

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	1770300042		
法人名	社会福祉法人 自生園		
事業所名	グループホーム自生園ひらんで		
所在地	小松市平面町ト26番地		
自己評価作成日	令和2年2月5日	評価結果市町村受理日	令和2年10月26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・エイ研究所
所在地	金沢市桂町口45-1
訪問調査日	令和2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)】

法人の基本理念にあるように「人と人の絆を大切すること」から入居されている方のADLの低下や状態が悪化しても、可能な限り住み慣れたグループホームで過ごしていただけるように、浴室にはリフトを設置し、安全な入浴の確保、体調面では看護師も配置し、病状の変化に対応できるような体制を整備している。ご家族との関係も大切にし、年に1回ご家族、入居者、職員と『家族会』を行い、信頼関係作りを大切にしている。また、ご家族の意向、要望を知る為に年に1回アンケート調査も行い、ご家族の意見を大切にしている。今年度は特に利用者個々に「やりたい事、行ってみたいところ」等の希望を聞き実現できるようやわたメディカルの理学療法士と協力し支援している。又、法人の事業計画にもある『ありがとうの心』の実践を研修や会議を通して勉強し個々の利用者さんの思いや暮らしを大切にしたいケアを目指して日々努力している。

【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「人と人との絆を大切に」という法人理念のもと、ホーム独自の方針(①個人の尊厳 ②認知症緩和 ③自立支援 ④家族支援 ⑤地域との共生)と年度目標を掲げ、日々理念に沿ったケア実践に取り組んでいる。「認知症の緩和」に繋がり利用者がホームで楽しく暮らせるよう、利用者本人のニーズを叶えるための具体的な介護計画の作成に取り組んでいる。実現可能な目標をクリアすることで、利用者の喜びや達成感、職員のやりがいに繋がっている。「個人の尊厳」「自立支援」に繋がるよう、勉強会を通じて利用者への適切な言葉遣いや接遇・対応を職員に周知し、ケアにおける様々な場面で利用者の尊厳・プライバシーへの配慮と、利用者の「持てる力」を最大限に活かす支援に取り組んでいる。「家族支援」については、家族が意見・要望等を気軽に言える関係作りに取り組み、毎月のホーム通信(写真添付)や面会・電話時に普段の暮らしぶりを伝え、また家族の本音が汲み取れるよう、継続的に家族アンケート調査(無記名)を実施し、サービスの質の向上を図っている。町内行事への参加、ひらんで祭りや隣接サポートセンターでの書道教室・生け花教室・法話等への地域住民の参加を通じて、地域との交流・共生を図っている。地域住民からの野菜のおすそ分けやホーム敷地の除草作業への協力、小中高生の来訪・行事参加もあり、年々地域との繋がりを深めている。運営推進会議には5つの町内会長の参加協力があり、地域ボランティアの来訪や火災、水災発生時も含めた地域との良好な協力関係が構築されている。

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、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	年度初めの4月に全体会議で管理者より法人全体とグループホームの理念、方針について具体的事例で説明があり再認識し、また個人面談においても理念に基づいた人材育成を実践している。毎日の朝礼や毎月の全体会議でも継続的に唱和し、事あるごとに管理職より理念の説明をしながら共有、実践につなげている。	「人と人の絆を大切に」という法人理念のもと、ホーム独自の方針(①個人の尊厳 ②認知症緩和 ③自立支援 ④家族支援 ⑤地域との共生)を掲げている。年度始め(4月)の全体会議にて、法人理念・ホーム方針・年度目標について具体的事例で説明し職員に周知している。また理念・方針を説明した冊子の作成配布や朝礼での唱和、各種会議での事例をもとにした振り返りにより、理念・方針に沿ったケアの実践に取り組んでいる。	
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	町内の行事等に参加している。町内の方に梅干作りやおはぎ作りの時に来ていただき一緒に作りながら教えて頂いている。月2回併設のサポートセンターで行われている書道教室に地域の方と一緒に参加したり、2回/月近隣の方の指導の元、生け花教室に参加、毎週土曜日、町内の方の体操交流ボランティアなど地域の方に支えられている。また、校下の学童・小学生・中学生・高校生が定期的に訪問したり交流を図っている。	町内行事(左義長、祭礼行事等)への参加、ホーム行事や梅干し作り・おはぎ作りの地域住民の協力、隣接サポートセンターでの書道教室・生け花教室・法話等への参加を通じて、地域との交流を図っている。地域住民からの野菜のおすそ分けやホーム敷地の除草作業への協力(作業後に食事会)、体操交流ボランティア、小中高生の来訪・行事参加もあり、年々地域との繋がりを深めている。	
