

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	1770600144		
法人名	医療法人社団 長久会		
事業所名	高齢者グループホーム いこいの家		
所在地	石川県加賀市山代温泉11-108番地2		
自己評価作成日	令和7年12月8日	評価結果市町村受理日	令和8年2月12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	有限会社 エイ・ワイ・エイ研究所		
所在地	石川県金沢市広岡2丁目9番7号 サーパス金沢広岡506号		
訪問調査日	令和7年12月19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)】

保養所改修型の施設で温泉があり、デイサービスと併設しており、ボランティアの慰問時などで交流する機会が多い。地域にとけ込み、協力体制づくりのため毎月お便りを作成し、利用者様のご様子や事業所の取組みを伝えるため、ご家族に郵送、地域に回覧、公共機関等に配布し、ホームページでも閲覧できるように案内をしている。地域の祭りやスーパー、馴染みの美容院等を利用し、地域の一人として地域との交流を図っている。消防設備業者立ち会いにての避難訓練や、地域の防災訓練にも参加し、防災意識を高めている。利用者様の能力や特性を丁寧に把握し、その方が持つ力を日常の活動や役割に活かせるよう支援し、自分らしく生きがいを感じながら充実した生活を送っていただけるようサポートしている。

【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)】

当ホームは「出会いを大切に、ありのままの認知症高齢者を受け入れ、その人らしく生活ができるようお手伝いします」を理念として掲げている。職員は法人の4つの原則や行動指針・目標をふまえ、「その人らしく生活できるよう、利用者の「ベース」「思い」「これまでの関係」を大切に支援に取り組んでいる。職員は利用者の日常生活を十分に理解し、出来る事や出来ない事を整理している。利用者との日常会話や関わりの中や、利用者向けサービスアンケートの実施によって、その「思い」「希望」「馴染みの人や場所」を引き出せるよう取り組んでいる。ライフサポートプランは実現可能な利用者の「思い」「希望」を叶えるための具体的な支援内容の立案し、利用者のニーズを重視した本人らしい生活の実現のためのプラン作成に取り組んでいる。利用者との会話から得た情報を活かした外出支援によって、利用者がこれまで築いてきた馴染みの関係や新たなつながりが継続できるように支援している。地域とは毎月、ホーム通信やチラシ(ぼろ布の寄付協力等)を公共機関と地域に配布・回覧し、ホーム内での暮らしや行事をお知らせして理解を得られるよう取り組んでいる。家族・地域住民からの野菜・ぼろ布等の差し入れ等、地域と様々な場面で交流している。移動スーパー・パン屋・ヤクルトの訪問販売等の協力も得て、希望に応じて利用者が好きな物を日常的に買い物できるよう支援している。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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)	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くない
63	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	70	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
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)	<input type="radio"/>	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
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	”私たちは出会いを大切に、ありのままの認知症高齢者を受け入れ、その人らしく生活できるようお手伝いします”を理念に掲げ、居間やEV前に提示し、またパンフレットにも記載している。特に認知症の4つの原則(利用者のペースに合わせる。やさしく触れ合う。同じ目の高さで接する。ダメと言わない。)は職員一人ひとりが理念と同様に日々のケアの中で、意識して取り組んでいる。また、事業所のサブ理念として“ゆとり”(ゆっくりと 共に支えて 理解する)も掲げており、身近な理念として関わり活かし、理念とともに毎月のスタッフ会議でも共有している。	ホーム理念と共に法人にて4つの原則(ペースを合わせる。やさしくふれあう。同じ目線で、ダメと言わない)と認知症高齢者への具体的な対応を示した行動指針を掲げている。課題レポートや研修を通じて法人理念と4つの原則を改めて確認する機会があり、年間目標を掲げて理念に沿った支援に取り組んでいる。新任職員にはホーム理念・4つの原則・行動指針を詳細に説明している。職員は理念・4つの原則が記載されたカードを携行しており、毎月のスタッフ会議や法人内の地域密着型サービス事業者が集まる情報の交換会の中で必ず4つの原則に具体的に振り返り検証し、周知を図っている。
