

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8年1月30日	評価結果市町村受理日	令和8年3月11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 tsunagu
所在地	石川県野々市市高橋町9-41
訪問調査日	令和8年2月20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、利用者自らがちょっとした役割を担ったり活動に取り組んだりしやすい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、利用者が「できること」「できそうなこと」「そのための工夫」という視点を意識しながらケアを考えています。

【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)】

毎月開催される認知症カフェでは、利用者は参加だけでなく、コーヒー出しを行うなど、地域の方との交流機会につながっている。また、地域の夏祭りでは、地域の方から毎年参加の声掛けをいただき、席も準備して迎えられている。その他、地域の中学校の職場体験の受入や図書館の活用など、地域に溶け込んだ交流が盛んである。担当制であり、1人2~3名を担当している。変化が見られなくとも6ヶ月毎に更新している。プラン内容(特にリハビリ内容)を落とし込んだ一覧を作成し、プランが日常に反映・実施できるよう取り組んでいる。ニーズを見ただけで誰のプランかわかるほど、一人ひとりの特徴を掴んだケアプラン作成が実施されている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	日々のケアや様々なアクティビティを実践する時には、利用者の「元気で長生き」につながるよう心がけている。また、利用者が元気で過ごすためにも様々な場面で利用者本人が選択できるよう工夫している。	理念として「元気で長生き」を掲げており、リビングにも掲示して利用者もその理念を読み上げることもあり、ホーム内に理念が浸透している。月1回開催されるミーティング内でも、定期的に理念の唱和を行い、ケアに迷った際やレクリエーション内容を考える際など、常に理念に立ち返りながら支援の方向性を確認している。	
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	地域住民の一員として、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。町内の側溝掃除や防災訓練に職員が参加している。	毎月開催される認知症カフェでは、利用者は参加だけでなく、コーヒー出しを行うなど、地域の方との交流機会につながっている。また、地域の夏祭りでは、地域の方から毎年参加の声掛けをいただき、席も準備して迎え入れてもらっている。その他、地域の中学校の職場体験の受入や図書館の活用など、地域に溶け込んだ交流が盛んである。	
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	能美市やあんしん相談センターの後方支援として、関係機関の相談に応じたり、現段階でできる認知症の方への関わり方や付き合い方について一緒に考えたり対応したりしている。また、能美市における認知症カフェの運用についても意見交換等を行っている。		
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践、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	町会長代理や民生委員、その他の町の方、あんしん相談センター、市役所職員が公民館に参集し開催している。主にグループホームの入居状況や行事・活動内容等の報告を行い、質疑応答の形で意見を頂いている。	運営推進会議は地域の公民館を使い開催し、町会長、民生委員、近所の人、市役所、地域包括等が参加して二か月に一度開催されている。ホームの活動や行事・事故事例等の報告を行い、質疑や助言をいただいている。参加者からは、職員へのストレス緩和に向けた助言もあり、ねぎらいの言葉が多く聞かれている。	
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	運営推進会議の資料を毎回配布したり、市からメール等で連絡事項等が伝達され、不明点等は問合せするなどして共通理解するようになっている。今年度も「認知症地域支援推進員業務委託モデル事業」を能美市から委託され、市の担当者をはじめ各あんしん相談センター担当者と連携を図っている。	運営推進会議や連絡会だけでなく、「認知症地域支援推進員業務委託モデル事業」の委託を受けており、認知症の方への関わり方や相談、施策を行政と共に考えるなど市と密に連携している。具体的には、市と協議して在宅サービスとして、GPSをグループホーム利用者にも活用できるよう連携した事例もある。	
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。ミーティング等では、身体を奪うことだけでなく、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確認するようにしている。	身体拘束廃止に関する指針があり、年間研修計画に基づき実施している。年4回「虐待の芽チェックリスト」を実施し、その結果の職員感想をまとめ、個人分析を行い意識を高め身体拘束廃止・虐待防止に努めている。チェックリストの中には、スピーチロックや人権についての項目もあり、ホームとして身体拘束をしない意識が高く保たれている。	
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	入社時には虐待防止についての研修を行い、年2回の施設内研修も行っている。ストレスが高じると誰もが虐待に関与する危険性があることを認識し、職員のメンタルの状態に気を付けている。また、4か月ごとに「虐待の芽チェックリスト」を実施しケアの振り返りの機会を設けている。		

