

グループホーム里の家 千歳

重要事項説明書

メリーライフ株式会社

グループホーム里の家 千歳

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	メリーライフ株式会社
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 佐藤 京子
所在地	札幌市清田区美しが丘3条2丁目1-8

2. 施設内容

施設の名称	グループホーム里の家 千歳
施設所在地	千歳市若草1丁目18番2
管理者名	長谷川 恭一
電話番号	TEL 0123-28-5184 FAX 0123-28-5183
開設年月日	2003年4月12日
施設の種類	認知症対応型共同生活介護（3ユニット）定員27人 介護予防認知症対応型共同生活介護
保険事業者指定番号	0171100191
運営方針	別紙運営方針・パンフレット
居室の概要	個室
共用施設の概要	台所・食堂・デイルーム・浴室・脱衣室・玄関・トイレ ・洗面所
緊急対応防犯防災設備	緊急時には隣接施設に連絡可能・火災報知器・消火栓

3. 職員体制

職名	人数	内容	氏名
管理者	1名	常勤で兼務	長谷川 恭一

1ユニット（スイセン）

職名	人数	内容	氏名
計画作成担当者	1名	常勤で兼務	作左部 麻里子
介護職員	5名	常勤で専従	丸山 公子
介護職員		常勤で専従	渡邊 七生
介護職員		常勤で専従	東江 夢花
介護職員		常勤で専従	今井 美智子
介護職員		常勤で専従	大門 祐介
介護職員	3名	常勤以外で専従	片岡 昭男
介護職員		常勤以外で専従	BHUEL CHHETRI MUNA
介護職員		常勤以外で専従	鈴木 梓

2 ユニット（ラベンダー）

職 名	人 数	内 容	氏 名
計画作成担当者	1 名	常 勤 で 兼 務	野 坂 栄 子
介 護 職 員	7 名	常 勤 で 専 従	斎 藤 文 雄
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	藤 倉 まり子
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	山 口 貴 大
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	中 野 尚 子
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	安 保 結 基
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	小山内 孝 子
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	和 田 絵里奈

3 ユニット（コスモス）

職 名	人 数	内 容	氏 名
計画作成担当者	1 名	常 勤 で 兼 務	近 江 那 奈
介 護 職 員	5 名	常 勤 で 専 従	新 井 千 代
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	川 村 拓
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	高 橋 香代子
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	神 谷 道 子
介 護 職 員		常 勤 で 専 従	遠 藤 恵 雅
介 護 職 員	3 名	常勤以外で専従	清 水 麻 里
介 護 職 員		常勤以外で専従	馬 場 悦 子
介 護 職 員		常勤以外で専従	KHATRI BARMA LILA KUMARI

※職員数及び職務内容

- ① 管理者 1 名（常勤兼務） ※3 ユニットの管理者兼務
- 管理者は、事業所の職員の管理及び利用者の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うと共に、職員に事業所運営に必要な指揮命令を行う。
- ② 計画作成担当者 3 名（常勤兼務）※スイセン 1 名， ラベンダー 1 名， コスモス 1 名（計画作成担当者の 1 名以上は介護支援専門員を配置する）
- 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境等を踏まえ、介護従業者と協議の上、援助の目的、その援助を達成する為の具体的サービス内容を記載した認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成し、その内容について利用者またはその家族に対して説明する。
- ③ 介護従業者 20 名（常勤専従）
- ・スイセン 5 名 （常勤兼務） 1 名
 - ・ラベンダー 7 名 （常勤兼務） 1 名
 - ・コスモス 5 名 （常勤兼務） 1 名
- （各ユニットの常勤兼務は、それぞれ計画作成担当者兼務）
- 介護従業者 6 名（非常勤専従）
- ・スイセン 3 名
 - ・ラベンダー 0 名
 - ・コスモス 3 名

- ・介護従業者は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立支援と日常生活の充実を支援するような適切な技術をもって介護を行う。
- ・介護従業者は、利用者と共に食事、その他の家事を行う。

4. 事業の目的

要支援2及び要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活を通じ、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活を営む事が出来る様共同生活介護サービスを提供することを目的とする。

5. 運営の方針

- ① 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送る事が出来るよう利用者の心身の状況を踏まえ、適切な介護に努める。
- ② 利用者個々人の生活習慣を尊重し、それぞれの役割をもって家族的な環境の下で日常生活を送る事が出来るように努める。
- ③ 利用者の心身及び認知症の状況に合わせた認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、心のこもったケアに努める。
- ④ 地域社会の一員として、日常生活を通して、地域社会に溶け込み、町内会の活動や行事に積極的に参加する。
- ⑤ 地域包括支援センター及びその他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携に努めると共に、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
- ⑥ 当事業所に運営推進会議を設置し、概ね2ヶ月の時期に開催を行い、各地域関係者及び行政関係者ご家族等から広く意見を聴取し地域に密着した健全な運営に努める。
- ⑦ 年1回の外部評価を受け、第三者からの評価を真摯に受け止めながら改善を図り、全体的な質の向上を目指す運営に努める。

6. 入居に当たっての留意事項

入居者の留意事項は次のとおりとする。

- (1) 相互に親和を図り争いを避けること。
- (2) お互いに金銭及び物品の貸借をしないこと。
- (3) 非常もしくは不穏な事態を認めた場合は直ちに職員に通報すること。

7, 勤務体制

管 理 者	9 : 00～18 : 00
介護職員	早出－7 : 00～16 : 00 遅出－11 : 00～20 : 00 日勤－9 : 00～18 : 00 夜勤－18 : 00～ 9 : 00

8, 利用状況（ 年 月 日現在）

利 用 者 数	定員 27 名
性 別	現在の入居者 ・ 男性 名 ・ 女性 名
要・介護度別	・ 要支援 2－ 名 ・ 要介護 1－ 名 ・ 要介護 2－ 名 ・ 要介護 3－ 名 ・ 要介護 4－ 名 ・ 要介護 5－ 名

9, 介護保険給付・介護予防給付サービス

利用料について	介護報酬の公示上額（1割、2割、3割）が自己負担
食 事 の 提 供	☆ 当ホームの献立表を基本として、栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 （食材料費は、給付対象外です。） ☆ 主な食事時間 朝 食 8 : 00 昼食 12 : 00 夕食 18 : 00
排 泄 の 介 護	☆利用者の心身の状況に応じて、適切な排泄を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ☆おむつを使用する利用者に対しては、必要時に交換していきます。
入 浴 の 介 助	週3回の入浴を主に行います。 その他利用者の状態により必要時に行います。
機 能 訓 練	☆個人の状態に合わせ、日常的に炊事、掃除、洗濯、レクリエーション、買い物、行事等に参加頂き出来ることから無理なく楽しく行なって頂けるよう援助します。
着 替 え の 援 助	☆毎日、生活のリズムを考えて朝・夕の着替えを行えるよう配慮します。 ☆不潔な状態の場合は速やかに着替えを促し対応します。 ☆個人の趣味を尊重し、適切な整容が行われるよう援助します。 ☆シーツ交換は週1回又、汚れた都度行います。
健 康 管 理	☆協力病院の医師・看護師と協議をして健康管理に努めます。 ☆日常の健康状態把握のために毎日バイタルチェックを行います。
相 談 及 び 援 助	☆利用者及び、ご家族からの相談について、いつでも相談しやすい体制を整えております。相談の内容については、速やかに必要な援助を行うよう努めます。
介 護 計 画	☆介護計画の内容については、誠意をもって援助させていただきます。

10. 保険給付・介護予防給付外サービス及び利用料

種 別	内 容	利用料
居 室 の 提 供	外泊・入院された場合も1ヶ月分お支払い頂きます。 入退居時の月は、日割りの計算となります。 スイセン ラベンダー コスモス 生活保護	月額・48,000 円 1 日・1,600 円 月額・30,000 円 1 日・1,000 円
食 事 の 提 供	食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。	1日・1,100 円
水道光熱費〈夏〉	電気・ガス・水道代	1日・1,000 円
水道光熱費〈冬〉	11月～4月の期間は、1ヵ月 9,000 円加算されます。	月 9,000 円
医 療 費	協力病院や他の施設での治療費	実 費
ク リ ー ニ ン グ	クリーニング業者に出された場合は実費となります。	実 費
オ ム ツ	小売店からの購入とさせていただきます。	実 費
行 政 手 続 代 行	市等での書類の申請交付、手続き等を代って行います。	無 料
理 美 容 等	必要に応じてご利用して頂きます。	実 費
行 事	別紙(運営方針)に記載されている年間行事により行事を予定し、利用者個々に合わせた行事も予定しております。	実 費
生 活 必 需 品	歯ブラシ・歯磨き粉・個人的に必要とするもの。	実 費
貴 重 品 管 理	基本的に持ち込まない。	無 料
健 康 管 理	年1回	実 費

介護用品の費用	紙おむつ・パッド類、室内用シューズ、防水シート、標準型以外の車椅子等、入居者及びその家族などの個人的な希望により福祉用具を利用する場合は入居者負担となります。 ※ 入居者が使い慣れた福祉用具などを持ち込み利用することは可能です。
---------	--

11. サービス利用料金

下記の料金表によって、ご契約の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付・介護予防給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。

要支援・要介護	日	要支援2	1	2	3	4	5
利用料金	1 日	7,490 円	7,530 円	7,880 円	8,120 円	8,280 円	8,450 円
保険給付額	1 日	6,741 円	6,777 円	7,092 円	7,308 円	7,452 円	7,605 円
自己負担(1 割)	1 日	749 円	753 円	788 円	812 円	828 円	845 円
自己負担(2 割)	1 日	1,498 円	1,506 円	1,576 円	1,624 円	1,656 円	1,690 円
自己負担(3 割)	1 日	2,247 円	2,259 円	2,364 円	2,436 円	2,484 円	2,535 円
約 1 ヶ月費用	30 日	22,470 円	22,590 円	23,640 円	24,360 円	24,840 円	25,350 円

◎ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払い頂きます。

要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。

(償還払い)償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した

「サービス提供証明書」を交付します。

◎介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

1 2、利用料金のお支払い方法

◎前記6・7の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、毎月10日までに請求しますので
当月30日までに下記の口座にお支払い下さい。

