

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	1770101523		
法人名	公益社団法人 石川勤労者医療協会		
事業所名	グループホーム おんぼら〜と ゆっくり		
所在地	石川県金沢市浅野本町2丁目23番21号		
自己評価作成日	令和2年12月14日	評価結果市町村受理日	令和3年2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	(有)エイワイエイ研究所		
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2年12月22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)】

お一人お一人の生活歴、価値観を尊重した生活になるように、努めている。介護度・認知症の進行状況・身体状況が違って、その方が大切にしてきた生活習慣をサービス内容として実践し、パーソンセンタードケアを取り入れ、その方らしい生活になるようにしている。平均介護度3.6と重度化が進んでいるが、重度化してもできる事や、役割を見つけ、家事や園芸など生活に参加して頂いている。今年は菜園・花壇に力を入れ、皆さん楽しんで頂く工夫を行った。今年度はコロナ禍でもあり、外出や外食も自粛し、これまで、大切にしてきた地域とのつながりやお祭り、ボランティアの受け入れもできなかった。様々な制約があるが、コロナ禍であるからこそ、必要な人との心のつながりを大切にするために、毎月各ご家族に送付するお便りには、力を入れている。書面での運営推進会議の報告などで、地域の方からも「皆さん、お元気で安心しました。」とお返事を頂いている。また、同法人内の出張体操として、専門職員に毎月2回来て頂き、入居者様全員参加の体操も取り入れ、機能低下を防いでいる。また、多職種との連携として、歯科の口腔ケア、STIによる、指導なども継続的に取り入れている。

【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)】

当ホームは「みんなちがってみんないい」をホーム理念として掲げ、利用者一人ひとりの生活歴や現在を大切に個別支援に取り組んでいる。日常生活の場面で得られた利用者の言葉や行動の記録と職員の気づきシートをもとにセンター方式(私の姿と気持ちシート)に集約して3ヶ月毎にアセスメント情報を更新・見直している。介護計画はパーソン・センタード・ケアの観点から、利用者個々の「楽しみ、生きがい、役割」の視点を重視して、実現可能な計画を立案している。またアセスメントシートを基に「本人の気持ち」を介護計画の目標に設定し、新しい目標やできなかった事項を赤字で記載しており、また家族の意見も記載している。モニタリング時には利用者個々が持っている「強味」を活かすためにポジティブ(出来ている事)面やスマイルピックを重視している。医療・健康管理面では同一法人内のクリニック医師・看護師によるサポート体制を整備している。認知症に詳しい医師が担当し24時間の相談・連携体制を構築しており、利用者・家族・職員の安心につながっている。ターミナルケアにおいても法人全体の多職種との連携により、終末期においても最後まで「その人らしく」暮らせるよう、QOLの視点を大切に支援に取り組んでいる。地域とは町内活動、家族・近隣住民からのお花のおすそ分けや友の会世話人会への参加(近隣独居老人宅へのお元気で訪問)等、コロナ禍の現状において出来る事に取り組んでいる。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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	理念をそれぞれのユニット内にかかげている。地域密着型サービスとして、少しずつではあるが、地域の方との交流も持っている。おんぼら〜と祭りでは地域の方参加もあったが、コロナ禍であり、今年度はできていない。	「みんながってみんないい」をホーム理念として掲げ、ユニット毎に職員が話し合い目標を立てて理念の周知と理念に沿った支援実践につなげている。また各ユニットの目標を統合してホームの年間目標としている。半期毎にマネジメントレビューを実施して、評価を行い目標の継続又は改善等を検討している。ホーム全体として理念に沿って利用者一人ひとりの生活歴や現在を大切にされた個別支援に取り組んでいる。	
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	あいさつなど、出来ることから実践している。町内会の回覧板を入居者の方と一緒に届けたり、地域のゴミ当番に参加して工夫してきたが、コロナ禍であり、交流の機会は減少。	普段の挨拶や町内活動(ゴミ当番、回覧板のお届け等)、近隣スーパーでの買い物、障害者ボランティアの受け入れ、除雪作業時の助け合い等を通じて地域交流を図っている。コロナ禍にて各種行事が中止となり交流の機会が減少したが、家族・近隣住民からのお花のおすそ分けや友の会世話人会への参加(近隣独居老人宅へのお元氣ですか訪問)等、現状において出来る事に取り組んでいる。	
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	この7~8年間で、実践を通して、認知症の方の理解を深めつつあったが、コロナ禍であり、地域の方に活かされてない。	/	
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ヶ月に一回、行い、そこで出た意見はなるべく、サービス向上につなげている。案内も「おんぼら〜と 地域・ご家族とつながる会」としており、工夫をはじめている。地域ボランティアの方の参加もあり、少しずつ改善できていたが、今年度に入り、開催できておらず。	運営推進会議は利用者・家族・民生委員・住民ボランティア・行政担当者が参加して年6回開催している(書面開催含む)。ユニット毎のホーム活動報告(写真付)や事故・ヒヤリハット事例報告等を通じてホームへの理解を図っている。参加者に一個ずつ発言をもらい意見交換を行い、第三者の視点・助言をサービスの向上に活かしている。会議資料・議事録は全家族に送付し内容を周知している。	書面開催時において、資料の送付先(会議の参加者)からの意見を募る取り組み(返信用書面の添付等)を検討されることを期待する。
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に取り組んでいる	生活支援課・長寿福祉課・介護保険課などと、連絡を取り合い必要な時は出向き、相談、報告を行っている。	運営推進会議を通じて行政担当者にホームの現況への理解を得て連携強化を図っている。事故報告や困難事例が生じた場合は随時担当課に連絡・相談し、解決に向けて協力して取り組んでいる。	
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	身体拘束に関しては、何が身体拘束に当たるか、1年に一回は学習するようにしている。切迫性、非代替性・一時性の要件を満たしているか、複数の職員で確認している。体の所在だけでなく、心の所在を確認するケアを目標として、日中の施錠は行っておらず、基本的に身体拘束をしないケアを実践している。毎月、ケアカンファレンス・リスク委員会で振り返り・改善を行っている。	年2回の学習会、毎月のリスクマネジメント委員会(身体拘束適正化委員会)を通じて、職員は何が身体拘束に該当するのかを学習している。特にスピーチロックについては、事例をもとにカンファレンス・全体会議にて振り返りを実施して職員間で共通認識化を図っている。3大ロック(身体、言葉、薬)について毎年自己チェックを実施して職員の心理面を分析し改善につなげている。	