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
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	施設内研修において学習する機会を設けているが、多くの職員は、まだ「理解している」とはいえない程度の理解である。		
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聴き、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	面会などで来所された時には、職員側から声をかけ関係づくりを行うよう心がけ、家族の方が意見や要望などを言いやすいよう工夫している。家族の方から出された意見や苦情はミーティングなどの話し合いの場で取り上げ対応等を話し合うようにしている。	面会や受診送迎、ケアプラン更新の要望確認にて家族と意見交換することが多く、差し入れ内容の相談など気軽に声をかけてもらえる関係である。利用者からもその都度要望を聞ける関係性を築き、具体的には、利用者から部屋にいるときはいいが、自分がないときは鍵を掛けられるようにしてほしいとの思い聞かれ、実現した事例もある。	
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。	キャリアパスに取り組み、3月に職員と管理者にて計画立案し、10月に中間面談、2月に1年の振り返りを行う個人面談を実施している。また、日々の中でも職員の声が管理者へ届きやすい環境作りに取り組んでおり、AIボイスレコーダーを導入した業務改善や、外国人職員のお国料理を振る舞うなど施設の楽しみにもつながっている。	
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	毎月、法人内事業所の管理者が集まる「管理者会議」の場で、職員の状況や要望等を伝えたり、確認等を行ったりなど意見交換をしている。		
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。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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. 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	入居前には必ず自宅や施設、病院等を訪問し、本人の思いや要望を聴きとるようにしている。入居後の新しい環境にも段階的に慣れていけるよう、利用者自身が自分の言葉で話がしやすい雰囲気づくりや心配りを大切に、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感じてきた葛藤や苦悩、不安に対し時間をかけ話を聴くように努めている。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と時間をかけながら聴き、共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	本人に必要な「今の支援」や家族の方への支援について考えながら話を聴き、必要時にはケアマネジャー等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や情報提供等を行うよう努めている。	
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	利用者は人生の先輩であり、利用者から学ぶ気持ち、教えていただく気持ちを持って関わっている。昔からの風習や習わし、家庭料理などについても職員が利用者から教えてもらい協力しながら取り組んでいる。	
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。日用消耗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、来所時には近況報告等を行っている。	
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	面会者の体調を確認したうえで、家族や知人との面会を館内や居室内で行っている。また、お盆などには家族からの要望に応じ自宅への送迎を行い、本人と家族と一緒に過ごせるよう支援している。	感染対策に配慮した上での居室までの家族や知人の面会はもちろん、馴染みの美容室や報恩講へ参加、家族との外出・外泊に、希望があれば外泊にも対応している。100歳になる利用者を、家族と協力してお盆や正月に職員が運転し、自宅まで送迎した事例もあり、馴染みの関係性の継続をととても大事にしている。
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	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大切にしている。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かけと見守りを行っている。	

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
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	入院や他の施設への入居となった場合でも家族の方に了承を得て、利用者やご家族の支援につながるよう、関係機関間で情報提供や交換を行っている。		
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大切にしていたこと、癖などの情報を得て思いをくみ取るよう努めている。	家族から昔のエピソードを聞いたり、表情や仕草、言葉などから気持ちを汲み取ることを大切にしている。こうした「気づき」の感度への教育は、管理者が日常支援の中で気になる職員がいる際に、その場で実体験(利用者の立場に立つ)をしてもらい気づいてもらうといった学びの機会も大切にしている。	
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	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。		
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	計画作成担当者と担当職員、それぞれの立場でアセスメントを行い、計画作成担当者がそれをまとめプランの原案を作成している。カンファレンス時は本人、看護職員、担当職員等が参加し意見交換しプランを作成している。毎月、担当者がモニタリングを行っている。	担当制であり、1人2～3名を担当している。変化が見られなくとも6ヶ月毎に更新している。プラン内容(特にリハビリ内容)を落とし込んだ一覧を作成し、プランが日常に反映・実施できるよう取り組んでいる。ニーズを見ただけで誰のプランかわかるほど、一人ひとりの特徴を掴んだケアプラン作成が実施されている。	
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。		

