

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5年11月13日	評価結果市町村受理日	

※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5年12月4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誦経を毎日行い、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」を大切にし、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)】

地域との交流はゆっくりではあるが、復活しつつある。ホームの行事として、白山さんにドライブに出かけて焼きまんじゅうを食べてきたり、小松イオンにうどんを食べに出かけたりと外出の機会を増やしている。また、毎月開催される町会の「生き生きサロン」(町主催の月ごとのプログラム)にも参加して、地域の高齢者との交流も行っている。コロナ前の状態にまでは回復していないが、利用者と一緒に近くのスーパーへ買い物に出かけたりもしている。朝食と夕食については、同じグループの障害者福祉サービス事業所より副菜の材料が届けられ、昼食は、ご飯と汁以外の副菜が届けられる。食事の準備や後片付けは、本人の出来ることを手伝ってもらい、役割を持ってもらうよう配慮している。その日の役割は、くじ引きで決めている。そのくじは、機能低下している方に負担がかからないよう工夫されている。毎日の食事以外には、忘年会で鍋をしたり、おせちを作ったり、パーベキュー、誕生会のケーキ作り、毎月のおやつ作り教室など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、活き活きと働いている (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「元気に長生き」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。	ミーティングや行事等だけでなく、金さん銀さんにおけるケアの中心になる考え方が「元気で長生き」である。管理者・職員は常にそのことを念頭に置いて仕事をしている。新しい職員が入った時には、オリエンテーション時に理念について話すほか、研修の時にも理念に触れている。	
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。今年から少しずつ町内の行事等が再開されており、防災訓練や側溝掃除、いきいきカフェなどに参加している。	ホームの行事として白山さんにドライブに出かけて焼きまんじゅうを食べたり、イオンにうどんを食べに出かけたりと外出の機会を増やしている。毎月開催される町会の生き生きサロンにも参加して、地域の高齢者との交流も行っている。コロナ前の状態にまでは回復していないが、利用者と一緒に近くのスーパーへ買い物に出かけたりもしている。	
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	町会から依頼され、認知症についての出前講座を行った。また、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 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	町会長や民生委員、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って開催している。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。会議ではホームの活動、身体拘束廃止・虐待防止への取り組み、ヒヤリハット、健康管理、職員の状況等について報告され、質疑応答、提言をもらっている。また、地域での困りごと等についても話し合いが行われている。	
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している。今年度は「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。	市との連絡は、利用者の認定更新の手続きや、不明なことがあればその都度、市に問い合わせている。今年度は、能美市からモデル事業の委託を受けている他、認知症サポーター養成講座への職員の派遣等、市や地域包括支援センターとは密接に連携を図っている。	
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	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、身体の自由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を整備して、年間研修計画に基づき研修を実施している。毎年「虐待の芽チェックリスト」を実施して、その結果の職員の感想をまとめ、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。運営推進会議においてもその結果を報告している。建物の施錠は、防犯上の観点で夜間実施している。また、転倒防止のため人感センサーを使用している人もいる。	

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	入社時には虐待防止についての研修を行っている。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、3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 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	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で取り上げ対応等を話し合うようにしている。	苦情の体制は整備されて、重要事項等で利用者・家族へ周知されているが、特に苦情は寄せられていない。家族にグループホームに来てもらえるように、毎月の請求書や領収書は手渡しして、その時に利用者の近況について詳しく伝えたり、家族の意見や要望を聴取している。	
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	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、毎日事業所で勤務しているため、ミーティングや申し送り、業務の中でいつも職員の意見や要望を聴取している。代表者は、利用者の主治医でもあるので受診時には職員はよく話をしている。また、法人のキャリアパス上個人面談があり、その際には代表者(理事長)が直接に職員から意見を聴いている。	
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	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、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 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	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	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 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、本人と家族がゆっくりと自宅で過ごせるよう支援している。	面会は感染対策をとって、利用者の居室でもらっている。家族からの要望があれば、通院介助や行きつけの美容院、自宅での法要等にも事業所が対応している。「息子が癌になって自宅に県外から帰ってくるので、母を自宅まで連れてきてほしい」という要望に応え、職員が付き添い外出した事例もある。	
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	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掛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、関係機関間での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。	利用者の平均利用年数が8年を超えており、職員よりも在籍年数が長い人も多いためなんとなく思いや意向は把握しているが、表情や視線、変化があった時にはその前の状況に注意してケアしている。例えば、険しい顔つきの時には、環境面(音や光、温度等)を考えたり、対人関係を見て、その不安なところを取り除くようにしている。利用前の家での様子や生活歴など、家族からの情報も大切にしている。		
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	ケアマネジャーと担当職員、それぞれの立場でアセスメントを行い、ケアマネジャーがそれをまとめプランの原案を作成している。カンファレンスには本人や家族、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。	ケアマネジャーがアセスメントを行い原案を作成し、家族の要望を聴取して、本人を交えてサービス担当者会議を開催している。モニタリングは毎月行い、大きな変化がなくても半年に一度は計画を更新している。担当職員はケアプランに基づき「生活動作支援計画書」(ADL等を12の支援項目に分けたもの)を作成してより良いケアに努めている。記録はケア提供票、介護記録表、サービス実施記録等がある。		
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、その時々にも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、町内会長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。	利用者の多くは法人の代表者がかかりつけ医となっている。それ以外の利用者の場合にも通院には職員が付き添うことが多いので、直接に医師から指示を受けたり、報告している。また、必要な人には「情報提供連絡票」を作成して医師へ情報提供し、指示をもらっている。急変時にはまず管理者へ連絡し、管理者がかかりつけ医へつなぐ体制となっている。	
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師に報告・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。	重介護状態となっても、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ので医療管理上の限界はあるが、それ以外是对応してくれている。管理者(看護師)は利用者日々の生活の中で、折に触れて最後はどこで迎えたいのかを利用者に尋ねているが、ほとんどの利用者は「ここで」と言っている。そのやり取りを記録して、看取り期に入ってきたときには家族へそのことを伝えて支援している。	
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	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。		

