

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	1770700167		
法人名	有限会社 わたぼうし倶楽部		
事業所名	グループホーム わたぼうし		
所在地	羽咋市福水町る33番地1		
自己評価作成日	令和2年3月1日	評価結果市町村受理日	令和2年4月20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	令和2年3月28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)】

グループホームわたぼうしの理念は、「私たちは、皆さんを人として尊び、自分らしく自立した生活が送れるようにお手伝いします」です。私達はこの理念のもと施設の入居者としてでなく、地域の住人として、住み慣れた地域で地域の人々との関わりを大切に、年長いても安心して自分らしい生活が、継続出来る様、皆さんの思いに寄り添って支援しています。

【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)】

町会の元気会の体操に毎週参加したり、認知症カフェを町の会館と事業所で隔月に開催している。町のゴミ当番や回覧板を回したり、そば祭りに参加して地域の一人として交流している。食材や日用品の買い出しに利用者と一緒にスーパーに出かけたり、野菜は近所の人たちが自分の畑でとれたものを持ってきてくれる。事業所で開催する夏祭り(バーベキュー大会)は毎年恒例となり、多くの町民が参加している。
食事を楽しむ支援として、正月はおせち料理、3月はちらし寿司、誕生日にはその人の食べたいものなど、季節を感じる事ができるよう取り組んでいる。現在は元気な方が多く、1か月に1回は外食に出かけている。ラーメン屋、寿司屋、定食屋、道の駅などに行き、食事を楽しんでいる。10時と15時におやつが提供され、おはぎ、氷室饅頭、草団子、ホットケーキ、たこ焼きなど手作りおやつでも楽しんでいる。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	67	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
61	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,42)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	68	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	69	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
63	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	70	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
64	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:53)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	71	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
65	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	72	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
66	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者が地域の人々と関わりながら、自分らしく自立した生活が送られるようお願い、事業所独自の理念を作り、事務所や廊下などホーム内に掲示し、管理者と職員が常に意識しながら理念の実践に向けて日々取り組んでいる。	理念を実現するために、利用者が自分らしく大切にしてもらうこと、入居後も今までのスタイルを崩さないこと、自分のやりたいことを聴いて実現する援助を心がけている。管理者は、ミーティングや申し送りの場で理念について伝えたり、日々の活動の中でケアを振り返る場面では理念に立ち戻り職員に話している。	
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	地域の一員として、町会に加入し回覧板も回していただいている。町内の老人会の集まりに参加したり、事業所で慰問がある時は地域の人に回覧板で案内を回している。認知症カフェも行っており地域交流の場として機能している。地域の方にもわたぼうしがどんな所か知ってもらえる良い機会になっている。	町会の元気会の体操に毎週参加したり、認知症カフェを町の会館と事業所で隔月に開催している。町のゴミ当番や回覧板を回したり、そば祭りに参加して地域の一員として交流している。食材や日用品の買い出しに利用者と一緒にスーパーに出かけたり、野菜は近所の人たちが自分の畑でとれたものを持ってきてくれる。事業で開催する夏祭り(バーベキュー大会)は毎年恒例となり、多くの町民が参加している。	
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	邑知地区、神子原地区の敬老会に参加し、認知症をテーマとした、寸劇やリズム体操を毎年行って、認知症の人の理解や支援方法を伝えている。また、認知症カフェで認知症についての知識、予防となる事を伝え理解を深めてもらっている。		
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績、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ヶ月に一度、会議を開催している。会議では入居状況、活動内容を報告している。また翌月活動予定も報告し、出席者(家族代表、町会長、地域の公民館長、民生委員、市の職員)から意見やアドバイスを頂いている。	家族、町会長、公民館長、民生委員、羽咋市、地域包括等が参加して2か月に一度開催している。会議では、グループホームの活動状況、利用者の状態や入退去の状況、身体拘束廃止委員会等について報告し質疑応答が行われている。また、事業所独自のわたぼうし劇団、わたぼうし倶楽部の取り組みなどについても報告されている。	
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	日頃より市とは電話やメールで連絡を取り、特に大事な事は出向き面談しアドバイスを受けている。また市からの介護相談員を受け入れてサービスの質の向上に取り組んでいる。運営推進会議にも参加してもらっている。(包括、介護課の2名)	何か不明な点があれば常に羽咋市に尋ねたり、確認している。最近では、コロナウイルスの影響についての対応方法について問い合わせを行った。市の介護サービス事業者連絡会では、市から事務連絡を受けたり、市の消防本部から救急情報シートの活用について研修を受け連携している。また、介護相談員の受入れも行っている。	