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	身体的な虐待はもちろん、心理的・経済的、性的、放棄、放任も虐待にあたると学習しているが、もっと定期的に振り返りの学習をする必要があるように思う。現場で見過ごされがちな言葉による心理的虐待が、気付かぬうちに行われていないか、さらにチーム全体で気をつけていく必要がある。毎月、ケアカンファレンス・リスク委員会で振り返り・改善を行っている。		
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	制度の理解が全体に低い。学習の機会が必要。権利擁護・後見人制度を利用している入居者はいるが、権利擁護、成年後見制度という言葉は知っているという程度のように思う。		
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	入居時の契約は、重要事項説明の時間を作り、質問に答えながら、施設長がおこなっており、理解、納得を図っている。		
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	満足度調査で、家族の意見要望を職員全体に伝え、書面での開催の運営推進会議は各ご家族・地域の方に送付し、報告し、職員には職員全体会議で報告し、運営に反映させている。	家族との信頼関係が構築できるよう、利用者の生活振りや体調変化をこまめに連絡している。また毎月のユニット便り(個別の手紙添付)送付や、運営推進会議の資料を送付し、ホームの活動と利用者のお知らせしている。介護計画の説明時には家族の意見を必ず書いてもらっている。毎年満足度調査を実施し、結果を分析して改善点を検討して運営推進会議や家族にフィードバックしてサービスの改善に反映させている。	
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	随時、聞く姿勢を持つように努力はしている。職員の意見交換の場として、ユニット内ではケアカンファレンスの跡に、職員全体では、職員全体会議の時に意見・提案を聞き、反映が必要なものは、すぐに反映するようにしている。	施設長・ユニットリーダーは日常の介護現場において職員の意見・提案を聞いている。また毎月のカンファレンスや全体会議においても職員が自由に意見交換できる場を設け、運営面の改善に活かしている。半期毎に職員アンケートを実施し、各ユニットリーダーがとりまとめて課題として職員間で話し合い改善につなげている。個人面談では職員の目標管理と希望・悩み・環境変化等の本音を聴く機会となっている。	
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	代表者は把握に努めていると思う。労働時間に関しては、長年の課題であった休憩時間の確保ができるようになり、働きやすくなってきている。研修はコロナ禍で参加できていないが、カンファレンスや職員全体会議などで、学習資料をつけて、向上心を持って働けるようにしている。		
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	研修は参加できなかったが、各個人の面談を行い、力量の把握を行っている。		

