

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	1770300042		
法人名	社会福祉法人 自生園		
事業所名	グループホーム自生園ひらんで		
所在地	小松市平面町ト26番地		
自己評価作成日	令和8年1月19日	評価結果市町村受理日	令和8年4月7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9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)】

法人の基本理念にあるように「人と人の絆を大切すること」から入居されている方のADLの低下や状態が悪化しても、可能な限り住み慣れたグループホームで過ごしていただけるように、浴室にはリフト浴を設置し安全な入浴の確保、体調面では看護師も配置し、病状の変化に対応できるような体制を整備している。法人の基本方針「職員善し」「事業善し」「利用者善し」を掲げてご家族との関係も大切にしている。ご家族のご意向、ご要望を知る為に年に1回アンケート調査を行い結果もフィードバックしている。ケアプランについても、ご家族に電話し直接園に来ていただき説明をして信頼関係づくりをおこなっている。また、利用者個々に「やりたい事、行ってみたいところ」等の希望を聞き実現できるように努めている。法人の事業計画にもある『ありがとうの心』の実践を研修や会議を通して人間力の勉強をし職員間や利用者様に言動で表せていけるよう日々職員の資質向上に努めている。ご家族の希望があれば医療と連携し看取り介護もやっている。

【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「人と人の絆を大切に」という法人理念のもと、ホーム独自の方針(①個人の尊厳 ②認知症緩和 ③自立支援 ④家族支援 ⑤地域との共生)と年度目標、重点期間を設けた取り組み目標を掲げ、日々理念に沿ったケア実践に取り組んでいる。「認知症の緩和」に繋がり利用者がホームで楽しく暮らせるよう、利用者本人のニーズ(好きな事・やりたい事)を叶えるための具体的なサービス内容を明確にした介護計画の作成に取り組んでいる。実現可能な目標をクリアすることで、利用者の喜びや達成感、職員のやりがいに繋がっている。「個人の尊厳」「自立支援」に繋がるよう、勉強会を通じて利用者への適切な言葉遣いや接遇・応対を職員に周知しており、ケアにおける様々な場面での利用者の尊厳・プライバシーへの配慮と、利用者には選択肢があり自己決定でき、利用者が「持てる力」を最大限に活かす支援に取り組んでいる。「家族支援」については、家族が意見・要望等を気軽に言える関係作りを取り組み、毎月のホーム通信(写真添付)や面会・電話・メール・LINE時に普段の暮らしぶりを伝え、また家族の本音が汲み取れるよう、継続的に家族アンケート調査(無記名)を実施し、サービスの質の向上を図っている。コロナ禍以降一部自粛しているが、町内行事への参加(防災訓練)、地域住民からの野菜のおすそ分けやホーム敷地の除草作業への協力、中学生との交流もあり、年々地域との繋がりを深めている。運営推進会議には5つの町内会長の参加協力があり、地域ボランティアの来訪や防災(火災、水災発生時)も含めた地域との良好な協力関係が構築されている。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<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	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)	<input type="radio"/>	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)	<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	70	職員は、生き生きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<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	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 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)	<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	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. 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	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	年度初めの4月に全体会議で管理者より法人全体とグループホームの理念、方針について具体的事例で説明があり再認識し、また、事業計画も理念・方針に基づいて作成されている。毎週月曜に理念唱和、毎日の朝礼時にクレドの唱和を行っていている。継続的に唱和し、事あるごとに管理職より理念の説明をしながら共有、実践につなげている。	「人と人との絆を大切に」という法人理念のもと、ホーム独自の方針(①個人の尊厳 ②認知症緩和 ③自立支援 ④家族支援 ⑤地域との共生)を掲げている。年度始め(4月)の全体会議にて、法人理念・ホーム方針・年度目標について具体的事例で説明し職員に周知している。毎週月曜日の理念の唱和、行動基準(クレド:7つの誓い)・理念・方針を説明した冊子の作成配布や朝礼での唱和、各種会議での事例をもとにした振り返り、クレドに基づいた人事考課表、個別面談時の話し合いにより、理念・方針に沿ったケアの実践に取り組んでいる。	
