

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	1771700224		
法人名	株式会社 鶴の恩返し		
事業所名	鶴の恩返しホーム柳田		
所在地	鳳至郡能登町字石井ト部5-3		
自己評価作成日	令和3年2月7日	評価結果市町村受理日	令和3年3月17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3年2月26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)】

当事業所は、能登半島中心部「能登町」の山間部に位置する静かな住宅地の中にあり、リビングからは四季折々の景色を眺める事ができるようになっています。職員は、利用者の思い・意向・要望などの把握、安心できる空間造りを心掛け、ご本人・ご家族の安心につながられるよう取り組んでいます。また「一人ひとりの利用者がゆったりとその人らしく本人のペースで暮らしたいという思い」を支えたいとの理念を掲げ、その取り組みとして、入居者の今までのかかりつけ医の受診継続を支援、馴染みの地域とのつながり支援、入居前からの趣味・嗜好などが継続できるような支援に努めています。

【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)】

グループホームのある能登町以外にも、輪島市や珠洲市と協定を結んでいる関係で輪島市の方が4名、珠洲市の方が2名入居している。そのため事務手続きや認定調査等で市町とは密接に連携を取り合っている。今年度(11月30日)に能登町の実地指導を受けて、特に大きな指摘事項はなかった他、報告すべき介護保険事故も発生しなかった。
食事は、皆さんが好むもので、食べやすいもの、うす味で、柔らかく、旬のものを取り入れてなどに配慮しながら食事を作っている。食事作りは、利用者の皆さんも下ごしらえや茶わん拭きなど、できることを手伝っている。以前は職員も一緒に食べていたが、現在は食事中は見守りを行っている。そのため、以前よりは食事中の会話は減っている。

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 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. 全くいない
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、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

[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	地域密着型サービス事業所として事業所の理念を管理者・職員全体で認識しその理念を共有して実践に繋がられるように努力していきたい。	「その人らしく、その人の想いを受け止め、寄り添い、お世話をさせて頂く」という理念は事業所内に掲示されていて、管理者は朝夕の引継ぎ時に話すほか、事故発生時のカンファレンスの時にも理念の振り返りを行っている。	
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	地域住民との直接のつながりはないが、利用者と施設周辺を散歩したり、地区の図書館に利用者と共に出かけたり、商店街へ買い物に出かけたり、地区の祭りや花見への参加を希望している。今後は地域の老人会の行事にも参加できるようにしていきたい。自粛の影響で今年度は出来なかった。	例年であれば、地域の様々な祭りを見に出かけたり、食材の買い出しに利用者と一緒に出かけたり、ドライブに出掛けたりと積極的に地域との交流を図っていたのだが、コロナ禍のため楽しみにしていたことが全部できなくなってきている。現在唯一の外出となっているのは通院のみである。	
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	地域との交流の機会や事業所から地域に対して発信が出来ていない。認知症と言う病気の正しい知識や支援方法など、その人を正しく理解していただく為に今後啓蒙活動をしていかなければならない。		
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践、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6回の運営推進会議を予定しており、メンバーの地区区長、医師、行政担当者、婦人会、民生委員等が揃い、事業所からは、地区行事への参加や交流協力等をお願いしながら事業所報告を行い、事業所に対する意見等を頂いている。貴重なご意見に対して実践出来るよう努力したい。運営推進委員のメンバーとしてご利用者様やご家族にも参加していただきご要望ご意見を伺い、サービスの向上に繋がりたい。	運営推進会議も、コロナ禍の影響で役場からの助言を受けて、書面会議としている。二か月ごとに利用者の状況、ヒヤリハット、ホームの活動報告、職員研修について、身体拘束について等を討議して、運営推進会議メンバー(家族、役場、協力医療機関、地位住民代表等)に結果を送付している。	
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	入居者があった場合は、入居者状況をそのつど行政担当者に報告している。運営推進会議の時以外でも行政が開催する関係者連絡会・研修会には参加しており、今後何かあればお互いに連絡・助言を頂けるよう関係作りに努めている。	グループホームのある能登町以外にも、輪島市や珠洲市と協定を結んでいる関係で輪島市の方が4名、珠洲市の方が2名入居している。そのため事務手続きや認定調査等で市町とは密接に連携を取り合っている。今年度(11月30日)に能登町の実地指導を受けて、特に大きな指摘事項はなかった。	