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
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	今年度はコロナ禍であり、交流はできなかった。		
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	アセスメントとして、気付きシート(おんぼら～と独自の書式)を使って、ご本人主体の出来ていること、困っていることの内容でADLの項目に当てはめながら、さりげなく耳を傾け、安心の確保に努めている。		
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	大切な人が認知症になった、ご家族様の心労、辛さ、苦しみ、悲しさを押し量りながら、耳を傾け、信頼関係を築くようにしている。小さな要望も大切な事と捉え、関係性を大切にしている。ご家族からの要望があればすぐに、着手するように心がけている。		
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	初期対応として、生活歴や入居にあたっての思いや心配事などをお聞きし、安心につなげている。必要があれば、連携の取れている居宅支援事業所の介護支援専門員に相談している。		
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	パーソンセンタードケアの考え方を基本としており、介護する側、される側の垣根を作らない共同の生活の考え方を職員にも伝えており、実践している。家事参加、その他、家族の一員として生活できるような環境を大切にしているが、重度化に伴い、当ユニットでは難しい時があるが、「やりたいこと」を見つけやってみて、自信の回復になるように努めている。		
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	ご家族の状況にもよるが、ご家族にはこまめに連絡を取り、一緒に考えて頂き、ケアに参加して頂けるとは、していただいている。行事の参加、受診時の同行など、ご家族の負担のない程度に参加してもらっている。反面、生活保護の方もおり、キーパーソンがいない方も増えつつある。		
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	コロナ禍であり、馴染みの人との玄関先での面会ではできたが、場所に行くことは難しかったが、ドライブなどでとぎれないように支援した。	馴染みの人間関係継続のために、家族・友人・知人の面会来訪時に職員より適度なコミュニケーションを図り、次につながるよう働きかけている(コロナ禍では家族以外は面会自粛)。感染対策した上での散歩や行きつけのお店(スーパー、喫茶店等)や自宅周辺へのドライブにより馴染みの場所への思いが途切れないように支援している。またプランターでの花・野菜の栽培を充実することで利用者の新しい馴染みの場所作り支援に取り組んでいる。	

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
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	そのように努めているが、入居者同士の相性もあり、難しい場面もある。特に男性入居者は個人の行動を好む傾向にあるため、その方のペースに合わせている。		
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	死亡退去された入居者のご家族からは、今も時折連絡があり、ご親族の介護相談にも関わっている。また、		

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	日頃から、ご本人の言葉には、耳を傾け、記録に残しチームで把握につなげている。また、アセスメント・モニタリングで3ヶ月に一回はどのの方にたいしても、ご本人主体で思いは何かチームで検討している。	日常会話や関わりの中で得られた利用者の言葉や行動を日々記録し、職員の気づきシートとともにセンター方式(私の姿と気持ちシート)に集約して3ヶ月毎にアセスメントを更新・見直している。そのアセスメントシートを基にカンファレンスにて利用者の今現在の「思い」を本人本位に検討している。意思疎通が難しい場合は家族からの情報や生活歴から、その時々「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	サービス導入時にご本人・ご家族から聞ける方には聞き、把握に努めている。ご家族がいない方で認知症が進行している方の把握は難しい。また、今後、サービス導入時に、もっとしっかり生活歴が把握できる書式を検討する必要がある。		
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	把握に努めている。日々の記録にご様子を残り、チームで共有している。また、書式にはセンター方式の24時間シートを活用し排泄、水分摂取量など身体面の状況が一覧できるように工夫している。		
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	アセスメントでは、気づきシートを独自に作り、ポジティブ、ネガティブな気づきからケアの課題や意見、アイデアをチームで話し合い、gp本人・ご家族にもケアカンファレンスに参加して頂いている。参加できないご家族には面会時やお電話などで、確認している。	パーソン・センタード・ケアの観点から、利用者個々の「楽しみ、生きがい、役割」の視点を重視して、実現可能な介護計画を立案している。アセスメントシートを基に「本人の気持ち」を介護計画の目標に設定し、新しい目標やできなかった事項を赤字で記載しており、また家族の意見も記載している。カンファレンスで気づきシートを基にポジティブ(出来ている事)・ネガティブ(困っている事)両面から考察してモニタリングを実施し、計画内容の更新・見直しに活かしている。	ケアプランの作成時には、本人にも説明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	日々の記録にケアの実践、結果、気づきを必ず記入する書式になっている。情報の共有はしているが、まだまだ、気づきの視点が少ないのが課題である。		