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	月1回の生け花教室や板津中学校と交流を行った。	コロナ過以前は町内行事(左義長、祭礼行事等)への参加、ホーム行事や梅干し作り・おはぎ作り地域住民からの野菜のおすそ分けやホーム敷地の除草作業への協力(作業後に食事会)、体操交流ボランティア等の地域交流をしており、再開に向けて取り組んでいる。現在は毎月の生け花教室への参加や中学生との交流(出前講座、職場体験)もあり、地域との交流継続に取り組んでいる。	地域との積極的な交流を再開されることを期待する。
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			
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	運営推進会議ではグループホームの現状や取り組みを理解していただく為に事例を紹介したり、パワーポイントで行事などの写真も紹介している。又、グループディスカッションを行い自由に意見交換をする事で参加者からの質問や要望に応えている。又、参加できない家族の為に会議録を玄関に設置している。今年度も、活動報告やご意見などを郵送し質問があった時は電話にて回答した。	運営推進会議は、家族、地域の連合町内会長、町内会長、民生委員、老人会長、市・包括担当者等が参加し、年6回開催している。ホームの活動報告(生活の様子、行事、研修、ヒヤリハット・事故事例等)、地域情報の伝達、地域の介護問題や介護保険の制度改正等について情報・意見交換している。議事録は来訪者が誰でも閲覧できるように玄関に設置しており、家族から質問があった時は面談時・電話にて回答している。	
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に取り組んでいる	3ヶ月ごとに行われている、小松市グループホーム連絡会や2ヶ月毎に開催している運営推進会議に市の担当の方が参加し、グループホームの取り組みや情報の共有を図っている。今年度のGH連絡会は一室に会して積極的な意見交換を行った。	運営推進会議やグループホーム連絡会(3ヶ月毎)への出席を通じてホームの取り組みを行政関係者に伝えている。市主催の認知症ケアコミュニティマスター養成講座や認知症キャラバンメイト(地域への発信が役割)、認知症ほっとけんステーション(関係職種の会合)への協力を通じて、市担当者との連携を強化している。	
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	2か月ごとの運営推進会議で、身体拘束適正化委員会を開催し内容や事例を報告している。また、毎月、事故防止委員会・GH全体会議を中心に身体拘束についての話し合いを行っている。現在、玄関の施錠は開錠している。	2ヶ月毎の身体拘束適正化委員会の開催や年1回の全体会議研修・ホーム内研修会・外部研修への参加の他、毎月の事故防止委員会・ホーム全体会議の中で個別事例について具体的に話し合い、職員の疑問や事例が起こった理由・原因について検討・説明して身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。日頃の支援において、身体拘束や虐待に繋がる不適切な言動(スピーチロック等)がないかをホーム独自の不適切ケアに関する職員アンケートを実施して集計・分析結果を用いて振り返る機会を設けている。	身体拘束適正化委員会の議事録を整備されることを期待する。
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	県主催の虐待予防の研修やGH連絡会主催の研修に参加している。また、全体会議の中で虐待の目を発見するため不適切ケアのチェックを行い振り返りを行った。		

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	身元引受人が高齢・認知症になり成年後見人制度を利用することになり職員に成年後見人制度の内容を説明し理解を深めた。		
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	家族には利用料や受診、入院時の対応など詳しく説明している。入院された時など状況に応じてその都度、詳しく説明している。解約時にはその後の対応についても家族と、共に考え、必要な手続きなどの支援を行っている。		
