

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	1770300091		
法人名	株式会社 豊春耕雄企画		
事業所名	グループホームとも		
所在地	石川県小松市野田町丙110番地1		
自己評価作成日	令和8年2月26日	評価結果市町村受理日	令和8年3月31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3月10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)】

自宅を離れ、共同生活を送る中で寂しさや戸惑いを感じることもあっても、すぐ傍らに話聞いてくれる人がいる環境を作ることに重点をおいています。常に入居者の皆さんが何を欲しているのかをアンテナをはって気づくよう努力しています。できることできないこと、できる可能性を一人ひとり見極めること、また安心・安全な住まいの提供を心掛けています。電話やライン等でこまめにご利用者の状況報告等連絡を取るようになっています。面会、外出、外泊は現在自由にして頂いています

【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)】

運営推進会議では、町会長、民生委員、老人会会長、地域包括、小松市、家族等がさんかし、2ヶ月毎に開催している。ホームでの取り組み報告や身体拘束適正化検討委員会等が行われ、参加者からは、転倒への対応助言や介護に関する知見共有、職員のストレス軽減への助言等があり、参加者皆でホームの事を検討していることが、議事録から確認できた。月1回のミーティングでの意見交換のほか、所長や管理者が現場に入り、一緒にケアに携わっているため、日常的に意見交換が活発である。また、年1回、所長が個別面談を行っており、職場環境の相談をはじめ、多様な悩みに触れ、対応を行っているため、職員定着率は非常に高い。自然な排泄ができるように、乳製品を取り入れるなど食事内容に配慮している。オムツの人も含めて、出来るだけ便座での排泄が継続できるように、排泄チェックや情報共有して支援している。とりわけ尿意便意のある方については、適切なタイミングでのトイレ誘導を心がけ、トイレでの排泄介助を行っている。

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	「楽しいときは共に笑い、淋しい時は側に寄り添い野田のともで私達は家族になります」という理念のもと、季節感を感じられるような雰囲気作りや、行事などを行っている。またミーティングでは定期的に理念について話し合いを行っている。	左記自己評価に記載のある理念を掲げ、玄関に掲示したり、毎月のミーティングではケアの方向性に迷う際に、理念に立ち返っての検討を行っており、かつ、毎年年度末にミーティングにて所長からの理念学習を実施し、職員への理念浸透に取り組んでいる。	
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	町内会、長寿会(老人会)には所属しているが日常的な付き合いには発展していないが、町内の方が個人的週1回音楽療法にボランティア来てくれている。町内の避難訓練には職員が参加している。	近隣への散歩の際には、近くで畑をしている地域の方と顔見知りとなり、会話を楽しんでいる。地域から夏祭りのお誘いをいただくことやホームの玄関内まで町内祭りの獅子舞が訪ねてくれている。また、クリスマス時期には、近くの保育園から園児が来訪し、お遊戯を披露してくれるなど、地域に根付いた関わりが見られている。	
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	町内や校下内から併設のデイサービスを利用していた方で、当ホームに入所されている方がいる。認知症の相談→在宅介護の支援→ホーム入所と一連の流れの中で担当者が変わることなく、家族や地域の方々の拠り所となれるよう努力している。		
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	家族さん、市職員、民生委員等参加している。利用者の方々の日々の生活や、ホーム内での行事・運営状況等について報告している。その中でアドバイスなどを受けて取り入れたりしている。	構成員は、町会長、民生委員、老人会会長、地域包括、小松市、家族等であり、2ヶ月毎に開催している。ホームでの取り組み報告や身体拘束適正化検討委員会等が行われ、参加者からは、転倒への対応助言や介護に関する知見共有、職員のストレス軽減への助言等があり、参加者皆でホームの事を検討していることが、議事録から確認できた。	
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	小松市グループホーム連絡会や運営推進会議等において、制度的な質問や疑問について質問したり、わからない時は直接市役所へ聞いて、事業所の適切な運営の確認や迷いを解決している。	運営推進会議への参加での意見交換や制度改正、入退去、事故報告など、何かの際にはいつでも連絡・相談できる関係性である。また、小松市も参加するグループホーム連絡会にもホームとして参加しており、市や他事業所との交流機会にもつながっている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は施設の方針として行っていない。身体拘束についての勉強会を年に2回開催し意識向上を図っている。また、日頃から拘束と思われることがないか職員と話し合っている。運営推進会議においても話し合っている。	指針が整備され、研修は年間計画に基づき、年2回開催している。身体拘束は基本、ホームとして行わない方針であり、日々の支援においても、身体拘束につながりかねないケアがないか常に意識し、検証している。また、運営推進会議内において、身体拘束適正化検討委員会を開催し、参加者からの助言やホームの方針の共有を行っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	月1回のミーティングにおいて、職員間での確認を行っている。また日常的なインフォーマルな場面においても、職員間で意識するよう努めている。		