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
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	その時にできるケアを大切に、柔軟な実践に繋げる努力はしているが、十分とは言えない。職員の体制などが整わず、出来ないことも多い。		
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	お1人お1人の地域資源自体が把握できる方とできない方がおり、十分とは言えない。把握できている方に関しては、支援できている。		
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	法人内のクリニックをかかりつけ医としており、入居者の方・ご家族からは熱い信頼を得ており、事業所全体も関係を大切にしている。いつでも身近な存在として相談に応じて下さる。	同一法人内のクリニック医師による月2回の往診と看護師による週1回の健康管理体制が整備されている。また歯科・皮膚科の専門医による訪問診療体制も確保している。その他専門医への受診については家族又は必要に応じて職員同行により適切な医療が受けられるよう支援している。クリニック医師(認知症対応)とは24時間の相談体制を確保しており、利用者・家族・職員の安心につながっている。	
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	1週間に1回、クリニックの看護師による、健康管理があり、その他の日であっても、体調に変化のあった入居者の相談を随時おこなっており、適切な受診、介護は受けている。		
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。	入院中はこまめに面会に行き、安心につなげている。また、病棟の看護師、その他リハビリ職員とも連携し、早期退院にむけて連絡を取り合っている。必要時は病棟の退院に向けてのカンファレンスに参加し、安心、安全な退院になるようにしてきたが、コロナ禍であり、連携がとりにくくなった。		
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	3ヶ月に1回のアセスメントでセンター方式のCシートにて、ターミナル期についてのご本人・ご家族の意向は確認している。ターミナル期には地域の訪問看護・訪問医療を依頼し、連携をとっている。多職種連携をとり、チームで統一したケアができるように支援している。医師・看護師だけでなく、この2年はセラピスト(st)に連携で、最期までその人らしく味わう支援にも力を入れてきた。	入居の際にホームの方針を説明して方針を記載した書面を交付している。3ヶ月に1回、センター方式でのアセスメントシートにてターミナル期における利用者本人・家族の意向を確認しており、看取り期にはホームの対応・介助方法を確認して同意書を取り交わしている。法人全体の多職種(医師、看護師、リハビリ、栄養士等)と連携してターミナルケアに取り組んでいる。看取り期においても食事を味わう支援等、QOLの視点を大切に支援に取り組んでいる。	
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	緊急時の対応は各ユニットで電話の前に掲示してあるが、すぐに実践はできるとは思えないため、定期的な訓練と意識付けが課題にあげられる。		

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
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	体制の整備やマニュアルはあるが、迅速に対応できるかは、不安がある。上記の内容も含め、定期的な訓練と意識付けが課題である。布担架やおんぶひも、吸引機を各ユニットに設置し、緊急時の対応に努めている。	緊急時対応マニュアルと救急車要請手順を策定している。全体会議にて応急処置方法(止血、AED使用方法等)について学習する機会を設けている。また誤嚥・窒息に備え各ユニットに吸引器を設置している。今後も定期的な学習・訓練により職員の対応スキルアップを図っていきけるよう検討している。	定期的の実技訓練を実施され、職員のスキルアップを図られることを期待する。
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	協力医療機関はあるが、福祉施設とのバックアップ、支援体制は弱い。少しずつ、法人内の特別養護老人ホームとの連携は取れ始めている。	近隣に所在する同一法人内のクリニック・母体病院の医療支援体制が確保されている。また同一法人内の特別養護老人ホームとの連携強化を推進しており、支援体制を整備している。	
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	夜間ひとり体制、3ユニット協力体制はあるが、実際は難しく、施設長、ユニットリーダーが対応している。	夜間は各ユニット1名の夜勤体制となっており、同一敷地内計3名の協力体制となっている。夜勤者への申し送り時に注意事項を確認して、必要に応じて施設長・ユニットリーダーの応援体制を整備している。また同一法人内のクリニック医師への相談体制も構築している。	
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	火災の避難訓練は年に2回できているが、他の災害時の訓練はできておらず、職員全体では身につけていない。地域との協力体制もまだ、弱いと思う。寝たきりの方の避難方法の検討、練習も今後の課題である。地震・水害等の自然災害に対する明確なマニュアル整備が不十分。水害時の避難計画は作成した。	年2回、職員が少ない夜間を想定した火災避難訓練を実施している。訓練では初期消火方法や自動通報装置の使用法、避難場所と避難経路を消防のアドバイスのもと確認している。また内1回では水災発生時のホーム建物上階への布担架・おんぶ紐を使用した避難訓練を実施している。地域の消防分団との協力体制の構築も推進している。	
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	緊急時の連絡網は掲示しており、体制的には整備されているが、機能できるように、日頃からの意識付けはまだまだ、弱い。火災などのピンポイントの災害は救助が、すぐに来れるが、大きな災害での安全確保は難しいと思われる。	火災発生時の対応マニュアルと水災発生時の避難計画を策定している。また職員の緊急連絡網と家族への連絡一覧表を整備している。年2回防災設備(スプリンクラー、自動通報装置等)の作動点検を実施しており、備蓄品(3日分程度の非常食、飲料水、薬処方内容、カセットコンロ、充電器等)を確保している。今後も同一法人内の母体病院との連携や地域との協力体制の整備強化を検討している。	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

