

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 | 1770600102 | | |
| 法人名 | 医療法人社団長久会 | | |
| 事業所名 | グループホーム まどい | | |
| 所在地 | 石川県加賀市直下町イ32番地の1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和7年11月25日 | 評価結果市町村受理日 | 令和8年2月9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7年12月3日 | | |

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 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、一緒にやつ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. 少しづつ増えている 3. あまり増えていない 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. ほとんどない | 70 職員は、活き活きと働けている (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. ほとんどない | | |

【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)】

民家改修型のホームで、家庭的な雰囲気を大切にしている。「私たちは、あなたのありのままを認め、あなたのこれまでの生活を大切にし、これからもあなたらしい生活が続けられるよう支えます。」を理念としている。地域や学校の行事へも、感染症対策を継続しつつ、利用者様と共に参加を心がけている。また、これまで通りにまどい通信を発信し、地域との結びつきを深めるよう努力している。職員は笑顔を絶やさず明るい雰囲気を心がけ、利用者様のペースに合わせて共同で生活をしている。また、利用者様の「出来る事、やりたい事、得意な事」を大切にし、利用者様が役割を楽しめるように意識して関わっている。また、「まどい」は漢字で「団居・円居」と書き、「人々が集まって楽しい時を過ごすこと。団欒。」という意味である。私たちは「まどい」という名前通りのホームを目指している。

【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)】

当ホームは民家改修型のホームであり、「私たちは、あなたのこれまでの生活を大切にし、これからもあなたらしい生活が続けられるよう支えます」をホーム理念として掲げている。理念と共に法人で定めている行動指針4つの原則(ペースを合わせる、やさしく触れ合う、ダメと言わない、同じ目の高さで接する)があり、法人内研修・各種委員会への参加や、毎月のミーティングで日々のケアを振り返り利用者の思いや意向に沿った支援に取り組んでいる。町内会の地域行事(町会総会・清掃活動・文化祭の作品展示等)に参加しており、ホーム便りを地区会館への掲示や小学校への配布、町内回覧板にものせホームの活動近況・行事を地域に伝えることでホームへの理解促進を図っている。市の事業であるプランチ事業・キャラバンメイト活動・家族介護支援事業・認知症ケアバス検討会にも積極的に参画している。法人グループは地元で幅広く福祉事業や地域医療を展開しており、充実したバックアップ体制も確保されており、利用者・家族の大きな信頼と安心となっている。

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 | 理念を出勤時に確認出来るように玄関に掲げている。また、学習会やスタッフ会議を通じて、理念や関わりの4つの原則を議題とし、日頃のケアの振り返りを行っている。 | ホーム理念は職員・利用者・家族の目につきやすい玄関に掲示しており、職員は理念を記載した携行カードを常日頃携帯し支援に携わっている。法人内研修時に法人の行動指針である4つの原則(ペースを合わせる、やさしく触れ合う、ダメと言わない、同じ目の高さで接する)」を学ぶ機会がある。ホーム理念と行動指針である4つの原則は、毎月のスタッフ会議で事例をもとに職員で話し合い、日頃のケアを振り返ることで職員に周知している。地域の福祉相談窓口としての役割を担っている。 | |
| 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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している | 地区や町内の行事に参加している(5類に移行してから参加できる行事に顔をだしている)。町内会に入っており回覧板をまわしたり、ごみ収集所の掃除当番を協力したり、近所のスーパーを利用し、なじみの関係を築いている。また毎月のお便りを地区会館や小学校に配布し、町内の回覧板で紹介してもらい、ホームの様子を発信している。 | 町会の一員として総会への出席やゴミ収集場の掃除当番、各行事(防災訓練、文化祭の作品展示等)への参加を通じて地域交流している。ホーム便りを町内回覧板にのせ、また地区会館への掲示、小学校へも配布しており、ホームの近況・行事を地域へ発信している。小学生の事業所見学での交流(発表会にも参加)や防災における地域協力の推進に取り組んでいる。地域住民から差し入れ(野菜、タケノコ等)もあり日常的な協力関係が構築されている。 | |
| 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 | 介護110番の事業所として相談を受ける体制を作っている。キャラバンメイトは大聖寺圏域に所属し3名活動をしている。加賀市の住民に対して、認知症センター養成講座や、ふれあい講座の講師を努め、認知症への理解を深める活動を行っている。 | | |
| 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 | 三谷地区会館にて参考型で継続出来ている。町の区長や民生委員との顔の見える関係ができている。まどいの通信を通じ行事等の様子を伝える事や、活動の状況を報告している。 | 運営推進会議は2ヶ月毎に開催している。会議には家族、地域住民、民生委員、公民館長、行政担当者、駐在所員、隣接事業所長、系列法人統括管理者が参加している。ホームの近況報告・行事報告やヒヤリハット事例、地域情報等の議題について意見をもとめて話し合っており、意見・アドバイスをサービスの質の向上に活かしている。会議録を全家族に送付して会議内容を家族にフェードバックしている。 | 家族の参加を促進する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 | 運営推進会議を通じて、また地区的こころまちセンターの役割として、小まめに連絡は出来ている。 | 市担当者とは運営推進会議への参加の他にも、市主催の地域密着型事業所連絡会(意見交換、勉強会、事例研究等)や研修会への参加を通じて日頃の事業所の実情を伝え協力関係を築いている。キャラバンメイト活動(講師派遣等)、家族介護支援事業、「認知症ケアパス検討会(私の暮らし手帳)」、「地区的こころのまちセンター」への取り組みにより市との連携体制で地域への認知症理解の啓蒙活動を推進している。 | |