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
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	現在在籍なし		
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	本人若しくは家族に契約書、重要事項説明書に沿った説明している。また事業所内のサービスについては、契約と同時に説明し、同意を得ている。またセンター方式のシートの記入を家族に依頼し、入所後の生活に繋がりを有るようにしている。		
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	面会時や状況報告時、またケアプランの家族の意向を半年ごとに家族と連絡をとり個々の要望を聞き、よりよい生活に繋がるよう努めている。ミーティング等を通じて職員全員が周知できるよう努めている。	面会時やケアプラン更新時の要望確認、状態変化の報告の際など、家族へ連絡する機会は多岐にわたる。また、契約時にライン使用の同意を得ている家族とは、日頃からホームの様子等をこまめに共有することが出来ているため、気軽に思いが伝えられる関係である。苦情等については、苦情解決の要綱を作成し、契約時に周知している。	
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	①管理職会議(2か月/1回に開催)②合同ミーティング(1回/月)③ユニット別ミーティング(1回/月)や毎日の申し送り等において、「入所者にとってのよりよい生活支援」を目的としての提案ができる環境を整え、適切な運営ができるよう努めている。	月1回のミーティングでの意見交換のほか、所長や管理者が現場に入り、一緒にケアに携わっているため、日常的に意見交換が活発である。また、年1回、所長が個別面談を行っており、職場環境の相談をはじめ、多様な悩みに触れ、対応を行っているため、職員定着率は非常に高い。	
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	労働基準法、労働安全衛生法に基づき就業規則のもと職員の労働条件を整備している。また個々の家庭の事情に配慮し生活と仕事の折り合いをつけより長く安心して職務に従事できるように努めている。毎月の勤務表には職員の希望を聞いて作成している。		
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	外部研修、内部研修を実践し、自分自身のケアの振り返りや向上心を持てるような機会を確保している。また日常のミーティングや実践の場面でのケアの振り返りを主任やケアマネを中心に行っている。		
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	小松市グループホーム連絡会やに参加し、他事業所との意見交換会を行い、グループホーム間のネットワーク作りを行っている。		

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	入所前に本人の状況を確認するため訪問する。家族からや担当ケアマネから生活歴や状況を聞き本人の理解に努め情報を職員間で共有し、入所時には安心できるように対応するように努めている。		
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	上記と同様の情報収集を行っている。本人と家族とお会いするなかで、本人のニーズと家族のニーズの相違の見極めに努める。また、入所後の様子などラインで写真や動画で情報を送り、家族に安心してもらえるように対応している。		
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	相談内容によって、よりふさわしいサービスが予想される場合においては、併用の通所介護事業所、または地域包括支援センターなどに相談する体制を整えている。		
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	ケアする側という一方的にならないように月1回職員会議や、ケアプランを作成するときに話し合いを行い。本人の思いを取り入れているが、日常生活の中で職員が一方的に介護する側になっていることもある。		
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	入所したからといって、本人を支える社会資源がホーム内で完結してしまうことのないよう、家族との関係が疎遠になることのないように努めている。その為に、サービス計画書の家族の意向の確認や日頃の近況をラインなどで情報提供を行っている。		
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	利用者の家族や知人からの差し入れ、親類・友人などの来訪を入所者は心待ちにしている。入所後もこれまでの関係が継続できるように、来訪者にとっても風通しのよいホームであるように努めている。	面会については、ほぼみなさん事前に連絡をくれており、家族や知人が面会に訪れ、部屋での談笑を楽しんでいる。家族協力のもと、温泉宿や年末年始の自宅外泊、墓参り、法事の参加など、馴染みの場所を訪れ、楽しみの機会につながっている。	
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	利用者同士がお互いを意識して協力して生活することが生活の広がりや豊かさに繋がるよう支援している。その為に人間関係を把握し、座席の配慮等を行っている。職員が介入しなくても、人間関係に応じた能力が発揮できるような雰囲気づくりや環境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
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	契約終了後においては、医療機関への入院が多い。病院の地域連携室につないたり、家族の不安が解決できるように支援している。		
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	契約時に家族にセンター方式の一部を渡し、記入をお願いしている。その情報をもとに今後の生活に繋げている。また日々の関わりの中での入所者のさりげない発言や家族の来訪時に家族に在宅で生活していた時のことなどを聞き参考にしている。	行動や仕草、表情など、小さな変化を見逃さないよう、気になることは常に記録に残し、送り等にて職員共有を行っている。また、職員の定着率が高いことから、利用者の特性や日々の様子を十二分に把握しているため、変化を早期にキャッチできる環境である点も非常に強みである。	
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	センター方式の一部を活用し、これまでの生活歴や社会資源の把握に努め、本人の生活習慣や嗜好、生活などを大切に継続できるように努めている。また、生活の中で本人ができることを把握するように努めている。		
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	ADLの低下や認知面の進行を予防するためにも日頃の様子を毎日の申し送りで行い、状態の変化に気を付けている。		
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	本人の思い、ご家族の意向を傾聴し、プランを作成している。プランは6か月ごとに見直し3か月ごとには評価を行っている。また状態によってはその都度見直し作成している。	担当制であり一人の職員が2~3名担当している。「個別の関わり」の視点を大切にしている。アセスメントは計画作成担当者で担当職員と一緒に実施し、サービス担当者会議は半年毎にミーティング時に行い、その際に内容周知している。2表を介護記録に挟んでおき、サービス内容に番号を付け、プラン内容が記録に反映できるよう工夫を行っている。	
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	サービス計画書が実施されているかの記録、実施上での本人の声や客観的情報を整理し、記録している。それに基づいて申し送りや日常的なアセスメントを心がけ、モニタリング等に反映できるよう努めている。		
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	個別の対応として、特別な場合に受診同行したり、希望に応じて買い物や自宅に行くなどの支援を行っている。施設側からのアプローチは少ない。		

