

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	1792300061		
法人名	医療法人社団 きだ整形外科クリニック		
事業所名	グループホーム 金さん銀さん		
所在地	石川県能美市西二口町丙27番地		
自己評価作成日	平成30年3月14日	評価結果市町村受理日	平成30年4月23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 寺井潔ソーシャルワーカー事務所
所在地	石川県金沢市有松2丁目4番32号
訪問調査日	平成30年3月26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)】

運営理念の「元気で長生き」をモットーに能美市独自の「のびのび体操」や「ラジオ体操」を毎日行い、健康・体力の維持・向上に努めています。また、利用者様の希望により、当番表を作成し一人ひとりがその日の当番の役割を主体的に持ち、利用者様が自ら「〇〇したい」と思われるような雰囲気づくりができるよう支援しています。その為に、一人ひとりの生活歴、得意なこと、苦手なこと、こだわりや性格、今の気持ち、地域との関係性を大切にしています。一人ひとりが生活の主体者として日々ささいなことでも選択肢を持ち、自己決定し、自分らしく過ごせるよう支援しています。スタッフは、利用者の生活の場所で、共にその生活を楽しみ、また利用者様を人生の先輩として捉え、私たちが日々利用者様から学び成長させられているという姿勢を大切にしています。

【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)】

地域との交流は、町会の防災訓練や餅つき、夏祭り、溝掃除、一斉除雪デイ等様々な町会活動に参加して地域との交流を図っている。食材の買い出しや利用者の日用品の買い出しに利用者と一緒に近くのスーパーに出かけている。地域の中学校の総合学習や職場体験の受入を行ったり、事業所主催の認知症カフェのポスターを周囲の公共施設やお店に掲示してもらっている。食事を楽しむ支援として、柿の葉寿司作り、おせち作り、バイキング、流しそめん、スイカ割なども楽しんでいる。そして、おやつ作りを月2回程度行っており、午後のおやつ時間に楽しんでいる。柏餅、ペビーカステラ、水ようかん、ホットケーキ、梅酒ゼリー、イチゴ大福、チョコマフィンなどいろんなおやつを楽しんでいる。

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	利用者の「元気で長生き」につながるように目的をもって様々なアクティビティを実践するように心がけている。その時には、本人が選択できるようにしている。	「元気で長生き」という理念は職員の心構え、行動指針とともに目のつきやすい場所に掲示されている。管理者は日々の申し送りの時や毎月のミーティング時に理念について職員に伝えている。また、法人の介護部長も新人職員が入った時には理念についての研修を実施し共有を図っている。	
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	地域住民の一員として、回覧板や町内の無線放送(防災無線)を使って情報を得ている。町内で開催される夏祭りや防災訓練、餅つき大会などの行事にも職員、利用者がともに参加し、利用者と地域の方との会話機会が徐々に増えてきている。また、町内の行事での「グループホームが参加する」ということが前提で会場準備が行われるようになってきている。	町会の防災訓練や餅つき、夏祭り、溝掃除、一斉除雪デイ等様々な町会活動に参加して地域との交流を図っている。食材の買い出しや利用者の日用品の買い出しに利用者と一緒に近くのスーパーに出かけている。地域の中学校の総合学習や職場体験の受入を行ったり、事業所主催の認知症カフェのポスターを周囲の公共施設やお店に掲示してもらっている。	
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	地域行事に参加した時に、利用者の方との自然なやりとりを身近で見ていただくようにしている。そのことで、認知症の方にもまだまだ自分で行えることがあることや、当たり前の人づきあいをすればよいことなど基本的なかわり方が理解され始めている。		
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	グループホームの入居状況、行事内容、行事に参加した、利用者の反応や様子、今後の予定などを報告している。町内の方からの質問や要望について検討したり、意見交換を行っている。	今年度も二カ月に一度定期的に開催している。町会長、民生委員、福祉推進委員、市介護長寿課、地域包括等が参加して利用者の状況報告やミュージックケア、お菓子作り教室、体操教室、ボランティア活動、体力測定、外部評価結果、個別外出等の活動報告を行ったり、認知症の終末期についての勉強会をしている。	
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取り組んでいる	運営推進会議に毎回参加して頂いている。その中で、グループホームでの取り組みの振り返りや改善点などの意見交換を行っている。	能美市から困難事例の入居相談を受けたり、社協のボランティア研修の受け入れを行ったり、認知症カフェの開催やふれあい福祉運動会の運営など様々な形で市と連携をとっている。特ににんにんカフェ(認知症カフェ)は毎月近くの公民館で開催して地域の情報交換の場となっている。また、今年度は10月に転倒事故があり事故報告も適正に行っている。	