銀行振込先 北海道銀行 北広島支店
口座番号 (普)0743796

メリーライフ株式会社
グループホーム里の家 千歳
代表取締役 佐藤 京子

1 3、協力医療機関

医療法人社団 いずみ会 北星病院
医療法人社団 いずみ会 介護老人保健施設 北星館
医療法人社団 廣仁会 浅沼皮膚科医院
医療法人社団 向陽台歯科

1 4、苦情処理受け付け

当施設における苦情の受付(苦情やご相談は下記の窓口で受け付けております。

☆苦情受付窓口【担当者】 長谷川 恭一
受付時間 24時間 グループホーム里の家 千歳

1 5、守秘義務について

- ① 事業者は、サービス従業者又は従業員に、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供する上で知り得た利用者又は契約者等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- ② 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 事業者は契約書第18条に定める利用者の円滑な退去の為の援助を行う場合に、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文章にて契約者の同意を得るものとします。

1 6、緊急時の対応について

- ① 緊急時(地震・火災・事故)における事業者の対応については、別紙記載の緊急時対応マニュアルに基づき利用者の安全確保を行うものとし、すみやかに御家族に報告される事とします。
- ② 事業所内における感染予防については、別紙記載の感染予防マニュアルに基づき行うものとし、利用者及び従業員も含み感染予防に努める事とします。

1 7、消防訓練の実施について

- ① 事業者は年2回の消防(避難)訓練を定期的実施するものとし、緊急時における利用者及び従業者の安全確保についてすみやかに行動出来るよう訓練を行う事とします。
- ② 事業者は消防(避難)訓練をすみやかに実施出来るよう、前もって消防計画書(避難訓練要領)を作成し、これに基づき従業者は利用者の安全確保を行い、緊急時に備える事とします。

1 8、保険加入(

)

19、同意に関する項目

①【その他の利用料金に関する同意】

項 目	期 間	金 額
家 賃	1 ヶ月	48,000円
生 活 保 護	1 ヶ月	30,000円
食 材 料 費	1 ヶ月	33,000円
水 道 光 熱 費	1 ヶ月	30,000円
水道光熱費（冬）	1 ヶ月（11月～4月）	9,000円

②【情報提供に関する同意】

本契約に関する入居者は、以下の場合の時に個人及び家族の情報を必要最小限の範囲において用いることについて同意します。

- 1、サービス担当者会議等の利用者の生活についての検討をする場合。
- 2、事故等により病院受診、又は入院の必要が発生した場合。
- 3、退居にあたり今後の在宅生活の為に必要な当グループホームでの生活状況を情報提供する場合。
- 4、当グループホーム利用中に、他の介護サービス、医療サービス利用の為に他事業所への情報提供をする場合。
- 5、各市町村より情報提供の依頼があった場合。

以上

③【緊急やむを得ない身体拘束に関する説明】

当グループホームでは、心身ともに安心して生活して頂く事を主旨としていることから、下記についての身体拘束は行いません。

- 1、徘徊しないように、車椅子や椅子、ベットに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2、転落しないように、ベットに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 3、自分で降りられないように、ベットを柵（サイドレール）で囲む。
- 4、車椅子や椅子からずり落ちたり立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 5、立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 6、脱衣やオムツ外しを制限する為に、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 7、他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベットなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 8、行動を落ち着かせる為に、向精神薬を過剰に服用させる。
- 9、自分の意思で開ける事の出来ない居室等に隔離する。

以上

④【夜間ケアに関する同意】

当グループホームを利用するにあたり、下記の内容を十分に理解した上で同意します。

- 夜間（18:00～翌 9:00）の各居室の職員見回りを定期的に行う事で常に入居者様の安全確保に努めると同時に、万一の事故発生についても早期発見する事を目的としています。
（個々人の状況に応じ、その都度対応する事と致します。）

⑤【感染予防及び緊急時対応に関する同意】

当グループホームを利用するにあたり、下記の内容を十分に理解した上で同意します。

1, 感染予防マニュアルについて

- ・入居者様同士及び職員も含み、感染予防、対策を別記の項目のとおり行い、グループホーム内での安全確保に努める事。

2, 緊急時対応マニュアルについて

- ・以下の緊急時におけるグループホームでの対応及び連絡について、別記のとおり行い、入居者様の安全確保に努める事。

○転倒、緊急時について。

○地震などの災害時について。

○昼夜における火災発生時について。

以上

⑥【介護保険証更新申請に関する同意】

当グループホームでは、ご利用期間中の入居者様の介護保険証更新申請手続きをサービスの一環として行っております。当事業所の代理人が入居者様御本人又は、御家族様に代わり手続きを行いますが、下記の手順で手続きを行う事と致します。

1, 介護保険証期限切れ2ヶ月前に管理者より御家族様に代理申請を行う旨御連絡を差し上げます。

(御家族様が更新手続きを行う場合は、その際管理者にお申し出下さい。また、連絡時ご不在の場合につきましては、当事業所で手続きを進め、事後の御連絡となる場合が御座いますのでご了承下さい。)

2, 当事業所代理人が更新期間中に申請手続きを行います。

(御家族様が更新手続きを行った場合は、御手数ですが申請日の御連絡をグループホームまでお願い致します。)

3, 申請を行った保険者（各役所）より、介護認定調査日の連絡がグループホームに入りますが、その日時について管理者より御家族様へ御連絡差し上げます。その際、認定調査に御家族様が立ち会われるかの確認をとらせて頂きます。

4, 介護度認定調査が終了した後、新しい介護保険証が介護保険証に記載してある住所に送付となりますので、届き次第当グループホームにお持ち下さい。

以上について同意します。

20. 里の家運営推進委員会の設置

当グループホームでは2006年4月より改正された介護保険法第85条の運営推進委員会の設置義務を受け、「里の家運営推進委員会」を下記の通り設置するものとします。

《里の家運営推進委員会・規定》

〔主旨〕

介護保険法第85条に基づき、運営推進委員会を通して、諸関係者より要望や助言を聴取し、地域との関わりをもちながら地域に密着した運営に努めることを目的とする。

〔方針〕

ご家族や地域の方々及び各関係者との関わりを通して、広い視野に立ち要望や助言などを積極的に聴取し検討を行い相互理解を得ながら、地域密着型サービスの遂行に努める。

- ①グループホーム里の家は地域の社会資源として、認知症高齢者が住み慣れた地域の中で継続した安心した暮らしが送れるよう「地域の支え」の確立に協力し、また地域の受け皿として地域社会に貢献できるグループホームの運営に努めること。
- ②認知症高齢者への理解を求めながら、またグループホームと地域との関わりを通して地域交流に発展できるよう働きかけを行い、地域社会の一員として社会参加できるよう努めること。
- ③要望や助言を基に入居者の処遇の改善及び認知症ケアの質の向上に努め、適正なグループホーム運営を目指すこと。

〔委員の構成〕

当委員会の会長はホーム長が就任することとし、他委員の構成はホーム側より区分に応じて選出を行い、各関係者に会の主旨及び協力依頼を行い理解を得ながらの構成とする。また、区分においての人数は定数としない。運営推進委員会の構成される委員の構成区分については下記の通りとする。

- | | |
|--------|----------|
| ・当ホーム長 | ・地域の民生委員 |
| ・家族の代表 | ・福祉関係者 |
| ・町内会長 | ・本社職員 |

〔委員会の運営〕

- ①運営推進委員会は当グループホームに入居されている方々の個人情報の保護に十分配慮した運営に努める。
- ②運営を進めるにあたり、ホーム長が企画の立案及び開催時期等の連絡調整を行うこととする。
- ③各委員より要望、助言など聴取した事項を事業所職員が議事録として作成し、また参加者名簿に署名捺印を行い添付し、ホームにて保管する。
- ④推進委員会での要望、助言や活動内容などを市へ情報提供及び報告を行い、評価を受け、運営推進委員会の向上を図り、より地域に密着していけるよう努める。

〔実施期間〕

里の家運営推進委員会は概ね2ヶ月に1回を開催することとするが、諸事情により期間及び開催の回数時期等についてはその限りではない。

以上

2 1、重度化（ターミナルケア）に関する指針

メリーライフ株式会社の認知症対応型共同生活介護における、入居者の健康管理・医療連携・重度化（看取り）において各基準を設け対応する指針をここに定める。

【目的】

メリーライフ株式会社の運営するグループホーム里の家千歳の入居者が、可能な限り継続してグループホームで生活できるよう、健康・医療面からのサポート体制を確立し、当グループホームの方針を明確化することにより、的確な介護支援が行えることを目的とする。

【健康管理】

日常的な健康管理は入居者個々の状態を把握すると共に、異常を早期発見する為日々の記録により状態観察を行なう。また、定期的に医療機関による指導を受ける。

<健康管理基準>

- ・入居者のバイタルチェック表及び個々のファイルにより情報確認する。
- ・毎日のバイタルサインの測定、本人の訴え、身体状況の把握と異常の早期発見に努める。
- ・定期的な医療機関による指導を受ける。

※医療法人社団いずみ会北星病院は医療連携業務委託契約に基づき、日常的な健康管理については1ユニットにつき、週1回約1時間定期的訪問をすること。病院看護師と24時間連絡体制を確保し、健康管理面の指導・援助を行う。また、非常勤の看護師も日常的な健康管理を行う。

【医療機関との連携】

医療機関や主治医との連携を密にし、入居者の医療面・緊急時における対応をする。

<医療機関連携基準>

- ・緊急時の受入れ。
- ・入居者の医療相談。
- ・健康管理に伴う受診、往診等。

※医療との連携は入居者が生活を送る上で、更に介護職員がグループホームで介護をする上でも大変重要な意味があります。容態急変の際はそれ以上悪化させない為にも、また一日も早く元の健康状態に戻る為にも医師の診断を受け入れる必要があり、日頃から普段の様子や状況等を説明出来る様な体制を整えておく。