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	運営推進会議等を通じて、地域の民生委員の方、福祉推進委員の方、町会長代理の方などに利用者の活動や状況などを伝え、地域行事への参加や交流が図れるよう努めている。		
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	家族の要望に合わせて受診の送迎支援等の支援を行っている。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等にその旨を伝えると同時に連絡シートやのみリンク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。	入居前のかかりつけ医でも法人代表(医師)でもどちらでも選択できるが、即時対応の安心感から、法人代表を選ぶ方が多い。外部受診は基本家族対応としているが、負担にならないよう、病院で待ち合わせとし、職員送迎していることも多い。その際は、ホームでの様子等を記載した連絡シートやのみリンク(タブレット活用)にて情報共有している。	
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	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職員に報告・相談し、異常の早期発見・早期治療につながるよう努めている。		
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。	入院時は必要に応じ利用者の心身状況に関する情報提供を行い、退院に向けてのカンファレンスなどにも参加している。また、地域の医療機関との連携が図れるよう日頃から速やかな情報提供や相談を行い担当者との関係づくりを心掛けている。		
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、事業所の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	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、グループホーム内で「できること」「できないこと」について十分に話し合い、一番いいと思われる方法で支援を行うようにしている。	重度の状態となっても、基本事業所でケアしていく方針である。グループホームであるため、医療的にできる事の限界はあるが、しっかり話をしたうえで過ごす場所を選んでもらっている。終末期の支援を行う中で大切にしている視点の一つとして、「一人にしない・孤独にしない」関わりを掲げており、管理者が看護師ということもあり、介護職員のメンタルフォローも含め、チームとして最期を支える体制構築に取り組んでいる。	
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	症状によるフローチャートを作成し、急変時等の対応がスムーズに行えるよう体制づくりをしている。また、研修等で急変や事故発生時などの対応を再確認し、できるだけ慌てずに行動がとれるよう常日頃意識するよう努めている。		
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	緊急時マニュアルを作成し、それぞれの項目について分かりやすく対応を記載し、目につく所に設置している。また、施設内研修等の機会を使いマニュアルの内容を確認・周知するようになっている。	「緊急時対応マニュアル」、「感染予防・対応(指針・マニュアル)」、「介護事故防止・対応マニュアル」などが作成されている。10月に「事故発生予防またはその再発防止に関する研修」、11月に「事故発生等緊急の対応に関する研修(初期対応を含む)」、12月に「感染症および食中毒の発生の予防およびまんえんの防止に関する研修と訓練(シミュレーション)」などが実施されている。	

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
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、情報交換を行っている。	協力医療機関は隣接するきだ整形外科であり、緊急時等24時間連絡可能である。また、入居者の4分の3程度の主治医でもあり、予防接種やワクチン接種、他科紹介、看取りケアなどで連携している。。この他、能美市立病院や八幡メディカルセンターとも連携している。バックアップ施設は、老人保健施設はまなすの丘であり、情報交換を行っている。	
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	夜間に気になること等が生じた場合、他ユニット夜勤者と相談や連携が図れる体制になっている。また、判断に迷う時や不安に思う場合には看護師資格を持つ管理者に連絡をとり指示や助言が得られるようになっている。	2ユニットであり、2人夜勤体制である。夜勤者は入居者の状態に変化があれば、管理者に連絡する。管理者は夜勤者に指示を出したり、ホームに様子を見に来たりしている。救急車を呼んだ場合は、リーダーに連絡し、リーダーが夜勤業務を行い、夜勤者は救急車に同乗している。救急車に同乗する際は、ケースファイルと薬情を持参し医療機関と連携に努めている。	
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。また、水害が発生した場合には、認知症を患っている利用者がすこしでも落ち着いて過ごせる場所として、地域のお寺に協力していただく体制をとっている。	今年度は6月に消防署立ち合いで総合訓練を実施し、12月に避難訓練を実施している。訓練前には、「訓練チャート」を作成し、訓練の流れ等を文書化し職員周知している。訓練後は、「訓練実施結果報告書」を作成し、職員回覧し、防災意識の向上を図っている。9月には地域の防災訓練に職員3名が参加し、地域連携にも努めている。	
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や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。	防災マニュアルやBCPが作成され、「能美市 洪水・土砂災害・津波ハザードマップ」もマニュアルに綴られている。6月に「非常災害時の訓練、救出に関する訓練」、「BCPに関する訓練と机上訓練」が実施されている。また、備蓄リストにて、必要物品の分量や賞味期限などを把握し、防災グッズの入った防災リュックも準備されている。	
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	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。	接遇やプライバシーに関するマニュアルが作成され、「挨拶をする」、「約束を守る」ことを大切に、思いを伝えてもらえるよう努めている。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。「権利擁護に関する研修」を実施し、プライバシー保護の取り組みとして、チェックリストにてケアの留意すべき事柄を明らかにしている。	
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」「どうしますか」など疑問形での声掛けを意識し、「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。		
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し、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し、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」「どう過ごしたいか」その都度、利用者に尋ねたり利用者や相談したりしながら決めている。		