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
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	入社時から身体拘束をしないケアを行うことを意識づけしている。身体拘束は、たんに身体を自由を奪うことを意味するのではなく、利用者が抑圧された気持ちを持つことも身体拘束につながることをミーティングなどでも確認している。	身体拘束その他の行動制限廃止マニュアルがあり内部研修を実施している。また、倫理綱領にも身体拘束、利用者の行動制限をしないことを定めている。建物の施錠は夜間帯に防犯上の観点で実施している。センサー等の利用はない。権利擁護については現在は利用している人はいないが説明用の資料等は準備されている。	
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	入社時には虐待防止についての研修を行っている。虐待防止について理解するだけではなく、ストレスが高じると誰もが知らぬ間に虐待に関与する危険性があることを認識し、管理者は職員のメンタル面の変化や状態に気を付けている。		
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	管理者が研修で学んだことを、実際に権利擁護を利用して利用者のケースを通じて職員に伝えている。が、まだ多くの職員は制度の理解や活用にまで至っておらず、今後も研修等の機会を設けていく必要がある。		
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	契約時はゆったりとした雰囲気づくりと丁寧な説明を心掛けてきている。利用者や家族が感じている不安などを聴き、グループホームでの生活で望んでいること、期待していることを明らかにしケアの方向性を確認している。入院時や看取り時期の対応、他施設への転居の場合にもスムーズにことが進むよう協力することも説明している。		
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	家族の方が意見や苦情などを言いやすい関係作りを心掛けている。家族の方から出された意見や苦情はミーティングなどでの話し合いの場を持っている。	苦情受付の体制は玄関に掲示があるが今年度は特に苦情は寄せられていない。家族に事業所に来てもらえるように利用料は支払に来てもらいその時に家族に利用者の近況報告をしたり家族の要望を聴取している。また、年に一回バス遠足を開催してその時にも家族意見の聴取に努めている。今年度は加賀市のブドウ園でバーベキューを楽しんでいる。	
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	毎月の定期的なミーティングのほか、日頃の会話などでも職員の意見や要望を聞いている。また、年2回職員との個別面談を行い、職場への意見や要望を聞くようにしている。	管理者は職員と同じくシフト勤務に入っているのでもいつでも職員から意見や提案を受けている。上司の看護部長も毎日出勤しているので管理者と同じくいつでも職員の意見や提案を受けられることができる。理事長も近くのクリニックに勤務しているので利用者の通院の時に話している。法人全体の研修や懇親会にも参加している。職員は年に2回管理者と看護部長との面談を行っている。	
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	法人内事業所の施設長が集まる、月に一度の施設長会議の場で、職員の状況や要望等を伝えたり、理事長との意見交換を行ったりしている。		