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	ホーム内に身体拘束となる禁止行為について掲示し、職員は周知徹底している。身体拘束を行わないよう、利用者の状態に合わせて、見守りを行い、時には行動を共にしている。身体拘束委員会も2ヶ月に一回開催し日々の業務でなりうる行為がないかの話し合い検討を行っている。	指針があり、研修も県の研修に参加して、それを事業所内で伝達研修して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束廃止委員会は2か月に一度開催し周知徹底を図っている。建物の施錠は、夜勤帯に防犯上の観点で行っている。センサー等を使用している人はいないし、身体拘束を実施している利用者もいない。	
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	高齢者虐待について、職員は研修に参加している。また、ホーム内でも勉強会を行い、防止に努めている。ミーティング内でも話している。		
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	研修会がある時は積極的に参加し研修後はミーティングで発表、勉強会をし職員全員で理解できるよう努めている。今後も対象利用者があれば活用できるよう支援していきたい。		
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	権利や義務は重要事項説明書に記載しており、家族には契約時の書類を見ながら説明し、わからないことがあれば、質問して頂くよう話している。契約後も説明が十分であったか、利用者や家族に再確認している。		
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	利用者からは日常のケアの中で意見や要望を聞いている。家族には面会時や運営推進会議の時などに聞いている。玄関に意見箱を設置している。苦情受付のポスターを掲示し、担当者に直接言いにくいことは、市の健康福祉課や外部に苦情相談できることを明記している。また、外部評価で家族アンケートを実施しており、それらを運営に反映させている。	職員は、家族来訪時には利用者の近況について伝え、その時に家族の意見や要望を聴取している。家族とよく話をすることに努めているためか、苦情は寄せられていない。運営推進会議や認知症カフェへの参加のお願いや、お便りを送ったり利用料を持参してもらったりと密に連絡を取っている。また、家族だけでなく地域住民も対象にして介護の悩み相談、情報交換を行うわたぼうし倶楽部の活動や、家族交流会等も開催している。	
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	毎日の申し送りやミーティングで意見を出し合い話し合いしている。それ以外でも個別に話をし、コミュニケーションを心掛けている。管理者会議の際は職員の意見を率直に代表に伝えている。	管理者は夜勤シフトにも入り勤務しているので、ミーティングや申し送り以外にもいつでも、職員の意見や提案を受けている。代表者の妻も隣接の小規模多機能型居宅介護に勤務して、時にはグループホームの夜勤もしているので、日常的に行き来がある。形としては、管理者会議を通じて代表者へ意見を伝えるが、常に交流があるのでいつでも職員は意見を伝えることが出来ている。	

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
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	代表者も職員と共に業務に入り、業務の悩みを把握するようにしている。ミーティングで(代表者、管理者を含む)仕事の分担を決めたり、各自が向上心を持って働ける環境作りが出来る様話し合っている。		
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	研修の情報を収集し、多くの職員が受講出来るよう工夫している。職員から要望があった研修にも参加してもらう。また毎月のミーティングで研修報告をし、全員で共有している。認知症の方の接し方についても検討している。		
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	全国グループホーム協会に加入し、グループホーム購読誌を回覧して拝読し参考になる事は取り入れたいと思っている。また、市のサービス事業者連絡協議会の勉強会や意見交換会に参加している。市のグループホーム部会に参加し、意見交換(事業所としての取り組み、ケアの取り組み等)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	利用前に本人と家族に見学に来て頂いたり、本人と面会し、本人が困っていることや要望、生活歴など、情報収集し、本人様の不安を取り除き安心して頂ける様な環境作りに努めている。		
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	在宅での介護から、入居を決断された家族の思いを受け止め、これからの生活に安心感を持っていただけるように努めている。		
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	相談に来られる方の中には介護サービスの内容を十分に理解されていない方もあり、まず、施設の概要を説明しその他のサービスも説明する。本人と家族にとって何が必要かの確に捉え、支援している。		
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	人生経験豊かな入居者から学ぶことも多く、職員がすべて行うのではなく、入居者の経験や得意分野で力が発揮できるよう場面作りに配慮し、個々の入居者に合った支援を行っている。利用者の行いたい事、要望を聞き利用者、職員共に楽しんで行っている。		
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	職員では解決できないことであれば、家族に協力を依頼している。家族としての役割を持っていただいている。例:居室での対話、ドライブ、お食事会等		

