

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	1790100190		
法人名	株式会社 大桑の家		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 大桑の家 2F		
所在地	石川県金沢市大桑2丁目339番地		
自己評価作成日	令和8年1月15日	評価結果市町村受理日	令和8年3月18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	株式会社 tsunagu		
所在地	石川県野々市市高橋町9-41		
訪問調査日	令和8年1月30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)】

・「私たちは、あなたが日々笑顔で暮らせるように、寄り添いながらあなたを支えます」の基本理念のもと利用者の立場に立って、想いを最大限に尊重し、職員が支援できることは何かを見極め、支援しています。
 ・併設の小規模多機能型居宅介護を活かし、ボランティアの受け入れや、書道教室、また近隣保育園からの児童訪問、近隣のスーパーへの買い物等、地域との交流が深まる様努力しています。
 ・上記の他、月1の行事や外食、個人での散歩やドライブなど、外出ができる機会を多く作れる様努めています。
 ・利用者の希望を聞き個別ケアを行っています。

【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)】

理念と5つの基本方針をさらに現場に落とし込み、各ユニット毎に職員皆で1年の方針を考えることで、自然とホームの理念が職員一人ひとりに身になり、そして日々のケアに迷った際の道しるべとして機能している。
 小規模多機能からホームへ入居される方もおり、小規模多機能利用時の友人との関係性やつながりを大切にし、行き来を柔軟にすることで、馴染みの関係性が途切れずに心の豊かさに配慮された交流機会となるよう取り組んでいる。

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 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)	○	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	「私たちは、あなたが日々笑顔で暮らせるように、寄り添いながらあなたを支えます」という理念のもとに、各ユニットにて自分たちの日頃のケア理念「皆さんが穏やかに笑顔で過ごせるよう笑顔で、ふれあいます(寄り添います)」を掲げ利用者に関わっている。	理念「私たちは、あなたが日々笑顔で暮らせるように、寄り添いながらあなたを支えます」と5つの基本方針(①家庭的雰囲気②尊厳を大切に③家庭や地域との繋がり④地域との支え合い⑤身体拘束をしないケア)を掲げ、さらに理念が浸透するようユニット毎に理念を落とし込んだ年間方針として、2階「皆さんが穏やかに笑顔で過せるように笑顔でふれあいます(寄り添います)、3階「その人らしさを大切にいつも笑顔で過ごす事の出来るフロアを目指します」を考え実践している。	
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	同法人スタッフが地域の防災訓練に参加し、また買い物は近くのスーパーや薬局を利用したり、近隣の美容院を利用したりしている。	ホーム周辺には、利用者に縁のある方が営むお店が多く、美容院やカフェに出向き、交流する関係性が構築されている。また、近隣の保育所と児童との交流もあり、勤労感謝の日を中心に、園児がホームを訪れ、歌を歌ったり、手紙や手作りのプレゼントを利用者に手渡すなどの交流が見られている。	
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	家族向けお便りとして「大桑の家通信」を作成し、運営推進会議を通してホームでの利用者の日常や行事等の様子を地域へ発信している。		
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	隔月開催の運営推進会議では、利用者、市または地域包括、町会長、近隣の医師、介護事業所の方に参加して頂いており、行事や会議・研修などの報告を行い、ご助言を頂いている。	構成員は、町会長、家族、行政担当者、近隣歯科医、保育園職員、関連施設職員であり、隔月開催している。時には利用者も参加することもある。町会長から祭りや防災訓練の案内などを教えてもらう事も多く、地域の情報共有の機会ともなっているまた、議事録については、誰もが見やすい様に玄関先に設置してある。	
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	運営推進会議への参加以外でも市役所とは密に連絡を取っている。その都度、介護保険関係の助言・指導を頂いている。また、生活保護に関しては生活支援課の方に助言を頂いている。	運営推進会では、同法人のグループホームと合同開催しており、各ホームのヒヤリハット報告等にて行政担当者からリスクマネジメントの視点でご意見を頂くこともあり、そうした意見交換からリスクマネジメント研修のご案内を頂き、職員参加につながった事例もある。また、日常的にもわからないことを確認できる関係性を構築している。	
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	身体拘束の禁止は理念にも掲げられている。身体拘束のマニュアルを作成し、拘束をしないケアに取り組んでいる。また、定期的に委員会を開催しフロア会議での社内研修で身体拘束についての勉強会を行っている。	3か月毎に身体拘束虐待防止委員会を開催し、チェック表を基に拘束該当項目の現状確認や転倒・転落リスクの確認、センサー、歩行時の付き添い、その他の注意点といった予防の観点からも確認を行っている。毎年、身体拘束廃止に関する内部研修を開催し、職員への意識向上につなげている。また、各種会議にて、日頃の中で気になる声掛けや対応についても協議し、支援の質向上に取り組んでいる。	

