

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3年10月20日         | 評価結果市町村受理日 | 令和3年12月15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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【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)】

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?」「どんな工夫をしたらよいか?」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)】

地域の付き合いは、コロナ下でもできる限りの交流を行っている。フラワーセンターや物見山へ密を避けてのドライブや近隣への散歩、隣家から柿を頂いたり、家族と自宅へ出かけたりと、感染対策をとって行っている。水害対策の避難訓練では避難先に協力してもらっている、大成町の法林寺まで実際に避難している。

コロナ以前には、いろいろなところへ外出に出かけるのが楽しみであったが、今は外出が出来なくなったので、行事の時に弁当を取って食事を楽しんでいる。月1回企画書を作成し、おやつ作りを行ない、みたらし団子、スイートポテト、バターケーキなどを作って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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,42)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:42)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:40,41)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 70 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:53)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |                   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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。  | 日常業務の中で、行事の企画をするときにはそれが理念に沿ったものになっているか、またケアに迷った時には理念に立ち返って考えるという風に随時理念について管理者は職員に話しかけている。新人職員が入職した場合には、法人の職員研修で職員ルールブックを使用してグループの運営理念、基本方針について学んでいる。                                |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。今年は、コロナ禍の影響で町内の行事が中止となり、職員、利用者地域の方が交流する機会がなかった。再開後は、以前のように町内の行事での「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働きかける予定。 | コロナ下でもできる限りの地域交流を行っている。フラワーセンターや物見山へ密を避けてのドライブや近隣への散歩、隣家から柿を頂いたり、家族と自宅へ出かけたりと、感染対策をとって行っている。水害対策の避難訓練では避難先に協力してもらっている、大成町の法林寺まで実際に避難している。   |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 地域行事がコロナ禍の影響で全て中止となり、利用者の方との自然なやりとりを身近で見ていただく機会がもてなかった。が、入居相談に来られた方の話を聴き、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、コツなどを伝えるようにしている。                          |   |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | コロナ禍の影響で参集での運営推進会議は開催できなかった。が、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、今後の予定などを書面にて報告している。  | 町会長、民生委員、根上安心相談センター職員(行政)、福祉推進委員、家族等がメンバーとなっている。昨年以降コロナのため、書面による報告となっていたが、今年10月には対面で運営推進会議を開催している。会議では利用者状況、グループホームの活動、研修、身体拘束排除への取り組み、健康管理等について報告が行われ、質疑応答を行っている。今回は公民館を会場にして開催した。 |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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ている。また、市からの連絡事項等がメール等で伝達され、疑問点等を電話で問合せするなどして共通理解できるようにしている。   | コロナのため行政主催の研修や会議等はほとんどなくなっている。行政も参加しているグループホーム連絡会や、能美市メモリーケアネットワーク等の活動を通じて市との連携を図っている。今年度は9月に転倒による骨折事故が発生して介護保険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<br>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などで個々の職員が考える機会を設けている                                     | 身体拘束廃止に関する指針が整備され、今年4月と10月に研修を行い、身体拘束適正化のための検討は運営推進会議の時に報告を兼ねて行っている。今年度はチェックリストの見直しを行った。建物の施錠は夜間、防犯上の観点で実施している。また、転倒防止のために人感センサーも設置している。   |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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はなく、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。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   |  |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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いない。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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<br>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、重要事項などでの周知を行っているが、特に苦情は寄せられていない。月に一度家族には請求書を取りに来てもらっているので、その時によく話を聞いて家族の要望、意見を聴取している。また、事業所の提供する、12項目のサービス等についてのアンケート調査を実施して、家族意見を聴取してサービスの向上に繋げている。アンケート結果は家族に報告している。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。  | 管理者は他の職員と同じように勤務しているので、いつでも職員からの意見や提案を受けられている。職員ミーティングやカンファレンス、研修や申し送りを通じて職員の意見を聴取しながら指導力を発揮している。法人代表者はかかりつけ医でもあるので、利用者の通院時に気軽に会話している他、年に2回法人のキャリアパス上のアンケートを代表者に対して直接提出し意見や提案を行っている。 |                   |

