

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	令和1年12月16日	評価結果市町村受理日	令和2年2月25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1月24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、ラジオ体操などのグループ体操や正信偈の読経を毎日行い、健康・体力の維持・向上に努めています。また、その日の当番(役割)を利用者が自ら引くじ等で決めており、主体的に活動に取り組めるような雰囲気づくりをしています。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、地域との関係性、そして「今の気持ち」を大切に、日々のささいなことでも利用者一人ひとりが自分で「どうしたいか?」を決め自分らしく過ごせるよう支援しています。支援者である職員は、「利用者の持っている力を信じる」ことを大切に、できないこと・できなくなってきたことばかりに目を向けるのではなく、「どうしたら利用者自身でできるか?」「どんな工夫したらよいか?」という視点でケアを考えるようにしています。

【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)】

事業所と地域の付き合いは、町会の防災訓練や、清掃、夏祭り、餅つき大会、神社の掃除等に参加したり、町会の福祉推進委員から依頼を受けて、法人の事業所の説明会を開催して、町会の人に法人の取り組みを伝えている。地元の中学校の総合学習や、職場体験の受入れ、合唱サークルや音楽療法等のボランティアの受入れも多い。また、日頃から近くのスーパーに利用者と一緒に食材等の買い出しに出かけている。
食の楽しみは、フードコートで食事をしたり、毎年5月に家族と一緒に日帰り温泉旅行で食事をしたり、かぶら寿司や柿の葉寿司、おはぎ等季節の食事も提供している。月1回「おやつ作り教室」があり、みたらし団子、ホットケーキ、パンケーキ、スイートポテト、豆腐ドーナツ、ポテトチップス、綿菓子などの手作り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	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。	管理者は、ミーティングや申し送り、日々のケアの中で過剰な介護になっているのではないかと思われるときに、理念に立ち戻り、振り返ることをスタッフに語りかけている。サービス担当者会議の時には、利用者が「元気で長生き」するためにはどうしたらいいのかを、スタッフ一同で考えている。	
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人として日常的に交流している	地域住民の一人として、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、利用者や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。	西二口町会に加入して、町会の防災訓練や、溝掃除、夏祭り、餅つき大会、神社の掃除等に参加したり、町会の福祉推進委員から依頼を受けて、法人の事業所の説明会を開催して町会の人たちに法人の取り組みを伝えている。地元の中学校の総合学習や、職場体験の受入れ、合唱サークルや音楽療法等のボランティアの受入れも多い。また、日頃から近くのスーパーに利用者と一緒に食材等の買い出しに出かけている。	
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	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でき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。	町内会長、民生委員、福祉推進委員、能美市、地域包括等が参加して、今年度すでに5回開催している。会議では、利用者の状況、活動、研修、事故・ヒヤリハット、健康管理、水害の避難訓練等について報告し、質疑応答を受けている。町会からの参加者が多く、事業所の取り組みに積極的な助言を多くもらっている。	
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。また、利用者が自由に散策ができるよう、GPS等の活用や支援方法などの相談に応じてもらっている。	能美市グループホーム連絡会に参加して、市から行政説明や連絡事項を聴いたり、市に尋ねたいことを確認して連携をとっている。また、不明な点があれば、直接市に出向いたり、電話で連絡して教えてもらっている。今年度は、誤嚥、転倒、失踪等の事故があり、市の長寿社会課に報告を行っている。	

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
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、単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や身体拘束等適正化委員会からの議事録等をもと確認し、個々の職員が考える機会を設けている	身体拘束等適正化の指針があり、内部研修、外部研修で拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束等適正化委員会では、職員の発声、身だしなみ、仕事に対する姿勢（挨拶）等に関する評価を定期的に行い、不適切ケアや、グレイゾーンのケアになっていないかをチェックしている。建物の施錠は、夜勤帯に防犯上の観点で行っている。センサー等利用者はいない。	
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いる。利用者や家族が感じている不安などを聞き、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。	苦情の体制は整備されており、周知もされているが特に苦情は寄せられていない。スタッフは家族来訪時には、利用者の近況について伝え、家族から意見や要望を聴取している。家族には、リネンの代金を現金で持参してもらって、そのことにより面会の回数が増えるようにしている。事業所には、家族ひとり一人宛のメールボックスが用意しており、電話や口頭以外のコミュニケーションの手段としている。	
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。	管理者は日々の勤務や、申し送り、ミーティング等をつづじて、いつでも職員の意見や提案に耳を傾けている。グループの代表者は、隣接するクリニックの医師で、法人全体の研修会や、会議、利用者の受診の時には職員が同行するので接することも多い。また、グループの親睦会にも顔を出し、職員とふれあっている。	

