

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	1770101929		
法人名	(株)ふれあいタウン		
事業所名	グループホーム有松		
所在地	石川県金沢市有松2-4-32		
自己評価作成日	令和3年10月27日	評価結果市町村受理日	令和3年12月13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.kai gokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和3年11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)】

「地域で利用者、家族も職員も笑顔と安心のある暮らしをめざす」の理念を常に意識し、介護計画に反映させ日頃のケアに活かしています。時間を気にせずのんびりとした雰囲気の中で、安心して利用者一人ひとりが持っている力を発揮しながら笑顔で過ごせるよう支援しています。日々の散歩やドライブなどに出掛けています。運営推進会議では地域の方やご家族にホームの実情を報告・説明しています。また、ホームの機関紙を地域に配布しホームの存在や認知症の方々の生活を理解していただけるように努め地域交流を図っています。

当ホームは「地域で、利用者・家族も職員も笑顔と安心のある暮らしをめざす」を理念として掲げている。利用者はもちろんのこと、家族にも安心してもらい、職員も利用者と共に楽しむ支援に取り組んでいる。理念は介護計画にも反映するようにし、利用者本人の笑顔(生活の中の楽しみ・得意な事)・安心ある暮らし(なじみの関係・健康管理等)に関する目標を明示し、日々の実践に繋げている。家族にも安心してもらえるよう、一筆便箋(毎月の様子を簡潔な文書で報告)で利用者個々の暮らしぶりを伝えている。ホームでは「食の楽しみ」も大切にしており、季節感ある手料理を毎日提供したり、利用者の経験を活かして一緒に漬物作りを行っている。又、色々な出前やお菓子パーティー等を楽しむ機会も設けている。ホーム提携医やかかりつけ医による訪問診療中心の医療支援体制や同一建物内(通所介護・居宅)・同系列の小規模特養施設のバックアップ体制も確保されており、利用者・家族の安心に繋げている。地域の一員として町内会に加入し、ホームの活動や認知症マメ知識等を記した「ふれあい新聞(6ヶ月毎)」を発行し、地域の回覧板で近隣住民に周知している。

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ます (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、活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、安心して暮らさせている (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
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	「地域で、利用者・家族も職員も笑顔と安心のある暮らしをめざす」の理念をさりげなく食堂に掲げ、年度始めのフロア一会議や運営推進会議の場で説明するほか、折に触れて言葉にして共有し実践につなげている。介護計画に反映させ日々のケアにつなげている。	「地域で、利用者・家族も職員も笑顔と安心のある暮らしをめざす」を理念として掲げている。理念は入職時の説明、ホーム内の掲示、介護計画への反映、フロア会議での振り返り等を通じて共有している。
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	上有松町会に加入している。近隣の散歩で近隣と交流している。運営推進会議には町会長や民生委員が参加し意見交換している。	地域の一員として町内会に加入している。ホームの活動や認知症マメ知識等を記した「ふれあい新聞(6ヶ月毎)」を発行し、地域の回覧板で近隣住民に周知している。平時には会社全体で住民ボランティア(歌、踊り等)の受け入れも行っている。
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	運営推進会議で利用者の日常生活を紹介したり事業所の活動を報告している。見学者等にもここでの生活を説明し理解を得るようにしている。	
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	利用者、家族、市(地域包括)、民生委員、町会役員、職員が出席し年6回運営推進会議を開催している。外部評価結果や利用者状況、活動内容や報告、質疑応答や意見交換等を行っている。議事録は回覧・周知しサービス向上に活かしている。	利用者代表、家族、町会役員、民生委員、行政担当者等をメンバーとしている。今年度はコロナ禍の為、主に書面でホームの活動報告を行い、意見・要望等があれば電話で募るようにしている。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	わからない事があればその都度、市に電話で相談、質問している。運営推進会議では市担当者や地域包括職員が出席し意見交換している。機関紙を市に郵送したり、運営推進会議の場で渡している。毎月介護相談員を受け入れている。	平時は運営推進会議を通じ、市担当者との連携強化を図っている。困難事例等があれば随時市担当課に相談し、必要な助言を得ている。ふれあい新聞(6ヶ月毎に発行)を市にも送付し、ホームの活動を伝えている。
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	折に触れ身体拘束排除について話し意識を高めている。出入り口が3ヶ所あり、職員が目が行き届かないため鍵をかけているが、常に利用者の言葉や行動、仕草から思いを察知し、散歩等に誘ってストレスにならないようにしている。	運営推進会議やフロア会議・ミニカンファレンスの中で身体拘束の廃止についての話し合いを重ねている。利用者の行動制限につながらないよう、言い方を工夫するようにしている。職員に不適切な言動がみられる場合は、管理者が都度注意喚起している。

