

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	1771700208		
法人名	有限会社 いるか乃里		
事業所名	グループホーム いるか乃里		
所在地	石川県鳳珠郡能登町字姫12-95		
自己評価作成日	令和2年9月20日	評価結果市町村受理日	令和2年11月25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	(有)エイ・ワイ・エイ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和2年10月13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)】

開所して18年目に入る民家改修のグループホームです。ケアホーム開設(平成24年4月)に伴い、スタッフのスキルアップのための介護技術講習会やお勉強会、カレーパーティ、盆踊り大会、運動会クリスマス会などを合同で開催し、利用者や家族に楽しんで頂いております。虐待防止への取り組みも3か月ごとに実施して月一回のミーティングの時に意見交換なども行っています。利用者の方にとって居心地の良い自分の家のような雰囲気でも過ごして頂けるように、その人に合ったペースでの暮らしを心掛けております。ご家族へは毎月利用者の近況報告をお送りしています。また三カ月に一回いるか乃里便りを作り、日頃の活動をお知らせしております。高倉地区の町内会にも配布しております。医療に関しては、家族や主治医と連絡を取り、早めの対応を心掛けております。

【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)】

「心やすらぐ暮らしの中で自分らしく」を理念として掲げ、利用者一人ひとりのペース・意思決定を大切にされた支援に取り組んでいる。利用者がゆったりと穏やかに過ごせるよう、日常生活場面では職員都合ではなく、本人の自己決定を優先・尊重している。利用者の「思い」も大切にしており、担当者を中心にセンター方式の各シート(私の姿と気持ち、暮らし方・習慣、出来る事・出来ない事)を3ヶ月毎に更新し、一人ひとりへの理解を深めている。利用者が笑顔で自分らしく暮らせるよう、「本人のしたい事」「健康管理」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。健康管理面では提携医による訪問診療体制や医療連携体制(看護職員の訪問、相談等)も整えられている。又、同グループのケアホームとの連携体制(災害発生時、合同行事等)も整備されている。代表者の在住地域でもある為、地域とは普段のご近所づきあいを含め良好な関係を構築している。近年はホーム便りを地域の回覧板で周知(3ヶ月毎)することで、より住民の認知度が深まっている。

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

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	毎月のミーティングや朝の申し送り時に理念に触れ、毎日の生活の中で職員と確認し合っています。また連絡ノートを活用し小さな気づきを全職員が共有し細部にわたって理念に沿った実践ができるように努めています。理念はパンフレットに明記し、玄関や居間に大きな字で訪れた方にもわかりやすいように掲げています。	「心やすらぐ暮らしの中で自分らしく」を理念として掲げ、利用者一人ひとりのペース・意思決定を大切に支援に取り組んでいる。理念はホーム内の玄関・居間に大きな文字で掲示し、職員等への周知を図っている。
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	開所時より町内会に入り、回覧板や広報を持って近所の方が出入りされています。お彼岸には利用者さんと作ったオハギをおすそ分けしたり、ご近所の方からおやつや野菜などをいただく事もあります。お祭りには地元の神輿がホーム前に来てお浄めをされます。ホーム前のベンチはご近所の方も夕涼みなどに利用され、入居者や職員ともお話をされる事もあります。	代表者の在住地域でもある為、近隣住民とは普段のご近所づきあい(魚・野菜の差し入れ⇄おはぎ等のお返し等)を含め、良好な関係を構築している。ホームで制作した作品を公民館の文化祭に出展している。ホーム便りを地域の回覧板で周知(3ヶ月毎)し、より住民の認知度が深まっている。ホーム前に設置してあるベンチは、近隣住民の井戸端会議の場となっている。
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	毎年6月には地元の公民館での作品展に参加しています。日頃から少しずつ制作したクラフト手芸などを出品しています。令和元年には松波のギャラリーにも作品を展示していただいた。令和二年は埴輪などを展示する予定でしたが新型コロナの影響で開催されなかった。	
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	2か月ごとに開催しています。活動報告や利用者の状態、地域との交流、家族との関わり、医療体制、サービス評価などの説明等、様々な内容を話し合っています。欠席されたメンバーの方には議事録をお届けしています。	平時は多様なメンバー(近隣3区長、複数の民生委員、社協職員、町会議員、利用者・家族代表、町担当者等)が集い、年6回、会議を開催している。今年度はメンバーにレジュメ(日々の活動報告)を送付する形式となっている。
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	町の担当職員とは運営推進会議、医療福祉連絡協議会に参加し、会議や懇親会を通じて交流を図っています。	普段から電話・メール等で町担当者と情報交換を行っている。又、運営推進会議や医療福祉連絡協議会を通じ、連携強化を図っている。
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	日中は鍵を掛けない、ベッドを柵で囲まない、利用者が外出するときには職員が必ず付き添いするという体制ができており、日々の申し送りやミーティングで身体拘束をしない実践に取り組んでいます。	身体拘束・虐待防止委員会を3ヶ月毎に実施している。職員へのアンケートをもとに事例検討を行い、基本的ケアの再確認や不適切ケアの改善を行っている。
				コロナ禍においても書面を送付するだけでなく、メンバーから意見等を吸い上げる取り組み(意見用紙・返信用封筒の添付等)が期待される。