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	家族が面会に来た時や用事があって電話した時などホームでの様子を伝え、要望や意見などを聞いている。年に1回家族アンケートをとって要望、苦情を聞いており、運営に反映させている。アンケートの結果は職員で振り返りを行い結果と今後の対応について文章で家族にフィードバックしている。要望、苦情は職員会議で話し合いを行い、改善を図っている。	「家族支援」をホーム方針に掲げ、面談・電話での報告時は家族に配慮した声かけに取り組み、家族が意見・要望等を気軽に言える信頼関係作りに取り組んでいる。毎月、ユニット毎に作成したホーム通信(写真添付)の送付や面会・電話・メール・LINE等にて利用者の普段の暮らしぶりを伝達することで、家族からの具体的な意見・要望の収集につなげている。年1回、家族アンケート調査(無記名)を継続的に実施しサービスの質の向上に活かしている。アンケート結果や意見・要望への回答・改善案は書面で全家族にフィードバックし運営推進会議でも報告して改善を図っている。	
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	月1回職員会議で職員の意見を聞き業務についての見直しを行っている。日頃の業務の中でも常に職員の意見を聞き利用者の変化に応じて対応している。法人として全職員対象に組織風土アンケートを実施し結果を各事業所にフィードバックしている。事業計画にも反映している。	ホームとして職員の声を大切にしており、管理者・主任は普段から様々な事を職員に問いかけ会話している。日頃の職員個々の意見・提案や各委員会からの報告を議題として毎月の職員会議等に集約して、職員全体で協議し合意形成を図っている。年間行事は担当を割り振り、職員主体で行っている。年2回の人事考課(個人面談)では育成面を重視しており、目標の設定や普段は言えない悩みや相談事、私事を聞く機会を設けている。法人全体で全職員に対して組織風土アンケートを実施し、職員自身の将来像、賃金・働きやすさ等も評価して各事業所にフィードバックして組織全体の改善・発展に取り組んでいる。	
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	毎週火曜日の管理者と代表者との会議において、職場環境・条件の整備について指示や助言をもらい改善に努めている。法人として全職員対象に組織風土アンケートを実施し結果を元に職場環境、条件整備に努めている。		
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	毎月の全体会議で、内部研修を行っている。介護技術やケアの実践など各委員会で取り組んだ内容等発表し共有している。		
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	小松市グループホーム連絡会を3ヶ月に1回開催し、グループホームでの問題点やグループホームの向上のためにどうしたらよいかを話し合っている。また、連絡会主催の研修に職員が参加し交流や勉強会を行っている。		

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
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	入居前、ご自宅での生活の様子を詳しく聞き、本人が安心して生活できるように、訴えに1つ1つ対応している。		
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	自宅に訪問したり来園して頂きご家族や本人から直接、困っていること、不安なこと、要望などを聞いている。信頼関係を築けるように努力している。		
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	本人のできる事、出来ない事を見極め、自立支援を念頭に本人と話し合いながらサービス内容を決めて、経過を見ながら調整していく。		
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	利用者が自分達で作る喜びを一緒に感じて頂く為にも野菜の皮むき、洗濯干し・たたみ、漬物作りなど職員と一緒にいきその後は必ず労いの言葉をかけている。又、不安な時も横に寄り添い一緒に問題解決を行っている。		
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	体調が悪い時、帰宅願望が強いときなどご家族と相談して、ホームで出来ること、ご家族で支援して欲しいことはご家族の負担にならない程度で、お願いし、ご家族と一緒に支えられるように配慮している。		
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	毎年、なじみの店や美容室、自宅訪問、外食・外泊などや、コロナ明けから、感染予防対策を行った上で自室での面会を行っている。	これまでの馴染みの人(家族、親戚、友人・知人)との繋がりが途切れないよう、ホームに面会に来やすい雰囲気作りに取り組んでいる。家族・親戚・友人との面会(ホームでのお茶会)・電話や手紙・年賀状のやり取り、コロナ過以降は自粛しているが自宅に行き近所の方と会う機会、ディサービス利用時の親しい友人・知人・職員との交流継続を支援している。馴染みの場所(行きつけの美容室、食事処、喫茶店、外来受診)へは家族の協力を得て継続利用できるよう支援している。	
