

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1790600215		
法人名	医療法人社団修和会		
事業所名	グループホーム葵の園・じざい		
所在地	石川県加賀市富塚町中尾1-23		
自己評価作成日	令和8年2月4日	評価結果市町村受理日	令和8年4月3日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエイ研究所
所在地	金沢市広岡2丁目9番7号 サークパス金沢広岡506号
訪問調査日	令和8年2月18日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

当ホームでは歩行や認知面に不安を抱える入居者が多く、毎日の生活を安心して、穏やかに過ごせることを何よりも大切にしています。職員は日々、優しく分かりやすい声掛けを意識し、入居者様の思いやペースに合わせた関わりを心がけています。食事については専門の栄養士と相談しながらメニューを決め、体調や食べやすさに配慮した食事提供を行っています。また、以前から活用している移動スーパーの利用も継続し入居者様自身が買い物を楽しめる機会を設ける事で、生活の中に楽しみや張り合いが生まれるよう取り組んでいます。運営推進会議には多くのご家族様に参加され、日々の生活の様子や取り組みを共有しながら、ご家族様からの声を大切に、より良い支援につなげています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホーム理念「笑顔でその人らしい生活」とともに年間のホーム目標を設定している。また理念・年間目標に基づいて職員個人の目標も設定しておりホーム理念・年間目標に沿った支援ができていくかを検証・評価している。2ヶ月毎の身体拘束・虐待防止委員会の開催や外部研修の受講(受講後にホーム内で伝達講習)、年2回のホーム内研修、県主催の「身体拘束推進員要請研修」への参加を通じて、「身体拘束・スピーチロックしない」支援を学び、利用者への支援に取り組んでいる。日頃より移動スーパーでの買い物、家族との外出(買い物、外食、法事等)や法人敷地内での散歩やホーム菜園での収穫、ドライブ外出(自宅周辺、紅葉観賞、買い物)等できる限りの戸外への外出支援に取り組んでいる。法人内(同一敷地内の病院、老人保健施設)の協力医による月2回の訪問診療と看護職員による健康管理と緊急時オンコール体制、災害発生時を含めたバックアップ支援体制を確保しており、利用者・家族・職員が安全・安心に生活できる環境を整えている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
60	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	67	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)
61	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,42)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	68	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	69	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
63	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	70	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
64	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:53)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	71	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う
65	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	72	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う
66	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(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	法人理念・じざいの理念をグループホーム内に提示している。 個人の年間目標は、理念やグループホームの年間目標に基づいたものになっている。	ホーム理念「笑顔でその人らしい生活」とともに年間ホーム目標「例：一人ひとりの意見の尊重、チームワーク、安全安心」を設定している。また理念・年間目標に基づいて職員個人の目標も設定している。ミーティング・カンファレンス時に支援内容を振り返ることでホーム理念・年間目標・個人目標に沿った支援ができていくかを検証・評価している。	個人目標は、出来るだけ具体的な内容にされることを期待する。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域とのつながりがうすくなってしまったが、出来る事は行っている。例えば、2か月ごとの運営推進会議のお誘いや神社の祭礼の手伝いなどを通して地域交流に努めている。移動スーパーかも丸くんに定期的に来てもらい入居者の楽しみや交流を続けている。地域の方が畑で咲いたお花を届けてくれる事もある。	地域の広報誌より地区の情報を得ており、ふれあい市(地区、近域グループホーム主催、民生委員・老人会副会長も参加)への参加や神社の祭礼への参加(利用者も一緒に参加、豚汁の炊き出し等)、地域住民からの差し入れ(花、野菜等)もあり、ホーム全体で地域交流している。移動スーパーの来訪も利用者の楽しみとなっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	キャラバンメイトの職員がおり、小学校の出前講座に参加し認知症の啓発に努めている。		
