

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	1790100562		
法人名	株式会社itosie		
事業所名	itosieグループホーム		
所在地	石川県金沢市粟崎町二3番地1		
自己評価作成日	令和8年13日	評価結果市町村受理日	令和8年3月19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 サーパス金沢広岡506号
訪問調査日	令和8年2月17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)】

株式会社itosie. では、企業理念のもと、ビジョン目標として「健康療育」を掲げています。これは、心を康らか(やすらか)に、体を健やかに、お客様の心の康らか(やすらか)を大切にするという職員の心得です。毎朝企業理念と行動指針とともに唱和しています。
広いフロアを生かしたレクリエーションや運動を取り入れ、午前・午後と体操の時間を設けており、転倒防止や食欲推進、便秘解消に生かしています。
職員が主体的になり、月に一度の全体会議に合わせて研修会を行っています。

当ホームは「笑顔と生きがい」「地域創り」をキーワードとする企業理念を掲げている。職場ルールブック(冊子を職員に配布)を作成しており、理念とリンクした個人目標を年度初めに設定して、日々の実践に取り組んでいる。介護計画は利用者本位の内容となるよう、ニーズ欄には利用者本人の言葉を明示し、目標には「生活の中の楽しみ」「身体機能の維持・継続」「健康管理」を重視した内容を設定して日々の支援に取り組んでいる。また利用者個々の持てる力を活かせるよう作業療法士作成の「健康療育プログラム」に沿い個別支援を実践している。接遇面についても力を入れており、職員会議にて接遇用の職場ルールブック(冊子を職員に配布)の読み合わせと事例・疑問点の話し合いやランクアップ試験(社内)を通じて、より良い対応・声かけを職員間で認識を共有している。ホーム提携医・訪問看護との24時間の医療支援体制、法人グループ内施設(小規模多機能型ホーム、看護職員常勤の有料老人ホーム等)によるサポート体制を確保しており、利用者が安心して暮らせる環境を整備している。地域とは町内行事や地域ネットワーク活動(独居老人世帯へのゴミ出しや清掃活動支援協力)を通じて地域交流を図っている。町会長・民生委員より地域情報を得て今後の地域交流と地域協力体制を検討している。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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)	○ 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)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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)	○ 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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)	○ 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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)	○ 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	○ 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
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	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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、安心して暮らせている (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	毎朝礼時、itosieの全事業所が、「経営理念」、「行動指針」、を唱和しており、グループホームでも「企業理念」と「行動指針」と「健康療育の方針」を唱和している。業務の開始に合わせて唱和することで一人一人が意識してスタートしている。	「笑顔と生きがい」「地域創り」をキーワードとする企業理念を掲げている。毎朝、企業理念・ホーム理念・行動指針・健康療育方針を唱和して勤務をスタートしている。職員会議での職場ルールブック(冊子を職員に配布)の読み合わせと疑問点の話し合いを通じて職員に周知している。理念とリンクした個人目標を年度初めに設定して、理念・方針に沿ったサービスの実践に取り組んでいる。入職時のオリエンテーションや外国人職員にも同様に伝えている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議を通じて事業所の運営内容や状況について説明し、参加している町会長や民生委員、介護相談員の方々に町や地域住民の方々にてご意見を伺っている	町内行事(祭礼時の獅子舞巡回)や地域ネットワーク活動(独居老人世帯へのゴミ出し支援や清掃活動支援協力)、オレンジカフェ(認知症カフェ)への参加を通じてのホームの取り組みの紹介、除雪協力等の地域交流を図っている。町会長・民生委員・介護相談員より地域情報を得ている。	