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	入社時には基礎的な項目(人間力・介護概論・対人援助・認知症ケアなど)について新人職員研修を行う体制をとっている。年2回職員自身が自己評価を行い、それを基にした個人面談を行っている。経験が少ない職員も多く、現場で助言できる人材の育成にも取り組む必要がある。		
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	併設の小規模多機能事業所との合同の勉強会を行ったり、日頃から会話ができる関係作りをしている。同法人内の核事業所から委員会メンバーを選出し意見交換を行っている。		
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	ご利用前には、必ず職員が自宅訪問、施設訪問、病院訪問などとして、ご本人の思いや要望をきちんと聞くようしている。環境に段階を経て慣れていけるよう、利用者自身が自分の言葉で話がしやすいよう寄り添いや心配りを大切にし、安心感が得られるよう努めている。		
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	家族の方がこれまでに感じてきた葛藤や苦悩、不安に対し時間をかけ聴くよう努めている。グループホームに入居することで期待すること、不安に思うことも、ゆっくり時間をかけながら聴き、ともに考える姿勢を伝えられるよう努めている。		
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	家族の方や本人自身に必要な「今の支援は何か」を考え、ケアマネジャーなどと連携し対応している。また、当グループホームにこだわらず、最善と思われるサービスへつなぐために必要な支援を行うよう心がけている。		
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	昔から風習や慣わし、家庭料理などについて職員が利用者から教えてもらい協同しながら取り組んでいる。人生の先輩として学ぶ気持ち、教えていただく感謝の気持ちを持っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	入居初期の段階から、家族とともに支援していくこと、利用者本人だけでなく家族の気持ちや思いにも寄り添っていくことを伝えている。日用品が少なくなった時には家族に知らせて来所していただくようにしており、来所持には近況報告等を行っている。		
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	自宅やなじみの理美容店などを安心して利用できるよう、家族の方の協力を得ながら支援している。地域の行事に参加した時は利用者となじみの方がゆっくりと会話する時間を作るように努めている。	自宅から入居する場合には事前に訪問して家での生活の様子を観察して入居後に継続的な支援ができるようにしている。入居の時には使い慣れたもの馴染みのものを持ってきてもらったり、ベッドの位置等について配慮している。入居後には職員が、ドライブがてら家の近くまで利用者を出かけたり、墓参り初詣等にも出かけている。行きつけの理美容院へ一緒に連れて行ったりもしている。	

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
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	職員は利用者同士の関係を把握している。利用者同士で関わりが出来る時は、職員が一步引き、利用者同士の関わりを重視している。利用者が他の利用者のお世話をしている時も安全に配慮しながらさりげない声掛けと見守りを行っている。		
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	入院やほかの施設への入居となった場合でも家族の方に面会の了承を得て様子を伺いにいっている。利用者やご家族の支援につながるよう、事業所間での情報提供も行っている。		
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	利用者の言葉だけではなく表情や仕草から今の思いを察するように心がけている。家族の方からも若い頃の習慣や癖などの情報を得て思いをくみ取るよう努めている。	毎日一緒に生活しているので何となくわかる部分はあるが、利用者ひとり一人の表情や行動、ノンバーバルなところを良く観察して声かけをして確認している。椅子に座ったり立ち上がったりを繰り返したり、行ったり来たりを繰り返しているときには行動の前後を考えながらどうしたいのかなと考えて声かけを行い対応している。	
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	利用者本人や家族の方の情報から把握するようにしている。ケアマネジャーや入居時の最初の相談で得た情報だけでなく、日々の生活の中でも利用者個々の生活歴や習慣に関する情報が得られるよう努めている。		
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	生活習慣、食事、睡眠、排泄の時間などの把握に努めている。事前の情報に「～できない」「全介助」とあってもその情報にとらわれず、その時に利用者のやるうという気持ちを引き出しながら自分でとれる動作がないか模索するよう心がけている。		
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	普通の会話や状況の中から出てくるその時々課題やケアのあり方について話し合い、ケアに反映するよう心掛けている。	計画作成担当者がアセスメントを行い、サービス担当者会議を開催してプランを周知している。モニタリングは各担当者が行いその結果を計画作成担当者が確認している。計画は大きな変化がなくても6カ月で更新している。また、計画とともに担当者が生活動作支援計画書(ひとり一人の12項目にわたる生活動作についての計画)も作成している。記録はケース記録とサービス実施記録がありケース記録はSOAP方式を導入している。	
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	個別の生活記録のほかに申し送りシートを使用し、迅速な情報の共有、実践につなげている。		