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	利用者様を通じて繋がった理美容店、病院、スーパー、など社会資源を利用し顔なじみの関係を築いている。地域の児童センターからはリンゴの差し入れやJA女性部からは清拭布の寄贈もあり、交流をしている。また、地域のお祭りや防災訓練等に地域の一人として参加している。毎月のおたよりを公共機関や地域にも配布し、ホームページでも閲覧できるように案内し、ホーム内での暮らしや行事を知って頂き理解を深めている。おたよりに通してご意見を伺うこともあり、反映できるよう取り組んでいる。	地域の一人として地域行事(祭礼、清掃活動、防災訓練等)に利用者と一緒に参加している。普段から地域の社会資源(地区会館、スーパー、薬局、理美容室、移動スーパー・パン屋等)を利用して、地域住民と顔馴染みとなっている。毎月、ホーム通信やチラシ(ぼろ布の寄付協力等)を公共機関・地域に配布し、ホーム内での暮らしや行事をお知らせして理解を得られるよう取り組んでいる。地域住民・児童センターからの果物・野菜・ぼろ布等の差し入れ等、地域と様々な場面での交流に取り組んでいる。
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	毎月、お便りを加賀市の長寿課、加賀市地域包括支援センターに配布し、状況報告すると共に、運営推進会議にも市より出席して頂いて、地域で支援を必要としている方の話し合いの場など協力を得られる体制づくりがある。また市依頼の介護110番相談を受け付け、時には認知症キャラバンメイト活動を他介護事業所と共に行っている。	
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践、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	感染対策として地区会館にて開催していたが、昨年7月より事業所内(広間)にて開催している。事業所内での行事や外出、スタッフ研修やヒヤリハット、訓練等や感染対策の状況などの報告、また毎月発行しているおたよりの写真を見ながらホームでの様子を伝えている。ご家族様にも推進委員として参加していただいております。会議の開催の際は意見もいただきサービスの向上に活かしている。参加できないご家族様には来所時に報告書として書面をお渡ししている。	運営推進会議を年6回定期開催している。会議には家族(2名)・地域住民・区長・民生委員(3名)・行政担当者・他福祉事業所職員が参加している。会議では利用者の生活状況や困難事例・ヒヤリハット事例、研修、感染対策、消防訓練の実施状況を報告し参加者と意見交換している。地域情報(防災訓練、行事)についての話題も話し合っており、地域の福祉ニーズに関する情報交換をしている。会議録はエレベータ横に備付しており、また家族には議事録を配布・郵送している。
5	(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取り組んでいる	毎月おたよりを加賀市の介護福祉課、地域包括支援センター、地域の消防署や警察署などに配布し、協力関係を構築している。今年は捜索訓練の際には山代派出所に連絡の協力を得てアドレスをいただいた。運営推進会議にも市より出席して頂いており、協力を得られる体制づくりがある。また、キャラバンメイトとして養成講座等の活動も行っている。	運営推進会議や行事等の機会を通じて、行政担当者との協力関係を構築している。またホーム通信を公共機関(市、地域包括支援センター、消防署、交番等)に届け、定期的に情報交換することで、困難事例や事故対応への解決方法・アドバイスを獲得している。キャラバンメイト活動(認知症サポーター養成講座の小学校への講師派遣等)にも取り組んでいる。

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
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	法人としては身体拘束は一切行わない方針としている。事業所としては、玄関は防犯上夜間以外は開放し、出入りが自由に出来るようになっている。身体拘束をはじめ権利擁護などの内部・外部研修に参加し利用者様の弊害の理解を学んでいる。言葉での拘束も注意し抑圧したり否定する言葉がないよう職員同士注意・反省し、確認できるように努力している。また、部会を通して不適切ケアについてQRコードを活用して対応の気づきや引っかかりを発信でき、早い段階で検討できる体制を整えている。また、スタッフ会議でも話し合う機会を作っている。	法人全体として身体拘束廃止の方針を徹底しており、年6回の法人内研修(課題レポート)・外部研修(オンライン)の受講・毎月の身体拘束防止委員会を通じて全職員に周知徹底している。職員の何気ない言葉が行動制限につながるように、法人の4つの原則をふまえ法人内のサービス向上委員会にて目標を立て、職員同士で言葉遣いを注意し合い、自己反省(年2回の関わり方自己チェック)での振り返りを行っている。また職員間で注意しにくい場合は匿名で法人担当部門に相談できる体制(QRコード)を整備している。
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注意を払い、防止に努めている	研修会や勉強会に参加し、具体的な虐待を理解し、知識を増やす事に努めている。言葉や何気ない仕草も虐待に繋がる事もあるため、職員間でも注意し合える関係作りを目指している。また日常の関わりの中で4つの原則を勉強会やスタッフ会議を通じて職員間で振り返り利用者様の生活、安全と安心を共有し合える努力をしている。不適切ケアについてQRコードを活用し、少しの気づきでも発信できるよう部会員を通して普及活動も行っている。	