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	利用者同士が、良い関係を作れるように利用者さんの性格などを考え食堂やリビングの座る場所を決めて気の合う人同士の関わり合いを大切にしている。		

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		
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	契約が終了した後でも、ご家族様から認知症についてや介護保険の相談等を受けた時があり懇切丁寧に相談にのった。				
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	センター方式のアセスメントシートを利用している。利用者の行動や表情、会話の中から何をしたいのかどうしたいのか、本当はどう思っているかを、くみ取るよう心がけて対応している。家族に電話をかけた方、散歩に行きたい方、自宅に帰りたい方など、希望、意向の把握に努め最善の方法を職員と家族で協議し希望に応じている。	日常会話・関わりの中で利用者の言葉・行動や気になった事・変化事項(特に入浴介助・散歩・外気浴・夜間就寝前等の1対1の場面を重視)を申し送りしとケース記録に記録し、職員間で情報共有している。担当者を中心にセンター方式(私の気持ちシート)を活用して情報集約し、利用者の「思い＝やりたい事・好きな事・楽しい事」を家族の意見も参考にして利用者本位に検討している。意思疎通が難しい・遠慮深い利用者には、職員が働きかけた際の表情や反応から、その時々「思い」を推察している。			
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	家族、本人、利用していたサービス利用機関からどのようにくらしていたか、できることと出来ないことなど詳しく聞き、アセスメントを行い、馴染みの家具や物品を自宅での配置と同じように設置し以前と同じような生活が送れるように支援している。朝晩のお参りをされたい方の仏壇配置の支援も行った。				
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	個人記録に日々の生活について記録している。変わったことがあった時は、職員申し送りに記入して、情報を共有したりケアプラン会議で検討している。日によって状態が変化する利用者さんも居るので心身の状態の把握は大切にしている。又、必ず、変化の原因をみんなで検討し対応している。				
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	日常的に本人に好きなことやしたいことを聞いている。また、ご家族にケアについて相談したり、現在の状態を説明している。ケアプラン会議でご家族や本人の意向も考慮して、話し合いを行いプランを作成している。月に1回モニタリングを行っている。また、ケア内容が統一できるよう5W1Hに配慮しながらプラン作成に努めている。	利用者の満足度が高くホームで楽しく暮らせるよう、本人のニーズ(好きな事・やりたい事)を重視した目標設定とサービス内容を具体化(5W1Hを明確化)した介護計画の作成に取り組んでいる。実現可能な目標をクリアすることで、利用者の喜びや達成感、職員のやりがいに繋げている。経過記録に介護計画の実施チェック項目を設けて毎月モニタリングを行い、本人のニーズ・気になる事・家族の意見を検討して、介護計画の見直しを検討している。	ニーズ(目標)・サービス内容を抽象的ではなく、より具体的にした介護計画の策定に期待する。		
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	変化があった時には全体の申し送りに記入している。個人記録は本人、スタッフ、家族と分けて記入し分かりやすくしている。職員間でも話し合いを常に行い、状態によっては対応を変えたりしている。退院時など状態の変化が大きい時は、事前に職員が集まり状態の把握とケアの統一の共有を図っている。				
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	入院、通院で家族がどうしても付き添えないときは、通院サービスを行い、家族がいない方へは入院中の洗濯サービスを行ったりと、その方のニーズに柔軟に対応している。身体状態の変化に伴い点滴が継続的に必要になった場合も主治医の協力の元、訪問看護など必要なサービスを取り入れている。				

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
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	今年度も、ボランティアの方、地域の方など来園できず、来年度は、書道、ボランティア、法話など再開していく予定。地域包括、町内会、民生委員、老人会とは運営推進会議を通してネットワークを構築している。		
