

認知症対応型共同生活介護「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用について

1. 認知症グループホームのサービス評価について

- 認知症グループホームは、運営基準において、自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に、外部の者による評価もしくは運営推進会議における評価のいずれかを受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない、ということが義務付けられています。
- サービス評価制度は、介護保険制度創設時に、認知症グループホームの質の担保が求められる中で、グループホーム関係者が主体となって、自ら原型を作り上げた制度であり、サービス評価項目の内容及び範囲は、指定基準を上回るものとして、さらに「地域密着型サービスとしてのグループホームらしさ」が確保されているかを評価する基準となっています。
- 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、地域密着型サービスとしてのグループホームらしさが問われ、また、新たに地域における認知症ケアの拠点としての役割が求められる中で、サービス評価に事業所自らが積極的に取り組む意義はますます大きくなってきているといえます。
- 運営推進会議における評価を選択した場合でも、サービス評価の質を落とすことなく、職員間での話し合いや地域の方との意見交換等を通じ、サービス評価項目の考え方（グループホームらしさ）や運営推進会議の意義について、再認識するきっかけとなることが望まれます。

2. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用について

- 令和3年度介護報酬改定では、認知症グループホームにおける「第三者による評価」について、既存の外部評価（都道府県が指定する外部評価機関によるサービスの評価）は維持した上で、小規模多機能型居宅介護等と同様に、自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みが制度的に位置付けられ、当該運営推進会議と既存の外部評価による評価のいずれかから「第三者による外部評価」を事業者が選択することとなりました。
- また、「運営推進会議を活用した評価」を選択した場合は、当協会が実施した平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける運営推進会議及び外部評価のあり方に関する調査研究事業」報告書を参考に行うものとされ、その評価の参考様式として「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」（参考様式1）が示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- ここでは、「運営推進会議を活用した評価」を選択した事業所が「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」（以下、「活用ツール」という。）を有効に活用できるように、報告書の内容を踏まえた上で、その活用方法について改めて整理しました。なお、活用ツールにおける「外部評価」は既存の外部評価ではなく、「運営推進会議を活用した評価」であることに留意してください。

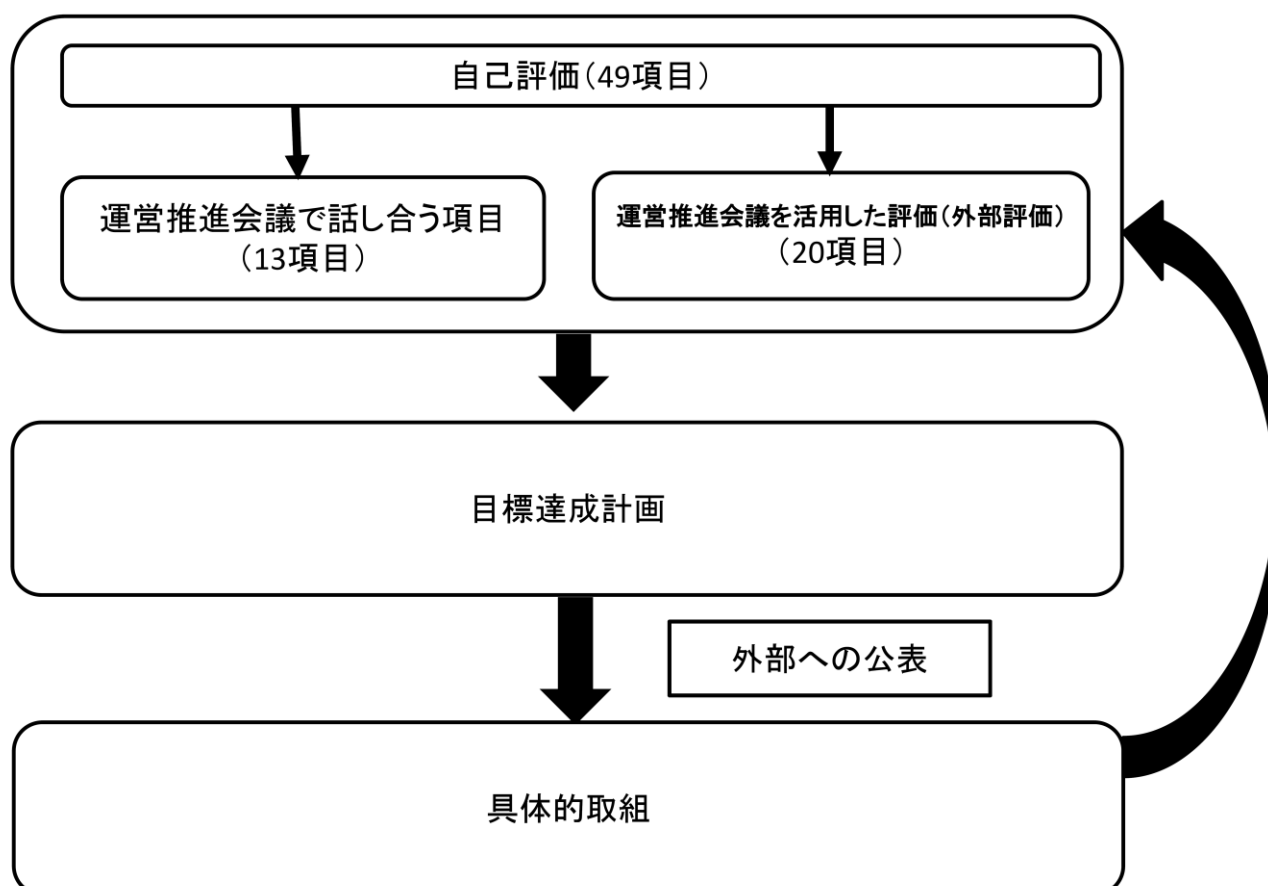
- 活用ツールは、従来別々に取り組まれていた運営推進会議と外部評価を「サービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた包括的取組（サービス改善プログラム）」として連動するしくみを構築し、その改善プログラムの中でPDCAサイクルを回していくことにより、サービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた包括的取組を推進していくことを目的として活用することを目指すものです。
- すなわち、運営推進会議と外部評価を、①グループホームのサービスの質の確保・向上と、②地域における認知症ケアの拠点化につなげていくための一体的・相互補完的なパッケージとして捉えて取り組んでいくイメージになります。
- 「自己評価」を実施した後、運営推進会議の中で話し合った方が有益と考えられる事項については、「運営推進会議で話し合う項目（議題）」として引き継ぎ、専門性や第三者性の高い外部の視点で再点検すべき事項については、「運営推進会議を活用した評価」（外部評価）に引き継ぐという考え方です。例えば、自己評価において、「利用者が日中出かけていく場所がない」という課題が抽出された場合、課題解決のためには、外部評価で再点検を行うよりも地域関係者と一緒に話し合う方が近道になると思われます。また、医療・介護の専門性に関わること、あるいは権利擁護や防火・防災といった内容であれば、領域ごとの専門職の協力を得ながら第三者の視点で点検することが有効であると思われます。自己評価および外部評価と地域関係者との話し合いを上手に組み合わせながら、包括的にサービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた取組の推進を目指していくことになります。
- 一方、既存の外部評価は今後も維持されるため、事業者の判断で従来の方式も選択できるようになっています。特に開設間もないグループホームにおいては従来の方式を選択することが考えられます。また、経験あるグループホームにおいても何年かに 1 回は従来の方式を選択するということも考えられます。

3. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の構成（項目数）

評価項目	自己評価	運営推進会議で話し合う項目	運営推進会議を活用した評価（外部評価）
I. 理念・安心と安全に基づく運営	15	4	5
II. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	10	4	5
III. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	14	2	6
IV. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）	10	3	4
項目計	49	13	20

※既存の自己評価 68 項目を基に、49 項目に整理。

4. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用イメージ（PDCA サイクル）



5. 自己評価

- 自己評価は、「事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、認知症対応型共同生活介護事業所として提供するサービスについて個々の従業者の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものである。」と示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- 評価について
 - ◆評価項目「Ⅰ. 理念・安心と安全に基づく運営」「Ⅱ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント」「Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援」については、「活用ツール」の評価項目の内容について、自己評価の該当する項目に○印をつけるとともに、何をどのように取り組んでいるのか、何に取り組めていないのか、事実と客観的な評価に基づいて記述欄にコメントを記入します。複数ユニットある場合には、ユニットごとに評価します。
 - ◆評価項目ⅠからⅢについては、「地域密着型サービス評価ガイドブック2009」（（特非）地域生活サポートセンター）の「サービス評価項目のガイド」も参考にして実施するとよいでしょう。
※24ページに参考として、「食事を楽しむことができる支援」の項目を抜粋して掲載しています。
 - ◆評価項目「Ⅳ. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）」については、「利用者の視点でケアの質を点検する」という観点から、「本人主体の暮らし」「生活の継続性」「本人が持つ力の活用」について、既存の外部評価のアウトカム項目を整理し直したものです。職員各自の自己評価においては、利用者1人ひとりの状況を確認し、全体の状況を総合的に判断して、自己評価の該当する評価に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入します。
 - ◆利用者一人ひとりの状況の確認には利用者個票（参考様式2）、全体の状況の確認には全体票（参考様式3）を活用すると効率的です。
- 自己評価の具体的な手順
 - ①職員各自が自己評価を実施します。
 - ②職員会議等において、職員各自が自己評価結果を持ち寄り、職員全員で前回の目標達成計画の達成状況について振り返るとともに、事業所としての自己評価を実施します。管理者はそれを集約し、事業所としての自己評価表を作成します。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述
I.理念・安心と安全に基づく運営				
1	理念の共有と実践	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	A. 充分にできている B. ほぼできている ☒ C. あまりできていない D. ほとんどできていない	運営規程の運営方針には明記されているが、新人オリ以外には共有の機会が少なく、職員に十分浸透していない。