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
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	日頃から職員同士で言葉の暴力や無視など目に見えない虐待にも意識し合い、利用者の身体や表情の異変を見逃さないように注意をはらい防止に努めている。		
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	権利擁護に関する小冊子を吊るしいつでも見られるようにしてある。伝達研修や資料を回覧し折に触れて職員間で利用者の尊厳を守る話をしている。また、現在日常生活自立支援事業を利用している利用者がいる。		
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	重要事項説明書や契約書を基に時間を掛けて書面で丁寧に説明し、改定の場合は改定事項を書面で示して説明している。ここでの生活の様子を紹介し疑問や質問を受け十分に理解・納得できるようにしている。		
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	運営推進会議や来訪時や電話連絡時など折に触れ家族の意見や要望を聞き、常に家族の声が届く関係が築かれている。利用者の思いは日頃のかかわりから察知し運営に反映させている。	一筆便箋(毎月の様子を簡潔な文書で報告)やふれあい新聞(6ヶ月毎:写真添付)で暮らしぶりを伝え、面会時・電話連絡時に家族の意見や要望を引き出すようにしている。家族の希望に応じ、ショートメールでの気軽な情報交換も行えるようになっている。	
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	毎月のフロア会議やカンファレンスの場で職員の意見を聴取し運営に反映させている。管理者は日頃から現場の職員と話すほか申し送りノートなどを利用して、意見や提案を出しやすい環境を作り運営に反映させている。	管理者も現場業務に従事しており、普段から職員の声に耳を傾けている。職員個々の提案等を申し送りノートに記載し、フロア会議やミニカンファレンス時に全体で意見交換を行うようにしている。	
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	研修の機会を設けたり、就業時間を検討したり休日希望に配慮し職場環境の整備に努めている。		
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	法人内部研修を毎月実施し研修記録を回覧している。外部研修記録を回覧し職員の研鑽意欲を高め、自己研鑽の機会を設けている。日常業務の中でも介護力アップのため指導をしている。		
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	近隣のグループホームと互いの運営推進会議に参加し合う事などで交流し、ネットワークづくりを目指すとともにサービスの質の向上を図っている。		

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
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	初期の頃は特に本人の不安な思いを受け止め、少しでも不安が解消され和むように本人のペースで臨機応変に1対1でかかわりながら、思いや要望を聴き、1日も早く居心地の良い場所で安心して過ごせるよう人間関係作りに努めている。		
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	機会あるごとに家族と話す時間を設け、本人の現状や家族の不安、これまでの苦労や今後の生活への意見や要望など、家族の思いを受けとめ話し合いながら同じ足並みで進める関係性を築けるよう努めている。		
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	見学や問い合わせの際には家族の思いや悩みや本人の現状や福祉サービスの利用状況などを聞き、本人や家族の思いに添う最適な福祉サービスの利用を一緒に考え相談に応じている。		
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	人生の先輩として敬意を払い家事を一緒にする中で、昔の習慣や暮らしぶりを聞いて感謝の気持ちを共有している。支援する側される側ではなく暮らしの時間を共にする者同士として協力し合う関係を築いている。		
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	ホームのできる事と家族のできる事を確認し、生活状況や健康状態を家族に報告、相談しながら支援の方向を決めている。家族と本人の絆はもとより、家族と職員の交流も大切に考え協力関係を築いている。家族は何時でも気軽に来訪し電話等でやりとりしている。		
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	馴染みの親族や知人が気兼ねなく来訪し本人とくつろいだ時間を過ごしている。来訪時は茶菓等でもてなしている。職員は日頃から本人の話しに耳を傾けている。家族と外泊や外出する利用者もいる。	家族とのつながりが途切れないよう、コロナ禍でもガラス越しで面会できるようにしている。家族の要望に応じ、オンライン面会もできるようになっている。携帯電話を持ち込み、家族とのつながりを保っている方もいる。	
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	利用者同士の間人間関係を理解し交流を見守っている。意見の対立や気が合わず周囲の雰囲気が悪くなるような時は間に入り、孤立しないように配慮し利用者同士の関係が築けるように努めている。気が合うような利用者同士はなるべく同じテーブルにするようにしている。		

