

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	1770300059		
法人名	社会福祉法人あさひ会		
事業所名	グループホームあたかの郷		
所在地	小松市安宅町ル1番地29		
自己評価作成日	平成30年1月6日	評価結果市町村受理日	平成30年3月9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1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)】

法人の基本方針である「あなたらしき100%」を目標とし、入居者の「当たり前暮らし」、「望む暮らし」が実現できるように、一人ひとりの気持ちを尊重し、寄り添う支援を大切にしている。
グループホームが「家庭」であることやプライバシーの観点からも、入居者への言葉遣い、職員同士の言葉遣いに気をつけている。
職員と一緒にいる、入居者にお任せする場面をできるだけ作れるように努めている。
ホーム内に季節に合った花を飾り、季節を感じることができるよう環境作りを行っている。

【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)】

食事を楽しむ支援として、献立は、利用者との話の中で聞いてみたり、チラシや料理本と一緒に見たりして決めている。食材は、スーパーに注文し配達してもらうことが多い。食材の下ごしらえなど出来ることを手伝ってもらい、一緒に食べ、一緒に後片付けしている。食事の時には、季節の話、畑の話、材料の話、世間話、新聞の話など、色々な話をして家庭で食べているように食事を楽しんでいる。
誕生日には、職員と二人で外出に出かけたり、寿司の出前や弁当を注文したりすることもある。また、本人の状態に合わせ、食事形態や盛り付けも工夫している。午前には果物とドリンク、午後にお菓子とドリンクの時間がある。午後は、手作りおやつを楽しむこともある。栄養・食事・環境担当を設けており、4カ月ごとに献立の状況を確認し、検討している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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、生き活きと働いている (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	法人理念「人権尊重・地域共生・誠実なる運営」、基本方針「あなたらしさ100%」をもとに、入居者様の望む暮らし、あたり前の暮らしが送れるように努めている。ただ、理念や方針についての理解はあっても、職員の取り組み方には差があり、全員が同じ姿勢で取り組んでいるとは言い切れない。	法人理念、グループホームの倫理規定、グループホームの理念、各ユニット毎の目標、行動指針が定められ掲示されている。新人職員の研修時は必ず理念について話すとともに、ミーティング時に利用者支援を統一するときには理念に立ち返り行っている。また、スタッフは毎月自己評価を行うときに振り返っている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事にはできるだけ参加できるように調整を行っていて、祭りや清掃活動への参加に繋がっている。一部の入居者様の習慣にもなっていた健脚体操への参加は、その日の職員数が少ない場合もあり、交流は少なかった。偶数月に地域の小学校へ雑巾を届ける活動も行ってはいたが、できない時期もあった。入居者様が以前住んでいた馴染みの地域への外出支援は行うことがほとんどできていない。	海岸清掃ボランティアに参加したり小学校の運動会を見に行ったり掃除の時に使う雑巾を届けたりという交流や市のコミュニティセンターで開催している健脚体操に参加したり介護相談員派遣事業の受入をしたりと様々な地域交流を行っている。日常的に利用者の日用品や身の回りの物を買いにスーパーやお店に一緒に出掛けている。	
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	機会は限られてはいるが、運営推進会議や地域の方との交流を通して、認知症の理解や支援のあり方を知っていたり機会にはなっていると感じている。地域の方向けの説明会や勉強会のような機会は持っていない。		
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	会議は定期的に行うことができている。町内会長、民生委員、地域の各種団体、市職員の方達が参加されている。入居者様、家族様の参加も、多くはないがみられている。人員の関係で、管理者が中心に会議を進めている状況があるが、ホームでの取り組み、利用者の状況を報告し、その中で出た意見をホームでの取り組みやサービス向上に活かしている。評価結果報告を会議で報告する際、評価機関、調査員への参加を呼びかけることはできていない。	二か月に一度、家族、町会長、老人会長、婦人会長、民生委員、市役所、地域包括等が参加してスライドを使用してグループホームの紹介をした後、グループホームの現状報告、利用者の現況、行事等のとりのみ状況を報告し質疑応答を行っている。また、小松市からのお知らせや地域包括、母体法人からのお知らせなど意見交換が行われている。	
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取り組んでいる	メールでの情報提供をいただいて、不明点を窓口で確認する等のことはあっても、日常的な連絡等はこまめにはとれていない状況がある。運営推進会議には、毎回市職員の参加があり、意見等をいただいている。	運営上不明な点があればその都度市に問い合わせ教えてもらっている。また、市主催の研修には積極的に参加して情報交換をしている。今年度は骨折や行方不明の事故があり市に介護事故報告を行っている。また、3か月に一度市内10か所のグループホームが参加する連絡会に参加して情報交換、意見交換をしている。	