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	定期的に学習する機会はないが、制度に関する資料をいただき、個々の知識向上・意識付けに努めている。又、制度活用の必要性のある利用者様に対しては活用出来るよう支援している。また関係者との連携も密にし制度についての学びを含め、今後の生活面や経済面でも互いに情報の共有を図っている。	
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	契約時には一つ一つ丁寧に書類と照らし合わせながら説明し、不安や疑問がないことを確認した上でやっている。	
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	苦情受け付けの他に面会時や電話等で普段から連絡を取り、日頃の様子を伝え、要望や意見がないか何でも言える関係作りに努めている。また年1回満足度アンケートを実施し、利用者様には直接聞き取りを行い、ご家族には無記名で調査し、意見や要望を確認する機会を作っている。要望や意見はスタッフ間で話し合い、改善検討しながら利用者様に反映している。ご家族に報告と同時に事業所内でも公表、閲覧できるように掲示している。	毎月のホーム通信(写真、職員メッセージ、写真閲覧用のQRコード付)と運営推進会議の議事録を渡して利用者の近況を家族に伝え、家族が面会・電話時に意見が言いやすい関係作りに取り組んでいる。年1回家族向け(退去家族含む)に無記名の満足度アンケート調査を実施し、普段は言えない意見・要望を表せる機会を作っている。意見・要望はスタッフ会議で検討して、運営に反映させている。アンケート調査結果・検討事項は、家族へのフィードバック(書面)とともに、ホーム内にて掲示していつでも閲覧できるようにしている。
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	普段の会話の中や月1回のスタッフ会議、年に2回人事考課(自己評価票)をもとに面接の場を設け思いや意見を確認している。職員一人ひとりの考えやアイデアは、目標に上げてもらい、その都度評価しながら質の向上につながるように努めている。	サービスの質の向上に繋がるよう、毎日の申し送りや普段の業務の中での会話、毎月のスタッフ会議にて職員の意見・提案(行事企画、ケア方針)を聞く機会を設けている。職員一人ひとりの性格や普段との様子の違いもふまえ、管理者より声かけして意見等を引き出している。年2回、個人面談を実施しており、職員個々がやりたい事・身につけたい事(自己目標設定)・希望する働き方が実現できるように必要に応じてバックアップしている。
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	人事考課を年2回各職員に行ったうえ、日頃の仕事に対する姿勢など副部長・管理者より確認、把握し今後に向けての目標を掲げ向上心を持って働けるよう努めている。また、管理者に対して職員が何でも言い合える環境、関係作りに努めている。	

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
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	個々のスタッフの必要性を見極め研修に参加している。県・市・全国グループホーム協会の開催する研修をはじめ、グループ内研修や地域密着型事業所の勉強会も計画的に行われている。参加後は研修報告書を提出し会議などで内容をスタッフ間で共有する機会を作っている。	
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	法人グループ内で他介護事業所との合同の各委員会や、職員不足への対処として地域密着の事業所間で応援協力体制を整えており、情報共有や意見交換をする機会がある。またキャラバンメイトや地域密着連絡会等で他介護事業所と意見交換の場を持ってネットワーク作りと互いの事業所の質の向上を大事にしている。	
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	ご本人の思いや要望を理解し、アセスメントツールであるセンター方式やライフサポートプランの作成を通して、ご本人の気持ちに寄り添い安心していただけるような信頼関係を職員全体が築けるよう努めている。	
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	サービス利用前より、今までの暮らしの様子や不安、生活に対する意向などを伺い、少しでも不安なく入居していただけるよう配慮している。ご家族との関係作りのため、電話連絡や面会時を通して会話する機会を増やし、思いや要望を伺えるように努めている。	
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	ご本人やご家族の思いや意向を確認し、ニーズ把握に努め、ご本人がその時必要とされている支援内容を見極めている。地域の社会資源(社協権利擁護)や他介護保険サービス(福祉用具・訪問美容等)を職員全員が知識と共有を持って対応している。	