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	「できない」と思うのではなく「どうしたらできるか」という視点でサービスを提供することを意識している。前例などにこだわることなく、新たな試みや柔軟な対応を行うよう心掛けている。		
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	地域の民生委員の方、福祉推進委員の方、町内会長の方などに運営推進会議への参加をして頂いている。災害や火災発生時の対応等を想定し、消防署と協働し避難方法を検討したり確認を行なったりしている。		
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	かかりつけ医と緊急時に搬送する病院の確認を行っている。要望に合わせて受診の送迎支援を行っている。また、日頃の様子や変化から受診の必要性を感じた場合には家族様にその旨を伝えたと同時に連絡シートを使って医師に情報提供し、早期治療につながるよう支援している。	理事長が主治医の利用者はすぐ近くのクリニックまで職員が付き添って受診している。その他の医師の場合には原則家族送迎であるが、その際には「入居者の様子・状況等連絡票」と「サービス実施記録」を持参してもらいこちらから情報提供している。車椅子の利用者や家族が都合の悪い時には職員が通院介助を行っている。また、個別に職員からの説明が必要な時にも受診に付き添っている。	
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	介護職は、血圧、体温などのバイタルサインズ、食事摂取量、排便状況等から、いつもと違う様子などが見られた時は看護師に報告、相談し移乗の早期発見に努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は必要に応じ利用者の心身状況に関する情報提供を行っている。また、退院に向けてのカンファレンスなどにも参加している。地域の医療機関との連携が図れるよう速やかな情報提供や相談を心掛けている。		
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	今は対象者はいないが、利用者の重度化や終末期と判断された場合でも、本人や家族の思いや要素を聴き、事業者内での「できること」「できないこと」を十分に話し合い、一番いいと思われる方法で支援を行うようにしている。	看護師の配置で医療連携加算を算定している。介護面での重度化には十分対応しているが、経管栄養や吸痰の頻度が高くなる等医療管理の度合いが高くなってきたらグループホームでの生活は難しくなり次の施設への移行を検討する。今年度も2例看取り事例があるが看取り加算は算定していない。	
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	研修等で急変や事故発生時などの対応を再確認している。また慌てずに行動がとれるよう常日頃意識している。		

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
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	緊急時マニュアルを作成し、それぞれの項目で分かりやすく対応が記載されており、目につく所に設置している。	「マニュアル」というファイルがあり、「緊急対応マニュアル」、「介護事故防止・対応マニュアル」、「衛生管理マニュアル」、「感染予防マニュアル」などが項目別にファイルされている。法人の勉強会が月1回実施され、年1回は緊急時や事故、感染症をテーマとして実施され、マニュアルの周知に繋げている。マニュアルの見直しは、法人の危機管理委員会で定期的実施されている。また、「ハプニング報告書」を作成し、事故防止に取り組んでいる。	
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	協力医療機関、施設とは常に相談、連携できる体制が整っており、協力施設とは随時空き状況等の情報交換を行っている。	法人の理事長を主治医としている方が4名いて、その他の5名はそれぞれの医療機関の医師を主治医としている。緊急時には、連絡が可能であり、理事長は往診してくれる。利用者の定期受診の際は、看護師が作成した「医師との連絡表」を家族に持って行ってもらい、医師のコメントを記入してもらっている。バックアップ施設は、市内の老人保健施設であり、情報交換など連携している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	併設の小規模多機能事業所の夜勤者と相談、連携がとれる体制となっている。また、緊急時には、管理者を始め看護師に連絡が取れるようになっている。	小規模多機能型施設を併設しており、夜勤者1名が滞在している。状態の悪化があった場合、まずは夜勤者2名で相談し、判断に迷う場合は介護部長へ連絡し、指示を受ける。この1年、夜間帯に救急車を呼んでいない。日中・夜間を問わず救急車を頼んだら、小規模の職員に依頼する。夜勤者が救急車に同乗する。そのため、介護部長または管理者がホームに来ることになっている。	
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	非常食などの物品を準備している。地域の防災訓練に参加し、地域住民の方と避難経路の確認や避難に関する助言などを受けている。年2回併設されている事業所と合同で防災訓練を行っている。	平成29年7月に手取川氾濫想定で、避難訓練を実施している。訓練計画を策定し、訓練後には「反省点」として訓練に関する評価が文書化されている。水害時の避難場所は、指定されている場所は小学校であるが、階段が多く、高齢者には不向きなので、事業所独自に隣町の法林寺に依頼している。法林寺は、ハザードマップで水につからない場所となっている。訓練には民生委員や町会長も参加してくれる。また、平成30年2月には、消防設備の取り扱いと通報訓練を実施している。	