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	管理者とリーダーはキャラバンメイトの活動で市より依頼された企業や地域サロンに出向いて認知症の理解に貢献している。周辺の小学校や町内で介護教室の講師を行い地域の方に認知症を理解していただけるように努めている。また、毎年7~8月には地域の小学校の総合学習や中学校の職場体験受け入れや、認知症についての話をしている。		
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	運営推進会議ではグループホームの現状や取り組みを理解していただく為に事例を紹介したり、パワーポイントで行事などの写真も紹介している。又、グループディスカッションを行い自由に意見交換をする事で参加者からの質問や要望に応じている。又、参加できない家族の為に会議録を玄関に設置している。	運営推進会議は、近隣5つの町内会長、民生委員、家族、老人会長、市・包括担当者等が参加し、2ヶ月毎に定期開催している。ホームの活動報告(生活の様子、行事、研修等)だけでなく、地域情報の伝達、地域の介護問題や介護保険の制度改革等についても意見交換する場となっている。議事録は来訪者は誰でも閲覧できるように玄関に設置している。	
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	3ヶ月ごとに行われている、小松市グループホーム連絡会や2ヶ月毎に開催している運営推進会議に市の担当の方が参加し、グループホームの取り組みや情報の共有を図っている。又、小松市からの依頼で認知症キャラバンメイトも積極的に参加したり認知症ほっとけんステーションにも登録して協力している。	運営推進会議やグループホーム連絡会への参加を通じてホームの取り組みを行政関係者に伝えている。また市主催の認知症ケアコミュニティマイスター養成講座や認知症キャラバンメイト(地域への発信が役割)、認知症ほっとけんステーション(関係職種の会合)への協力を通じて、市担当者との連携を強化している。	
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	玄関の施錠はご家族の理解の元、夜勤職員2名の時のみ安全を優先して行っている。又、身体拘束については、職員会議などで皆で話し合い検討しながら拘束についての理解を深めているが、重度の認知症にて突発的な行動をし、転倒、骨折を繰り返している1名の方のみ、生命の危険性もある為、家族の強い希望で車椅子にて拘束ベルトを使用している。その他、経営会議で管理者が代表者に報告し共有している。	2ヶ月毎の身体拘束適正化委員会の開催やホーム内研修会・外部研究への参加の他、毎月の全体会議の中で個別事例について具体的に話し合い、その理由・原因について検討・説明して、身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。また自分達の日頃の支援に、身体拘束や虐待に繋がる不適切な言動がないかを独自のチェック表を用いて振り返る機会を設けている。外に行きたい利用者について、職員は見守り・同行外出を支援している。	

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
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	県主催の虐待予防の研修やGH連絡会主催の虐待の研修に職員が参加し、受講した職員が職員会議で内部研修として報告発表している。バイステックの7原則も事務所に貼り確認している。また、内出血の確認を毎日行い原因を追究・確認・共有し虐待への予防に努めている。		
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に努めている	現在、権利擁護、成年後見人制度を利用している方は1名で、入居後制度を利用された。又、その都度職員に説明し必要性があるご家族には、日常生活自立支援や成年後見人制度の説明をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	家族には利用料や受診、入院時の対応など詳しく説明している。入院された時など状況に応じてその都度、詳しく説明している。解約時にはその後の対応についても家族と、共に考え、必要な手続きなどの支援を行っている。		