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
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	虐待防止については、外部研修への参加や定期的に社内研修で虐待についての講習を行っている。虐待についてしっかり把握する様に努めている。フロア会議でも社内研修を行っている。		
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	成年後見人制度を利用されている方もおり、管理者やケアマネは司法書士の方と連携をとっている。制度の理解のため、研修に参加した。		
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	契約時はより細かな説明に心がけている。疑問なこと不安な事は、納得されるまで話を行う様にしている。		
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	利用者本人の要望は毎月担当者が思いを聞いて、フロア会議にて共有し、ケアプランに反映出来る様努力をしている。ご家族の訪問時気軽に話せる雰囲気作りを心がけている。各フロアに意見箱を設置している。苦情受付の案内を玄関に掲示している。	毎月ホーム便り(利用者写真と担当コメント)を家族に送付しており、利用者の暮らしぶりの共有につなげている。意見箱を設置しているが、家族面会時や電話連絡、ケアプラン更新時の際に直接要望を聞く事が多く、家族からの意見が言いやすい関係作りに努めている。	
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	日々の業務の中で随時話し合いが出来る様に心がけている。また、その都度毎月実施しているフロア会議で各自意見交換を行い、管理者と職員の意見交流の場になっている。管理者とユニットリーダーは、適宜リーダー会議を行い意見交流を行っている。年末には職員との面談も実施した。	全会議に施設長が参加しており、職員の思いを直接聞く事ができる環境である。自己評価を年1回、本人が記入したものをリーダー、管理者がそれぞれ他者評価し、管理者が面談(年1回)を実施している。改善点等のフィードバックだけでなく、困りごとやスキルアップにつながる助言も行い、職員の意欲向上に取り組んでいる。また、職員からの意見を取り入れ、令和7年度よりタブレット記録に移行し、業務改善につながっている。	
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けるよう職場環境・条件の整備に努めている	就業規則があり遵守されている。また状況に応じて就業規則を改定している。 職員の保有資格や職位職責に応じて給与を決定している。		
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	定期的な職員会議での内部研修と外部講師による研修を実施し、毎月フロア会議での社内研修で資質向上の為の外部研修受講には勤務調整、費用負担行なっている。		

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
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	介護サービス事業所会や同業種が集まる研修へはオンライン等も活用し参加している。グループホーム、小規模多機能併設事業所として他施設からの見学や研修の受け入れを行ない、近隣の同業者とは防火対策の協力関係を築き、お互いの運営推進会議にも参加し交流を図っている。		
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	ケアプランを作成し、ニーズを踏まえて不安な事、要望等に職員1人1人が耳を傾け、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。入所後も本人の思いをくみ取れる様会話や行動に留意している。		
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	家族が話しやすい雰囲気心がけている。家族からの疑問や要望、質問等に耳を傾けながら、良い関係づくりに努めている。ご家族様の意思を理解しサービスの提供に繋げている。		
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	ケアマネジャーやリーダーを中心に、必要としている支援を見極めサービス利用も含めた対応に努めている。情報を活かし早期対応を心がけている。		
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	職員と利用者が共に過ごす時間を大切に、本人が話しやすい空間作りを心がけている。何かあった場合は一緒に考え行動出来る様に努めている。		
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	家族との絆を大切にしながら、共に利用者を支えていく関係を築いている。訪問時や電話などで状況を伝えている。また毎月、請求書に一筆を添えている。受診にはご家族に同行頂いている。		
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	本人の人間関係や生活歴の把握に努めている。訪問時は、ゆっくりしてもらえる様な空間作りに配慮している。馴染みの人との関係が途切れないよう、流行に応じて面会や外出を支援している。	家族の協力を得て、自宅で家族とご飯を食べることで併設している小規模多機能からホームに入居した方には、行き来を行うことで、小規模多機能を利用している友人と交流する機会を設けている。また、親子三代で訪ねてもらい、交流する機会を通じて、子だけでなく、孫も含めた幅広い関係性との馴染みの交流の実現を図っている。	