協力医療機関

○医療法人社団 いずみ会 北星病院

○医療法人社団 いずみ会 介護老人保健施設北星館

※入院中の扱いについて、1ヶ月以上の長期入院に際しては入居者・ご家族・医療機関等との話し合いの上、以後の方針を定めることとします。

（入院中は、介護保険自己負担分・食材料費・水道光熱費は請求致しません。）

【重度化（ターミナルケア）について】

現在入居されている方の身体状況等は年々変化するのは避けきれず、重度化し終末期に移行することをごく自然と捉え、その様な状況を踏まえ、その方がその方らしい人生を生きる為サポートしたいと考えます。ホーム内での看取りについては、長年過ごした場所で親しんだ人々に見守られ最後を迎えられることであり、入居者・ご家族等に看取りについての覚書等の話し合いの場を設け意向を尊重し対応していきたいと思います。

<重度化、看取りに関する確認事項>

- ①ホーム内における医療体制の理解（ホーム内の医療行為は禁止されている事、医療連携業務委託の契約をしている医療法人社団いずみ会北星病院との連携により24時間の体制を確保している事、夜間緊急時連絡により職員が駆けつけ受診できる体制である事）。
- ②容態の変化等に伴う緊急時の対応については、非常勤の看護師または職員が医師との連絡を取り判断する事。夜間においては夜間勤務職員が医療連携体制に基づいて病院看護師と連絡を取り緊急対応を行う事。
- ③家族との24時間の連絡体制を確保している事。
- ④重度化、看取りの介護に対する家族の援助、同意を得る事。

<ターミナルケアの具体的内容>

○ 入居者に対する支援

- ・環境整備の実施 ・清潔保持への配慮 ・栄養と水分補給を適切に行う
- ・排泄ケアを適切に行う ・身体的苦痛の緩和 ・コミュニケーションの重視
- ・プライバシーの配慮

※ホーム内でのターミナルケアについては、入居者・ご家族等の希望があり、ご家族等の理解・協力が得られる場合に支援を行いたいと考えています。

※入居者の状況により、その都度ご家族・医療機関等との連携を図りながら対応調整して参ります。

<看取り介護加算の請求につきまして>

看取り介護加算を請求する場合、入居者が退去等をする際、退去等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。

以上

2 2、介護保険制度改定に伴う加算

当グループホームでは 2024 年 4 月より改定された介護保険制度に伴い、下記の加算項目についてその条件を満たした場合随時加算手続を行って参ります。

尚、この度の加算内容については職員の質及びサービスの質向上に関する内容となっております事ご理解賜れば幸いに存じます。

< 加 算 項 目 事 項 >

1、医療連携体制加算

入居者が可能な限り継続して入居していただけますよう、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備しました。体制加算として、一日につき 37 円を加算致します。

2、若年性認知症利用者加算

入居者が若年性認知症の場合、利用料金加算として一日につき 120 円加算致します。

3、看取り介護加算

入居者及びご家族が、当施設での看取り介護に同意をいただき実施した場合、下記の通りに加算致します。

(1) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 円（一日）
(2) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 円（一日）
(3) 死亡日以前 2 日又は 3 日	680 円（一日）
(4) 死亡日	1,280 円（一日）

4、夜間支援体制加算Ⅰ

基準人員数を満たした場合、一日につき 50 円加算致します。

5、夜間支援体制加算Ⅱ

基準人員数を満たした場合、一日につき 25 円加算致します。

6、認知症専門ケア加算Ⅰ

専門研修を受講した職員が介護サービスを行った場合、一日につき 3 円加算されます。

7、認知症専門ケア加算Ⅱ

専門研修を受講した職員が介護サービスを行い、さらに諸条件を満たした場合、一日につき 4 円加算されます。

8、サービス提供体制強化加算Ⅲ

勤続年数が 10 年以上の介護福祉士が 25%以上となった場合、一日につき 22 円加算致します。

9、介護職員処遇改善加算

介護職員の給与処遇改善のために国が定めた追加費用で、一ヶ月の加算額は下記の計算式により算出されます。（2024 年 6 月から適用）

$$\text{介護報酬所定総単位数} \times 155 \div 1000 \text{（小数点以下四捨五入）（円／月）}$$

10、退居時相談援助加算

利用者が自宅に退居される場合、今後の生活について相談援助を行った上で、文章による市町村等へ情報提供を行った場合、一回につき 400 円加算されます。

11、入院時費用

入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、再度入居の受入れ体制を整えている場合、一日 246 円を加算されます。（但し六日間を限度とします）

12、口腔・栄養スクリーニング加算

利用開始時及び利用中 6 月ごとに、利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定する。 六ヵ月につき 20 円加算されます。

13, 生活機能向上連携加算

医療提供施設の P T ・ O T ・ S T ・医師が訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行い、計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成する場合、一ヵ月につき 200 円加算されます。

14, 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。一ヵ月 40 円加算されます。

15, 身体拘束廃止未実施減算

- ・緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わない。
- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備する
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に行う。
- ・身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

以上の基準を満たしていない場合、一日 10%減算されます。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更致します。

※ 2024 年 6 月現在で当事業所が加算可能な項目は 1. 8. 9. 12. となりまた、上記加算条件を満たした場合は随時加算手続きを行うこととなります。

23、個人情報保護法

2005年4月1日より施行された個人情報保護法に基づき、当グループホームの対応は以下のとおりと致します。ご家族様及び諸関係者様方々にはご不便をお掛けする場合も御座いますが、法令遵守の運営指針である事をご理解頂ければ有難く存じます。

記

- ①入居時の入居契約時の代筆者（ご家族の代表とされる方もしくは身元引受人）以外の方が入居者及びご家族等の情報提供を求められた場合、電話または文書等いかなる方法を問わず、当グループホームが管理把握する個人情報をお伝えする事は出来ません。（例外として、生命、身体異常の為当グループホームが必要と判断した場合は除く。）
- ②当グループホームへの訪問時又は情報提供希望時は、契約時にお渡しする（若しくは後日送付する）「家族カード」を持参し、職員に提示して頂く事。
- ③当グループホームへの訪問時には、必ず「面会簿」への記入をして頂く事。

以上

上記について同意します。

【「家族カード」必要枚数_____枚】

※ご家族様が必要と思われる枚数をご記入下さい。

会員 No. _____ 会員 No. _____ 会員 No. _____ 会員 No. _____

会員 No. _____ 会員 No. _____ 会員 No. _____ 会員 No. _____

24、身元引受人

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物等を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担いただきます。

25、連帯保証人

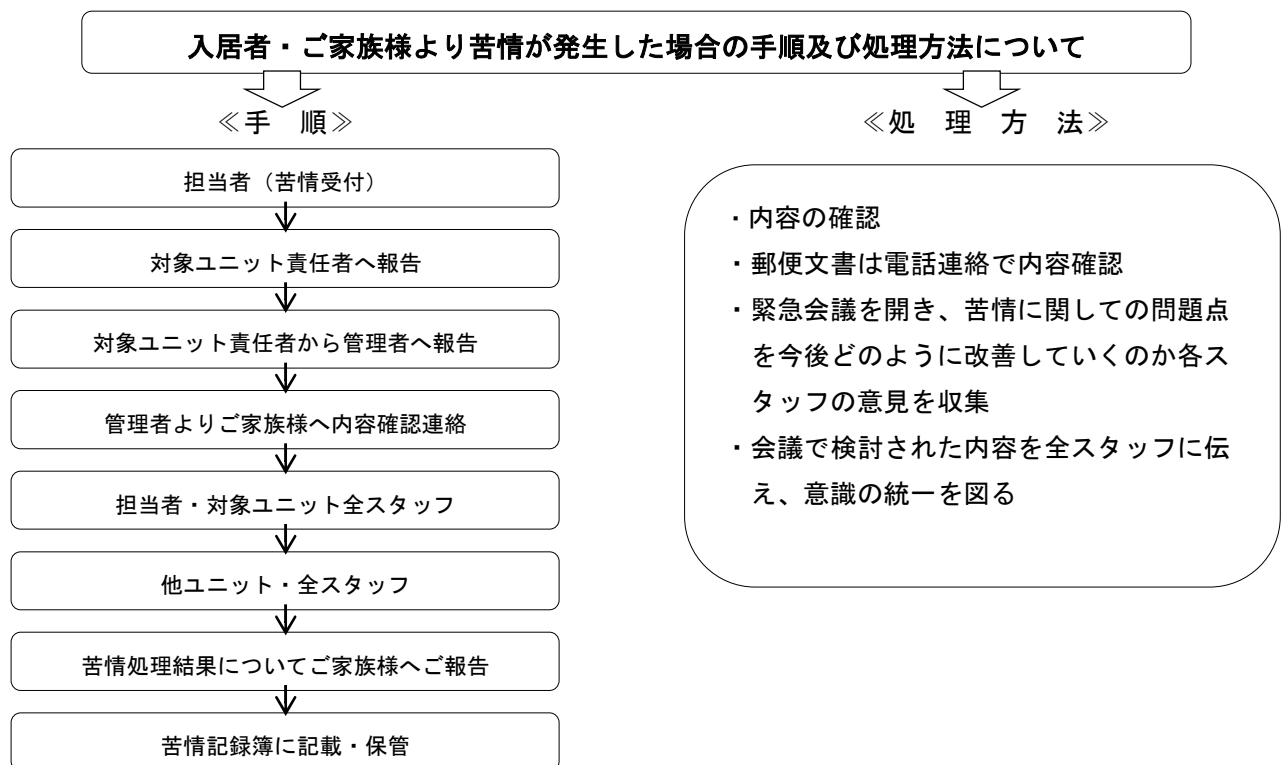
連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額40万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、事業者及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

苦情についてのご説明

《苦情の受付》 担当： 管理者 長谷川 恭一

- ① 利用者及びご家族様から苦情が出た場合、重要事項説明書に明記してある苦情処理担当者が窓口となり内容を聞き、更に復唱し内容を確認する。
- ② 郵便等文書にての場合は管理者がその内容を確認し申立者に電話連絡をして内容の確認を行う。
 - 1、苦情が出た場合
 - ① 担当者は対象ユニット責任者に連絡する。
郵便等文書で苦情が入った場合は、担当者より各ユニットの責任者に連絡する。
 - ② 緊急に会議を開き、苦情に関する問題点をそれぞれの職員から意見を出して貰い、今後どのように改善するかを話合う。(会議参加者：担当者、ユニットのスタッフ)
 - 2、会議終了後
会議で話われた内容、結果を他ユニットの全スタッフに伝え意識の統一を図り、利用者にとってより良い環境をつくる事に努める。
 - 3、苦情処理状況を苦情記録に記載し保管する。



