

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	1770300091		
法人名	株式会社 豊春耕雄企画		
事業所名	グループホームとも		
所在地	石川県小松市野田町丙110番地1		
自己評価作成日	平成31年2月21日	評価結果市町村受理日	平成31年4月10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31年3月13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)】

自宅を離れ、共同生活を送る中で寂しさや戸惑いを感じることもがあっても、すぐ傍らに話聞いてくれる人がいる環境を作ること重点をおいています。平成17年より夜勤者は1ユニットに1名ずつ配置しており、きめ細かい気づきと配慮に努めています。入居年数が長くなるにつれて身体的な介護が比重を占めてきました。常に入居者の皆さんが何を欲しているのかをアンテナをはって気づくよう努力しています。できることできないこと、できる可能性を一人ひとり見極めること、また安心・安全な住まいの提供を心掛けています。

【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)】

事業所と地域のつきあいは、食材や日用品の買い出しに近くのスーパーやお店に利用者と一緒に出かけたり、地域のこども獅子舞を見たり、事業所の周囲へ散歩に出かけている。平成30年10月21日には野田町の自主防災訓練に参加している。毎月開催している音楽療法には、家族の他地域の人が参加することもある。グループホームの中だけの暮らしになってしまうのはよくないので、できるだけ外出の機会を多くとるようにしてよくドライブに出かけている。
食事を楽しむ支援としては、利用者野菜の下ごしらえや盛り付け、味見など出来ることを手伝ってもらっている。食事は2つのテーブルに分かれ、1つのテーブルは介助が必要な方が座っており、そこに職員2名が入り、介助しながら一緒にものを食べている。食事中は、自分で食事をしているもう1つのテーブルの方とも食材や味など会話をしながら食事を楽しんでいる。

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	「楽しいときは共に笑い、淋しい時は側に寄り添い野田のともで私達は家族になります」という理念のもと、家庭的な雰囲気作り心掛け様々な場面を共に過ごし共に感じあう事を大切にしている。またミーティングでは定期的に理念について話し合いを行っている。	シンプルにまとめられた理念はパンフレットに記載されている。管理者は職員が入職する時には理念について説明している他、毎月のミーティングや申し送り時等その都度語りかけている。理念についての研修も今年2月に行って管理者、職員共に再度共有して、その実現に向けて取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	町内会、長寿会(老人会)には所属しているが日常的な付き合いには発展していない。地域とのつながりに関しては町内の農家より野菜を購入し利用者さんと出掛け交流を図っている	食材や日用品の買い出しに近くのスーパーやお店に利用者と一緒に出かけたり、地域のこども獅子舞を見たり、付近に散歩に出かけている。平成30年10月21日には野田町の自主防災訓練に参加している。毎月開催している音楽療法には、家族の他地域の人が参加することもある。グループホームの中だけの暮らしになってしまうのはよくないので、できるだけ外出の機会を多くとるようにしてよくドライブに出かけている。	
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	町内や校下内から併設のデイサービスを利用していた方で、当ホームに入所されている方がいる。認知症の相談→在宅介護の支援→ホーム入所と一連の流れの中で担当者が変わることなく、家族や地域の方々の拠り所となれよう努力している。		
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	家族さん、市職員、民生委員等参加している。利用者の方々の日々の生活や、ホーム内での行事・運営状況等について報告している。そのような情報をもとにして、他からみた事業所の評価をお聞きし、適切な運営や、より良い入所者の生活環境、地域の力になれるよう努めている。	町会長、民生委員、老人会長、家族、長寿介護課、地域包括等が参加して二ヶ月に一度開催している。会議では入退去、平均介護度、待機者、利用者の状況や二ヶ月間の行事の報告と感想、ひやりハット、勉強会や研修結果等が報告されて質疑応答を行っている。また、身体拘束適正化についての検討を会議で報告している。	
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取り組んでいる	小松市グループホーム連絡会や運営推進会議等において、制度的な質問や疑問について質問し、事業所の適切な運営の確認や迷いを解決している。	市役所とは利用者の個別事案で解決が難しいものについて連絡して相談にのってもらったり、生活保護を受けている利用者の担当ワーカーと連絡を取ったりしている。小松市のグループホーム連絡会では市役所の職員も参加して身体拘束やリスクマネジメントの研修の時に行政説明や事務連絡を受けて連携している。また、事故が発生したときには適正に事故報告を行っている。	