| 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 |
| 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 | 玄関の施錠は夜間のみ防犯のため行っている。身体拘束については毎年法人内の学習会に参加し振り返りを行っている。また、スタッフ会議にて、身体拘束や不適切な対応がなかったか、振り返る機会を作っている。 | 法人内研修や外部研修の受講、毎月の身体拘束適正化委員会を通じた注意喚起、名札ケースに身体拘束に関する4つの原則を携帯して身体拘束への正しい理解の周知と意識付けを図っている。スピーチロック(言葉による行動制限)、不適切ケアについて、関わり方・話し方が職員目線にならないように事例を基に毎月のミーティング時に職員同士で話し合い注意喚起している。外出傾向の利用者には日頃より地域の協力もあり見守り・付き添い外出に取り組んでいる。 | |
| 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 | 法人内で年2回の学習会があり全スタッフが参加している。(レポート形式やグループワークで取り組む)また県や市への研修にも出来る限り参加し意識を高めるようにしている。毎月、法人内の身体拘束・虐待防止委員会に参加している。 | | |
| 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 | 法人内で権利擁護についての学習課題があり、レポート提出にて全スタッフが参加出来ている。 成年後見制度ではないが、社協の福祉サービスの活用をし、担当者とやり取りを継続することが出来ている。 | | |
| 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 | 重要事項説明書に基づき説明している。時間をかけて説明し、納得して頂くようにしている。重要事項変更の都度、書類を作成し利用者様及びご家族に説明の機会を持ち、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 | 面会の時や電話、メールなどで普段から連絡をとり日頃の様子を伝え要望や意見がないか伺っている。要望や意見はスタッフ間で話し合い、利用者様に反映している。また年に1回満足度アンケートをご家族、利用者様に向け実施し結果を掲示している。 | 利用者とは日頃の関わりから何でも要望を言える信頼関係作りに取り組んでいる。利用者の要望について対応できない場合は本人の納得がいくよう理由を説明している。家族とは毎月ホーム便り(写真、コメント添付)を送付して利用者の生活ぶりを伝えており、来訪面談、電話、メール、プラン説明時、受診時の機会をとらえて意見・要望を聞いている。毎年法人内のサービス向上部会が中心となり利用者・家族それぞれへの満足度調査を実施しており、結果を全家族にフィードバックしている。 | |
| 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 | 日常の申し送りや毎月のスタッフ会議で話し合う機会を持ち、年2回の管理者との面談では個々の意見を確認している。気づいた事や提案はその場で話し合ったり、申し送りノートに記入し、事業所の質の向上に努めている。 | 職員の意見や提案は、日常介護現場での意見交換や申し送り、ミーティングの中で聞いており、グループLINEで情報共有している。年2回、管理者との個人面談があり目標設定や日頃の悩み・希望・生活環境等を話す機会を設けている。毎月の行事計画は担当職員が中心となり、全職員が一丸となって取り組むことでチームケアの結束力強化に繋がっている。 | |
| 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くよう職場環境・条件の整備に努めている | 年に2回管理者と職員との個人面談を行い個人の状況を把握すると共に評価も行い、管理者に対して職員が何でも言える環境、関係作りに努めている。また働きやすい職場作りを意識し、年次有給休暇についても積極的に取得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 |
| 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 | 個々の経験、意欲などを元に外部の研修(Zoom)に参加している。法人内の研修はレポート提出形式にて学びを深める事が出来ている。外部研修へ参加後は研修報告書を提出し、スタッフ全員が閲覧できるようにし、知識を共有できるようにしている。 | | |
| 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 | 地域密着型サービス事業所連絡会の研修会や、キャラバンメント活動を通して周辺地域の他介護事業所との交流を深め、地域のネットワーク作りを大切にしている。また、ランチ業務にて、大聖寺ブロック連絡会等に参加する事で、他事業所、また相談支援事業所との連携も継続出来ている。 | | |
| 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 | 入居時は特に気を配り、思いや要望を聞いており、初回のケアプランはその方に合わせ短期間で作成、モニタリングを行っている。また、これまでの生活での馴染のものを用意して頂き、少しでも安心できる環境を提供している。 | | |
| 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 | ホーム内の見学にはいつでも応じている。困りごとや生活に対する意向などを確認し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、疑問に感じた事、わからない事をいつでも相談できる事を伝え、家族の思いを聞け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 | ご本人とご家族から話を聞き、困っている事は何か、どんなサービスが必要なのかを担当ケアマネージャーや相談員とも相談しながら見極めている。 | | |
| 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げ、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 同じ目の高さで、日常の中でコミュニケーションを多く持つことに努め職員の思いが押し付けにならないようにご本人の意思を大切にしている。日常生活の場面でもご本人の能力を活かすようアプローチする。利用者様の言葉をよく聞き、感謝と敬いの気持ちを持ちながら支援している。 | | |
| 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げ、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 | ご家族も一緒に支援するチームの一員であるため事故の報告だけでなく良いことの報告等、細かな情報を伝え、意向や思いを確認している。病院への受診や外出の際も協力して頂きご本人との関係を大切にしてもらっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 面会は制限はあるが実施する事が出来ている。利用者様の馴染みの人や馴染みの場所へ出かける等の支援は、家族様の高齢化、介護度の重度化に伴い、全員ではないが継続出来ている。 | 継続的なアセスメントや利用者との日常会話・外出時の気づきを基に利用者の馴染みの人・場所(自宅、友人宅、行きつけの美容室、うどん屋等)の情報をとりまとめて支援マップを作成している。友人・職場の同僚の来訪、家族との面会・電話・外出(受診、外食、買い物、葬儀への出席等)、利用者の要望を家族に伝えて協力を得て馴染みの関係継続を支援している。 | |
| 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 | 気の合う方同士で座って頂くようにしたり、場所にこだわりのある方が周囲と衝突しないように配慮している。耳の遠い方にも職員が間に入ってコミュニケーションを取りやすいように配慮をしている。 | | |
| 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も、必要に応じて今後のサービスについての相談を行っている。入院された際にも、これまでどのように生活してこられたかを病院に伝え、退院後に出来る範囲でこれまでと同様の馴染みの生活が継続出来るように情報共有している。 | | |
| 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 | センター方式を活用しアセスメントを行っている。また、ライフサポートプランを活用し、小さな取り組みや成功体験ができるように支援を行っている。日々の生活の中で、利用者様との会話や表情から思いをくみ取るよう努力し、記録に残すことで職員全体で共有を図り、支援に活かせるよう努めている。 | 職員は常に利用者の思いや意向を把握しようとする意識のもと、日常会話(1対1の場面:入浴介助、居室等)において職員からの声掛けや具体的な事柄の話題で会話するよう取り組んでいる。寝たきりの利用者や介護度が高く会話が困難な利用者には家族からの情報や長年の暮らしぶりや気心を知る職員がその思いを汲み取れるよう支援している。得られた情報・気づきの記録を基に軒下マップやカンファレンスシート(考察欄)を活用して利用者の思い・意向を検討している。 | |
| 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 | 暮らしの把握をするために、利用開始時に本人様や家族様に、これまでの生活状況をお聞きし、必要に応じて後日電話にて情報収集している。また、本人様に関わりのあるケアマネージャー、相談員から情報を頂き、センター方式のアセスメントシートを用いて把握に努めている。 | | |
| 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 | 日々の生活の中で関わりを深めながら、ご本人を理解するよう努めている。記録には本人の何気ない言葉や動き、プランを基に取り組めた事を記入している。 | | |