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
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	サービスが終了してもこれまでの関係が切れるわけではなく相談して欲しい事を家族に伝えている。入院退去された利用者には見舞いに行き経過を見守っている。		
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	職員の考えを押し付ける事をせず本人のペースで話しができ、希望や好みなどの思いを察知している。月2回会議を開き、本人の状況や行動などから、何を求めているのかを検討しケアに反映させている。	日常会話の中で利用者個々の思いを聴くようにしている。控え目な方には1:1の場面で、思いを引き出すようにしている。利用者の思い・要望等を聴いた場合は、本人の言葉を「 」書きで日々の記録に残すようにしている。意思疎通が難しい場合は職員側から働きかけ、表情等から思いを推察している。	
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	関係機関や家族、本人から入居前の暮らしぶりや好み等を聞いている。日々の会話や活動を通し時間を共有していく中で本人の思いや希望を察知し、情報を個人ファイルに綴り共有できるようにしている。		
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	利用者同士の関係や場所に配慮し、その時々表情や行動から思いを察知し、一人ひとりの持っている力が発揮できる環境づくりに努めている。会議や日誌・経過記録、申し送りノートで全職員が把握できるようにしている。		
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	家族や本人から折りに触れ要望や希望を聞き、計画作成担当者が中心となって計画作成している。月2回の会議でモニタリングし計画に反映させている。状態に変化が生じた時はその都度、情報を職員間で共有し計画を見直し現状に沿った計画を作成している。	利用者本人・家族の「ニーズ」を重視した介護計画の作成に努めている。理念に沿い、笑顔(生活の中の楽しみ・得意な事)・安心ある暮らし(なじみの関係・健康管理等)に関する目標を明示し、日々の実践に繋げている。3ヶ月毎に職員全体でモニタリングを行い、1年毎に計画の見直し・更新を行っている。	援助内容はより具体的に(5W1Hを意識して)明示されることを期待する。
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	日誌や個別経過記録や申し送りノートに記載し共有している。気づきもすぐに話し合い職員間で情報を共有し継続的に支援できるようにしている。会議でも意見を聴取し介護計画に反映させている。		
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	その時々本人の状態を家族に報告し、現状に即した関わりについて相談しながら、家族と共に考え柔軟に支援できる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
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	地域社会とつながりを持ちながら生活していけるように、近所のマーケットやホームセンターに買い物に出かけたり、公園や神社に散歩したり、外食するなど地域社会資源を活用しながら生活支援している。		
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、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	家族の希望で入居前からのかかりつけ医を継続している方もいる。家族との通院時も日常の様子を伝え適切な医療を受けられるようにしている。受診後は指示を家族と職員が共有し生活を支援している。	訪問診療中心（かかりつけ医、ホーム提携医）の医療支援体制を整えている。専門医への受診は家族に依頼しているが、都度必要な支援（主治医からの紹介状を渡す等）を行っている。ホーム提携医とは24時間の相談・連携体制を構築している。	
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	看護師が週2回来て健康面や内服状況を把握している。生活状況を共有し健康管理、医療的な相談をしている。緊急時は電話で指示を仰ぎ、適切な看護を受けられるようにしている。同ビル内にあるデイサービスセンターの看護師に処置を依頼する事もある。		
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。	入院した際は病院関係者に情報を提供している。入院中の本人を見舞い状態把握すると共に家族の意向を明確にし早期退院できるようにしている。		
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	重度化や終末期に向けたホームの方針は入居時に家族に説明している。重度化した時点で再度家族の希望やホームのできる事などを確認し合い、家族、かかりつけ医、職員で方向を明確にし取り組んでいる。過去にホームで亡くなられた利用者がいた。	家族の強い希望があれば、看取りまで対応する方針となっている。重度化の状況（入浴が難しい等）に応じて家族と方向性を話し合い、他施設（同系列の小規模特養等）への移行も含めてサポートしている。ホームでの看取り時は主治医から家族に状況を説明してもらい、可能な限りの緩和ケアを行っている。	
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	救命救急講習会に定期的に参加している。年間計画に基づき計画的に訓練を実施している。訓練後反省会を行いマニュアル変更や追加をしている。緊急・事故発生時マニュアルや連絡網を電話の所に貼り備えている。		
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	緊急時の対応手順・連絡網を作成し電話の前に貼り、緊急時に慌てず対応できるようにしている。年間計画に基づき定期的に緊急時対応の訓練をマニュアルに沿って実施し意識付けしている。マニュアルの見直しもしている。損害賠償保険に加入している。	救急搬送の手順を電話傍に掲示している。毎年、ホーム内で緊急時（誤嚥・窒息時、転倒時等）を想定した研修・実技訓練を積み重ね、職員全体のスキルアップを図っている。日中は階下のデイサービス看護職員による応援体制も整えられている。	

