

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	1770101721		
法人名	有限会社 杜の郷多		
事業所名	ぐるーぷほーむ杜の郷多 (1階 すみれユニット)		
所在地	金沢市本多町3丁目11番23号		
自己評価作成日	令和6年1月10日	評価結果市町村受理日	令和6年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和6年2月1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)】

金沢市の中心部に位置し、兼六園や石浦神社などをはじめ桜並木でもある犀川などを日常的にドライブや散歩できることもあり、利用者は金沢の名所を身近に感じながらホームで生活しています。グループホームの敷地内は地域の一時避難所やゴミステーションとして提供しているほか、別館会議室は地域の絵手紙教室等に開放しており、地域の一員として協力関係を築いています。職員はほぼ全員が介護福祉士であり、認知症ケアの専門職であるという意識を持ちながら利用者本位の個別ケアに取り組んでいます。コロナ禍の制限がようやく緩和され徐々にではありますが、居室での家族との面会や個別での外出支援など、以前の暮らしに戻せるよう職員は一丸となって利用者の生活を支援しています。昨年創設から20年が経ちましたが、当初から食事は献立作りから買い物に至るまで一貫して手作りにこだわっており、利用者は勿論ご家族にも喜ばれています。外部の方から「入居者やスタッフの笑顔が多く雰囲気が良い」と言われることがよくあり、職員のモチベーションアップにも繋がっています。

【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)】

当ホームは金沢市中心部に位置し、周辺には美術館や寺社仏閣、庭園等の文化施設が集積しており、買い物や散歩等の外出に適した立地となっている。基本理念として職員が話し合い策定した「利用者の自由と尊厳を守り」「のんびり 穏やかに」「支え認め合い」「ともに助け合う」を掲げ、利用者一人ひとりがその人らしい生活を過ごせるような支援に取り組んでいる。また理念の実現に向けて、毎月全職員で目標(例:一人ひとりが主役になれる場面を作る⇒得意分野を活かす等)を設定し、翌月に達成度を評価して常に目標を見直している。目標が達成できなかった場合は原因を話し合い改善につなげている。地域のゴミステーションにホーム敷地を提供しており、町会の総会や新年会にも出席してホームの案内と認知症への理解を得るよう取り組んでいる。コロナ禍以降は自粛しているが、近隣のサービスへの訪問やボランティア・高校生の来訪、中学生・大学生の体験学習の受け入れ、地域交流室の解放、各種行事(盆踊り、文化祭等)への参加等、多方面で地域と交流している。「家族通信」を毎月送付や写真・動画の家族への送信を通じて利用者の近況を伝えて家族から意見・要望を募り、アンケートを実施して出された意見・要望は職員で検討してサービスの質の向上・確保に取り組んでいる。職員のストレスケアにも取り組んでいる。

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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
63 利用者は、職員が支援することで生き生きと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、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. 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している (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	毎月の職員会議で理念を読み上げ、再確認している。それを実現するため毎月の目標を決め、日々取り組み、翌月に達成できたか確認している。	ホームの基本理念は、利用者も職員にも理解しやすい内容を検討して定められたものである。理念として利用者の自立した生活を主体とした支援を目指し、周知のために各ユニットへの掲示や、毎月の職員会議で復唱して確認している。また理念の実現に向けて、毎月全職員で目標を設定し翌月に達成度を評価し、達成度によって継続または目標を見直している。目標が達成できなかった場合は原因を話し合い改善に向けて継続的に取り組んでいる。	
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	事業者は町会に加入しておりゴミ当番もやっている。ホームの駐車場は地域の一時避難所に指定されており、一部はゴミステーションとして地域に提供している。また、別館の会議室は地域の方々も利用できるようにしている。	町会に加入し、日頃より回覧板でのホーム行事の案内やゴミ当番を担当している。地域のゴミステーションにホーム敷地を提供しており地域の一員として活動している。町会の総会や新年会にも出席しホームの案内と認知症への理解を得れるよう取り組んでいる。コロナ過以降は一部自粛しているが、近隣のデイサービスとの日常交流やボランティア・高校生(収穫祭)の来訪、中学生の職場体験や大学生の体験学習の受け入れ、地域交流室の解放、各種行事(盆踊り、文化祭等)への参加等、多方面で地域と交流している。	
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	代表者は、地域の認知症カフェにおいて認知症やその支援方法等を地域の人々に向けて話をしており、認知症に対する理解を深めてもらえるよう取り組んでいる。		
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か月に1回の運営推進会議で、日頃の活動や利用者の状況、サービスの実際等を報告し意見交換を行っており、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は、町会長・婦人部長・家族・行政担当者が参加して2ヶ月毎に定期開催している。開催案内は全家族へ毎月の近況お知らせとともに案内し、出来る限りの家族の出席を促している。会議ではホームの近況や取り組み、事故・ヒヤリハット事例を報告し、地域情報とともに参加者からの意見や質問について話し合っている。出された意見は検討のうえサービスの質の向上に活かしている。	議事録は誰でも閲覧できる場所(例:玄関等)への設置に期待する。