| 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 |
| 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人、ご家族には必要に応じて、意見や意向を確認し、ライフサポートプランを作成している。また状態が著しく変化した際など、プランの変更や追加の際にも家族へ協力依頼をし、より良い支援ができるようにしている。 | 介護計画(ライフサポートプラン)は毎月のカンファレンスの結果をふまえ、利用者のニーズ(望む生活スタイル、役割等)を中心にケアカンファレンスで家族の意見も参考にして立案している。担当職員は利用者本人の出来る事・やりたい事・健康管理を重視して具体的な目標を設定しサポート体制(家族、地域、ホームの役割)を策定している。3か月毎のモニタリングや状況の変化時にプランを随時に見直している。 | 利用者のニーズ(したい事、好きな事、楽しい事)をより具体的に把握して、職員が実現可能なサービス内容(5W1Hを意識)の設定の検討に期待する。 |
| 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 | 日々の個人記録にご本人の言葉を記入している。これまでになかった言葉や動き、活動の発見があった際に申し送りやカンファレンスにて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、その時に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 | 以前利用されていた事業所との関係も大切にし、必要時には連携し情報を頂いている。また大聖寺園域にある他のグループホームの運営推進会議に参加の取り組みや、広報誌を配布し交流の機会を作っている。お互いの行事案内を行い利用者様の希望があった際に参加ができるように心がけている。 | | |
| 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 | センター方式にて、馴染みの関係や資源を把握できるように、本人や家族から情報を聞き取りしている。外出の制限は緩和した上で、馴染みの資源との接点が徐々に取れている状況がある。ホーム内での取り組みは、地域の回覧板を活用し、通信にて情報発信をしている。 | | |
| 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 | それぞれ主治医を持ち受診や往診を受けている。受診後は、家族にドクターの診察結果等を確認している。知った情報は個人記録にも残し、申し送りにて情報を共有している。かかりつけ医とは連携しながら病状の把握、薬の留意点などアドバイスを頂いている。 | 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受診(家族付き添い)を支援している。受診時はホームより近況を家族に伝え、必要に応じて主治医に電話で情報提供している。急変や家族の都合がつかない場合は職員が付き添い支援している。訪問看護による毎週の健康管理や、高齢で外来受診が困難となった場合は往診医に切り替える等、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。往診歯科医とも提携して口腔ケアに取り組んでいる。 | |
| 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 | 訪問看護ステーションと連携している。定期的に(週1回)訪問を受けて健康管理をしているが、急な体調の変化にも対応してもらっている。また、日常的に相談したり、必要時には医療機関との連携を取ってもらっている。 | | |
| 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。 | 入院時にはサマリーを提供し、入院までの経過及びホームでの暮らしの様子を伝えている。入院中の様子を病院や家族から経過を知らせて頂いている。家族の同意を得て退院の目安等も病院の地域連携室から情報を頂いている。 | | |