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	くらつき包括支援センター主催のオレンジカフェに出席し、事業所の取り組みや運営状況などを話す機会があった。運営推進会議を通じて地域包括の方とは連携をとっている		
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	運営推進会議では、ランダムで出席するご家族を招待し、あわせて栗崎町会長、民生委員、包括支援センター、金沢市介護保険課の方々の出席を依頼している。会議では事業内容や運営状況、取り組み、事故報告、イベントなどの内容を説明している。また議事録は全入居者ご家族のもとへ配布し、ご意見などを募っている	町会長、民生委員、介護相談員、家族(複数)、行政担当者(市・地域包括)等が参加して年6回開催している。内3回は法人グループの小規模多機能型ホームと合同開催しており、隣町との連携も図っている。会議ではホームの近況・活動報告(写真)や事故報告を行い、参加者から幅広い意見・質問について話し合いサービスの向上に活かしている。議事録はホーム玄関に備え付けており、全家族に議事録を郵送して意見を募っている。	
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	行政からの連絡はすべてメールにて行われ、遅滞なく情報交換できていると考える。また変更届や事故報告などもメールにて報告している。	運営推進会議や実地指導、メールでの情報提供・交換を通じて市担当者・地域包括から事業運営の意見・アドバイスを得ている。運営上の疑問点が生じた場合は都度担当課に相談して必要な助言を得て協力関係の構築に取り組んでいる。認知症カフェの開催も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	身体拘束廃止委員会を2か月に1回程度開催し、身体拘束についての確認を行っている。また今年度も職員会議の際に職員が主体に研修を2回行っている。また概ね2か月に一度またはセンサーマットを使用を検討する場合は、状況を確認する委員会を開催している。	外部研修の受講(Web)や啓発教材(DVD視聴)を用いてのホーム内勉強会の実施している。また職員会議の中で職員各自が自身で調べた事例を発表(年2回)することで職員自身が目標を設定して担当する利用者についてどういったケアができるかを検討して身体拘束廃止への意識を高めている。職員会議後に身体拘束廃止検討委員会(2ヶ月に1回)を開催し、疑問点(スピーチロック、不適切ケア)についてホームの対応方針を検討して職員に周知している。気づいた点は現場で注意し合っている。	

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
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	今年度も職員会議の際に高齢者虐待の研修を開催している。 身体拘束の研修と合わせて、普段の行いや入居者様への対応について今一度考える機会を設けている。		
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	権利擁護が必要ではないかと思われる入居者様ご家族へ内容についての説明を行い、また、行政の権利擁護担当課や金沢市社会福祉協議会へ情報提供させていただいている。		
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	管理者や介護支援専門員が入居契約の際に入居契約書、重要事項説明書、個人情報同意書、終末期の指針についての説明を十分に説明している。確認を取り、同意書に署名捺印をもらっている。 また、報酬改定などについても都度同意を得ている。		
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	意見箱を玄関に設置したり、面会時にご家族よりご意見を伺う機会を設けている。 また、運営推進会議の議事録配布の際に、全入居者のご家族あてにご意見を伺う用紙を送付している。 苦情受付担当者は管理者、苦情解決責任は社長が就任しており、第三者委員も設けている(小規模多機能梧管理者)	毎月のホーム便り(写真、担当者コメント添付)、2ヶ月毎の運営推進会議議事録の送付、担当者からの電話・メール・LINE(写真・動画)、ケアプラン更新時の面談にて家族に利用者の暮らしぶりを伝えている。主治医より連絡事項があった場合は管理者・リーダーより家族に説明・伝達している。運営推進会議の議事録送付時に「ご意見用紙」を同封して意見を募っている。面会・電話・メール時に家族の意向・意見を確認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	年度ごとに各自が個人目標を設定し、会社が支援している。本人への目標が事業所運営にリンクするような内容になるように上長と面談して、自己研鑽や入居者様への関り、業務内容などを目標としている。職員の目標達成が、結果的に事業所のサービスの質が向上するようになっている。	毎月のフロア会議、職員全体会議時に職員主体で意見・提案を話し合う機会を設けている。年度初めに個人目標(資格取得、自己研鑽、業務力向上、行事企画の立案等)を設定して、半期毎に個人面談を実施して進捗状況や意見・希望・変化を確認している。面談ではホームの運営や方向性について話し合い、職員の視野が広がるよう取り組んでいる。職員の意見・提案はホームの運営に活かしている。職場環境の整備(例:ヒヤリハット事例の収集・検討の徹底等)に取り組んでいる。	