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
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	随時のケアカンファレンスの中で利用者の状態・状況話し合いモニタリングを実施。現在身体拘束している方はいない。玄関は施錠せずセンサーを設置対応と同時に声かけ・見守り・観察を心がけている。	「身体拘束等行動制限対応マニュアル」に拘束に対する考え方や基本方針が定められて、内部研修を行い、運営推進会議の席上で身体拘束適正化のための委員会を開催している。転倒防止の目的でセンサーマット等を使用している方は4名いる。建物の施錠は、防犯上の観点で夜間実施している。	
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	虐待防止に向けて、カンファレンスや引継ぎで、管理者・職員全体で共通理解を深めたい。		
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	事業所全体としての勉強会は出来ていない。今年度対象者が2名入居し、後見人と連絡を密にしながら後見人制度の実際を学んでいる。		
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	入居についての事業所説明を行い、本人・家族に説明し納得の上で入居して頂いているが、本人様には折に触れて声掛け、話をして不安・疑問点を尋ね意向に添うことが出来るように努めている。		
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	来所時や電話連絡にて話を伺う機会を設けたり、日常生活状況を「ケアケア日誌」と言うお手紙で毎月ご家族に送付し、自由なご意見・要望を頂けるように働きかけ、意見の吸い上げに努めている。	今年は面会が出来ないため、家族とのやり取りは電話や郵便によるものになっている。毎月「ケアケア日誌」という利用者ひとり一人の近況についてまとめた写真入りのお便りを送付して、返信用封筒を同封し家族意見の聴取に努めている。苦情の体制も整備されて、重要事項等で周知されているが、特に苦情は寄せられていない。	
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	管理者は、日々の意見・要望についてその都度受け入れ対応しており、また代表者にも伝えている。毎月1回本社において法人代表と関係者（総務部長・監査役・各事業所管理者・計画作成担当者・医療連携看護師など）で会議を設けており、運営に関する職員の意見・提案を吸い上げる場を設けてくれている。	管理者は他の職員と一緒に勤務しているので、いつでも職員の意見や提案を受けている。毎日の引継ぎ時や、カンファレンスなどの場においても常に職員意見に耳を傾けている。代表者も月に一度の会議の時には訪問して職員と交流して、意見の聴取を行っている。	
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	目標管理シートでの個々の成果達成で努力が報われる様にしています。年一回人事評価を実施し職員処遇の改善に努めている。		

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
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	事業所単位や、職員一人ひとりの力量に応じた研修や相談助言の機会を個別に設けているが時間は少ない為、法人内移動研修で、実践力や取り組み姿勢等を指導する取り組みを始めた。外部研修へはその都度参加させているが、十分とはいえない。ケアの質の向上のため接遇や認知症の知識を深める為の施設内勉強会を開催していきたい。		
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	能登町地域密着型サービス連絡協議会に参加し、協議会が開催する研修会には、職員も参加する機会を設けているが、事業所間交流ができていない。ネットワーク作りや勉強会、相互訪問活動については今後の課題である。		
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	サービスを開始した理由となる課題と共に、入居後は計画作成担当者が主体となって交流を深めてアセスメントを行う事によって、本人の想いや不安等を受け入れられるように、可能な限りの傾聴を心掛けている。		
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	管理者・計画作成担当者が主体となって受け入れ時に意見や想いを吸い出すように働き掛けている。入居後は毎月の「ケアケア日誌」を活用しながら、また来所時には可能な限り意見を頂けるように、職員自身も家族との関係を深められるように努めている。		
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	サービスを開始した理由となる課題と共に、入居後は本人の想いや不安等を受け入れながら行動等を見守り、支援内容について本人の想いも含めながら職員全体で話し合い、実践につなげられるように努めている。		
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	一軒の家に利用者・職員共に一緒に生活をする立場を認識することが大切である。利用者の個性を見極めながら声掛け・見守りしその中でもし自分自身が利用者や家族の立場になったらどのようなケアを受けたいか職員全体で考えてお互いに支えあう関係を築いていきたい。		

