

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	1772300230		
法人名	有限会社 オレンジケア		
事業所名	グループホーム ゆうゆう能美		
所在地	石川県能美市山口町へ52番地3		
自己評価作成日	令和3年9月9日	評価結果市町村受理日	令和3年10月12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Ⅲ 106号		
訪問調査日	令和3年9月21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)】

日差しがいっぱいふりそそぐ明るいリビングと居室、自然に囲まれたのどかな環境の中に建っている施設です。理念に掲げてある「ホームが居心地の良い場所になるように努力します」の思いで、利用者の笑顔と安全を大切に考え、明るい職員が利用者と共に支え合いながら暮らしの場を作っています。他愛のない日常の中に喜びと楽しみのある時間や関係、環境づくりに努めています。地域の方々には施設を地域の一人として接して下さり、利用者の顔なじみの方もおり、施設として出前講座(認知症の理解)の依頼を受けて開催したりと地域と交流しています。地域の町内のストアや理容の活用もあり、利用者が地域の一人として地域の中で生活できる環境づくりに力をいれて取り組んでいます。

【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)】

当ホームは「ホームが居心地の良い場所になるよう努力します(要約)」の理念とともに、毎年職員で話し合いフロア目標(事例:1F:臨機応変、2Fあいさつと報連相等)掲げ、利用者が喜びを感じて満足し生きがいを持って生活できるホーム作りに取り組んでいる。コロナ過では自粛しているが、平時は定期的ないきいきサロンへの参加、町内行事(文化祭、地域防災訓練)への参加、公民館での出前講座の毎月開催、友人・知人の来訪、毎年の地元中学生の認知症訪問学習の受け入れなど日常的に地域交流している。運営推進会議には利用者・家族も出席し、利用者の居室で開催することにより、町会長や地区担当の行政職員に、ホームの実情や課題、利用者の日頃の様子をってもらうことにより多様な意見交換があり、その意見について検討を重ねてサービスの質の向上に活かしている。町会の福祉委員会へ参加しホームとしては防災時の救護班の役割があり、また施設情報ファイルを作成し災害発生時には地域の自衛消防との協力関係が構築されている。利用者がこれまでの生活の中で大事にしてきた家族・友人知人との電話や来訪、外出、国内旅行、年賀状送付など利用者にとって馴染み深い人との関係継続を大切にされた支援に取り組んでいる。

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		項目		取り組みの成果	
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	ホームの理念を各フロア入り口、職員休憩室に提示している。また、毎日申し送りを行うファイルに挟んで目に触れるように意識づけている。 職員会議やフロア会議で理念にそった話し合いを行い、理念の持つ意義を確認しながら、介護者としての心構えを振り返り実践につなげる努力をしている。	①入居者様の喜び・満足・生きがい ②地域福祉の向上 ③ホームが居心地良い場所に(要約)をホーム理念として掲げている。理念は各ユニットフロア入り口と休憩室に掲示しており、申し送りファイルへの貼り付けやケース記録への印字により常に職員に意識付けを図っている。また年度初めのミーティングや職員会議での具体的な話し合いを通じ、職員へ理念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	以前は町会の行事には職員と利用者共に参加しており、いきいきサロンや秋祭り、文化祭には出展を行い、地域ボランティア(アロママッサージや歌謡)の交流も定期で行っていたが、最近は感染防止の為交流は控えている。 認知症カフェは市の事業変更に伴い開催しない事となり、代わりに個別相談と出前講座で貢献していくこととし、一度出前講座を開催した。 地域の方と職員は馴染みの関係ができています。	町内・公民館行事(いきいきサロン、秋祭り行事、文化祭の出展等)や地域の催し物(福祉運動会等)への参加、住民ボランティアの受け入れを通じ、地域との交流を図っている。地域の公民館で出前講座を開催や個別相談、また日常的な挨拶(散歩、ホーム前での日光浴等)を通じて住民との繋がりを深めながら地域福祉の向上に取り組んでいる。地域福祉委員会に参加し年1回の地域防災訓練にも参加している。コロナ過では地域行事には全面的に参加自粛しているが収束後は参加再開予定である。	
