

### 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	1772100101		
法人名	株式会社中村産業		
事業所名	グループホーム(恵比寿ユニット)		
所在地	石川県がほく市白尾ナ42番地1		
自己評価作成日	令和6年8月12日	評価結果市町村受理日	令和6年12月19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	特定非営利活動法人バリアフリー総合研究所
所在地	石川県白山市みずほ1丁目1番地3
訪問調査日	令和6年11月14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)】

利用者様が職員と関わる時間が増えるよう既存の調理への関わりを損なうことの無いよう工夫し、職員と接する時間を増やしている。調理等を行事として日常とは違った演出で楽しみを提供している。四季を感じ取ることができるよう、プランターに入居者、職員が植えた花や野菜を育てている。季節に応じ咲いた花を摘み居室に飾ったり、収穫した野菜を調理に活用している。行事は利用者様だけではなく、職員も一緒に楽しめるような行事を企画しおこなうようにしている。取り組んだことのない行事を模索し、利用者も職員も飽きがこないように努めている。入居者様が少しでも長く安心して生活できるように努めている。介護ソフトを使用し各職員が他ユニットの様子がわかるよう情報を共有し、事業所全体として各利用者様に関わるようにしている。利用者や家族の思いでの場所や、一緒にいきたい外出先へ行けるように個別に外出支援をおこなうように努めている。

【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)】

・理念「ホームが利用者のセカンドファミリーになる(抜粋)」の具現化に向け、職員に介護従事者としてのケア姿勢を表す標準行動とレベルアップしたモデル行動を示し、モデル行動表に基づく評価を重ねながらサービス向上に臨んでいる。  
 ・毎月の職員会議にて、全職員が全利用者の環境面・ADL・IADL・認知機能面に分類した各問題点や課題の解決に向けて協議をし、介護計画は本人の好きな事ややってみたい事、このまま続けたい事やできる事を計画化するなど、職員の意見や提案を反映させながら、利用者が望む暮らしぶりとなるよう、ホームとしてできる限りの支援に取り組んでいる。  
 ・利用者は、神輿や獅子舞を去年より近くで観覧、生涯学習フェスティバルには作品出展、中学生から水引きストラップをもらい、同法人通所のボランティア慰問を楽しみ、ホームも地域ネットワーク会議や医療介護連携、住民参加型研修会、歳末助け合い運動の娯楽品購入など、コロナ禍から徐々に回復している地域とともに交流を再開し始めている。  
 ・家族へは、近況コメントやスナップ写真を送付し、市担当課をはじめ外部者がいる場で意見や要望を表せる運営推進会議の参加依頼や、看取りケアはもう会えなくなる心情を汲み居室面会や宿泊も可能など、寄り添う姿勢で臨んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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

[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 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	事業所の理念を日常的に目のつくところ(事務所、ユニット内など)に設けている。 また、理念を実現するための具体的な行動が行えるようにモデル行動表を作成し毎月、実践できているか評価を行っている。	「ホームが利用者のセカンドファミリーになる(理念抜粋)」の具現化に向け、職員にはケア従事者としてあるべき姿勢を項目別に示した標準行動表と、さらに上を目指すモデル行動表を示すとともに、毎月、ユニットリーダーと職員とでモデル行動表に基づく評価面談でヒントや気づき、時には具体的な姿勢を行動に示し、また代表者と管理者それぞれとの年2回の個別面談を実施して、理念の浸透と実践につながるよう取り組んでいる。	
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	地域住民の一員として町会、自治会等に加入しており、祭りなどの行事に参加したり、事業所の行事に地域の方を招いたり、ボランティアの方を受入交流を行っている。ホームページに行事や活動状況を掲載している。	コロナ禍で、通年の放課後デイ児童の来訪や中学生の職場体験受け入れ、ボランティアや住民にも参加頂くホームタ涼み会は、依然中断しているものの、町内夏祭りのホーム前での神輿や獅子舞は去年より近くで見せてもらい、中学生からは水引きストラップが届き、隣の同法人通所にはボランティア慰問が再開して観覧させて頂くなど、以前のようにとはいえないまでも、地域との交流が徐々に復活し始めている。	