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	上記に記したように個人目標が事業所の業務向上につながるようになってきているため、目標達成したものへの褒章などもある。(社長賞の授与) また勤務上の不公平が出ないように勤務を組んだり、有給休暇の所得も可能な限り応じている		

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	入社時の研修(理念、接遇、介護技術、危険防止)からOJTを通じて業務についてしっかり学べる内容となっており、毎月の職員会議時の研修や目標設定時の自己研鑽など学べる機会をたくさん設けている		
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	外部団体やオンライン研修会などに積極的に参加し、自事業所の問題解決に向けて、他の事業所の事例や取り組みを学ぶ機会を設けている(一般社団法人全国介護事業者連盟、ケアビジネス研究会、介護リーダーズなど)		
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	入居時にご家族と面談し、ご本人の困りごとをしっかりと把握し、入居後のかかわりにつなげている。過介護にならないように、できる事、できない事の把握や好きなこと嫌いなこと、興味があることなどを健康療育を通じて参加できる機会を設けている		
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	ご家族との連絡をこまめに取り、ご入居者の近況報告や様子をお伝えするお便りを作成しています。また、要望なども聞きながら解決に向けての協議も行っている。面会や外出を希望されるご家族へは可能な限り協力している		
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	グループホームの利用が適切かどうかを入居時に面談した際にしっかり話し合い、在宅での支援がふさわしい場合は、小規模多機能のご利用などを提案し、一概に入居契約することなく、ベストな提案をさせて頂いている		
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	健康療育を通じて、ご本人の興味や趣味、できる事、やりたいことをしっかりと把握し支援している。会話が可能な入居者様へは、話題の提供を行い、お互いに交流できる環境を整えている		
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	毎月ご請求に関する書類を送る際に職員から状況を記載した「お便り」を同封している。またケアプラン更新時にも状況について説明している。他のサービスのご利用(特養など)や看取り時の医療体制(主治医、訪問看護)も併せて提案している		

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	電話や手紙、家族の面会や外出などの制限はなく、いつでも可能な限り申し出には応じている。複数の入居者家族が月に数回の外出や外での食事などを行っている。 外出の機会はコロナ禍以降減っているが、車でドライブなどの支援は行っている	馴染みの人間関係の継続のために家族・友人との面会・電話・外出・手紙の取次を支援している。家族との外出(買い物、喫茶、外食、自宅訪問、馴染みの美容室)を支援している。家族からはおやつなどの差し入れもある。職員は利用者の希望に応じて自宅周辺・馴染みの場所へのドライブ外出を支援している。	
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に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	入居者様お一人お一人の性格や認知症の症状も勘案して対応しており、入居者様同士でのトラブルは今のところ全くない状況です。皆さんが談笑したり、一緒に作業している様子や、お部屋などで自分の時間をお過ごしいただいています。		
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	退去後、同じグループでの介護サービスを利用されている方については状況を伺うことが出来る。また入院された方や、入院後別の介護施設に入居される方へは情報提供している		