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	家族が面会に来た時にはホームでの様子を伝え、要望や意見などを聞いている。年に1回家族アンケートをとって要望、苦情を聞いており、運営に反映させている。アンケートの結果は職員で振り返りを行い結果と今後の対応について文章で家族に郵送している。要望、苦情は職員会議で話し合いを行い、改善を図っている。また、年に1回『ひらんでまつり』でご家族を招待した時や介護計画説明時にも要望や意見を聞いて何かあれば都度、職員に申し送りに伝えている。	「家族支援」をホーム方針に掲げ、面談・電話での報告の際は家族に配慮した声かけに取り組み、家族が意見・要望等を気軽に言える関係作りにつなげている。毎月のホーム通信(写真添付)や面会・電話時に普段の暮らしぶりを伝え、家族の具体的な意見・要望を聞いている。また継続的に家族アンケート調査(無記名)を実施し、サービスの質の向上を図っている。アンケート結果や意見・要望への回答・改善案は書面で全家族にフィードバックし、運営推進会議でも報告している。年1回の家族懇親会ではホーム理念と事業計画を発表している。	
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	月1回職員会議で職員の意見を聞き業務についての見直しを行っている。日頃の業務の中でも常に職員の意見を聞き利用者の変化に応じて対応している。年に2回、個人面談を行い意見や提案を聞き、良い意見に関しては取り入れている。昨年度より法人として全職員対象に組織風土アンケートを実施し結果を各事業所にフィードバックしている。	ホームとして職員の声を大切にしており、管理者・主任は普段から様々な事を職員に問いかけ会話している。日頃の職員個々の意見・提案を毎月の職員会議等に集約して、職員全体で協議し合意形成を図っている。年間行事は担当を割り振り、職員主体で行っている。個人面談では、目標の設定や普段は言えない悩みや相談事、私事を聞く機会を設けている。法人全体で全職員に対して組織風土アンケートを実施し、職員自身の将来像、賃金・働きやすさ等も評価して各事業所にフィードバックして組織全体の改善・発展に取り組んでいる。	
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	毎週火曜日の管理者と代表者との会議において、職場環境・条件の整備について指示や助言をもらい改善に努めている。昨年度より法人として全職員対象に組織風土アンケートを実施し結果を元に職場環境、条件整備に努めている		
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	実際現場で技術やケアの確認を行い、その都度指導や説明を行っている。又、法人内外の研修に必要であれば参加しており、代表者の出席する経営会議で管理者が代表者に報告し共有している。先日も全体会議で大学助教授による介護技術の基礎知識や認知症について学んだ。		
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を2ヶ月に1回開催し、グループホームでの問題点やグループホームの向上のためにどうしたらよいかを話しあっている。また、連絡会主催の研修に職員が参加し交流や勉強会を行っている。		

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. Ⅲ 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	入居前、ご自宅での生活の様子を詳しく聞き、本人が安心して生活できるように、訴えに1つ1つ対応している。本人の環境に配慮しながらすぐに入居するのではなく、ショートステイで試したり、併設の通所に通いながら日中はGHで過ごしたりして安心して入居できるように支援している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	自宅に訪問したり来園して頂きご家族や本人から直接、困っていること、不安なこと、要望などを聞いている。信頼関係を築けるように努力している。		
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	本人と家族との会話の機会を多く持ち、信頼関係を築けるように配慮しながら、対応している。		
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	利用者が自分達で作る喜びを一緒に感じて頂く為にも野菜の皮むき、洗濯干し・たたみ、漬物作りなど職員と一緒にを行いその後は必ず労いの言葉をかけている。又、不安な時も横に寄り添い一緒に問題解決を行っている。		
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	体調が悪い時、帰宅願望が強いときなどご家族と相談して、ホームで出来ること、ご家族で支援して欲しいことはご家族の負担にならない程度で、お願いし、ご家族と一緒に支えられるように配慮している。		