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	地域の民生委員や消防署とは運営推進会議や避難訓練の際にホームの状況を報告し、理解をもらっている。市の独自のサービスであるおむつ券や散髪券も併用できるよう支援している。		
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、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	かかりつけ医は入居後もなるべく変更することがないように継続した医療をうけることができるよう支援している。病院への付き添いは基本的には家族にお願いしている。協力が困難な場合は協力病院を紹介している。また受診前後の情報においては、書面や電話等で、密接に行っている。	約9割の利用者がホーム往診医を選択されている。3か所の往診医が介入しており、どこも24時間365日夜間含め連絡がとれる体制である。在宅時のかかりつけ医や内科以外の受診については、基本、家族付き添いとしているが、家族の事情等を鑑み、臨機応変に対応を行っている。歯科に関しては、受診対応となっている。	
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	協力医療機関の訪問看護師もホームの利用者に理解がある為、気になる症状などにおいては、気軽に応じてもらっている。また24時間体制で協力病院への連絡や指示を仰ぐことができている。		
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。	入院の際には、生活状況がわかる情報シートをもとに入院に至る経過や本人の心身状況を情報提供している。また入院期間中も、できるだけ密な連絡をとり、現状の把握や退院時における予測されるリスク等を考えている。退院時カンファレンスにおいては、家族の同意を得た上で出席している。		
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	医師から余命を宣告された場合は、医師、看護師、管理者、主任、計画作成担当者、家族などを交え、担当者会議等を行い、また介護職員間で話し合い、本人の苦痛をできるだけやわらぎ快適に過ごせる支援している。またご家族にも心置きなく過ごしていただけるように支援を行っている。	入居時に「重度化支援についての確認書」を書面にて確認しており、重度化や看取りの指針も作成されている。状態の著しい変化がみられる際は、その都度主治医と協議し、ホームで出来る事、出来ない事を明確にしたうえで家族に伝え、住まう場所を決めていただいている。この2年間で2～3名の看取り実践を行い、その後には毎回、ミーティングにて実践の振り返りを行っている。	
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	BCPIについては年2回、ミーティング等で周知し、話し合いを行っている。訓練に関しても年に2回実施している。		
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	緊急時の連絡体制のフローチャート化、マニュアル化し、周知を図っている。また利用者名簿を作成し、緊急時に必要な情報を整理している。また定期的に見直しを行い、その都度修正している。損害任意保険には加入している。	各事故に対応した緊急時・事故対応マニュアルが整備されている。事故、急変時、災害発生時等の連絡体制、連携体制を定めている。利用者ひとり一人に傷病者情報を作成して、救急搬送時に速やかに対応できるようにしている。夜間搬送時に家族と連絡が取れないときには、夜勤者が付き添い所長や管理者、近隣の職員がバックアップに入ることになっている。マニュアルは職員会議の時に確認し、周知している。	