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	ケアプラン作成時には必ずご本人に意向を伺い、その人の思いを最大限尊重していると考えます。また、ご家族へのヒヤリングや情報提供を通じて、その人らしい生活の継続ができるように計画を作成している。	担当者が中心となり利用者の日頃の様子・変化・興味や職員からの声かけ・会話・サービスに対する行動変化(利用者が選択した事柄)等を記録して職員間で情報共有し、利用者のニーズ(好きな事、やりたい事、生活習慣、役割等)を検討・推察している。またAI診断(ライフの使用)の導入を進めており、3ヶ月毎に利用者状況の情報を更新してAIの診断を参考に利用者の「思い」の把握につなげている。	
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	これまでの生活歴を勘案し、事業所内での生活に生かしている。起床・就寝時間や朝食の時間、趣味や楽しみなどが継続できるように支援している 嗜好品の提供(缶コーヒーやお酒)については、ご本人の状態を主治医と相談して行っている		
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	午前中にバイタル測定を行い、数値に異常がある場合は、時間をおいて再計測し、それでもおかしい場合は、主治医に連絡している。事業所内での体力づくりに注力しており、午前と午後には体操の実施、歩行訓練も行っている。		
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	ご本人の意向をまず優先し、ご家族からの意向、職員からの情報を取り入れ、ご本人が不安にならないように、安心安全な生活を継続して送ることが出来るように、また清潔を保ち、健康に留意して生活できるようにプランニングしている。	利用者のニーズ(好きな事、やりたい事、役割等)と出来ない事へのフォローを中心に家族・主治医の意見を参考にし、利用者の立場に立った介護計画を立案している。ニーズ欄には利用者本人の言葉を明示し、目標には「生活の中の楽しみ」「身体機能の維持・継続」「健康管理」を重視した内容を設定して日々の支援に取り組んでいる。モニタリングは半年毎に実施し計画内容の見直し・更新を行っている。	具体的なニーズを設定し、その実現のための支援内容はより具体的にされることを期待する。

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
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	ケアプランに即した内容の記録を個人記録に記載しています。その上で日々の様子や取り組んだ内容などを記録しています できなくなってきていることや、気になるご様子については、申し送りなどで継続的に確認しています		
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	日々の状況をメールツールを利用して主治医や訪問看護、リハビリ、職員が情報共有して、対応しています。 何か変化があればすぐに対応できるようにしています。		
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	まだコロナ前の状況に戻っていないのが現状であり、ま粟崎地区が去年の震災以降復興が道半ばであり、深く関わる機会が減少しているのが実情である。介護サービス相談員の訪問依頼や、運営推進会議の事業所開催を通じて何ができるか模索中である。		
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	現在、事業所と医療連携契約を結んでいるクリニックにおいて17名を対応し、その他、これまでのかかりつけ医をご利用の方が1名いる。これまでの関係性を保つように入居に際して、これまでのドクターに診療情報提供書を作成していただき、連携を図っている。また事業所担当の訪問看護師がいるので、日々の健康相談などを行っている。	かかりつけ医への継続外来受診・訪問診療またはホーム提携医による訪問診療を選択できる医療連携体制となっている。看護職員と週1回の訪問看護による健康管理体制を整備しており、主治医との連携により適切な医療を受けられるよう支援している。外来受診時(家族付き添いのかかりつけ医、専門医への受診)は、状況に応じて必要な支援(文書での情報提供、提携医の紹介状、職員付き添い・送迎等)を行っている。専門医(眼科、整形外科、皮膚科等)への受診は必要に応じて職員が通院支援している。歯科医による往診体制も確保している。	
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	上記のとおり、訪問看護事業所に当事業所担当の看護師がいるので、入居者様の状況については逐一報告し相談している。訪問診療の際には同行してもらっている。		
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を行っている。	管理者が密に連携を取り、情報収集や状態把握に努めて、退院後も利用を継続するか、退去するかもご家族、ご本人の意向を優先しています。退院後もご利用頂ける場合には、職員や主治医、訪問看護に情報提供を行い、すぐに支援できるようにしている。		

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