| 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 |
| 12                           |    | ○就業環境の整備<br>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<br>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<br>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ー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。 |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |  |      |                   |
| 15                           |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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心配りを大切にし、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<br>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<br>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<br>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                                  | 昔からの風習や慣わし、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<br>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<br>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。コロナ禍の影響で中止にはなっているが、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。    | 緊急事態宣言の時には、家族との面会は建物内に入らず玄関で行っていたが、宣言解除後は、しっかりと感染対策をとって居室に入ってもらい面会している。希望があれば自宅への外出も行っている。友人との面会も解除しているし、先日の選挙の時には期日前投票を希望する人がいて、投票に出かけている。馴染みの理髪店の人が理髪をしに来てくれている。                           |                   |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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<br>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、関係機関での情報提供や交換を行っている。   |  |                   |
| <b>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</b> |     |   |  |  |                   |
| 23                                 | (9) | ○思いや意向の把握<br>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。                                      | 利用開始前に自宅を訪問し、自宅での暮らしぶりや環境等について聴取して本人の思いを確認している。入居後は毎日一緒に暮らしているので、なんとなくは本人本位の理解はできていると思うが、それでもひとり一人の表情や、しぐさに注意してその人に沿ったケアができるように配慮している。半年に一回くらい本人と最後をどういう風に迎えたいか、その時の医療管理はどうするか等についても話し合っている。 |                   |
| 24                                 |     | ○これまでの暮らしの把握<br>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<br>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<br>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掛けている。   | アセスメントは担当職員とケアマネジャーが個々に行い、ケアマネジャーがそれをまとめ原案を作成している。サービス担当者会議は本人、家族、医師等も参加して行いカンファレンスを通じて各職員に周知している。モニタリングは毎月担当者が行い、大きな変化がなくても6か月に一度は計画を更新している。ケアプランとは別に、生活の各場面における注意点を書いた「生活動作支援計画書」も作成されて、よりよく暮らすためのケアについて検討している。 |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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<br>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<br>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、町内会長の方などに利用者の活動や状況などを伝え、地域の方々が認知症の方について理解していただけるよう努めている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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。 | かかりつけ医は必ずしも法人の医師というわけではないので、昔からの馴染みの医師の方もいる。通院は原則家族対応であるが、車いす等の対応が必要な場合には、事業所の方で通院送迎を行っている。医師との連絡は、受診の際に「入居者の様子・状況等連絡票」を作成して利用者の状況について伝え、医師から要望意見を返してもらっている。  |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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<br>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。 | 入院時に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<br>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  | 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。      | 重度化した場合でもできる限りグループホームでの生活ができるように支援をしている。口から食べることができなくなったり、医療管理の度合いが高くなってきた場合には医療機関への入院という事になるが、ケアで対応できることについては事業所に対応しており、重度化で介護保険施設への移行はほとんどない。看取りについては、家族の希望、意向を確認してかかりつけ医等と連携しながら行っている。  |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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<br>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」というファイルがあり、「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」などが作成されている。また、「事故報告書」や「ハプニング報告書」も作成されている。ハプニング報告書は、2か月ごとに評価を行い、ミーティングで話し合い、マニュアルを周知する機会にもなっている。また、5月に「感染症および食中毒に関する研修」、6月に「非常災害時の対応に関する研修」、8月に「事故発生予防」や「事故発生等緊急時の対応」等の勉強会を実施している。これらの勉強会をマニュアル周知の機会としている。マニュアルの見直しは、法人本部で定期的に取り組んでいる。 |                   |