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	以前は地域の方々に認知症という病気の理解がえられるように、積極的に町内行事や活動に参加するとともに、キャラバンメイトの活動を通して地域に貢献していたが、最近では活動は行えていない。一度出前講座を公民館で開催した。		
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	運営推進会議は書面での活動報告とし、能美市、地区担当者、町会長に報告している。 議事録は職員間で回覧するとともに利用者家族にも配布している。	利用者代表、家族代表、町会長、民生委員、市・包括担当者等が参加して、年6回(書面開催含む)運営推進会議を開催している。ホームの活動報告、ヒヤリハット・事故事例、利用者・家族の要望のくみ取り、地域の情報収集とつながりを深める場となっている。議事録は全家族に送付し会議内容を周知している。家族が参加できない場合は、事前に家族からの意見を電話等で聴取している。	書面開催においても幅広く意見が募れる取り組み(返信用書面の同封等)に期待する。
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	制度の改正や運営上の疑問点があれば相談できる関係が出来ており、利用者の制度利用についても相談協力を得ることができ関係が築けている。	運営推進会議時の情報交換を通じ、市・地域包括担当者との連携強化を図っている。制度・運営上の疑問点があれば随時相談してアドバイスを得ている。また地域での出前講座活動への取り組み等、行政と共に認知症ケアの啓発活動に取り組んでいる。	
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	玄関の戸は開いているが、大通りに面しているので安全の為フロアのドアは時間帯や利用者の状態によって施錠している時間がある。戸の開閉時に気づけるような音になる工夫を行なっている。 職員の言葉使いや行動による拘束が無いようその都度注意すると共に外部研修や勉強会にて理解と意識を高める取り組みをしている。	身体拘束廃止に関するホーム内での毎年の勉強会や外部研修受講後の伝達講習を通じて、身体拘束しないケア方法を職員に周知している。大通りに面している立地上、安全面に考慮し各フロア入り口を施錠しているが、利用者が外に出たい場合は都度、職員が付き添い戸外に向かっている。また管理者を中心に気づいた点を相互に注意し合い、スピーチロックのないケアの実践に取り組んでいる。	
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	勉強会や外部研修で学ぶ機会を設けている。 利用者からの言葉・様子を観察し些細な変化も見逃さないよう努めている。 言葉使いや介助方法で気になる点がある時は、個別指導を行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	実際に成年後見人の方とは、共に利用者の方についての現状や今後の課題について話し合いを行っている。また必要性がある利用者について市に活用できるかの相談を行った。		
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	契約時や改定などの際は文書と口頭で説明しており、十分な説明を行って家族の理解や納得も得られている。また家族によって再確認する機会も行なっている。		
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	日頃から利用者の状況や様子を面会時や電話、お便りではゆうゆう通信や一言メッセージを添えてこまめに報告しており、家族からの意見や要望、相談がしやすい環境づくりは施設では整えているが外部者へ表せる機会には直接的には乏しいが間接的に支援している。利用者の意見や要望は伝えやすい環境と信頼関係を築き、時には家族の協力も得ながら反映させている。	家族との信頼関係を構築し、気軽に要望・相談を職員に話せるよう、日頃から利用者の生活・身体状況を面談・電話・LINEでこまめに家族に報告している。またホームの活動・利用者の暮らしぶりを紹介する「ゆうゆう通信(写真+一言メッセージ添付)」を毎月送付している。運営推進会議の際にも家族の意見・要望を吸い上げ、第三者の“気付き”をホームの運営に反映している。	