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	3か月に一度虐待防止委員会を実施しています。身体的虐待だけでなく、心理的虐待をしない様に、ミーティングや申し送り時に話し合いをしています。また本年度より気づきボックスを設置し、虐待と思われる事案かどうかわからない事でもメモに記入していただき、委員会で事例として取り上げています。		
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	権利擁護に関する制度については研修会に参加して、情報を職員間で共有しています。		
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	契約時は重要事項説明を必ず行い、重度化した時の希望も聞いています。経費の増額がある場合はその都度家族に連絡し、文書説明を行い、同意を得ています。退所される場合は、利用者や家族の不安がないように充分説明をし、要望を聞く機会を設けています。		
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	自分の思いや意見をうまく表出できない利用者に対しては、本人の行動や言葉から本人の意向を見つけ出し、ミーティングなどで話し合い、利用者主体の運営に努めています。またご家族には運営推進会議や食事会にもできるだけ参加していただき意見や要望を聞く機会を設けています。	毎月のお便り(1ヶ月の様子)や年4回の広報誌(写真メイン)で利用者個々の暮らしぶりを伝えている。又、面会時にも普段の状況を詳しく説明し、家族の意見・要望を伺っている。	
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	毎月のミーティングでの意見や毎日の勤務時のリーダー、スタッフの意見、提案をよく聞き、仕事に反映するようにしています。また会社の運営方法や利用者の受け入れなどは代表者、管理者、職員などに相談の場を設け、職員の意見やアイデアを生かしています。	毎日の申し送りや毎月のミーティング時に、職員個々の意見・提案を吸い上げる機会を設けている。管理者は職員の意見・提案を肯定的に受け止め、運営面にも反映するようにしている。	
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	会社の就業規則はあり、健康診断も年二回行っています。経営者は現場に出て、各職員の得意とする分野、努力や成果を把握、評価をし、意欲を持って働けるように努めています。		
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	本年度はコロナ感染の影響で研修は殆ど中止になったが、昨年度は虐待防止研修会、感染予防研修会、介護技術研修会など色々な研修会に積極的に参加した。可能な限り全職員が参加できるように努めています。		

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
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	介護技術講習会を母体であるケアホームいるか乃里で行い勉強会を実施しています。		
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	入居の申し込みがあると出向いて面接をし、利用者の気持ちや不安を受け止め、安心していただけるようにお話をしている。		
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	入所前に家族が施設見学をしたり、介護に対する思いや考えなど、または家族自身の精神的不安などについて相談にのりながら信頼関係を築き入所に至る。		
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	外からの相談にはグループホームに入所しなくても自宅で充分看られると助言したこともあり、他のサービスの話や、介護保険制度の説明などもしています。		
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	入居者、職員が自ら助け合う家庭的な雰囲気を大切にしています。入居者は豊かな人生経験、知識を多く持ち、職員が教えられることも多い。また職員の身体を気遣って優しく声をかけて下さる事もあります。		
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	ご家族の事情や状態が重度化して自宅へ外出しても対応が困難な場合、ご家族にお便りやお電話などでお知らせをし、ご本人とご家族の交流を支援しています。		
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	地域のなじみの方や、同級生の方が面会に来られることもあります。家族との外出時にはご本人の状態に合わせて車椅子などを貸し出したり、介護の方法を教えたりして良い家族関係が続くように支援しています。	ホーム在住地域の利用者も多く、平時は家族・友人等の面会を歓迎している。又、家や畑の様子が気になる場合は職員が同行し、落ち着きを取り戻してもらっている。	
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	利用者同士で歩行時に声掛けしたり、手を差し伸べたりされることもあります。ご飯のときにも声を掛け合ったりして順番に移動されます。トラブルが生じた場合、スタッフが中に入ったりして原因を考え、利用者間の関係が悪化しないように努めています。		