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	みんなちがってみんないいを理念としていることを職員全体に伝え、人格の尊重し、自分に置き換えて、自分の言動を振り返り、入居者の立場に立った視点で優しさ・思いやり伝えることをケアの心がけとしている。ユニット内にも掲示してある。	カンファレンスや学習会にて接遇とプライバシー保護について職員に周知しており、日常的に言葉使い等を職員同士で注意し合い意識向上を図っている。介護計画に家族了承済の利用者の呼称を明記しており、トイレ誘導の声かけ方法の工夫や同性介助(特に入浴、トイレ、更衣等)の希望に沿った対応に取り組んでいる。職員間での情報交換の場(申し送り、ミーティング等)では利用者に内容がわからないように声の大きさや名前のイニシャル化によりプライバシーに注意を払っている。	
----	------	--	---	---	--

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
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	待つこともケアの一部としてと捉え、なるべくご本人の思いを引き出し、決定できるようなケアをこころがけているが、時間に追われ出来ない時もある。ケアカンファレンスで毎回、センター方式のCシートを使い、個々の率直な思いをお聴きしている。		
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	まず、意思表示できる方には、ご本人の気持ちを確認してから、決定している。意思表示が出来ない方に関しては、その日の体調や表情から判断させて頂いている。最近は何度、その人の役割や認知症があっても「人の役に立ちたい」思いを大切にしていけるケアを見直している。		
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	ご自分かご家族から希望があれば、それに沿うような身だしなみにさせて頂いている。昔の写真などから、好みのファッションを推し量り、衣類を選ぶ時のヒントなどにしている。床屋・美容院の要望にも、お応えしている。		
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	家事参加のお好きな女性入居者が増え、台所はいつも賑やかになってきた。食べ物の嗜好がご自分で伝えられる方には、買い物同行し、選んで頂いている。ご家族から好物をお聴きしてお一人、お一人の好みに合うように工夫している。	利用者の好きな物・食べやすい物を考慮して3ユニットで別々の献立となっている。食材は毎日購入し、季節感のある食事を提供している。ホームの畑・プランターで育てた野菜や家族からの差し入れ食材も活用している。家事が好きな方には準備・調理・後片付け等の役割を職員と一緒に担ってもらっている。手作りのおやつや季節の行事食、テイクアウトの利用、ホットプレートを利用したい焼きやお好み焼き等、利用者にとって毎日の食事が楽しみとなるよう工夫している。	
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	最期までその人らしく、味わう支援で食が「苦痛」とならないように支援してきた。数値化した、栄養バランスだけでなく、食にまつわる心の栄養バランスも考慮し、その方の生き方を尊重してきた。現在はお元気な方が増え、晩酌を楽しむ男性もいる。		
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	その方のペースに合わせておこなっている。毎食後の方、朝・晩の方、無理強いせず、気分のよい日中に行う方もいる。必要に応じ、歯科と連携し口腔ケアを取り入れる体制は確保している。		
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	そのように努めている。入院中にオムツになってしまった方も今は紙パンツでトイレでの排泄習慣に戻っている。	全利用者について排泄チェック表(24Hシート)を作成し、利用者個々の排泄パターンと身体状況・体調管理の把握に活かしている。利用者にとって快適にトイレで排泄ができるよう、利用者の実情に合った個別支援に取り組んでいる。夜間は睡眠のパターンに合わせてパッドの大きさを変更する等、安眠できるよう支援している。生活リハビリの一端として、利用者の持てる力を維持するために必要最小限の介助支援を心掛けている。	