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	職員会議やフロア会議を隔月毎に開催し、代表者や管理者に必要な物品購入やケアサービスの改善や統一、業務改善等、職員の意見や提案の声が活かせる環境が出来ている。又、代表者や管理者による個別面接を行ない、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	職員会議とフロア会議を交互に隔月毎に開催し、職員間で意見交換・合意形成を図る機会を設けている。代表者・管理者は普段から職員が意見・提案を言いやすい職場環境を整え、ホームの運営(物品購入、ケアサービスの改善・統一化等)に職員の声を活かしている。また年1~2回の個人面談の機会を設けており、職員の働き方の希望等も聞いている。	
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	出来るだけ身体に負担が掛からない様に勤務体制(時間など)に配慮し、職員の希望の休日や有給の確保に努めている。又急な勤務交代にも対応している。また、職員が向上心を持って働けるよう外部研修や資格取得の協力も行って環境整備に努めているほか、福利厚生充実の充実に向けて退職金制度も導入している。		
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	二ヶ月に一度担当職員による勉強会を行っている。各職員にあった外部研修の機会を積極的に設け、研修後に、その内容を全職員に発表し共有している。また学びたいテーマによっては外部から指導要請を依頼し実践を学ぶ機会を設けた。		
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	外部研修による同業者と交流する機会がある。最近ではリモートでの研修が主流となっており交流の形も変わってきているが、積極的に交流の機会を作りサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前の面会時より本人の要望などを聞く姿勢を忘れずに、又情報提供の内容からうかがえる本人の生活習慣や生活リズムが継続でき不安なく安心に繋がるように努めている。 入居されてからは、日々の詳細な様子を見落とさない様にスタッフ間の情報共有にも努め、不安や要望に耳を傾け安心できる環境作りを心掛けている。		
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	家族の抱えている問題や不安なこと要望に耳を傾け、施設で出来る事や対応策を説明した上で、共に考え話し合いながらの関係づくりに努めている。 入居間もない頃は特に状態報告や連絡を密に取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	本人のやりたい事や必要な支援を見極めて、本人と家族にとって穏やかに生活できるような支援ができるようにフロア全体でどう支援していくかを話し合い対応している。		
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	本人の思いを尊重しながら個別に料理、洗濯、掃除など日々の暮らしの場面で、できる事の達成感ややりがい、役割に喜びを感じ本人、職員が共に支え合っている。 職員と利用者は共に感謝し合える関係が築け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	面会時や電話にて近況報告や相談を行なうとともに、本人の変化があった時は状態報告し、家族の協力を仰ぎながら本人にとってより良い状況になるよう対応を共に話し合い、本人を施設と家族共に支えていくという関係が築けている。		
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	以前はいきいきサロンや地域の行事に参加したり、お買い物や外食、散歩などで馴染みの人や場所との関係が保っていたが、最近ではドライブとかの外出やご家族に協力していただき馴染みの場所(美容院など)に行くことで関係が途切れない支援に努めている。	馴染みの人間関係が途切れないよう、ホームでの家族・友人・知人との面会(コロナ過では窓越し面会)やハガキ・手紙(代筆含む)や電話でのつながりをサポートしている。また利用者の馴染みの場所(公民館でのいきいきサロン・昔からあるスーパーでの買い物、行きつけの美容室等)や思い出の場所(行きつけの飲食店・喫茶店等)への外出を支援している。	
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	利用者の性格や相性を考慮したうえで、食卓の座席やソファの座り方に工夫し会話が弾み楽しい時間が過ごせるように支援している。 日常の家事などを共に助け合い支え合いながら行う事でより良い関係が築けるように支援している。 利用者同士がお互いに支え合える関係が築けている。		

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