4、その他の苦情受付機関（苦情受付の第3者機関として）

- | | |
|--------------------|----------------------|
| (1) 千歳市役所 | T E L : 0123-24-3131 |
| (2) 北海道国民健康保険団体連合会 | T E L : 011-231-5161 |
| (3) 石狩支庁 | T E L : 011-231-4111 |

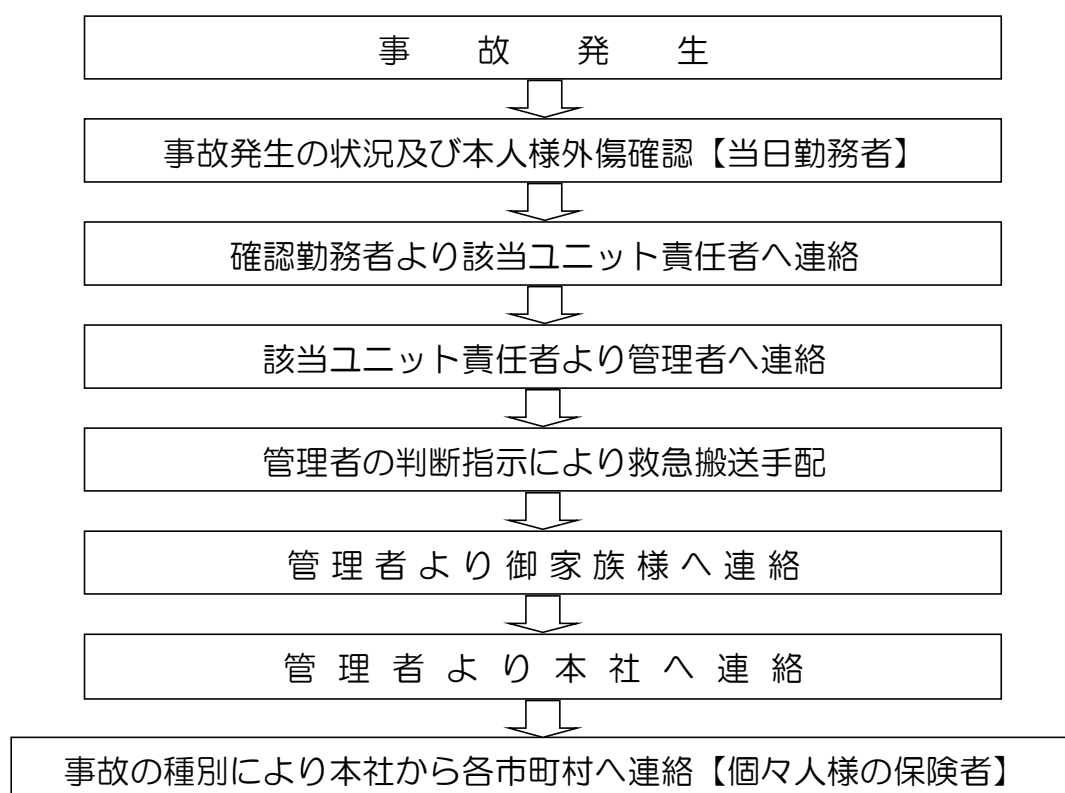
当ホームにおける苦情の受付（苦情やご相談は下記の窓口で受け付けております）

☆ 苦情受付窓口(担当者)	長谷川 恭一	《管理者》
※ 担当者不在時	鈴木 力也	《本 社》
受付時間 24 時間	グループホーム里の家千歳	【T E L】0123-28-5184

事故発生時からの対応の流れについて

○当グループホーム内で事故（転倒、感染症等）が発生した場合の対応連絡の流れを以下の通りとし、ご家族様への迅速な状況報告を行うものと致します。また、各市町村（個々人様の保険者）への連絡についても、その事故の種別により随時連絡の徹底を行うものとし、ご家族様及びご本人様の安心に繋がるよう努めて参ります。

《事 故 発 生 か ら の 流 れ》



※上記の流れに沿い、迅速で丁寧な対応に努めて参りますが、ご家族様への連絡の際、不明瞭な点が御座いましたら都度管理者にお尋ねください。よろしくお願い致します。

グループホーム里の家 千歳

【管理者】 長谷川 恭一

TEL 0123-28-5184

FAX 0123-28-5183

目標達成計画

事業所名: グループホーム里の家千歳

作成日: 令和 7年 8月 26日

【目標達成計画】

優先 順位	項目 番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	13	・外部評価において消防署とのやり取りや記録上で特に問題はみられなかった。しかし、この項目では「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」と記載されている。例えば実際に火災が起きてなくても防災監視盤やスプリンクラー制御盤からのエラー音が出た場合の止め方や、自家発電機の起動方法などは特定の職員しか対応できていない。他にも物置の鍵や物置の災害用品の把握など、全職員が正しく把握できているかと言えば難しい状況となっている。せっかくの設備が所謂「宝の持ち腐れ」となってしまう心配がある。	・項目にある「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」よう取り組む。 ・監視盤や制御盤などの取扱いについて、どの職員も場所や簡単な操作の把握に努める。もしくは特定の職員に対しエラー時の操作方法などレアケースの対応について習得する機会を設ける。 ・その他にも普段から確認している消火器の場所や初期消火の手順に限らず、防火扉、避難経路を整えておく意識や、高いところに物を保管しないなど、改めて防火・防災について対応を見直す。 ・上記の取り組みについては、特に運営推進会議を中心に活用し、幅広い視点で外部や家族に報告や発信する。	・例えば工夫として、各箇所に①→②→③など番号を貼って高齢の職員がわかりやすい工夫を検討する。 ・監視盤や制御盤の設置位置や扱い方について、例えば防災訓練や防災コンサルタントが点検に来る際に学習の機会を設ける。 ・職員個々の技量や理解力に合わせて、学ぶ機会をすすめていく。 ・身近なホーム周辺での気分転換や外気浴などを日常の散歩においても、入居者の歩行ペースや冬場の想定など避難訓練や防災訓練を少し意識して実施してみる。 ・取り組んだ内容については運営推進会議やラインなどで地域や家族へ発信していく。	1年間
2					
3					
4					

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	0171100191		
法人名	メリーライフ株式会社		
事業所名	グループホーム里の家千歳・スイセン		
所在地	千歳市若草1丁目18-2 TEL 0123-28-5184		
自己評価作成日	令和7年6月1日	評価結果市町村受理日	令和7年9月8日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0171100191-00&ServiceCd=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	令和7年7月22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)】

当事業所では、愛のある暮らしの中で、楽しく生涯を送れることを願い、信じ合える、希望ある福祉を創造し、社会に貢献していくことをモットーにしています。
具体的には、ご自宅での生活状況が、入居しても延長したものとなるよう配慮しながらご自宅に近い環境となるよう努め支援させて頂いています。馴染みのある家具や道具に囲まれながらの食事作り、畑仕事、地域の交流などで、生活のリズムを通して、忘れていた昔の自分を取り戻し、穏やかに日常が過ごせるよう支援に努めております。
また、職員一人ひとりが、入居者様と生活を共にしていることを常に意識し、ゆっくりと関わりをもち、落ち着いた環境でコミュニケーションを図っております。

【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)】

--

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55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			
56	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	63	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと		
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない		
57	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:18,38)	○	1. 毎日ある	64	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回程度ある				2. 数日に1回程度		
			3. たまにある			○	3. たまに		
			4. ほとんどない				4. ほとんどない		
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	65	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 少しずつ増えている		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない		
			4. ほとんどいない				4. 全くいない		
59	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:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない		
60	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:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	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				2. 利用者の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない		
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく 過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	68	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない		
62	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、安心して暮らしている (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						