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	ご本人の以前の暮らし方や得意な事、やりたい事を把握し、日常生活の場面でも本人の能力を生かせるよう支援している。コミュニケーションを多く持つように努め、ご本人の意思を尊重し、共に支え合う関係作りを行っている。	
19		○本人と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	ご家族と一緒に支援するチームの一員であり、情報を共有し、意向や思いを確認している。ご家族の出来る事と、継続していただきたいことを依頼しながら、なじみの関係、絆の継続に努めている。遠方のご家族は定期的に電話連絡を行っており、毎月お便りを作成し家族様に郵送している。	

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
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	感染対策を行ないながらは知人、友人の方でも面会は可能となっており、ご本人にとって大切な方との関係が途切れないようにサポートしている。また利用者様の希望に応じてこれまで築いてきた美容室や商店・公共機関などへの外出もサポートしている。	初期アセスメントだけでなく、友人・知人(自宅近所の知人、付き合いのあったJA職員、アパートの大家さん等)の来訪面会時に情報収集(利用者の趣味・嗜好・馴染みの関係等)している。利用者との日常会話から、馴染みの人間関係・場所に関する情報を引き出し、全職員で共有している。馴染みの場所(行きつけの美容室、スーパー、墓参り、公共機関、1Fデイサービス等)に外出することで、これまでの交友関係や地域住民との交流とこれまでの生活習慣の継続に取り組んでいる。外出については必要に応じて送迎を支援している。
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	馴染みの関係性を把握し、利用者様同士の関係性によっては職員が関わりを通じて間に入る配慮をしたりと孤立せず、集団生活が楽しめる生活となるような機会や場所作りに努めている。	
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	入院などで契約が終了した場合でも、状況を把握しながら相談や支援に努めている。	
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。	ご本人やご家族からの希望や意向を確認する機会を設けたり、日々の何気ない会話や表情など利用者様の思いをくみとって記録に残し、スタッフ全体で共有を図っている。また、そこからプランにも掲げケアに生かせるよう努めている。	利用者のこれまでの日常生活を十分に理解し、出来る事や出来ない事を整理している。職員は利用者との会話・声かけと関わりの中や利用者向けサービスアンケートの実施を通じて、その「思い」「希望」を引き出せるよう取り組んでいる。利用者の発言(買い物等の好きな活動等)を日々記録し、その「思い」が検討できるよう記録方法を工夫して情報共有している。表現が困難な利用者については、生活歴から好きな事を想定して試み、その反応(表情、様子等)から「思い」「希望」を把握できるよう取り組んでいる。情報はアセスメントシートにとりまとめて利用者一人ひとりが何を望んでいるかを職員間で検討・共有して、介護計画や日々の支援に反映している。
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。	ご本人やご家族、外出や面会時の友人また、ご本人に関わりのあるケアマネジャーや相談員などから情報収集をし、センター方式のアセスメントシート等を活用し把握に努めている。	
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。	心身状態の把握が特に必要な方に対しては、1日の状況の把握に努められるよう別紙に記入または、ケース記録に細かく記載する等情報共有に活かしている。定期的にプランを見直すにあたってご本人の現状を振り返り、センター方式アセスメントシートも見直ししている。内容から作られたプランはサービス担当者会議にて職員で検討されている。	

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
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。	ご本人をはじめご家族にはプランを説明し、意見や意向を確認しながらプランの作成に活かしている。状態が変化した場合など必要に応じてスタッフ会議等で話し合いプランの見直し・作成をしており、ご本人がより良く暮らせるよう努めている。	利用者のニーズ(日常の役割、買い物・家事のやりたい事等)を重視したライフサポートプランの作成に取り組んでいる。プランは実現可能な利用者の「思い」「希望」を叶えるための具体的な支援内容を定めている。プランの立案にあたっては、利用者・家族に説明し意見・意向を確認してサービス内容を立案している。毎日の申し送りにて随時話し合い、毎月のスタッフ会議にてモニタリングを行っている。利用者の現状に沿うよう随時評価して見直しを検討している。