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	現在はコロナ禍で以前のように直接的に退居された方の病院や施設に面会に行ったり、家族との交流は控えているが、出来る範囲で経過を把握し、病院や施設、ご家族と必要な支援に努めている。		
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	日々の本人との会話や様子、表情などを職員全員がよく観察しながら思いを汲み取り、本人の思いが見えた言葉や仕草、表情はケース記録に残し、ケアの統一と情報の共有にて本人の希望や意向に添うよう努めている。	日常会話・関わりの中から、利用者個々の「思い」の把握に取り組んでいる。その際は言葉の表面だけにとらわれず、本音を探るように推察している。利用者の言葉・行動はケース記録に記載し職員間で情報共有している。また意思疎通が難しい利用者にも「必ず思いがあるはず」と考え、家族・友人の情報をもとに働きかけた際の反応から「思い」を汲みとれるよう取り組んでいる。	
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、家族から生活歴や馴染みの暮らし方、環境など情報収集を行い、本人が望む暮らしがホームにて継続できるように努めている。		
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	個々に応じた運動や生活リハビリ等、有する力が発揮できる機会を設けている。 日々の過ごし方を記録と情報の共有にて、状態の変化や有する力の気づきにつながる努力をしている。		
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	本人、家族の要望も組み込んだ内容で、担当者会議(3か月毎及び特変時)、フロア会議(二か月毎)では、ケアマネ、看護師、介護担当者やその他職員の参加で見直しや変更の話し合いを行っている。 本人がより良い状態で生活できるよう本人の思いを大切に反映し現状に即した介護計画を作成するように努めている。	「生活の中の楽しみ・役割」「健康管理」「リスクマネジメント」等の利用者のニーズを重視した介護計画を作成している。2ヶ月毎のフロア会議や3ヶ月毎のサービス担当者会議にて利用者・家族の要望、全職員の意見を取りまとめモニタリングを実施し、6ヶ月毎または随時に介護計画の内容を更新・見直している。	支援内容については、5W1Hを明確にしたより具体的な支援の明示に期待する。
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	毎日の出来事を個別に記録し申し送りで情報の共有を行っている。ちょっとした変化にも気づく姿勢と、気になることや問題点があるときは、その都度職員間で情報を共有しながら改善や実践につなげている。		
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	一人ひとりの状況や状態が違う為、個々に合った接し方や対応を心掛けて、その時々で問題や希望に添えるよう家族の協力も得ながら取り組んでいる。		

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	感染防止の為、地域の方との交流や公共施設やスーパーの活用、外食などの機会を控えているが、季節を少しでも感じてもらえるようドライブなどの外出で楽しめる機会を作っている。 地域の理髪店の活用の他に個々の行きつけの美容院の利用も支援している。		
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	主治医の往診(月2回)を行っており、年1回の基本検査の他、随時の相談や急変時に指示を仰ぐなどの連携が取れている。必要に応じて医師より直接家族との話し合いの場も設け、他医療機関受診時は家族の協力も得ながら情報の共有をしている。 入居前からのかかりつけ医や専門医の受診はご家族に依頼しているも、必要に応じて同行や情報提供などで支援している。	ホーム提携医による訪問診療・24時間365日の相談・医療連携体制と訪問看護による週2回の健康管理体制を整備している。また協力歯科医の往診も可能である。入居前からのかかりつけ医や専門医(精神科、皮膚科、眼科等)への受診については家族による付き添い受診を依頼しており、都度必要な支援(精神科は管理者が同行、または利用者の近況をまとめた文書での情報提供等)を行っている。	
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	週2日看護師を配置し近況の状態報告や相談、個別の処置も行っている。また主治医の往診時の対応や、職員会議、フロア会議、担当者会議の参加で看護職の意見をいただき、日々気軽に相談できる関係も築けている。 主治医の医院看護師との協力体制も出来ており、相談や情報の共有が出来ている為、個々の利用者にも適切な対応が出来ている。		