| 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 |
| 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 | ターミナルケアの指針があり、ご家族にはホームの方針を伝えてある。必要時にはカンファレンスを行い、医師や看護師、ご家族、事業所が共にチームで取り組めるように努めている。終末期のケアについて、本人が苦痛を感じる事なくすごせるように、また家族様の面会時の制限をなくし、より密に関わりができるように配慮している。 | 契約時にホームの重度化・終末期対応の方針を説明し初期段階の意向を確認している。利用者の状態変化時は主治医より家族に説明の上でカンファレンスを行い、家族の意向と関係医療機関の総合的な意見を基に検討を重ねて、重度化・終末期のケア方針を取りまとめている。職員は系列の他グループホームでの事例検討会に参加し経験を共有している。事例後はミーティング(職員のメンタルケア含む)で振り返りを実施して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ます | 定期的なマニュアルの見直し、学習会、勉強会を通して、消防から救急救命、心肺蘇生の方法やAEDの使用方法を学んでいる。消防士立会いのもと避難訓練の予定をしていたが、予定日に施設内にてコロナ感染症対策のため実施出来ず延期となり、再度計画中となっている。 | | |
| 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 | マニュアルは年1回程度の見直しを行っている。緊急時対応も書面にて行動の確認している。また訪問看護、協力病院など緊急時の協力体制も整っている。法人の研修会を通して、職員の初期応急手当の知識の向上にも努めている。窒息時の対応も消防士からの助言をいただき実施訓練が行えた。単独外出のリスクの高い利用者様の情報を作成し、もしもの際に活用できるようにしている。 | 緊急時対応マニュアルを策定しており、事例に基づいて定期的に見直している。毎年、法人研修会にて応急手当、搬送時対応、誤嚥・窒息時の対応(実技訓練)、AEDの使用方法・心肺蘇生を受講している。行方不明については地域の協力・系列法人でホーム近隣在住の職員(連絡網整備)、駐在所員の協力体制を整備している。個別の情報ファイルを整備し救急搬送時や行方不明時に備えている。 | |
| 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 | バックアップ施設には同一法人の介護老人保健施設と協力病院があり、緊急時には支援が得られている。介護老人保健施設の学習会や委員会に参加しており、日頃から担当者同士の交流があり相談できる体制になっている。 | 協力病院と介護老人保健施設のバックアップ機関の緊急時支援体制を確保している。法人内研修会・委員会への参加や、同一法人グループ内の他グループホーム事業所の管理者が集まつた毎月の意見交換会があり、日頃より各グループホームの状況や事例への意見・アドバイスもあって連携体制が整備されている。 | |
| 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 | 夜勤者は1名対応。緊急時には車で5分ほどの介護老人保健施設からの支援が得られる。また、10分以内に駆けつけられる職員が複数いる。看取り対応時には往診医、訪問看護とも情報共有し緊急時の対応ができるようにしている。 | 1ユニットのため夜間は1名の勤務体制であるが、緊急時には同一法人の介護老人保健施設からの応援・バックアップ体制が確保されている。管理者・訪問看護のオンライン体制と近隣在住の職員の応援体制もある。夜勤時の申し送り時にその日の利用者の状態と主治医・看護師の事前指示を確認・伝達することで夜間の急な対応の回避に取り組んでいる。 | |
| 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 | 事業継続計画の見直しにて非常災害訓練を実施し、スタッフの緊急時対応の行動確認を行った。また、緊急時の連絡先として近所の法人スタッフや防災士の協力を得ている。運営推進会議において議題に挙げ、避難の際のサポートをお願いするなど協力体制の確認も行っている。 | 避難訓練は年2回(夜間・昼間想定)、隣接の障害者グループホームと合同で実施している。避難訓練実施時は避難場所・利用者の避難・移動方法を確認している。地域住民の協力体制(避難後の見守り)を構築しており、BCPに基づいて災害発生時(水災、震災等)の役割分担を確認している。法人内防災委員会を通じてミニ防災訓練を行つており職員も防災に対する意識を高めている。地域の防災訓練に参加している。 | |