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
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	気軽に友人や知人の方々に面会に来て頂いている。来訪した時は居室でゆっくりとお茶を飲みながら会話できるよう支援している。受け身ばかりでなくこちらから住んでいた地域に出向いて地域の方と交流も出来る様にもしている。	利用開始前に利用者宅へ面接に行き、入居後に継続した生活ができるように、暮らしぶりを見聞きしている。入居時には、使い慣れた家具、電化製品、寝具等を持ってきてもらっている。特に食器や箸は自分専用馴染みの物を持参している。入居後にも家に帰ったり、墓参りに出かけたり、友人のいる施設や道の駅に出かけている。	
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	利用者同士の関係性、相性等を職員が把握しその場に応じた対応を行っている。利用者からの意見を多く取り入れ、皆で参加し楽しめることを考え実行している。		
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	退所後も家族の相談にのったり、本人に会いに行ったり、必要時には移転先に情報提供している。		
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	担当制を導入し本人と職員が密の関係作りを出来る様にしている。各担当者が深く関わることで利用者からも信頼、安心出来る関係作りを行っている。	アセスメントを活用したり、生活歴を家族から聴取してひとり一人の思いの把握ができるようにしている。利用者の表情や行動を観察して大体的見当をつけて試行してその結果を共有している。例えば、顔をしかめている人がいて、トイレの訴えなのかと推測して、トイレ誘導すると排泄に結び付くという事例があれば、申し送りや記録で共有して、本人本位の検討ができるように職員は努めている。	
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	入居者の馴染みの物の持参をお願いしたり(茶碗、タンス、アルバム等)入居者一人ひとりの大切な人や得意な事好きな食べ物や行きたい場所など項目に分けて、本人に聞き取り入居者の生活歴を把握している。		
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	血圧や体温、食事摂取量などの健康チェックだけでなく、入居者一人ひとりの昼夜の状態を具体的に記載し毎朝の引継ぎや月一回のミーティング時にカンファレンスを行い情報の共有を行っている。		

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
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1回のスタッフミーティングや日々のケアの中で職員が入居者一人ひとりのケアについて意見交換し、本人や家族の意見も聞きながら、介護計画を作成している。また、計画書以外で各担当者が気になる事をモニタリング事項としてあげ、計画書変更時に活かせるようにしている。	管理者と看護職員がアセスメントを行いプランをまとめている。サービス担当者会議で職員への周知を行い、月に一度モニタリングを行っている。モニタリング後に大きな変化がない場合でも12ヵ月でプランは更新している。生活記録(介護記録)にはプラン2表のニーズやサービス内容が付して記録されている。また、モニタリングの記録も毎月記録している。この他、三測表やフローシート(ひとり一人の役割やアクティビティ、レクなどの記録)がある。	
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	日々の生活記録、排泄表、フローシート等を記入し、月1回のスタッフミーティングや朝、夕も申し送りの時間を持って職員間の情報共有を計り介護計画の見直しに努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族が遠方などの場合、本人に必要な物品の購入や通院介助の支援行っている。また、本人や家族の状況、希望に応じて、職員の増員や、業務内容の変更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	民生委員の方には運営推進会議に参加していただいたり、町内のサロン(元気会)に呼んでいただいたり、暮らしに楽しみを与えてもらっている。またドライブに誘い豊かな、自然、神社、仏閣などを訪ねて心豊かに、生活できるようにしている。		
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	本人、家族の希望を大切に希望する医療機関に、受診、往診ができるように支援している。また、ホームの連携医療機関は時間外や、休日においても往診、受診の体制が出来ている。	入居後には、家族の希望で、協力医療機関が主治医となっているので、看護師が日常的に医師と連絡を取り、利用者の健康管理を行っている。主治医は往診してくれるので、職員も直接に利用者の状態について伝え、指示を受けている。また、24時間オンコール体制をとってしてくれるため、夜間緊急時に対応してくれている。	
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	看護職員がおり、利用者の日常の健康管理や医療活用の支援をしている。また併設している小規模多機能型居宅介護施設にも看護師がおり、相談できる体制が整っている。		