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	ご家族や本人の希望に応じてかかりつけ医を決めてもらっている。ご家族で通院の付き添いが出来ない時は、ホームの職員が代行している。家族、本人の状態に応じて、ホームに往診に来てもらっている方もいる。また、家族が通院に付き添う時はホームでの様子をコピーし渡し連携を図っている。	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継続外来受診(家族付き添い)と協力医療機関(3ヶ所)による訪問診療への切り替えを自由に選択できる医療受診体制と看護職員による健康管理体制を構築している。受診時は適切な医療が受けられるよう、外来かかりつけ医・専門医(歯科、眼科、皮膚科等)に必要に応じて電話・文書での情報提供や送迎・職員同行等を支援している。誤嚥性肺炎予防のために歯科医との提携している。	
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。	健康状態に変化があった時、些細なことでも気がついたことがあれば、看護師に報告している。往診に来ていただいている看護師にもいつでも相談できる体制である。看取りの利用者に対して、夜間でも対応できるよう訪問看護師と連携を図っている。		
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。	入院時は、すぐにホームでの状況を書いたサマリーを提出している。入院中もソーシャルワーカーとの連携を図り、退院時もカンファレンスに参加し、退院後も安心して生活が送れるよう努めている。		
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	入居時に重度化対応に関する指針の説明と看取りの説明を行い同意書をいただく。終末期が近いと診断された方には終末期のあり方を家族に確認し、グループホームで出来ること、出来ないことははっきり伝え、主治医を交えて相談してどのように対応するかを決めて看取りの計画書に同意いただいている。医師、看護師など関係者と共にチームで取り組んでいる。	入居時に重度化・終末期に関するホームの方針を説明している。また日頃より利用者・家族に会話の中で希望を確認しており、その希望に応じてかかりつけ医の判断のもと関係機関(訪問診療医、訪問看護等)と連携してホームとして出来る限り介護支援(精神的・緩和ケア)している。医療依存度が高い場合は、母体の特養施設や療養病床への移行を支援している。職員は毎年の全体会議の中での勉強会(ターミナルケア)にて重度化・終末期について触れており、看取り事例後は職員アンケートを実施して振り返りミーティングを行い反省点・改善点を検討している。	
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	必要に応じて、個別に緊急時の対応マニュアルを作成している。職員会議やケアプラン会議で話し合いを行い、必要に応じて訓練を行っている。また、事故後は現場検証も行い毎月の全体会議で対策が実施できているか再度確認を行っている。又、他に予測されるような事故も同じように検討し対策をとっている。		
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	緊急事態に対応した、マニュアルをつくりケガや転倒などの状態になった時の体制を整備している。緊急時の連絡体制も整備している。会議でも定期的に緊急時の対応を例題を出してシミュレーションしている。毎年10月末には、感染症に対するマニュアルの見直し、感染予防の講習会を行っている。	各種状況を想定した緊急時対応マニュアル・フローチャート・緊急連絡体制を整備している。法人内研修会、消防での救命救急講習会(応急処置、AEDの使用法等)、ホーム内勉強会・伝達講習(救命救急、誤嚥・窒息等の事例を設定しての緊急時訓練)を通じて、職員のスキルアップを図っている。利用者の所在不明時の対応手順を定めており、情報提供シートの準備や市の見守りアプリの導入等、地域との協力体制を構築している。各種マニュアルについて現状に即して見直しを行っている。	誤嚥・窒息の対応について、定期的な実技訓練の実施に期待する。

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
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	協力医療機関、母体の特別養護老人ホームなど支援体制は整っている。現在2箇所の病院から往診に来てもらっている。水害時、同一法人の特別養護老人ホームに避難する体制も整っている。	複数の協力医療機関(訪問診療、訪問看護等)による医療支援体制や提携歯科医との協力体制を構築している。また、母体の特別養護老人ホームによる十分なバックアップ体制(人員確保、研修、委員会、災害時緊急避難等)を構築している。	
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2名(各ユニット1名ずつ)で、対応している。夜間の緊急時に備えて AEDを使用した救命処置の講習会に参加している。急変時の対応については日々話し合い、必要に応じて申し送りを行っている。判断に困る時は主任及び看護師に連絡し対応している。	夜間は各ユニット1名(ホーム内合計2名)の勤務体制となっている。平屋建ての利点を活かして、緊急時にはユニット間で協力して対応している。ホーム協力医への相談体制、緊急連絡網による主任への相談体制、近隣在住の職員の応援体制も整備されている。急変時の対応について日々話し合い、夜勤への申し送り時に利用者の体調や注意事項・主治医・看護師の指示内容を確認し夜勤に臨んでいる。	
