

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	令和2年2月9日	評価結果市町村受理日	令和2年4月16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6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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本方針である「あなたらしさ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」であることを意識し、言葉遣いや笑顔を大切に環境作りに努めている。 ・「入居者のできる力」と「職員が待つこと」を大切にし、その時々でできない部分のみをさりげなく支援させていただく環境を作っている。達成感や自尊心の維持にも繋げている。 ・職員だけで業務的に生活活動等を行うのではなく、一緒に行う、入居者にお任せする場面をできるだけ多く作ることで、自然と職員と入居者が支え合う関係を作れている。
--

【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)】

<p>安宅町会に加入して、法人全体で町の行事に参加している。「クリーンビーチ石川」の安宅海岸の清掃活動や、あたか祭りの神輿や、地元の保存会の輪踊りを見に出かけたりしている。毎年8月には法人の縁日(夏祭り)が行われ、のど自慢大会や盆踊り、たこ焼き、焼き鳥などの出店を地域の人たちと一緒に楽しんでいる。外食や買い物などにも出かけ、地域交流と生活の楽しみを持ち続ける事が出来るように支援している。</p> <p>昼食、夕食は、利用者の方に聞いて、冷蔵庫の中にある材料で作っている。調理を手伝ってくれる利用者もいて、全体で6名の方はキッチンに入って、切ったり、炒めたりしている。他の方も下ごしらえや味見、盛り付けなどを手伝ってくれる。毎食職員も一緒にテーブルに座り、同じものを食べている。テレビを消して、食材のこと、季節のこと、世間話など会話を楽しむようにしている。</p>

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	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実現できるように努めている。ただ、理念や方針についての理解に職員間で差があり、全員が同じ姿勢で取り組んでいるとは言い切れない。	法人全体の理念のもとに、グループホームとして「あなたらしさ100%」という基本方針を掲げている。それに加えて、各住まい(ユニット)ごとに目標を定めてケアに取り組んでいる。管理者は、毎月のミーティングや、利用者への支援の方針を決めるときには、常に理念を振り返ることをスタッフに話している。また、新任の研修時には、必ず理念について話をして事業所の理念について伝えている。	
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る。祭りや清掃活動への参加にも繋がっている。地域の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、参加する機会は少なくなってきた。入居者様が以前住んでいた馴染みの地域への外出支援にはあまり取り組むことができていない。	安宅町会に加入して、法人全体で町の行事に参加している。安宅海岸の清掃活動や、祭りの神輿や、地元の保存会の輪踊りを見に出かけたりしている。毎年8月には法人の縁日(夏祭り)が行われ、のど自慢大会や盆踊り、たこ焼き、焼き鳥などの出店を地域の人たちと一緒に楽しんでいる。外食や買い物などにも出かけ、地域交流と生活の楽しみを持ち続ける事が出来るように支援している。	
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	地域の方との交流や企画を通じて、認知症の理解や支援のあり方を知っていただく機会にはなっていると感じている。また機会は少ないが、運営推進会議で認知症についての勉強会を設定したこともある。		
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	会議は2月に1回、定期的に行うことができています。町内会長、民生委員、地域の各種団体、市職員の方々が参加されている。入居者、家族の参加は、案内を出してはいるが減っている。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、奇数月に開催している。町会連合会会長、町内会長、民生委員、婦人会長、老人会長、公民館長、小松市、家族、利用者が参加して現状報告、活動報告を行い、質疑応答を行っている。毎回テーマを定めて、例えば、認知症の基本的理解や、身体拘束適正化に向けての取組等の事業所の取組について話している。また、活動報告ではスライドショーを使い、わかりやすい説明を行っている。	