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
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。	入院時はサマリーで細かい情報提供を行なっている。できるだけ早期に退院できるように家族や医療ソーシャルワーカーをはじめ、病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	重度化した場合の対応に係る指針を作成しており、本人と家族の希望があれば、重度化や終末期の支援を行なう方針である。医師から家族に対し、重度化や終末期に向けた方針等を説明してもらい、看取りに関する同意書もらっている。また、スタッフミーティング等で話し合い、方針を共有し支援に取り組んでいる。	ここ2,3年看取りの事例はない。介護面での重度化のみの対応であれば事業所で対応可能であるが、医療管理の度合いが高くなったり、集団生活が出来ないような著しい精神状態や、ミキサー食など食事の形態を変えても経口での摂取困難となった場合には、家族と相談して介護保険施設や医療機関に移行や入院となる。	
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	救急救命法等の講習を外部で受講し内部研修を行い、職員は急変時の対処方法をその都度、看護師より指導を受けている。緊急情報シートを活用し消防隊員がかけつけた際、即時対応できる体制が整っている。		
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	緊急時の対応マニュアルを整備し連絡体制も確立している。緊急時に協力医療機関の医師やホームの看護師が対応できるよう体制が整っている。	「介護事故防止・対応マニュアル」、「感染症対策マニュアル」、「急変時対応マニュアル」など事故や緊急時の種類ごとにマニュアルが作成されている。「行方不明者発覚の対応」や「緊急連絡先」、「緊急連絡体制」などは、事務所の壁に大きく貼り出し、職員へ周知している。また、「ヒヤリハット」が出された時などにマニュアルを再確認するよう話している。マニュアルの見直しは、必要時随時行っている。	
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	日頃よりバックアップ機関の福祉施設に慰問など行事に出かけている。また車椅子の方の体重測定の実施も出来ている。医療機関に関しては休日や夜間も含め、電話連絡、往診に応じてもらえる体制が確保されている。	協力医療機関は、市内のクリニックであり、6名の利用者の主治医でもある。月1回の往診があり、緊急時など1年を通し24時間連絡が可能である。そして、ホーム看護師が協力医療機関と密に連絡を取り、連携を図っている。連携施設は、市内の特別養護老人ホームと老人保健施設である。老人保健施設の催しものに参加したり、情報交換などで連携している。	

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	夜勤者は1名であるが併設で小規模多機能型居宅介護施設があり、そちらにも夜勤者が1名いる。また、法人代表者を含め、複数の職員が近距離に住んでおり、緊急時の対応が出来る。	1ユニットなので、1人夜勤である。夜勤者1人だけになるのは、18時30分から翌朝7時までである。ただ、繋がって建っている小規模多機能にも夜勤者1名がいて、緊急時等には協力を求めている。夜間帯に利用者の状態に変化があった場合は、看護師に連絡を入れ指示を受けたり、看護師が直接見に来ることもある。救急車を呼んだ場合は、すぐ近くに住んでいるホームの開設者へ応援の連絡を入れる。また、すぐ近くに住む看護師にも連絡し、看護師はホームに来た後、救急車について病院へ同行している。	
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	消防署の立ち会いの下で近隣の住民の方にも参加して頂き、避難訓練を行っている。経営者は運営推進会議や町の寄り合い等で協力が得られるように働きかけている。管理者は市で行った研修会にも参加し、マニュアル再確認、および追加作成を行う事もある。	消防設備点検は、年2回実施している。この設備点検の際には、点検業者より消防設備の説明も受けている。防災訓練は、今年度は新型コロナウイルスの対応もあり、やろうと思いつながらも1度も実施されていない。地域の避難場所は遠いため、近所の西山宅を避難場所として利用することを了解してもらっている。	消防署へ消防訓練計画通知書を提出した訓練を、年2回実施することが望まれる。
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	防火管理者を配置し、防災マニュアルを整備し、災害用備品の点検を行っている。また、備蓄品として飲料水、アルファ米、防寒シートなどがある。災害時には、一時避難場所として地域住民の西山宅を利用する事になっている。	「わたぼうし 防災マニュアル」が作成され、その中に「緊急連絡体制一覧表」、「緊急連絡先一覧」、火災対策、風水害対策、土砂対策など災害の種類別にマニュアルが作成されている。緊急時に必要な事項は、事務所壁に掲示し、マニュアルの周知に取り組んでいる。備蓄は、「災害用備蓄点検表」が作成され、半年ごとにチェックし、必要な入れ替えを行っている。	
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	親しく関わってほしい方、あまり声をかけて欲しくない方など各利用者に応じた声掛けを行っている。排泄面や他の利用者に知られたくない事などは本人にだけ伝わるよう対応している。	「各種マニュアル」の中に「認知症ケアマニュアル」があり、「日々ケアの留意点」が示されている。それは、「本人にとっての“誇り”や“こだわり”を大切に」、「“ゆっくり” “ゆったり”は認知症ケアの原則」、「一人ひとりのプライドやプライバシーを守ろう」、「一人ひとりの自信を高めるような言葉かけや働きかけをしよう」などが示され、マニュアルの主旨に沿って日々支援することを心がけている。本人の表情や行動を観察して、その日の状態、その時の思いを受け止め、一人ひとりの思いを大切に支援に取り組んでいる。そのために、その時々を利用者の思いや好みを職員間で共有し、職員間で支援の質に差が出ないように努めている。	