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	家族、親戚には電話で連絡を取ったり、自宅に出かけて、近所の方と会う機会を持つように支援している。又、以前利用していたデイサービスにも顔を出して馴染みの関係を継続できるよう支援している。幼馴染の方がグループホームにも着てもらえるようにデイサービスに迎えに行き面会の支援を行っている。入居前の友人が来られた時は、お部屋で以前のような茶話会が出来るよう配慮している。	これまでの馴染みの人(家族、親戚、友人・知人)との繋がりが途切れないよう、面会に来やすい雰囲気作りに配慮している。家族・親戚との面会・電話や自宅に行って近所の方と会う機会、デイサービス利用時の親しい友人・知人・職員との相互交流を支援している。馴染みの場所(行きつけの美容室、食事処、喫茶店等)へも継続利用できるよう支援している。	
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、良い関係を作れるように利用者さんの性格などを考え食堂やリビングの座る場所を決めて気の合う人同士の関わり合いを大切にしている。		

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
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	契約が終了した方に対しては、次の入居先が決まるまで、支援、相談に乗っている。		
Ⅲ. 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	センター方式のアセスメントシートを利用している。利用者の行動や表情、会話の中から何をしたいのかどうしたいのか、本当はどう思っているかを、くみ取るよう心がけて対応している。タバコが吸いたい方、家族に電話をかけたい方、散歩に行きたい方、自宅に帰りたい方など、希望、意向の把握に努め最善の方法を職員と家族で協議し希望に応じている。	日常会話・関わりの中で、利用者の言葉・行動や気になった事・変化事項を申し送りしとケース記録に記録し、職員間で情報共有している。担当者を中心にセンター方式(私の気持ちシート)を活用して情報集約し、利用者の「思い＝やりたい事・好きな事・楽しい事」を利用者本位に検討している。意思疎通が難しい・遠慮深い利用者には、職員が働きかけた際の表情や反応から、その時々「思い」を推察している。	
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、本人、利用していたサービス利用機関からどのようにしていたか、できることと出来ないことなど詳しく聞き、アセスメントを行い、馴染みの家具や物品を自宅での配置と同じように設置し以前と同じような生活が送れるように支援している。		
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	個人記録に日々の生活について記録している。変わったことがあった時は、職員申し送りに記入して、情報を共有したりケアプラン会議で検討している。日によって状態が変化する利用者さんも居るので心身の状態の把握は大切にしている。又、必ず、変化の原因をみんなで検討し対応している。		
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	日常的に本人に好きなことやしたいことを聞いている。また、ご家族にケアについて相談したり、現在の状態を説明している。ケアプラン会議でご家族や本人の意向も考慮して、話し合いを行いプランを作成している。月に1回モニタリングを行っている。状態が変わったりケア内容に変更が生じた場合は随時、話し合いにて変更している。	利用者がホームで楽しく暮らせるよう、本人のニーズ(出来る事・やりたい事)を叶えるための具体的な介護計画の作成に取り組んでいる。実現可能な目標をクリアすることで、利用者の喜びや達成感、職員のやりがいにつながっている。毎月モニタリングを行い、本人のニーズや気になる事、家族の意見を検討して、3ヶ月毎又は随時に介護計画を見直している。	
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	変化があった時には全体の申し送りに記入している。個人記録は本人、スタッフ、家族と分けて記入し分かりやすくしている。職員間でも話し合いを常に行い、状態によっては対応を変えたりしている。退院時など状態の変化が大きい時は、事前に職員が集まり状態の把握とケアの統一の共有を図っている。		
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	入院、通院で家族がどうしても付き添えないときは、通院サービスを行い、家族がいない方へは入院中の洗濯サービスを行ったりと、その方のニーズに柔軟に対応している。身体状態の変化に伴い点滴が継続的に必要になった場合も主治医の協力の元、訪問看護など必要なサービスを取り入れている。		