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	運営推進会議で認知症の方についてのお話を行っている。市主催の市民参加型研修会があれば、積極的に参加し、専門職として意見を述べたり、グループワークでファシリテーターを努めたりし、事業所の力を活かしている。		
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	事業所のサービス内容や現状を説明し、自己評価の内容、外部評価の内容を公開して、市職員や地域の代表から情報提供やアドバイス、情報交換をおこないサービスの向上に取り組んでいる。	会議は、市担当課、民生委員、町会長、地域代表として薬局経営者、別の薬局薬剤師、利用者家族の構成で、書面開催から対面式が再開し、市推進の議事次第にそって入退去居や活動状況報告、行事案内や災害対策、その他地域の情報交換や必要に応じて自己評価や外部評価結果を開示して、サービス向上に活かしている。議事録も市担当課と欠席メンバーに送付している。	議事録と外部評価結果を集録したファイルを玄関に常置されるなど、さらなるホーム運営の透明化を図られることを期待したい。
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に取り組んでいる	市が開催する地域ネットワーク会議に参加したり、困っていることや不明なことはすぐにたずねたり、相談するようにしている。また、市担当職員からの問い合わせ等に答えたり、独居の方の受け入れの相談等についても積極的に対応し、双方が協力関係を築くようにしている。	市には運営推進会議でホームの実情を伝え、市主催の地域ネットワーク会議や医療介護連携の委員となり、独居高齢者や認知症対応等の地域支援事業や在宅医療連携に共に取り組む機会を持ち、生涯学習フェスティバルでは作品出展、住民参加型研修会のグループワークでは進行役を務め、施設管理者研修会でも意見交換に加わり、社会福祉協議会の歳末助け合い運動では利用者の娯楽品購入もさせて頂いている。また能登半島地震の被災者受け入れ対応もするなど、良好な協力関係維持に努めている。	
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	身体拘束に関する研修に参加し学び、研修に参加していない職員にも伝えるようにしている。また、日頃からどのような事が身体拘束にあたるのか機会があればその都度説明を行っている。身体拘束をしないケアの工夫を委員会やミーティングで話し合いをしている。	身体拘束の正しい理解へは、法人各事業所からの主幹職員で構成の身体拘束適正化委員会が主体となり、全職員対象の「虐待の芽チェックリスト」意識調査や不適切ケアの振り返りを実施し、管理者も日頃適宜に巡回することで、その浸透を図っている。言葉による拘束については、現在、「待っててください」を「待っていてもらえませんか?」と疑問形にすることで、ご本人の自覚とともに抑制的な声かけ排除につなげており、介護職の誰もが直面する正解のない課題解決に向け、引き続き取り組んでいる。	
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逃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	虐待についての研修に参加し学びを得ている。入浴時に身体観察をおこない痣など無いかを観察している。また、言葉などによる虐待が無いか管理者などがユニットの巡回を行い不適切な対応や言動が見られる職員に対して指導している。委員会でも話し合いをおこない、防止に努めている。		

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
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	各研修に参加し学びを深めている。また、成年後見制度を利用している方もいるので、不明な点や分からないことについては担当の方に聞いたり、相談を行い活用できそうな方については随時検討を行っている。		
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、重要事項説明を丁寧に行うことはもとより、利用者家族様に細かく不明な点がないかを尋ねている。また、ホームで出来ること、出来ないことを明確に説明している。契約締結後に不明な点をたずねられた場合にはその都度説明を行い理解と納得していただけるように対応している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	運営推進会議に出席して頂いて外部にも表せる機会を持つ。利用者様、家族様に直接日常生活の希望を聞いたり、面会時などに積極的に話すようにしている。また、個人の外出計画を本人様と話し合うなど、希望、不満共に話しやすい環境になるよう信頼関係を深め話しやすいように努めている。	利用者及び家族からのリクエストが最も多い面会は、現在、感染者状況を鑑みながら10時～16時としているが、事情によっては時間外でもかまわなく、外出・外泊を含め柔軟に対応している。運営推進会議にも毎回3ユニット1名以上の家族参加をお願いしており、ホーム側に求める意見や要望、所感等を、市担当課をはじめとする外部者がいる場で直接言える環境を設け、普段も面会や電話連絡、介護用品や衣類の交換、通院や外来受診の訪問、介護計画の説明時などで、互いが気軽に話せる雰囲気作りに努めている。	