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
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護の利用者が4名おり、必要に応じて市の担当者と連絡を取り協力関係を築いている。	行政担当者の運営推進会議への参加のほか、金沢市グループホーム部会や認知症施策推進委員会に参加しており、日頃より行政担当者との情報交換と連携を図っている。また困難事例の相談、地域包括主催のオレンジカフェへの講師派遣等、行政担当者との連携・協力体制を構築している。	
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	年に4回「身体拘束適正化検討委員会」を職員会議の中で行っており、身体拘束をしないケアについて話し合っている。職員の言動が行動制限にあたらないかなど、振り返り話し合っている。	年4回の身体拘束適正化検討委員会の中での話し合いを通じて、身体拘束についての理解を深めている。日頃の言葉使いとケア方法、声かけ方法、スピーチロック等の行動制限に該当するか否かを職員間で話し合い、気づきがあった際はその場で注意し合い、職員会議・フロア会議での話し合いを重ね、身体拘束しないケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内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	施設内外の研修の機会がある。身体拘束同様、職員の言動が虐待や不適切なケアにあたらないか、職員会議等で振り返っている。入浴時に皮膚の観察を行っている。		
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	職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について利用者を事例に職員会議等で話し合う機会があり、それらを活用できるよう家族等に支援している。		
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	契約時は重要事項等の説明を行い、利用者や家族等の不安や疑問にその都度答えながら理解が得られるよう努めている。契約書の改訂がある場合は、事前に説明し納得していただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者からは日頃のコミュニケーションの中で要望や意見を聞いている。家族とは面会時や運営推進会議、LINE等で意見や要望を伺い、それらを運営に反映させている。	家族の面会時に意見や要望を聞いている。家族からの意見・要望が出やすいように代表者・担当職員がまとめた「家族通信」の毎月送付や利用者の近況を写真・動画で伝え、家族と双方向のやり取りを行っている。コロナ過以降は自粛しているが、年1回の家族懇談会では学習会や意見交換する機会がある。アンケートを実施しており、家族から出された意見・要望は職員で検討してサービスの質の向上・確保に繋げている。検討結果は家族へフィードバックしている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の職員会議が職員の意見や提案を伝える機会になっている。年に一度代表者と個人面談が行われている。	代表者・管理者は、サービスの質の向上・確保のために職員の「心身の調子を整える」ことを重視しており、毎月の職員会議や日常会話、年1回の個人面談時に職員の意見や考え方を聞く機会を設けている。個人面談時は職員の個人目標や家庭環境・働き方・悩み等を聞く機会になっている。職員からの意見や提案は職員会議で検討して運営に反映させている。	
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	代表者は、職員個々の努力や実績を把握し、それを評価して賞与や資格手当を支給している。時間外手当も支給され、有給休暇や季節休暇は希望通り取れている。		
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	コロナ禍が落ち着き、少しずつ以前のように外部研修を受けることが出来ている。身体拘束や看取りなど必要な内部研修も定期的に行っている。		
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	代表者は、外部研修やオンライン研修等において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を通じてサービスの質を向上できるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	サービスを導入する段階で本人に会いに行き、困っていることや要望等についてさり気なく聞くようにしており、安心できる関係づくりに努めている。		
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	相談に来られた段階から時間をかけて家族等から話を聞いている。困っていることや要望等を真摯に受け止め信頼関係を築くよう努めている。		
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	可能な限り本人や家族にホームを訪れていただき、グループホームの雰囲気を見てもらうようにしている。その時の意見や反応も含めて、今必要としている支援を見極められるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、食事の準備や掃除、洗濯など利用者と共に行動しており、お互いに支え合いながら生活する関係を築いている。		
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	家族通信やLINE、写真や動画等を活用しながら日々の様子を家族に伝えている。受診や受薬、必要品などは家族に依頼するなど本人と関わる機会を作り、共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	コロナ対応のため馴染みの場所に行くことは難しいが、面会が緩和され、時間の制限はあるものの居室で会って話ができるようになった。電話のサポートも行っている。	利用者・家族・友人から利用者の生活習慣や馴染みの人間関係・場所をヒアリングして、これまでの馴染みの関係を把握している。また日常会話から聞いた情報を家族と共有している。家族・友人・知人との電話・手紙・来訪面会、自宅や出身地へのドライブや買い物を支援しており、コロナ過以降は自粛しているが以前は教会への外出、馴染みの理美容院や喫茶店の利用など、これまでの関係が途切れないように支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	利用者の性格や相性を考慮し、必要に応じてテーブル席の席替えをしたりソファに座る並び順に気を配っている。一緒に作業をすることで会話しやすい雰囲気を作っている。		