4	(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	入居者ご家族・地区社協会長・地区の民生委員・行政担当者等に声を掛けて行っている。近況報告や入居者の様子・インシデント等を報告し、不明点や助言を話し合っている。会議議事録は、入居者ご家族に送付し関係作りやサービスの向上に努めている。今年度は5回終了している。	年6回開催している。社協会長、地域の有志、民生委員、家族、行政担当者等が参加している。会議ではホームの活動報告、ヒヤリハット事例・事故報告、職員研修報告等を報告して、参加者から意見を募っている。ホームには議事録を設置しており誰でも閲覧可能となっている。家族には議事録を送付して意見を募っている。	運営推進会議の参加者についてボランティア(傾聴)等の多様な人の参加促進の取り組みに期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	運営推進会議や加賀市主催の連絡会をはじめ、事故の発生した場合や不明点があった場合は相談している。また、今年度は、サービスの質の向上や保険給付の適正化を図るため、加賀市の運営指導を受けている。生活保護受給者が1名おり連携を図っている。	運営推進会議や市主催の連絡会・研修会への参加や、市担当者・地域包括との日常連絡を通じて行政担当者や情報交換して協力関係を構築しており連携を図っている。職員は小学校の出前講座(キャラバンメイト活動)に参加し認知症理解の啓発活動について市・地域包括と協力している。	
6	(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	グループホーム内に委員会を設置し現状を検証している。年に2回はグループホームで研修を行い、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	2ヶ月毎の身体拘束・虐待防止委員会の開催(利用者の行動障害の検証)や外部研修の受講(受講後にホーム内で伝達講習)、年2回のホーム内研修を通じて職員は「身体拘束・スピーチロックしない」支援を学び、利用者への見守り支援に取り組んでいる。行動制限につながる言葉使い(スピーチロック)は職員同士で改善点を話し合い、職員からの疑問点は管理者が回答してホームとしての支援方法を明確にしている。	
7		○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	グループホーム内に委員会を設置し現状を検証している。年に2回はグループホーム内で研修を行い関連法を学ぶ機会を持ち、虐待を行わない、見過ごさないように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○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	全スタッフへの研修は行っていないが、対象になる可能性がある入居者が居る場合は、その都度検討している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約の締結・解約・改定等の際には十分な説明を行い、不安や疑問点を軽減できるに努めている。また、同意書には、署名・捺印を頂いている。		
10	(6)	○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	1年に1回満足度アンケートを実施している。頂いたご意見に対してミーティングで話し合い結果を掲示している。また、玄関には、ご意見箱を設置している。季節毎に「あゆみ会便り」を送付し、日頃の様子を伝えている。	日常的に家族の来訪面談・電話・メール・LINEにて家族から率直な意見・要望を聞けるよう取り組んでいる。年4回(季節毎)「あゆみ会便り(法人誌)」を家族に送付して利用者の普段の暮らし振りを伝えている。毎年、家族アンケート調査を実施しており、結果を集計・分析して改善策を検討して家族にフィードバックしている。利用者・家族からの意見や要望は担当者を中心に迅速に検討して運営に反映させている。	
11	(7)	○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	管理者は、他職員と同じシフトに入り毎日のミーティング等を通じて意見や提案を聞く機会を設け、反映出来るように努めている。	毎日のミーティング時にミーティングノートを活用して全職員で情報共有している。ミーティングノートは事前に職員に意見をくみ上げる事にも活用している。また管理者と職員は日常業務の中での話し合いにより意見交換している。利用者へのケア方法、職員主体のイベント企画、改善提案等、職員から出された意見・提案をミーティング議題として話し合い、職員の自主性を運営に活かしている。年2回の個別面談(目標設定等)・人事考課の機会を設けコミュニケーションを図っている。	
12		○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	人事考課を行い、各々の就業実績、スキル、希望等を把握し目標や向上心を持って働けるように考慮している。		
13		○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	グループホーム内の研修は、年間計画を立てて行っている。外部のオンライン研修に参加する機会を設けている。日常業務や毎日のミーティングの中で話し合い気付きが得られるように努めている。		