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	各ミーティングに出席し職員の意見を聞く機会を設けたり、個人面談を行う機会を設け職員の意見を聞いている。その意見がよりよいケアや運営につながるようであれば積極的に意見を取り入れるように努めている。	職員の意見や提案を聴く機会は、毎日の申し送りや毎月のユニット会議があり、内容如何では管理者・リーダー・副リーダーの管理者会議で検討され、半年毎の管理者との個別面談の際のモデル行動に基づく評価には、忌憚なく質疑が交わされ、普段も気軽に話せる環境となっている。社会福祉協議会主催の歳末助け合い運動のレクリエーション用品購入は、職員の希望を優先しており、毎週の買い物ルールも3ユニットまとめ買いにしているのも、また現在の利用者の環境面・ADL・IADL・認知機能面に分類したモニタリング手法も、職員の意見や提案によるものである。	
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	人事考課制度を導入し、職員の現状や努力、行った成果について把握できるように努め、その評価にもとづき給料など考慮している。また面談を行い職員のモチベーションが上がるように話しを行っている。職員の勤務希望など個々の状況に応じた対応ができるよう勤務体制を考慮している。		
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	職員が求めている研修の実施(内外問わず)。外部の研修へは、職員の力量などを考慮し可能な限り参加している。又、職員自ら外部研修へ参加の要望があれば積極的に参加できるようにしている。人事考課制度を導入し評価を行いその方の不足している部分などを上司からアドバイスし成長が出来るように取り組んでいる。		
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	地域ネットワーク会議や研修会へ参加し他事業所と交流をおこなっている。また、他事業所より運営に関する事等の質問の連絡がくるのでそれに答えたり、こちらも分からない事があれば電話し、たずねたりしている。		

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>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 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	入所前の生活環境、入所経緯などを担当していたケアマネージャーなどに情報を提供して頂く。また、本人と話しを行い、ニーズの把握に努めている。入所初期には本人と話す機会を多く設け、早期に信頼関係が築けるようにしている。		
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	担当していたケアマネージャーなどからの情報を引き継いだり、家族様に直接、困っていること、要望などがないか契約時などに聞き取りを行っている。また、そのようなことがあればいつでも言ってくるように伝えている。入所後の様子を早めに家族へ伝えるなどを行っている。		
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	家族様、利用者様から話を聞き、アセスメントを行いニーズを把握するように努めている。また利用者様が孤立しないように寄り添うようにしている。		
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	自宅などで行っていた今までの本人の生活が継続できるように援助している。できることは本人の負担にならないように様子を見ながら職員と共同で行っている。又、分らない事や職員が出来ない事は人生の先輩としてたずねたり、行って頂いている。		
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	職員はあくまでも本人様と家族様の支援者であり、家族に勝るものはないと思っている。共に支えていくという気持ちで交流を持ち続け、可能な方には帰宅や外出する機会を持つなどの支援への協力をお願いしている。		