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
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	毎月、地域の方が生け花教室を開催し入居者様に自由に活かしていただいている。又、定期的に消防署に連絡して避難訓練を行っている。消防署の方も避難訓練の様子を見に来てくれアドバイスを頂き、マニュアルを変更したりしている。		
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、納得が得られたか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	ご家族や本人の希望に応じてかかりつけ医を決めてもらっている。ご家族で通院の付き添いが出来ない時は、ホームの職員が代行している。家族、本人の状態に応じて、ホームに往診に来てもらっている方もいる。また、家族が通院に付き添う時はホームでの様子をコピーを渡し連携を図っている。	利用者・家族の希望に応じて、従来からのかかりつけ医への継続受診(家族同行)と協力医療機関(3ヶ所)による訪問診療への切り替えを自由に選択できる体制を構築している。受診の際は、適切な医療が受けられるよう、必要に応じて電話・文書での医師への情報提供や送迎・職員同行等を支援している。	
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。	健康状態に変化があった時、些細なことでも気がついたことがあれば、看護師に報告し又、GH看護師が不在時は、隣接のデイサービスに居る看護師に相談している。往診に来ていただいている看護師にもいつでも相談できる体制である。看取りの利用者に対して、夜間でも対応できるよう訪問看護師と連携を図っている。		
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、すぐにホームでの状況を書いたサマリーを提出している。入院中もソーシャルワーカーとの連携を図り、退院時もカンファレンスに参加し、退院後も安心して生活が送れるよう努めている。		
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	終末期が近いと診断された方には終末期のあり方を家族に確認し、グループホームで出来ること、出来ないことははっきり伝えた上で、主治医を交えて相談してどのように対応するかを決めている。医師、看護師など関係者と共にチームで取り組んでいる。	利用開始時に重度化・終末期に関するホームの方針を説明している。本人・家族の希望に応じて、関係機関(訪問診療医、訪問看護等)と十分に連携してホームとして出来る限り支援(精神的・緩和ケア)している。医療依存度が高い場合は、母体の特養施設や療養病床への移行も支援している。職員は毎年の全体会議の中での勉強会にて重度化・終末期について触れており、事例があった際は振り返りを行い反省点・改善点を検討している。	
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	必要に応じて、個別に緊急時の対応マニュアルを作成している。職員会議やケアプラン会議で話し合いを行い、必要に応じて訓練を行っている。また、事故後は現場検証も行き毎月の全体会議で対策が実施できているか再度確認を行っている。又、他に予測されるような事故も同じように検討し対策をとっている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急事態に対応した、マニュアルをつくりケガや転倒などの状態になった時の体制を整備している。緊急時の連絡体制も整備している。会議でも定期的に緊急時の対応を例題を出してシミュレーションしている。毎年10月末には、感染症に対するマニュアルの見直し、感染予防の講習会を行っている。又、AEDの講習会に参加した職員による指導のもと、職員全員がAED訓練を行った。	様々な状況を想定した緊急時対応マニュアルを整備している。法人での研修会、消防での救命救急講習会(応急処置、AEDの使用方法等)、ホームでの勉強会・伝達講習(救命救急、誤嚥・窒息等の事例を設定しての訓練)を通じて、職員のスキルアップを図っている。日中は隣接デイサービス看護職員による応援体制も確保している。利用者の所在不明時の対応手順を定めており、情報提供シートの準備とともに地域との協力体制の構築	緊急時対応における職員個々の知識、スキルを把握されることを期待する。

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
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、母体の特別養護老人ホームなど支援体制は整っている。現在2箇所の病院から往診に来てもらっている。水害時、同一法人の特別養護老人ホームに避難する体制も整っている。	協力医療機関（訪問診療等）による医療支援体制を確保している。また、母体の特別養護老人ホームによる十分なバックアップ体制が整備されている。	