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	身体拘束は施設の方針として行っていない。身体拘束についての勉強会を開催し意識向上を図っている。玄関の施錠は通常の家と同じように19:30～7:00までは防犯のため戸締りしている。	身体拘束適正化に関する指針を整備して、身体拘束適正化委員会で検討し研修も実施している。また、検討結果は運営推進会議でも報告が行われている。建物の施錠は夜間帯に防犯上の観点で実施している。また、転倒防止のために家族に連絡してセンサーを使っている利用者も3名いる。外に出たがる利用者には一緒に外出したり、夜にはとよりのデイサービスのスペースへ散歩に出かけたりしている。	
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	月1回のミーティングにおいて、職員間での確認を行っている。また日常的なインフォーマルな場面においても、職員間で意識するよう努めている。		
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支援している	現在1名、権利擁護制度を利用。職員は制度のみならず、日常的に入所者が自分で決める権利を保障できるよう支援している。		
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	本人若しくは家族に契約書、重要事項説明書に沿って説明している。また事業所内のサービスについては、契約と同時に説明し、同意を得ている。またセンター方式のシートの記入を家族に依頼し、入所後の生活に繋がりを維持している。		
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	面会時や状況報告時、またケアプランの家族の意向を確認する際などに、家族と連絡をとり個々の要望を聞き、よりよい生活に繋がるよう努めている。またそのような状況をミーティング等を通じて職員全員が周知できるよう努めている。	苦情の受け付け体制は整備され重要事項等で周知されているが苦情は特にはない。家族には日頃から連絡を密に取ったり、事業所での行事や運営推進会議への参加をお願いしてその際に家族意見を聴取している。職員は家族来訪時には利用者の近況報告だけでなく、よく話をすることを心がけて家族が意見を出しやすいようにしている。	
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	①管理職会議(随時開催)②合同ミーティング(1回/月)③ユニット別ミーティング(1回/月)や毎日の申し送り等において、「入所者にとってのよりよい生活支援」を目的としての提案ができる環境を整え、適切な運営ができるよう努めている。	管理者は、月に一度のユニット合同ミーティングやユニットごとのミーティング、毎日の申し送りなど様々な機会を捉えて職員の意見や提案を聞いている。この他、職員との個人面談を年3回実施して職員の困りごとや個別の状況、家庭との両立、仕事上の問題はないか等親身に相談にのってメンタル的な配慮だけでなく、必要があればひとり一人の就業条件の改善も行っている。	

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
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	労働基準法、労働安全衛生法に基づき就業規則のもと職員の労働条件を整備している。また個々の家庭の事情に配慮し生活と仕事の折り合いをつけより長く安心して職務に従事できるように努めている。		
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	外部研修、内部研修を実践し、自分自身のケアの振り返りや向上心を持てるような機会を確保している。また日常のミーティングや実践の場面でのケアの振り返りを主任を中心に行っている		
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	小松市グループホーム連絡会やに参加し、他事業所との意見交換会を行い、グループホーム間のネットワーク作りを行っている。		
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	生活の希望、大切にしていきたいこと、困りごと等の情報収集に努めている。また見学していただき、ホームの運営や環境を知って頂く機会をつくっている。このようなことが初期の不安や戸惑いの軽減に繋がるよう努めている。		
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	上記と同様の情報収集を行っている。本人と家族とお会いするなかで、本人のニーズと家族のニーズの相違の見極めに努め、必ず家族支援も視野に入れた取り組みができ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	相談内容によって、よりふさわしいサービスが予想される場合においては、併設の居宅介護支援事業所や通所介護事業所、または地域包括センターなどに連絡をとり、本人(家族)にとって最善の選択ができるよう対応している。		
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	ケアされる側・ケアする側という一方向の視点ではなく、双方向の影響性があるという視点を大切にしている。職員は人生の先輩や対人援助の中で、生活の知恵や人生観を学び、感じ、お互いの生活にも広がりを持つことができるという視点を大切にしている。		
19		○本人と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	入所したからといって、本人を支える社会資源がホーム内で完結してしまうことのないよう、家族との関係が疎遠になることのないように努めている。その為に、サービス計画書の家族の意向の確認や日頃の近況の情報提供に努めている。		