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	面会の時間は柔軟に対応出来るように行っている。個々のなじみの場所や、思い出の場所を尋ねることができるように外出支援などを行っている。又、電話の声が聞こえにくい方には、職員が代わりに伝達役となり会話がスムーズにいくように支援を行うなどしている。テレビ電話も活用している。	コロナ禍前にしていた、面会は朝早くとも夜になってもかまわなく、年末年始等の一時帰宅や隣接法人通所に通う家族との面会、馴染みスーパーへの買い出しや、親族の通夜参列のための送迎支援等々、感染者状況を鑑みながら少しずつ再開しており、最近では毎日のように通っていた行きつけ喫茶店に同伴し、店主や常連客との再会を共に喜んだ事例もあり、普段も親族や友人との電話で、声が聞こえにくい方には職員が伝達役となったり、オンライン通話も活用して、関係継続支援に努めている。	
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	同じ事に興味を持っている方や趣味等の共通点があるような方同士の席を近くにしたり、お世話が好きな方には、孤立しがちな方の席の近くにするなど、利用者様の状況等を判断しお互いに支えられるような環境を作るようにしている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	長期入院により、契約が終了しても、継続的に家族様との連絡を取り、状況を聞くと共に、心労をねぎらい相談にも応じている。また、退院後にも当ホームのサービスを希望される場合には受入れを行っている。	
<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 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	直接意向をたずねたり、日々の会話や行動を観察し、利用者様がどのような事が行いたいのかニーズの把握を行っている。また、それが合っているか反応をうかがい確かめるように努めている。	全利用者に、スナップ写真の管理や誕生日カードの作成、介護記録やアセスメントを受け持つ担当職員がいるものの、介護ソフトの活用で、他ユニットの利用者の日常記録も閲覧可能で相談もできる環境となっており、毎月の職員会議では、全職員で全利用者の環境面・ADL・IADL・認知機能面に分類した各問題点や課題を明確にして、その解決に向け協議している。行きつけ喫茶店への再訪、有名喫茶チェーン店での飲食、入歯を作りたいや口腔クリーニングを望まれた方々への歯科診療など、本人が望む思いや暮らし方の実現に向けてできる限りの支援に取り組んでいる。
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	本人様や家族様に話しをうかがっている。在宅時の担当のケアマネジャーに話しをうかがったり、入所してからは、その方の生活や暮らしぶりを観察し把握に努めている。	
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	定期的なアセスメントを行い、現状の把握を行うことにより有する能力の把握を行っている。日誌に利用者様1人1人の24時間の記録を行うことにより1日の過ごし方を把握しその方にあった生活が送れるようにしている。	
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	日常生活の様子を記録し、毎日の申し送りで課題、改善点について話し合いを行っている。また毎月ユニットでおこなっているミーティングでモニタリングを行い、その結果から現状に即した介護計画が出来ている。家族様や本人様の希望、状況の変化に応じて作成している。	計画は、入居3ヶ月後に初回見直しをし、その後状態に合わせて更新期間を半年または1年とし、毎月のユニット会議でその方に合わせた問題や課題の明確化とともに対処対応策の協議検討をした結果を踏まえて更新作成をし、入院等の特別な変化があれば都度見直しに着手している。現在、認知症進行でふらつきや介護拒否、声かけも理解困難な状態となるも単独移動に拘る方がおり、ふらつき歩行の見守りから歩行器移動の見守りに移行し、今は座ったまま手足を使つての移動となり、床消毒清掃とともに休憩時はクッションを提供しているなど、あくまでも本人の思いを尊重し、業務として支援できるよう計画化して臨んでいる。
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	日常生活の様子や気づきなどを記録し、申し送り時に情報の共有を行っている。また毎月のミーティングで問題点や課題を環境面・ADL・IADL・認知機能面と大まかに分類をおこない、課題が明確になるようにし、話し合い、モニタリングを行い、その情報を介護計画の見直しに活用している。	
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	利用者様、家族様のニーズに応じた、外出支援、嗜好品等、個々のニーズに応じるように努めている。フォーマルサービス以外にもインフォーマルサービスの活用も考えるように努めサービスの多機能化に取り組んでいる。	

