように努めている。					
		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)	○	運営推進会で、家族・地域の方に都度報告を行い意見や協力を求めている。	◎		◎		香り草だよりを年3回発行して行事等の活動を報告している。11月号には、6月にデッキが新しくなったことや管理者の交代に伴い、挨拶文を載せていた。全家族に運営推進会議の報告書や議事録を送付している。
		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。	○	家族等には入所時・体調変化時その都度リスクについて説明を行い、利用者らしい生活を一番に話し合いをしている。					
		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)	○	定期的に家族より意見を伺ったり、来訪時や電話・ライン等で意見をお聞きしている。				○	面会時に意見や希望はないか聞いている。
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)	○	契約の締結・変更等の際は、必ず具体的な内容を説明し、同意を得ている。					
		b	退居については、契約に基づくとともにその決定過程を明確にし、利用者や家族等に具体的な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。	○	退居に伴う具体的な説明を入所時・入院時等その都度行っている。					
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域、自治会エリア	a	地域の人に対して、事業所の設立段階から機会をつくり、事業所の目的や役割などを説明し、理解を図っている。	○	地域の方に事業所の目的などを説明し、理解を持ってもらうよう努めている。		○			
		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)	○	地域のオレンジカフェに参加・自治会のお祭りや防災訓練に参加をして地域との関係作りを行っている。	◎	◎		地元からの利用者が多く、出かけた際には、声をかけてもらうことが多い。地域の新田夏祭りの折には、利用者用に小さめのかき水を用意してくれた。秋祭りは外に出て見物した。近所のお宅でイルミネーション点灯式があり、利用者と職員で暖かい格好をして出かけた。皆でカウントダウンして電飾が点灯すると「わー」と歓声があがった。地域のオレンジカフェ(地域の高齢者のコミュニティ)に管理者やケアマネジャーが参加しており、地域のかかわりを続けている。	
		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。	○	オレンジカフェや運営推進会を通じて庭の草引きや新聞収集などを手伝ってくださるようになった。					
		d	地域の人が気軽に立ち寄り遊びに来たりしている。	△	玄関先や庭などでは地域の方に良く声掛けや挨拶をしてきたが、グループホーム内に遊びに来ることはない。					
		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。	△	玄関先や駐車場で挨拶をしたり立ち話をする。					
		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)	○	自治会主催のイベントや地域施設でのイベントなどに参加をして、利用者の生活の広がりを図ることを支援してもらっている。					
		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)	△	公民館・地域の消防などの協力を得て安全な暮らしができるよう取り組みを行っている。					
40	運営推進会議を活かした取組み	a	運営推進会議には、毎回利用者や家族、地域の人等の参加がある。	○	運営推進会議には利用者の家族・地域の人などの参加がある。	◎		△	会議には、地域包括支援センター、公民館長、家族、地域理事、診療所理事長が参加している。利用者は、参加していない。	
		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。	○	運営推進会議では、評価での取り組み状況を報告して、会議で出された意見や提案などの結果なども報告を行い、議事録を公表している。	◎	◎		報告書には、利用者の現状、活動状況(行事)、事故・ヒヤリハット、委員会・研修内容等を報告している。外部評価実施後は、評価結果が△の項目を抜粋して、結果と職員で話し合った内容を記した資料をつくり添付した。	
		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。	○	メンバーが参加しやすい日程を2か月前に報告して出席しやすけている。			◎		利用者の転倒についての報告を行った際に、地域の人からアドバイスがあり採り入れたような事例がある。

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
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。	○	日々の行動が理念に基づくように日常的に取り組んでいる。				
		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。	○	家族・利用者・地域の人たちと一緒に理念を作成しわかりやすく伝えている。	○	○		
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。	○	法人で、計画的に研修が受けられるよう、講師を招き開催している。				1時間の休憩時間を確保している。法人に相談窓口があり、職員に周知している。また、法人の相談担当者や話す機会がある。
		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。	○	職場でのOJTを適時行っている。				
		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。	○	職員が働きやすい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)	○	地域密着型サービス協会へ加入している。				
		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。	○	ストレス軽減するための研修を実施している。	◎	◎	○	
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たうえで、これらが見逃されることがないよう注意を払い、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。	○	新入職研修では高齢者虐待防止に対する研修を行っている。事業所内でも定期的に虐待に関する委員会・研修を行っている。			○	虐待防止の委員会時に知識や理解を深めている。
		b	管理者は、職員とともに日々のケアについて振り返ったり話し合ったりする機会や場をつくっている。	○	申し送りで話し合う機会を設けている。				
		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。	○	職員の健康状態は、会話や仕草などから読み取るようにしている。				
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。	○	委員会・研修等を通じて、理解している。				
