

### 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   | 1771500160       |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 麗心会       |            |           |
| 事業所名    | グループホームさくらがい     |            |           |
| 所在地     | 石川県羽咋郡志賀町給分木の3番1 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年10月1日        | 評価結果市町村受理日 | 令和6年12月4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 | (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6年10月17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)】**

不適切ケアをなくすことを目的に「虐待防止・身体拘束適正化目標」を作成し「基本理念」と1カ月交代で毎朝のミーティング時に読み上げている。感染症による制限が緩和したため、居室内での面会を行ったり、ボランティア、慰問の受け入れを再開し、外部の方と接する機会を増やしている。また月に2回のドライブの他、週1回の買い物の日には利用者と一緒に出掛け外出の機会を設けている。

**【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)】**

当ホームでは「①生きがいのある生活の提供 ②傾聴・寄り添う支援 ③これまでの暮らしの継続 ④人生の大先輩として敬い ⑤笑顔で接遇 ⑥地域との交流(要約)」を理念として掲げている。職員は理念を隔月毎に毎朝唱和し、その実践に取り組んでいる。ホームでは馴染みの人・場所との繋がりを大切にしており、現在では家族が利用者の居室内で時間制限等もなく、自由に面会出来る(=会いたい人にゆっくり会える)支援を行っている。又、月2~3回程度、馴染みの場所(利用者の自宅周辺等)へのドライブ支援も行っている。日常生活では利用者本人の「したい事・楽しみ」に重点を置いた介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。計画内容は利用者本人に説明し、同意を得るようにしている。又、身体拘束・虐待に繋がる「不適切ケア」の改善にもホーム全体で取り組んでいる。理念と交互に隔月毎に「不適切ケア改善目標」を毎朝唱和し、より良い介護サービスの提供に繋げている。コロナ5類移行後は少しずつ、地域との交流(ボランティアの受け入れ等)も再開している。

**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<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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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、活き活きと働いている<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させている<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                                | 職員一人一人が介護目標や理念に沿って周知するように毎朝基本方針を読み上げている。各ユニット、いつでも目が届くところに理念を掲示している。                         | 「①生きがいのある生活の提供 ②傾聴・寄り添う支援 ③これまでの暮らしの継続 ④人生の大先輩として敬い ⑤笑顔で接遇 ⑥地域との交流(要約)」を理念として掲げている。理念⇄不適切ケア改善目標を隔月交互に毎朝唱和し、その実践に取り組んでいる。                             |                   |
| 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                                | 震災で十分な地域との交流ができていない状況だが落ち着いた際には地区の行事やボランティアの方をお招きし交流を深めている。ドライブや買い物を利用し地域へ積極的に出向いている。        | コロナ禍は地域との交流は控えていたが、地域の一員として奉仕作業等には継続的に参加していた。コロナ5類移行後は少しずつ、地域との交流(ボランティアの受け入れ等)を再開している。コロナ禍以前は法人全体で、積極的に地域交流(イベントへの参加、認知症カフェの開催、住民と合同の災害勉強会等)を行っていた。 |                   |
| 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                              | 認知症になっても地域で生活が継続出来ることへの理解につながるよう取り組んだ。コロナ禍、地震の後には行っていない。                                     |  |                   |
| 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           | 今年度は震災により会議は開催できておらず書面にてグループホームの状況を報告し認知症の理解を深めてもらっている。また月に1回の広報誌で活動状況を報告している。               | コロナ感染状況を考慮しながら、出来るだけ対面形式で開催(難しい時は書面で活動報告)するようにしている。家族代表、民生委員、地域住民代表(複数名)、町担当者等をメンバーとし、活動報告後に意見交換を行っている。全家族にも便りの中で、運営推進会議の要点を伝えている。                   |                   |
| 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に取り組んでいる                     | 庁内の連絡会などに参加し、サニ街や感染症対策について相談し担当者で情報交換し連携を図っている。  | 運営推進会議や町主催の研修会・連絡会等の場で、町担当者との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<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 | 毎月行われている身体拘束廃止委員会に各セクション参加してもらい前月の該当者の有無、検討を行い、全体で周知するようにしている。また動画や資料を使用し周知、防止に努めている。        | 県主催の身体拘束・虐待防止の外部研修に継続的に参加している。外部研修を受講した職員が中心となり、身体拘束や虐待に繋がる「不適切ケア」改善目標を掲げ、隔月毎に唱和しながら改善活動に取り組んでいる。毎月の企画・運営委員会の中で、身体拘束・虐待に該当する行為の有無を確認している。            |                   |
| 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           | 研修会に参加し、内容を職員全員に周知し虐待防止に努めている。虐待防止の指針を年度当初確認している。また、職員の体調不良やストレスが原因とならないように働きやすい職場作りにも努めている。 |  |                   |