14		○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	地域密着型サービス事業者連絡会に参加し意見交換やネットワークに努めている。地域の行事やキャラバンメイトの活動を通じて他事業所と交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居者一人づつに担当職員を付け、より関係を深められるように努めている。可能な限り入居前に情報を収集したり訪問する事で関係作りにも努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居契約時には同時に担当者会議を開催し、ご家族の意見も組み込みプランに反映している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	事前の情報で必要と思われる支援を見込んで暫定プランの作成を行っている。新しい環境に慣れ安心して生活出来る事や安全に生活出来ることなどを考慮し対応している。		
18		○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	入居者それぞれの今までの生活習慣や能力や活かした役割を担って頂く事で生活を営んでいる。その事を入居者・スタッフで共有する事で「共に支え合う関係」を構築していると考えている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	基本6か月ごとにご家族同席のもと担当者会議を開催し、現在の状態をお伝えしたり、今までの生活や要望についてお聞きし関係が構築出来るように努めている。		
20	(8)	○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	面会は居室でご家族様とゆっくり過ごしていただいている。ご家族様との外出は事前に外出許可書を採出してもらい出かけていただいている。兄弟・知人との関係が途切れてしまわないように手紙やスマートフォンの支援の継続。ご本人やご家族の希望があり法事への参加を支援した。行事として地元ドライブやショッピングモールにでかけている。	家族・兄弟姉妹・友人の来訪面会により利用者のこれまでの関係が途切れないよう支援している。また電話や年賀状・暑中見舞い等の相互送付を支援している。家族との外出(自宅、医療外来受診、外食、買い物、法事参加等)を支援しており、職員は自宅周辺や紅葉観賞のドライブ外出、ショッピングモール、移動スーパーの利用(以前からの馴染みの利用者もいる)等の外出を日常的に支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	入居者同士の関係性を考慮し、席の配置を配慮している。 また職員が間に入り関係性が構築しやすいように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居先の施設等と連絡を取り合い、場所が変わってもご本人の生活が変わらず継続出来るように連携に努めている。			
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント						
23	(9)	○思いや意向の把握 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。困難な場合は、本人本位に検討している	アセスメントを通じ、個々人の思いや意向の把握に努めている。センター方式や「暮らしの手帳」を学び、本人本位のケアに努めている。定期的にご本人やご家族参加の担当者会議を開催し、今までの暮らしやご本人の思いや希望等について話合っている。日々のミーティングの中でも、アセスメントを行い、新しい情報などスタッフ間で意見交換しまとめている。	利用者のこれまでの日常生活と同じように過ごせるように初期アセスメント(利用者、生活背景、家族との会話)を基に思い・希望の把握に取り組んでいる。職員は利用者に関心を持ち、利用者一人ひとりと1日1回は個別に話ができる機会を作り、寄り添い・会話・声かけ等、関わる時間・話す時間をたくさん持つことで信頼関係を構築している。日常会話や言動(食事中など)から得た情報(気づき、特記事項)を「暮らしの手帳」に記録を集約して、利用者個別の思い・希望(楽しみ、好きな事)を具体的に推察している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居の際には担当ケアマネジャーや相談員から情報をもらい把握に努めている。じざいでは、センター方式や「暮らしの手帳」などを活用しこれまでの生活の把握に努めている。			
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	申し送りや・日々の記録を通して情報共有し把握に努めている。重要と思われる事は、ミーティングで話し合い現状把握に努めている。			
26	(10)	○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	ご本人・ご家族・計画作成担当者・担当職員等で担当者会議を開催し、3か月毎にモニタリングを行い、半年もしくは状態の変化や、事故等がある場合はその都度変更・追加し、より具体的な内容になるように努めている。ニーズ・目標にについては利用者様の楽しみ、支援方法の具体化を意識した介護計画を作成している。	利用者のニーズ「したい事」と「利用者のできること(散歩、買い物)」「好きな事」を重視して、家族の意向や主治医の意見を参考にし、担当者会議(家族参加)で意見を話し合い、利用者本位に検討して介護計画を策定している。3ヶ月毎のモニタリングのとりまとめとアセスメント更新を通じて3ヶ月毎又は随時に利用者の現状に合った介護計画に更新・見直している。		
27		○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	日々の様子やケアについての記録を行い、職員間で話し合っている。実践においての気づきを振り返り共有している。			