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
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	日常生活に必要なことや本人が家族に希望している事、また本人の想いを汲み取りその都度電話連絡したり、毎月のお手紙を送付したり連絡を密にして信頼関係の構築に努めている。また、来所時には面会して話を伺い本人と家族の絆を大切に支えている。		
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	個人が培ってきた生活や関係を、入居しても継続させたいと思い、家族の協力も受け、お盆正月や地元の祭礼時には外泊して馴染みの関係継続を支援している。今後は業務体制の見直し等を行いながら、日常的に支援できるように取り組んでいきたい。	コロナのため外出することも通院以外ままたならず、外部の人が訪問するのも行政や医師等に限定されているため、従来のような支援を行うことができなくなっている。その分レクリエーション活動やカラオケ等を活用して、利用者の力が発揮できるような支援を行っている。	
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	性格や個性を見守りながら、意思疎通ができない入居者であっても必要に応じて職員も一緒に輪に入るなど、入居者同士が交流を深められるように配慮している。		
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	転居以外での利用終了については利用者が死亡となる場合が殆んどだが、特に法人内での移動により利用終了となった場合には、引き継いだ拠点職員と状況に応じて話し合い、家族への助言等を行うように取り組んでいる。		
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	まだまだ不十分と感じている入居者も多いと思うが、「本人本位」の意味をミーティングで少しずつ理解を深める取り組みを行っている。その中で可能な限り希望を叶えられるように職員間でも話し合い努力している。	職員は利用者に接する時、否定しないでよく聞くこと、口調が荒くならないようにということを心がけている。元気がない時には、家へ帰りたいのだろうか、息子のことが心配なのだろうか等と考えたり、ひとりになっている時や沈んだ様子の時にはやさしく声かけして、本人に寄り添っている。	
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	個人資料や家族来所時の聞き取りを通じて、生活習慣や入居となる原因となった状況を確認したり、また入居者との日々の会話の中から生活歴やこだわりなどを吸い上げるように取り組んでいる。		
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	日々の関わりの中での気付きや変化・出来る事などを毎日の申し送りで情報を共有し、その上で職員本位にならないように出来る限りで取り組んでいる。		

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
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	できる限り、本人・家族の想いや意向を取り入れたケアプラン作成となる様に努力しているが、毎月のカンファレンスで意見を出し合い計画に反映させている。日々の観察・見守りの中での気づきやアイデアについては管理者・計画作成担当者・職員全体で話し合って見直し検討し再作成している。	計画作成担当者がアセスメントを行い、原案を作成し日中の申し送り時にサービス担当者会議を行い、当日参加できなかった職員には回覧し、計画を周知している。介護保険の更新時に合わせてモニタリング、評価を行い計画を更新している。利用者の記録はひとり一人毎日の記録と、バイタル等の記録を整備している。毎日の記録からピックアップして「ケアケア日誌」として家族に送付している。	
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	日々の話し合いで決めた事も含めて毎日個人記録に記入しているが、実践内容に則した記入の視点や記入の仕方が職員毎に異なる事で、十分に生かすことが出来ないうえ、記録様式の改善を図り、現在実施している。		
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	法人内に地域別に拠点を構えているため、状態変化や家族の要望に応じて、法人内移動なども利用し、本人や家族が安心して生活できるような支援も取り入れている。法人間での交流の場も活用し、馴染みの関係の継続支援も努めている。		
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	地域の図書館を利用したり、スーパーへ買い物にお連れしたり、馴染みの地域へドライブしたり、神社の参拝も同行しているが、入居者1人ひとりの生活を支援するにはまだまだ社会資源を把握する事や掘り起こしについては早急に取り組んでいかなければならない課題と考えているが自粛中。		
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	本人・家族が、今までのかかりつけ医を希望される場合は継続受診を支援し、状態変化時・緊急時など随時状態・状況報告を行いながらその都度対応指示を受けている。	往診してくれる医師は協力医療機関で、夜間もオンコール体制をとってくれているので事業所職員の安心感は大きい。通院の場合には、事業所の職員が通院介助を行い、適切に医療が受けられるように配慮している。	
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	状態変化時緊急時連絡報告し相談し、随時指示を受け対応している。看護師が主治医・薬剤師と密に連絡、連携をしている。今までより改善されている。常勤ナース(医療連携ナース)として入居者のケアを実施している。		