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
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	状態が低下され医療機関に行かれても、可能な限りこちらから様子を見に伺ったり、ご家族とお話をするようにしています。		
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	言葉や態度、表情などで一人一人の気持ちに関心を寄せ、お話を伺ったりして状況の把握に努めています。連絡帳や申し送り時の伝達、経過録への記入などでスタッフ全員が共有できるように努めています。	日常会話や1:1の場面で、利用者個々の「思い」を聴いている。担当者を中心にセンター方式の各シート(私の姿と気持ち、暮らし方・習慣、出来る事・出来ない事)を3ヶ月毎に更新し、利用者への理解を深めている。	
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	入居され二年近くたっても、毎日のように家の心配をされる方がいる反面、全く家の事には関心が無くなっている方色々ですが、それぞれの方の思いに耳を傾け、できる限り不安な気持ちを持たれないように努めています。		
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	同じ人でもその日によって心身の状態が変わって行くので、毎日の朝夕の申し送り時にはその日その日の状況を連絡しています。食事の状態やバイタルチェック、排便の状態など記録に残し、全員が把握できるようにしています。		
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	生活援助計画を作成し、毎月のスタッフ会議でアセスメント、モニタリングを行っています。センター方式も各担当者に3か月ごとに作成していただき、解決すべき課題を考えています。本人の思いを大切に、計画内容が実践されるように努めています。	センター方式のシートにまとめた情報を活かし、「本人のしたい事」「健康管理」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。毎月のミーティング時に職員全体で実践状況を確認し、計画の更新・見直しに繋げている。	
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	日々の暮らしの状態を経過録に記録している。連絡帳を利用したり、申し送り時にも状況を把握して頂くように努めています。ミーティングにもその月の経過を報告合っています。		
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	診察に関してはその方の行きつけの病院などを利用して頂いています。散髪は今まで行きつけのところを利用している方もいたが、現在はホームで送迎をして理容院を利用しています。買い物にも時々一緒に行っていたり食材を選んでいただいたり、レジでの支払いをしていただく事もあります。		

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
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	公民館での作品展で作品を展示して頂いたり、見学にも参加しています。(本年度はコロナ感染で中止)避難訓練も近所の方にも応援していただき、一緒に訓練を行っています。保育所は昨年より閉園したため子供たちとの交流が無くなってしまった。		
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	受診は家族の協力で今まで通りの病院を通院されている方もいます。殆どの方は協力医療機関を受診しています。主治医には2週間に一度のペースで往診に来ていただいています。往診の前後に変化があった場合の薬の見直しなども行っています。	ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。提携医とは24時間の相談・連携体制を構築している。専門医の受診は原則家族に依頼しているが、必要に応じたサポート(付き添い等)を行っている。又、医療連携体制を整え、週1回、看護職員による健康チェックを実施している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	協力病院と24時間通じて医療連携が出来ており、看護師さんは週1回の割合で健康チェックに向かい来られます。状況に応じてバルーン交換なども行っています。		
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。	入院する際には本人に関する情報提供を行い、一日も早く退院できるように家族との連絡をおこなったり可能なら見舞いなども行っています。		
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	これまで数名の方の看取り介護を経験し、その体験をもとに利用者の状態低下が見られた場合は定期的に家族と連絡をし、意向を確認して主治医とも相談しています。できるだけ本人や家族の意思に沿ったケアに取り組んでいます。	提携医・訪問看護事業所のバックアップを得ながら、重度化・終末期支援の実践に取り組んでいる。状態変化の都度、医師・家族と今後の方向性を協議している。看取りの際は家族の思いを十分に受け止め、可能な限りの緩和ケアを行っている。	利用者本人の終末期に関する「思い」も予め確認しておく取り組みが期待される。
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	年に一回の頻度で消防職員から緊急時の対応の仕方を学んでいる。本年も予定している。必要時、損害賠償の保険も講じている。		
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	緊急連絡網は整備されており、緊急時の対応について職員全員が学習している。また週一回健康チェックに来ている看護師より対応方法などの相談をしたりして随時研究している。	応急テキストや119番への通報手順、医療連携による看護職員への相談体制を整えている。又、毎年、町の出前講座を活用し、消防職員指導の下、緊急時の初期対応(誤嚥・窒息時のタッピング方法等)について学ぶ機会を設けている。	