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	夜勤者2名で、対応している。夜間の緊急時に備えて AEDを使用した救命処置の講習会に参加している。急変時の対応については日々話し合い、必要に応じて申し送りを行っている。判断に困る時は主任に連絡し対応している。	夜間は各ユニット1名（ホーム内合計2名）の勤務体制となっている。平屋建ての利点を活かして、緊急時には相互に協力して対応している。また緊急連絡網による主任への相談体制、近隣在住の職員の応援体制も整備されている。急変時の対応について日々話し合い、利用者の体調など必要に応じて申し送りを行い、夜勤に臨んでいる。	
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	2か月に1回夜間想定で、避難訓練を行っている。水害についても、地域の方の協力をえてマニュアルを作り、協力体制を整えている。定期的に抜き打ちで避難訓練を行っている。年に1回、緊急連絡網により地域の協力員も駆け付け隊として参加し避難訓練を実施している。	ホーム独自に定期的に人手が少ない夜間の火災想定中心の避難訓練（抜き打ち）を行い、職員へ防災への意識付けを図っている。また年2回消防の立ち合いや年1回の地域の消防団の参加協力を得て火災避難訓練を実施している。訓練では通報方法・避難場所・避難経路等のほか避難後の見守り等の役割分担も確認している。水災時についてもマニュアルを策定し、地域との協力体制を整備している。	
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	法人全体とあわせて非常災害時における連絡体制、及び、協力体制を整備している。水害時は特別養護老人ホーム自生園に避難する体制が整っている。備蓄品は隣接するサポートセンターに保管している。	各種災害発生時対応マニュアル・連絡体制を整備している。水災については、近くの川の水位が警戒水域に達した場合は、母体の特養施設に避難する体制が整備されている。スプリンクラーや通報装置等は定期点検されており、備蓄品（水・食糧、カセットコンロ等）はリスト化して、隣接のサポートセンターに保管している。	

IV. 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	利用者の能力に応じて出来る事は手を出さないように、出来ない事は声掛けや、手伝いをしている。利用者のプライドを傷つけないような対応ができていないか全体会議で常に自分達の言動を振り返り改善を図ったり、『利用者の前では他の利用者の話はしない』などの目標を定め毎朝唱和している。職員間では排泄介助を「さわやか」、便のことを「○」と言っており、プライバシーに配慮している。居室に入る時は利用者の了解を得て入りにしている。	「個人の尊厳」を方針に明示し、接遇委員会からの発信をもとに毎月の全体会議の中で勉強会や接遇マニュアルを基にした新任研修・全体研修を通じて、利用者への適切な言葉遣いや接遇・応対を職員に周知している。居室入室の際は了解を得る、排泄に関する略語の使用やトイレ誘導の際は耳元で声かけする、トイレ介助・入浴介助時が必要な時でも羞恥心に配慮して同性介助やタオルで陰部を隠す、申し送りや業務連絡は他者に聞こえない場所や内容等、利用者の尊厳・プライバシーに注意を払っている。	
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	難聴の方には会話札を使用したり筆談にて職員に思いを伝えやすい配慮している。排泄介助においても必ずトイレに行くか小声で本人に尋ねている。水分補給もコーヒー・ココア・お茶・昆布茶など好みの物を提供している。入浴後の衣類も本人に選んで頂いている、		
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	買い物、散歩、ドライブ、入浴など出来る限り、一人ひとりのペースに合わせて対応している。朝起きたくない利用者さんに対しても本人の置きたい時間に合わせている。夜間、寝れず起きていた方には職員も一緒に夜遅くまでお茶を飲みながら寄り添い対応している		

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