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
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	メールやFAXで情報を提供していただいて、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。	小松市グループホーム連絡会に参加して、研修や情報交換を行っている。連絡会には市の職員も参加しており、市からの連絡事項を受け連携を図っている。利用者の要望や不満等を第三者に表すことができる機会及び、ホームが提供するサービスの点検・向上のために小松市介護相談員派遣事業の受入れを行っている。今年度は4月に転倒骨折事故が発生し、適切に市に報告が行われている。	
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	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1人ずつ設けている。その担当職員を中心に、年に2回、意識の維持・向上を目的とした職場内での研修会を実施している。また3ヶ月に1回、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。小松市グループホーム連絡会で、身体拘束や虐待に関する研修があり、参加する機会もあった。	身体拘束等適正化のための指針があり、今年度は7月と1月に研修を実施して職員は拘束をしないケアについての理解を深めている。また、四半期に一度身体拘束適正化委員会を開催し、その結果をスタッフに周知するとともに、年に2回運営推進会議で報告を行っている。建物の施錠は、夜勤帯防犯上の観点で実施している。	
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	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1人ずつ設けている。その担当職員を中心に、年に2回、意識の維持・向上を目的とした職場内での研修会を実施している。また3ヶ月に1回、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。小松市グループホーム連絡会で、身体拘束や虐待に関する研修があり、参加する機会もあった。		
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	定期的な勉強会や話し合いをする機会等は持っていない。その為、権利擁護に関する制度等の理解には職員によって差がある。成年後見制度を活用されている入居者もおられるが、管理者が中心に後見人とのやりとりを行っている状況である。		
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、解約、改定等に関することについては、管理者が中心となり、入居者、家族に疑問点や不安点などを確認しながら、納得していただけるように努めている。令和元年10月に利用料金を改定したが、積算根拠も示して、文書でも説明を行い、納得していただいている。		
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(ただし、参加実績は少ない)、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。	苦情の体制は整備され、契約書別紙で周知が行われている。法人で「オレンジホットライン受理書」という統一した様式を定めているが、ここ一年は特に苦情は寄せられていない。職員は、家族来訪時には、利用者の最近の様子を伝え、家族の意見や話をよく聞くように努めてコミュニケーションを図っている。遠方の家族には、電話で近況報告を行い、家族の要望等を聴取している。また、機関誌「あったか」を家族に送付して、利用者の様子を伝えている。	

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
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。それぞれの機会で、必要に応じて職員の意見や提案があれば検討する等している。また、法人で導入している人事評価制度の面談で、各職員からリーダーが吸い上げた意見を管理者が聴く機会もある。新規入居検討についても、基本職員の意見も参考にしながら行っている。	管理者は、毎日の申し送りやユニットの会議、勉強会等で職員の意見を聴取している。また、他の職員と同じシフト勤務に入っているのので、いつでも職員の意見や提案を聴いている。法人の実質上の責任者である特養の施設長も、毎月リーダー会議や研修会等に参加して、職員からの意見を聴いている。また、個別に職員との面談の機会をもち直接に話を聞いている。	
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	代表者に代わり特養施設長・管理者が、日常的に職員に声をかけたり、必要があれば相談を受ける等しているが、向上心を持って働ける環境、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はある。法人で人事評価制度を導入しており、リーダーを通じて各職員の目標設定を行う機会がある。法人内の会議において、現場の状況を管理者から報告することで、代表者が状況の把握ができる環境にはなっている。		
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	代表者に代わり特養施設長・管理者が、不定期ではあるがホームで設けている各委員会担当の内容にあわせた研修参加等をすすめている。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、管理者から研修を行い、先輩職員の同行期間を設け、理念や基本方針に合わせた支援、対応方法について指導を行っている。		
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の研修、勉強会、親睦会等での交流の機会がある。参加人数は少ないこともあるが、希望者は出来るだけ参加できるように勤務の調整等に努め、参加している。その他のネットワーク作り等には取り組んでいない。		
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、入居者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、導入時に、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を伺い、関係作りには努めている。		