自己評価結果について○をする。

自己評価結果についてのコメントを記入する。取り組んでいるもしくは取り組めていない具体的な取組を記入する。特に取り組めていない場合は改善計画を意識して記入する。

6. 運営推進会議で話し合う項目

- 現行の運営推進会議に関する課題では、議事の形骸化（適切な議事を立てられない、出席者が望む議題の設定ができていない）、会議の意義や目的が浸透しない（共有できない）等の状況が挙げられています。運営推進会議はグループホームの入居者にとっても、職員にとっても、事業所と地域をつなぐ大切な接点です。今後もサービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けての重要な取組と認識し、会議の活性化と議論の発展を目指していくべきです。
- 特に、認知症施策推進大綱では、グループホームは地域における認知症ケアの拠点としての役割を發揮していくことが期待されています。拠点化の具体的イメージは、「認知症伴走型支援拠点」「認知症に関する相談・支援の場」「認知症カフェ等の集いの場」「認知症の普及・啓発拠点」「福祉避難所」など、様々なことが考えられますが、重要なことは地域のニーズを引き出し、そのニーズに対応するために誰が何をすべきかを一緒に考えていく関係づくりです。そこで明らかになった課題を関係者間で共有し、適切な人材、機関につないでいくことが重要であり、運営推進会議は、こうした関係づくりや活動のきっかけとして機能していくことが望まれます。
- 運営推進会議で話し合う項目（地域との話し合いが有益な事項）については、自己評価結果を踏まえ、運営推進会議の議題として話し合います。評価項目ⅠからⅢについての話し合いは、運営推進会議で話し合う項目に該当する「活用ツール」の評価項目の内容と自己評価結果をメンバーに説明し、自己評価で取り組めていない事項については対応策等について話し合います。評価項目Ⅳについては、評価項目ⅠからⅢについての話し合いも踏まえ、利用者の視点から、自己評価で取り組めていない事項についての対応策等について話し合います。管理者はそれを集約し、運営推進会議で話し合った内容欄に話し合った内容を記入します。複数ユニットの場合の記入は 1 ユニット目の評価票に記入します。
- 地域における事業所全体で共有すべきテーマについては、市町村主導の下、複数の事業所の合同開催も考えられます。
- 運営推進会議の運営方法については、「認知症グループホームにおける運営推進会議ガイドブック」（平成 21 年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業」（一社）日本認知症グループホーム協会）も参考にして実施してください。
- 運営推進会議での話し合いの具体的な手順
 - ①事前に、運営推進会議で話し合う項目に該当する「活用ツール」の評価項目の自己評価結果の資料を準備します。※必要に応じて、話し合いに必要な資料も準備します。
 - ②当日、①の資料を配布します。※必要に応じて、事前に配布します。
 - ③運営推進会議メンバーに自己評価結果について説明するとともに、自己評価で取り組めていない事項については、通常の運営推進会議と同様に意見を出し合い、対応策等について話し合います。特に事業所、地域にとって重要と思われるテーマについては、時間をかけて話し合います。※評価ではなく、対応策等について話し合います。
 - ④管理者はそれを集約し、運営推進会議で話し合った内容欄に話し合った内容を記入します。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述	運営推進会議で話しあった内容
I. 理念・安心と安全に基づく運営					
2	事業所と地域とのつきあい	事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	事業所として町内会に加入し、地域の行事にも積極的に協力しているが、コロナ禍において、その機会が減少している。	グループホームの紹介 DVD を事業所で作成し、町内会役員より地域住民に配布して頂くこととする。

自己評価結果を踏まえて、運営推進会議で話し合った内容について記入する。より具体的な内容については、運営推進会議の記録に記入しておく。

7. 運営推進会議を活用した評価（外部評価）

- 運営推進会議における評価は、「自己評価で取りまとめた当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について、運営推進会議に報告した上で、利用者、市町村職員、地域住民等が第三者の観点からの意見を得ることにより、新たな課題や改善点を明らかにし、サービスの質の向上を図るとともに、地域包括ケアの中で当該事業所が果たすべき役割を明らかにしていくことを目指すものである。」と示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- また、運営推進会議における評価を行う場合には、「市町村職員又は地域包括支援センター職員、サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者（事業者団体関係者、学識経験者、外部評価調査員研修修了者等）の立場にあるものの参加が必要である。これらの者について、やむを得ない事情がある場合により、運営推進会議への出席が困難な場合であっても、事前に資料を送付し得た意見を運営推進会議に報告する等により、一定の関与を確保することとする。」とされています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- 運営推進会議を活用した評価（外部評価）については、自己評価結果を踏まえ、運営推進会議メンバーに、評価という視点からご意見をいただきます。評価項目ⅠからⅢについての評価は、運営推進会議を活用した評価（外部評価）に該当する「活用ツール」の評価項目の内容と自己評価結果をメンバーに説明し、自己評価の取組状況について委員一人ひとりよりご意見をいただきます。評価項目Ⅳについては、評価項目ⅠからⅢについてのご意見も踏まえ、利用者の視点から、自己評価の取組状況について委員一人ひとりよりご意見をいただきます。管理者はそれを集約し、外部評価の該当する評価に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入し、運営推進会議メンバーにその内容について承認を得ます。複数ユニットの場合の記入は1ユニット目の評価票に記入します。
- サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者としては、上記のほかに認知症地域支援推進員や認知症介護指導者養成研修修了者なども考えられます。また防災や防犯に関することは警察や消防署の協力・助言を求めるなど、的確な専門人材に関わってもらうことで、地域に根差した制度の推進につながることを期待されます。
- 運営推進会議を活用した評価（外部評価）の具体的な手順
 - ①事前に、運営推進会議を活用した評価（外部評価）に該当する「活用ツール」の評価項目の自己評価結果の資料を準備します。
※必要に応じて、評価に必要な（取り組みについて説明できる）資料も準備します。運営推進会議メンバーが取り組みについて理解できる資料を準備していくことが大切です。
 - ②当日、①の資料を配布します。※必要に応じて、事前に配布します。
 - ③運営推進会議メンバーに自己評価結果について説明するとともに、自己評価の取組状況について、委員一人ひとりよりご意見をいただきます。