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	かかりつけ医とは日頃から連絡を取り、往診や通院で利用者の健康状態や日頃の状況を伝えている。判断できない時は電話で相談し指示を仰いでいる。緊急時には24時間連絡・対応してもらっている。福祉施設とは入退所等の連絡を必要時に代表者が行っている。	ホーム提携医による医療支援体制を確保している。又、会社全体(同一建物内に居宅・通所介護事業所併設)や同系列の小規模特養施設のバックアップ体制も確保されている。	
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	緊急時対応訓練を実施し連絡網を確認・周知している。緊急時にはかかりつけ医に24時間連絡・対応してもらっている。	1ユニットの為、夜間帯は夜勤職員1名の配置となっているが、緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制を整備している。	
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	年2回設備点検を実施し自然災害や防火避難訓練をしている。運営推進会議で協力をお願いしている。最寄りの消防署や交番に機関紙を配布し、日頃からホームの所在を認識してもらっている。近隣グループホームと互いに緊急通報連絡先になって協力体制を築いている。	災害時の対応マニュアルを整え、年2回、火災を想定した総合避難を実施している。1回は日中想定で同一建物全体で訓練を行い、事業所間の連携強化を図っている。もう1回はホーム独自でリスクが高い夜間帯を想定した訓練を行っている。適切な設備点検・訓練等を積み重ね、優良防火管理事業所の認定を受けている。又、年1回、地震や水害を想定した訓練も行っている。備蓄品(水、食料、防災グッズ等)はリスト化し、年1回、内容を確認している。	
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	非常災害・緊急時連絡網を電話の所に貼り、非常災害訓練を定期的実施している。非常持ち出しリストに基づき非常用品を備蓄し年1回確認交換している。		

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

okonai

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	年長者への尊敬の心を持って誇りやプライバシーを損ねない様に本人の意思を確認しながら関わっている。本人や家族との個人的な話しの時は場所に配慮し、状況に応じ匿名を使っている。	毎年、「接遇」や「プライバシー保護」をテーマとする社内研修を繰り返し行い、職員への周知を図っている。利用者とは接する際は年長者への敬いの気持ちを持ち、言葉遣い等にも配慮している。又、居室入室時は利用者の了解を得る、申し送り時は名前を伏せる等、プライバシーにも注意を払っている。	
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	本人がどうしたいのかを表現しやすい環境作り心がけている。本人の言葉や行動のサインを見逃さないように意識し、待つ姿勢を忘れずに関わり、職員で共有し支援している。		
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、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	一人ひとりの過ごし方を大切に本人のペースで過ごせるように臨機応変に対応している。本人のその時々居心地の良い空間や時間を日々の関わりの中で察知しその時間を共有している。		

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
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	2ヶ月に1度好みのヘアスタイルに美容師にカットしてもらい、自分で選んだ洋服を着ておしゃれを楽しんでいる。入浴時や着替え時衣類を選ぶ時は選びやすいような声かけをしその人らしい身だしなみができるように気を配っている。		
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	一人ひとりが有する力を当たり前で発揮できるように食材切りや皮むき、後片付け等の家事を職員と一緒にやっている。職員と一緒に会話しながら食事をしている。外食や出前をとって楽しむ時もある。	近くのスーパーで旬の食材を購入し、季節感ある手料理を提供している。家事が得意な方には、食事の準備や後片付け時に役割を担ってもらっている。利用者の経験を活かし、一緒に漬物(梅干し、らっきょう等)を作っている。色々な出前(寿司、カレー、ロコモコ丼等)をとったり、お菓子パーティーを楽しむ機会も設けている。	
45		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	好みや状態に合せ粥や刻み食を食べている。食事量は毎食記録している。		
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	起床時に洗顔や歯磨きが習慣になるよう声かけ誘導している。洗面所に立てない利用者は温タオルで洗顔介助し、お茶を飲んでもらっている。外出後は手洗いとうがいすすめている。		
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	立位ができる利用者はトイレ排泄している。個々の状態に応じ紙パンツや尿取りパットを使用している。本人の表情や仕草を見てトイレ誘導し自尊心に配慮した支援を行っている。	立位が可能な限り、「トイレでの排泄」を支援している。誘導が必要な場合は、利用者個々の排泄間隔・サイン(前かがみになる等)を見極め、適宜お誘いの声をかけている。利用者の状況に応じて、昼夜で使用物品(日中は布パンツ、夜は紙パンツ等)を使い分けている。	
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	野菜を多く取り入れたメニューになるよう配慮している。水分摂取量に配慮し食欲低下や行動の変化を見逃さないようにしている。排便状況を把握し下剤の調節をしている。希望があればヨーグルトやバナナを食べてもらっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的に月～土曜日の午前毎日お風呂を沸かし、本人の希望や状況に応じ入浴している。入浴しながら利用するには時間や日を変えたり、関わる職員を変え声かけに工夫し、入浴を楽しめるよう支援している。	日曜日以外はお風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯加減、長湯、自分専用の物品使用等)に沿った入浴を支援している。入浴剤を用いたり、昔ながらの季節湯(柚子湯等)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、声かけする職員を代えたり、別の日に改めてお誘いしている。	