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。	ご本人の毎日の話される言葉や行動、介護者の気づきなどを記入し、職員間で情報を共有し、日々の実践や介護計画の見直しに反映している。	
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。	グループ内の事業所をはじめ、地域の店などへの協力を依頼しながら、柔軟な支援が行われるよう取り組んでいる。	
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。	地域支援マップを作成しチームで把握し豊かな生活の維持に役立てている。また地域へはスーパーやドラッグストア、美・理容院などを利用し、いこいの家をはじめ利用者と馴染みの関係が築けるよう取り組んでいる。	
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。	各ご利用者が、かかりつけ医を持っており、受診が困難な方は往診も利用している。定期薬の処方以外に体調変化が見られる時は、ご本人や家族に了承を得て往診、または受診している。また主治医との連携を図りながら、必要な時には他の病院の紹介を得ている。	利用者・家族の希望に応じて、従来からのかかりつけ医への外来受診継続又は往診医への切り替えを支援している。かかりつけ医への外来受診(家族の付き添い)時は事前に職員から医師へ口頭・書面にて状況を伝え、適切な医療が受けられるよう支援している。身寄りのない利用者や急変時は職員が必要な支援(送迎、付き添い、往診依頼等)を行っている。かかりつけ医・家族との受診結果や処方箋変更情報の共有も図られている。また訪問看護による健康管理体制や歯科医の往診や近隣の薬剤師との連携も確保している。
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。	日々の生活のなかで感じた気付きや変化を直ぐに職員間で話し合い、必要に応じて訪問看護師に相談し、適切なアドバイスを得ている。受診の必要が見られる場合は、直ぐに受診の手配を行っている。	
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	入院時、サマリーの提出や可能な場合は面会に伺い、看護師と情報の交換をしている。ご本人やご家族の希望を伺いながら、早期の退院実現のため病院の医療連携室と密に連絡を行い、状況把握に努めている。	

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	
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、事業所の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。	重度化した場合、必要に応じて受診時は家族に付き添って頂き医師からの説明と一緒に聞くようにしている。ご本人やご家族の意向を確認し事業所から出来る支援を伝えながら一緒に方針を考えるようにしている。また、カンファレンスを行い、医師や訪問看護師、ご家族、事業所が共にチームで支援に取り組めるようにしている。	入居時に利用者・家族に重度化・終末期についてのホームの方針を説明している。ホームとしては、最後まで利用者・家族の要望に沿えるよう、法人全体やホーム独自の勉強会で知識・技術を積み重ねながら、重度化・終末期支援に取り組んでいる。随時意思確認を繰り返して、往診医師を中心に訪問看護・看護職員等と連携して、チームで終末期を支援する体制を構築している。終末期は利用者・家族・職員の精神的ケアも重視しており、最後まで利用者にとって安心な環境を整備している。また病院への入院・他施設への入所移行時は、利用者・家族に負担の少ないスムーズな移行(情報提供、手続き等)を支援している。	ターミナルケアについての研修を定期的 に実施されることを期待する。また、看取り 事例があった後のカンファレンス・反省会等 を実施されることを期待する。
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。	定期的なマニュアルの見直し、学習会や勉強会を通して、消防署員から心肺蘇生の方法やAEDの使用法を学んでいる。		
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。	マニュアル作成をしている、定期的なマニュアルの見直しや緊急時の緊急連絡網をもとに招集訓練も行っており、訪問看護師、協力病院など緊急時の協力体制も整っている。毎年、単独外出想定での捜索訓練、通報訓練、また救急対応の救急救命AEDの使用法や窒息等の救急対応を消防署員から指導を受けている。	緊急時の各対応マニュアルや救急搬送の連絡体制が整備されており、毎年度末には事例に照らし合わせてマニュアルの見直しを検討している。職員間の緊急連絡体制(電話、グループLINE)も整備している。行方不明発生時の対策として、交番・消防を中心とした見守りネットワークとの協力体制や、リスクマネジメント委員会を中心とした捜索・通報訓練を実施している。救命救急対応講習(AEDの使用法、誤嚥・窒息発生時対応等)や感染症発生時の処置方法の研修も実施している。日勤帯は同一建物内のディサービス看護職員による応援体制も整備されている。	