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・周知するようにしている。	「マニュアル 金さん銀さん」というファイルがあり、「緊急時対応マニュアル」、「介護職員のための感染対策マニュアル」、「介護事故防止・対応マニュアル」などが作成されている。そして、施設内研修が月1回実施され、その中でマニュアルの項目も取り上げられ、職員への周知に取り組んでいる。また、マニュアルは、目につく場所に設置し、職員はいつでも見ることができる。マニュアルの見直しは、法人本部で行っている。	
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、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、隣接する同じグループのクリニックである。緊急時等24時間連絡可能である。利用者9人中5人の主治医であり、月1回定期受診している。他の4名は家族が同行し受診している。この他、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。協力歯科は、同じ地区の医院であり、必要時受診する。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	1ユニットのため1人体制が主ではあるが、緊急時や気になることがある場合には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。	1ユニットであり、一人夜勤体制である。一人体制となるのは、17:30～翌朝8:30までである。併設されている小規模のショートステイに週1～2日利用者がおり、その時には二人体制となる。この一人体制の夜間帯に、利用者の状態に変化があれば、管理者に連絡する。管理者は必要があれば医師に連絡し、指示を夜勤者に伝えている。救急車を呼んだ場合は、管理者が救急車に同乗することになっている。	
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	非常食などの物品を準備している。今年から再開した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た。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。	今年度は、火災による防災訓練を6月6日に実施している。消防署立ち会いで、総合訓練を実施している。12月にも、もう1回火災を想定した防災訓練を実施予定である。この他、6月27日には、水害避難訓練を実施している。また、10月8日には地域の防災訓練に、職員1名が参加している。訓練の実施前には、訓練の流れや留意事項を文書にし、職員に周知している。訓練後は、「訓練実施結果報告書」を作成し、職員へ回覧し、防災意識の向上を図っている。	
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ている。防災訓練後や研修で再確認し、見直しを行っている。備蓄リストが作成され、必要物品の分量や賞味期限などを把握している。非常食はアルファ米、ゼリー状の栄養補給食品などが、階段下の倉庫に保管されている。また、防災グッズの入った防災リュックが、玄関の下駄箱に置いている。	

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
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。	「認知症高齢者介護マニュアル」、「接遇マニュアル」、「プライバシー保護マニュアル」が作成されている。マニュアルに沿った支援を心がけている。日々の取組みは、「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「どうしましたか?」と声かけをし、思いを伝えてもらえるよう取り組んでいる。また、話をする際は目線を合わせ、声のトーンに配慮している。そして、日ごろの会話の中で「～しましょうか」、「どうしますか」など疑問形での声かけを意識し、「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。	
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」「どう過ごしたいのか」その都度、尋ねたり、利用者と相談しながら決めている。		
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	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。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	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。また、月に1度、おやつ作りの機会を設けている。	昼食は、同じグループの障害福祉サービス事業所よりご飯と汁以外の副菜が届けられる。朝食と夕食については、副菜の材料が届けられる。食事の準備や後片付けは、本人の出来ることを手伝ってもらい、役割を持ってもらうよう配慮している。その日の役割は、くじ引きで決めている。そのくじは、機能低下している方に負担がかからないよう工夫されている。食事はテーブルを2～3人で囲み、食事中は黙々と食べる方がほとんどである。食事が終わると、メニューのこと、世間話などいろんな話をしている。年末年始など、同じグループの障害福祉サービス事業者が運営していない期間は、自分たちで食事を作っている。忘年会で鍋をしたり、おせちを作ったり、バーベキュー、誕生会のケーキ作り、毎月のおやつ作り教室など食事を楽しんでいる。おやつ作りは、きな粉棒、おはぎ、マフィン、パンケーキなどを作り、食べて楽しんでいる。	