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
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	退所した後も、新しい入所先の関係者に本人の状況やケアの工夫等の情報を伝え、環境が変わっても本人が安心して生活できるよう連携を図っている。家族から相談があれば適宜支援している。		
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	普段の会話から出た言葉を大切に、実現可能なことは行い、難しい場合は本人の思いを傾聴している。失語症で意思の疎通が困難な方とは、ジェスチャーを交えながら思いを汲み取り把握している。	職員は毎日利用者一人ひとりと関わる事を目標としており、関わる時間を長く持つことで利用者との会話の中から利用者本人が「何をしたいか」「どのように暮らしたいか」「これまでの生活歴」等の思い・要望の把握に取り組んでいる。食事の時間や入浴時間、就寝前やドライブ時など利用者と1対1でゆっくり会話できる時間を重視し、利用者から発せられる言葉を記録に残し、会話が困難な場合でもその反応を記録して職員間で話し合い考察して意向の把握に取り組んでいる。	
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	入所時に本人や家族から生活歴や馴染みの暮らし方などを聞き、これまでの暮らしの把握に努めている。日常的にこれまでの暮らしぶりがわかるよう会話を広げ把握している。		
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	その日の体調に合わせ、食事時間をずらしたり居室で休んでもらっている。できる方にはその力に応じて家事をしてもらったり、新聞や雑誌を提供している。		
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	毎月のケア会議で利用者の現状やケアのあり方について話し合い、利用者主体の介護計画を作成している。家族や訪問看護師などにも意見を聞いてアイデアを得ることもあり、現状に即した計画作成に努めている。	利用者本人の「何をしたいか」「どのように暮らしたいか」等の意向を基に利用者本人・家族と話し合い、ケア会議で検討を重ねて計画作成担当者が介護計画を立案している。必要な場合は主治医の意見も取り入れて、利用者主体の暮らしが実現できるよう計画に反映させている。毎月のケア会議にて現状を確認して3か月毎又は状況変化時にモニタリングを行い計画を見直している。	介護計画作成にあたっては、具体的なニーズの設定とそれに対する支援内容をより具体的にされることを期待する。
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	日々の様子や気づき等を個別の経過記録に記入し、職員間で情報を共有している。介護計画に沿ってケアの実践や評価を行い、計画の見直しに活かしている。		

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	本人や家族の状況に応じて職員が受診に付き添ったり、個別での外出などにも同行している。		
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	コンビニへ買い物に行くのが習慣だった利用者には個別で一緒に買い物に出かけるなど、本人の心身の力を継続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	入所後もこれまでのかかりつけ医を受診できるよう、家族と協力しながら支援している。本人や家族の状況によっては訪問診療に切り替えるなどして適切な医療が受けられるように努めている。	利用者・家族の希望に応じてこれまでのかかりつけ医への継続受診(家族付き添い)を支援している。また協力医療機関による往診体制がある。その他専門医へは家族付き添いでの外来受診のほか、利用者の状態に応じて適宜往診(歯科等)対応している。受診や往診の結果は全て「医療ノート」に記録されており、医師・家族・ホーム間で情報共有している。	
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	週で3回訪問看護師が訪問しており、職員はその都度利用者の状態を報告・相談し、場合によっては受診に繋げている。訪問看護ステーションとは24時間電話相談できる体制がとられている。		
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、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。	入院時は本人の普段の様子も合わせて状態を医療機関に伝えている。退院に向けては、病院と情報交換し状態確認に管理者が面会に行くなどして、できるだけ早期に退院できるように努めている。		