|    |     |  |   |  |  |
|----|-----|--|---|--|--|
| 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    | 昨年度から制度利用の方が1名いる。制度について職員各々が理解し必要に応じて支援可能な体制になっている。   |  |  |
| 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                         | 重要事項説明書を契約時に利用者様とご家族に説明しお渡ししている。契約後も質問がある場合はその都度対応している。   |  |  |
| 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                     | 毎月発行している広報誌から利用者個々に行事や普段の生活状況を写真で、職員がコメントを残し家族の方に利用者お様子を伝えている。また受診、面会時に利用者と接しながら気づいたことなどを聞き職員間で共有し支援向上に努めている。 | 面会時に利用者の近況を伝えたり、利用者個別の毎月の広報誌(写真・コメント添付)で暮らしぶりを伝えながら、家族の意見・要望を引き出すようにしている。又、家族の希望に応じ、簡易的な事はメール等でも情報交換出来るようになっている。 |  |
| 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1回の処遇介護を通して、他のセクションの職員の意見、要望を取り入れ、施設運営の改善に生かし、業務の改善に役立てている。   | 毎月の処遇会議(4ユニット合同)の中で、職員の意見・要望・提案等を吸い上げ、職員全体で合意形成する機会を設けている。職員間で判断できない用件は理事長に伝え、業務・運営面の改善に活かすようにしている。              |  |
| 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      | 年に2回、人事考課を行い個々の目標の設定を行い管理者、職員のコミュニケーションの場を設けている。外部への研修参加や施設内での勉強会を行い各自が目標を持って働けるような職場作りに努めている。                |  |  |
| 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         | 職員の外部への研修時、研修後に勉強会を行い情報の共有を行っている。また、施設内での勉強会も定期的に行っている。   |  |  |
| 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 | 町内の同業者と連絡を取り情報交換を行う連絡会には参加しているが、以前ほどの交流機会はない。グループホーム同士の行事も行なっていない。  |  |  |

| 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<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 | ご本人とのコミュニケーションを重視し困っていることなどを気軽に話していただけるような関係作りに努めている。そしてその情報を共有している。                       |  |
| 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            | 入居前のご様子や不安など要望をお聞きし入居後も近況報告を行いご家族との良い信頼関係に努めている。コロナ禍、地震後で直接会う機会は減ったが会う機会が増え密に連絡を取り合っている。   |  |
| 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        | 入居時利用者様とご家族より情報収集を行い、しっかり把握し、できる限りご希望に添えるよう安心してサービスを受けられるよう努めている。                          |  |
| 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                        | 利用者様に応じた家事等に参加していただき、お互いに支えあい思いやりの気持ちが持てるような関係を築けるよう努めている。                                 |  |
| 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         | 可能な限りご家族にご面会や受診時に協力を得るなどしながら疎遠にならないよう努め、またお互いの近況などを伝えられるように支援している。                         |  |
| 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                     | コロナ禍、地震後でも家族とのつながりが途切れないよう積極的に面会行ってもらってきた。なじみの場所や周辺へのドライブを行っている。現在、居室での面会を再開し、外出や外泊も可能である。 | コロナ禍では一部、面会制限(ガラス越しでの面会は可)を行っていたが、5類移行後は徐々に制限緩和を行い、現在では家族等が利用者の居室内で自由に面会出来る(=会いたい人に会える)支援を行っている。又、月2回程度、馴染みの場所(自宅周辺等)へのドライブ等も支援している。 |
| 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                 | トラブルがあった場合は職員が間に入り対応している。また必要に応じて時間をずらしたり、席替えなどを行い利用者同士のより良い関係が得られるよう支援している。               |  |