- ④管理者はそれを集約し、外部評価の該当する項目に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入し、運営推進会議メンバーにその内容について承認を得ます。当日、記入欄にコメントを記入する時間がない場合は、およその内容について了解を得て、記述内容の承認については、後日、得ることでよいこととします。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述
I. 理念・安心と安全に基づく運営				
5	身体拘束をしないケアの実践	代表者および全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	① 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	身体拘束適正化の研修にて毎回「身体拘束ゼロの手引き」について確認するとともに、不適切な介護や身体拘束廃止のための取組を検討している。

外部評価	記述
① 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	身体拘束適正化の研修には代表者も含め、必ず年2回は全職員が参加できるように配慮され、参加しない時も内容が共有されており、実践からもその様子が窺えた。

自己評価結果を踏まえて、運営推進会議における評価を実施した結果について記入する。より具体的な内容については、運営推進会議の記録に記入しておく。

8. 目標達成計画

- 自己評価の評価結果、運営推進会議で話し合った結果、運営推進会議を活用した評価（外部評価）の評価結果を踏まえ、職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
- 目標が一つもなかったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画（目標達成計画）を検討します。
- 目標達成計画は、評価結果とともに市町村や運営推進会議でもその内容について共有するとよいでしょう。
- 目標達成計画の検討に当たっては、（参考様式4）を活用すると効率的です。

9. 結果の公表

- 活用ツールの評価結果は、「利用者及び家族へ提供するとともに、「介護サービス情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。」と示されています。（「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」（平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号）

10. 年間計画について

- 自己評価、運営推進会議での話し合い、運営推進会議での評価（外部評価）は、年間計画を立てて、計画的に実施するようにしましょう。

○年間計画の例

- ・4月 自己評価（職員各自）
- ・5月 職員会議（自己評価）
- ・6月 運営推進会議（運営推進会議での話し合い）
- ・8月 運営推進会議（運営推進会議での評価（外部評価））
- ・9月 職員会議（目標達成計画の作成）

→活用ツールの評価結果の外部への公表、行政への提出

※上記は1例であって、運営推進会議での話し合いと運営推進会議での評価（外部評価）を同日に実施しても差し支えない。

11. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の項目

No.	タイトル	項目	自己 評価	運営推進 会議で 話しあう 項目	外部 評価
Ⅰ.理念・安心と安全に基づく運営					
1	理念の共有と実践	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている (考え方の指針) 理念とは、その事業所が目指すサービスのあり方を端的に示したものであり、常に立ち戻る根本的な考え方です。また、その理念を管理者と職員は、共有し、意識づけしていくために日々の中で話し合い、実践につなげているかを問うています。	○		
2	事業所と地域とのつきあい	事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している (考え方の指針) 「暮らし」とは事業所の中だけで完結するものではなく、地域との相互関係のもとに成り立っています。地域社会とつながりながら利用者に当たり前の暮らしを続けられるよう、事業所がその基盤を築いていく必要があります。事業所自体が地域から孤立することなく、近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいくことが大切です。	○	○	
3	運営推進会議を活かした取り組み	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等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている (考え方の指針) 運営推進会議は、外部の人々の目を通して事業所の取り組み内容や具体的な改善課題を話し合ったり、地域の理解と支援を得るための貴重な機会です。運営推進会議では報告や情報交換にとどまらず、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に具体的に活かしていくことが重要です。	○	○	

4	市町村との連携	市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる (考え方の指針) 市町村担当者に事業所の考え方、運営や現場の実情等を伝える機会を作り、直面している課題解決に向けた話し合いや対応に、共に取り組んでいくことが望まれます。市町村は、介護保険の保険者であり、地域福祉の推進役として最前線の立場にあります。この項目は、市町村担当者側の協働関係を築いていこうとする姿勢についても問うています。市町村の協力が得られ難い場合は、地域ぐるみの課題として取り組んでいくことが大切です。	○	○	
5	身体拘束をしないケアの実践	代表者および全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる (考え方の指針) 代表者および全ての職員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアの実践に取り組むことが重要です。指定基準上では生命保護等のごく限られたケースにおいて身体拘束の例外も認められていますが、利用者の人権を守ることがケアの基本であるという認識に立ち、「どんなことがあっても拘束は行わない」という姿勢を持つことが必要です。自分の意思で開けることができない玄関等の施錠についても身体拘束であることを認識し、安全を確保しつつ自由な暮らしを支援するための工夫に取り組んでいるかを確認します。また、家族等から安全のため拘束や鍵かけ等の要望があった場合でも、その弊害を説明し、事業所の工夫や取り組み方針を示し、家族等の納得の上、抑圧感のない暮らしの支援が必要です。	○		○
6	虐待の防止の徹底	管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている (考え方の指針) 管理者と職員は、高齢者虐待防止関連法の理解を図り、潜在する危険のある、職員による虐待を徹底防止に努めなければなりません。また、利用者と家族等との関係性を捉える中で、虐待の危険を早期に見つけ、関係機関と協働しながら速やかに対応していくことが求められます。	○		○