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
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。	入退院時はサマリを作成し病院関係者と情報を交換や相談に努めている。また信頼関係を構築するため電話連絡など密にしている。入院時は面会を行い病棟看護師・師長・医師・ソーシャルワーカーとも相談・指示を受けている。		
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	夜間、看護師が不在なため、主治医の指示に従い、救急受診し救急指定病院に入院する。今後は重度化した場合や終末期に向けた方針の中で、可能な限り本人の意向や家族の想いを確認し、事業所で行える力量を踏まえて職員でチームを組み対応していきたい。	過去には看取りの事例はあるが、ここの一年の間では看取りはない。看取りの際には、医師から家族に説明してもらい事業所も立ち会い、事業所のできることを確認しながら行った。医療行為はできないが、それ以外の場合にはできる限りグループホームで生活が継続できるように職員はケアしている。現在要介護5の全介助の方がいて、いろんな工夫をしながらグループホームでの生活支援を行っている。	
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	過去に訓練を受けた事があるが、振り返り訓練は行っていない。マニュアルは整備できている。実際にその場の対応が出来るように、定期的に訓練する機会を持てるよう取り組んでいる。管理者・看護師を通じて状態・状況等を主治医に連絡指示を得て対応している。		
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	緊急時の連絡網も含めた「緊急時マニュアル」は整備できているが、実践力として身につけられるように定期的に振り返りの機会を設けていきたい。夜間はケアマネが駆けつけて対応することになっている。	「マニュアル」というファイルの中に「事故発生対応」、「感染症対策」などのマニュアルがファイルされている。マニュアルの職員への周知は、ミーティングや申し送り、ニュースなどで火災や地震が流れた時に、マニュアルを確認するよう話をしている。	
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	協力医療機関は珠洲総合病院・公立宇出津病院・升谷医院・道下クリニックで24時間(休日を含む)受診・相談が可能であり、受診、状態変化、緊急時の電話など連絡など通して連携は行えている。介護老人福祉施設協力施設については第二長寿園と法人代表を通して連携を図っている。	珠洲総合病院、公立宇出津病院、升谷医院が協力医療機関となっている。ほとんどの利用者の主治医は升谷医院となっており、定期的な往診や緊急時の連絡など、1年を通し24時間連絡が取れ、必要な連携を取っている。バックアップ施設は、介護老人福祉施設の第二長寿園となっている。	
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	平屋造りの事業所の上、ユニット毎に夜勤職員を配置していることで、緊急時には全体を見渡しながら対応できる体制が整えられている。またケアマネが15分程の距離に生活している為、緊急時(夜間)にも迅速な応援が得られる環境にもなっている。	2ユニットなので2人夜勤である。18時30分から翌朝6時までが2人体制である。夜間帯に利用者に状態の変化があった場合は、夜勤者は管理者に連絡を入れ、管理者より主治医へ連絡し指示を受けている。救急車を呼んだ場合は、近くに住むケアマネジャーが救急車に同乗する体制となっている。今年度は、1~2回夜間帯に救急車を呼んだことがある。	