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
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	利用者の家族や知人からの差し入れ、親類・友人などの来訪を入所者は心待ちにしている。入所したからといってこれまでの関係が継続できるように、来訪者にとっても風通しのよいホームであるように努めている。その為に来訪時には、お茶を出したり、プライベートな環境や落ち着いた談話できる環境の確保に努めている。	家で使っていた家具や写真、位牌、仏壇などを持ってきた人もいる。入居後に友人や近所の人が遊びに来て自分の居室でお茶会を楽しむ人もいる。お正月には家族の面会も多く、ホームでは家族用に年賀の菓子を用意している。家に仏壇参りに帰る利用者や墓参りに行く利用者の支援(ホームの車いす車の使用)も行っている。	
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	利用者同士がお互いを意識して協力して生活することが生活の広がりや豊かさに繋がるよう支援している。その為に人間関係を把握し、座席の配慮等を行っている。職員が介入しなくても、人間関係に応じた能力が発揮できるような雰囲気づくりや環境づくりに努めている。状態の重度化に伴い他者との交流が難しくなっている方には職員が個々に対応に努めている。		
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	契約終了後においては、医療機関への入院が多いが、併設の居宅支援介護事業所等と相談連携を図り、本人や家族の今後の希望・困りごと等の解決に繋ぐことができるよう努めている。		
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	契約時に家族にセンター方式の一部を渡し、記入をお願いしている。その情報をもとに今後の生活に繋げている。また日々の関わりの中で入所者のさりげない発言や家族の来訪時の関わりからヒントを得るよう努めている。	利用者とコミュニケーションをとるときには会話の流れを大切に、ゆっくりわかりやすく話し、プライバシーに配慮して居室で聴くことを心がけている。また、家族から生活歴などを情報提供してもらい利用者の人生観を理解しながら一人ひとりの対応ができるようにしている。	
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	センター方式の一部を活用し、これまでの生活歴や社会資源の把握に努め、本人の生活習慣や嗜好、生活などを大切に継続できるように努めている。		
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	本人のできること、出来ないこと、困ることの見極め、またできる可能性、その能力を発揮できるような環境・雰囲気づくりを行い。生活意欲をもち、張りのある生活ができるように支援するよう努めている。		

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
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	本人の想いを大切にし、家族の意向、必要であれば主治医の指示や訪問看護師、介護職員の情報をもとに意見を出し合っている。より良い生活を送る為の必要なニーズを見極め、サービス計画書に反映し、必要時には担当者会議を開催し、今後の方向性を検討している。	計画作成担当者がアセスメントを行い、原則家族・本人が参加したサービス担当者会議を開催しプランを周知している。モニタリングは3ヶ月に一度実施して同時に評価も行っている。状態の大きな変化がない場合でも12ヶ月で計画は更新している。個人の記録は三測表と介護記録がある。介護記録の頭の項目には介護計画のニーズとサービス内容の番号が付されて介護計画に沿った記録を行っている。	
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	サービス計画書が実施されているかの記録、実施上での本人の声や客観的情報を整理し、記録している。それに基づいて申し送りや日常的なアセスメントを心がけ、モニタリング等に反映できるよう努めている。		
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	個別の対応として、特別な場合に受診同行したり希望があれば買い物や外出(ドライブや外食)に同行している。また行きつけの美容院への送迎等も行っている。		
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	地域の民生委員や消防署とは運営推進会議や避難訓練の際にホームの状況を報告し、理解をもらっている。市の独自のサービスであるおむつ券も併用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	かかりつけ医は入居後もなるべく変更することがないよう継続した医療をうけることができるよう支援している。病院への付き添いは基本的には家族にお願いしている。協力が困難な場合は協力病院を紹介している。また受診前後の情報においては、書面等を通して、密接に行っている。	利用者の8割は協力医療機関が主治医となっている。その他の利用者は入居前からの医師で受診は家族対応で行っている。協力医療機関は往診対応してくれるので、往診の際に直接に利用者の状況を伝えたり、医師から指示を受けている。また24時間オンコール体制をとっているため急な発熱時も安心して対応できている。必要があれば入院や訪問看護の対応も行ってくれる。	
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	協力医療機関の訪問看護師もホームの利用者に理解がある為、気になる症状などにおいては、気軽に応じてもらっている。また24時間体制で協力病院への連絡や指示を仰ぐことができている。		
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。	入院の際には、生活状況がわかる情報シートをもとに入院に至る経過や本人の心身状況を情報提供している。また入院期間中も、できるだけ密な連絡をとり、現状の把握や退院時における予測されるリスク等を考えている。退院時カンファレンスにおいては、家族の同意を得た上で出席している。		