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	災害マニュアルを作成し、訓練後などに再確認、見直しを行っている。災害時の備蓄品のリストを作成し必要物品の分量や賞味期限などの把握をしている。	「マニュアル」の中に「防災マニュアル」がファイルされている。「緊急連絡先」、「災害の場合」、「地震の場合」、「多量降雨時の対策」など災害の種類別に記載されている。また、緊急時用備品品目があり、所定の場所に食料、飲料水、各種生活用品が保管されている。法人の勉強会が月1回行われており、災害等のテーマに年1回は開催されている。また、法人の危機管理委員会により、定期的に見直しが行われている。	
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	人付き合いでの基本となる「挨拶をする」「約束を守る」ということを大切にしている。行動や仕草から「どうしました？」と声掛けをし、思いを伝えてもらえるようにしている。話をする際は目線を合わせ、声のトーンに配慮している。	「認知症高齢者介護マニュアル」が作成されており、「介護の心構え」として「否定せず相手の世界に合わせる」とか「失敗しない状況をつくり環境を整える」とある。また、介護マニュアルの「オムツ交換」の項目に「人格尊重」として「失禁＝オムツと安易に考えない」、「利用者が遠慮せず訴えられる雰囲気づくり」、「安心や希望を持てるような対応」、「排せつの自立に向けて利用者の積極的な参加が得られるような工夫」など、利用者の尊重とプライバシーを確保する支援に努めている。特に排泄時の声かけは耳元で行うように配慮している。	
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	日ごろの会話の中で「～しましょうか」「どうですか」など疑問形で声掛けを意識し、「No」という選択ができる環境づくりを心がけている。上手く言葉が出ない場合は指差しで選択できる関わりをもっている。		
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	起床、就寝時間は個々のペースを大切にし、1階、2階の移動もその時の利用者の気持ちに合わせて行っている。今から「何をしたいか」「どう過ごしたいのか」その都度、尋ねたり、利用者と一緒に決めていく。		
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	タンスの中から自分で洋服を選べる人、職員と一緒に選ぶ人、その人に合わせた支援を行っている。自分で選ぶことが難しい方には、選びやすいよう職員が2つの洋服を見せどちらが良いか決めてもらうようにしている。		