| 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 |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>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、能美市立病院であり救急対応などで連携している。利用者の半数が、隣接する医院をかかりつけ医としており、院長はグループホームの理事長でもあり、緊急時等に往診してくれたり、1年を通して終日連絡が可能であり、密に連携している。隣接する医院以外をかかりつけ医としている場合は、基本家族が定期受診を行っている。その場合、利用者の主治医とは連絡票を使い、密に連絡を取り合うよう連携に努めている。バックアップ施設は、近くの老人保健施設であり、必要な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<br>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ユニットなので、夜間帯の17時30分から翌朝8時30分までは1人体制である。ただ、ショートステイ利用者がいれば、併設の小規模多機能事業所にも夜勤者がいる。週3～4日はショート利用があり、2人体制の状況である。夜間帯に利用者の状態が変化した場合、管理者に連絡が入る。管理者は指示を出したり、必要があればホームへ行き確認して対応している。今年度は夜間帯に救急車を呼んだことはないが、呼んだ場合は管理者が駆け付け、救急車に同乗する。                                 |                   |
| 38 | (16) | ○災害対策<br>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。今年は開催されなかったが、毎年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。また、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。 | 6月15日に火災想定訓練を消防署立ち会いで行い、通報、消火、避難の総合訓練を実施している。訓練後には消防署員からの講評をもらっている。11月29日にはホーム単独での部分訓練を実施している。この他、8月3日には水害訓練を実施している。訓練の前には、企画書を作成し訓練の内容を職員に周知している。訓練後は「訓練報告書」を作成し、反省点を記録し、職員の防災意識向上に取り組んでいる。   |                   |
| 39 | (17) | ○災害対策<br>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、「緊急連絡先」、「職員連絡網」、「自衛消防組織図」、「緊急用備品目一覧」、「金さん、銀さん備蓄品リスト」などが綴られている。そして、「火災、地震、多量降雨時の対応」や「大雨による避難準備発令時の対応」など、災害の種別による対応が記載されている。備蓄品に関しては、リストを作成することで必要物品の分量や賞味期限を把握し、必要な入れ替えや補充を行っている。マニュアルの周知の取組みは、訓練前のミーティングで災害について話し合ったり、災害に関する勉強会を実施している。 |                   |



| 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 |  |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |  |
| 40                               | (18) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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。話す際は目線を合わせ、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、「認知症の症状について正しい知識を持つ」、「否定せず相手の世界に合わせる」、「失敗しない状況をつくり環境を整える」などが示され、マニュアルに沿った支援を心がけている。また、5月24日には「認知症及び認知症に関する研修」が実施されている。日々の取組みとして、人の集まりであるため、「挨拶をする」、「約束を守る」ことを大切にしている。また、利用者の行動や仕草から、その方の思いを伝えてもらえるような声かけになるように、目線を合わせたり、声のトーンに配慮している。また、会話では疑問形の声かけを意識し「～しましょうか」、「どうですか」などの声かけで、「NO」という選択ができる環境づくりを心がけている。そして、利用者個々のペースを大切に、今から「何をしたいか」、「どう過ごしたいか」などその都度尋ね、その方の意思を尊重するよう心がけている。 |                   |  |
| 41                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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<br>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」「どう過ごしたいか」その都度、尋ねたり、利用者と一緒に決めていく。            |  |                   |  |
| 43                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。       |  |                   |  |