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
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、事業所です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	医師から余命を宣告された場合は、医師、看護師、管理者、主任、計画作成担当者、家族などを交え、担当者会議等を行い、また介護職員間で話し合い、ホームでの生活が1日でも長く続けられるように、苦痛がないように最善の方法を検討し、その経緯を書面に残すようにしている。介護度が要介護3になった時点で今後の入居について家族と話し合いをもうける予定である。	重度化した場合にも特養等の施設に移行する事例はあまりなく、できるだけホームでケアしていくことにしている。そのため、医療行為が多くなりホームで生活することができなくなって入院し退去する方が多い。利用者は全般に重度化が進んでいて全介助や在宅酸素の方も生活している。終末期への対応は、家族の希望でこのままここで生活したいというがあれば対応している。ただ、過去には看取りの事例はあるが今年度はない。	
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	防災や緊急時においては、消防職員の指導のもと訓練をおこなっている(2回/年)。またその都度ミーティング等を通して学ぶ機会をもうけるよう努めている。		
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	緊急時の連絡体制のフローチャート化、マニュアル化し、周知を図っている。また利用者名簿を作成し、緊急時に必要な情報を整理している。また定期的に見直しを行い、その都度修正している。損害任意保険には加入している。	「各種マニュアル」というファイルがあり、その中に「緊急時・事故対応」、「転倒予防」、「行方不明」、「衛生・感染対策」、「緊急連絡網」、「利用者一覧表」などのマニュアルがファイルされている。また、「事故・病状急変時及び災害時等の発生時の連携体制」については、フローチャート化し分かりやすくしている。マニュアルは、スタッフルームのいつでも見ることができる場所に設置しており、各自確認してもらっている。見直しは、年度末や、また必要時に随時行っている。	
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	協力医療機関とはホームの特質を十分に理解してもらったうえで連携がとれているが、介護老人福祉施設とはあまり接点がない。	協力医療機関は市内の病院であり、ほとんどの利用者の方の主治医である。月2回往診してくれ、1年を通し24時間連絡が取れ、緊急時の対応も可能となっている。その他の利用者は、家族と一緒に受診している。ただ、ホームの近くの医院を主治医としているため、協力医療機関と同じような対応も可能である。通院の場合には、本人の状況を文書にして家族に渡したり、電話で直接主治医に本人の状況を伝えたりしている。バックアップ施設は、市内の老人保健施設であり、研修への参加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	夜間は各ユニット1名の夜勤者を確保している。緊急時には管理者、主任をはじめ近隣職員の応援など、緊急連絡網に基づいた体制を確保している。ホームだけの組織ではなく、併設のデイサービス、居宅介護支援事業所の職員も応援体制の中に配置している。	2ユニットなので2人夜勤体制である。2人だけになるのは19時30分から翌朝の7時までである。利用者の状態については可能な限り日中に早めの対応を心がけているが、夜間帯に利用者の状態に変化があった場合、夜勤者は管理者や看護師でもある施設長へ連絡を入れ指示を受けている。救急車を呼んだ場合は、夜勤者が救急車に同乗するため、近くに住む職員や施設長または管理者がホームに応援に行くことになっている。	
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	消防職員立ち合いでの避難訓練を年に2回実施。職員は実際に想定しての訓練を行い、また利用者にもその必要性を説明している。終了後には消防職員による好評や入所者・職員の感想を聞き、非常時に備えている。	平成30年7月11日に昼間想定で、避難と消火訓練を実施している。平成31年3月20日に消防署立ち合いでの総合訓練を予定している。防災訓練は、訓練計画を作成し、計画に沿って訓練を行い、訓練後には訓練報告書を作成し、職員に回覧することで防災意識を高めている。また、毎年秋の地域の防災訓練にも職員1名が参加し、地域との連携を図っている。	
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	災害時マニュアルに基づき、緊急時連絡網などの整備を行っている。非常食について随時消費期限などを確認している。災害時の必要物品については整備が不十分である。その為、今後は備蓄品リストとともに災害時の必要物品の整備も必要。	「各種マニュアル」の中に、「防災マニュアル」がファイルされている。その中に、「緊急連絡先」、「関係機関一覧表」、「災害における予防対応等」、「災害時避難確保計画」、小松市の地震や洪水のハザードマップなどがファイルされている。毎年のように洪水の避難勧告が出ているため、職員の防災への意識も高まっており、このような機会や防災訓練への取り組みの機会に、マニュアルの周知に取り組んでいる。	
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	家族からの情報提供や日々過ごす中での言動を記録することで一人ひとりの人格を把握することに努めている。一方で馴染みの関係となりすぎて声掛けに配慮を欠いている場面も少なくない。	「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」が作成されており、個人情報保護には特に注意を払っている。日々の取り組みの中では、プライベートな話は、出来るだけ居室で行うようにしている。あるいは、居室の引き戸の目線の辺りがスリガラスになっていて、それが気になる方にはカーテンをするなど本人の意思を尊重するよう努めている。また、その方の生活歴を把握し、その方の性格や生き方を知り、その方の支援に活かすように努めている。	
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	自己決定出来る方にはご本人の思いに出きるだけ寄り添った対応をしているが表現ができない方には職員の想像や思いで働きかけてしまっていることが多い。		