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
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	買い物には利用者と一緒に行く心がけている。食事の下ごしらえ、おかずの盛り付け、お茶や箸の準備など、一人一つは役割をもてるようにしている。食事時には職員は椅子に座り会話などをして楽しい雰囲気作りに努めている。	利用者のなかには、下ごしらえ、盛り付け、後片付けなどできることを、その日その日くじ引きをして、担当制にして手伝ってもらっている。食事は夕食のみ職員も同じ物を食べている。昼食などは、職員は介助しながら、世間話、行事の話、午後の予定、今日の味、食材についてなど話し、食事を楽しんでいる。また、季節行事として、柿の葉寿司作り、おせち作り、バイキング、流しそうめん、スイカ割なども楽しんでいる。	
45		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日の食事摂取量を一人ひとり記録に残している。禁忌の食べ物については十分注意して、提供しないよう、代替えなど行っている。1日の水分量に配慮し、一人ひとりの好み(温度、味)に配慮して提供するように心がけている。咀嚼や嚥下機能に合わせ、大きさや軟らかさを変えるなど食事形態に配慮している。		
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	朝洗面時に、歯磨き義歯装着。昼食後、夕食後に歯磨き義歯洗浄を行っている。できるだけ自分で行ってもらい、細かい部分のみ介助するようにしている。		
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	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、一人ひとりの合図(サイン)を察知し、トイレでの排泄を行うようにしている。出来るだけ自分の下着を着用できるように努めている。	全員の方に対して、「排便チェック」は行っている。排尿のチェックは、必要な方のみ行っている。排泄の声かけは、時間を決めた定時誘導ではなく、生活動作に合わせて声掛けしている。食事前、食事の後、外出の前後、寝る前、起床時などは声掛けする。例えば、通常より多く水分を摂っている場合、それに配慮した声掛けをするなど、一人ひとりの生活状況を把握し、共有化して支援するよう努めている。	
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	一人ひとりの排便状態を確認し、便秘にならないように、十分な水分摂取を行っている。出来るだけ自然に排便が出来るよう、歩行機会を作り便秘予防に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(21)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴を行う前には、利用者自身に「お風呂に入る」という気持ちがあるかという部分を大切にしながら支援している。どうしても気分が乗らない利用者の中には日にちを変えるなどの対応も行っている。	「介護マニュアル」の入浴の項目に、「プライバシーや安全に配慮した環境を整え、心身ともにリラックスしていただく」とあり、プライバシー保護についても示されている。月・木は夜間入浴の日で、自立の高い方が入浴している。週2回を目標に支援している。入浴剤や菖蒲湯などで気分転換してもらったり1対1の介護でコミュニケーションを図っている。また、1階に簡易のリスト浴がある。2階には手すりがたくさんついている浴槽がある。可能な限り、自分で踏いで入浴してもらうように本人が希望すれば2階の浴槽を利用するようにしている。	
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	利用者の疲れ具合などを見て、その都度、いつでも休息が取れるように声を掛けている。就寝時には、心地よい眠りにつけるよう穏やかな雰囲気作りにも努めている。		
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	個別に薬剤情報が入っており、随時確認できるようになっている。服用時は、薬の取り違えや、飲み忘れしないように、毎回名前を声出し確認し、利用者との確認を行っている。		
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	毎日の生活の中で、家事当番を決める為のくじを引いてもらい、一人ひとりが役割を持てるようにしている。また、その他にも日常の何気ない役割を利用者にお願ひし一緒に行うようにしている。		
53	(22)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的に買い物や散歩、地域行事、ドライブなど実践している。利用者の希望に合わせて、散髪、期日前投票、外食などにも出かけている。	家族も参加して5月31日に、加賀市のブドウ園でバーベキューに出かけ楽しんでいる。また、ドライブ兼ねて、個人の買物や自宅付近へ出かけたり、お盆の墓参り、花見、ペットショップへ動物を見に出かけている。日常的には、週2回食事のための買物や、散歩にも出かけている。季節的な行事として、初詣、ふれあい福祉運動会へ参加したり、畑へジャガイモを植えに出かけたりしている。この他、町会のやっている午後カフェに月2～3名、認知症カフェに個別に外出支援している。	

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
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	家族の同意のもと、利用者が自己管理できるお小遣い程度を所持し、外出先や移動パンなどでの買い物時に、自分でお金を支払うように支援している。		
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	利用者が家に電話したいという時は、家族に状況を説明した上で利用者自身が安心して電話ができるように支援している。		
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	共用空間では、机、椅子の配置は、皆が、話したりしやすいように自分で好きな席を選べるようにしており、誰でも会話できるようにしている。また、職員の声のトーン、大きさなどにも配慮し不快感を与えないよう声のかけ方などに工夫をしている。	日中は1階フロアで活動したり、のんびりしたりすることが通常である。しかし、本人の気分、体調などで2階の居室で過ごしたい方は居室で過ごしている。1階と2階は、エレベーターで自由に行き来している。1階ウッドデッキには長椅子があり、天気の良い日には日向ぼっこをする方もいる。職員は、湿度、室温、換気、清潔保持に配慮し、若いころの音楽を流したりして、環境整備に配慮している。そして、職員も環境の一部なので、皆が過ごしやすいようになごやかな雰囲気を作るように心がけている。	
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	1階のリビングには畳コーナーがあり、2階には、ソファがあり、思い思いの場所で過ごせるようにしている。		
58	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には、家族が本人の好みに合わせたタンスや馴染みの物をもってきている。居室内の配置も利用者が使いやすく、過ごしやす空間になるよう配慮している。	居室には、馴染みの物を持ち込んでいる。家族が「これがあると都合が良いだろう」とサイドテーブルやテレビなどを使用している方もいる。一緒に買い物に行って買ったものを飾っている方もいる。歩行が不安定な方で1階では手引き歩行であるが、2階は居室を含めフローリングなので車椅子を自走して移動している方がいる。本人の生活しやすい環境を整えることを心がけている。室温、湿度、換気、清潔の保持にも配慮している。	
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	必要と思われる場所には、手すりやソファなどを配置しており、なるべく利用者自身の力で移動出来るように配慮している。		