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
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	月に一度、グループ法人内事業所の施設長が集まる「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。		
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。また、法人内のキャリアパスを用いた人材育成を行っている。		
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	グループ法人内の事業所のほとんどの職員が集まる研修会が年1回開催され、リーダー研修やサプリーダ研修は事業所の垣根を越えて合同で行い、似たような立場の職員同士のネットワークづくりに繋がっている。また、グループ法人内の各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、病院訪問などして、ご本人の思いや要望をきちんと聞くようになっている。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しやすいよう寄り添いや気配りを大切にし、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。		

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	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。	利用開始前には、自宅へ面接に行き、利用者の生活の様子を見て、入居後にも継続した生活ができるように配慮している。併設する小規模多機能型の事業所を利用してから入居する方が、約半数おり馴染みの関係となっている。入居時には、家で使っていた杖やカバン、家具、ぬいぐるみなど愛着のあるものを持参している。入居後にも、墓参や仏壇詣り、外出に出かける方も多くいる。	
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	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	入院や他の施設への入居となった場合でも家族の方に面会の上承を得て様子を伺いに行っている。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。	職員は、コミュニケーションをとるために、声のトーンを利用者が困らないようにしたり、ゆっくり話すことを心がけている。利用者の目の動き、表情、しぐさ等から、今うれいいのか嫌なのかを推測し、嫌なことは避けるようにして関わっている。利用者の思いを把握するために、家族からの情報や、本人との会話の中で聞いたことを参考にしながら検討を行っている。	
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ろ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。		

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	普段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がけている。	入居時には暫定プランを作成したのち、1か月ぐらいで本プランを作成している。モニタリングは毎月、短期目標ごとに①プランの実践状況②目標達成状況③プラン変更の必要性についての評価と、ADLについての評価も行っている。計画は特に大きな変化がなくても、6か月ごとに更新している。記録は、サービス実施記録表と、介護記録表があり、サービス実施記録は、バイタル、食事、排泄等、介護記録はSOAPに沿った記録となっている。	
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。		
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。町会でのイベントや町カフェなどにも参加し、地域の方々との交流が図られる機会をもっている。		
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	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る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。	入居後にも、以前からのかかりつけ医に診てもらっているため、6つの医療機関が主治医となっている。通院時には、「入居者の様子、状況等、連絡票」に利用者の身体的・心理的状态等についての報告とバイタル表を添付して、受診後には主治医よりその用紙に、意見・要望を記してもらっている。医師から出された処方箋は、隣接の薬局に送られ、与薬の注意事項などの説明や管理をしてくれている。	
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	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、異常の早期発見に努めている。		

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
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	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。	介護面での重度化のみであれば、基本的にグループホームのケアで対応するが、医療依存度が高くなってきた場合には、入院して退去になる。そのため、介護保険施設に移行した人はいない。最近では看取りの事例はないが、過去にはあり、重度化の指針とは別に、看取りに関する指針に基づいて、主治医から家族に説明してもらい、家族の同意をもらい行っている。ただ、看取り加算の算定は行っていない。	
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。		
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(金さん銀さん)」の中に、「緊急対応マニュアル」、「衛生管理マニュアル」、「感染予防マニュアル」などがファイルされている。「緊急対応マニュアル」は、骨折、出血、誤嚥による窒息など応急手当について示されている。法人のマニュアルは危機管理委員会で見直されており、グループホーム独自のマニュアルは、日々確認して必要時見直している。また、救急車を呼んだ時に持ち出す物が決められていて、医療機関が求める情報に対応できるようにしている。	
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	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。	協力医療機関は、市立病院や市内の歯科医院となっている。利用者は、それぞれにかかりつけ医があり、家族と受診したり、家族が受診できない場合は、受診の支援を行っている。また、家族が送迎ができないときは、受診のための送迎支援も行っている。かかりつけ医の中には、定期的に往診している医療機関もある。緊急時は、隣接する同じグループのクリニックに相談も出来る。バックアップ施設は、市内の老人保健施設であり、災害時には協力してもらえることになっている。	