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
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	身体拘束・虐待・プライバシーに関する担当職員を各住まい一人ずつ設けている。その担当職員を中心に、年に1回、意識の維持・向上を目的とした職場内での勉強会を実施している。またミーティングでも定期的に住まいの状況を見直す機会を持ち、意見交換を行い、防止に努めている。昨年度は参加できたが、今年度は人員の都合がつかず、外部の研修には参加することができなかった。	身体拘束をしないケアのマニュアルがあり、職場内研修、外部研修に参加して職員は取り組んでいる。施錠は夜勤帯に防犯上の観点で実施している。転倒予防の観点でセンサーを利用しているが基本的にはソフト面での対応で安全に配慮している。成年後見制度の利用者がおりミーティング時に後見制度についての理解を深めている。	
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	身体拘束・虐待・プライバシーに関する担当職員を各住まい一人ずつ設けている。その担当職員を中心に、年に1回、意識の維持・向上を目的とした職場内での勉強会を実施している。またミーティングでも定期的に住まいの状況を見直す機会を持ち、意見交換を行い、防止に努めている。昨年度は参加できたが、今年度は人員の都合がつかず、外部の研修には参加することができなかった。		
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	定期的な勉強会や研修会などは行っていない。権利擁護に関する制度等の理解には職員により差がある。成年後見制度を活用されている入居者もおられる為、今後勉強会等の機会を設ける必要があると思われる。		
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、改定に関することについては、書面や口頭で入居者様、家族様に疑問点や不安点などを確認しながら、ホームでの取り組み等を理解していただけるように説明を行っている。		
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	日頃から入居者や家族からの希望、要望を伺い、ミーティング等で検討し、反映できるように努めている。その他、家族には運営推進会議の参加、ホームでの交流企画に参加いただき、意見や要望等を確認する機会を作っている。	苦情の受付体制は整備されているが今まで特に苦情は寄せられていない。職員は家族来訪時に要望、希望について聞き取りを行った。外部評価受審時に利用者アンケートを実施して利用者、家族意見を集め運営に反映させている。	
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	管理者と職員はミーティングや申し送り、仕事の合間、休憩時間等で話をする機会がある。また法人が導入している人事評価制度の面談も話をする機会となっており、それぞれの機会が必要に応じて職員の意見や提案について検討する等している。入居検討についても、基本職員の意見を参考にしている。	管理者は他の職員と同じくシフト勤務に就いておりいつでも職員から意見や提案を受けている。同一敷地内の特養に事務局があり会議や委員会、行事等で職員が交流しており意見や提案を述べる機会が多い。また、法人の人事評価制度の中でひとり一人の職員が目標設定を行う機会もある。	
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	代表者に代わり管理者が、向上心を持って働けるように、日常的に職員に声をかけたり、相談を受ける等しているが、疲労感やストレスを溜めない環境整備については不十分な部分もある。法人で人事評価制度を導入しており、目標設定を行う機会がある。また法人内の会議で、現場の状況を管理者から報告することで、状況の把握には努めている。		