		b	どのようなことが身体拘束に当たるのか、利用者や現場の状況に照らし合わせて点検し、話し合う機会をつくっている。	○	身体拘束委員会で事例検討を行っている。意見交換会や申し送りで話し合う機会を設けている。				
		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。	○	入所時・状態変化があった時等身体拘束を行わないケアの趣旨について具体的に説明し、理解を求めている。				
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含め理解したうえで、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。	○	研修等を通じて、理解している。権利擁護に関するパンフレットを提供した。				
		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。	○	地域包括センターと連携して、相談にのる体制を築いている。				
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、職員全員に周知している。				
		b	全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	△	職員全員が一定の手当てや初期対応が出来るように努めていきたい。				
		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・ヒヤリハットが発生した場合は、即座に作成し、職員間で回覧・検討している。				
		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。	○	定期的な会議で、リスクが高い利用者については、話し合うよう努めている。				
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、苦情の内容に応じて検討するよう努めている。				
		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。	○	手順に沿って対応している。				
		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。	○	苦情の対策ができたなら、速やかに解決し納得していただき、再発防止に努める。				

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)	○	利用者からは日々の生活の中で伺っている。又家族や地域の方には運営推進会や玄関にアンケートBOXを設置している。	◎		○	利用者には、日々の中で聞いている。デッキ改修時の業者との打ち合わせの際には、利用者も同席し、職員とともに出入口の段差解消の要望を出した。家族には、運営推進会議時に聞いている。
		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。	○	玄関にアンケートBOXを設置している。				
		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。	○	代表者は職員の意見や要望・提案等を直接聞く機会をつくっている。				
		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。	○	利用者の支援について、運営会で職員からの意見・提案などを聞く機会を持っている。			○	運営会や日々の中で聞いている。
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。	○	年に1回、自らの評価に取り組んでいる。				
		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。	○	評価によって、これからの課題などに取り組む話し合いの機会を設けている。				
		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をしてもらっている。	△	報告はしているがモニターは出来ていない。	○	○	△	外部評価実施後の運営推進会議時には、外部評価結果が△の項目を抜粋して、結果と職員で話し合った内容を記した資料をつくり添付した。モニターをしてもらうような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。	△	目標達成に掲げた取り組みの成果を事業所内では確認して、運営推進会では報告している。				
50	災害への備え	a	様々な災害の発生を想定した具体的な対応マニュアルを作成し、周知している。(火災、地震、津波、風水害、原子力災害等)	○	マニュアルを作成して職員に周知している。				
		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。	○	消防訓練とは別に、水害時・地震時の避難訓練を実施した。				
		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。	○	定期的に行っている。				5月には、日中の火災を想定した避難訓練を消防署の協力を得て行った。9月には、利用者と職員で夜間の火災を想定した避難訓練を行った。
		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。	○	新田診療所・ひだまりの里・居宅そらたねなど他の事業所との連携を図っている。また、避難訓練にて確認あっている。	○	◎	○	11月には、家族も参加して津波想定避難訓練を行った。運営推進会議時、いざという時の協力体制のため「サポーター登録制にしてはどうか」と提案があったが、地域との具体的な協力支援体制の話し合いはこれからの取り組みとなっている。
		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)	○	災害を想定した地域のネットワークに参加したり、災害時の地域の共同訓練等に参加している。				
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)	○	オレンジカフェに参加したり、地域の方と一緒に認知症について学んだり都度相談にのっている。				
		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。	○	必要に応じて、相談を受けている。		△	△	法人内に相談窓口があり、地域の人からの相談を受けている。さらに、事業所でも相談を受けることができることを地域に向けて伝えていってはどうか。
		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)	×	コロナ感染症により事業所内への入室制限を行っている。				
		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。	×	コロナ感染症により面会制限を行い、受け入れに協力は出来ていない。看護学生の研修の受け入れは行っている。				
		e	市町や地域包括支援センター、他の事業所、医療・福祉・教育等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)	○	月に一度地区の組合員の集まりに参加して、地区の居宅事業所や診療所との連携を取っている。			○	月1回の法人主催の支部会(法人の組合員向けの会)に、管理者が参加している。