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
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	火災訓練は毎年2回の訓練の機会を設けている。今年は2回実施した。今後の課題として電話による緊急連絡も含めて、火災や自然災害に対して、日中・夜間、時間帯を問わずいつでも対応できるような訓練を行い、実践対応力を早急に身につけていく必要がある。総合防災訓練は実施していないが今後地域方々や消防署と相談して行きたい。	令和2年3月29日に総合訓練、12月23日に通報訓練を実施している。以前は地域の防災訓練に参加していたが、現在は参加していない。消防設備点検も実施済である。	
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	地域のハザードマップを掲示しており、避難集合場所を確認できるようにしているが、災害時対応としての非常食の準備や点検、持出用入居者情報関係書類・当座の介護支援物資の確保などについては出来ていない。	「マニュアル」というファイルの中に、「防災マニュアル鶴の恩返しホーム 柳田」があり、火災、地震、風水害豪雪の対応について記載されている。また、地域のハザードマップを掲示し、避難集合場所を確認できるようにしている。但し、備蓄リストは確認できなかった。	備蓄の取り組み及び備蓄リストの作成が望まれる。
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	職員同士でも気をつけるように声掛けしているが、「人格の尊重」した声掛けとは言いえない状況であり、今一度自らの対応について振り返りを行い、「自分がその入居者だったら」と立場を入れ替えながら、職員間で注意し合えるようにしていきたい。 個人ファイルは事務所管理で、入居者からは目に付きにくいように配慮している。	「接遇マニュアル」や「虐待防止および対応マニュアル」などがある。日々の支援の中では、「否定しない」、「荒い口調で話さない」、「丁寧に話を聞く」などを心がけている。このように取り組み、会話や表情から可能な限り要望や希望をくみ取るようにしている。また、一人ひとりに寄り添える関りを増やし、遠慮なく思いを話せる関係作りに努力している。	
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	会話や表情から、可能な限り要望や希望を汲み取るようにしているが、まだまだ不十分な点が多い。 一人ひとりに寄り添える関りを増やし、遠慮なく思いを話せる関係作りに努力していきたい。		
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	上記内容と同じで出来る限り想いを汲み取るようにしているが、職員の勤務体制に合わせていることが多く、業務内容の見直しを図りながら、個人のペースを尊重できるようにしていきたい。		
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	これまでの生活習慣やその方の生き方を情報収集して出来る方にはその時の気分に合わせて行っているが必要に応じて職員が主体となって支援している。希望がある時や状態に応じてホームで染め毛や顔の剃毛や整髪や美容院など希望に応じて対応・支援している。		

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
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	職員が調理を行っているが、出来る範囲の中で洗った食器のふき取り等を行っている。職員と同じ食事を同じテーブルで会話を楽しみながら一緒に食べ、食事状況を見守っている。	調理専門の職員が、週1回程度近くのスーパーに買い物に行っている。献立も調理専門の職員が作成している。メニューは、皆さんが好むもので、食べやすいもの、うす味で、柔らかく、旬のものを取り入れてなどに配慮しながら食事を作っている。食事作りは、利用者も下ごしらえや茶わん拭きなど、できることを手伝っている。以前は職員も一緒に食べていたが、現在は食事中は見守りを行っている。そのため、以前よりは食事中の会話は減っている。	
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	旬の食材を吟味しながら、その都度食事や水分摂取量を確認し記録している。また、嚥下状態に応じた食事形態で提供している。個別の水分摂取制限のある方は医師から助言を仰いでその方に応じた指示を受け体調管理につなげている。		
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	毎食後の口腔ケアとしてうがいや歯磨きを行っている。就寝時には義歯洗浄管理を行っている。口腔ケアの意味や必要性、方法や注意点など勉強する機会を設けた。誤嚥性肺炎などの予防など健康管理につなげている。		
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	24時間排泄記録表を利用し、個別の排泄パターンを把握するように努めている。また、個別の時間対応と定時声掛け誘導を行い、可能な限りトイレ排泄を促し、自立支援につなげられるように努めている。	24時間排泄記録表を作成し、利用者個々の排泄パターンを把握している。排泄パターンを把握することで、タイミング良い声かけを行い、トイレで排泄できるよう支援している。また、便秘予防のため毎日11時と16時に体操をしている。カラオケの機械の付属機能を利用し、映像を見ながら毎回30分から1時間程度体を動かしている。可能な限り薬に頼らない便秘予防に取り組んでいる。	
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	排便チェック表で記録し、体操や補水・腹部マッサージの実施と、必要に応じて指示を受けた下剤調整・G浣腸も行っている。出来る限り下剤に頼らない便秘予防にも取り組みを行っている。		