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
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について検討している。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ている。入居前の関係作りについては、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。活動と一緒に行うことで、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、職員の都合で出来てい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	家族が来訪した際は、入居者の最近の出来事や日々の暮らしの様子をできるだけ伝えられる環境を作っている。ケアプラン作成前の会議での話し合いや、こまめな状況報告(電話など)を行い、サービス利用をきっかけに、本人と家族の繋がりができるだけ薄くならないように努めている。		
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	本人がこれまで通われた美容院やスーパー、馴染みの人との関係を継続したい思いはあるが、人員状況や段取りができない場合もあり、近場の利用しやすい施設を利用していることが増えている。情報があっても実践につながる事が少ない状況である。	入居時にはグループホームから自宅の方へ面接に出かけて、自宅での生活の様子を見聞きして、利用者の自宅の部屋の写真を撮り、可能な限り家具などの配置が同じになるようにし、継続した生活が送れるように配慮している。入居後にも墓参に出かけたり、自宅へ帰る人もいる。近所の人や、元の職場の同僚が訪れてくれることもある。入居時には、家で使っていたタンスやいす、使い慣れた枕、写真等馴染みの物を持ってきてもらっている。	
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	共有部にゆっ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、対応方法を検討している。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	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、書面や口頭で詳細に伝えられるようには努めている。		

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
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は、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ったり、確認できても、実践につなげられていない場合もある。	あまり要望が出ない人や、意思表示がはっきりしない利用者の中には、その人が元気だったころのケアプランを参考に、ひとり一人の思いを把握するようにしている。また、利用者の表情(悲しい、うれしい)を見ながら、その人のいい表情をとらえて対応している。家族からの情報提供も大切にし、家族からもアセスメントをしてもらい、ケアプランを作成している。	
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)に生活習慣やこれまでの暮らしについて、本人、家族から情報をいただいている。入居後も普段の関わりや家族来訪時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心身の状態等を職員が把握できるよう情報共有して支援を行っている。できるだけ日々の活動と一緒に、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、計画作成担当者が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。	入居後3か月を目途に、全スタッフがアセスメントを行い、計画作成担当者が原案を作成して、暮らし向上会議(サービス担当者会議)を開催し、職員へ周知している。計画はケース記録に綴られていて、ケース記録を書くとき常に見る事が出来るようになっている。モニタリングは担当者が専用のシートに本人の様子等を記入し、3か月に一度計画作成担当者が計画内容経過表にまとめている。計画は、大きな変化がなくても6か月ごとに更新をしている。	
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	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。		
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に話し合い、検討している。必要に応じて、職員の勤務調整も行い、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。		

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	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、出掛けられず、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、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、基本はこれまでのかかりつけ医への受診としているが、家族対応での受診が難しい方については、ホームの協力医療機関の訪問診療を利用する為、かかりつけ医を変更された方もおられる。また、緊急時や重度化されて家族対応が難しくなった場合は、職員がかかりつけ医への通院支援を行うこともある。必要な時に適切な医療を受けられるように努めている。	利用者18人中11名が協力医療機関が主治医となっている。協力医療機関は訪問診療してくれるので職員は往診時に直接医師と連携を図っている。その他の利用者は従来からのかかりつけ医で、家族または職員が通院介助している。家族送迎時には、受診時に「ご様子提供シート」を家族から医師へ渡してもらい、受診後医師から返書をもらうシステムとなっている。返書がない場合には、家族から口頭で情報をもらいまとめている。	
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に記録に残している。退院後の生活に無理がないように、ホームに戻ってからできること、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	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。	医療連携加算の算定はしておらず、看取りの事例はない。重度化へは、事業所のケアでできる限り対応する方針であるが、具体的なものとして食事がムース食になったり、ホームの風呂での入浴ができなくなったり、医療管理の度合いが高くなった場合には次の施設への申請を行っている。施設の移行の場合でも、同一法人の特養や、協力医療機関への入院のケースが多く、継続した支援が受けられる体制となっているため、利用者・家族の安心感は大きい。	
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	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の実施しているが、職員全員が同じ回数行っているわけではない。突発的な予定が入ったり、入居者対応を優先することで、訓練ができない場合もあり、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。		