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
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	代表者に代わり管理者が、ホームで設けている各委員会の担当内容にあわせた研修参加等をすすめている。不定期ではあるが、必要と判断した場合、ミーティング内等でも勉強会を行っている。新人職員には、管理者から新人研修を行い、先輩職員の同行期間を設け、指導を行っている。		
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	小松市グループホーム連絡会や研修、勉強会等での交流の機会はあるが、勤務の都合のつかない場合もあり、参加人数は少ない状況がある。		
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	入居前(入居検討の段階も含む)の様子伺いで職員が本人と関わりを持つ機会があり、その時点での不安等を確認する等して、入居後も安心して過ごせるよう関係作りには努めている。入居後も、関わりを持ち、職員間で情報共有し、本人との信頼関係構築の為に努力をしている。		
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	サービス導入前、導入時より、ご家族の不安なことや要望を確認し、安心につながるように話しをお聞き、関係作りには努めている。		
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	サービス導入段階(または導入前)に、書面での情報や関係者からの情報をもとに本人、家族がまず必要としている支援の在り方を検討している。得た情報は回覧、申し送り等を行い、職員間で情報共有に努めながら支援できるよう努めている。入居前の関係作りとして、ホームにて短時間過ごしていただき、関係を作れた方もいるが、都合が合わなかったり緊急性があり、関係作りができずに入居となった方もおられる。		
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	暮らしの主体は入居者である意識を持ち、「一緒に行く」「お任せする」ことを大切にしている。活動を一緒に行うことで、入居者から教わる場面もある。入居者・職員が互いに支えあう関係作りを目指しているが、その日の人員状況や意識の差等、職員の都合で出来ない場合も少なくない。		
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	家族へは、最近の入居者の様子や情報を来訪時や電話等でこまめにお伝えしている。サービス利用をきっかけに、本人と家族の繋がりが薄くならないよう取り組んでいるが、徐々に関係性が薄くなっている方もおられる。家族が安心して来訪し、職員に相談しやすい環境作りには努めているが、職員によって来訪時の家族への関わり方、意識に差が見られている。		
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	本人、家族からの情報をもとに、これまで通われた理髪店やスーパー、馴染みの人との関係を継続できるよう努めている(継続したい気持ちを職員は持っている)。ただ、その日の職員の人員状況により、出かけることができないことの方が多く、情報はあっても実践につながるが少ない状況である。	入居前に自宅に訪問して面談し生活の様子を聞いたり、部屋の写真を撮らせてもらい入居後の生活の継続性に配慮して、例えば、ベッドとタンスの配置を考えたり好みのスターのパンフレットを壁に貼ったりしている。入居後も家まで出かけた時、友人が遊びに来たり、墓参りに行ったりと人や場所との関係継続を心がけている。	

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	共有部にゆつくり過ごせる空間を複数設けている。入居者同士の関係性(性格、相性等)を考え、食事の席等も柔軟にその都度考え支援するように努めている。関係性に問題がある場合はミーティング等で話し合い、入居者同士無理なく支え合える環境作りを考えている。		
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	法人内の特別養護老人ホームに入居された方がおられ、職員が面会、様子伺いに行くことはあるが、サービス利用(契約)が終了した入居者、家族とは関係が続いているケースは少ない。本人が移り住む先の関係者には、本人の状況、行っていた支援の工夫等、詳細に伝えられるようには努めている。		
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	日々の会話の中から、入居者一人ひとりの思いや暮らし方の希望に添えるようできるだけ努めている。希望、意向等があまりない方の場合、ケアプラン内容やその方の生活習慣、これまでの暮らし方、家族の情報等からお誘いし、支援するように努めている。しかし、その日の希望や意向を確認できなかつたり、確認できても、実践につなげられていない場合もある。	利用者のこれまでの暮らしと、元気だった頃の情報を元に本人本位に考えて思いや希望、意向を把握してケアプランに載せ、食事や外出といったメニューに反映させている。コミュニケーションの難しい人には声かけして、表情やしぐさなどから本人本位に判断している。	
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(手続き時、事前訪問時等)に生活習慣等これまでの暮らしについて、本人、家族から情報をいただく場面はある。入居後も本人との関わりの中で、また家族来訪時等の会話の中で得た情報を記録に残し、職員間で情報共有、把握に努めている。情報量については、入居者によって差がある。また人員状況から、情報があっても実践に繋げることが難しい現状がある。		
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	独自の申し送りシートを活用し、日々の申し送りや各勤務帯での打合せで、入居者一人ひとりのその日の過ごし方、心身の状態等を職員が把握できるよう努めている。職員によって取り組み方に差はあるが、できるだけ日々の活動を一緒に行う、お任せする場面を作ることで、新しくできる力も探りながら、支援を行っている。		
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	ケアプラン作成は本人、家族の意向(電話で行う場合もある)を確認しながら行っている。職員がケアプランを意識して支援できるように、担当者を中心に月1回書面でのモニタリングを行い、現状の把握に努めている。ただ、計画作成に充てる時間が十分にとれず、更新や見直しが遅れている現状がある。	各担当者がアセスメントを行い計画作成担当者がそれをまとめて原案を作成。本人、家族の要望を聴取して暮らし向上会議(サービス担当者会議)でプランを共有している。モニタリングは担当者が毎月計画内容経過情報シートを記入し3ヶ月ごとに計画作成担当者が計画内容経過表にまとめている。大きな変化がなくても計画は半年ごとに更新している。記録はケース記録、バイタル記録がある。	
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	ケース記録は、ケアプランと連動した様式になっている。また職員間で情報共有するために、職員の気づきや意見を記入できる欄があり、こまめに記入を行っている。しかし、記録に対する職員の意識の差や入居者の活動が十分にとれず、記録の内容が薄いこともある。		