28		○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	おひとりひとりの家族背景が違うため、その時に発生するニーズ、例えば、生活保護受給者の方の金銭管理や行政上の手続きなどご本人の意志を確認しながら一緒に行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○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	定期的に「移動スーパーかもまる君」を利用し買い物を楽しんで頂く機会を設けている。		
30	(11)	○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、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	希望される方には、法人内の医師が定期的に往診を行い、体調管理を行っている。他科受診に関しては、主治医やご家族と相談したり、継続的な治療が必要な場合も対応している。	従来からのかかりつけ医への外来受診または協力医（法人内医師）の訪問診療による定期受診（2週間毎）を支援している。看護職員による健康管理と併せて利用者・家族の安心に繋がっている。歯科医による往診も対応している。外来定期受診やその他専門医（眼科、皮膚科等）への受診は家族付き添いとしているが困難時は職員が対応（付き添い、送迎等）しており、適切な医療を受けられるよう支援している。家族付き添いの場合は事前に医師へ情報提供し、受診結果を共有して連携を図っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	非常勤の看護師が勤務しており、日常的な体調管理を行ったり、訪問診療時は、医師と連携している。「医療連携伝言ファイル」を作成し看護師に日々の変化を伝達し適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
32		○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、又、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。	入院時必要な情報提供を行い、対応病棟への連絡やケアへのその都度対応している。		
33	(12)	○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	入居時に「重度化及び看取りについての指針」を説明し体制として整備している事に同意を得ている。状態が変化した際は、その都度ご本人やご家族に状態を伝え、必要になってくると思われるケアやこれからの方針を共に考え共有している。	利用開始時にホームの「重度化及び看取り介護についての指針」を利用者・家族に説明して初期段階での意向を確認している。年1回ターミナルケア研修を実施しており、職員は終末期における介護方法について意見交換会・ケアの実践によりターミナルケアを学んでいる。利用者の状態変化時に医師より家族に説明し、家族の意向に対応して医師・看護師・家族との連携体制を整備し、終末期における支援方法を話し合い、家族も含めたチームでの支援（ホームでの看取り、他施設・病院への移行）に取り組んでいる。事例があった際は職員間で振り返りを行い、その家族とも会話して次の事例に活かしている。	
34		○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	定期的に研修を計画し、ひとり一人が対応できるように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	同一敷地内の病院と施設と連携し、緊急事態に対応できる体制にしている。	事故防止対策委員会(法人内)より緊急時対応フローを各種状況別に具体的に策定しており、迅速に確認できるよう事務所スペースに常備している。ホーム内では毎月ワンポイント研修・訓練を行いスキルアップを図っている。協力医・看護師(同一敷地内)への夜間オンコールでの緊急時の相談・指導体制を整備している。行方不明・災害発生時対策として利用者の個別認識情報を準備しており、利用者の安全確保に取り組んでいる。	誤嚥・窒息の初期対応についての実技訓練を継続的実施されることを期待する。
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	同一敷地内の病院から週に2回訪問診療がある。また、緊急時にも、対応している。日頃から、入居者の状態を共有し連携に努めている。介護老人保健施設が併設されており災害時の支援体制が確保されている。受診が難しい入居者が協力医療歯科の訪問診療を受けている。	法人内(同一敷地内)の協力医による月2回の訪問診療と看護職員による健康管理と緊急時オンコール体制があり、日頃からホームや利用者の状況を伝え、利用者の健康状態についての相談体制が構築されている。歯科医の往診協力体制も確保している。また介護老人福祉施設(同一敷地内)とは災害発生時を含めたバックアップ支援体制を確保している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜勤者1名で対応している。緊急時は同一敷地内の病院や介護老人保健施設に応援を要請している。	夜間はユニット1名の勤務体制となっており、緊急時は同一敷地内の病院・介護老人保健施設の夜勤者・宿直者に応援を要請する体制となっている。申し送り時にその日の利用者の状況や注意事項を確認し、緊急時は協力医や看護師へのオンコール相談体制が整備されている。また必要に応じて近隣に住まいする職員の応援体制を確保している。	