| 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 | 災害時のマニュアルがある(BCPは作成済み)。非常食の準備もしており、定期的に在庫管理をしている。法人内事業所と協働して防災委員会を立ち上げ、毎月委員会を開催し、連絡網の整備と備蓄品の確認などを行っている。 | スプリンクラーや自動火災報知器等の防災設備機器を定期的に点検している。法人全体の防災委員会が毎月開催されており、職員連絡網の見直しやライフライン等の関係機関連絡先の整備、飲料水・食料・ガスコンロ等の備蓄品もリスト化し管理している。利用者の緊急避難先(他施設)が定められており、避難時の持ち出し備品も準備されている。 | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるため日々の支援 | | | | | |
| 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 | 常日頃から一人一人を敬う気持ちを大切にし、目上の人とということを忘れずに、言葉遣いにも気をつけています。トイレへの案内も周りの人に気づかれないようにさりげなく誘導し配慮している。 | 職員は法人内研修会・サービス向上部会による接遇・プライバシー保護・倫理コンプライアンス・ハラスメント研修を受講している。利用者一人ひとりの性格を考慮してプライドを損ねないよう「関わりチェックシート」を活用して日々の支援に取り組んでいる。適切な言葉使いや声かけ方法、入浴時の同性介助への希望への対応、呼称への配慮、申し込み時の場所や声の大きさ等への配慮などプライバシー保護や権利擁護に対応した利用者中心のケアに取り組んでいる。 | 利用者に選択肢があり、自己決定できる職員の声かけや関わり方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 | 洗濯物たたみや食事作りなどでも、こちらから押し付けるのではなく、必ずご本人に確認してから行っている。言葉で伝えにくい方には本当の思いを言えたり伝えているか、遠慮がないか、常に表情やしぐさ、態度などを職員は見ながら、思いをくみ取り心配りをしている。 | | |
| 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 | 1日の日課はなく、その日のその人のペースで生活して頂いている。その日にしたい事や気になっていることを優先に考え、ご本人の希望することを申し送り、相談しながら実践している。その日にしたいと思った背景やこだわりを大切にし、日々の暮らしに繋げていけるようにしている。 | | |
| 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 | 髪型や服装などその人のこだわりのあるものや、おしゃれをする気持ちを大切にしている。好みの衣服等と一緒に買う支援も行っている。一部の利用者様は家族様の協力を得て、行きつけの美容院を利用している。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 日頃から職員と一緒に下ごしらえ(野菜の皮むき、煮魚の味付け等)や、下膳や食器洗いもお手伝いいただいている。調理法や味付けも相談しながら行っている。お手伝いが難しい利用者様にも見たり匂いを楽しんでいただいている。 | 献立は毎日、配達食材、冷蔵庫の中の食材、家族や地域住民からのおすそ分け(野菜、山菜、竹の子、果物等)・自家菜園の食材を見て利用者と相談しながら決めている。利用者の好き嫌いを把握して、栄養面は系列法人の管理栄養士に相談している。食事の調理や後片付け等も利用者の出来る事・やりたい事を職員と一緒に楽しみながら行っている。季節の行事食(クリスマスケーキ、おせち料理等)や利用者が楽しめる企画(中華フェア、たこ焼き等)、手作りおやつ等も利用者の楽しみとなっている。 | |