|                                    |      |  |  |  |   |
|------------------------------------|------|--|--|--|---|
| 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                    | 退所後の転居先が隣接する施設の場合は時々様子を見に行ったり転居先の職員と情報交換を行うなどしている。退所前の生活の様子などもお伝えしている。   |  |   |
| <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   | 何気ない日常の会話や家族からの情報を生かし利用者の思いを把握する心掛ける。職員間の情報共有を図り、意思疎通が難しい方にはひもときシートを活用し思いを考察している。  | 普段の何気ない会話の中から、利用者個々の思いを把握するようにしている。利用者の思いは日々のケース記録に残し、職員間で情報共有しながら、出来る限り実現するようにしている。意思疎通が難しい方には職員側から働きかけ、表情・仕草等から思いを汲み取るようにしている。 | センター方式の「私の姿と気持ちシート」を入居時だけでなく、入居後により有効活用(日頃の思いを集約・追記等)することを期待する。 |
| 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                                       | 入所時にはこれまでの生活歴や馴染みの暮らし等ご本人やご家族からの情報収集を元に暮らしやすさを考慮し、年に一度アセスメントシートなどを作り直し見直しをしている。  |  |   |
| 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   | 毎日一人ひとりのバイタルチェック、排便などを把握し又残存機能の維持に努め、利用者様のできることを無理のないように行っていたりパズルや塗り絵、散歩などを行い、その方にあった一日を過ごしていただけたよう対応している。                       |  |   |
| 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 | 利用者本人の思い、したいことに重点を置いた介護計画を作成し日々の個別支援計画につなげている。本人のニーズ欄には本人の言葉をそのまま用いて介護計画は基本的に利用者本人に説明し同意を得るようにしている。家族や関係者との話し合いをたくさん設けるように努めている。 | 利用者本人の「したい事・楽しみ」に重点を置いた介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。より本人の現状に即した計画となるよう、職員間で協議しながら、基本6ヶ月毎に見直しを行っている。計画内容は利用者本人に説明し、同意を得るようにしている。          | サービス内容はより具体的に、5W1H方式で明示される事を期待する。                               |
| 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                        | 誰が見てもわかるように、記録の書き方を学ぶ機会設け分かりやすく記録している。サービス計画書をもとに行動や話した内容を詳しく記録し計画の見直しに活かしている。   |  |   |
| 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               | 一人ひとりの日常生活の様子を把握し、利用者様やご家族様の状況に対し既存のサービスに捉われず、柔軟な支援、サービスの多様化に取り組んでいる。  |  |   |

|    |      |   |  |  |                                  |
|----|------|---|--|--|----------------------------------|
| 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                                      | コロナ禍、地震でお講様、ぶどう狩り、ふれあいカフェ等の地域交流の機会が減っている。地域の方のボランティアを受け入れたり、地域の名所にドライブにでかけている。   |  |                                  |
| 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                                  | 利用者様、ご家族様の協力のもと定期受診の支援を行っている。職員が同行することもある。協力病院による訪問診察も行っており、利用者様、ご家族様の負担軽減を図っている。  | 基本、入居前からのかかりつけ医への継続受診を家族の協力を得ながら支援している。家族の通院が難しい場合は、協力病院による訪問診療を利用出来る体制を整えている。適切な医療を受けられるよう、ホーム側で都度必要な支援(医師への情報提供、受診に付き添う等)を行っている。             |                                  |
| 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                          | 毎日のバイタルチェック、食事の摂取量、排せつ状況、状態の観察を日々の関わりの中で把握できるように努めている。マニュアルに沿って医療機関への相談・受診等適切にできるようにしている。                                      |  |                                  |
| 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。 | 入退院時には、医療機関との情報提供用紙を活用し連携を図りながら、担当相談員と早期の退院にむけ連絡を取り合っている。  |  |                                  |
| 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  | 利用者の状況をみながらご家族と連絡を取り、主治医の判断を勧奨しながら、協力病院や他施設等への移行支援を行っている。意思確認書をもっており書面に基づいた対応ができるようケース記録にはさみいつでも確認できる状況である。                    | 終末期支援は行わない方針となっており、予め家族に説明している。利用者の重度化の状況に応じ、かかりつけ医・家族と十分に話し合い、他施設(併設の地域密着型特養施設、介護医療院等)に移行できるように支援している。要介護度が高くても、可能な限り住み慣れたホームで生活出来るように支援している。 |                                  |
| 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  | 全職員が、その場で対応できるようマニュアルを整備し、急変時にも対応できるように実践力を身につけている。  |  |                                  |
| 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   | 緊急時に備えて入居者の状態把握に努め緊急時対応マニュアルに沿って対応できるように整えている。緊急連絡網のほかにグループラインを作り迅速な内藤が行えるよう備えている。緊急時には併設の特養や4ユニットで協力している。地域の方との協力関係構築にも努めている。 | 急変時の対応マニュアルや緊急連絡体制(グループライン)を整備している。又、併設の地域密着型特養施設の看護職員による医療応援体制(昼夜)を整えている。コロナ禍以前は救急救命士から緊急時の対応(心肺蘇生法他)を学ぶ機会を設けていた。                             | 誤嚥・窒息時を想定したロールプレイ訓練の再開・継続が期待される。 |