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。	利用者が入院した際は情報提供、情報交換を行ない近況の状態確認も医療機関と頻繁に行ないスムーズに退院やその後のケアが出来るように病院関係者との関係づくりを行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入所時に家族に対し「重度化した場合の対応に係る指針」の明文化と説明を行っている。 必要時には、主治医を交えて本人・家族、職員との話し合いを行い事業所で出来る事の説明と今後の方針を共有できるように努めている。 事前に意向確認書にて家族の意向も把握したうえで要望に添えるよう支援を主治医と状態報告を密にしながら行うように努めている。家族の意向と状態によっては他施設への移行も支援している。	利用開始時にホームの方針を説明している。ホーム提携医・訪問看護による医療面でのサポートを確保しながら、可能な限りの重度化・終末期支援に取り組んでいる。利用者の状態変化の都度、ホーム提携医から状況を詳しく説明してもらい、家族の意向を確認している。入浴が難しい場合、医療依存度が高い場合は他施設(病院、特養等)へのスムーズな移行を支援している。	
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	職員全体で過去の事例を共有しリスクの軽減や発生時の対応など話し合う機会を設けている。 以前は消防署による応急手当講習を定期で受講していたが感染防止の為今は受講できていない。		
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	急変や事故発生時は主治医に24時間指示を上げる体制が出来ている。 利用者の急変や事故発生時に備えて掲示してある対応のフローチャートを把握したうえで冷静に対応できるように体制を整えている。 施設に有線の設定もあり、行方不明者に備え、町内の協力や市や警察の協力が得られる体制も整えている。	緊急時対応マニュアル・対応手順フローチャートを策定し、急変時のホーム提携医による24時間相談体制も整えている。定期的に緊急時の初期対応(AED使用方法、心肺蘇生法、誤嚥・窒息時等)を学ぶ機会を設けている。行方不明発生に備え、町会の協力体制(有線放送の活用、地域の見守り体制等)を整備している。	今後も継続的な実技訓練(誤嚥・窒息対応)の実施に期待する。

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	主治医とは往診や24時間連絡がとれ迅速な対応がとれるようになっている。 市総合病院との医療支援体制や地域の介護老人福祉施設とも利用者の支援体制が整っている。	往診・24時間対応のホーム提携医、能美市立病院、往診対応の歯科医と提携している。介護老人福祉施設とは利用者の転居受け入れや車椅子利用者の体重測定、利用者の行き来(夫婦関係)など日頃より情報交換や交流があり、バックアップ支援体制を確保している。	
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	夜間は各ユニット1名ずつ職員を配置し、緊急時には施設内で職員間の協力や管理者、ケアマネが対応する体制ができており、協力医療機関の協力も得られる体制となっている。	夜間は各ユニット1名(ホーム内計2名)の勤務体制となっている。緊急時は24時間対応の協力医療機関やホーム提携医への相談体制を整備している。近隣に住まいする職員(5分以内複数名)の応援体制も整備されている。夜勤への申し送り時に利用者のその日の体調を確認し、主治医の指示も確認している。	
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	災害時に対応できるように、年2回避難訓練を行っているが、利用者はフロア間の交流を控えている為フロア別の実施に変更している。又、消防隊員の派遣も控えている。災害時の通報装置の対応方法や連絡先等確認しやすく掲示してある。 災害時、町会長や自衛消防の協力要請の了承を得ており、地域福祉委員会の一員として協力体制を築いている。山口町自主防災組織の一員としての山口町の避難訓練は現在実施できておらず。	年2回夜間の災害発生(火災・停電・地震等)を想定した避難訓練(フロア別)を実施している。訓練ではフロア毎の避難場所、停電時に1、2階のユニット扉の施錠開閉動作に相違がある事、確実に必要事項を伝える通報手順、利用者の退避手順等のマニュアルや施設情報ファイルを確認している。地域住民や自衛消防団の支援協力体制を構築している。また地域の防災訓練にも参加している。	