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
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	入所前の生活環境、本人が外出していた場所などの情報を本人様や家族様、担当していたケアマネージャーなどに聞き取りし、その方が持っている資源の把握を行っている。把握した資源が活用できるように外出などを行うようにし、資源との関係が途切れないように努めている。		
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	主治医の変更を行うか意向を聞き、かかりつけ医を決めて頂いている。歯科も同様の対応。在宅と同じような診療を継続できるようにしている。かかりつけ医へ連絡を行うなど連携関係が築けるようにしている。状況に応じて専門医の診療（認知、眼科、皮膚科、整形外科など）の受診を行っており、往診、又は家族様と協力し合い対応している。	主治医は入居前からの医療機関への継続でも、1週毎に1ユニットずつ定期訪問診療のホーム提携医でも本人・家族の意向に沿い、訪問診療をして頂けない場合や内科以外の外来受診へは基本家族付き添いだが、家族による車両移乗や介助が困難な場合、精神科の初診で本人の日常を伝える場合など、必要に応じて職員が連れ添う事もある。また、提携の歯科医院から定期訪問診療を受けている方もいる。	
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	職員に看護師を配置。看護師は各ユニット責任者や職員と情報を共有し、利用者の身体状況の把握を行っている。また、直接診て状態も把握している。職員も昼夜問わず連絡、相談出来るようになっており、看護師のアドバイスを受けられる体制となっている。		
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。	入院時には速やかに利用者様の普段の状態などの情報を提供している。入院中は面会や電話連絡し、状態の把握や病院と情報交換をし、連携に努めている。		
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、事業所の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	事業所のできることで、できないことの説明を行い理解して頂けるよう努めている。入所時に意向の確認をおこなっている。入所時に明確な意向が無かった方については後日、うかがうなどしている。終末期医療に対する意向を記入する用紙を用意し要望があればいつでも記入や変更、撤回ができる旨を伝えている。家族、本人が心の準備や後悔が残らないよう関係者と連携し支援ができるように努めている。	入居時に、重度化や終末期になった場合の点滴や吸痰など、ホームのできるケアや方針、延命措置の可否等を本人・家族に説明とともに同意書を取っているが、その変更や撤回は、病院や他施設への移行も含め、いつでも気持ちの変化に応じており、個別のケースに合わせた最善のケアとなるよう臨んでいる。コロナ禍であっても、もう会えなくなるその心情を汲み居室面会や宿泊も可能で、またこれまで家族に見守られながら終焉された方もおれば、1人居室で終焉となる方も多く、せめて去られる時は幹部職員等が困み、そばでお見送りをすることも検討している。	
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	事故発生マニュアルを作成。周知している。また、看護師からの指導をうけている。救命処置の講習を消防職員に来てもらいならう機会を設けている。また、ホーム看護師にすぐに連絡し、状態に応じ、対応の指示を受け対応を行っている。		
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	職員、地域への緊急連絡網を整備し、行方不明者がでた場合、火災時等、捜索や避難等の協力が得られる体制となっている。又、マニュアルも整備し、保管場所を決め、職員に周知を行っている。	毎年2回、消防署員によるAED使用法や救急救命講習を開催して全職員の習得を図っていたが、今年度も感染防止のため中止を余儀なくされている。けが、転倒、意識不明等の症状別の対応マニュアルは整備済みで、県、国のガイドラインを参考に、利用者や職員が感染の疑いが生じた場合の感染予防・対応マニュアルも新規作成済み。日頃のヒヤリハット等の気づき等は職員休憩室に貼り付け注意喚起を促すとともに、内容によっては職員会議に提起し再発防止を図っている。行方不明者発生時は地元消防団からも協力が得られる体制となっている。	

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