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
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	利用者同士の関係の把握に努めながら、日中 はレクリエーションやアクティビティなどを行い、 利用者同士が会話が弾む関わり合いを持てる よう支援に努めている。		
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	必要に応じて、契約が終了しても連絡を取り、 相談や支援を築けるよう努めている。他事業所 に移動してもしばらくは情報提供・交換等もお こなっている。		
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	言葉だけではなく、本人の行動、表情等にも目 を向け思いを引き出せる会話ができる様に心 がけている。 ドライブ・散歩中や入浴中等の会話も大切なコ ミュニケーションと認識している。困難な場合 には家族や知人からも情報を得る様に努めてい る。	日頃から、一人ひとりの思いの確認をコミュニ ケーションを通じて行っており、主に食事面で 食べたいものが聞かれることが多く、ヒレカツ やステーキ、寿司などの会食機会につなげて いる。また、喫茶店経営していた方には、思い の実現のために自分で豆を選びたしなんでも らう機会を実現し、こうした取り組みから家族と の良好な関係性構築につながる事も多く見ら れている。	
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	本人との会話の中で、今までの生活歴の情報 収集に努めている。また、家族や知人からも話 を聞くなどしている。知り得た情報は記録に残 し、職員全員で共有し活用している。		
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	日々の生活の中で普段の状態をよく知ることに より、少しの変化でも気づく事が出来る。食事 作り、洗濯たたみや縫物、掃除など本人に出来 る事をしてもらい、現状維持に努めている。変 化等の気づきは記録等に残し、職員全員で共 有出来る様努めている。		
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	本人、家族、必要な関係者と相談しながら状態 に合わせたケアプランの作成に努めている。 6ヶ月または状態の変化があった場合にはプラン の見直しを行っている。また、毎月フロア会 議でモニタリングを実践し、管理者、ケアマネ、 看護師、介護職員の意見を出し合っている。	利用者3~4名の担当制にて、毎月モニタリ ングを行い、職員会議にて職員への周知を行っ ている。プランは6ヶ月毎には見直し、変更を 行っており、かつ、状態に変化が見られるよう であれば、その都度変更している。プラン内容 に変更点がある際は、変更点を赤字にすること で見やすくし、職員周知がいきわたるよう配慮 している。	短期目標が期間更新に合わせて変 更されていないことが多いため、評価 しやすい目標設定(具体的な数値を 用いた目標設定など)を行うことで、 しっかり取り組みを検証できるよう なることを期待する。
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	職員全員で共有出来る様、タブレットによる記 録を利用して申し送りを行っている。フロア会議 での意見・情報交換も、介護計画の見直しに生 かしている。		