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	日々の状態変化をしっかりと把握し、看護師や主治医とも連携して、終末期が近い方のご家族へ状況の説明を行っている。延命を望まない場合は、事業所での看取りに関しての説明を行い、同意書を取り受けしている。 看取りが開始される場合は、職員へ説明し、食事面、清潔面、状態観察を細かに行き、看護師を通じて主事との連携をとっていく	年2回ターミナルケアについて職員研修を行い考える機会を設けている。関係機関(かかりつけ医、ホーム提携医、訪問看護事業所等)の協力体制のもと、重度化・終末期支援に取り組んでいる。入所時に利用者の意向を確認して、重度化の進行に応じて主治医より家族に状態を説明し、家族の意向を確認のうえホームの介護支援内容を明確にして説明している。家族の意向によっては他施設(看護職員常勤の有料老人ホーム、特養施設等)への移行もサポートしている。事例後は振り返りを行い職員のメンタルケアと経験(できたこと、反省点)を今後の看取りケアに活かしている。	
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	急変時に対してのフローチャートを用意しており、そのような場合ではどのような対応をとるかをしっかりと理解できるようにしている		
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	急変時、緊急時に備え、フローチャートにしたものを準備し、状態についての詳細な状況を看護師に連絡する体制になっている。看護師からは主治医へ連絡、緊急搬送等の指示が一貫してできるようにしている。 夜勤帯での緊急時には管理者(またはリーダー・計画作成担当者)が応援に入るように申し合わせている	緊急時・急変時の対応手順(フローチャート)・連絡体制(管理者、訪問看護への相談)を整備して、そのマニュアルをもとにして職員間で話し合い周知を図っている。利用者毎に情報提供書面を準備しており、必要時に救急隊・医師に伝達している。生命にかかわる緊急時(心肺停止等)については、消防での講習を受講して初期対応方法の訓練を実施している。誤嚥・窒息発生時の対応実技訓練を実施しており、対応手順書を作成して掲示している。	
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	医療連携や介護施設との契約を結んでいる。また提携先以外でも転籍される方の情報共有や意見交換を行っている。 グループ内の有料老人ホームや地域密着型特養への転籍などの事例もあり、特に常時医療行為の必要になる方や看取り対応が必要になる方への情報を提供は密に行っている。	ホーム提携医・訪問看護と24時間相談対応の医療支援体制を構築している。介護老人福祉施設とは契約でバックアップ支援体制を確保している。法人グループ内施設(小規模多機能型ホーム、居宅介護支援、通所介護、有料老人ホーム等)との連携体制も整備している。歯科医の往診体制も確保している。	
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	夜間帯は各ユニットに1名ずつの夜勤職員を配置。緊急時には両ユニットの夜勤職員が連携し、対応する。夜中の1時に両ユニットの職員がインカムにて状況を確認し情報を共有している。 緊急時には管理者やユニットリーダー、ケアマネジャーに連絡し、状況についての指示を仰ぐことになっている。	夜間は各ユニット1名(ホーム内計2名)の勤務体制となっている。緊急時は管理者・訪問看護への相談・連絡体制と本部・近隣在住職員の応援体制を整備している。夜勤者への引継ぎ時は利用者のその日の体調・様子と主治医・看護師からの指導事項を伝達して緊急時に備えている。	
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	BCP(自然災害時用・感染症用)については作成済みであり、研修を通じて、非常時の対応を訓練している。 緊急時に備え、グループ全社的な訓練(非常呼集)も行っており、非常時の備えを怠らないようにしている	避難計画(火災、水災、震災)をもとに年2回避難訓練(昼間、夜間想定)を実施している。訓練時は防災設備の作動点検、消防への通報方法・避難経路・避難場所・利用者毎の移動方法・消火方法を確認しており、消防局による点検にて優良防火管理事業所の指定を受けている。地域の一次避難場所(近隣の小学校)までの所要時間も把握している。非常災害時におけるグループ全体での協力体制(人員応援)を整備しており、地域との協力関係の構築も推進している。	

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	避難訓練や避難計画の作成。また、BCP計画の策定も全社的に行っている。 非常用備蓄も本社などに確保しており、当事業所でも水や食料(米など)、カセットコンロ、照明、電池などを備蓄している。	法人グループにてBCP計画(災害発生、感染症拡大)を策定しており、非常災害時は法人グループ他施設への一次避難(感染症対応含む)を確保している。備蓄品(飲料水、食品、マスク、ガウン、カセットコンロ等)を準備しており、停電対策で各居室にランタンを準備している。また蓄電機を導入している。訓練を通じて実情に即してマニュアル・避難計画を見直している。	