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
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	コミュニケーションの中で何をしておきたいか、何か希望はないかを聞いている。思いは変わるのでその時その時の思いを聞き対応している。外出は参加の有無をその日に再確認したり、こちらから何かお願いすることに対しては自己決定してもらう。選択肢がある声掛けを心掛けている。		
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	業務の決まり通りに日課を行うのではなく利用者がその日の状態、要望に応じて過ごせるよう配慮している。日課を好まれている方、外出したい方、休んでいたい方、それぞれに応じた事が出来るようにしている。		
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	入浴の準備や外出時など、本人に服を選んでいただいたり、理美容院に出向いて、好みの髪型にしている。服を購入したいと希望があった時は、家族に了承してもらい本人と一緒に服屋に出かける支援も行っている。		
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	何が食べたいか聞き、それを献立に取り入れている。目でも楽しんでもらえるようにホットプレートを使用し一緒に下準備や調理を行う事もある。食事後の茶碗拭きは手伝ってもらっている。誕生日は何をどこで食べたいか要望を聞き実行している。外食も必ず要望を聞いて実行している。	食材は、発注や近くのスーパーへ買い物に行っている。また、近所の方々が野菜などをよく分けてくれる。その日の献立は、皆さんの希望を聞いたり、冷蔵庫の中の物を見て作っている。調理は主に下ごしらえや味見や盛り付け、後片付けなど、できることを手伝ってもらっている。中には、切ったり焼いたりする方もいる。食事は、職員も一緒に食べ、味や食材について、昔話、世間話などして、楽しく食事時間を過ごしている。	
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	食事摂取量を記録しており、事業日誌の献立を確認し、前日の献立と重ならないように食品群に気を配り毎日の栄養摂取に充分配慮している。常食が摂取しにくい方は食べやすい形状にして提供し栄養摂取できるようにしている。		
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	毎晩、義歯の方は洗浄剤に浸けている。毎食後、個々の状態に合わせて、歯磨き、うがいなどの支援を行っている。磨き、うがいが困難な方には口腔ティッシュの使用し対応している。		