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
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	利用者からの希望があれば一緒に感染対策を行ったうえで、買い物や散歩等に出かけている。体調の変化や状態の変化に応じて家族や主治医と連絡を取り、支援やサービスを増やしたり、変更したりしている。		
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	これまでの地域との関係が途切れる事なく、近隣のスーパー、薬局、美容院等を利用し、豊かな暮らしになるよう努めている。		
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	本人や家族の希望に沿った受診や訪問診療が選択が出来るようになっており、体調等に応じて情報提供や報告を行うなどしている。	在宅時のかかりつけ医やホーム提携医どちらでも選択できる体制である。提携医は24時間365日対応できる体制であり、専門外の科については、紹介状を作成し、家族送迎が基本であるが、必要に応じて職員が同行することもある。次年度には、ホームと受診先との情報共有方法をICT化し、オンラインにて迅速に情報共有できる体制を構築する予定である。	
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	日々の状態や変化等を、タブレットによる記録やメモ紙に記載すると同時に、口頭でも伝え、相談しながら、適切な受診や看護を受けられる様に支援している。		
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。	入退院時の相互の情報提供のほか、訪問などを行い、こまめに連絡を取りながら状態の把握に努め、病院関係者との関係作りをしている。また、退院時には病院のカンファレンスに参加し、ソーシャルワーカー、病棟看護師などとの話の場を持ち相互の状況を伝えあい情報の共有を行っている。		
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	契約時に看取りについても対応出来ることを説明し、どこで最期を迎えたいか、延命治療の希望等の意向を可能な限り「看取りについての事前確認書」に記入にもらい、急変時には事前確認書に基づき指針を作成する。こまめに現在の状況を家族・主治医に伝え、その都度、話し合いの場を作りご家族の意向を聞き取り、職員に共有している。	入居時にホーム指針を説明し、その時点での重度化等に関する意向確認を行っている。ホームでできること・できないこともしっかりお伝えし、実際にそうした状況になった際には、再度医師からも状況説明を行い、意向確認を行っている。令和6年7年については、お看取りの実践はない。ホームでは年1回、リーダー会議にてターミナル学習を行っている。また、ホームでの生活継続が難しく、病院や他施設へ移行する場合は、スムーズな連携が図れるよう支援を行っている。	

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
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	マニュアルを作成しており、定期的に職員へ書面での周知徹底を行っている。救急の際の手順を職員の目の届く場所に貼り付けている。防災訓練で初期対応の訓練を定期的に行っている。		
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	日中、夜間の緊急連絡網があり、119通報のマニュアルがある。マニュアルは職員の目の届くところにあり周知徹底を行っている。また、各主治医との連絡体制が築けている。	緊急時マニュアルが作成されており、緊急時連絡体制も整備されている。緊急時には管理者に連絡・相談し指示を仰ぐことができる。緊急持ち出し用に個人毎のファイルが作成され、事務所に備え付けている。また離設リスクのある入居者を把握し、リスト化することで緊急時にも備えている。	救命救急講習受講の機会を持つ予定である。
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	協力医療機関は、「北陸病院」や他3か所の市内の内科医「斎藤内科医院」「健生クリニック」「金沢はっぴいクリニック」があり、予防接種や緊急時などは、それぞれのかかりつけ医に連絡し指示を受けている。他の介護施設とも支援体制が確保されている。バックアップ施設は「万陽園」があり、法人の地域包括センター職員が運営推進会議に参加している。	協力医療機関は月2回の訪問診療の他、日頃から入居者の状態を相談し、連携できる関係性がある。バックアップ機関である近くの特養は包括が運営推進会議に参加し、状態変化時に相談を行っている。近くに同一法人の小規模多機能型居宅介護とグループホームがあり、日頃からお互いに緊密に連絡を行っており、支援や連携体制が構築されている。	病院と施設の情報共有をICT化するシステムの導入が検討されており、次年度内の導入を目指しています。補助金や助成金を利用できる可能性がある。
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	各ユニットに1名ずつ夜勤者を配置し、1階から3階で連携が取れる様になっている。緊急連絡網があり緊急時用のマニュアルも整備されている。連絡網について、掲示場所や内容などの再確認を職員各位に促した。	緊急時マニュアルが作成、見直しが行われ、マニュアルは事務所に備え付けられている。緊急連絡網が整備されており、電話のそばに掲示されている。ユニット毎に夜勤者が1名おり、緊急時にはお互い協力できる。また同一法人の小規模多機能型居宅介護とグループホームが近くにあり、必要であれば近隣に住む職員も4～5人おり、駆けつけることができる。	将来的には協力医療機関と24時間のオンコール体制を作りたいと考えている。
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	年2回、避難訓練を行っている。また、災害時の連絡網が整備されている。近隣に災害拠点広場の公園が整備されており、地域の避難訓練が行われている。昨年は参加しており、今年も参加予定である。	令和7年度は6月と12月で利用者・職員と避難訓練を行っている。町会からアルファ米をもらって、防災訓練では法人合同で50人前を実際に調理し食べてみることで設備の見直しにつながっている。年2回の設備点検は業者が行う。毎年9月に行われる地域の災害訓練には法人としてここ数年参加し、伝達研修も行っている。	