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	管理者を中心に、申し送りや会議などで、理念についての解釈や理念に沿った考え方を学習する機会がある。また、ユニット内に理念を掲示し、意識して業務に取り組む環境づくりに努めている。		
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	主に管理者が対応し、包括主催の地域ケア会議に参加している。また、畑で収穫した作物の寄付や、除雪の無料奉仕をしてくださる方がいて、地域とのつながりを感じられる出来事が多い。		
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	主に管理者が研修会などで、事業所での取り組みや支援方法を発表している。職員も、実践で得た知識や視点を自分の住む地域で役立てることができるよう意見を交わしている。		
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	2ヶ月に1度管理者を中心に開催している。直近の入居者の状況や事例検討、課題など現状を報告。参加者からは、忌憚のない意見をいただき、サービス向上に活かしている。		
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に取り組んでいる	主に管理者が対応している。特に保護課や介護認定係の実態調査など協力し、本人の代弁者として権利擁護を意識し対応している。		
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束廃止適正化委員会を設置し、2ヶ月に一度11項目の具体的な禁止行為について1項目ずつ話し合う機会を設けている。コロナ禍を経て、オンラインも活用しながら内・外の研修に参加できるよう調整しており、不参加職員には後日伝達研修に努めている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止に関する指針を元に、管理者が中心となって、日頃から些細な事例であっても対応の仕方について話し合う機会を設け、常に意識を持ち、早期発見と適切な対応に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	成年後見制度を利用している方が2名おり、管理者と後見人の対応を参考に、制度の理解や協働の様子を学習の機会として参考にしている。		
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	主に管理者が対応している。重要事項説明や契約は時間をかけて行っており、インテークから入居後のケア状況まで丁寧に対応している。		
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並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	重要な説明や、慎重な対応は主に管理者が窓口となって対応しており、知り得た情報は職員間や本社に周知されている。		
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	主に管理者が本社とのパイプ役となっているため、基本的には管理者へ相談・報告の上、本社で精査後に反映がある。		
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	基本的には資格取得により給与が上がる環境となっている。休日希望や勤務形態などは極力配慮された勤務表となっている。		
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	月に1度の内部研修の他、主に管理者からOFF-JTについて情報提供や促しがある。また、初期段階や個々のスキルに合わせたOJTもユニットリーダーを中心に行っていて、自己研鑽できる環境づくりに努めている。		
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	市内にある絆の会は各グループホームの管理者たちにより構成されており、年会費を払いながら運営されている。この場での研修や意見交換は盛んである。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の実態調査時にはユニット職員も立ち合い、さりげない会話や表情から本人の気持ちを読み取り、家族からの情報も取り入れて、安心してホームでの生活が始められるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	申し込みや施設見学の段階から、家族の考え方を丁寧に聞き取りし、本人への思いを汲み取りながら、双方の関係性を大切にしたい関わり方に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	事前アセスメントで把握した情報をもとに、本人及び家族が抱える課題を専門性を持った視点で的確に捉え、必要な支援サービスを包括的に検討・提供できるように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の主体性や意思を尊重し、自分の力を発揮しながら生活できるよう過介護に留意している。また、病気や症状で一括りにせず、人生観や考えに寄り添った関わり方に努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	面会やSNSを通じて、ホームでの生活の様子を身近に感じていただく機会を大切に、家族の意見を取り入れながら、本人にとってのより良い生活を支えていけるよう努めている。		
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	認知症の特性から、その関係性の継続がやや負担になる場合があるため、本人にとって心地良い関係性が継続できるかしっかりアセスメントし、家族を通じて交流を行っている。		
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	定期的に行事やレクリエーションを行い、共同生活による楽しみや喜びを感じていただけるような機会を設けている。その際は、個々の性格や相性を考慮して席順を決めたり、良好な関係性が築けるよう会話の橋渡しをしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入所中だけの関係性に留まらず、退居後も気軽に訪問できるように声をかけすることで、近所で困っている方の入居相談やウエスの寄贈など、さまざまな形で関りが継続できている。		
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	意図して本人に聞き取りをしたり、さりげない会話や何気ない仕草・表情から、本人の気持ちや考えを読み取り、職員間で情報共有しながらケアに反映できるよう努めている。		
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	これまでに関わってきた各関係機関からの情報と併せて、さりげない会話の中から本人しか知り得ない生活歴も聞き取りしている。		
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	日常の様子や心身状態、気になる症状や特変についても職員間で申し送りや情報共有をこまめに行うことで、現状把握に努めている。		
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	生活の様子を医師や薬剤師、歯科衛生士と共有し、本人や家族の希望・要望を取り入れながら、より良い生活にするための課題をさまざまな視点から見つけ出し、その意見やアイデアを大切にしながらケアプランに反映させている。		
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	日頃の様子やケアプランに沿ったケアの実践で得た情報を個別に記録している。また、職員の主観で評価しないよう定量評価も取り入れ、総体的にケアの評価をして見直しに活かしている。		
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	これまでの認知症ケアにとらわれず、入居者本人や家族からの希望や要望に沿ったサービス提供に努めている。iPadを使用して音楽や動画を流すなど、ITを使った楽しみ方も取り入れている。		
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	職員間の情報とあわせ、入居者にも市の広報誌や地域のフリーペーパーを見ていただきながら、本人の好みを聞き出し、インフォーマルな資源が活用できないか検討している。		
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	心身の状態を日頃から報告し、家族の思いや考えを聞いておくことで、持病の悪化や心身機能の低下に慌てることなく、納得した上で、適切に医療機関を受診できるようにしている。		

自己 評価	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護日が定期的であり、口頭で情報提供し、日々の体調管理に努めている。必要に応じて電話診療を行い、医師からの指示やアドバイスを仰ぐなど、適切に医療機関との連携が図れている。		
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、また、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。又は、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。	入院する際には、フェイスシートや日常生活動作表など必要と思われる情報を速やかに提供している。主に、管理者が窓口となり、家族や医療相談員と連携し、安心して加療や入院、早期退院に繋がるよう支援している。		
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	入居の段階で家族には意向を確認したり、さりげない会話の中から本人なりの終末期への思いを聞き出し確認している。また、1度の確認で終わらず、大きな体調変化がある時には、改めて家族の意向を聞き、支援に取り入れている。		
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	特変時や事故時のマニュアルが作成されている。実際に発生した時に慌てないよう、日頃から管理者を中心としてシュミレーションや話し合いを行っている。		
35	13	○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	本社を中心としてBCPが策定されていて、各職員の初動が明確になっている。また、日頃から防災管理やシュミレーションなどを行い、緊急時への意識向上に取り組んでいる。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	出来ない部分をアセスメントし、さりげなく事前準備を行うことで自分の能力を発揮しやすい環境を整えたり、羞恥心に配慮した声かけに努めている。		
37		○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	入浴や入床時など、個別で傾聴する時間を大切にし、話しやすい環境づくりに取り組んでいる。また、認知症の特性を踏まえた意思決定支援に努めている。		
38		○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	日頃から、本人の意向や選択を尊重し、その時々々の心身の状態に寄り添いながら、快適で安心できる過ごし方ができるよう支援している。		
39		○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	清潔を保つことや機能や介助のしやすさだけを重視せず、本人の心地良さや好み、意欲向上なども大切な保清支援を心がけている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○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	季節を感じられる旬の食材を取り入れたり、ホットプレートを使って目の前で調理し、食欲増進に繋がるよう工夫している。個々の力に合わせた家事参加も促し、充実感が得られるよう努めている。		
41		○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	本人の好みや一度で摂取できる量を適切にアセスメントし、補食や経腸栄養剤の経口摂取を取り入れながら、無理のない範囲で楽しく摂取できるよう取り組み、摂取量を毎日記録している。		
42		○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	定期的に訪問歯科による検診や歯科衛生士による口腔ケアが行われている。その際、個々の能力や口腔内の状態に合わせたアドバイスがあり、毎食後の口腔ケアに活かしている。		
43	16	○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	排泄時間や量・変化などを個々に記録し、そこから得られた情報をもとに排泄間隔を把握し、気持ち良くトイレで排泄できるよう促している。失敗した際は、保清を素早く行い、羞恥心や自尊心に配慮した声かけを心がけている。		
44		○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	個々の排便の形状・量などの観察に努め、本人にとっての最良な自然排便を考え、水分量の調節や体操・食物繊維の摂取を行っている。医療とも情報を共有し、適時下剤調整を行っている。		
45	17	○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	日頃から入浴に対する気持ちをアセスメントし、入浴が好きな方、苦手な方それぞれの気持ちに寄り添いながら、本人にとって最も気持ち良く入浴を楽しめるよう、誘導時の声かけや事前準備を大切にしたい入浴支援に努めている。		
46		○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	個々に合わせた支援ができるよう、ホール内にも休息できる環境を整え、個室での休息がかえって不安感を増強させ安眠できない方には、あえてホール内で休んでもらえるようにしている。		
47		○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	薬剤師による居宅療養管理指導を契約し、訪問診療時の立会いや薬の説明、観察アドバイスがある。与薬時は、職員間でダブルチェックを行い、統一した与薬方法で事故防止に努めている。		
48		○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	本人や家族からの情報をもとに、今ある能力を発揮しながら楽しめる活動提供や家事参加を促し、生活の質の向上に取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	○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。また、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	日常的には、本人の希望に合わせながらホーム周辺の散歩を行い、五感で季節を感じられるよう支援している。バスでの外出行事や個別で思い出の地を巡る行事を計画し、ホーム以外で過ごせる時間を大切にしている。		
50		○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	現在、金銭を個人管理している入居者はおらず、家族や施設管理となっている。購入希望や依頼があれば、家族と相談したり、職員が買い物代行して、要望に応えている。		
51		○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	個々の希望や能力に応じて、電話や動画の送信、手紙の作成など、心身の負担のない範囲で、楽しんでやり取りが行えるよう支援している。		
52	19	○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	入居者と一緒に壁飾りを作成したり、ホーム周辺で摘んできた花を飾るなどして、季節を実感できるよう工夫している。また、その飾りを含め、ホール全体が乱雑になったり、過度な刺激にならないよう留意し、個々の好みに配慮しながらも、安楽に過ごせる環境整備に努めている。		
53		○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	テーブルやソファを複数個用意したり、その配置を工夫することで、その日、その時の心身の状態に合わせた過ごし方ができるよう臨機応変に対応している。		
54	20	○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	さりげない会話の中で知り得た使い慣れたもののへの思いや好み、心身の状態の変化などの情報を家族と共有し、本人本位で安楽に過ごせる環境づくりに努めている。		
55		○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」や「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	日頃から個々の身体機能や認知機能の把握に努め、残された能力を最大限に活かせるよう支援している。本人の自主性や主体的な行動が促せるよう、常に寄り添った関りを大切にしている。		

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	0171100191		
法人名	メリライフ株式会社		
事業所名	グループホーム里の家千歳 ラベンダー		
所在地	千歳市若草1丁目18-2		
自己評価作成日	2025年6月1日	評価結果市町村受理日	令和7年9月8日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0171100191-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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)】

当事業所では、愛のある暮らしの中で、楽しく生涯を送れることを願い、信じ合える、希望ある福祉を創造し、社会に貢献していくことをモットーにしています。
具体的には、ご自宅での生活状況が、入居しても延長したものとなるよう配慮しながらご自宅に近い環境となるよう努め支援させて頂いています。馴染みのある家具や道具に囲まれながらの食事作り、畑仕事、地域の交流などで、生活のリズムを通して、忘れていた昔の自分を取り戻し、穏やかに日常が過ごせるよう支援に努めております。
また、職員一人ひとりが、入居者様と生活を共にしていることを常に意識し、ゆっくりと関わりをもち、落ち着いた環境でコミュニケーションを図っております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	令和7年7月22日