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	毎月1回夜間想定で、避難訓練を行っている。水害についても、地域の方の協力をえてマニュアルを作り、協力体制を整えている。	年2回の総合避難訓練とホーム独自に毎月人手が少ない夜間の火災発生想定での避難訓練を行い、職員に防災への意識付けを図っている。総合避難訓練のうち1回は、地域の消防団の参加協力を得て緊急連絡網による地域協力員の駆け付け支援での避難訓練を実施している。訓練では通報方法・避難場所・避難経路・利用者別の身体状況に応じた避難移動方法等のほか、避難後の見守り等の役割分担も確認している。水災時についてBCP・マニュアルを策定し、法人内の連携と地域との協力体制を整備している。	
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	法人全体とあわせて非常災害時における連絡体制、及び、協力体制を整備している。水害時は特別養護老人ホーム共生園に避難する体制が整っている。定期的にスプリンクラーや通報装置の点検を実施。備蓄品は隣接するサポートセンターに保管している。	各種災害発生時対応マニュアル・BCP・連絡体制を整備している。水災については、近くの川の水位が警戒水域に達した場合は、母体の特養施設に避難する体制を構築している。スプリンクラーや通報装置等は避難訓練時に点検しており、発電機の試運転も実施している。備蓄品(3日分の水・食糧、カセットコンロ、充電器、医療救急セット、利用者の薬事情報等)はリスト化して保管している。	
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	利用者の能力に応じて出来る事は手を出さないように、出来ない事は声掛けや、お手伝いをしていく。利用者の尊厳を傷つけないような対応ができていくか全体会議で常に自分達の言動を振り返り改善を図ったり、『利用者の前では他の利用者の話はしない』などの目標を定め毎朝唱和している。職員間では排泄介助を「さわやか」、便のことを「O」と言っており、排せつ時もタオルをかけて自尊心、プライバシーの配慮に努めている。居室に入る時は利用者の了解を得て入るようにしている。理解が難しい人には、自分で選択できるような言葉かけをし選んで頂く	「個人の尊厳」を方針に明示し、接遇委員会からの改善点・注意点をもとに毎月の全体会議の中での勉強会や接遇マニュアルを基にした新任研修・全体研修、重点期間を設けた目標の設定(例:選択肢をもってもらう等)を通じて、利用者への適切な言葉遣いや接遇・対応(馴れ合い、上から目線の禁止等)を職員に周知している。居室入室時は利用者の了解を得る、排泄に関する略語の使用やトイレ誘導時は耳元で声かけする、トイレ介助・入浴介助時が必要な時は羞恥心に配慮して同性介助やタオルで陰部を隠す、申し送りや業務連絡は他者に聞こえない場所や内容等、利用者の尊厳・プライバシーに注意を払った支援に取り組んでいる。	
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	難聴の方には会話札を使用したり筆談にて職員に思いを伝えやすい配慮している。排泄介助においても必ずトイレに行くか小声で本人に尋ねている。水分補給もコーヒー・ココア・お茶・昆布茶など好みの物を提供している。入浴後の衣類も本人に選んで頂いている、		

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
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	買い物、散歩、ドライブ、入浴など出来る限り、一人ひとりのペースに合わせて対応している。朝起きたくない利用者さんに対しては本人の起きたい時間に合わせている。夜間、寝れず起きていたい方には職員も一緒に夜遅くまでお茶を飲みながら寄り添い対応している		
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	外出時にはお化粧したり、季節に合った洋服等が選べるように、タンスの中を季節によって整理している。洗面所に化粧水やお化粧道具をセットしてある方もいる。入浴後の着替えも、本人に決めていただき一人ひとりに合わせて支援している。訪問理容時も鏡を覗いていただき好みの髪形を伝えられるよう配慮している。		
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	利用者の能力や好みに合わせた、食器を使用し、ミキサー食など、利用者の状態に合わせて準備している。嫌いな物の時は別なものを準備したり、量も利用者に合わせて準備している。季節感が感じられるメニューを利用者と一緒に考え、食事の準備片付けは出来る利用者と一緒にやっている。又、季節に合わせた曲や懐メロなどかけて楽しい雰囲気づくりを行っている。	毎朝・日曜日昼夜はホーム内で食事準備(食材は業者配達)、平日・土曜日の昼夜は業者より配達される食事を提供している。ホーム畑で収穫した食材や家族・職員からの差し入れ食材等はホームで調理して一品として提供している。利用者が得意・やりたい食事の準備(皮むき、盛り付け、味見等)や後片付けは職員と一緒にやっている。季節行事では利用者の経験・知恵を活かしての柿の葉寿司・漬物作りやおやつ作り(おはぎ等)を支援している。普段のおやつや買い出し、テイクアウト(お弁当)も利用者の楽しみとなっている。食事時間は利用者の希望に合わせている。食事時は音楽(季節曲、懐メロ)を流し楽しめる雰囲気作りに取り組んでいる。	