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
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	入居者のその時の気持ちや状態等の把握に努め、入居者にとってよりよい支援方法をミーティング等で定期的話し合い、検討している。必要に応じて、職員の勤務調整も行き、その都度のニーズに対応できるように努めているが、適時に行えていない場合もある。		
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	職員の人員状況に関係し、外出の機会が減っているが、地域行事に参加した時等、近隣の方に声をかけていただくことがある。人的ネットワーク組織の構築に向けての協働は十分にできていない。その方がこれまで過ごしてきた地域の地域資源についても、把握できていることがあっても、実践につながっていないことが多い。		
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	入居前に本人、家族の意向を確認し、基本これまでのかかりつけ医への受診を実施している。往診を利用されている方もおられる。希望される医療機関がない方は協力病院の受診に対応している。重度化された場合、職員が通院支援を行う場合がある。	主治医は協力医療機関や往診してくれる病院、従来からのかかりつけ医となっている。協力医療機関には定期的に職員が通院介助しているが従来からのかかりつけ医の場合には原則家族送迎であるが車いすの人が増加してきているのでホームの車で職員が通院介助することが増加してきている。家族送迎の時にはホームで受診シートを作成して家族に渡して医師に利用者の状態を伝えている。	
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	ホームに看護職員の配置はないが、1日1回隣接の特養看護部の看護職員がホームに来て、処置や医療的な対応の相談・助言を受けている。看護職員で対応が難しいことは、助言のもと受診対応を行っている。		
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。	入院中は定期的に入居者の様子や状況について、入院先の病院の看護職員、家族等から情報を得ている。またそれらの状況を職員間で共有できるよう努めている。退院後の生活に無理がないように、ホームでできること、できないことは病院関係者に事前に伝えるようにしている。		
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	終末期ケアは現在取り組んでいない。 重度化については、ホームで対応できるものはできるだけ支援を継続したいと考えており、入居者、家族、主治医と話をしながら支援にあたっている。	重度化の対応については具体的には入浴と食事の面で限界がある。入浴は一般浴槽のため入浴ができずに清潔が保持できない時。食事はキザミ、トロミ食の対応は可能であるがムース食、ミキサー食が必要になった場合には限界となってくる。また、医療管理の必要性が頻繁になって常時の医療が必要となった場合にも限界となる。グループホームでの生活が難しくなった場合には同一敷地内の特養や母体の医療法人への入院も含めて迅速に対応している。	