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
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	利用者のかかりつけ医となり、定期的な受診を行っている協力医療機関とは24時間対応可能な支援体制が確保されています。	ホーム提携医や訪問看護事業所による医療支援体制を確保している。地域の介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。又、同グループのケアホームとの連携体制も整備されている。	
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	夜間の緊急連絡体制が整備されており、夜勤者は利用者の状況変化に応じて管理者と連絡を取り合っています。また近距離に住居する職員も数名いるので緊急時に対応できる体制になっています。職員の移動に伴い連絡体制の変更も行い利用者の状況の把握も意欲的に行っています。	1ユニット＝夜勤者1名で対応しているが、ホーム在住地域の職員も多く、緊急連絡網による迅速な応援体制が整えられている。	
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	消防職員立会いの下、火災想定避難訓練と地震津波想定避難訓練を年二回行っています。今年度はコロナ感染の為消防職員の立会いは無く、連絡を行い避難訓練を行った。近所の方にも応援していただいた。	防災マニュアルを整備し、年2回、総合避難訓練(火災、地震・津波想定)を実施している。夜間帯の火災想定訓練は、消防職員・近隣住民立ち会いのもとで訓練を実施している。地震・津波想定時は同グループのケアホームと連携し、訓練を行っている。備蓄品・防災グッズをリスト化して整え、半年毎に内容点検を行っている。	
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	災害時対応はフローチャートで手順を図示したものと地震マニュアルを整備しています。非常持ち出し袋には備品を揃え、食品や飲料水の備蓄もある。備品は定期的に確認し、消費期限切れの点検を行い入れ替えをしています。災害時マニュアルは火災、地震の他に台風や水害、土砂崩れなども想定して整備しています。		

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	職員は利用者の人格を尊重した言葉掛け、言葉使い、係わり方に配慮するようにしています。個人情報の扱いは研修で周知を図り、写真などの掲示も了解を得て行っています。	利用者がゆったりと穏やかに過ごせるよう、日常生活場面では本人の自己決定を引き出せるような言葉かけを心掛けている。介護行為を行う前には予め説明し、同意を得ている。又、排泄時の声掛けは他者に悟られないようにしたり、申し送りは台所で名前を伏せて行う等、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	利用者一人一人のリズムや、その人に合った役割を作るようにしている。自分の思いをうまく言えない方には職員が代弁し、その方の希望に沿って支援するようにしている。		
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	利用者の希望を聞いて、食べたい物やしたいこと、出かけた場所など、できる限り希望に添える様努めています。季節に応じて花見や紅葉狩り、外食を兼ねたドライブ等、楽しく過ごせるよう支援しています。		