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	外出時にはお化粧したり、季節に合った洋服等が選べるように、タンスの中を季節によって整理している。入浴後の着替えも、本人に決めていただき一人ひとりに合わせて支援している。訪問理容時も鏡を覗いていただき好みの髪形を伝えられるよう配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の能力や好みに合わせた、食器を使用し、ミキサー刻みなど、利用者の状態に合わせて準備している。嫌いな物の時は別なものを準備したり、量も利用者に合わせて準備している。季節感が感じられるメニューを利用者と一緒に考え、食事の準備片付けは出来る利用者と一緒にやっている。又、季節に合わせた曲や懐メロなどかけて楽しい雰囲気づくりを行っている	朝夕食はホーム内での準備、昼食は業者配食となっている。朝夕食の献立は利用者と相談して決めている。ホーム畑で収穫した食材や家族・地域住民からのおすそ分け食材等、旬の食材を活かした食事を提供している。家事が得意・やりたい利用者は、食事の準備(皮むき、盛り付け等)や後片付けを職員と一緒にやっている。食事が楽しみとなるよう、誕生日のお祝い(回転寿司、ファミレス等)、利用者の経験・知恵を活かしての漬物作りやおやつ作り(おはぎ等)、おやつのお買い出し、家族との夕食やホームでの食事を支援している。	
45		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事の摂取量は毎回記録している。食べられない方には高カロリージュースや高カロリー経口食、ゼリー、ムースなどを提供したり、水分量が少ない方には1日の水分摂取量を記録し、ジュース、ポカリ、コーヒーなど利用者の好きなものの、摂取してくれる物を準備している。		
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、利用者の能力に合わせて口腔衛生の支援をしている。歯ブラシ、コップは毎日、洗浄乾燥し清潔の保持に努めている。		
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	尿失禁が増えてきた方でも、紙パンツにせず失禁用布パンツを使用し自分で汚染を感じていただき着替えていただけるよう支援している。紙パンツを使用している方でも日中と夜間のパットを変えたり、尿意の訴えがない方でも時間を見てトイレに座っていただいているなど利用者に応じて対応している。又、失禁の原因を探り改善の工夫を行っている。	「気持ち良いトイレでの排泄」を基本として支援している。利用者全員についてチェック表を活用して排泄パターン(間隔、サイン、時間帯等)を把握し、職員間で情報共有している。必要に応じて適切に声かけ誘導することで、物品(紙パンツやパッド類)の使用も最小限となっている。物品の使用は利用者と相談して決めている。夜間は利用者の体調や睡眠状況を考慮した声かけ誘導、物品の使用を支援している。排泄の自立につながるよう、ハード面の(背もたれ、可動式手すり設置等)にも配慮している。	
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	牛乳やヨーグルト、ヤクルトなど、水分を沢山取るように働きかけている。天気の良い日は散歩に出たりしている。又、排便の仕組みや便秘についても勉強したり下剤に頼らず便秘を解消できないか食事メニューで工夫している。それでも改善しない時は主治医に相談し、利用者の状態に応じた下剤の調節を行っている。排便困難時は温タオルを使用し腹圧マッサージを行っている。排便チェック表をつけて、便秘予防に努めている。		
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	曜日、時間、回数など利用者の希望に添って対応できるよう、職員会議で話し合い、入浴の順番や時間など工夫している。入浴時間もゆっくり入っていたり一人一人に聞きながら行っている。又、温泉気分を味わっていたり、各温泉地の入浴剤や季節の花の入浴剤を入れて楽しんで頂いている。	日曜日以外はお風呂を沸かしており、利用者個々の希望(一番風呂、午前・午後の選択、湯加減、入浴剤の使用、シャワー浴等)に沿った入浴を支援している。季節湯(ゆず湯、菖蒲湯)や隣接ディサービスの大浴場での入浴等、利用者にとって入浴が気分よく楽しみとなるよう支援している。家族との温泉外出・外泊も支援している。	

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
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	穏やかに休んでいただけるように、温かい飲み物を飲んで頂きながら不安なことや、気になることなどの話を傾聴し、安心して休めるよう支援している。寒いときは電気敷き毛布や電気あんかを使用したり、常に室温計を確認しその方の好みの室温に調整し安心して眠れるように配慮しています。		
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	個人記録に薬剤情報があり、常時確認できる状態になっている。薬を手渡す方、口の中まで入れたり、錠剤が飲めない方には細粒にし水で溶かして服薬していただくなど、利用者の状態に合わせて工夫している。薬が変わった時は申し送りに記録し個人の薬ケースにも注意書きを貼り注意し様子を見ている。		