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
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	急変時や事故発生時等に、対応マニュアルに添った訓練を定期的実施しているが、職員全員が同じ回数行っているわけではない。人員の関係から、消防署で行われている普通救命講習への参加も少なくなっている。突発的な予定が入ったり、入居者対応を優先することで、訓練ができなかった場合もあり、十分に行えているとは言えない。その為、実践力にも職員によって差がある。		
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	緊急事態に対応する為のマニュアルが作成されており、そのマニュアルに沿って訓練を行っている。ただ、行方不明対応訓練の回数が少なく、十分でない状況がある。マニュアルの理解、その実践力にも職員によって差がある。	「対応マニュアル」というファイルがあり、「緊急連絡表」、「窒息・誤嚥対応」、「行方不明対応」、「ノロウイルス」など事故の種類別にマニュアルが作成されている。感染症は、特に注意が必要となる時期に確認するように伝えている。また、9月22日に夜間訓練対応、8月14日に行方不明対応、12月18、19日に誤嚥対応など、緊急時の訓練を実施している。訓練を実施することでマニュアルの周知に繋げ、見直しは、訓練後必要があれば行っている。	
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	法人として協力医療機関を定めている。また、同敷地内の特養等と連携して緊急時の対応等の支援体制がある。しかし、ホームからの情報伝達等が不十分であったり、タイミングが合わないこと等で、全ての場面で支援体制が確保できているわけではない。	協力医療機関は市内の病院で、定期受診をしている。救急車での緊急受入れは可能である。また、市内の歯科も協力医院になっている。ほとんどの方が協力医療機関の医師を主治医としている。ただ1名は、市内のクリニックを主治医にしており、往診を受けている。バックアップ施設は、同一敷地内にある特別養護老人ホームである。毎日午前中に看護師が、健康チェックに来てくれたり、夜間の緊急時、催し物があれば見に行くなど連携している。	
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	夜勤職員は各住まい1名ずつ配置しており、緊急時は協力して対応を行っている。また、緊急時の同敷地内の特養の支援体制も確保できている。	2ユニットなので、2人夜勤である。20時から翌朝7時30分までが二人体制である。夜間帯に、利用者の状態の変化があった場合は、まず夜勤者二人で相談する。判断に迷う場合は、管理者へ連絡し指示を受けることになっている。救急車を呼んだ場合、夜勤者は管理者へ連絡を入れるとともに、特別養護老人ホームの宿直者へ応援の連絡を入れ、夜勤者1名が救急車に同乗するようになっている。ただ、この1年に、夜間帯に救急車は呼んでいない。	
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	火災訓練は、日中想定、夜間想定とわけて実施している。しかし地震訓練、水害訓練の回数は十分にとれていない。また地域の方の参加は本年度はなく、事業所だけの訓練になっている。定期的に各種訓練を実施する予定を立てているが、人員の関係等により十分に行えている状況には至っておらず、実践力も職員によって差がある。	5月23日に夜間想定で避難訓練と消火訓練を実施。10月25日には日中想定で、避難訓練を実施している。その他、5月23日に救命講習会、8月14日には行方不明対応訓練など、防災に関連した訓練も実施している。消防設備点検は、年2回実施している。	

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	緊急対応マニュアルの整備はされているが、定期的な見直し(特に風水害対応マニュアル)が十分に出来ていない。定期的に各種訓練を実施する予定を立てているが、人員の関係等により十分に行えている状況には至っておらず、実践力も職員によって差がある。食糧、水等の備蓄は確保し、定期的に点検も行っている。	「対応マニュアル」の中に、「火災対応」、「地震対応」、「風水害対応」など、災害の種類別にマニュアルが作成されている。訓練の前には、マニュアルの読み合わせを行い、マニュアルの周知につなげている。また、訓練の後に、必要があれば見直しをおこなっている。そして、「非常時持ち出し備品リスト」が作成され、管理者が備蓄品の担当者であり、管理している。備蓄品は、非常食、その他の食料、飲料水が2日分、その他、ラジオや救急箱などがリストに記載されている。	
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	入居者一人ひとりの特徴を把握し、人格尊重、プライバシーを損ねないように意識した声のかけ方や話し方に心掛けている。羞恥心にも配慮し、さりげない対応、声の大きさにも注意している。それでも、すぐに職員間で情報共有が必要な事項等、入居者の前で話をしてしまう場面はたまにある。	倫理規定には、「個人を尊重します」、「個人を護ります」などが示されている。日々の支援の中では、コミュニケーションを取れなくなった方の場合は、これまでの生活での情報を踏まえて、本人の意向をケアプランに示し、本人の意向を大切にされた支援に取り組んでいる。また言葉使いには、相手を敬う気持ちが伝わる言葉を使うよう心がけている。戸やカーテンは閉めるとか本人の羞恥心への配慮、あるいは、申し送りなどでは利用者の個人情報がお互いへ聞こえないようになど配慮している。	
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	基本職員だけで判断せず、入居者に訊くことを大切にしているが、支援が重なったり、1人の入居者にゆっくり付き合うことで、他の入居者の希望を伺ったり、自己決定を支援する余裕がもてない場合がある。希望の表出が難しい入居者については、表情やしぐさから読み取る工夫はしているが、職員側で決めてしまうこともある。		
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	入居者一人ひとりのペースを把握し、その日希望する過ごし方を伺い、実践できるように努めているが、入居者全員には確認できていない。入居者からの言葉が少ないこと(職員から伺えていないことも含む)や、職員の少ない日、時間帯もあり、どうしても業務優先になってしまうことはある。		
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	入居者本人に選んで頂くことを基本とし、大切に考えて支援している。衣服の汚れがある場合はその都度声かけをし、着替えて頂いているが、職員の意識の差、余裕のない場合もあり、出来ていないこともある。日頃から気をつけてはいるが、整容(爪、髭等)も十分にできていないこともある。お風呂の着替えの準備等、できるだけ一緒に選ぶことを大切にしているが、「なんでもいい」といわれる方、準備が億劫な方には、職員だけで準備している場合もある。		