38	(16)	○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	計画的に毎月ワンポイント訓練を行い、職員の意識向上に努めている。年に2回(日勤帯・夜勤帯)を想定した火災訓練を行っている。火災訓練時に、防災設備の点検を行っている。	年2回(昼、夜間の各1回)火災発生を想定した避難訓練(同一敷地内の介護施設と合同)を実施している。また毎月ワンポイント訓練を実施しており、避難方法(場所や経路等)、AED・消火器の使用法や通報方法、歩行困難者の移動方法等を確認している。自動火災報知器や通報装置、スプリンクラー等の防災設備は訓練時に作動点検している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	それぞれの対応マニュアルがあり周知している。緊急時の持ち出しとして、入居者の名簿や写真・基本情報・お薬手帳を平時から準備し、万が一に備えている。また、食品や飲料水、介護用品、カセットコンロ等の備蓄品を当ホームで管理している。	災害時対応マニュアル・BCPを整備しており、マニュアル・BCPに基づいての防災・災害対策訓練や研修・ワンポイント訓練を実施している。災害発生時に備え利用者の生年月日や自宅住所・連絡先・を明記した個人認識情報やお薬手帳等を持ち出せる準備をしている。また食料品や飲料水、介護用品、防寒具、カセットコンロ等の備蓄品を法人全体でリスト化して管理しており定期点検(使用期限、賞味期限)を実施している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	一人ひとりの状態や生活歴に考慮した声掛けや対応に心掛けている。プライバシー保護の勉強会を開催している。特に、排泄時や入浴時には、配慮したケアが行えるように努めている。	年間研修計画の中で勉強会(認知症ケア、接遇、プライバシー保護)を実施している。また県主催の「身体拘束推進員要請研修」に参加しホーム内での「人権尊重」の浸透に取り組んでいる。声の大きさや話すペース、トイレ誘導時の声かけ方法、入浴介助時の同性介助希望への配慮、失礼のない呼称、申し送り時の場所(他者に聞こえないよう)への配慮等、利用者の尊厳・プライバシーを損ねない対応に取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の生活の中で担当職員が中心となり、本人の思いを聞きとっている。アセスメントは、ミーティングで行い、担当者会議で本人の思いや要望をお聞きし、プランに反映している。		
42		○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、一人ひとりのペースを大切に、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	可能な限りご本人のペースに合わせて生活できるように努めている。その時々により、臨機応変に対応している。		
43		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	買い物に関しては、外出が難しい為、希望をお聞きしご家族に依頼したり、職員が購入しお渡ししている。ご希望のある方には、化粧品の支援をしている。希望者には、ご本人の好みや季節にあった衣料リースも利用できる様にしている。		
44	(19)	○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	管理栄養士と連携を図り必要な助言を得ている。感染対策を徹底しながら、個々の嗜好や生活歴を大切に、入居者が安心して食事を楽しめる環境作りと支援を行っている。野菜を収穫し季節を感じてもらっている。盛り付けや色合いを工夫し「見て楽しめる食事」にしている。	毎日の献立は利用者と相談して決めており、管理栄養士からの助言も参考にしている。食材は職員が買い出しに行き、ホーム菜園で収穫した野菜や家族・地域住民からの差し入れ食材も活かして調理して食事を提供している。食事の調理や準備・後片付け等は利用者の得意な事・やりたい事を身体状況に合わせて職員と一緒にやっている。誕生日会や季節行事食(おせち、クリスマス等)やおやつ作り(おはぎ等)、テイクアウト食(お弁当等)、家族からの差し入れ(お菓子、食材)も利用者の楽しみとなっている。	
45		○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	管理栄養士と連携を図り必要な助言を得ている。その方に合った食事形態の工夫を行って提供している。摂取量が不足している方には、栄養補助食品などを活用し、安全に必要な栄養を摂取出来るように努めている。		
46		○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	管理栄養士と担当職員が連携し口腔・栄養のスクリーニングを行っている。各々にあった口腔ケアの声掛けや介助の支援を行っている。		
47	(20)	○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を行っている	排泄パターンを把握し必要時に声掛けや介助を行っている。排泄表を作成し、職員間で把握しやすい様に努めている。また、課題のある方に対してセンター方式の様式を活用し、アセスメントを行い、ミーティングで共有し安心して生活出来るように努めている。	全利用者について排泄チェック表を作成して排泄間隔・サイン・パターン等を把握し、必要に応じて声かけ誘導・最小限の패드・オムツの利用によりトイレでの排泄を支援している。利用者の健康状態に合わせて、食事(食物繊維、水分摂取等)や運動等の対応により自然排泄できるよう取り組んでいる。夜間は利用者と相談のうえ身体・睡眠状況に合わせてオムツ・패드等も利用して快適な睡眠確保を支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	必要な人には排便チェックを行っている。更に必要な方には、内服薬での調整を行っている。運動や食事のバランスを考えている。		