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
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	災害発生時の連絡体制、火災、地震発生時の対策方法が整備されている。スプリンクラーや消火器等の点検を年に2回行っている。備蓄品やマニュアルを適宜更新し、災害に合わせた避難方法の確認を行っている。	風水害・豪雪・水害・火災等のマニュアルが作成されており、定期的に見直しを行っている。また研修等で周知している。「防災グッズリスト」によりポータブル電源、カセットコンロ、非常用食料・備品等も備蓄され毎年9月に賞味期限等を含めて見直しを行っている。防災用品は1階外の倉庫で、食料は各フロアでローリングストックも行いながら備蓄している。	
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	声かけや傾聴など出来る限り行っている。言葉使いや対応が不適切な場合は、その都度職員同士で注意している。また定期的に社内研修で一人ひとりの人格を尊重とプライバシーの確保について講習を行っている。	プライバシーや尊厳に配慮した声かけをおこなえるよう、朝夕の申し送り、フロアミーティングなど会議で話し合っている。また定期的に認知症ケアやプライバシー保護についての職員研修を行い、排泄や入浴などの介助については特に注意を払っている。申し送りの際は入居者をイニシャルで呼ぶなど周りにも配慮している。	
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	本人の思いや希望で自己決定できるような声かけや対応を行っている。困難な場合は表情や行動から想いをくみ取り、解決に近づける様心がけている。		
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	出来る限り本人のペースを大切にし、希望に沿えるよう努めている。昨年は個別にその日にしたい事を聞いて実施していたが、個別に満足して頂ける支援に繋げるには、まだまだ試行錯誤の現状である。		

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
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	希望時には近隣の美容院や訪問カットを利用し散髪を行っている。季節にあった、好みの洋服を選び着てもらえる様支援している。衣装は出来る限り、本人と選んでいる。		
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	コロナが5類になってからも、感染対策のため一緒に食事をする事は出来ていないが、準備や片付けなど出来る事は一緒に行っている。好みやアレルギーを把握し、咀嚼や嚥下状態に合った食事の提供に努めながら、食事を楽しんで頂けるよう支援している。	感染症予防に配慮しながら、年2回の外出と月1回外出行事を行っている。日常生活の中で食事を楽しいと思ってもらえるよう、フロアごとに職員が企画し、季節ごとの行事食や入居者も参加しての手作りおやつなど希望や好みに合わせて提供している。入居者もできる範囲で下ごしらえ、調理、盛り付け、片づけ等を一緒に行ってもらっている。もうすぐ100歳になる方の誕生会が来月あるため、ご本人に希望を聞き、お寿司を目の前で握って食べてもらい、入居者と職員と一緒にお祝いできるよう職員が企画している。	
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	食事量や水分摂取状況は記録に残し把握している。摂取量が不足している場合は、形状を変えての提供、嗜好品の提供、或いは高カロリー食品の提供等、状況に応じた支援をしている。		
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	毎食後、声かけや誘導にてその方にあった口腔ケアを行っている。ご自身で歯磨きをされる方、義歯を洗う方、介助が必要な方、個々に応じて支援している。		
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	タブレットを活用し一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行う事で失敗を減らし、トイレでの排泄に繋げながら自立に向けた支援に努めている。入退院後は、オムツを使用する方も居るがオムツを使用しない支援も行っている。排泄に対する自立支援も個々の利用者に応じて行っている。	排泄チェックをタブレットで記録し、一人ひとりのパターンを把握し、失敗したという思いを少なくできるような排泄の支援を行っている。体調管理はもちろん、例えば声かけを早めにする事でトイレで排泄ができたり、パットの大きさが小さくならないか等、自立支援に向けて職員間でモニタリングし、話し合っている。自立支援に向けた取り組みで、結果としておむつの使用量が減ることは経済面でも効果をもたらしている。	