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
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	起床時には職員も一緒に髪を整えてあげたりします。髪のを気にされる方には毛染めをしたり、カットをするため近くの理容院にも出かけています。		
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	利用者の状況に応じて一緒に買い物に出かける事もあります。食材の下ごしらえをすることで、今日の料理の楽しみを感じて頂けることもあります。地元の食材や季節の野菜などの差し入れも時々あるので、食事中の話題にもなり季節の話や昔の話などにも花が咲くことがあります。	地元の新鮮な食材(魚介類、野菜、山菜等)を用い、季節感やボリューム感のある手料理を提供している。家事が得意な方には下ごしらえ・後片付け時に役割を担ってもらっている。又、季節毎の行事食(赤飯、栗ご飯、祭り御膳等)やおはぎ作りを楽しむ機会を設けている。	
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	月一回15日を体重測定の日としています。毎月の体重の増減で健康状態を把握しています。食事量も器を替える事で自然に量を調整できる場合もあり工夫しています。咀嚼に応じて刻み食やミキサー食など利用者の状況で工夫しています。水分摂取も重度化している方には一覧表で一日の摂取量が確認できるようにしています。		
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	毎食後一人ひとり口腔ケアを行っています。自分のできる方は見守りし、充分できない方にはお手伝いを行っています。夜間は義歯を洗浄液に浸けて消毒を行っています。食事中不都合を感じる方がいた場合、本人に確認したうえで歯科医の受診も行っています。		
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	職員は利用者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っています。夜間はおむつの方も日中は紙パンツでトイレでの排泄を行っています。介助を嫌がる方にはさりげない声掛けで対応しています。	ハード面を整備(背もたれ・可動式手すりの設置)し、「トイレでの排泄」を基本としている。現状、殆どの方が自力でトイレに行かれる為、見守り中心の支援を行っている。誘導が必要な方には個々の排泄パターンを掴み、適宜お誘いの声をかけている。	
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	全員の終日の排便状況を一覧表にして一目でわかるようにしています。便秘の原因を考え、食事内容や量、服薬との関連性、病歴など考慮して対策を考えます。水分補給にも取り組み、自然排便を促すように努めています。		
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	入浴は週二回以上を計画しているが、体調や気分が予定通りにはいかないことも多い。声掛けなどを工夫しながら根気よく取り組んでいます。	毎日お風呂を沸かし、週2～3回程度、利用者個々の要望(湯温等)に沿った入浴を支援している。時節には昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯等)も楽しんでもらっている。お風呂嫌いの方には無理強いせず、対応を工夫(機嫌のよい時に声掛け、別の日に改めてお誘いする等)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	日中できるだけレクリエーションや散歩などで身体を動かして頂く。精神的な不安で休まれない方もいるので、不安を取り除けるような関わり方も工夫しています。夜間の頻尿で眠れない方には主治医と相談して服薬を調整していただく事もあります。眠剤は最小限にしてできるだけ使用しなくても休めるように努めています。		
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	薬の処方箋は職員がいつでも確認できるように保管しています。体調に応じて主治医の指示のもと調整することもあります。薬が替わった時には連絡帳などに記入し、全員が周知できるようにしています。アセスメントにも服薬内容や効能について記入しています。		
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	入居者の趣味や得意なことを把握して日頃のレクで生かしています。作品は例年地域の公民館での作品展に出品して地域の皆様にも見て頂いています。本年度はコロナ感染で行われなかった。季節に応じたドライブなども積極的に行っています。		
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	春には花見や山菜取り、秋には紅葉狩りなどを行っています。気候のよい頃にはできるだけ散歩の機会を作って順番に散歩をしたり、園庭で日向ぼっこを楽しめます。ケアホームとの合同での行事にも積極的に参加しています。	天気が良い日は気分転換を兼ね、日常的な外出(散歩・外気浴・買い物等)を支援している。又、平時は町内のイベント参加や季節感を味わう外出(植物公園、紅葉ドライブ等)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	現在はお金を所持される方はいません。買い物の希望があれば家族に了解の上で欲しいものを買ってくることはあります。		
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	希望があれば家族に電話を掛ける事はあります。手紙も出したいと言われた場合便せんやはがきなどを購入して書いて頂いております。		
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	ホームの前には季節に応じた花を置き、花の手入れをしていただく事もあります。ベンチも二台並べていつでも日向ぼっこができるようにしています。ご近所の方ともお話をしたり、歌を唄ったりすることもあります。ホームの中ではなるべく穏やかに過ごせるように職員の移動もあまりうるさくないように心掛けています。	日本家屋を改修した建物は生活感のある空間となっている。共有空間の温度・湿度管理に配慮し、居間に加湿・空気清浄機を設置している。玄関先で育てた季節の花をホーム内にも飾っている。	

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
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	殆どが和室でたたみを敷いてあるので、今までの暮らしとあまり変わらず過ごして頂けます。居間には神様棚があり、毎朝榊の水を替えるときに一緒に手を合わせて頂いております。		
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	自宅から今まで使っていた布団などを持ってきていただいております。ご家族の写真や親族との写真、利用者さんが作った手工芸品、誕生日などのフレーム、などを部屋にも飾っています。	心やすらぐ居室となるよう、入居時に使い慣れた物(ラジオ、布団、趣味道具)や安心出来る物(家族の写真等)を持ちこんでもらっている。	
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	寝起きが困難な方にはリクライニングタイプのベッドを使用しています。体調の低下されている方にはエアーマットを使っています。足元には転倒防止も兼ね、マットが敷いております。		