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
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	個々の排便リズムを把握し、便秘予防に努めている。1年前より、水分補給としてイオンサポートゼリーを導入したところ、水分摂取量が安定し、不調になる方が減少した。		
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	入浴の意向を確認してから、ご案内している。無理強いしていない。タイミングが合わない日は後日に回し、気分よく入っていただけるようにしている。入浴剤を揃え、選んで頂いたり、楽しみながら、入れる工夫もしている。重度な方も、浴槽用のネットを使用し、浴槽に浸かれるように、昨年より工夫している。移動式浴槽も導入し、寝たきりの方が湯船に入れる工夫も行っている。	毎日お風呂を沸かし週2回程度の入浴を支援している。利用者個々の希望(入浴回数、湯温、お湯の張替え、時間帯、入浴剤の選択、自分専用の入浴用品の使用等)に沿った入浴支援に取り組んでおり、湯上り後のスキンケアや足浴も支援している。重度の利用者でも安心して浴槽につかれるように、福祉用具や移動式浴槽を活かして入浴支援している。入浴する気分ではない時は無理強いせずに、声かけの工夫や別日に変更して気分良い入浴につなげている。	
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	人によっては、昼食後に自室で休まれる方、人の気配がするリビングのソファで休息される方など、それぞれのスタイルで安心して、休めるように工夫している。眠ることを強制せず、ご本人のペースに合わせて心地よい睡眠になるように工夫している。		
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	努めているが、全てを全職員が把握はしていない。不十分。不明な点は薬剤師に相談し、協力を得るようにしている。		
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	家事が好きな方は家事参加を、のんびりしたい方には、のんびりと、音楽を聴きたい方は音楽を、ラジオ体操が好きな方はラジオ体操など、それぞれの好み、生活習慣に合わせている。、ドライブで気分転換したりもしている。外出や散歩希望にも出来る限り、応じている。		
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	随時とはいかないが、希望があれば、ドライブや外出、思い出の地に出かけたりしている。コロナ禍であり、散歩やドライブなどの外出が中心だった。	天候が良い日に散歩・日向ぼっこ・ドライブ等の日常的な外出を支援しており、利用者の気分転換となっている。また桜・紅葉・つつじ等の花見やお墓参り外出も支援している。診察時に病院の売店での買い物も利用者の楽しみとなっている。コロナ禍の中、現在は自粛しているが平時であれば喫茶・外食等の利用者の希望に沿って個別・少人数での外出支援に取り組んでいる。	
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	当ユニットでは、現金を持ちたいと希望される方がいなくなったため、実践していないが、お金を持つことの大切さや喜びは大きいと思われるため、希望があれば、対応はするつもりである。		

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
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	年賀状を書いている方は1名おられるが、電話の希望をさせる方・携帯電話を使用される方には、随時対応している。		
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	共用の空間では、思い出の写真・行事の写真などを貼り、思い出や楽しみを振り返られるように工夫している。季節の花をかざり、季節感を味わって頂けるように工夫している。	リビング等の共用空間は温度・湿度(加湿器・空気清浄機の設置)を管理して定期的な換気を行い利用者が快適に過ごせるよう配慮している。またロールカーテンやすだれを利用して採光を調整している。リビング以外の場所にもソファを設置して、他者と離れて寛げる場所を作っている。花等の鉢植えを利用者と一緒に育てており、近所からのおすそ分けの花と合わせてホーム内や食卓に飾っている。	
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	ソファ席もあり、ご本人の思いに沿って、過ごして頂いている。その方のその時の気持ちで自分で居場所を選び、のんびりしたり、会話を楽しんだりできている。		
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	ご本人の馴染みのタンス、家具などを自由に持ち込んで頂き、ご本人、ご家族と相談しながら、安心してすごせる生活空間になるようにしている。	居室はリビングから離れた場所に位置しており、プライバシーが保てる造りとなっている。床は畳敷きであるが利用者の生活スタイルに合わせてフロアカーペットや絨毯を敷いている。入居時に使い慣れた家具や家族写真・遺影等の思い出の物を自由に持ち込んでもらっている。利用者が安全・安心に移動できるよう、個々の身体状況に合わせた動線に配慮した居室空間作りを支援している。	
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を送れるように工夫している	トイレは便所と表記し、分かるようにしている。自室内も安全に自力で歩行移動できるように置き型の手すりを配置して、自立でき、自信につながるように工夫している。リスクはあるが、見守りに対応しつつ、安全な自立の移動が必要な方にはセンサーマットを1名の方に使わせて頂いている。		