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
47	(20)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表を付け、排泄パターンを把握している。入居者一人ひとりに合わせたトイレ誘導を行い汚染を少なくし、パットもできるだけあったものを使用しコストダウンに努め家族の負担の軽減を図っている。また、できる限り、排尿、排便はトイレで出来る様支援している。	排泄チェック表を作成し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせたトイレ誘導を行い、失敗を防ぎ、トイレで排泄できるよう支援している。また、パッド等も本人に合ったものを使用することで、本人が快適に過ごせるように、そして経済的負担の軽減につながるよう努めている。排泄パターンは、季節により変化するため、その変化を把握し、変化に対応することで、トイレに座って排泄できるように取り組んでいる。	
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	食事に注意したり、排泄チェック表や入浴時などに腹部状態を確認している。運動不足にならないよう、ラジオ体操や軽体操、レクなどを行っている。またホーム内を歩いてもらっている。		
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	家庭での入浴に近づける為、入浴は午後から行い、季節に応じて菖蒲湯やゆず湯を行っている。季節外は入浴剤を使用し保温に努めている。体調不良や便汚染された時は清拭や部分浴などを行っている。一般浴での入浴が困難な方には機械浴で対応している。	お風呂は日曜日以外はわいている。皆さん1日おきに入浴している。本人が希望して、週2回の方もいるが、そのほかの方は週3回入浴している。入浴は、その人のお湯加減で、可能な限り満足するまで入ってもらっている。一番風呂が良い方には一番風呂に入ってもらっている。入浴介助は1対1であり、コミュニケーションを取る良い機会ではあるが、話したい方とはいろいろな話をして、入浴時間を楽しんでいる。ゆったりとお湯につかりたい方には、見守りをして、のんびりと入浴を楽しんでもらっている。	
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	身体的負担を考慮し、昼食後は自室に入室し、休息をとってもらっている。昼寝の習慣が無かった方は、時間を観てコタツで足を伸ばしてもらっている。また、冬場は保温のため、希望される方には湯たんぽを使用している。		
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	薬の処方箋のファイルを作成しており、職員が副作用や用法などを確認し、医師の指示どおり、服用できるよう支援している。下剤を使用されている方は、排便状況によって調節する事もある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	主に家事全般(洗濯物畳、茶碗拭き、掃除など)を行ってくださっている。現在は入居者が自主的にそれぞれの役割として声掛けがなくても行ってくれる。買い物に出かけることで気分転換になっている方もいる。		
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	本人の要望に応じて個別で行きたい場所、馴染みの場所に出かけている。地域住人の方と交流できる場所にも出かけている。自ら要望することが難しい方は、家族から情報を聞き馴染みの場所となる所に出かけている。	気候の良い時期は、ホーム裏の農道を散歩している。ドライブは、神社やお寺、自宅周辺やその季節の景勝地などに月2~3回は出ている。また、福水そば祭りに4人の方が参加したり、町会の「元気会」や認知症カフェ、農協の展示会、他の小規模多機能施設へ山羊を見たり、駄菓子を買ったりすることを目的に出かけている。あるいは、銀行の通帳記入に同行したり、自宅を見に行ったり、少人数で外出に出かけたりと、利用者の個人的な用事にも同行し、戸外に出かけられるよう支援している。	
54		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	可能な入居者には財布を持ってもらい、職員見守りのもとお金を支払っている。私物購入時は、本人用の私費袋から購入代金を支払ってもらっている。		
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	年賀状、暑中見舞い、残暑見舞い等、年に数回家族宛に利用者直筆の手紙を出している。字が上手くかけない方には、口頭で話された事を職員が代筆などして対応している。日頃の様子なども添付し送っている。電話においてはかかってきた時に、出してもらっている。		
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	調度品は業務用ではなく、一般家庭と同様の物を置き、神棚や観葉植物などを置き家庭的にしている。また、窓からは木々、草花、田畑が見え季節感を感じることが出来る。夏場は網戸で風通しをよくしている。	日中はほとんどの方がリビングで過ごしている。そのため、空調や換気に配慮し、利用者が部屋に戻った後には夜勤者が清掃し、清潔を保つなど、居心地よく快適に過ごせるよう努めている。朝は利用者と一緒に、モップ掛けや拭き掃除もしている。リビングの壁には習字やぬり絵、折り紙作品、皆の共同作品のカレンダーなどを掲示している。利用者お一人の方が作品作りが大好きで、季節の飾りつけは1か月ごとに交換している。また、ホームの前には畑があり、3人の方が畑仕事を手伝ってくれる。収穫は、全員が見守り、皆で収穫した野菜をおいしく食べている。	

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	廊下に2箇所椅子を置いて、大きな窓から外を眺められるようになっている。また、リビングの畳スペース2人かけソファを置き、食堂の気配を感じながら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	愛用されていた物、自宅で使い慣れた家具など愛着のある物を多く置いてもらい居心地よく過ごせるようにしている。また、リラックスできるような空間づくりを心掛けている。	居室の清掃は毎日行い清潔を保っている。急遽掃除が必要となった場合には、本人に声を掛けて一緒に掃除を行う。ただ、それが出来ない時は、本人の入浴時に掃除することもある。家族の中には面会時に掃除をして帰る方もいる。空調はその人の適温で快適に過ごせるように配慮し、転倒リスクのある方にはベッドや家具の配置など動線を確認して、安心、安全に過ごせるよう配慮している。居室はその方のプライベートスペースなので、自由に使ってもらい、できるだけ干渉しないように努めている。	
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	入居者一人ひとり状況を検討して、居室に手摺りを設置したり、立ち上がりや移動時のために椅子をおくなど工夫している。廊下やトイレにも手摺りを設置したり、玄関には靴などを履くときに転ばないようベンチが置いてある。居室前には高すぎない位置に表札をつけたり、くす玉等目印をつけている。また、夜間はトイレの上には花笠のライトをつけ夜間でも場所がわかるようにしている。		