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
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が、職員全員が同じ回数行っているわけではない。地震や行方不明対応訓練の実施回数が少なく、十分でない状況もある。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。	「グループホームあたかの郷対応マニュアル」があり、この中に「急変時の対応マニュアル」、「事故防止・対応マニュアル」、「感染症対策マニュアル」など事故の種類別にマニュアルが作成されている。事業所で事故のテーマを決めて「急変時訓練」に取り組み、今年度は3回実施している。この訓練を通して、マニュアルの周知や見直しに取り組んでいる。また随時、見直しが必要になったら見直している。	
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	法人として協力医療機関を定めており、受診や訪問診療、入退院の場面で、協力、連携ができています。また、同敷地内の特養等とも、緊急時の対応等の支援体制ができています。	協力医療機関は、同じグループの森田病院である。11の方が月1回の訪問診療を使っている。緊急時の連絡等も取ることができる。4名の方は家族が定期受診させ、3名の方は、ホームの職員が受診に付き添っている。協力歯科は、近くの歯科医院であり、希望すれば訪問してくれる。また、隣の特別養護老人ホームに毎週火曜日に歯科の診療日があり、希望すればホームにも訪問してくれる。バックアップ施設は、同一敷地内の特養であり、防災訓練、夏祭り、研修会への参加など連携している。また、同一敷地内のデイサービスの催し物に参加したりもしている。	
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ユニットであり、2人夜勤である。2人だけになるのは、20時から翌朝7時30分である。同じ敷地内の特養には宿直があり、緊急時には応援してもらうことになっている。夜間帯に利用者に状態の変化があったら、夜勤者2人で話し合い、判断に迷う場合は、管理者に連絡し指示を受けている。ただ、夜勤者が緊急と判断した場合は、入居時に聞き取っている緊急時の搬送病院に、救急搬送することになっている。救急車を呼んだ場合は、特養の宿直に応援を依頼し、全利用者に対し作成している「傷病者情報」を救急隊に渡す。	
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。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、中止することもあり、十分に行っ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。	7月26日に日中想定の総合訓練、11月27日に夜間想定の総合訓練を実施している。両訓練共に、特別養護老人ホームの職員1名が参加している。訓練前に「避難訓練書」を作成し、訓練後は「訓練結果」を作成し、職員へ回覧・周知している。また、5月に「地震想定訓練」を実施し、同じ敷地内にあるケアハウスファミールへ避難している。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、定期的な見直しが出来ていない。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、年に1度、防災の日に点検も行っている。	「全国認知症グループホーム協会」の「防災マニュアル」がファイルされている。また、「あたかの郷対応マニュアル」の中に「火災発生時対応の流れ」、「地震発生時対応マニュアル」、「風水害雪害発生時対応マニュアル」が作成されている。マニュアルは、訓練時に周知し、必要な見直しにつなげている。備蓄は、非常食、水、救急箱などがあり、毎年防災の日に点検を行い、備蓄リストも作成されている。	
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、同性支援(できるだけ)にも配慮している。ただ、職員間ですぐに情報共有が必要な事項等があると、入居者の前で話をしてしまう場面がある。	「接遇マニュアル」が作成されている。身だしなみのポイントや「明るく、優しく(易しく)、美しく、正しい」言葉使いなどについて示されている。また、「生活支援マニュアル」があり、プライバシーに配慮することや認知症の方の行動を知ること、そして不安や混乱はサインやシグナルを送っていることなどが示されている。職員は、マニュアルの主旨に沿った支援に努め、部屋に入るときは、必ず声をかける。トイレの戸は必ず閉める。職員間で利用者のことを話すときは、離れて話すことはせず、近くで小声で話す。トイレの声かけは声をかける方法に配慮するなど、一人ひとりの尊重とプライバシーの確保に努めている。	
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	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実践できるように努めているが、入居者全員にはできていない。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もある。しかし、伺った希望は、申し送りし、方法を考えて、日が変わっても実践できるように努めている。		
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	入居者本人に選んで頂くことを大切に考えて支援している。衣服の汚れ等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」といわれる方や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ある。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。	昼食、夕食は、利用者に聞いて、冷蔵庫の中にある材料で作っている。調理を手伝ってくれる利用者もいて、全体で6名の方はキッチンに入って、切ったり、炒めたりしている。他の方も下ごしらえや味見、盛り付けなどを手伝ってくれる。毎食職員も一緒にテーブルに座り、同じものを食べている。テレビを消して、食材のこと、季節のこと、世間話など会話を楽しむようにしている。また、利用者の状態に合わせて、極キザミにしたり、トロミをつけたり、その方が食べやすいように配慮している。10時と15時には、ドリンクとお菓子または果物を出している。また、ホットケーキ、手作り誕生ケーキ、お好み焼き、あんみつ、寒天ゼリーなど手作りおやつを楽しむこともある。		
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、各勤務帯の打ち合わせで、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。担当として、栄養・食事環境を中心となって検討する職員がおり、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行っている。食事実績表を確認しながら、同じ食材ばかり使用し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、本人の状態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)は行えていない。			
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、一人ひとり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、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、安易なおムツ等の使用は行っていない。おムツ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。	全員を対象に排泄チェック表を作成している。タイミング良い声かけで、失敗を防ぎ、トイレで排泄できるよう支援している。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・検証するなど、本人の能力の十分な把握に努め、本人のできることで、できないことの把握に努めている。そのため、「その日にできないこと」や「わからなくなっていること」を介助するようにしている。また、パッドや紙パンツなどは本人にフィットしているかなどを検討・検証し、安易に紙おむつにしないよう取り組んでいる。		