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	協力医療機関には常に支援体制が確保され、毎週往診に来て頂き、夜間でも支援体制がとられている。介護老人福祉施設には契約書に基づき支援体制が確保されている。	医療機関は24時間対応で1週毎に1ユニットずつ訪問診療をして頂いている提携医のほか、訪問診療が可能な皮膚科、歯科の医療機関もあり、介護老人福祉施設には緊急時一時受け入れ契約締結の施設がある。	
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となっている	各ユニットに1名、計3名職員が配置されている。夜間も医療機関と連絡が取れ、看護師、管理者はオンコール体制。近くに社長、他数名の職員が在住している。	夜間は、3ユニット1名ずつ計3名の夜勤者で連携する体制で、その日利用者に不測の事態が予想されれば看護師職員や提携医療機関に事前連絡をするなど、情報共有とともに緊急時の備えに万全を期して臨んでいる。また夜間でも提携医をはじめ管理者や看護師職員にも直接連絡ができ、ホーム近郊居住職員は法人代表者も含め多数いる。	
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	避難訓練は年2回以上行われており、火災以外を想定した訓練をおこなっている。区長、町会長、地域の防災士を通して情報の共有等をおこなっている。地域との協力体制はできているが、具体的な内容等が整備されていない状態。	毎年、消防署員立ち会いの火災避難訓練2回に加えホーム独自でも天災訓練をして、一連の役割分担や適切行動を確認していたが、今年も感染防止のため消防署員立ち会いはできなかったものの、通年通りの内容で独自に実施。市の防災計画ではホームは段丘地で津波・洪水・土砂災害の被災地区ではないが、津波は3階に移動、台風・竜巻等は窓から離れ、地震時は職員間で避難誘導や経路を確認している。また地域の区長、町会長、防災士とも誘導支援や情報共有等の支援体制を構築させている。	防災対策には限りがなく、これまでの数度の断水や能登半島地震を踏まえ、さらなる現実的な対策に向け引き続き取り組まれることを期待したい。
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	災害備蓄品を3日分以上を用意している。非難時に利用者様の名前、病名などが確認出来る名簿など用意し非難時に関係者と連携が上手くいくようにしている。	ライフラインリストとともに役割分担等を記載した地震、強風、竜巻の災害別マニュアルを備え、防風用・防水シート、懐中電灯、ガスボンベ、救急品等の防災品や、隣接法人通分も併せた3日分の飲料、粥、赤飯、五目飯等の備蓄品を、敷地内別棟の建物と施設内倉庫に置き、消費期限も含むリスト化管理をしている。また利用者情報の個人カードも市様式を参考にホーム独自の仕様で作成している。	
<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 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	利用者様と一括りにせず、一人一人個性や意思がある人間として接するようにしている。その方の育ってきた環境や人生観を大切に否定しないよう対応している。プライベートな事や相談はその方の個室で話をおこなうようにしている。	職員は、普段から利用者個々のその日その時の体調や症状に合わせた傾聴や共感を心がけ、毎朝起床すると好みの乳酸菌飲料を飲まれる方や、時間帯に関係なく塗り絵やチラシのゴミ箱作りに没頭される方には都度材料提供など、人柄や個性を尊重したケアに努めているが、ときに親しい間柄や家庭的な雰囲気の中ではつい行動を抑制するような声かけもあり、管理者の適宜の巡回やユニットリーダーによる注意喚起にて、今後も引き続き自尊心や羞恥心を損ねないケアが醸成できるよう取り組んで行く方針である。	
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	テレビ、カラオケ等の好みの曲や番組を決めて頂くよう声かけを行うことや、衣類もいくつかの選択肢を用意したり、買い物へ行き、食べたい物など選んで頂くなど自己決定が行えるようしている。また、オープンクエスチョン・クローズドクエスチョンを使い分け自己決定できるよう支援している。		
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	おおまかなスケジュールを決めているが気分が乗らない方や、このようにしたいと希望があれば予定を柔軟に変更し利用者がしたいことが出来るようにしている。利用者様の行動や会話から今、行いたいことをくみ取るように努めている。職員に遠慮を行う利用者様に対しては、深く干渉せずに静かに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