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	ユマニチュードを取り入れ、その人の尊厳についての対応方法を学んでいる。接遇についてはルールブックを策定しており、入社時に接遇に関する研修を行っている。職員会議などでのルールブックの読み合せや、社内試験(ランクアップ試験)でも言葉づかいや訪室の際の声掛け、プライバシーの配慮(トイレ介助)などを評価ポイントとし、現場で生かしている。	職員会議にて接遇用の職場ルールブック(冊子を職員に配布)の読み合わせと事例・疑問点の話し合いやランクアップ試験(社内)を通じて職員に周知している。利用者の意思確認のために介助の都度のコミュニケーションを重視している。言葉使いや居室入室時の声かけ、トイレ・入浴介助時の声かけや衝立の使用、同性介助の希望への対応等、利用者の羞恥心・プライバシーに配慮した支援に取り組んでいる。職員間の申し送りや業務連絡時においても利用者から離れた場所で行う等、プライバシー保護に取り組んでいる。	
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	本人の思いを最後まで聞くように、周知している。また、希望や要望も併せて聴くようにしている。洋服を選ぶ際や、水分補給時に何を飲むかなど、本人が選択できるようにしている。		
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	ご入居者の思いを最優先に考え、1日の業務を進めています。起床時間や就寝時間は入居者ごとに日々その方のペースに合わせて声掛けしている。フロアに出てくれば誰かに声掛けでき、居室で過ごすことも自由にしている。		
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	口腔ケアや整容、着る服などはご本人の意志にて日々行っている。また食後の口腔ケアや入浴、汚れものの洗濯、交換などの清潔保持も支援している。		
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	その方の嗜好にも配慮し(魚嫌いや野菜嫌いなど)メニューの選定を行っている。また、食事形態も、普通食、刻み、ミキサー、ムース、ペースト食とその方の嚥下状況を考えて提供している。お食事の準備や後片付けなど、できることは全て手伝っていただいている。	配食業者が献立の作成・食材納品を担い、職員が調理・盛り付けした食事を提供している。利用者の好き嫌いや代替メニュー、行事食・リクエスト食についても献立を作成する栄養士に伝えている。ホームの畑で収穫した野菜や家族からの差し入れ(カニ等)も食材として活用している。準備や後片付けについても利用者と職員と一緒にやっている。家族からの差し入れ(補助食品、果物、お菓子等)や季節に合わせたデザート(アイスクリーム、みかん、氷室まんじゅう、福梅等)、飲料の選択、パンバイキングの日・誕生日(芝寿司、ケーキ)・おやつ作り、家族との外食、職員との喫茶外出等も利用者の食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	食事量や水分摂取量は毎食確認し、量が少ない場合は、促しや補助食品を利用している。また食べ方の工夫や食べやすい用具の使用、声掛けして自力摂取を促すなど、残存能力を生かす食事となっている。		

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
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	毎食後、起床時、就寝時に口腔ケアを行っている。声掛けでご自身でできる方へは歯磨きやうがい、ご自身でできない方へは歯ブラシやマウスウォッシュ、ふき取り用品などを利用して、その方に応じた対応をしている。		
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	残存能力を生かして、つかまり立ちができる方へはなるべくトイレでの排泄できるように排泄パターンをつかんでトイレへ促している。回数や量などの記録を残し、日々の声掛けに利用している。頻回に行く場合や夜間帯でもできる限り対応している。	立位が可能な限り「トイレでの排泄」を基本としている。利用者毎に生活確認表を作成して排泄パターンや排泄量等を記録(タブレット端末)して必要な支援(水分調整、声かけ誘導、衛生用品の使用等)を検討している。衛生用品の使用は利用者と相談しながら希望(フィッティング)に沿って支援している。夜間においては利用者の希望・身体状況・睡眠状況に合わせて、様子見・声かけ・パッド交換やポータブルトイレ(衝立設置)の使用を支援している。	
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	本人への聞き取りや状況観察(匂いなど)を行い排便の有無を確認している。水分摂取や運動などの促しでも長期間の排便がない場合は(4日以上)は主治医と相談し下剤の使用も検討する。		