【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)】

事業所は、千歳市の中心から車で10分程の向陽台地区に在り、バス停やコンビニ、病院が至近距離で、周辺には自然の木立にも恵まれ暮らし易い環境である。事業所は4項目からなる「里の家の理念」をサービスの基軸とし、個別に特化したケアに取り組んでいる。特に、身体拘束廃止適正化委員会や高齢者虐待防止委員会で、指針の内容についての確認や禁止対象となる各項目等を多面的に掘り下げて協議し、更に、事故やヒヤリハットの事例を丁寧に検証するなど、認知症の各疾患を踏まえた個別ケアが適切であったか、職員は謙虚に振り返りながら次に向けたアプローチ方法を建設的な姿勢で模索している。管理者は、根拠を明確にした良質なケアマネジメントがチームケアの根幹と考え、職員の意識統一を図っている。管理者は利用者を家族と共に支えていく関係を大切に、訪問時や電話、LINE、SNSを活用し、利用者の動画や写真に近況をメールで配信し、サービスの透明性を図りながら、家族の意向を受け止め利用者本位のケアに役立っている。食事は手作りに拘り、日常の家庭的料理から日本の風習や習慣を取り入れた特別食は暮らしを彩り、喜びや満足感につなげている。在宅生活の延長線上にあることを思い、看取り支援は基より、信頼関係を醸成しながら、利用者をはじめ家族にも第2の自宅として安らぎと笑いのある事業所を根ざしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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			
56	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	63	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと		
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない		
57	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:18,38)	○	1. 毎日ある	64	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回程度ある				2. 数日に1回程度		
			3. たまにある			○	3. たまに		
			4. ほとんどない				4. ほとんどない		
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	65	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 少しずつ増えている		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない		
			4. ほとんどいない				4. 全くいない		
59	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:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない		
60	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:49)		1. ほぼ全ての利用者が	67	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				2. 利用者の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない		
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく 過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	68	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが		
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが		
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない		
62	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)	○	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						

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	法人全体で理念を共有しており、ユニット内でも理念を掲示し、意識して日頃のケアに反映するよう努めている。適時理念を踏まえた支援のあり方について会議や日々の業務の中で話し合いを行っている。	法人の「里の家の理念」は要所に掲示し、会議等で話し合い浸透を図っている。職員は日々の支援を通じて、理念に沿ったケアを行っており、管理者は職員の姿勢から利用者一人ひとりに合わせた介護の実践状況を確認している。	
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	管理者を中心に地域の他事業所、地域住民、包括などと連携し、関係構築を図っている。ホーム近郊に住んでいる入居者の家族や職員も多い。	管理者は地域や行政、同業者とネットワークで積極的にに関わり、運営に反映させると共に認知症の理解を地域に講じている。地域の情報は回覧板や地元在住の職員から得られ、野菜のお裾分けや冬の除雪支援を受けるなど、良好な関係を継続している。	
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	主に管理者を中心に、地域における認知症高齢者への関わり方や保険制度、入居相談などの場面でわかりやすい説明や、認知症の理解に繋がるよう努めている。		
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践、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	2か月に1度実施しており、参加が難しい方に対してもSNSなどのオンラインの活用や、事前に電話で意見の確認を行うなど、前後の情報共有を大切にしている。	会議は奇数月ごとに年6回開催している。利用者状況や運営の報告、事故・ヒヤリハットの発生状況等を詳細に説明し解決策を議論している。包括職員や町内会役員、同業者、薬剤師、家族からの情報提供や提案は運営に生かしている。議事録は全家族に配布している。	
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に取り組んでいる	主に本部職員、管理者が中心となり対応している。事故が起きた際の状況報告、運営推進会議で話された内容報告などの機会を利用したり、保護課や介護認定係などとも連携している。	行政との対応は本部職員と管理者が担っている。運営推進会議で包括職員から適宜情報を得ている。地域ケア会議や災害時情報共有ミーティングへの参加のほか、介護認定時や保護課担当職員とは情報を共有し、利用者の様々な課題解決に向け指導を仰いでいる。	
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	マニュアルを整備し、2ヶ月に一度のユニット会議内では身体拘束の具体的な禁止項目について話し合っている。ユニット内での事故や業務の見直しの際にも、身体拘束に触れていないかという視点を踏まえながら振り返っている。	2か月毎に委員会を開催し、身体拘束禁止の項目を丁寧に掘り下げ、事例と付き合わせながら協議を重ね具体的な案を探り、利用者の穏やかな生活に繋がる様な支援に努めている。職員は、年2回の研修で学び理解を深め、虐待チェックリストで自己採点を行い、意識向上を図り、不適切ケア防止に取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	2か月に1度身体拘束廃止適正化委員会を設けており、高齢者虐待防止についても触れ、見直す機会としている。内外の研修参加を促し、参加できない職員には、書面を利用して伝達研修に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	内部研修で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設けている。理解が難しい点もあり、管理者が中心となり、実際の事例を踏まえながら、学習の機会をもうけている。		
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	主に管理者が行っている。ホーム内の見学を入居前に実施しており、その際に契約内容やケアの内容を分かりやすいように説明して、不安や疑問点がないようにしている。		
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並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	面会時や電話、SNSでの連絡時に、意見、要望の確認を行っている。意見箱も設置し、直接話し辛い意見、要望も聞けるようにしている。職員が意見や要望を確認した場合は、随時管理者に報告し、情報共有している。	管理者は家族の心情を察しながら、多くの意見や要望を出してもらえる様に、殆どの家族とLINEを交換し、最新の情報を動画や写真、メールで提供し安心に繋げている。面会や電話は元より、毎月の便りでも暮らしぶりを伝えている。利用者や家族の要望には、可能な範囲で応じている。	
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	日々の業務の中での意見や要望、気になることは随時管理者へ報告している。代表者に確認が必要な場合は、本社へ確認と了承を得てから、反映できる点についてのみ対応してくれている。	管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、日常ケアやユニット会議で職員の意見に耳を傾けている。内容によっては本部に掛け合うなど、職員の意見が反映できる環境を作り労働意欲に繋げている。管理者と職員はメールで常に情報を共有しており、良好なチームケアに取り組んでいる。	
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	休日希望や、勤務変更など個々の希望条件にできるだけ合わせてシフトが組まれている。勤続年数や有資格に合わせて立場がステップアップしており、介護職員処遇改善加算の支給は手厚い。		
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	全職員が内部研修を受けれるように、割り当てている。外部研修への参加もできるように案内を配布し、受講できる環境を整えている。受講していない職員も資料の閲覧や参加者への質問を通し知識向上に努めている		
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	市内のGH管理者が集まる絆の会に主に管理者が参加し、現場に情報が伝達されている。個々の職員の学習意欲やプライベートのスケジュールに合わせ、適時職員へ参加を促している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に家屋調査や実態調査を行っており、本人以外にもCMやSW、施設職員から情報提供を受けている。ホームへ見学の際には、本人にリラックスして頂けるように努め、不安や要望を話しやすいようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前や契約前に、不安や要望について十分な聞き取りを行い、不安点を解消や、安心して入居ができるようにしてる。入居後の様子もこまめに連絡し、家族が安心して任せられるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族と面会し、必要な支援を見極めて、より良いケアが受けれるように準備を行っている。社会資源も含め必要なサービスの利用を検討、提案し環境を整えている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活歴を確認し、例えば趣味を活かした余暇活動や家事参加を一緒に行い、生活を共にする者という認識を持ってもらえるようにしている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	日々の生活の様子をSNSで動画や写真で送信している。生活状況に特別な変化があった時には電話連絡するなど、こまめに家族へ情報共有し、家族の判断や想定される支援方法を一緒に考えるようにしている。		
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	コロナ禍を経て、SNSやオンラインの活用は継続しており、家族間でデータ共有による本人の状況把握が行われている。徐々に面会が増えており、家族以外とも会う機会が増えてきている。	コロナ禍の緩和により、家族、親族、友人等の訪問が多くなっている。家族同伴で外食や法事、選挙の投票に出かけるなど、社会との関係性を大切に支援している。夏の浴衣を利用者と共に着付けて、スイカを頬張るなど、日本の風習を味わいながら昔を懐かしんでいる。	
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	普段の生活においても独りの時間を好む方がおり、無理に介入せず行事や余暇の際に席を変えてさり気なく他者と交流ができる環境を支援している。その際には職員が間に入り、円滑なコミュニケーションになるよう関わっている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退居後に不要になった衣類やタオル、オムツの寄付がある。退居した家族が入居者を紹介してくれたり、別の施設で過ごす入居者の姉妹が転居してきた事例もある。		