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
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	一人ひとりの状態や生活習慣に合わせ本人のペースで生活している。個々の就寝・起床時間のペースで食事時間をずらしている。本人のペースで午睡や休息を取っている。		
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	個人ファイルに処方箋を保管し看護師を中心に誤薬のないよう個々に名前や日・時を記入し服薬管理している。日々の状態を把握し変化があれば家族や看護師に相談しながら健康維持に努めている。服薬管理マニュアルを作成し誤薬予防している。		
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	調理の下ごしらえや配膳下膳、食器洗い、洗濯物畳み、掃除などの家事を自分の日課としている人もいる。職員は本人の持っている力を知り、したい時にできるように見計らい声をかけている。外出、外食やドライブや歌などを楽しむ時もある。		
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	近所のマーケットに買い物に出かけたり、公園、神社などホームの周辺を散歩している。希望に沿うよう外食やドライブに出かけている。家族と墓参りや買い物や喫茶店に出かける利用者もいる。	コロナ禍の為、可能な範囲での外出(公園や神社への散歩、車から降りずにドライブを楽しむ等)を支援している。平時には季節感を味わう外出も支援している。	
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	買いたい物があれば買い物代行をしている。管理が難しい利用者は家族と相談しホームが小遣い程度を預かり欲しい物や必要な物を購入している。		
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	本人の希望や様子から思いを察しつつも気軽に電話を掛けている。年賀状は職員から出してはどうかと声を掛けたり、本人の希望でやりとりしている利用者にはその希望に応じ代筆をしている。		
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	エアコンや加湿器、空気清浄機で室内の温度や湿度、空気清浄に気を配っている。大きな音やまぶしい光に配慮している。摘んできた花や鉢植えを飾っている。七夕飾りやクリスマスツリーや節句の行事などで季節を感じている。食事準備の音や匂いがある風景がある。季節感を感じられるよう季節ごとの貼り絵を利用者として作り壁に貼っている。	共有空間の温度・湿度管理や採光、換気に配慮している。メインのリビングの他、セカンドリビング的な空間(テレビ、ソファを設置)を設け、他者と離れて過ごせる居場所を確保している。又、廊下奥にも長椅子を設置し、外の景色を眺めて寛げる場所を設けている。	

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
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	みんなのいるフロアで過ごす事を好まれる方が多いが、その時の気分で窓辺や玄関のベンチや居間で一人で過ごしたり、気の合う利用者同士で過ごしている。		
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	各部屋にエアコンと空気清浄機がついている。本人や家族のこだわりを大切に仏壇、テーブルセットや筆筒、人形や家族の写真、観葉植物やテレビ等本人が居心地良く落ち着いて過ごせるように室内を工夫している。職員は各居室は本人のプライベート空間と考え必要以上に干渉しないようにしている。	居室で居心地良く過ごせるよう、自宅で使い慣れた物(テレビ、ラジカセ、タンス等)や安心できる物(人形、仏壇、家族の写真等)を持ち込んでもらっている。プライバシーに配慮し、各居室は内鍵・外鍵をかける事が出来る造りとなっている。	
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	いたるところに手すりを取り付けてある。利用者にはわかるような表示や目印で本人の有する力を発揮できるよう工夫している。職員は本人の状態に応じ危険のないように、かつ自立した生活が送れるように注意しながら見守っている。		