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
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	調理や片付け等職員が入居者と一緒に行い、楽しみにつながるように、一緒にする、お任せする場面をできるだけ作っているが、職員の意識の差やその時の人員状況もあり、職員だけで行ってしまう場面も少なくない。また買い物に出掛ける機会が減ったことで、献立を入居者と一緒に考える機会も減っている。一人ひとりの嗜好は、普段の会話や関わりから、記録にも残し、把握している。	献立は、本人との話の中で聞いてみたり、チラシや料理本を一緒に見たりして決めている。食材は、スーパーに注文し配達してもらうことが多い。食材の下ごしらえなど出来ることを手伝ってもらい、一緒に食べ、一緒に後片付けしている。食事の時には、季節の話、畑の話、材料の話、世間話、新聞の話など、色々な話をして家庭で食べているように食事を楽しんでいる。誕生日には、職員と二人で外出に出かけたり、寿司の出前や弁当を注文したりすることもある。	
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	毎日の申し送り等で一人ひとりのおおまかな食事、水分量を把握している。食事や水分量にムラがみられる時は、記録して確認することで情報共有をしている。「栄養・食事内容担当者」を配置し、4ヶ月に1度、食事内容や入居者の食事状況等について話し合いを持っている。同じ食材ばかりの使用にならないように配慮している。		
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	食後、入居者の口腔内状態を確認し、本人の力に応じて歯磨きやうがい等、その方に必要な口腔ケアの実施に努めているが、職員の意識の差もあり、毎食後(特に昼食後)は行っていない。		
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	排泄チェック表を確認しながら、個々の排泄パターンを把握して支援するように努めているが、支援が重なり、適時の声掛けが遅れてしまう場合もたまにある。排泄支援は一人ひとりの能力にあわせて実施しており、安易なおむつ等の使用は行っていない。おむつ等の使用を考える際は、必要かどうかをミーティング等で検討し、検証もしている。紙パンツから布パンツに切り替えができた入居者もおられる。	排泄チェック表があり、全利用者を対象に排泄パターン及び健康状態の把握に努めている。排泄チェック表を活用し、タイミング良い声掛けを行い、失敗を防ぎ、トイレで排泄してもらうように支援している。数年前に入居した方で、ずっとリハビリパンツを使用していた方がいて、排泄パターンが把握できたことで、声掛けにより失敗がなかった。そのため、今年度布パンツに変え、現在も失敗することはない。このように、簡単におむつを使用することがないような介助を心がけている。	
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	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排便状況の把握に努めている。便秘の方に対して、オリゴ糖、ヨーグルト、ヤクルト等、本人の嗜好も考慮しながら、改善に向けた工夫に努めている。しかし、その日の人員の関係もあり、活動や運動等の働きかけは不十分な状況がある。		