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	食事、入浴、おやつと基本的に時間は決まっているが無理強いことはしていない。訴えの多い方に対してはペースに合わせられないことも多い。		
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	自分で衣装を選べる方には選んで頂いている。ボタンが外れたり、ゴムがゆるんだりしている時は職員が修繕を行い対応している。美容院希望をされる方への予約、送迎を行っている。		
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	好き嫌いのある方には本人の好きな食べ物を代替えとして提供している。利用者さんと準備や後片付けを共にすることも多く利用者さんが自ら参加しやすい雰囲気作りを心掛け楽しく作業が出来るよう会話も交えながら行っている。	野菜の下ごしらえや盛り付け、味見など出来ることを手伝ってくれる利用者もいる。食事は2つのテーブルに分かれ、1つのテーブルは介助が必要な方が座っており、そこに職員2名が入り、介助しながら一緒のものを食べている。食事中は、自分で食事をしているもう一つのテーブルの方とも食材や味など会話をしながら食事を楽しんでいる。また、正月、雛祭り、節分などの季節の行事や誕生会には、特別な食事を楽しんでいる。	
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	主食は軟飯、お粥、副食は刻み、ミキサー食、量等それぞれの好みや状態に合わせて提供している。食事摂取量、水分量をチェック表に記録している。		
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	一連の動作で声掛け、介助が必要な方には必要な部分の介助を行っている。嗽が困難な方には口腔ウエットで口腔内を拭いている。義歯の方は本人の了解を得て1回/日ポリドントでつけおき消毒をしている。		
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	排泄の有無は記録し職員間で共有把握している。過剰なおむつの使用はせずに、一時的に必要な場合でも回復に応じなるべく早期にトイレでの排泄にむけて支援を行っている。日中と夜間でパットのサイズを変えたりと対応している。	排泄チェック表を全員を対象に記録している。ただ、全体で6名の方は自立しているので、その方々については確認できる範囲で記録を残している。排泄チェック表を作成することで、介助の必要な方の健康状態を把握し、またタイミング良い声かけ、本人のトイレのサインを見逃さないなど、トイレで排泄してもらい、失敗を減らせるように努めている。	
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	水分摂取を促したり、進まない方には好みの飲み物を提供している。日々歩行訓練やペダル漕ぎへの参加や排泄時に便座に座った際の姿勢などにも配慮している。		