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	ドライブなどの行事の時は希望を利用者に聞いている。食事の準備(皮むきや盛り付け)から片付け、掃除、洗濯干しなど得意なことや出来る事を行えるように環境づくりを心がけている。趣味の楽しみとして、書道や生け花、はり絵、塗り絵なども参加して頂いている。庭に車椅子でも植えられるプランターを配置し花や野菜収穫などを楽しんだり役割の一つとしての支援をしている。		
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	散歩が好きな方は、毎日散歩に出かけたり、自宅に帰りたい方は、家族の了解や協力を得て自宅に行ける支援を行っている。自宅に帰った際、地域の方々も協力して訪れてくれる。本人の希望を把握するよう職員は利用者寄り添っている。好みの外食に行けるように家族に協力依頼を行ったり誕生日などを利用して外食支援している。	散歩やウッドデッキでの外気浴、自宅訪問、気分転換を兼ねた気軽なドライブ、おやつのお買い出し等、日常的に戸外に出かけられるよう支援している。また、季節感を味わうためのドライブ(桜花見、紅葉狩り等)や少人数での喫茶・外食等も支援している。家族との外出(食事、買い物、ドライブ等)や希望に応じて遠方の家族・実家への訪問についても、家族・職員の協力体制で実現に繋げている。	
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	少額のみ自己管理している方、ホームで管理している方など、利用者の能力に応じて行っている。隣接するデイサービスに移動スーパーが来る為、買い物に出かけた時などは財布を持って行き支払いを行ってもらうなど、本人の能力を大切にしている。		
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	電話は希望に応じて、いつでも事務所から使ってもらっている。手紙を出したい方には投函するなど支援を行っている。		
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	季節感を感じられるように玄関や各テーブルに花を飾っている。ホーム内にも写真を飾っている。デッキにプランターを置き花が見える環境を整えている。春には、隣接する土手の桜が満開になるので庭で花見食事会を行っている。食堂の座席は気が合う利用者同士が座れるように配慮している。トイレも使用中の札を下げ安心して使用できるよう配慮したり、分かりやすいように張り紙をしている。	大人の空間となるよう、絵画を額に入れて飾っている。また各テーブルに生け花教室で生けた花を飾っている。またウッドデッキにプランターで植物を栽培し、季節の花が見える環境作りをしている。ウッドデッキは外気浴を楽しむ場所としても活用している。食堂の座席やソファの座る場所は、気の合う利用者同士が近くに座れるよう職員が配慮している。温度・湿度・換気・採光にも気を配り、冬季は加湿器を6台設置して乾燥対策している。	

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	気の合う方向士会話ができるようソファを並べて、案内している。又、廊下の所どころに椅子を置いてゆっくり一人でも過ごしたり入浴後、一服できるように工夫している。天気のよい日には庭のベンチでひなたぼっこをしたり気の合った利用者同士で山や花を見ながらお茶出来るよう支援している。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人や家族と相談しながら、利用者の状態に合わせて畳を敷いている。仏壇、使い慣れたタンスを自宅から持ってきている。お茶碗や湯のみ、布団など使い慣れたものを持ってきてもらっている。ご家族より生活パターンを聞き生活しやすいように対応している。又、淋しくないよう家族の写真を貼ったり、夜間の水分補給が日課だった方には水筒を居室に置いて居心地良い支援をしている。	各居室には洗面台を備え付けている。利用者にとって居心地よく安心できる居室となるよう、自宅で使用していた馴染みの物(茶碗、湯呑、テレビ、タンス、仏壇等)や大切にしている物(家族の写真、遺影、人形等)を自由に持ち込んでもらっている。また利用者の動線や家具の向き・方角についても、利用者・家族と相談しながら配置している。	
59		○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	トイレの場所がわかりやすいように案内プレートを下げて工夫している。居室には表札を出したり、のれんをつけたりして利用者にわかりやすく工夫している。各テーブルには名前を貼り迷わず自分の席に着けるよう配慮している。ホーム内はバリアフリーで廊下には手すりが設置されている。又、居室前に担当職員の写真を掲示し相談や希望を聞きやすく自立した生活を送れるように工夫している。		