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
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	お風呂の希望にはできる限り添えるように努めているが、長くお風呂に入れていない方を優先的に誘っている現状がある。曜日でお風呂の日や時間帯を決めてはいないが、希望が何えず、職員の都合でお誘いする方を考えて声掛けし、支援してしまうことがある。	お風呂は一般の個浴で、各ユニットとも毎日わいており、2日に1回入浴する方もいる。拒む方には、時間をおいて声掛けする、声掛けする職員を変える、日を変えるなどして、無理強いはせず入浴の支援を行っている。入浴介助は、職員と1対1で行われ、職員と利用者とのコミュニケーションの機会にもなっている。また、お湯の温度、つかる時間など本人の意向に沿うように配慮している。そして、柚子湯や入浴剤で、色や香りを楽しんだりもしている。	
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	基本一人ひとりの休みたい時間、生活習慣に合わせて就寝支援を行っており、職員都合での無理な支援は行っていない。その日の体調、疲れ具合等により休息をとっていただく時は、希望される場所で休んでいただいている。		
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	処方された薬の内容、目的、副作用は薬剤シート等で確認し、申し送りや職員で作成した受診シートの回覧を行うことで、情報共有と把握に努めている。しかし、職員全員が詳細に把握するまでには至っていない。受診で薬が変更した時は、心身状態の変化がないか伺い、主治医にその経過を相談している。		
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	入居者の生活歴や普段の関わりの中で希望等を確認しながら、日々の役割(調理・洗濯干し・ゴミ捨て等)や活動につながるよう努めている。また一人ひとりの入居者の情報から、得意な事等を把握しお誘いしている。しかし、その日の人員状況等でお誘いできず、取り組めていない状況はある。		
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	その日の希望から散歩や買い物、地域の健脚体操等、日常的な外出ができるよう努めているが、職員の少ない日、時間帯もあり、十分に組み組めていない状況がある。またその日の希望を伺っていない入居者の方もおられる。家族の協力にて希望される場所、人に会いに外出されることはあるが、地域住民の協力を得ての外出の実績はない。	ユニットの行事として、ドライブ兼ねて花見に出かけたり、5月には十二ヶ滝に鯉のぼりを見に出かけている。また、9月にはあたか祭の獅子舞を特別養護老人ホームまで見に出かけ、午後8時に臨海公園の輪踊りを見に行ったりもしている。また4月と6月に、小学校へ利用者の方が作った雑巾を届けに行った。そして、個人的な食事や買い物、受診などに付き添ったりもしている。	
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	財布を自己管理されている方がおられる。基本外出時は、楽しみにも繋がるように入居者の財布やカバンを持っていたりできるように努めているが、職員の意識の差がみられ、実践できていない場合がある。支払いの理解力が不十分な入居者に対しては、職員がその都度確認を取りながら対応している。入居者に必要なものがあり、その方が一緒に買い物にいけない場合(職員の人員の都合等)、入居者に説明し、職員が代行して購入することがある。		

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
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	希望される入居者には、自由に電話を使っていたりできる環境がある。手紙が届くことは少なく、その為返事をしたり、手紙を出す機会も少ない。		
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	不快や混乱を招かないように、室温や照明の配慮、テレビや音楽を同時に付けない等雑音にも注意している。また、職員が気づき、季節に合った花を飾ることで、季節を感じられる環境もできている。季節、行事に合わせて飾り付けをすることもあがるが、入居者の暮らしと無縁の装飾品等を飾り付けることはしていない。入居者の方への関わり、身体支援を優先にすることで、掃除の時間がとれず、不十分な状況はある。	照明の明るさへの配慮、テレビやラジオ、CDなどの音と一緒に出さないなどの音にも配慮している。また、季節を感じられるよう、玄関やリビングには季節の花や飾り付けを行っている。正月、雛祭り、鯉のぼり、七夕、秋の風景、ハロウィン、クリスマスなどの飾り付けを行っている。また、日中は皆リビングにすることが多く、タタミスペースで午睡する方もいるので、清潔の保持や室温や湿度、換気にも配慮している。	
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	共用部で、座って過ごせる空間をいくつか設けており、好きな場所で一緒にいたい人とくつろげる環境はある。職員は、入居者のその時の気持ち、関係性にあわせて、過ごしたい場所でゆっくり過ごせるよう支援している。ただ、入居者の身体状況から使用していない空間もある。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時備え付けの備品は、洋室はベッドと和室は布団のみである。居室はその方のプライベートな空間として落ち着いて過ごせる空間となるように、入居者や家族と相談の上、基本家で使い慣れたもの、馴染みのものを持ってきて頂いている。家具の位置についても、入居者が使いやすいように検討し配置している。	入居の際は、使い慣れた馴染みの物を持ち込んでもらうように話している。そのため、居室に取り付けられている物は、エアコンとベッドのみである。タンス、写真、バッグ、テレビ、時計、仏壇、神棚などを持ち込んでいる。職員は、本人の動線を配慮した家具の配置を提案し、安全の確保に努めている。また、室温、湿度、換気に配慮し、清潔を保ち、居心地よく過ごせるように配慮している。そして、居室はプライベート空間であるので、職員は入る時には必ず本人の同意を得ている。	
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	できるだけ自分の力で生活していただけるように、環境整備に努めている。転倒のリスクがある方もおられ、リスク防止の取り組みが過剰にならないように注意しながら、家具の配置や置き方を検討する等改善にも取り組んでいる。しかし、入居者一人ひとりで考えた場合に、それぞれの身体機能に応じた環境整備としてはまだ不十分であり、職員間で話し合いができていない部分もある。		