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
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	重度化によりリフト浴の方々が増えている状況にあり、曜日や時間帯も決められているが、強い希望のある方にはなるべく対応できるよう配慮している。	お風呂は週2回は入浴してもらっている。拒否する方には、無理強いせず次の日に入ってもらっている。湯加減はその方、その方に合わせ、可能であれば、本人が満足するまでお湯に浸かってもらっている。ただ、身体機能が重度に低下している方が増えているため、デイのリフト浴やデイの大きなお風呂で入浴する方が増えている。デイのお風呂を使用する際、他の方と一緒にいる場合は、前もってご本人たちに了解してもらっている。そして、入浴剤を使ったり、ゆず湯で色と香りを楽しんだり、季節を感じてもらったりして楽しんでいる。	
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	室温については、個々の希望に添えられるよう都度調整を行うように努めている。長時間、座位保持でいる方には体圧分散を図ったり、横になって頂いたりご本人の様子を、見ながら安楽に過ごせるように心がけている。		
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	主治医や薬剤師などの指導を受けながら薬箋等で内容について職員間で日々の申し送り等で周知し把握に努めている。新しく処方となった場合には状態を観察し主治医への報告をしている。		
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	家事作業など日常的な役割を持たれた方には必ず感謝とねぎらいの言葉がけを行い、張り合いのある日々を送れるように努めている。		
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	個別に行きたいところや食べたいものをお聞きし、外出支援を行った。意思表示困難な方々にもかつて馴染みのある場所に出かける等の支援をしている。	気候のよい時期は、ホーム周辺を職員と1対1で15分から20分の散歩に出かけることもある。市内や市周辺の山や海などに、ドライブにもよく出かけている。新聞などに花の見ごろなどの情報が出たころに少人数で出かけている。また、食材の買い物や外出支援の日などに、個人の買い物や外食にも出かけている。この他、自宅の仏壇のお参りに、車いす車両で同行したり、行きつけの美容院やお墓まで送迎したりしている。	

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
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	金銭の所持をしていない方がほとんどであるが買い物や美容院、通院など希望があれば付き添い支援している。		
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	電話の希望があれば支援を行っていたが現在は殆ど要望がなく行っていない。手紙のやりとりについても同様である。		
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	ダイニング席で直射日光が当たりやすい席があるためその都度、本人に確認しながらカーテンで調整している。冬場はソファの配置を変え窓から遠ざけるなど臨機応変に対応している。	日中は、ほとんどの方がリビングで過ごしている。冬場は寒がる方が多いので、ソファの位置を変え、隙間風が入らないようにしたり、クッションを使って座りやすくしたり、膝掛けを用意したり工夫している。リビングの日当たりのよい場所に皆集まって、お茶を飲んでくつろいでいることもよくある。共用空間は、室温、湿度などに配慮し、カーテンで調節したり、温度計や湿度計で確認し、乾燥している場合は霧吹きで空気を湿らしたりもしている。	
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	気の合った利用者様同士会話が弾むように座席に配慮している。共用の空間で一人になれる場所はないがダイニングテーブルに座って(他の利用者様と離れて)お茶やコーヒーを飲む支援を行っている。		
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	テレビを見る方にはテレビの設置をしている。ご家族が持参された写真や掲示物を飾るなどしているがこちらからのアプローチが不十分なためかまだまだ殺風景となっている居室もある。	入居時には、使い慣れた馴染みのものを持ち込むよう話している。入居後に家族が持ってきた写真などを飾っている方もいる。居室には、温度・湿度計があり、エアコンの温度管理には配慮している。また、テレビはつけたままでないとい眠れないという方がいて、その方には毎日タイマーをセットし、本人に伝えている。居室の掃除では、掃除機の使えない方には、コロコロで出来ることをしてもらっている。出来ないところは、本人に確認しながら整理・整頓及び清掃を行い、清潔保持に配慮している。	
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	室内フロアは段差がなく安全にすり足や車いすを使用される方も移動しやすい空間となっているが段差がないことで身体機能を活かしてきれていない。		