7	権利擁護に関する制度の理解と活用	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ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している (考え方の指針) 管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度を学び、必要と考えられる利用者がそれらを活用できるよう話し合い、関係機関への橋渡し等をしていくことが必要です。また、これらの制度について利用者、家族等に周知を図っていくことが望まれます。	○		
8	契約に関する説明と納得	契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている (考え方の指針) 契約時や契約解除の際、あるいは利用中の料金改定等利用者や家族等にとって契約内容について分かりにくかったり、不安や疑問が生じていないか、個々の立場にたって確認する必要があります。利用者や家族等が不安や疑問等を十分に表せるような働きかけと説明を行い、納得を得た上で手続きを進めていく個別の配慮や取り組みが大切です。当初の契約に限らず、長期に亙る利用の場合の経済的なことの不安、報酬加算の必要性の説明や料金改定の理由、重度化に伴う機器等の負担についての話し合い等が行われているかも確認します。	○		
9	運営に関する利用者、家族等意見の反映	利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている (考え方の指針) 利用者や家族等から意見、要望を引き出す努力や場面をつくるとともに、運営推進会議のメンバーや外部の人にも伝えられるように機会を作っていくことが大切です。出された率直な意見等を前向きに活かす姿勢や体制を組織として徹底させ、サービスの質の確保・向上につなげているかを問うています。認知症の利用者も配慮と支援があれば、運営に関する意見等を示していくことが可能です。また、言うことをためらう家族等の心情を察し、より多くの意見や要望を出してもらえよう配慮していくことが必要です。	○		○
10	運営に関する職員意見の反映	代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている (考え方の指針) 事業所の運営や大事な決定事項に関して、利用者の状況や実情を直に知っている現場の職員の意見を十分に聴き、活かしていくことが大切です。代表者や管理者が、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことは、働く意欲の向上や質の確保にもつながります。	○		

11	就業環境の整備	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 (考え方の指針) 職員各人が向上心を持てる職場環境を整えることが、勤務の継続につながり、結果的に利用者の生活の継続性を支えることとなります。運営者は管理者や職員の日頃の努力や具体的な実績、勤務状況等を把握し、職員処遇への反映や、向上心を持って働けるような配慮・対応が求められます。	○		○
12	職員を育てる取り組み	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、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている (考え方の指針) 代表者は、職員育成の重要性を認識し、全ての職員が質を向上させていけるよう、各自の立場、経験や習熟度の段階に応じた学びの機会を事業所として計画的に確保することが必要です。事業所内外の研修とともに、職員が働きながら技術や知識を身に付けていくこと（OJT等）を支援しているかについても確認します。	○		○
13	同業者との交流を通じた向上	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、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている (考え方の指針) 事業省の質の確保のためには、他法人の同業者との交流や連携が不可欠です。同業者との交流を強化することは、職場内では行き詰っている日頃の仕事の悩みの解消や緊急時の連携をスムーズにするなど、事業省や地域全体としてのサービス水準の向上につながります。代表者は、地域や都道府県内、また全国組織の同業者ネットワーク等に参加し、事業者同士の協働により質向上に取り組んでいくことが求められます。	○		
14	本人と共に過ごし支えあう関係	職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている (考え方の指針) 職員と本人は「介護する一される」といった一方的な縦の関係を脱して、人として「共に過ごし、学び、支え合う」関係を築くことが重要です。一緒に過ごし、喜怒哀楽を共にすることは、孤独に陥りがちな利用者の安心感と安定感を生み出すだけでなく、本来の個性や力の発揮、暮らし方の意向を知るためにも不可欠な関わりです。本人と時間をかけて関わっていく中で、より深く本人を知ろうとする姿勢が大切です。	○		

15	馴染みの人や場との 関係継続の支援	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている (考え方の指針) 本人がこれまで培ってきた人間関係や社会との関係を把握し、その関係を断ち切らないような支援が重要です。知人、友人や商店、行きつけの場所等と本人が付き合いを続けられるように、実際に会いに行ったり来てもらったり、あるいは、出かけていく場面を積極的につくっているかを確認します。	○	○	
Ⅱ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
16	思いや意向の把握	一人ひとりの思いや暮らし方、生活環境、一日の過ごし方の希望や意向の把握に努めている。 (考え方の指針) 利用者がその人らしく暮らし続ける支援に向けて、利用者一人ひとりの思いや希望、意向等の把握が不可欠です。 「聞いても実現は困難」とみなしたり、認知症の利用者の場合「認知症だから聞くのは無理」と決め付けるのではなく、職員全員が一人ひとりの思いや意向について関心をはらい、把握しようと努めることが大切です。把握が困難であったり不確かな場合、関係者で本人の視点にたって意見を出し合い、話し合っていく取り組みが必要です。	○		
17	チームでつくる介護 計画とモニタリング	本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している (考え方の指針) 介護計画（認知症対応型共同生活介護計画）は、介護する側にとっての課題ではなく、本人がよりよく暮らすための課題やケアのあり方について、本人そして本人をよく知る関係者が気づきや意見やアイデアを出し合い、話し合った結果をもとに作成することが大切です。介護計画は、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、設定期間ごとの見直しはもとより、本人、家族の要望や変化に応じて臨機応変に見直していく必要があります。なお、本人や家族等からの新たな要望や状況の変化がないようでも、毎月新鮮な目で見て確認していくことが望まれます。	○	○	○