| 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 |
| 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 | 水分補給の時間を決め提供している。また決まった時間だけではなく、いつでも飲めるようやかん、ポットを台所のテーブルに設置している。食べる量に変化が見られる時は記録に残し、必要に応じて看護師や医師に伝えている。毎月の体重測定で体重の推移を見ながら、必要時に栄養補助食品も活用している。 | | |
| 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、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 | 起床時、就寝前に歯磨きの声かけを行っている。また、歯磨きが難しい方には、うがい等を促しをしている。義歯使用者には夜間洗浄し、清潔保持に努めている。 | | |
| 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 | 職員間で利用者の排泄パターンを把握し、しぐさなどをサインとして共有している。失禁していてもなかなかトイレへの声かけに応じてくれない方には、その人が立ち上がった時を見計らって案内している。無理せず、その人その人に合わせて対応し、トイレとわかるような声かけをしないように配慮している。 | 排泄チェック表を活用して利用者毎の排泄パターンを把握して職員間で情報共有している。利用者の必要に応じた声かけ・誘導や、利用者と相談しての衛生用品(パッド、紙おむつ等)を使用することによって、安全で快適なトイレでの排泄を支援している。夜間は利用者の希望や睡眠状況を考慮して、必要に応じて声かけ・誘導や見守り・後始末・ポータブルトイレ設置を支援している。食事内容の工夫により服薬に頼らない体調管理に取り組んでいる。 | |
| 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 | ヨーグルトや寒天を食べて頂いたり、纖維の多い野菜を使うようにしている。室内でラジオ体操やテレビ体操に取り組み、活動の機会を設けている。排便のチェックをし、必要時には主治医や訪問看護師に相談している。 | | |
| 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、個々にそつた支援をしている | お風呂は毎日沸かし利用者様に入浴の希望を聞いている。入浴を楽しみごとにして頂きたいので、無理やり入浴して頂くことはなく、出来るだけご本人が希望する時に対応できるよう支援している。季節によっては菖蒲湯やゆず湯なども用意し、季節感を味わって頂けるようにしている。 | 入浴は利用者の希望に応じていつでも可能であり週2～3回程度の入浴を支援している。利用者の体調や気分に合わせて日程・時間帯の変更や声かけする職員を変え利用者が気持ちよく入浴できるよう取り組んでいる。季節の変わり湯(ゆず湯、菖蒲湯等)や入浴剤の使用、好みの入浴用品(シャンプー等)の使用、スキンケア・塗薬の塗布等、利用者の清潔保持と入浴が楽しみとなるよう工夫し支援している。 | |
| 50 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | その人の体調や昨夜の睡眠の様子、当日の活動の状況を考え、午睡を勧めたり早く就寝するよう助言している。居室の室温や換気に気を配り、エアコンや加湿器を適時使用している。就寝時に暖房器具(電気毛布など)を使用されている方もおり温度調整をしている。 | | |
| 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 | 一人一人の内服薬等について、薬剤の情報票をファイルし、いつでも見られるようにしており、内服も個別に管理し、日付を書いている。内服の変更は申し送りノートに記入し、共有している。また内服変更時状態に変化があれば、すぐに訪問看護師や医師、かかりつけ薬局に報告、相談している。 | | |