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
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、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・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。出来るだけ自分の下着を着用できるように努めている。	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、トイレで排泄を行うように支援している。入居したばかりの人には、3日~1週間は、1時間ごとにトイレ誘導して、排泄チェックシートを使用する。そして本人の排泄パターンを把握し、その中で本人のサインを確認する。サインは職員間で共有し、タイミング良い声かけにより、失敗を防ぐように努めている。また、カテーテルの方についても、大便の時にはトイレ誘導しており、利用者9人全員トイレ誘導している。そして、最近取り入れたものとして、「経口補水液」をつくり、利用者には提供し、自然排便を促している。毎日の排泄状況は、「ケア提供表」に記録されている。	
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。	利用者を2グループに分け、月・木グループと火・金グループに分けて入浴支援を行っている。週2回は入浴してもらうように支援している。拒否する方には、足湯を勧めたり、着替えを勧めたりする。風呂場に行くまでが億劫な方がいて、風呂場まで行くと自分で服を脱ぐ方がいる。この方の場合、風呂場まで行くまでの工夫をする。ただ、どうしても気分がのらない時には、日を変えている。入浴は、本人の湯加減で、職員と昔ばなしなどいろんな話をしながら、可能な限りではあるが満足するまでお湯につかってもらっている。	
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	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。就寝前には、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。		

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
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。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、利用者との確認を行っている。		
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、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:サツマイモのつるの下処理干し柿など>)を利用者をお願いし一緒に行うようにしている。		
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、自宅や散歩などにも出かけている。本人が戻れる範囲であれば10～15分で1度帰ってくる約束のもと1人での散歩も行っている。	散歩やドライブに出かけている。ドライブは、花見、紅葉狩りなどに出かけている。紅葉狩りでは白山比叡神社へ行き、焼きまんじゅうを買って食べ、利用者の皆さんも喜んでた。また、11月より月1回の地域で取り組まれている「いきいきカフェ」への参加が許可された。11月は4名参加し、12月はピアノの演奏会で2名の参加予定である。その他、地域の美容院へ付き添ったり、馴染みの美容院への送迎をしたりしている。	
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が、現在はコロナ禍の影響で行っていない。		
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。	日中は皆さん1階のリビングにすることが多い。夕方16時半頃に2階のリビングへ移動している。そのため、1階へ下りたら2階の掃除を行い、2階に上がったら1階の掃除を行っている。換気は、皆さん寒さに敏感であるため、リビングから見えない窓を開けて換気している。金曜日の午後の日課として、皆で居室及びリビングの掃除をすると決めて取り組んでいる。できることに取り組んでもらっている。日中リビングでは、午前中は個別のリハビリを実施している。午後はゲームやなぞなぞ、かるた、ミュージックケアなどレクリエーション活動を行っている。また、リビングで過ごしていると、足元が寒いという方もいるので、環境設定などに工夫して、快適に過ごせるよう配慮している。	

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	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階はエレベーターを自由に使い、好きな時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 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	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。	入居の際に、馴染みの物を持ってくるように話すのが、最近の方は、衣類、衣装ケースなど持ってくるものは少ない。利用者の中には、アルバムやぬいぐるみなどを持ち込んでいる方もいる。居室には、ホームの職員の寄せ書き、レクリエーションで作った自分の作品などが飾られている。居室の清潔を保つため、毎日職員が掃除を行っている。居室の掃除の際は、基本、物は動かさない。動かすときには、本人の目の前で動かすようにしている。居室は2階であるが、エレベーターを使える方は、好きな時に居室へ戻り休んでいる。エレベーターを使えない方は、本人が居室で休むことを希望すれば、居室へお連れする。居室は、本人が好むように使っている。	
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	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。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
 目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26 27	個別記録に日々の様子を記入しているがポイントを押さえた申送りができておらず、効率よく情報共有ができていない。	①申送り用紙に、日々の気付きやメモを記載する習慣がつく	<ul style="list-style-type: none"> ●みんなが知るとよいと思う内容は、申送り用紙にメモ形式で記載する ●当日のリーダーは、16時頃を目途に「何かメモすることないか？」と他職員に声をかける ●メモがあることでプラス体験をした場合、そのことを職員間で共有する 	10ヶ月
2	13	よりよいチームケアを行うため、チームについて理解を深め、チーム力を強化する必要がある。	②「後で…」や「まっ、いいか…」と中途半端に仕事をしない。やり忘れをしない。	●「後からやろう」と思ったことは頭の中でとどめず、他者に聞こえるような声で「後から〇〇するから」と伝える	12ヶ月
3			③本人がいない場所で、愚痴や悪口をいわない	<ul style="list-style-type: none"> ●他職員に対し思うことがあった場合、ミーティング等の場で、「提案」という形で本人に伝える ●改善点等を伝えられた時は「言いにくいことをありがとう」と返した上で、意見交換する ●本人に対し「言わない」という選択をした場合は、不満を口にはしてはいけない 	12ヶ月
4			④同じプロセスでの失敗をしない。	<ul style="list-style-type: none"> ●うまくいかなかった場合や失敗した場合には、その過程を振り返る ●振り返りを通じて、前回とは異なった点、意識したこと、ポイント等を明確にする ●振り返りをして自分なりの改善点を持った上で、他職員に意見やアイデアをもらう 	12ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。