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
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	事業所として「重度化した場合の対応にかかる指針」を明文化しており、契約時に家族に説明している。重度化した場合は家族と今後について話し合い、ホームでの看取りについての説明をした上で希望があれば看取りを行っている。実際に数名の看取りを行った。	利用契約時に利用者・家族に明文化した「重度化した場合の対応に係る指針」を説明している。24時間体制の訪問看護ステーションとの連携体制があり、利用者の状態変化時はその都度、主治医・協力医療機関とも連携して、家族の希望やホームとして対応できる支援内容を明確にして話し合い、介護方針を確認してチームでの重度化・看取り支援に取り組んでいる。職員会議では終末期ケアの勉強会や事例報告を行い理解が得られるよう取り組んでいる。職員は事例振り返りにより経験の共有や医師・訪問看護を交えた勉強会に参加している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	以前は順次消防署の救急講習を受けていたが、コロナ禍になってからは講習に参加できていない。訪問看護師に急変時の対処方法を指導してもらうことがある。		
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	緊急対応マニュアルがあり、訪問看護ステーションや主治医には24時間連絡できる体制となっている。また、職員の距離別連絡網もあり、緊急時には職員が駆け付けられるようになっている。	緊急時対応マニュアルを整備し、事故・ヒヤリハット事例を基に再発防止のために定期的に勉強会を行っている。また全職員が消防署の救命救急講習を受講している。職員は訪問看護師が作成した急変ハンドブックを携行しており、訪問看護(週3回)からの指示を確認して夜間等の人が少ない時の対応方法の周知している。主治医や協力医療機関、訪問看護師との24時間の相談・指示体制を整備しており、緊急時はその指示のもと対応している。行方不明発生時は警察・地域の協力や「お年寄りお帰りネット」を利用し対応している。	誤嚥・窒息の応急対応についての 実技訓練を定期的実施されることを期待する。
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	医療機関やかかりつけ医とは定期往診や受診のほか、必要に応じて電話相談できる体制になっており、入院が必要になった時は即対応していただくなど連携できている。関連する介護老人福祉施設とは、グループホームの生活が困難になった場合の受け入れ先として支援体制が取られている。	協力医療機関・かかりつけ医・訪問診療専門医とは定期受診等を機会に日常的に情報交換や交流があり、病状や状態変化時の相談・指示体制が確保されている。また訪問看護ステーションとは、処置・介助方法等の講習会を通じて、職員と定期的に交流があり連携体制が整備されている。介護老人福祉施設とは病状・状態変化によりホームでの生活が困難になった場合の受け入れ先や災害発生時の緊急避難先として連携体制を構築している。	

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
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	夜間は各フロア1名ずつ、計3名での勤務となっており、緊急時には協力して対応している。距離順連絡網があり、電話連絡により職員が駆けつけることもある。	夜間は各ユニット1名ずつのホーム内計3名の夜勤体制となっている。緊急時には各ユニット夜勤者間で協力して対応している。また住まいの近い職員順に緊急連絡網が作成されており、緊急時には近い職員から順次応援に駆け付けられる体制となっている。協力医療機関や訪問看護ステーションとの相談体制も確保されており、夜勤者への申し送り時に利用者のその日の様子と主治医・看護師の指示を確認して夜間の緊急対応に備えている。	
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回の消防訓練にて避難誘導、消火通報訓練を繰り返し行い、全職員がマスターできるようにしている。ホームの駐車場は地域の一時避難所となっており、災害時の地域との協力体制を築いている。	年2回消防立ち合いのもと夜間の火災発生を想定した防災訓練(職員3人1組での避難誘導、消火、通報等)を実施している。運営推進会議や町会の総会・新年会を通じて防災訓練への参加を呼びかけ、訓練実施時には地域住民の参加協力を得ている。職員・地域住民ともに避難場所や避難経路・利用者の避難移動方法を確認し、避難誘導・見守り等の役割分担を確認している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	災害時の対応マニュアルがあり、緊急時に持ち出せるようになっている。非常用の備蓄品を準備し定期的に点検している。	各種災害を想定した災害時対応マニュアルを策定し、防災訓練を通じて職員へ周知しており、事例をもとに現状に合わせて定期的に見直しを実施している。非常時の備蓄品はリストに基づいて各フロアに準備しており、定期的に点検入れ替えしている。またホーム駐車場が地域の一次避難場所(指定避難場所は地区公民館)となっており、敷地内の別建物にも食料・飲料水・毛布・アルミシート・石油ストーブ・カセットコンロ・ヘルメット等を準備している。	