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
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。	1ユニットで、1人夜勤である。17時30分から翌朝8時30分までが一人体制である。但し、併設の小規模多機能にも夜勤者が滞在しているため、緊急時等は協力し合っている。夜間帯に、利用者に状態の変化があった場合は、管理者に連絡し指示を受けている。そして、管理者が確認に向き、救急車を呼んだ場合は、管理者が同乗している。今年度は、1度夜間帯に救急車を呼び、その時も管理者が救急車に同乗している。	
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	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。併設されている事業所と合同で防災訓練を行っており、年1回は水害を想定し、地域のお寺への避難訓練を行っている。	平成31年3月26日に避難訓練、令和元年11月18日消防署立ち会いで総合訓練を実施している。また、7月16日に「手取川氾濫想定 避難訓練」も実施しており、この訓練では地域の民生委員などが協力してくれた。災害訓練は、隣接の小規模多機能事業所と合同で実施している。訓練は、訓練実施計画書を作成し、訓練後は「今回の反省・感想」を作成し、職員へ回覧し、運営推進会議でも報告されている。そして、町の防災訓練にも職員1名が参加している。	
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。	防災マニュアルが作成されている。火災、地震、多量降雪などについて記載されている。また、「災害時の連絡支援」や「備蓄リスト(食料品、避難用品)などが作成されている。備蓄は、毎年1～2月ごろに入れ替えを行っている。マニュアルの見直しは、危機管理委員会でやっている。	
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	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」が作成されている。「否定せず相手の世界に合わせる」とか「失敗しない状況を作り環境を整える」とあり、これらのことを意識して日々支援に取り組んでいる。実際の日々の関わりの中では、利用者の目の動き、表情、仕草などで、嫌なことや不快な状況は避けるよう、職員が先に気づき「どうしました?」など声をかけるよう心がけている。そして、話をする際は目線を合わせ、声のトーンにも配慮している。	
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等で選択できるよう工夫している。		

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
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、就寝時間は個々のペースを大切に、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、利用者と相談しながら決めている。		
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	ダ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。		
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よう心がけている。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を努めている。	朝食と夕食は、勤務職員が作っている。昼食は、障害者福祉事業所より配達されている。利用者には、必ずその日の役割が決められ、米とぎ、盛り付け、味見、テーブル拭き、茶碗洗い、茶碗拭きなどをしてもらっている。多くの方が野菜を切るなど、簡単な包丁を使った手伝いもできる。食事の間、必ず職員は同じ空間に座って、見守りや介助を行いながら、食材や味、テレビのニュース、世間話、昔話など、いろいろな話をして食事をしている。	
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	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。	わかる範囲ではあるが、利用者全員を対象として排泄の記録を取り、職員間で共有している。利用者個々の排泄パターンを把握し、個々のサインを察知し、タイミング良い声かけを行うことで、出来るだけトイレで排泄できるように支援している。自分の下着を継続的に着用出来るように、下肢筋力が落ちないように、そして移動能力が落ちないように支援し、失敗を可能な限り少なくするように配慮している。そして経済的なことを考えて、紙パンツやパッドは安くて良い物を選ぶようにしている。	

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
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。		
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。	お風呂は、日曜日以外はわいている。夜に入浴する方も二人いる。週2回は入浴してもらうように支援している。1階の浴槽は、簡易リフトが設置されている。2階の浴槽は手すりが多く付いて、夜に入浴する方は2階のお風呂を使っている。本人の好みのお湯の温度で、可能な限り満足するまで、本人が気持ちよく入浴できるよう支援している。入浴介助は、職員と1対1であり、良いコミュニケーションの機会となっている。	
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	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で努めている。		
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、毎回名前を声に出し確認し、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、家事当番を決めるため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(季節の食べ物作り(例:大根寿司、おせちなど))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。散策が好きな利用者(自分で戻ることが出来ないこともある方)も、GPS等の活用や地域の見守りでできるだけ散策を続けられるようにしている。	散歩は、近くの神社など近隣を歩いている。ドライブを兼ねて買い物に出かけたり、桜や景色のきれいな場所に出かけている。また、町会の高齢者サロンのような「まちカフェ」や夏祭り、餅つき大会に出かけている。それに障害福祉事業所の文化祭にベビーカステラの模擬店を出し、利用者1名が売り子として参加し、他の利用者も交代で参加し楽しんでいる。馴染みの美容室へ行くため、送迎の支援をしたりもしている。日々の近くの外出は、職員が見える範囲であれば自由にしてもらっている。ただ、本人の表情など状態を確認し、一緒に付き添うこともある。	

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
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。	利用者は、日中はリビングで過ごすことが多い。午前9時過ぎに皆で体操してからお経をあげる。そして、くじ引きでその日の当番を決める。その後は、自分のその日の役割をする人、犬と遊ぶ人、塗り絵や計算ドリルをする人など思い思いに過ごしている。照明は明るく、安心して過ごせるよう配慮している。また、動線の確保のため座席の位置にも配慮し、皆が話しやすい環境作りに努めている。そして、室温、湿度、換気にも配慮し、快適に過ごせるように支援している。	
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	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。1階と2階はエレベーターで自由に行き来でき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、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。	居室へは、自宅で使っていた筆筒、アルバムなど身近なものを持ち込んでもらっている。また、居室はプライベート空間なので本人の好きなように使ってもらう事を基本としている。例えば、入居して間もない方で、自宅に帰りたと思っている方は、いつでも帰ることができるように荷造りをする。その荷物はそのままにしておく。本人がホームの生活に慣れてくると、だんだん荷造りの量が減っていく。また、動線を考え、本人がつかまる事が出来るよう、ベッドの位置を考え、環境整備に配慮し、安全に、そして快適に過ごせるように努めている。	
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	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。		