| 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<br>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている   | コロナ禍の影響で現在は行えていないが、できるだけ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に努めている。              | 「介護マニュアル」の中の「食事」の項目に「楽しい雰囲気の中で食事をおいしく食べていただく環境を提供する」と示されている。昼食の副食は、グループの障害福祉サービス事業所より配達されている。その障害福祉サービス事業所の栄養士がグループホームの献立を作成し、食材が配達されてくる。ホームではその献立を参考にしながら、利用者の好み、その方の状態に合わせて大きさや柔らかさを変えるなどして提供している。朝食は夜勤者が作っている。夜勤者は提供するメニューが重ならないようにしている。また、外食が出来なくなったので、現在は行事の時に弁当を取って食事を楽しんでいる。月1回企画書を作成し、おやつ作りを行っている。みたらし団子、スイートポテト、バターケーキなどを作って食事を楽しんでいる。 |                   |
| 45 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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<br>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・夕食後に歯磨きやうがい、義歯洗浄を行っている。できるだけ自分で行ってもらう、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<br>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。   | 日々の取組みとして、排泄チェック表を作成している。排便及び観察が必要な方の排尿のみ記録に残している。また、自分でパッド交換できるように支援し、できるだけ自分の下着を着用して過ごしてもらいたいと思っている。ただ、排泄誘導は、無理強いをせず行っている。あるいは、バルーンカテーテルの方に関して、主治医と相談し、袋をつけず紙おむつへ流れるようにし、動いても安全に過ごせるように工夫を行っている。  |                   |
| 48 |      | ○便秘の予防と対応<br>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。  |   |                   |

| 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<br>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                        | 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。  | 「介護マニュアル」の「入浴」の項目に、「プライバシーや安全に配慮した環境を整え、心身ともにリラックスしていただく」と示されている。入浴は、月、火、木、金であり、週2回は入浴してもらうように支援している。1人夜間入浴を希望される方がいて、能力的に可能な方なので夜間に入浴している。また、簡易リフトが設置しているため、浴槽のまたぎができない方も入浴している。入浴支援では、利用者自身の「お風呂に入る」という気持ちを大切にしており、その日に入浴したいと思わない方には、日を変更して入浴支援を行っている。 |                   |
| 50 |      | ○安眠や休息の支援<br>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も努めている。  |  |                   |
| 51 |      | ○服薬支援<br>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、利用者と確認を行っている。   |  |                   |
| 52 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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>)を利用者にお願し一緒に行うようにしている。   |  |                   |
| 53 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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 | 今はコロナ禍の影響で難しいが、日常的に買い物や散歩、地域行事、ドライブなど実践するようにしている。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(自分で戻ってくる事が出来ないこともある方)も、GPS等の活用や地域の見守りのできるだけ散策を続けられるようにしている。 | 天気の良い日は散歩やドライブに出かけている。ドライブでは、近くの植物園に行ったり、辰口方面の公園へ行ったりしている。一人で散歩に出かける方もいる。分からなくなるので15~20分で1度帰ってくるように話している。帰ってこない時には探しに出かけている。地域の理解があり、なんとか続けられている。また、散髪で出かけた時、期日前投票にも出かけている。  |                   |
| 54 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。現在はコロナ禍の影響で行っていないが、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 |  |
| 55 |      | ○電話や手紙の支援<br>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<br>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。 | 日中リビングでは、BGMを流して機能トレーニングを行ったり、希望のDVDを流したり、ぬり絵をしたりしている。ぬり絵は、自分でどれをするか選択できるようにしている。換気は窓をほんの少し開けた状態にし、清掃を行い清潔を保っている。リビングや廊下には、椅子やソファを置いて、皆さんが途中途中に腰を下ろせるように配慮されている。リビングの席は、車椅子の方に配慮するくらいで、その他の方の席は自分たちで決め、特にトラブルもない。  |                   |  |
| 57 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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<br>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   | 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。   | 居室は、エアコン、ベッドが取り付けられている。寝具はリースで、茶わんと箸はホームの物を使っている。近年入居の際の荷物は少なくなっているが、馴染みの物としてテレビ、ラジカセ、写真、アルバム、箸などを持ち込んでいる方もいる。居室内の配置は、利用者が過ごしやすい空間となるように配慮しているが、利用者自身で好きなようにレイアウトしている方、荷物をまとめている方、就寝時には内鍵を掛けて眠る方など自分で居心地よくなるようにしている。また、季節に応じて室温、湿度設定、エアコンの風向き、換気、清掃による清潔保持などに配慮し、居心地よく過ごせるように支援している。 |                   |  |
| 59 |      | ○身体機能を活かした安全な環境づくり<br>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。  |  |                   |  |