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	母体の施設及び関連事業所からは、行方不明時などの応援体制が確保されている。緊急時の往診及び受診の体制も、協力医療機関から得ることができる。また、おたよりや回覧板を通し、地域を取り込んだバックアップ体制も構築している。	同一法人内の協力医療機関や地域の開業医(24時間相談対応可能)、近隣の薬剤師、往診可能な歯科医による医療支援体制が確保されている。同一法人内の介護老人保健施設によるバックアップ体制が確保されている。同一法人内であるため日頃より相談・研修・各種行事があり、介護・看護職員の協力関係が構築されている。	
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	緊急時には職員の連絡体制が整っており、ホーム近くに住む職員の協力を得ることができる。オンコール対応により看護師の指示も仰ぐことができる。	1ユニットであるため夜間は1名の勤務体制となっている。その日の利用者の状況を日勤者から夜勤者に申し送りし、事前に主治医・看護師の指導内容を確認して利用者の急変・状態変化に備えている。また緊急連絡網による近隣在住の職員(法人全体)の応援体制、看護職員(訪問看護)によるオンコール相談体制も確保している。	
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	消防設備業者立ち会いのもと定期的(年2回)に避難訓練を行っており、設備の操作や消火器の使い方などの指導も受けている。火災のみならず地震や竜巻など他の災害時の訓練も実施している。緊急時の連絡先として、民生委員や地域の方の協力も得ている。また、山代温泉地区自主防災訓練にも参加し、避難場所や道路状況の把握にも努めている。	年2回火災発生時(夜間想定はホーム、昼間想定はディサービスでの出火を想定)の避難訓練を階下のディサービス事業所と合同で実施している。訓練では各自の役割や避難場所や通報内容(出火場所、避難場所等)、消火器使用方法を確認している。法人内の防災委員会と連携して災害対策を強化しており、年間計画を立ててホーム独自の避難訓練・ミニ勉強会(自動通報、避難経路、設備の作動・停止方法、地震や竜巻災害等)を実施している。地域とは大規模災害発生時の協力関係を構築している。	

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
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	県の災害マニュアルを参考に当GHのマニュアルやBCPの作成ができています。消防署への自動通報と職員への自動緊急連絡装置も整備され、専門業者による火災設備の点検も定期的に行われ避難通路も確保されています。また、非常災害用備蓄品として、多数の食料水等をリスト化して毎月その数量、期限を管理している。毎年防災の日にかセットコンロを使用して非常食を食べる機会をつくっている。	火災・地震・風水災・豪雪等の災害対応マニュアル・BCP・連絡体制を整備し、随時実情に合わせて見直している。職員への自動緊急連絡網や、スプリンクラー・自動通報装置を定期的に点検している。3日分の備蓄品（食料、飲料水、カセットコンロ、ラジオ、感染症対策用品等）をリスト化して準備・保管しており、賞味・消費期限や故障の有無等を毎月点検している。災害時に慌てないように、防災の日には実際にカセットコンロを使用して、非常食（レトルトカレー等）を食している。緊急時の地域の福祉避難所としての役割も担っている。
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	優しい表情や声を基本に、丁寧な言葉でご本人の意思を尊重して話す事に努めている。ご本人が周囲に聞かれたくないことは、小声で話すなどの配慮にも努めている。またサブ理念として「ゆとり」～ゆとりと共に支えて理解する～を掲げ、スタッフ会議やカンファレンスの場を通し、目標、理念の共有を図る機会を持つようにしている。	ホーム理念と法人の4つの原則・行動指針をもとに、利用者一人ひとりを尊重した接遇・プライバシー保護対応に取り組んでいる。ホーム内の目標として『「ゆとり」～ゆとりと共に支えて理解する～』を掲げており、スタッフ会議等で目標の共有を図っている。職員は「自分がされて嫌な言動」を当たり前に行わないを徹底している。利用者の呼称（原則名字）や入浴介助時の同性介助の希望への配慮、排泄に関する羞恥心に配慮した声かけ誘導・介助方法の工夫、職員間の申し送りや情報交換時の場所や声の大きさへの配慮等、利用者の尊厳とプライバシー保護に取り組んでいる。 利用者にとって選択肢があり自己決定できる声かけをこれからも継続されることを期待する。
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	うまく言葉に表せない方には伝えたい事をこちら側が察知し耳を傾け理解しようと努めている。また、ご本人からの要望は丁寧にお聞きし、お聞きした職員は申し送りを適時行い、他職員とも情報を共有し、ご本人が満足できるよう働きかけを行っている。	
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	利用者様の意見を取り入れながら、ご本人のペース、体調に合わせて生活して頂いている。ご本人がご自分の役割だと思っていること（米とぎなど調理や洗濯物たたみ裁縫など）はご本人が出来るよう支援している。買物や自宅へ出かけること、受診などその方に合わせて対応するようにしている。	