|                                  |      |   |  |  |  |
|----------------------------------|------|---|--|--|--|
| 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                        | 協力病院や併設のグループホーム、併設の特養、ケアハウスとの支援体制は確保されている。協力病院による訪問診療も受けられる。   | 協力病院による医療支援体制(訪問診療含む)を整えている。又、法人全体(地域密着型特養施設、ケアハウス、隣接のグループホーム等)の十分な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<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                               | 夜勤者は各ユニットに1人配置されており、併設グループホームや特養からの応援体制が整っている。職員の緊急連絡網により法人全体の応援体制も整えられている。  | 各ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。又、隣接の別棟グループホーム夜勤者(計2名)や地域密着型特養施設夜勤者による複数名の応援体制、緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制も確保されている。  |  |
| 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            | 災害対策マニュアルを整備し年2回昼・夜間の防災訓練を実施し、全職員が参加している。消防署の協力のもと、消火器の取扱い方法を習得し緊急時に備えている。地域住民の方々との協力体制を構築するため顔の見える関係づくりに努めている。                          | 災害対策マニュアル(自然災害、原子力災害含む)を整備し、年2回、火災・地震を想定した訓練(夜間想定含む)を実施している。可能な限り消防職員の立ち会いの下で訓練を行い、専門家の総評・助言をその後に活かしている。コロナ禍以前には地域交流の一環として、地域住民と合同で災害に関する勉強会を実施した事もあった。その為、令和6年のと半島地震発生の際には地域住民と相互協力しあい、共に困難を乗り越えた。備蓄品は併設の地域密着型特養施設で一元管理されている。 |  |
| 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   | 自然災害対応マニュアルの作成、その他備品について整備・管理している。その都度マニュアルで確認しながら事前に周囲の安全確認と点検を行い、安全確保に努めている。備蓄品は併設の特養施設に保管されている。                                       |  |  |
| <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                    | 一人ひとりのプライバシーを尊重し、声掛け・声の大きさ・接し方・態度について職員間で確認し、情報を共有しながら丁寧な介護に努めている。トイレ誘導時、他者に悟られないよう声掛けしている。申し送りは利用者には聞かれないように別室で行っている。声掛けにも失礼の内容に注意している。 | 人生の先輩に対し、丁寧な言葉遣い・介助を心掛けている。介助前には疑問形で声をかけ、本人の同意を得るようにしている。又、トイレ誘導は他者に悟られないように声をかけたり、申し送り等は利用者から離れた事務所で行う等、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<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                      | 入浴・排泄・行事への参加等毎回、希望を確認しながら体調に合わせ、強制的にならないよう利用者のペースを大切にしている。<br>希望の物品があるときには買い物の日を活用し購入している。   |  |  |
| 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 | 一人ひとりのペース、体調、気持ちに合わせて過ごしていただけるよう努めている。レクリエーションやお茶の時間への声掛けを行い、希望されない時は体調を確認したり、常に様子観察を行いながら、希望にそって過ごしやすい環境の提供に努めている。                      |  |  |

|    |      |  |  |   |  |
|----|------|--|--|---|--|
| 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                                      | 着替えをする時には、利用者様が意思決定ができるよう毎回確認をとりながら職員と一緒に選んでいる。月1回「散髪の日」を設け、外部から理容師による散髪を行っている。起床時には見守りながら自分で整容を行ってもらい、困難な方は介助させてもらっている。                       |   |  |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている         | 管理栄養士が考えた献立を提供しており、食材はグループ内調理室から調達しグループホーム各ユニットで調理し温かいものを皆さんと一緒に召し上がってもらっている。茶碗洗いやお盆ふきなども担ってもらっている。月に1回手作りメニューの日を設け、食べたいメニューをリクエストしてもらい提供している。 | 併設特養施設の管理栄養士が季節感・栄養バランスを考慮した献立を作成している。食材を納品してもらい、職員による手料理を提供している。家事が得意な方には準備や後片付け時に役割(茶碗拭き・味見等)を担ってもらっている。又、普段の食事とは違い、利用者のリクエストに応じた食事(刺身、お寿司等)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<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              | 管理栄養士による献立で、栄養バランスのとれたメニューを提供しており禁食や個々に合わせた食事形態で提供している。主食は状態に応じて毎回計測しバラつきがないよう努めている。水分量が不足ぎみの方にはゼリー等で形態を工夫し補給してもらっている。                         |   |  |
| 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                       | 一人ひとりの状態に応じて、毎食後歯磨きの声掛けや見守り、一部介助行っている。夜間は管理が難しい方のみ職員の方で預かり、入歯洗浄剤を使用し入歯を外し休んでもらっている。  |   |  |
| 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       | トイレにての排泄を基本とし支援をしている。排泄などで失敗されても優しく声掛けし都度トイレなどで交換介助している。自力でトイレが難しくなってきた利用者には負担にならないよう、体力や能力に応じて夜間のみオムツを着用する場合もある。                              | 日中は「トイレでの排泄」を基本としている。トイレ誘導が必要な方には個々の排泄パターンを把握し、適宜お誘いの声をかけている。又、利用者に排泄の失敗があっても、自尊心が傷つかないように配慮している。夜間帯は利用者の希望・身体状況に応じ、個別対応(夜のみオムツ使用等)を図っている。                  |  |
| 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                       | 予防策として、個々に合わせた飲み物や食べ物の対応。朝食後のトイレへの声掛け、軽い腹部体操やユニット内の歩行など適度な運動を行い自然排便をうながしている。   |   |  |
| 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 | 週4日の入浴日に、利用者個々の要望に沿った入浴支援を子なっている。皮膚疾患などに気を付けて軟膏などを塗布し観察を行っている。またお風呂に入りたくない希望された際無理を強いらす次の日にしたりシャワー浴にしたりと柔軟に対応している。                             | 各ユニットで週に4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、毎日入りたい、自分専用の物品使用等)に沿った入浴を支援している。お風呂を拒む方には無理強いせず、更衣だけに留めたり、別の日に改めてお誘いしている。   |  |