18	個別の記録と実践への反映	日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている (考え方の指針) 日々の実践を漫然と記録するのではなく、本人を身近で支える職員しか知りえない事実やケアの気づきを生き生きと具体的に記すことが大切です。よりよいケアにむけてそれらの情報を共有しながら、日々の職員間のケアに活かしていくことが求められます。日々の記録を根拠にしながら、介護計画の見直しに活かしているかも確認します。	○		○
19	一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、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 (考え方の指針) 一人の人を支えていくためには、単一の介護保険サービスだけにとどまらず、その場、その時のニーズに応じて多様な支援の方法を備えていくことが求められます。事業所は限られたメニューをこなすだけではなく、利用者のニーズに対して、柔軟な支援を臨機応変に展開していくことで、結果的に事業所の多機能化を進めていくことになります。多機能性とは、事業所として多種類のサービスを有していることを指しているものではありません。また、利用者に複数のサービスを単に組み合わせで提供することでもありません。あくまでも、利用者と家族が安心して暮らし続けていくために必要な多様な支援（機能）を、介護保険サービスや自主サービスを活かしながら事業所としていかに提供していくか、前向きに模索しながら支援していくことに意味があります。ここでは、一人ひとりのニーズにどのように応えているか、応えるために、柔軟な職員のローテーションやチームリーダーの裁量権、多職種連携など、多角的な視点で実現する方法に取り組んでいるか、を確認します。	○	○	
20	地域資源との協働	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 (考え方の指針) 利用者が心身の力をできるだけ発揮しながら安全でより豊かな暮らしを楽しめるよう、多様な地域資源と協働していくことが大切です。地域包括支援センターとの協働はもとより本人を支えている民生委員やボランティア、町の商店や理美容院、病院、郵便局、銀行、花屋、警察・消防、文化・教育機関等を把握し、これらの地域の人や場の力を借りた取り組みをしているかを確認します。	○	○	

21	かかりつけ医の受診支援	受診は、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 (考え方の指針) 本人がなじみの医師による継続的な医療を受けられるよう、また状況に応じて本人や家族が希望する医師による医療を受けられるように支援する必要があります。これまでのかかりつけ医を基本としつつ、やむなく事業所の協力医療機関等の医師をかかりつけ医とする場合は、あくまでも本人与家族の同意と納得が必要です。ここでは、認知症の専門医や必要な診療科目（歯科、眼科ほか）の受診も含めて確認します。	○		
22	入退院時の医療機関との協働	利用者が入院した際、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。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている (考え方の指針) 入院は、慣れない場所や治療処置等で心身に大きなダメージをもたらします。入院する際は、本人のストレスや負担を軽減するために、家族等と相談しながら医療機関に対して本人に関する情報の提供や、ケアについての話し合いが必要です。同時に、長期入院は本人のダメージはもとより、家族、事業所にとっても負担となります。より短期間に治療を行い、スムーズに退院できるよう、病院関係者、本人・家族と退院計画を話し合いながら、積極的な支援を行うことが求められます。	○		○
23	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる (考え方の指針) 重度化した場合や終末期支援のあり方や事業所の対応について、段階ごとに家族等、かかりつけ医等ケア関係者と意向を確認しながら、対応方針の共有を図っていくことが大切です。「事業所の対応力が変化する」ことを管理者は常に意識し、その時々事業所の力量を把握して現状ではどこまでの支援ができるかを見極めを行います。その上で、職員全体で率直に話し合い、家族や医療関係者等と連携を図りながらチームで支援していくことが重要です。	○		○

24	急変や事故発生時の備え	利用者の急変や事故発生時に備えて、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 (考え方の指針) 利用者の身体状態や事故発生時にも、慌てずに確実かつ適切な行動がとれることが求められます。全ての職員が応急手当に関して定期的に訓練を行い、実際の場面で活かせる技術を習得することが大切です。	○		
25	災害対策	火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている (考え方の指針) 災害はいつ起こるか分かりません。一人ひとりの利用者の状態を踏まえて、災害時の具体的な避難策を昼夜通して検討し、いざという時に慌てず確実な避難誘導ができるように備えていくことが重要です。職員だけの誘導の限界を踏まえて、地域の人々や他の事業所の協力が実際に得られるように、日頃からの話し合いを行い、一緒に訓練を行うなど実践的な取り組みが必要です。さらに、災害の発生時に備えて、食料や飲料水、トイレ、寒さをしのげるような物品等を準備しておくことも大切です。	○	○	○
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
26	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保	一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている (考え方の指針) 一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底していくことは、利用者の尊厳と権利を守るための基本であり必須の事項です。しかし、実際には守り通すことが難しい事項であり、代表者、管理者、常勤職員はもとよりパート職員も含めた全職員が、誇りやプライバシー確保について常に具体的に確認し合うことが大切です。	○		○
27	日々のその人らしい暮らし	職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりの日常生活における希望や意向、暮らしのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している (考え方の指針) 職員側の都合やスケジュールに当てはまるのではなく、一人ひとりが本来持っているペースや、望んでいるペースに合わせた暮らしの支援をしているかを問う項目です。暮らしの主人公である本人を見守りながら、その動きや状態に合わせて適切な関わり方をし、一日の過ごし方を柔軟に変えているかを確認します。	○		