49	(21)	○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	ご本人の入浴スタイル(温度や時間)にあわせて入浴している。	希望に合わせて週2回程度の入浴を支援している。湯温(あつめ、ぬるめ)、湯量、時間帯、入浴日変更等も柔軟に対応しており、好きな入浴用品(シャンプーや化粧品等)の使用や入浴後のスキンケア、入浴剤の使用、入浴中の話題を作ることでコミュニケーションを図り、楽しくリフレッシュできる入浴となるよう工夫している。清拭・陰部洗浄・衣服更衣による清潔保持や汚染があった際のシャワー浴も適宜支援している。	
50		○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	居室内の環境(温度・明るさ・照明等)などご本人に合わせている。		
51		○服薬支援 一人ひとりを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	薬状は、いつでも確認しやすいようにしている。体調の変化は介護記録に記入しスタッフ間で共有出来るように努めている。		
52		○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	一人ひとりアセスメントを行いその人の嗜好や能力に合わせた楽しみ事を提供できる様に努めている。定期的に社会福祉協議会から傾聴ボランティアの方に来て頂き、気分転換できるように努めている。		
53	(22)	○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。又、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	お天気の良い日には敷地内に散歩に出かけている。また、定期的に移動販売かも丸くんで買い物を楽しんでいる。行事として市内を周りドライブを2回楽しんでいる。ご家族との外出、面会時間の制限がなくなり希望の外出や外食をたのしむことができている。法事や墓参り等の家族の行事が安心して行えるよう支援を行った。	利用者の希望や天候のよい時に声かけし、日常的に敷地内での散歩、外気浴、ホーム菜園の様子見、職員と一緒に洗濯物の取り込み、市内のドライブ、移動スーパーでの買い物等、気晴らしに戸外へ出かける支援をしている。家族・友人との買い物、外食、墓参り、趣味活動等も感染対策をした上で協力を得て支援している。家族・友人との外出時は職員より車の乗り降りや排泄介助等の介護・介助について援助指導し、利用者・家族・友人が安心して外出が楽しめるように支援している。	
54		○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	金銭管理は基本ご家族が行っている。現金を所持しなくても施設が一時立て替えて購入出来るように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
55		○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	家族や知人に電話の希望がある時はその都度支援している。また、携帯電話を所持している方には、使用できるように(使用方法・充電)支援している。		
56	(23)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は本人の心身状況や好みに応じて整えている。Dルームは、入居者同士が交流出来たり安全に食事が楽しめるように配慮している。適度な日差しや音・換気を行い快適な環境で過ごせるように努めている。利用者様が、自分のペースで居心地よく過ごせるように、椅子を設置している。	法人グループ敷地内(病院、老人保健施設)に立地しており、平屋造りの建物であり日当たりが良く開放的である。利用者が心地よく快適に過ごすことのできる共用空間となるよう、室内温度・湿度・日当たりを適宜調整しており、換気も定期的に行っている。利用者はリビング等の共用空間を自由に行き来し、一人でも複数でも好きな場所(廊下やロビーのソファ)で心地よく快適に過ごすことのできる共用空間となっている。リビング横に看取りケアに対応できるスペースを設けている。	
57		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	館内のところどころに椅子を設けたり、自由に過ごせるように配慮している。		
58	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、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	使い慣れた家具等あれば持参できる事を伝えている。本人の希望をお聞きし、好みに合った環境や空調を整えている。また、家族写真や姉妹からの手紙や絵画を飾ったり、手にとり見やすいように支援している。また、ベットやテレビ・ポータブルトイレは、本人の能力や安全面を配慮している。	居室にはベッド・エアコン・洗面台・クローゼット・消灯台・椅子が備え付けられている。居室への物品の持ち込みは自由であり、利用者にとって馴染み深い家族写真や趣味の物・ぬいぐるみや使い慣れたタンス、テレビ、ラジオ等の身の回りの物を利用者・家族と相談して居室に配置している。配置は安全性や動きやすさを考慮して、利用者にとって安らぎが感じられるよう工夫している。衣替えは家族と一緒にやっている。	
59		○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「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工夫している	入居者が分かりやすい様に棟内にトイレや風呂・食堂等・非常口を表示し、安心して生活出来るように勤めている。また、ベットは、本人にあった高さが利用できるよう電動ベットや手すりの購入を徐々に行っている。		