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
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	協力医療機関とはホームの特質を十分に理解してもらったうえで連携がとれているが、介護老人福祉施設とはあまり接点がない。	協力医療機関は利用者18人中15人の主治医となっており、グループホームへは週に一度往診してくれている。また、24時間オンコール体制をとってくれているので、夜勤の時間帯でも架電して指示を受けることができる。内科以外にも、皮膚科、整形外科もあるので、利用者の医療管理については、総合的な支援が行われている。	
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	夜間は各ユニット1名の夜勤者を確保している。緊急時には管理者、主任をはじめ近隣職員の応援など、緊急連絡網に基づいた体制を確保している。ホームだけの組織ではなく、併設のデイサービスの職員も応援体制の中に配置している。	ユニット毎に夜勤職員を配置している。夜勤者2人のみになるのは19:00から7:30の時間帯であるが、その時間帯に救急搬送等緊急事態が発生した時には、「緊急時の対応」のようなバックアップ体制がとられている。夜勤者は協力医療機関をはじめ、グループホームの看護師、併設のデイサービスの看護師にもコールできる体制となっている。	
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	全体ミーティングで火災、水害、地震の避難訓練のDVDなどを視聴し想像して検討している。また町内の方と合同で避難訓練を実施できるように運営推進会議等で働きかけている。	防災計画、災害時避難確保計画(水害)、自然災害BCP等を策定して災害への備えを行っている。消防訓練、避難訓練、防災会議、小松市のハザードマップの確認等の実施を記録により確認した。	
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	災害時マニュアルやBCPに基づき、緊急時連絡網などの整備を行っている。非常食について随時消費期限などを確認している。災害時の必要物品については再度確認し、不足分の補充が必要である。	飲料水は一人一日2Lを3日分を利用者と職員分を備蓄している。食料はアルファ米やカップ麺などを同じく3日分、事業所全体で備蓄している。備蓄場所は、水害のことも考慮して事業所の2階で保管している。食料など賞味期限の短いものもあるため、年に2回は確認して、必要に応じて交換している。	
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	家族からの情報提供や日々過ごす中での言動を記録することで一人ひとりの人格を把握することに努めている。一方でなじみの関係となりすぎて声掛けに配慮を欠いている場面もある。職員会議や勉強会で、職員一人一人が意識できるようにしている。	「プライバシー保護の取扱マニュアル」を整備して、研修等を通じて職員へ周知している。トイレ誘導の時の声かけは、利用者の耳元でしたり、入浴時には、肌が露出しないようにタオルをかけること、居室に入る時にはノックをしてはいること等を心がけたケアが行われている。	
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	本人の思いを聞き、思いに沿った対応を心がけている。表出が難しい利用者には表情など思い図るが、充分にはできていない。		
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	施設の一日の流れはあるが、できる限り利用者のペースを優先するように努めている。職員のルーティンが優先になってしまうこともある。		

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	自分で衣装を選べる方には選んで頂いている。ボタンが外れたり、ゴムがゆるんだりしている時は職員が修繕を行い対応している。朝の整容支援を行っている。また、食べこぼしがあった時などは着替えている。		
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	好物なども聞いて提供しているが苦手な食材の時には代替えで提供している。食事の準備は職員が行っているが、料理の材料を伝えたり、調理の過程話したりしている。コロナ禍から食事を一緒にすることがなくなった。今後は一緒に行うように取り組んでいきたい。	献立は利用者と話し合い、出来るだけ好みのものを提供するように心掛けている。食材は近くのスーパー等に職員が買出しに出かけている。ミキサー食や刻み食、とろみをつける人、様々な利用者の状態に応じている。季節ごとの食材や、行事に配慮して、お正月にはお重を使ったおせちを用意したり、節分、ひな祭り等の行事食も提供している。	
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	主食は軟飯、お粥、副食は刻み、ミキサー食等に分けてそれぞれの好みや状態に合わせて提供している。食事摂取量、水分摂取量をチェック表に記入している。		
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	一連の動作で声掛け、介助が必要な方には必要な部分の介助を行っている。義歯の方は本人の了解を得て1回/日ボリデントでつけおき消毒をしている。		
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	排泄の有無は記録し職員間で共有把握している。過剰なオムツの使用はせずに、一時的に必要な場合でも回復に応じ早期にトイレでの排泄に向けて支援を行っている。日中と夜間でパットのサイズを変えたりと対応している。	自然な排泄ができるように、乳製品を取り入れるなど食事内容に配慮している。オムツの人も含めて、出来るだけ便座での排泄が継続できるように、排泄チェックや情報共有して支援している。とりわけ尿意便意のある方については、適切なタイミングでのトイレ誘導を心がけ、トイレでの排泄介助を行っている。プライバシーへの配慮にも注意している。	
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	水分摂取を促したり、進まない方には好みの飲み物を提供している。日々歩行訓練や体操を実施している。排泄時に便座に座った際の姿勢などにも配慮している。便秘時には豆乳などに置き換えている。水分摂取に心掛け声掛けをしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴するかしないかの確認を行い、拒否があれば次の日に入ってもらったりしている。湯加減の調整や入浴剤を使用し、ゆっくりと満足して入っていただけるよう支援している。重度の方にはご家族の了解のもと清拭、足浴、手浴をしている。	入浴は週2回、一人30分ぐらいを目安としている。介助や見守りでゆっくりとした時間を過ごすことが出来るので、利用者と職員が密な話が出来る時間となっている。しょうぶ湯やゆず湯、入浴剤なども使い、季節感や温泉気分を味わってもらっている。重度化により入浴が困難となれば、シャワーキャリー使用や清拭に切り替えて対応している。	