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	普段かさりげない会話を大切にしており、知り得た情報は職員間で共有し、生活の質が向上するよう支援している。過度な要望や意見は家族や医療機関も含め話し合っている。	日常生活の中で、利用者の意向を把握できる様に、言葉かけを意識するなど心がけている。在宅生活の延長線上にある事を思い、入居時には家族への聞き取りや家屋調査を行い、希望に添える暮らし方を検討している。	
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	家族に限らず、以前入居していた施設やサービス関係者からの情報も大切にしており、本人が慣れ親しんだ環境に近づけるよう支援している。		
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	日々の関わりの中で本人の心身状態やADLを観察し、その日、その時、あるいは週や月単位で観察するなど、今有する能力を発揮できるよう支援している。		
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	月に一度のユニット会議で現状の課題やケアのあり方を話し合い、介護計画を作成している。ケアプラン内容の変更時には、本人と家族の意見や希望を確認してから作成してプランに反映している。	本人、家族の意向の確認と医療関係者の意見を合わせ、ユニット会議で協議し、より良く暮らせるための現状に即した介護計画を策定している。要因をアセスメントし、利用者の尊厳の保持と身体の安全のバランスを取りながら、事故予防にも生かせるよう取り組んでいる。	
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	毎日の様子を個別の記録に記入し、ユニットの全職員が情報の共有をできるようにしている。早期周知が必要とされる場合には申し送りノートや口頭で情報共有を図っている。		
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	希望や要望に対しては迅速にユニット内や管理者で情報共有し、検討の上対応している。対応が難しい場合には別の案を施設側から提案するなど柔軟に対応している。		
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	地域の広報誌や市のホームページなどの媒体からも情報把握に努め、地域資源の活用が、入居者の有益となるよう取り組んでいる。		
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	提携医療機関の月2回の訪問診療と週1回の訪問看護の契約を結んでいる。気になることや、体調変化があった場合には電話診療を行い、随時医療相談ができる体制が整っている。	月2回の訪問診療、週1回の訪問看護師、月1回の訪問歯科で口腔ケアなど協力医療機関と提携し適切な医療が受けられている。終末期対応希望時は24時間体制の医療機関への移行を進めている。入居前からのかかりつけ医や専門科医への通院は職員が対応している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問診療前に医療機関に対し、入居者の様子を事前にFAXで伝え、当日の診療がスムーズに行われるように支援している。訪問診療当日には聴診や採血などが認知症の本人にとって負担にならないよう支援している。		
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、また、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。又は、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、必要な詳しい情報の提供や生活の様子を伝え、認知症の患者が安心して医療支援を受けることができるよう支援している。入院中は管理者が窓口となり医療相談員と連携し早期退院に努めている。		
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	本人と家族の終末期への意向を入居時から確認を行っている。本人、家族の意向と、医療機関からのアドバイスなどを参考に支援方針をまとめ、日常的にユニット内で情報共有しながら、重度化や終末期のケアに取り組んでいる。	終末期の対応については指針を基に説明を行い同意を得ると共に、事前に本人、家族の意向を確認している。事業所は多くの看取りを経験しており、今後起こりうる重度化の症状や予測される状態について、段階的に医療関係者、家族、職員と話し合い、方針を共有し、尊厳ある最期のケアをチームで臨んでいる。	
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	過去の急変や事故などの事例を、学びや教訓としており、緊急時ファイルの設置の他、日ごろから個々の入居者の変化にいち早く気が付いたり、対応できるよう努めている。		
35	13	○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を踏まえ、定期的に災害発生時の対応について訓練や、備蓄品、災害用品の再確認などを振り返る機会を設けている。	今年度の1回目として7月に総合訓練をユニット別に様々な介護場面を想定し火災避難訓練及び自然災害時のシュミレーション訓練を実施している。事業継続計画書を作成し、非常用備蓄品や発電機を確保している。同業者同士で協力体制を構築している。	年1回の設備点検時を活用して、防災設備会社の指導を仰ぎながら、全職員が迅速に発電機を稼働できるような運転訓練や防災用品の定期点検及び周知徹底が図れるよう対策を進めることを期待する。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	排泄介助や入浴介助時の声掛け、声のトーンや内容に配慮しており、入浴の際には同性の介助に努めている。	一人ひとりの生活を把握し、職員は利用者と信頼関係を築きながら、人格やプライバシーを尊重した最適な対応を図り、声掛けやケア支援に努めている。職員は様々な研修を受け、対応の質向上に励んでいる。	
37		○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	思いや希望を表した時には、まず受容や傾聴を行い、本人が自己決定は肯定し、仮にうまく行かなくても責めたり、否定せず次の支援のヒントになるよう努めている。		
38		○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	日々の会話や関わりの中で、本人の日課や生活リズム、やりたいことを把握し、準備や環境を整えながら趣味や好きな活動、休息などを支援している。		
39		○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	定期的に訪問美容が行われており、本人たちの希望にあわせてヘアカットが行われている。他にも服装をほめたり、家族からのプレゼントと一緒に喜ぶなど支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○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	職員による好き嫌いを決めつけず、季節に合わせた食材の購入や、いつもと違う味付け、加工など、バラエティーに富んだ食事提供に努めている。	ユニットごとに、家庭的で利用者の好みや形態を考慮した料理を中心に提供している。誕生会や季節行事では、食事からも季節やお祝い事を楽しみ味わえる様に、特別感を意識して手作りしている。	
41		○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	訪問歯科を含む医療機関とも連携し、必要に応じて経腸栄養剤を経口摂取したり、市販の栄養補助食品を取り入れるなど、無理なく、美味しく栄養摂取できるよう支援している。		
42		○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	自分で歯磨きが難しい方や、仕上げが必要な方には職員がさりげなく支援している。訪問歯科があり歯科衛生士による助言や指導を踏まえ衛生に配慮している。		
43	16	○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	排泄状況の把握につとめ、さりげない誘導や失禁の対応に努めている。特に夜間の便失禁に繋がらないよう日中、出来るだけトイレで気持ちのよい排泄ができるよう、薬や水分の調整に努めている。	利用者の習慣やパターンに応じて、見守り、声掛け、誘導を行いトイレでの排泄を基本に支援している。日中に自然排便がある様に、水分、乳製品、整腸剤等で便秘防止に努めている。ベッド上での支援や布下着、排泄用品の使用は検討し、快適な暮らしを支えている。	
44		○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	朝の水分提供の際に牛乳に置き換えたり、市販のデキストリンやオリゴ糖の使用、整腸剤を処方してもらうなど、安易に座薬や浣腸を含む下剤に頼らないよう支援している。		
45	17	○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	本人の希望に合わせてシャワー浴を行ったり、浴槽に入るのが難しい方には、職員2名で浴槽に入れるよう工夫している。シャワーのみ希望する方もおり、個々の心身状況に沿った支援をしている。	入浴は同性介助、二人介助を取り入れ、本人の希望に沿った入浴方法で、週2回を目安に支援している。職員は、ヒートショックへの配慮や肌チェックを行い健康管理に努めながら、利用者との会話を大切に、心身共にほぐれるよう心がけている。	
46		○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	本人の希望でドアを閉め切ったり、常夜灯点灯を嫌うなど、個々の拘りに合わせつつ、安全を支援している。寝具の見直しや室温、湿度などにも配慮し、快適な休息につながるよう環境づくりに努めている。		
47		○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	薬剤師による居宅療養管理指導を算定しており、適時薬剤師による、薬の効果や副作用、使用方法について助言がある。薬の服用には、複数の職員で確認し誤薬防止に努めている。		
48		○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	これまでの生活歴に合わせて、本人の趣味や好きな活動(読書や塗り絵など)を余暇の時間に行っている。気分転換や楽しみのある生活を支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	○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。また、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	天候や気温を鑑みてホームの敷地内にある畑や花壇を見に行ったり、ホーム周辺の短い時間の散歩で気分転換や外気欲を支援している。冬の寒さや夏の暑さといった体感や季節の変化を感じれるよう支援している。	体調や天候に合わせて、畑作業に精を出したり、散歩や買い物に出かけている。本部より週2回、運転手付きのリフト車が用意され、季節に応じて桜や紅葉見学、個別に思い出巡りなど、白鳥湖や苫小牧までドライブを楽しんでいる。家族と外食や法事、選挙の投票に出かけ、その人らしい暮らしを継続している。	
50		○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	金銭管理は、基本的にホームで行っている。お金の管理ができる方には、お小遣いとして管理を任せ、お小遣い帳を記載してもらうなど金銭の自己管理を支援している。		
51		○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	家族や遠方の親戚などから、テレビ電話や手紙のやり取りを行っている。手紙を出しに行くのが難しい場合には、職員が手紙を預かり代わりに投函している。		
52	19	○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	日差しが強すぎるときはライトダウンしたりカーテンを利用するなど、入居者が不快にならないよう支援している。室温が暑くても入居者にとっては寒い場合もあるため、エアコンから離れて座ってもらったり、さりげなく離れた場所の窓をあけて換気するなど利用者優先で環境を整えている。	共用空間は清潔を保つように掃除や整理整頓を行い、温・湿度や換気を調整し、明るさなどにも気を配り不快感を無くしている。壁には季節ごとに飾り付けを行い、食卓テーブルやソファコーナー、床敷マットも用意して、利用者が思い思いに過ごせるよう、温かみのある環境作りを心がけている。	
53		○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	ソファで横になったり、皆が見える食席で過ごすのを好んだり、入居者に個々の居場所がある。その日の体調や、意向に合わせて過ごせるよう支援している。		
54	20	○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	居室には、本人の使い慣れた家具やテレビなどを置いている。他に、家族の写真や昔飼っていたペットの写真などを飾り、本人が自分の部屋として居心地が良くなるよう環境づくりを支援している。	利用者が落ち着いて過ごせるように、馴染みの家具やテレビ、仏壇、愛着のある品々に大切な家族写真など持ち込んでいる。状態に応じて適宜家具の配置を変えて、不安や混乱のない暮らしを支援している。	
55		○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」や「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	入居者同士の関係性や、個々の入居者の心身状況の変化、入退居などに合わせて環境の見直しが行われており、特定の方に合わせるのではなく、できる限り9人の能力を発揮できる環境を整えている。		