|    |      |  |  |   |  |
|----|------|--|--|---|--|
| 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  | 個々の希望や体調に合わせて居室で休んでいただいたり、リビング内ですごすことを希望される方など自由に過ごして頂いている。夜間は就寝前の暖房・冷房で室内温度や照明に配慮し安眠に繋げている。         |   |  |
| 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   | 提供される薬剤情報により医師の指示通りに支援している。症状の変化や副作用によるものかを様子観察しながら記録に書きとどめ、家族様付き添いによる受診時には書面により状況報告を行い、早期の改善に繋げている。 |   |  |
| 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  | 食事の下準備、食器洗い、お盆拭き、洗濯たみ等これまでの経験を活かし、個々に応じた役割を支援している。又ドライブ・散歩・行事への参加等で気分転換を支援している。                      |   |  |
| 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                      | 震災の影響もありドライブに行ける場所は限られているが気分転換を図る機会は月に2~3回設けている。また季節感を味わえるように春にはお花見、夏には海に行き季節を感じてもらっている。             | 気分転換を兼ね、日常的な外出(散歩、日向ぼっこ等)を支援している。又、月2~3回程度、季節感を味わえる場所や利用者に馴染みの場所(自宅周辺等)へのドライブを支援している。   |  |
| 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  | 自己管理の可能な方については、小銭程度のお金を管理してもらっている。欲しい品物があれば買物の日に購入したり、急ぎの品物は職員が対応している。またご家族様にも連絡し協力を得ている。            |   |  |
| 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   | ご家族様へユニット直通のオンラインツールをお伝えし、オンライン面会も行える。また、携帯電話を使用されている方には充電の確認や着信時の声掛け・使用方法の説明なども行っている。               |   |  |
| 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 | 共有空間の温度や湿度の管理、こまめな換気を行い清潔な環境づくりに努めている。季節によって居室周りやリビング、玄関の模様替え、飾りつけを行っている。職員が持参した季節の花など飾って楽しんでもらっている。 | 利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。感染対策の一環として、業務用高性能空気清浄機(エアドッグ)をリビングに設置している。季節感が味わえるよう、職員差し入れの四季の花を飾ったり、ユニット間の中庭で家庭菜園を行っている。 |  |

|    |      |  |  |   |  |
|----|------|--|--|---|--|
| 57 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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            | リビングのテーブルでは気の合う人同士が隣り合わせに座れるよう工夫している。またこあがりの畳で気分転換、洗濯たみができるよう設置してある。   |   |  |
| 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 | 入居されるときに昔から使用されていた携帯電話や寝具、家具など案死できる使い慣れた物を持参していただけるよう家族に声掛けしている。面会時などにもアルバムや本人から「～ほしい」と希望がある場合家族にお願いしている。居室には畳が敷かれ居室でゆっくりくつろぐことができるようになっている。 | 自宅で使い慣れた物(テレビ、タンス、携帯電話、毛布等)や安心出来る物(家族の写真等)を自由に持ちこんでもらっている。各居室に個人専用の洗面台を備え付けている。 |  |
| 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を送れるように工夫している      | 建物内はバリアフリーになっている為、老人車、歩行器、杖を使用し自立で移動できるよう支援している。また自力で行動がとれやすいよう、貼紙などで場所等の説明に工夫している。  |   |  |