28	食事を楽しむことのできる支援	食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている (考え方の指針) 食事は利用者にとって力の発揮や参加、他の利用者や職員との関係作りなどの観点から、暮らし全体の中でも重要な位置にあります。食事一連の作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援が必要です。給食や配食サービスの利用、弁当の購入等の提供形態が固定化されている場合は、運営面も含めた見直しが求められます。	○		○
29	栄養摂取や水分確保の支援	食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている (考え方の指針) カロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足が起こらないよう、職員全員が知識や意識を持ち、一日全体を通して必要な食事や水分が取れるように支援していくことが大切です。カロリー摂取や水分補給を画一的に行うのではなく、普段から利用者の食べ物や飲み物の好みや習慣、様子を把握しながら、体調や運動量、体重の増減、食事のタイミング、介助の方法や食器の工夫など一人ひとりの暮らし全体を通じた食生活の支援が必要です。	○		
30	口腔内の清潔保持	口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている (考え方の指針) 認知症が進むにつれて、口の中の清潔を本人だけで保つことが次第に困難になっていき、汚れやにおいが生じやすくなります。口腔ケアの重要性を理解し、本人の習慣や有する力を活用しながら食後のうがいや口の中の手入れの支援をしていくことが必要です。口の中の手入れは、長年の本人の習慣が大きく影響し、職員の一方的な誘導では本人を脅かし、嫌がられたり、口を開けてもらえない状況も起こりがちです。利用者の力を引き出しながら口腔内の清潔保持に努めていくことが大切です。	○		○

31	排泄の自立支援	排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援、便秘の予防等、個々に応じた予防に取り組んでいる (考え方の指針) トイレでの排泄やおむつをしないですむ暮らしは、生きる意欲や自信の回復、そして食や睡眠等の身体機能の向上につながる大切な支援です。最初からトイレでの排泄はできないと決めてしまわずに、おむつの使用を減らし、可能な限りトイレで用を足す支援や気持ちよく排泄するための工夫が必要です。	○		○
32	入浴を楽しむことができる支援	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている (考え方の指針) 利用者の入浴は、事業所が決めた曜日や時間帯に合わせるのではなく、一人ひとりの生活習慣やその時々希望を大切に支援が求められます。職員のローテーションの都合や、「本人の希望がない」と決めつけて一律の入浴支援になっていないかを確認します。また、入浴時の羞恥心や恐怖心、負担感等を職員は理解し、利用者に無理強いをすることなく、一人ひとりの意向を第一にくつろいだ気分で入浴できるように支援していくことが大切です。	○		
33	安眠や休息の支援	一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している (考え方の指針) 一日の流れの中で、一人ひとりが必要な休息や睡眠をとれるような支援が必要です。本人にとっての自然なリズムが生まれるように、環境や生活の過ごし方、関わる側のあり方を確認します。また、眠ることだけに注目せずに、そもそもの本人の生活習慣や本人の活動状況、ストレスの状態等を関係者で総合的に把握していくことも重要です。	○		
34	服薬支援	一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている (考え方の指針) 一人ひとりが服用する薬の目的や副作用、用法や容量について理解し、飲み忘れや誤薬を防ぐための取り組みが必要です。本人の状態の経過や変化等に関する日常の記録を医療関係者に情報提供することにより、治療や服薬調整に活かしていくことが望まれます。	○		○

35	役割、楽しみごとの支援	張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている (考え方の指針) 日々の暮らしが楽しみや張り合いのあるものになるよう、また、潜在している記憶やできる力を最大限活かして自分らしく暮らせるよう、一人ひとりに合った役割や楽しみ、気分転換の支援が求められます。また、利用者が自宅にいるときと同様に、嗜好品を楽しめるよう、周囲の利用者への配慮をしながら支援することが求められます。	○	○	
36	日常的な外出支援	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支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している (考え方の指針) 利用者が事業所の中だけで過ごさず、日常的に外出できるような個別の支援を工夫することが大切です。重度の利用者も「外出は困難」と決めつけずに、本人が戸外で気持ちよく生き生きと過ごせるような工夫が求められます。また、日常的な外出支援に限らず、本人の思いに添って墓参りや懐かしい場所、特別な楽しみ等、行きたい場所への外出支援を行うことは、その人らしい暮らしを保ち、本人の意欲や自立を保つためにも大切です。地域の認知症サポーターや地域住民の協力を得ながら外出支援を進めていくことは、事業者や認知症の人の理解・啓発活動にもつながります。	○	○	
37	お金の所持や使うことの支援	職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、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 (考え方の指針) 利用者が日常の暮らしの中で、その人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くことが大切です。高齢になると大金の管理や日常の出納が難しくなっていくことも事実ですが、使わなくても自分で所持できることで安心したり、ちょっとした買い物をする中で楽しめたりする人も少なくありません。「認知症の人には困難」と決めつけず、家族等とも、本人にとってのお金の意味をよく話し合いながら、管理方法等を取りきめて支援していくことが求められます。また、事業所が利用者の金銭を預かったり管理する場合には、個々に応じた金銭の額や使途に関する相談、報告などの預り金に関する取り扱い方法について、家族等と相談し合意を得ていくことが必要です。	○		