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
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	個浴を行っているが、時間や順番については職員配置の関係で殆んど希望を受け入れられていないが時に応じて希望の時間で介助支援している。その中で、入浴を利用した対話で普段話せない想いの吸い上げなどを行いながら、楽しんでいただけるように取り組んでいる。	入浴日は、各ユニットで月、木及び火、金である。ただ、入浴ができなかったときなどは、水曜日や土日に入浴することもある。全介助者も1名いるが、週2回は入浴してもらうように支援している。好みのお湯の温度で、可能な限りのんびりと入浴してもらうよう配慮している。また、1対1の介助のため、コミュニケーションを取る機会にもなっている。入浴を拒否する方は1名いて、声掛けの工夫や時間をおいて声かけしている。それでも拒否があったら日を変えて、無理強いはしていない。	
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	眠れない時には落ち着くまで話を聴いて見守り、状態に応じて日中の休息を取り入れているが、日中の活動を通して適度な疲労感を得て安眠につなげる取り組みをしている。また、季節に応じてアイスノン使用や湯たんぽを提供し対応している。		
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	居宅管理指導で薬剤師より処方都度指導・助言をうけており、変更があった場合は申し送りを通して周知するように取り組んでいるが、それぞれの薬に対する理解を深めたいといえない為、勉強会や看護師の助言等も取り入れながら知識を深めたい。		
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1人ひとりの生活歴や強みなど情報収集・分析し、それぞれ得意とする日課を入居者同士協力しながらできる人には取り組んでいただいている(花壇畑・草むしり・掃除・食器拭き・洗濯干し・たみ・その他)。法人行事の参加も取り入れている。		
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	家族との外出外泊、奥能登地区祭礼等の見物や参加を含めて、日頃から受診を利用してのドライブや、買い物・天気天候に応じて散歩や外気浴も可能な限り取り入れている。季節行事としては花見や花火・祭り見物・墓参り、餅つき会などにも出掛けている。餅つき大会以外は自粛気味である。	天気の良い時期は、散歩に出かけている。また、毎年の法人の餅つき会にも出かけている。これ以外は、受診で外出くらいである。以前は、花見、花火や祭り見物、墓参りなど外出の機会があったが、現在はほとんど外出していない。	
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	本人の能力により、自己管理できる方には金銭所持を行っていただきながら、家族から事業所管理を希望されている入居者には、必要物品購入の際にできるだけ本人と共に支払いの場面を感じていただくように努めている。		

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
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	自筆可能な入居者のみであるが自筆の年賀状を家族に出したり、電話を希望される場合はその都度自由に電話をかけていただいている。 ただ、訴えない入居者に対しての想いの吸い上げが今後の課題と考えている。		
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	セミパブリック的空間としてのソファの配置と、集団で過ごせるような空間配置に取り組んでいる。また、季節に応じた花を飾ったり、四季折々の景色をリビングから見渡せる造りとなっている。 空間設備については代表者とも工夫しながら、更に快適に過ごせるハード面の取り組みの行った。	利用者の多くは、日中はほとんどリビングで過ごしている。新聞たたみ、カラオケ、カラオケの機械の機能を使って映像を見ながら計算に取り組んだり、体操したりしている。天気の良い日には散歩に出かけ、季節の草花を取ってきてリビングに飾ったりもしている。冬の期間は、窓を開けると利用者の方が「寒い」と訴えるため、台所の窓を常時開けている。リビングの席は基本的には自由であるが、個々の座る席は決まっている。そのため、トラブルがあった場合には、席の調整を行い、安心して生活できるよう配慮している。	
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	小人数で寛げるソファや、テーブル配置で、自由な時間・取り組みができる雰囲気造りに配慮している。 入居者は個々に落ち着く場所を決めているようだが、その時の入居者同士で場所を譲り合う姿も日常的に見られている。		
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	本人の希望による居室のベッド等の配置換えや畳の希望など、そこで過ごす本人の意向に応じてできる範囲でその都度対応しながら、本人の希望する使い慣れた物を自由に持ち込んでいただいている。状態変化で居室変更の必要性が出た場合は、環境の変化からの混乱を引き起こさないように声掛け・見守りを多くして他入居者も含めた動線への配慮にも取り組んでいる。	入居時に写真やテレビ、湯飲みなど使い慣れたものを持ち込む方もいる。また、箸、茶わん、お椀はホームで用意されるが、自分の物を持ち込む方もいる。この他、家族が面会に来た時に撮った写真や活動で作った作品などを飾っている方もいる。居室の掃除は毎朝行い、その時に換気も行い清潔を保つよう努めている。利用者の中には、荷物を探して、衣類で居室を散らかす方などもある。その場合は、再度居室の整理を行う。居室はその方が、気ままに過ごせる空間となるよう、可能な限り干渉しないように心がけている。	
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	過剰な支援とならないように福祉器具を活用しながら、できる限り本人自身に生活リハビリとして取り組み・行動して頂けるように、環境整備に努めている。その上で分からない事できない事については、その都度職員がサポートするよう見守りを行っている。		