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	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はある。		
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、長くお風呂に入っていない方を優先的に誘っている現状があり、連日希望される方が時間がとれず、その日入れない場合もある。曜日でお風呂の日や時間帯を決めてはいないが、希望が伺えていない場合もある。	各住まい(ユニット)で、毎日お風呂はわいている。午前11時から午後5時ぐらいまでが入浴時間となっている。必要があれば、敷地内の他の施設の特浴を借りることもできる。利用者には、週2回は入浴してもらっている。毎日入りたい方には、可能な限り入ってもらう。柚子湯や菖蒲湯で季節を感じたり、入浴剤を使い気分転換したりしている。可能な範囲で本人が満足するまで、お湯につかってもらう。入浴介助は職員と1対1であるので、コミュニケーションを楽しむなどしている。	
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現状から、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。外食や花見、お祭り等に出掛ける機会は、計画して作れている。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。	天気の良い日などは、敷地内や隣の公園へ散歩に出かけている。また、ドライブを兼ねて、足湯や花見、紅葉狩り、外食したりお弁当を食べたりしている。買い物は、敷地内の特養に売店があり、よく出かけている。地区のコミュニティセンターで行っている健脚体操に、毎回1~3名が30分程度参加している。安宅祭の神輿が、特別養護老人ホーム前に来るので、見に出かけている。敷地内で開催される夏祭りには、のど自慢、子ども踊り、太鼓などの出し物があり、見物し楽しんでいる。	

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	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、ただけよう(その方の希望にあわせて)努めているが、実践できていない場合もある。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。		
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つけること等で雑音にならないように注意している。また、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、支援を優先にしていることで、掃除や整理の時間がとれず、不十分な状況はある。	リビングには、季節の花を飾ったり、季節の行事に合わせて飾り付けを行い、季節を感じられるよう配慮している。テレビなどの音や、明るさ、室温、湿度、換気に気を付け、また毎日の掃除で清潔を保ち、居心地よく過ごせるよう配慮している。そして、住まいと住まいの間に畑があり、3~4名の方は畑仕事を手伝ってくれる。	
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でき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	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。	入居時は馴染みの物を持ち込んでもらうよう話している。タンス、椅子、写真、アルバム、櫛、手鏡、化粧品、枕などを持ち込んでいる。居室は洋室12部屋、和室6部屋となっている。洋室はベッドが置かれている。寝具は事業所で用意している。入居前に生活していた部屋の写真を撮り、可能な限りそれに近い家具の配置となるよう配慮している。週1回シーツ交換日があり、この時に通常より丁寧に掃除をし、清潔保持に努めている。居室の換気は、皆さんがリビングに行った時に行い、天気の良い日は長時間窓を開けている。	
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るが、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。		