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	室温については、個々の希望に添えるよう都度調整を行うように努めている。長時間、座位保持している方には体圧分散を図ったり、横になって頂いたりご本人の様子を見ながら安楽に過ごせるように心がけている。		
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	主治医や薬剤師などの指導を受けながら薬箋等で内容について職員間で日々の申し送り等で周知し把握に努めている。内服薬変更となった場合には状態を観察し主治医への報告をしている。内服時の確認は職員2名で行い本人にも名前の確認をしている。		
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	家事作業など日常的な役割を持たれた方には必ず感謝とねぎらいの言葉がけを行っている。また、本人が得意なことを行い、張り合いのある日々を送れるように努めている。		
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	コロナ禍から外出に機会は減った。今後は本人の希望など取り入れて行っていきたい。	コロナ以降外出の機会は減っているし、外食などは中止している。現在は数人ずつ近くの足湯にドライブに出かけている。家族との外出は、特に制限していないので、墓参りや法事に出かけたり、外泊する方もいる。新年度はお花見を計画しているし、外食についても再開できるように検討中とのことである。	ホームでの外出企画の実現ができる事を期待している。
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	金銭を所持していない方がほとんどであるが買い物などの希望があれば家族の同意を得て施設が立替で付き添い支援している。		
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	電話は希望があればいつでも使用できるようになっている。		
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	浴室の温度はエアコンで調節、トイレには暖房を入れ温度調節を行っている。季節の花やその時期にあった飾りつけをしている。日が当たるときは本人に確認をしながらカーテンをしている。冬場は寒くないように配置換えをしたり臨機応変に対応している。	3月に訪問したので、リビングの壁にはひな飾りの壁掛けや、ひな人形が置かれ季節感を演出していた。毎日掃除の時には換気して、空気の入替えをして利用者の健康管理に留意している。建物の中は床暖房が施されているので、うち履きの必要がなく利用者の転倒防止にもなっている。トイレにも便座の暖房以外にオイルヒーターを設置して、寒くないような配慮をしている。	

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
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	気の合った利用者同士会話が弾むように座席に配置している。共用の空間で一人になれる場所はないがダイニングテーブルに座って(他の方と離れて)お茶やコーヒーを飲む支援を行っている。		
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	入居時に本人や家族と相談しながら使い慣れた馴染みのものを持って来て頂いている。テレビを見る方にはテレビを持参していただき設置している。持参された写真などを飾るなどしているがまだ殺風景なお部屋もある。反対にアプローチがあるために不穏状態を招く恐れがあり、その様な時には廊下などに写真等張り付けてます。	居室には、火事の元になるものや危険なもの以外は何でも持参でき、ホームからは「入居前と同じような環境作りをしたいので馴染みの家具などを持参ください」と説明しているが最近家具の持参は減っている。そのため、写真や衣類が主となっている。居室にはクローゼット、ベッド、テーブル、寝具等が備え付けとなっている。	
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	手すりを設置し移動しやすくしたり、ベッドの位置を変えるなどの対応をしてできるだけその方にあった生活ができるよう工夫している。段差がなく移動しやすい空間となっているがその事により身体機能を活かしきれないこともある。		