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	食事の摂取量は毎回記録している。食べられない方には高カロリージュースや高カロリー経口食、ゼリー、ムースなどを提供したり、水分が少ない方には1日の水分摂取量を昼に集計し午後から意識的にジュース、ポカリ、コーヒーなど利用者の好きなものを摂取していただいている。コーヒーの好まれる方には毎食後コーヒーを提供している。		
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に、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、利用者の能力に合わせて口腔衛生の支援をしている。歯ブラシ、コップは毎日、洗浄乾燥し清潔の保持に努めている。また、歯磨きが理解できず、すぐに噛んでしまう方には介護用指サックを利用しガーゼで口腔衛生を行っている。		
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	尿失禁が増えてきた方でも、紙パンツにせず失禁用布パンツを使用し自分で汚染を感じていただき着替えていただけるよう支援している。紙パンツを使用している方でも日中と夜間のパットを変えたり、尿意の訴えがない方でも時間を見てトイレに座っていただいているなど利用者に応じて対応している。又、失禁の原因を探り改善の工夫を行っている。	「気持ち良いトイレでの排泄」を基本として支援している。利用者の必要に応じてチェック表を作成し排泄パターン(間隔、サイン、時間帯、体調等)を把握し、職員間で情報共有している。利用者に適切に声かけ誘導することで、物品(紙パンツやパッド類)の使用が最小限となるよう取り組んでいる。物品使用は利用者と相談して決めている。夜間は利用者の身体・歩行状況や体調、睡眠状況を考慮した声かけ誘導、物品の使用を支援している。排泄の自立につながるようハード面の(背もたれ、可動式手すり設置等)にも配慮している。	
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	ミルミルで試行し便の状況を探り、腸内フローラを整える為、ヨーグルトやねばねば食品を多く取り入れ自然排便を促している。また、水分を沢山取れるよう温かいものが好きか冷たいものが好きかを探り好まれるもので提供している。天気の良い日は散歩に出たりしている。それでも改善しない時は主治医に相談し、利用者の状態に応じた下剤の調節を行っている。排便困難時は温タオルを使用し腹圧マッサージを行っている。又、努責する様に声掛けをしている。排便チェック表をつけて、便秘予防に努めている。		

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
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	曜日、時間、回数など利用者の希望に添って対応できるよう、職員会議で話し合い、入浴の順番や時間など工夫している。入浴時間もゆっくり入っていただけるよう一人一人に聞きながら行っている。又、温泉気分を味わっていただく為、各温泉地の入浴剤や季節の花の入浴剤を入れて楽しんで頂いている。	利用者の希望(順番、入浴回数、午前・午後の選択、湯加減、入浴剤の使用、スキンケア、シャワー浴、入浴日や時間の変更、清拭への変更等)に沿って週2回程度の入浴を支援している。季節湯(ゆず湯、菖蒲湯)や機械浴での入浴、各温泉地や季節の花の入浴剤の使用、ゆっくり会話しながら等、利用者にとって入浴が安心して気分よく楽しみとなるよう支援している。好みのスキンケア用品の(化粧水、保湿クリーム等)使用も支援している。家族の協力により自宅での入浴支援の事例もある。	
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	好みのTVを好きな時間まで見ていただいたり、温かい飲み物を飲んで頂きながら不安なことや、気になることなどの話を傾聴し、安心して休めるよう支援している。寒いときは電気敷き毛布や電気あんかを使用したり、常に室温計を確認しその方の好みの室温に調整し安心して眠れるように配慮しています。		
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	個人記録に薬剤情報があり、常時確認できる状態になっている。薬を手渡す方、口の中まで入れたり、錠剤が飲めない方には細粒にし水で溶かして服薬していただくなど、利用者の状態に合わせて工夫している。薬が変わった時は申し送りに記録し個人の薬ケースにも注意書きを貼り注意し様子を見ている。		