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
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	利用者の人格を尊重し、言葉遣いや声の大きさ、声のトーンに気を配りながら声掛けや対応をしている。	職員会議で権利擁護や接遇、虐待防止、不適切ケアについて話し合い、日常的にも声かけやケア方法等について職員間で注意し合い、人格尊重とプライバシー保護の意識を高めている。常に利用者主体で利用者が選択でき自己決定できる言葉使い、羞恥心に配慮したトイレ誘導時の声かけ、入浴介助時の同性介助への対応、尊厳ある呼称(家族の了承あり)への配慮、居室への入室時の声かけ確認、申し送り時は他者に聞こえない場所でのやり取り等、利用者の誇りやプライバシーを損ねないように対応している。	
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	利用者が話しやすいよう、のんびり穏やかな雰囲気づくりを心掛けている。本人が自己決定しやすい声掛けを行っている。		
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、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	起床時間や食事時間はその日の体調や希望に合わせて柔軟に対応している。入浴や行事、おやつ、体操も誘ってみて断られれば無理強いないで、本人の意思を尊重している。		
43		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	訪問美容を利用しヘアカットができるよう支援しており、家族と相談しパーマをかけてもらうなどその人らしいおしゃれができるようにしている。		
44	(19)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者から食べたいものを聞いて献立に取り入れたり、銘菓を取り寄せたりして、食事が楽しみなものになるよう工夫している。一人一人の力に応じて、食事の準備や片付けを職員と一緒にやっている。	各ユニット毎に利用者と相談しながら一週間の献立を作成している。食材はスーパーでの買い物と家族や地域からのおすそ分け食材も使って調理している。利用者の出来る事・やりたい事を活かして準備・調理・片付け等を職員と一緒にやっている。利用者一人ひとりの好き嫌いや食べれない物を台所の目立たない場所に掲示して、代替えメニューや形状等も利用者の状態に合わせて対応している。毎月の行事食(お寿司、お花見弁当等)や誕生会の特別食、日本各地の名物・銘菓のお取り寄せ、おやつ作り、音楽をかけての食事等、食が楽しめるよう支援している。	

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
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	バランスの良い食事を提供できるよう献立を立てる際は気を付けている。毎食後、食事摂取量をチェックし記録しており、食欲がない方には好きなもので補食できるように支援している。水分は一人ひとり好みに応じてこまめに提供している。		
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に、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	毎食後口腔ケアの声掛けを行い、一人一人の力に応じて見守りや介助をしながら口腔内の清潔保持に努めている。状態によっては歯科の往診に繋げている。		
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	一人一人に応じたタイミングでトイレ誘導を行い、気持ちよく排泄できるよう支援している。入所時はおむつでの排泄だった方も、次第にトイレでの排泄ができるようになっていく。	必要に応じて排泄・排便チェック表を活用して個別の排泄パターン(健康状態、間隔、サイン等)を把握して、安全で快適なトイレでの排泄を支援している。必要に応じての誘導や身体状況によっては本人の意向を確認の上でパッド・オムツを使用する等、個別に支援している。夜間においても睡眠状況や希望によって声かけ誘導、ポータブルトイレの使用等、本人の心身状態に合わせた対応を支援している。	
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	食物繊維を多く摂れるような献立にしているほか、こまめに水分を提供し便秘の予防に努めている。また、毎日のラジオ体操や階段の昇降など、個々に応じて体を動かす機会を作っている。		
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	入浴日は特に曜日など決まっておらず、一人一人の希望やタイミングに合わせて入浴できるように支援している。入浴したくない方には無理強いせず、気分を見計らって声掛けしている。	お風呂は毎日沸かしており、利用者の希望に応じて週2回程度いつでも入浴できるよう支援している。好みの入浴剤やシャンプー・スキンケア等の用品を使用して利用者にとって入浴が楽しみとなるよう工夫している。希望があれば温泉・銭湯などの外湯での入浴(家族・職員と一緒に)も支援している。利用者の体調や気分によっては、時間帯・日程の変更、清拭へのサービス変更等を柔軟に対応している。	
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	食後や入浴後など、一人一人の体調や希望に応じて休んでもらっている。夜なかなか眠れない方には、不眠の原因を見極め、少しでも安眠できるように支援している。		