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	着替え時など、洋服はどれがよいか一緒に選んで頂いたりしている。髪をといたり、洗顔などの整容は起床時だけでなく必要時行っている。お一人お一人の希望に応じて理容店や美容院、訪問美容を利用している。定期的に馴染みの美容院に行くのを楽しみにされる方もいる。	

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご本人の食べたい物をお聞きしたり、好まれる献立を考えている。感染予防に努めながらマスク、手袋、エプロン着用にて食事準備や調理を一緒に手伝って頂いている。楽しく食事が出来るようなテーブル配置を考慮し、季節を感じるよもぎ団子やぼたもち、おはぎ、柿の葉寿司作りなどを、利用者の方と準備し季節行事などを楽しむ機会を設けている。	献立・調理は朝・土日昼：ホーム、平日昼：階下のサービス厨房、夜：業者より配達・温めて提供の体制となっている。土日の昼食や季節行事食は家族からの差し入れ食材(野菜、果物、カニ等)も使用して利用者と相談しながら献立を決めている。利用者の得意な事・出来る事・やりたい事(後片付け、食卓準備等)の役割を持って職員と一緒にやっている。主食(ご飯、パン等)の選択や、食事場所は居間や大広間で思い思いの場所を選択することができる。食事が楽しい時間となるよう仲の良い方とのテーブル配置にも配慮している。季節の行事食(おせち料理、うなぎ、柿の葉寿司等)や、手作りおやつ(ホットケーキ、おはぎ等)を利用者の経験・知恵を借りながら一緒に作る楽しみの機会を設けている。
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	お一人お一人の状態や嗜好に配慮し、それに応じて刻み食、ミキサー食、お粥、栄養補助食品を提供している。水分が摂りにくい方については、トロミ剤を使用したり、ゼリーに代えて提供している。また利用者の方がいつでも飲みたい時に水分が摂れるよう、ポットを置くなどの配慮も行っている。	
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	手洗いやうがいなどの声かけや口腔ケアの介助を実施している。その方に応じて、歯ブラシやスポンジブラシを使用しており、可能な方はうがいも行っている。義歯使用の利用者様は就寝時義歯洗浄剤を使用し、口腔内の衛生に努めている。	
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	お一人お一人のパターンやタイミング等の様子を見ながらトイレの声かけをしている。また、必要な方がいるときは、夜間ポータブルトイレを設置できるようにしている。オムツ類使用の有無に関しては、スタッフ会議で充分話し合い、ご本人やご家族に相談し支援を行っている。	排泄チェック表をもとに排泄パターン(間隔、サイン、体調等)を把握し、声かけ誘導と移動介助(歩行、車椅子)により「トイレで排泄」を支援をしている。スタッフ会議にて利用者にとってより良い排泄支援方法の検討を重ねており、オムツ等の衛生用品使用に関しては利用者・家族と相談し、利用者にとって身体的に安楽な排泄を支援している。夜間においては睡眠状況や身体状況・体調面を考慮しつつ、衛生用品の使用法の工夫やポータブルトイレの使用等を利用者と相談しながら支援している。寝る場所(居間等)も利用者の希望に応じている。
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	排便のチェックをし必要時は主治医や訪問看護師に相談している。便通剤以外でも食材やメニュー、水分等をその方の状態や嗜好に合わせてながら提供している。施設内でも体操や足の運動をしていただけるような環境づくりに努めている。	
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ず、個々にそった支援をしている	一階の大浴場と2階のユニットバスで入浴する事が出来るが、利用者の希望を伺うと大浴場の入浴を好まれるため、大浴場で入浴していただいている。大浴場はサービスとの兼ね合いもあるがなるべく本人が入りたい時間に添えるよう支援している。希望によってはお一人でゆっくりと入浴していただけるように配慮している。	建物1階の天然温泉大浴場(サービス施設)は毎日入浴可能であり、平日午後・土日終日の中で利用者の希望(毎日入浴等)に応じて週2回以上の入浴を支援している。建物2階のホーム内には個室が設けられており、利用者の希望に応じた入浴(寝る前に入りたい、シャワー浴等)にも対応している。大浴場は家族や友人との入浴も可能であり、建物1階の併設のサービス利用者や他の福祉事業所との交流の場ともなっている。希望により山代・山中温泉の総湯・足湯を楽しむ家族との外出も支援している。

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
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	ご本人のペースで生活出来るよう配慮し、休みたい時には休んでいただいている。夜間の電気の明るさもご本人に確認しながら調整している。眠れない状態が続いた時は話を傾聴し安心出来るよう声かけを行っている。又、日中の活動性をアップし、家事手伝い、他者との交流を支援して安眠につなげるようにしている。	