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
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	タ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。また、必要時には季節や天候にあった服装や身だしなみになるよう助言をしている。		
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	お茶や箸の準備、食後の片付けなどの役割を担えるようにしている。食事時には個々のペースで食事がとれるよう、職員はできるだけ椅子に座りゆったりとした雰囲気作りに努めている。また、月に1度、おやつ作りの機会を設けている。	昼食は、グループの障害者福祉サービス事業所よりご飯と汁以外の副菜が届き、朝・夕食は、副菜が届けられる。準備や後片付けなど出来ることを手伝ってもらっている。月1回おやつ作りを行い、フレンチトーストやにんじんケーキなどを作っている。外国籍の職員が働いており、ベトナムのおやつ作りやネパールのカレー作りなどにも取り組み、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	毎日の食事摂取量を一人ひとり記録に残している。禁忌の食べ物がある場合は十分注意し、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工夫している。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・義歯装着をし、昼食後はうがい、夕食後は歯磨きやうがい、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。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、合図(サイン)を察知し、トイレで排泄を行うように支援している。日々の取り組みとして、声かけが抜けたり、タプって声かけしないようチェックを行い、タブレットに入力している。排便のサインが分かりやすい方については、トイレで排泄してもらうように声かけし、失敗防止に努めている。	
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	一人ひとりの排便状態を確認し、便秘にならないように、十分な水分摂取ができるよう関わっている。また、出来るだけ自然に排便が出来るよう歩行機会を作るなど運動する場面を設け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、利用者自身が「お風呂に入る」という気持ちになっているか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場合には日にちを変えるなどの対応も行っている。	「お風呂に入る」という気持ちになっているかを大切に、週2回入浴できるよう支援している。脱衣場から浴室まで、一人の職員が対応し、ゆったりとした気持ちで入浴できるよう配慮している。気分によりシャワー浴にしたり、長湯をしたい方には、10分程度までお湯につかってもらっている。入浴する気分にならない方には、日を変えている。	

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	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に努めている。		
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。薬の取り違えや飲み忘れをしないよう、また、利用者が自分の健康に関心が向くよう、服用時には毎回名前を声に出し利用者と一緒に確認を行っている。		
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、お盆拭きなど何らかの役割が持てるようにしている。また、その他にも日常の季節の習わし時などにも何気ない役割(季節の食べ物作り<例: サツマイモのつるの下処理・干し柿など>)を利用者にお申しし一緒に行うようにしている。読書など個々の余暇時間も大切にしている。		
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	日常的に散歩、地域行事、ドライブなど実践するようにし、利用者や家族の希望に合わせて、自宅や散髪などにも出かけている。	天気の良い日は、ホーム周辺を散歩している。花見やバラ園にドライブに出かけている。公民館で行われた町の夏祭りにも出かけている。また、個々の入居者の希望により、コンビニや図書館と一緒に出かけている。その他、家族と一緒に外出したり、盆や正月に外出している。	
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	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ている。外出先などでの買い物時に、自分でお金を支払う機会を作るよう努めている。		
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	利用者自らが選んだ席や場所ですできるだけくつろげるよう努めている。日中は個別のリハビリや脳トレに集中できるよう、BGMの選曲や音量の調整をしたり、換気は室内の温度等を気にかけてながら行うなどしている。	日中はリビングで過ごすことが多く、座席は決まっているわけではないが、個々で自分の席を決めており、トラブルもない。室温については、温度計や湿度計で確認し、エアコンの風向きにも配慮し、快適に過ごせるよう配慮している。換気については、特に寒い時期には皆さんに説明のうえ、換気している。また、皆さんが居心地よく過ごせるように、ユーチューブにてお経を流したり、BGMの選曲や音量に配慮している。	

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
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	2階のリビングにはソファがあり、思い思いの場所で過ごせるようにしている。日中は1階のリビングで過ごすが、エレベーターを自由に使うことができ、好きな時に居室へ戻るが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、過ごしやすい空間になるよう配慮している。	タンスや家族写真、位牌、遺影など馴染みの持ち込みや本人の好む室温に配慮している、動線確保に問題があれば本人と話し合うが、基本本人の好む場所に置いている。居室はプライベート空間のため、入室時はノックし、承諾を得ている。掃除は、掃除担当職員や介護職員が毎日行い、清潔を保ち、居心地よく過ごせるように配慮している。	
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	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。		