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	0171100191		
法人名	メリーライフ株式会社		
事業所名	グループホーム里の家千歳・コスモス		
所在地	千歳市若草1丁目18-2		
自己評価作成日	令和7年6月1日	評価結果市町村受理日	令和7年9月8日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0171100191-00&ServiceCd=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	令和7年7月22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)】

当事業所では、愛のある暮らしの中で、楽しく生涯を送れることを願い、信じ合える、希望ある福祉を創造し、社会に貢献していくことをモットーにしています。
具体的には、ご自宅での生活状況が、入居しても延長したものとなるよう配慮しながらご自宅に近い環境となるよう努め支援させて頂いています。馴染みのある家具や道具に囲まれながらの食事作り、畑仕事、地域の交流などで、生活のリズムを通して、忘れていた昔の自分を取り戻し、穏やかに日常が過ごせるよう支援に努めております。
また、職員一人ひとりが、入居者様と生活を共にしていることを常に意識し、ゆっくりと関わりをもち、落ち着いた環境でコミュニケーションを図っております。

【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)】

--

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55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	
56	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	63	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
57	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:18,38)	○	1. 毎日ある	64	通いの場合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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	65	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
59	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:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
60	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:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく 過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	68	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	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、安心して暮らしている (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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	4つのホームで法人の理念が定められており、日頃から管理者中心に申し送りやユニット会議等で話し合い、理念の解釈や共有、理念達成に向けた実践につなげている。		
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	日頃から挨拶を交わしたり野菜を頂くことがある。既存のネットワークや交流が根強い地域特性があり、同地域に在住している職員も多く、職員の橋渡しもあり地域と良好な関係が維持できている。		
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	主に管理者が地域の研修会や集会に参加し、看取りやグループホームの特性や認知症についてわかりやすい発表に努めてくれている。		
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	忌憚りの無い意見が多く、参加できない家族や事業所等についても、面会時や電話、オンライン、研修会などの機会を利用して意見を聴取している。		
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に取り組んでいる	管理者は特に保護課や介護認定係といった部署との連携が多く、必要に応じて介護保険係へも気軽に相談できる関係が構築できている。		
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束廃止適正化委員会を設置し、2ヶ月に一度、11項目の具体的な禁止行為について1項目ずつ各ユニットで話し合う機会を設けている。また、内・外の定期的な研修に参加している。家族へも身体拘束をしないケアについて理解を求めている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	管理者が中心となり些事な事例であっても会議等で議題として取り上げ、虐待に繋がる可能性や恐れ、望ましい対応、工夫などについて話し合う機会がある。また、日頃から各自の言動や対応を意識してケアに当たるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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2名の成年後見人制度を利用している入居者がおり、管理者が行う後見人との連携や対応事例を周知し、職員の学習の機会として活用している。		
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	主に管理者が対応している。契約は十分な時間をかけて行い、ラインも活用し、入居後の疑問や質問に対しても気軽に相談できるよう努めている。		
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並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	市町村や国保連といった電話番号なども含め、意見を気軽に相談できる窓口を紹介している。職員は気軽に話ができる雰囲気づくりに努めている。		
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	主に管理者が窓口となり、折に触れて本社へ報告し、本社で精査されたのちに現場に反映されている。		
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	休み希望や勤務形態の希望は限りなく応じられるよう配慮している。基本的には資格取得により給与や雇用形態が上がる環境となっている。		
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	内部研修や外部研修を出来るだけ時間内で受けるよう配慮している。市内の医療介護連携の会より熱心な研修案内があり、各職員へ情報提供行っている。		
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	市内のグループホーム管理者が中心となって運営している絆の会に加入しており、勉強会や情報交流を行っており、折に触れ管理者以外の職員も参加している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の実態調査で、本人との会話や、些事な仕草からアセスメントし、家族からの情報収集も大切にしている。ホームでの生活に安心して慣れてもらうためにも信頼関係の構築に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	事前の相談や実態調査で困っていること不安なことに耳を傾け、納得され安心した上で入居している。その後の入居者の生活や支援、対応についてリスクを含め理解してもらい不安の解消に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時に本人と家族が抱えている現状や思いを把握し信頼関係を築きながら、SWやCMとも情報を共有し、必要としている支援を見極めた上で総体的に検討し、現状に合った支援に繋げている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先輩として敬う気持ちを忘れず家庭的で寄り添うケアに努め、共に楽しみ・学ぶことで、個々の活躍できる場を提供し、共に暮らす者同士良い関係性・雰囲気作りに努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	各家族の事情や関係性を把握し、日頃から管理者を中心に電話やSNSを利用して密に連絡や報告を行っている。気軽に面会してもらい、更に家族が入居者の現状に関心を持ち共に支えていけるよう関係を大切にしている。		
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	日頃からオンラインやSNSの活用にて、外出や面会の機会が増えており、遠方からも会いに来てくれている。他にも大切な人との関係が途切れないよう、要望に応じて手紙や電話での支援を行っている。		
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	性格特徴や相性、認知度を踏まえながら職員が橋渡しを行い、入居者同士が共に生活する仲間として関わり気持ちの支え合いができる環境作りに努めている。孤立しがちな入居者には寄り添い、寂しい思いをしないよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	今でも退居された入居者の家族が毎年ホームを訪ねてきてくれる。里の家で生活できたことをとても感謝してくれている。今のホームの様子を見てもらえる良い機会にもなっている。		
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	日頃から何気ない関りを大切にし、思いや希望を打ち明けやすい、または引き出せるような環境作り、知り得た情報は職員間で共有し、意思疎通が難しい場合は思いをくみとり本人本位で対応している。		
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	入居前の相談や実態調査にて、本人や家族、相談員から情報収集し、生活歴からヒントを得て、職員間で共有、ホームでの暮らしのケアに活かせるよう努めている。		
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	一人ひとりの心身状態、生活リズム、年齢、睡眠状況、有する力の把握に努め、思いをくみ取りながら安楽に過ごせるよう支援し、適時ケアの見直しを行っている。		
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	日頃から職員間で入居者の変化や気づきを報告し合い情報共有している。それを改めてユニット会議でも振り返っている。家族にも現状報告し、本人や家族、医療機関などの要望や意見を踏まえて介護計画書を作成している。		
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	日々、ケアプランに沿った支援を行い、その関わりの中で気づきや結果を都度記録に残し、それが評価や課題につながっている。職員間で情報を共有し、ニーズを見極め、適時介護計画を見直ししている。		
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	入居者や家族の希望の把握に努め、その時々合ったニーズに合わせながら、工夫やアイデアを出しながら可能な限り要望や意向に沿った柔軟なサービス提供ができるよう努めている。		
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	新聞や広告、地域住民からの情報にて、地域資源の把握に努めている。徐々に町内との交流やボランティアの受け入れなど関わりが増え、豊かな暮らしを楽しむことが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	入居者や家族の意向を大切に、希望があれば外部の専門医療機関にも受診している。重度化や看取り時にはかかりつけ医を移行し、本人にとって適切な医療体制の構築や適切な医療が受けられるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	日頃から関わりを大切にし、気づきや情報は職員間で共有し、訪問診療前には事前に書面で近況を報告している。訪問診療や訪問看護では、直接口頭で説明や相談を行っている。特変時には電話連絡し、指示を仰いでいる。		
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、また、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。又は、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、フェイスシートや日常生活動作表、薬情を提供し、必要な情報は適切に伝えている。入院中は、管理者が中心に病院や家族と連携し早期退院を支援し、退院後の経過観察についてもアドバイスを受け安心して入院・加療・退院ができるよう支援している。		
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	日頃から管理者を中心に家族の意向を確認、本人には日頃の会話の中で思いを確認・把握するようにしている。状況に応じて担当者会議を実施し、話し合いも行われている。適時協力医療機関による看取り支援が行われている。		
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	急変や事故発生時のマニュアルを周知し、入居者に起こりやすい事故や急変について職員間でシミュレーションや話し合いをしており、適切かつ臨機応変に対応ができるよう努めている。		
35	13	○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	ちとせ介護医療連携の会の災害時応援協定に加盟している。定期的に様々なケースを想定し訓練を行っている。防災用品や非常食などの管理や把握に努め、日頃から環境整備も意識している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	個々の性格特徴を踏まえ、人生の先輩として人格やプライドを尊重し寄り添う支援を大切にしている。感謝の気持ちを伝えることで誇りや自信につなげている。		
37		○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	関わりを大切にし、思いや希望を伝えやすい環境作りに努め、自己決定ができるよう声掛けを工夫。意思疎通が難しい方へは思いくみ取りながら支援している。		
38		○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	その日の体調や精神面に合わせ、思いや意向を把握、それぞれのペースを大切に支援している。自己決定が困難な入居者へは、家族からの情報も活用し利用者本位で思いを汲み取り対応している。		
39		○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	普段から衣類の乱れや汚れに注意し、目に見えないところにも配慮している。洗顔や整髪、乳液や保湿等本人らしい身だしなみやおしゃれを大切にしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○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	食事を楽しみにしている入居者が多く、普段の会話から好みを把握し、献立に取り入れている。また年中行事を利用し季節を感じられる献立を立案。重度の方には喜ぶデザートを提供することが多い。		
41		○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	個々の体調や身体機能、嚥下・咀嚼能力に合わせ食事形態や摂取量を調整。水分は嗜好品も取り入れ確保している。状態に応じ経腸栄養剤も併用、必要な栄養状態の維持、体重増減にも配慮している。		
42		○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	誤嚥性肺炎の予防や口腔内の観察を目的とし、個々の能力に合わせながら、起床時や毎食後に口腔ケアを行っている。また、訪問歯科にて医師や衛生士からアドバイスを受け、ケアに活かしている。		
43	16	○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	排泄パターンの把握に努め、仕草や時間で誘導している。夜間は状況に合わせて対応することで不快な思いをしないよう支援している。量・色・臭いなどから感染症などの体調変化にも配慮して観察している。		
44		○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	排便状況を観察・把握に努め、職員間で情報を共有。便秘が夜間の不眠になることもあるので、水分摂取の促しに努め、それでも便秘が続く際には、医師と相談しながら慎重に下剤や坐剤で調整している。		
45	17	○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	個々の身体機能に合わせ支援し、気分転換やにつなげている。重度の入居者は安全を優先としシャワー浴を行っている。浴室や脱衣所、湯船の温度にも注意し、気持ちよく入浴ができるよう支援。入浴時を利用し外傷や皮膚の確認も行っている。		
46		○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	個々の生活リズムを大切に、その日の体調や夜間の睡眠状況に合わせ、休息時間を作っている。安心して眠れるよう日中の活動にも働きかけており安眠につなげていけるよう支援している。		
47		○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	薬剤師による居宅療養管理指導を算定しており、訪問診療時の同行や薬効の説明がある。薬の変更があった際には各自確認し、投薬時は個々の状況に合わせ丁寧に責任を持って支援している。		
48		○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	個々の生活歴や能力を把握し、役割や楽しみを提供している。感謝の気持ちしっかりと伝え自信につなげている。職員間で情報を共有し働きかけの工夫をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	○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。また、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	ドライブや散歩に気軽に外出できるようになり、普段の会話からそれぞれの希望を聞き取るようにしている。重度の入居者へは、天気や季節に合わせて日光浴するなど外気に触れる機会を大切にしている。		
50		○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	金銭は家族が管理、お小遣いは管理者が管理している。お小遣いの使用については家族や本人と相談し、希望に合わせて使用している。購入した物は入居者と家族に報告している。		
51		○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	気軽に面会できるようになったが、管理者中心にSNSやオンラインの活用も継続している。手紙も好きな時に書いてもらえるように事前に準備ができています。		
52	19	○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	ホールには季節に合った飾り物やお花を置き家庭的な雰囲気作り、季節を感じられる工夫を行っている。居室や食席、トイレや洗面所等が自然と理解や認識できるよう環境整備や動線を考え家具の配置を行っている。テレビの音や室温、湿度に注意し、感染対策も継続し適時換気も行っている。		
53		○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	個々の生活リズムや性格特徴を踏まえながら、一人でくつろげたり、気の合う入居者同士で過ごせるよう食席やソファでの座る位置を配慮し、孤立しがちな入居者には職員が寄り添っている。		
54	20	○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	室内の温度や湿度、明るさに気をつけ心地よく過ごせる環境作りに努め、使いやすさ、移動しやすさ、安全性を配慮し、本人や家族と相談しながら居室内の環境整備を行っている。家族からの贈り物や馴染みの物、写真も飾っている。		
55		○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	それぞれの入居者が個々の能力を発揮できるよう環境作りを意識し、残存能力を活かした生活が出来るよう支援している。ユニット全体で捉えながら、上手くバランスが取れた環境になるよう努めている。		