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	普段から水分補給は小まめに行っている。また、食事やおやつ等、乳製品を取り入れたり、軽体操を行ったりしている。 下剤が必要な方には、個々に合わせた量を医師からの処方のもと指示をおおぎ内服している。		
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、個々にそった支援をしている	一人ひとりが入浴を楽しめるよう個々の気分や体調を把握し、本人の希望にあわせて日を変更するなどして柔軟に対応している。その方の意向を聞き入れ、個々に寄り添った入浴支援を行っている。湯温や空調調整にも配慮している。	一人ひとりの希望に合わせて週2、3回、入る時間や湯温、会話などを楽しめるように支援し、入浴している。入浴を嫌がる方にも、時間や日を変えたり、声かけも工夫している。また音楽好きの方には動画共有サイトで音楽を流したり、季節のゆず湯を用意したりと工夫している。またビールの好きな方には、お風呂上がりの水分補給でノンアルコールビールを用意することもある。	
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	個々の生活習慣や体力に合わせて休息を促したり、適度な体操や軽作業を行い、気持ちよく眠れるよう支援している。 夜間のパトロールにて室温や入眠状態を把握し対応している。		
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	個々の薬情報を保管している。副作用や効果について理解する様努めている。症状や変化があった場合、ホームの看護師や主治医に相談、往診等を行っている。		
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	個々の要望に合わせて買い物や食事の準備など一緒に行っている。 また、ドライブや散歩、外食等も行っている。		
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	月1回の行事にて外出する様に努めているが、冬季期間は難しい。希望があれば散歩や買い物・ドライブなどに出掛けている。個別ケアでは本人の希望を聞き、外出や外食に行っている。 時には家族に協力を得ている時もある。	入居者の希望を聞いて、天候の良い時は散歩、買い物(スーパー、ドラッグストアなど)、少人数でドライブにも出かけている。近隣には公園が数多くあり、季節ごとの花を見に行くことも多い。入居者が家族と外出の希望があれば、本人が安心して出かけられるように行先など相談に乗り支援している。	
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	手元にお金を所持している利用者はおらず、ホームまたは家族が管理している。職員と一緒に買い物に出かけた際に、本人にお支払いを出来るような場面づくりに努めている。		

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
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	電話や手紙の要望があればその都度対応し支援している。現在は携帯電話を、所有している方は居ない。希望された際には、ご家族の同意を得てホームの固定電話にて連絡している。		
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	共有空間は、清潔の保持や音・照明・空調等が不快な刺激にならない様に配慮し、季節に応じて飾り物を変えたり心地よく過ごせるよう工夫している。また、利用者間のトラブルも不快や混乱の原因にならない様に配慮している。	共用の空間は居心地のよいものになるよう、職員は毎日の掃除はもちろん、温度や湿度、換気にも気を配っている。施設の入り口の下駄箱の上や、室内にも季節の行事にちなんだ飾りがあり、季節ごとに職員と利用者で飾りつけがしてある。施設内のところどころにソファや椅子が置かれて、観葉植物も飾られて、一人ひとりでゆっくりと過ごせる空間がある。	
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	ホール以外にもソファや椅子を配置し自由に過ごせるよう支援している。また、利用者同士での作業やしたい事を一緒に共有できるような空間づくりに努めている。		
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	テレビや本人の馴染みのあるものを持ってきてもらい、本人が心地よく過ごせる環境が整う様に、配置などにも配慮している。訪室の際にはノックなどで知らせ、了解を得てから入室するよう努めている。	居室にはベッド、チェスト、エアコンが備え付けられている。自宅から写真、絵、小物ケース、自分の作った作品等を自由に持ち込んでもらっている。 ベッドの配置は入居時に入居者と家族が相談して決めているが、歩行状態の変化やエアコンの風の当たり具合等で必要があれば変更することもある。	
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	玄関の下駄箱や居室やトイレ等に見やすい位置に手書きで書くなどして分かりやすいように工夫している。個々の動きや動線に配慮し物を設置している。状態に応じ、工夫した環境づくりを行っている。		