38	電話や手紙の支援	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 (考え方の指針) 手紙や電話は、家族や大切な人との関係をつなぐ重要な手段となります。一人ひとりの手紙や電話の習慣、希望、有する力に応じて、外部との交流を支援していくことが必要です。単なる取次ぎだけでなく、プライバシーに配慮しながら、本人が読み書きしたり、電話を使用することを個別に支援しているかを確認します。	○		
39	居心地のよい共用空間づくり	建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。共用の空間が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、一人ひとりが居心地よく過ごせるような工夫をしている (考え方の指針) 共用生活空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、居心地よく過ごせるように、また自宅の延長として、自分の力でその人らしく過ごせる場となるよう名工夫と配慮が必要です。職員は自らの五感を活かすとともに、利用者一人ひとりの感覚や価値観を大切にしながら、利用者にとって居心地の良い場を整えていくことが大切です。	○		○

Ⅳ. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）

40	本人主体の暮らし	本人は、自分の思い、願い、日々の暮らし方の意向に沿った暮らしができています	○		
41		本人は、自分の生活歴や友人関係、暮らしの習慣、特徴など様々な情報をもとに、ケア・支援を受けることができています	○		
42		本人は、自分の健康面・医療面・安全面・環境面について、日々の状況をもとに、ケア・支援を受けることができています	○		○
43	生活の継続性	本人は、自分のペースで、これまでの暮らしの習慣にあった生活ができています	○		
44		本人は、自分のなじみのものや、大切にしているものを、身近（自室等）に持つことができています	○		○
45		本人は、自分の意向、希望によって、戸外に出かけることや、催（祭）事に参加することができています	○	○	
46	本人が持つ力の活用	本人は、自分ができること・できないこと、わかること・わからないことを踏まえた、役割や、楽しみごとを行うことができています	○		

47		本人は、自分がいきいきと過ごす会話のひと時や、活動場 面を日々の暮らしの中で得ることができている	○		○
48		本人は、自分なりに近隣や地域の人々と関わったり、交流 することができている	○	○	
49	総合	本人は、この GH にいることで、職員や地域の人々と親し み、安心の日々、よりよい日々をおくることができている	○	○	○
			49 項 目	13 項 目	20 項 目

※（考え方の指針）は「地域密着型サービスサービス評価ガイドブック 2009」（（特非）地域生活サポ
ートセンター）「サービス評価項目のガイド」より抜粋

(参考)

「地域密着型サービスサービス評価ガイドブック 2009」((特非) 地域生活サポートセンター)

「サービス評価項目のガイド」(抜粋)

■食事を楽しむことができる支援

食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。

【考え方の指針】

食事は利用者にとって力の発揮や参加、他の利用者や職員との関係作りなどの観点から、暮らし全体の中でも重要な位置にあります。食事一連の作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援が必要です。給食や配食サービスの利用、弁当の購入等の提供形態が固定化されている場合は、運営面も含めた見直しが求められます。

<着眼点>

○食事に関する一連の作業を通じた利用者の力の発揮

地域密着型サービスならではの暮らしの場面として、買物、調理、食事、後片付けなどを、利用者個々の力を活かしながら職員と一緒に行うことが大切です。利用者の中には、見守りや支えがあれば力を発揮できることがたくさんあります。それは、張り合いや自信、楽しみや喜びとなり、心身の力の維持や向上にもつながります。ただし、これらの作業を指示や義務でやってもらうのではなく、その人がそのことをやってみたいという前向きな意思や気持ちを引き出すような声かけや場面づくりの工夫が大切です。

○美味しいものを楽しく食べる。

食事は単に食欲や栄養を満たすだけではなく、その人に喜びや楽しみをもたらします。旬の食材や新鮮なものを採り入れ、利用者の好みや苦手なものを踏まえたメニューを工夫し、利用者と職員が同じ食卓を囲んで同じものを楽しく食べることが大切です。食事を楽しむために、外食や店屋物等の配達などをうまく取り入れることも大切ですが、毎日、給食や配食サービスなどを利用している場合は、「食」を通じた様々な取り組みを活かすためにも、見直しが求められます。

<ヒント>

○どんな場面で食欲がわくかを把握したり、食欲を高めたり、食事への関心を引き起こすための工夫をしていますか（献立づくりや調理での音や匂い等の五感刺激）。

<記載例>

○その日のメニューは利用者と相談しながら決めるようにしている。また、調理、盛り付け、片付け等も利用者とともにを行い、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事できるよう雰囲気づくりを大切にしている。

○利用者と一緒に採ってきた畑の野菜、鶏舎から持ってきた卵などの食材を使って一緒に調理し、食事を1日の大切な活動のひとつにしている。