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	ドライブなどの行事の時は希望を利用者に聞いている。食事の準備(皮むきや盛り付け)から片付け、掃除、洗濯干しなど得意なことや出来る事を行えるように環境づくりを心がけている。趣味の楽しみとして、書道や生け花、はり絵、塗り絵なども参加して頂いている。庭に車椅子でも植えられるプランターを配置し花や野菜収穫などを楽しんだり役割の一つとしての支援をしている。		
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支援している	平日の人が混みあわない時間を見計らってドライブに出かけた。家に帰りたいたい希望のある方には家族に相談し日帰り自宅に帰られた。外食希望の方には、たこ焼き屋・ガストに行きました。	ホーム近辺への散歩やウッドデッキでの外気浴、プランターで栽培している花の世話、ホーム畑の世話、気分転換を兼ねた気軽なドライブ、おやつや買い出し等、感染対策をした上で日常的に出来る限り戸外に出かけられるよう支援している。季節感を味わうためのドライブ(桜花見、紅葉狩り等)や少人数での喫茶・外食、庭での花見食事会等も支援している。家族との外出(自宅、食事、買い物、ドライブ等)を支援しており、また希望に応じて遠方の家族・実家への訪問についても、家族・職員の協力体制で再開を検討している。隣接する土手での花見食事会を企画している。	
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	少額のみ自己管理している方、ホームで管理している方など、利用者の能力に応じて行っている。ヤクルトさんが来たときは、財布を持って行き支払いを行ってもらうなど、本人の能力を大切にしている。		
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	電話は希望に応じて、いつでも事務所から使ってもらったり子機を使って会話を楽しんでいただいている。携帯を持っていらっしゃる方には電話をかける支援を行っている。		

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
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	季節感を感じられるように玄関や各テーブルに花を飾っている。ホーム内にも写真を飾っている。デスクにプランターを置き花が見える環境を整えている。春には、隣接する土手の桜が満開になるので庭で花見食事をやっている。食堂の座席は気が合う利用者同士が座れるように配慮している。トイレも使用中の札を下げ安心して使用できるよう配慮したり、分かりやすいように張り紙をしている。	大人が生活する空間を意識し額に入れた絵画や各テーブルに生けた花を飾っている。リビングから出られるウッドデッキ(外庭、中庭とも)では利用者と職員が一緒にプランターで花・植物を栽培し、季節の花がリビングから見える環境作りに取り組んでいる。ウッドデッキは外気浴を楽しむ場所としても活用している。食堂の座席やソファの座る場所は、気の合う利用者同士が近くに座れるよう職員が配慮している。温度・湿度・換気・採光にも気を配り、冬季は加湿器を6台設置して乾燥対策している。	
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	気の合う方同士会話が出来るようソファを並べて、案内している。又、一人で部屋で過ごしたり起きてきたり自由に出来るように本人の意向に沿った対応をしている。廊下の所どころに椅子を置いてゆっくり一人でも過ごしたり入浴後、一服できるように工夫している。天気の良い日には庭のベンチでひなたぼっこをしたり気の合った利用者同士で山や花を見ながらお茶出来るよう支援している。		
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	入所時は、自宅でのベッドからの離就床方向と同じに環境を整えている。仏壇、タンスやお茶碗、湯のみ、布団など使い慣れたものを持ってきてもらっている。ご家族より生活パターンを聞き生活しやすいように対応している。又、淋しくないよう家族の写真を貼ったり、自立で動いたりPTトイレに座れる方には、移動しやすい家具の配置にしてある。家族に会いたい方には家族の写真を持ってきていただき飾っている	各居室にはベッド・洗面台・タンス・エアコン・丸テーブル・1名掛ソファ・内外鍵が備え付けられている。利用者にとって居心地よく安心できる居室となるよう、自宅で使用していた馴染みの物(茶碗、湯呑、布団、テレビ、タンス等)や大切にしている物(家族の写真、遺影・位牌、人形、趣味の道具等)を自由に持ち込んでもらっている。居室は自宅での生活をもとに利用者の身体状況・動作習慣を考慮し、家具の向き・方角についても利用者・家族と相談しながら動線の安全を確保した配置を支援している。	
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	トイレの場所がわかりやすいように案内プレートを下げて工夫している。居室には表札を出したり、のれんをつけたりして利用者にわかりやすく工夫している。各テーブルには名前を貼り迷わず自分の席に着けるよう配慮している。ホーム内はバリアフリーで廊下には手すりが設置されている。又、居室前に担当職員の写真を掲示し相談や希望を聞きやすく自立した生活を送れるように工夫している。		