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	季節ごとに衣替えを行い、季節に合った物を手の届く所へ置き、いつでも着替えたりする事が行えるようにしている。また、衣類が汚れている事に気がついた場合には、声かけを行い清潔な状態でいれるように支援している。		
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	定期的に食べたい物をたずね、調理をおこなっている。ホットプレートを使用した料理やおやつを作り、見ても楽しめるよう工夫している。日常的には盛り付けや片付けに参加していただいている利用者様の能力に応じて見守りやお皿の配置等を工夫し上手におこなえるよう援助している。	食事は味噌汁とチルド食の業者配送で、ホームではご飯を炊き、毎食職員1名が検食をしている。月1回、食べたいものお聞きして手作りする日は、献立リクエストも多く、調理や盛り付けをエプロン姿で手伝う利用者もいる。摂食機能の応じた刻みやとろみ付け、視野狭窄の方には見える範囲で配置、献立によっては1回ずつお碗を手渡しなど、個別対応にも配慮し、時に家族や職員、利用者知り合いの農場からのお裾分けで旬食材が食卓に並び、正月やクリスマスなど、時節に応じた弁当イベントもある。最近では父の日のお祝い、ノンアルコールビールに枝豆、焼き鳥、冷奴。食事はラーメン、おにぎり、たこ焼きで宴会を楽しんだ日もある。	
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	個人記録に1日の食事摂取量と水分摂取量を記入している。また、定期的に体重を計測。栄養状態については定期的に主治医による採血で状態の確認をおこなっている。水分摂取の少ない方は味噌汁を多めにゆそうや、水分含有量が多い食品の提供や、好みの飲物を探り提供を行っている。		
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	毎食後、声かけを行い促している。その方の状況を見ながら出来ない部分は声かけで促したり援助を行っている。義歯の方については夕食後の洗浄剤を使用し清潔に保つようになっている。また、必要に応じ歯科医に相談している。歯科治療の延長で2週間に1回歯科衛生士がきてクリーニングをおこなっている方がいる。歯科衛生士からその方の口腔ケアのアドバイス等を貰っている。		
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	排泄の記録を参考に、排泄リズムを把握し声かけや誘導を行うようにしている。また、夜間に居室内で失敗をされる方にはトイレが分るように居室のドアを開けトイレまでの行き方が分るように対応したり、ポータブルトイレを置くなど自立ができるよう支援している。	排泄管理は自立の方は回数のみを、要介助の方には尿量・便量のほか、必要に応じて、匂い、色、性状、ご様子等を記録している。羞恥心や自尊心が強い方には排泄が終わったタイミングで短時間で性状を確認し、便秘など課題がある方には主治医の指導のもと薬剤調整や水分補給を試み、夜間のトイレで失敗される方にはポータブルトイレの導入のほか、居室ドアを開け放しにしてトイレの灯りがすぐ分るようしたり、トイレでの介護用品交換を嫌がる方には居室に紙パンツやバットを置き自身で交換頂くなど、少しでも現在の身体や潜在能力を維持できるよう支援している。	
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	水分摂取をうながし、筋力低下しないよう運動やベッドからの離床を促している。必要に応じ主治医に相談し、薬剤を使用し便秘にならないようにしている。		
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	時間帯は設定しているが、月曜から土曜日の間入浴が可能(1日3~5名)としており、柔軟に対応をおこなっている。又、変わり風呂を不定期が行ったり、季節行事のお風呂を設け楽しんで頂けるようにしている。	入浴は、全ユニット日曜以外の午前中に1日2~4人のご利用で、個別には週2回以上を目安に入浴して頂いている。入浴剤や柚子・菖蒲などの季節湯もあり、入浴を嫌がられた時は時間を置いて勤める職員を変えたり、1番風呂などの時間指定や午後からの個浴に応じたり、ホーム内を散歩して少し汗をかいた後など、個別の要望にも対応している。また自分専用の化粧水や乳液をご使用の方もいる。	



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
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	日中は散歩や運動、家事活動を行い、適度な疲労感がえられるように工夫している。昼寝の習慣がある方は継続しており、朝の起床の遅い方はその人のペースに合わせている。なかなか就寝できない方には、話しを傾聴したり温かい牛乳を提供したりと、リラックスし安眠して頂けるように努めている。		