| 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 |
| 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 | 花見、七夕、おせち作りなど、季節に応じた行事を行っている。一人一人のこれまでの習慣や得意などを考慮し、調理の下ごしらえや野菜の皮むき等その方ができることを見極め取り組んで頂いている。歌が好きな方には、その方が好きな歌手のCDやDVD、Youtubeを楽しむ場を提供している。 | | |
| 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、戸外に出来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 | 利用者様が要望を伝えられやすいように、お部屋でお話する時間を作っている。図書館に行くことやコンビニで雑誌の購入希望があり同行支援が出来ている。また家族の協力を得て、行きつけの美容室、受診は継続できている。直接買い物に行くことが出来ない利用者様に対しては広告やチラシを眺めて頂き、買い物代行をしている。 | 日常的に散歩や外気浴、買い物(コンビニ、ドラッグストア)、近隣へのドライブ、図書館等へ利用者個別の希望に沿って出来る限り即応し外出支援している。その日に即応できない場合は、利用者に理由を説明して翌日に対応する等で利用者が納得いくように取り組んでいる。家族とは外来受診や買い物、行きつけの美容室、自宅外出の協力を得ている。買い物に行けない利用者についてはチラシや広告誌と一緒に見ながら会話して、職員が買い物代行を支援している。 | |
| 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 | 遠方住のため、すぐに駆けつける事が出来ない家族様の希望に応じてホームで現金を預かっている。現金を所持することで気持ちが安定される方は少額を自己管理して頂いている。近くのコンビニに買い物に行き好みのものを購入する事も出来ている。 | | |
| 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 | 電話は自由にかけられるようにしている。また希望があれば手紙の返事を一緒に書く取り組みも可能。 | | |
| 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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 玄関は季節を感じられる花や創作物を飾るなど工夫している。事業所内の温度、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。 | 民家改修型のホームで防火強化の改装工事が行われている。食堂やリビング等の共用空間は、アットホームで落ち着いた雰囲気の空間となっている。温度や湿度、匂いや衛生面に気配りされており、花飾りや音楽を流し利用者が居心地のよく毎日の生活が送れるよう工夫している。玄関先にベンチ・テーブルを設置して、利用者が自由気ままに外気浴を楽しめるよう工夫している。 | |
| 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、お一人お一人の好まれる場所を把握し安心して頂けるような雰囲気作りをしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 今までの使い慣れた箪笥や食器、衣服などを持ってきて頂き、これまで利用者様が過ごされてきた環境と同じような雰囲気を作れるように配慮している。また家族の協力を得て、写真を飾る事で安心につながる事も見られている。 | 居室は1階の7室、2階2室で全室和室でありベッド・エアコン・押入れが備え付けられている。利用者の身体状況によっては2階を使用せず1階の居室を二人部屋として使用するなど柔軟に対応している。利用者はテレビ、冷蔵庫、タンス、鏡台、置物、写真など好みの物や使い慣れた物(湯呑等)を持ち込み安心して居心地よく生活できるような居室作りを支援している。家具の配置は行動線や自宅部屋での配置を考慮して安全・安心に過ごせるよう居室環境作りを工夫している。 | |
| 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 | 歩行不安定な方の動線を確認し、手すり代わりに家具を設置している。夜間でも不安なく歩けるよう室内やトイレ、廊下の電気をつけ転倒防止に配慮している。老人車を使用されている方もいるため、移動時にぶつからないよう見守りを行っている。 | | |