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	一週間に最低でも2回は入浴していただいている。足浴や清拭、なども常に行い、おむつを使用する方へは1日に1回陰部洗浄を行っている。入浴時や清拭時には身体など皮膚の異変などの観察に努めている。	ほぼ毎日お風呂を沸かしており週2回程度の入浴を支援している。利用者の希望(入浴回数、入浴時間帯、日時の変更等)や体調や気分に合わせて清潔保持サービスの変更(足浴、清拭、陰部洗浄、ドライシャンプー、ホットタオル)に柔軟に対応している。入浴剤・洗顔フォームの使用や入浴後のスキンケア(保湿、塗布薬)についても個別に支援している。介護度が高い利用者が安楽に入浴できるリフト浴を設置している。職員との銭湯での入浴や家族との温泉入浴の支援事例もある。	
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	就寝時間や起床時間は個人で別々にしている。また、ベッドの配置やまわりの向きなどはご本人に決めていただいている。		
51		○服薬支援 一人一人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	起床時、食前食後、就寝時など服薬時間別に職員が服薬介助している。飲み合わせ悪いもの等は薬局からも情報が来るので、周知徹底している。塗布薬、目薬、シップや頓服薬についても使用した場合は記録を付けている。		
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	日々の家事については役割を決め、手伝っていただいている。(洗濯物たたみ、お茶碗吹き、テーブル拭き) 嗜好品に関しては、主治医と相談してその方の状況を考えて提供する場合もある(ビール、コーヒーなど)		

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
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	車外に出ないことを条件にドライブを継続的にやっている。声をかけると、喜ばれるので、今後も継続していきたい。 お花見や紅葉、金沢港に大きな船が来た場合などドライブに行っている。 以前のように外出ができるように今後検討したい	散歩・ホーム菜園(花、野菜)での軽作業・玄関先での外気浴・ドライブ(車内からの花見、クルーズ船見学)等、利用者が気分転換を図れるよう日常外出を支援している。季節感を味わう外出(バラ園、桜花見、紅葉狩り、金沢港等)や普段は行けない場所への外出(不動尊等)も支援している。家族との外出(買い物、食事、喫茶等)も感染症対策のうえで支援している。今後はコロナ過前のような職員との外食支援再開を検討している。	職員との日常的な外出の機会が増えることに期待する。
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	ご家族様にご理解いただいて、紛失しても構わないことを条件に持ってもらっているケースはあるが、基本的には現金の所持は勧めていない。以前はご自身で預金管理している方もおり、銀行での入出金の支援も行っていた。		
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	自室に携帯電話を持ち込んでいる入居者も複数いる。手紙や電話の支援は都度行っている。 年賀状や季節のお便りも本人に届けている		
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	椅子の色や形など、座る場所やくつろぐ場所は、皆さんのお気に入りがあるようなので配慮している。窓や入り口なども開放して閉鎖的な空間にしないようにしている。広いフロアを利用して歩行訓練やリハビリに利用している。	共用空間の温度・湿度・換気・採光を快適に保ち利用者が開放的で居心地よく過ごせるよう環境作りしている。玄関や各フロアでの花飾りや行事写真・絵画の掲示等、大人の生活空間を意識した装飾に配慮している。利用者個々の居場所つくりのために、様々な色・形状・材質のソファをダイニング・リビングに設置して、利用者が動きやすいレイアウトや庭が見える向き等にも配慮して、利用者それぞれが好みの場所で寛げるよう支援している。	
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	気に入った椅子やソファがある方には配慮しています。TVも複数台配置して、見たいものを選択できるようにしている。		
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	居室は8畳弱の広さを確保しており、洗面、介護ベッド、チェスト(タンス)、カラーボックスが備えてられている。広さがあるため、これまで使っていた椅子や棚、ポータブルトイレ、仏壇などを持ち込まれたケースがある。自由に使っていただけるように支援している	居室にはベッド・チェスト・カラーBOX・エアコン・洗面台・洗面用の椅子を備え付けている。その他の家財道具は使い慣れた物(衣類、衣装ケース、棚、テレビ等)、利用者の安心できる物(家族写真、趣味道具、ミニ仏壇等)を自由に持ち込んでもらっている。家具や装飾は利用者の身体状況や希望を確認しながら使いやすく生活しやすいよう配置している。	
59		○一人ひとりの力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	外が見れるような位置に椅子を置いたり、開放的な空間を創ったり、配慮している。 入居者様の状況に応じてレイアウトを変更している。		