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	お薬手帳を使い用法や用量について把握。薬情報も使い目的や副作用についての把握をするよう努めている。服薬に変更があった場合は副作用や、身体的変化などがなにかを注意し観察している。また、連携を行っている薬剤師に状態や報告をおこない必要に応じ主治医に剤形の変更等を提案するなど協力し服薬支援をおこなっている。		
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	行事の計画をたて毎月行事を行うようにし、気分転換や楽しみごとを作っている。日々の生活ではどんな仕事をしてたかや、どんな事をしてたか流行していた物、趣味などを聞きだし、その経験や趣味が活かせるように努めている。		
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	今日は何をしてみたいかたずねたり、会話を通して行きたい所などを汲み取り外出支援に努めている。車椅子の方でもドライブ、散歩を楽しみ、個々に応じた外出の希望を本人様、家族様と相談しながら行っている。個人外出計画を立て普段は行けないような場所や家族様では対応が難しい場合は職員が付き添い家族様とも外へいけるように支援している。	好天の日には近郊へ花摘みに出たり、外出したい利用者と一緒にスーパーや大型複合施設へ食材や嗜好品を買いに出かけたり、好きなラーメン店や行きつけの喫茶店に行く個別外出支援は、1度は行ってみたい有名喫茶チェーン店へもケアプラン化して実現させ、花見や紅葉狩りも、隣接の法人通所のバスを借りて弁当持参で繰り出しているなど、コロナ禍前の活動はほぼ再開している。昨年は芋掘りができたホームの自家菜園、今年は赤しそがたくさん実り、皆で梅干しを作っている。	
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	希望される方にはお金を所持したり買い物時に使えるように支援している。また、本人の力や家族様と相談を行いながらお金を持つ機会が設けられるように努めている。		
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	希望される方には電話やテレビ電話、手紙を送る等の支援をおこなっている。		
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	廊下、DLルームの壁等に写真や季節に応じた貼り絵や利用者様が携わった作品を飾り居心地の良いようにしている。鏡を見て混乱される方がいる場合には鏡を隠すようにしている。	施設はバリアフリー構造で、リビングや廊下は歩行器や車椅子が交差可能な広さがあり、皆で歩行練習をしている。季節毎の装飾品や利用者作品等が和やかな雰囲気を作り、コロナ禍で中断していた一斉ワックス掛けや換気扇清掃も再開している。適宜の窓開け換気、除菌清掃、加湿器と空気清浄機の併用、防護具用品や抗原検査キットを備え、感染防止対策は継続中。リビングでは購入したゲームで遊んだり、風船バレーやプチ運動会など、様々な行事企画をしていつも笑顔が絶えぬよう日々取り組んでいる。	

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
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、廊下には椅子などを置いて、利用者様同士話しが出来る場所を設置している。事務所も気分転換の場所として利用している方もいる。		
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	使い慣れたタンス、枕、毛布、家族の写真や、好みの装飾品などを置き、居心地よく暮らせるように持ち込んで頂きたいと家族に伝えている。持ち込みの少なく寂しく感じる部屋は、花や装飾品を置く工夫を行ったり、アクティビティで作成した物を置いたりしている。また、家族と一緒に撮った写真を飾ったりしている。	全室介護ベッドとクローゼットが備え付けで、使い慣れたタンスや寝具、家族写真など危険物以外の持ち込みは自由で、入居時に本人・家族と相談しながら配置決めをし、持ち込みが少ない場合は、症状により物を置けない以外はホーム側で花などで装飾したり、ホーム行事で作られた本人作品等を置くなどして、その方らしい居室となるよう支援している。今の利用者はテレビの持ち込みが多く、好きな番組を誰にも邪魔されずに観たり、家族から入居前に購読していた本の続編をもらった方もいる。	
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	ホーム内は全てバリアフリーになっている。台所は標準より低く、電動でベッドの高さを調整できないベッドは個人に合った高さを選び、立ち上がりが可能となっている方もいる。歩行器も個々の状態に合わせて、自立につなげるように選んでいる。又、トイレや自室が分るように大きく表示を使用したり工夫を行っている。		