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
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	個々の薬剤情報書がファイルしており、職員は必ず目を通して見ている。利用者の日々の状態を観察し、変化があれば医師に相談し薬を調整している。		
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	一人一人の生活歴を活かした役割が持てるよう支援している。また、好きな時代劇や韓流ドラマをDVDでいつでも楽しめるようにしたり、皆でカラオケを楽しむなど、それぞれに気分転換できるよう支援している。		
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	コロナ禍のため長い間受診以外の外出ができなかったが、少しずつ個別での買い物などの外出を再開している。	日常的にゴミ出しや散歩、外気浴、買い物への外出を支援している。またその日の利用者の希望に応じて個別外出も支援している。ドライブやお弁当持参での外出、地域行事(祭りや文化祭等)にも参加している。家族との馴染みの場所(自宅や親戚宅、美容室等)への外出や外泊、墓参りや法事、孫の結婚式、同窓会への参加等の個別外出も支援している。家族との利用者の生まれ故郷訪問、友人・知人との利用者旦那さんの実家への墓参り等、遠方への外出についても家族・友人・知人に介助方法をアドバイスすることで実現につなげている。	
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	希望があれば家族と相談し、少額のお金と財布を所持している方もいる。自分でお金を持つことで安心できるよう支援している。		
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	ご家族より毎月絵手紙が届く方がいたり、年賀状のやり取りができるよう支援している。携帯電話を使用する際は声をかけながら見守り、自分でかけたり電話に出られるようサポートしている。ホームの電話はいつでもかけられるようになっている。		

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
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	季節ごとにタペストリーを変えたり、玄関やフロア内に花を飾り季節を感じてもらえるよう工夫している。眩しいのが苦手な方が居る時には照明を少し落とし、居心地よく過ごせるよう配慮している。	廊下やリビング等の共用空間には季節毎に利用者が作成したちぎり絵や書道作品、行事や誕生日会の写真等が飾ってある。冬場は床暖房を使用しており、各フロアには加湿器を設置して快適な温度・湿度に配慮している。また定時に窓を開けて換気しており乾燥や空気の淀みに気を配っている。冬場は浴室・脱衣場やトイレについても暖房を設置して温度差がないように注意している。リビングのソファや椅子、玄関先のベンチ等、利用者が一人でも居心地よく思い思いの場所で過ごせるよう工夫している。	
57		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食堂の個人の椅子の他にテレビ前に7人が座れるソファ、人目につかない所に長椅子がおりてあり、一人でも多人数でも過ごせるようになっている。		
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	入所時に、自宅で使用していた家具等を持参していただいている。家族からはがきや好みのカレンダー、自分の作品を居室に飾っている方もいて、本人が居心地よく過ごせるようにしている。	居室にはベッド・クローゼット・エアコン・床暖房が備え付けられている。利用者は自宅で使っていた物(茶碗、箸、どんぶり等)や馴染みの物(テレビ、タンス、鏡台、仏壇等)、趣味の物(DVDプレーヤー、パチンコ台等)を持ち込んでもらい、利用者にとって居心地よく安心できる居室作りを支援している。また利用者の身体状況や動線に考慮した安全な家具の配置にも気配りしている。	
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	随所に手すりが設置してあるほか、テーブルやソファなどにも掴まって移動できるよう配置している。居室やトイレの場所を見つけやすいようにわかりやすく貼り紙をしている。		