51		○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	お薬説明書はファイルに綴りいつでも確認ができるようにしている。内服の変更等は申し送りノートに記入し共有している。又、内服変更時は状態の変化がないか十分に観察し状態の変化が有る場合は速やかに主治医や訪問看護師に相談、対応している。新たに、血圧の薬が追加や削除された時は暫くの期間計測、記録をして受診や往診時に提出している。	
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	ご本人の思いの確認や日々見られる表情の変化から、きめ細やかなアセスメントを行いその中から一人ひとりの望みや、やりたいことなどを把握できるよう努めている。外出、例えば馴染みの美容院、や移動スーパーでの買い物、家事、これまでの生活歴を大切に、個々に応じた支援をしている。	
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	外出や買い物、ドライブなどご本人の希望を聞き、家族や職員間で相談し、希望に添えるようにしている。例えば馴染みの美容院、スーパーや衣料店等の個別の外出支援も行っている。また、季節を感じられるようお花見(桜、コスモス)・紅葉狩りなどにも出かけている。	利用者個々の希望に応じて、散歩・外気浴・買い物・ドライブ・敷地内の花壇等の日常的な外出を支援している。馴染みの関係をつなぐ個別外出(馴染みの理美容室、知人宅・自宅、図書館等)も支援している。季節感を味わう外出(花見・コスモス・紅葉狩り等)や地域のイベント(芸能祭、観劇、祭り)を楽しむ外出も計画的に支援している。利用者の外出希望はできるだけ当日中に応えられるよう、職員間で協力し合いながら取り組んでいる。移動スーパー・パン屋・ヤクルトの訪問販売等の協力も得て、希望に応じて利用者が好きな物を日常的に買い物できるよう支援している。
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	ご本人やご家族の希望に応じてご自身で管理していただいている方もいる。事務所で管理している利用者は、必要時にご本人がすぐ使えるようにしている。買い物支払い時は一人ひとり必要に応じて支援している。また、残高の管理については職員が使用後のチェック、更に複数の職員で定期的にチェックしている。	
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	利用者の生活スペースの中に電話が置いてあり自由に電話が掛けられるようにしており、要望の際は通信の支援をしている。また、希望があれば手紙に関しても要望があれば支援できる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況
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	家庭的な雰囲気になるように季節を感じ取れる置物や花を飾るなど工夫している。温度・湿度は毎日測定し、時期に応じて加湿器やヒーターを配置し、居心地良く過ごすための配慮を行っている。また、歌の好きな方などには、音楽やDVDを流すなど配慮し、他の方の騒音にならないように努めている。	共用空間2ヶ所はそれぞれ違った雰囲気(大広間:皆で賑やかに/茶の間:ゆったり静かに)となっており、利用者がその日・その時の気分(歌、音楽等)に応じて使い分けしている。利用者が快適に心地よく過ごせるように、温度・湿度・換気が快適に保てるよう管理を徹底している。また家庭的な雰囲気となるよう、季節に応じた置物(お正月飾り等)や季節の花・観葉植物を利用者の年代に相応しい雰囲気で飾っている。建物内はスロープや手すり、マットの設置、階段・上り框が見えやすいような工夫等で、事故防止・安全面に配慮している。
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	個々の方の希望をその都度お聞きしながら、気の合う利用者様同士の場を提供したりお一人おひとりの好まれるような場所を把握し安心していただけるような雰囲気作りをしている。	
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	個室は和室であるが車椅子を使用されている方にはフロアーマットを敷き対応している。ご利用様が今まで使用してきた家具・装飾品・仏壇・生活用品などを置き、その人らしく快適に過ごせるよう居心地の良い場所の提供に努めている。	各居室(和室)には、ベッド・エアコン・洗面台や縁側が設置されている。利用者が居心地よく過ごせるよう、テレビ・冷蔵庫・掃除機・物干し等や、安心できる物(家族写真、花、手作りの作品、ぬいぐるみ等)を自由に持ち込んでもらっている。限られた環境ではあるが、できる限りくつろいで過ごせるように、周囲との関係も含め自宅により似た配置・照明となるよう工夫して居室作りを支援している。また転倒防止・安全性にも配慮している。
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	広間やトイレの案内、各居室の表札などは利用者が見やすく分かりやすいよう目の高さに合わせて設置してある。そこからその方の有する能力を発揮していけるようにしている。例えば、居室の段差は利用者の生活リハビリとしてあえて残し、ご本人の身体機能を活かしている。	