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	災害時マニュアルを作成、スプリンクラー設置もされている。地域の避難協力施設とされている。また防災設備機器や自動通報装置等の定期点検を行なっている。 非常用備蓄品のチェックシートを作成し、非常食(乾パン・飲料水・菓子類)や炊事用具や生活用品の準備や見直しを行い、ポータブルトイレ、防寒用毛布も準備され利用者の安全確保のための体制が整備されている。	地震災害発生時にはホームが地域の避難場所に指定されている。スプリンクラー・自動火災報知器等の防災設備は定期的に作動点検している。災害別マニュアル、ライフライン関係機関リストの整備、米・飲料水・菓子類等の備蓄品やカセットコンロ、ストーブ、ポータブルトイレ、毛布等も非常用備蓄品のチェックシートをもとに準備しており、利用者の安全確保体制が整備されている。	

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	業務マニュアルとして対人援助・接遇マニュアルを整え、入職時に説明したり時折振り返りと見直しを行っている。利用者の誇りやプライバシーを傷つけることのないよう人生の先輩であるという事を忘れずに態度・言葉使い、声の大きさや口調にも配慮し、気をつけながら支援している。入浴・排泄介助時の扉開閉や他者に気づかれない汚物処理など他利用者の視線も配慮した対応を行なうようにしている。徹底されていない場面が見られた時はその都度指導し会議で話し合う等、個別指導を行ない実践につなげられるようにしている。 勉強会で尊厳について学ぶ機会を設けたり、個々の記録やファイルの管理も含めてプライバシー保護に努めている。	人権擁護、プライバシー保護について行動規範(尊厳を持った接遇等)を策定して、新任研修や職員会議の中での定期的な勉強会を通じて職員に周知している。親しさと馴れ合いの違い、入浴・排泄介助時の声かけ方法、居室への入室時のノック・事前了承、利用者との会話・職員間の会話・申し送り時の声の大きさや場所への配慮等、利用者の自尊心や羞恥心、プライバシーを損ねる事がない対応に取り組んでいる。個人ファイルや業務書類の事務室管理、ホーム通信等の顔写真掲載の事前承諾など個人情報管理にも適切に対応している。	
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	日常生活の中で本人との関りから思いや希望を引き出し、また興味あることから思いを表しやすい、また自己決定できるような声掛けや工夫をしている。 日常の場面で着る服や飲み物、外出や行事の参加等、本人の思いや希望を確認し添えるような支援をしている。		
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	生活リハビリやレクリエーション等の参加に対しては声かけ促しは行なうが本人の状態や希望、意思を尊重し対応している。 職員の都合を優先するのではなく、利用者の日課となる過ごし方を尊重し思いに添えるよう支援している。利用者の思いや希望が聞けたときは可能な限り施設内外で支援する努力をしている。		

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	
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	洋服や装飾品などの身につけるものは出来る限り本人の趣向で決めていただいている他、2ヶ月毎地域の理髪店の訪問や家族の協力のもと馴染みの美容院でパーマなど希望のおしゃれができるように支援している。日々の髭剃り、爪切りや季節に合った衣服など身だしなみに気を配り、洋服の乱れや汚れがある時は綺麗が保てるよう支援している。 お化粧をされる事の継続が出来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	献立と食材は業者に委託しているが、月ごとの誕生会やその他の行事の時には特別な献立を考え、季節を感じる食事を心掛けている。家事が得意な方には食事の準備や盛り付け、後片付け等を行って行っている。利用者がTVを観たり和やかに会話しながら楽しく食事ができるような環境や雰囲気づくりに努めている。介助が必要な利用者へは本人のペースや食事形態を考慮しながら自力摂取ができる工夫と支援を行っている。個人の嗜好を預かり、希望時に提供している。地域料理(柿の葉寿司)を利用者と一緒につったり、祝い事でお弁当など楽しむ機会を設けている。施設で作っているプランターで採れる野菜も食材として活用している。	献立・食材は業者より配達され、それを利用者と一緒に調理・盛り付けをしている。家族・知人・地域住民からのおすそ分け食材やプランターで採れた野菜を利用しての一品料理も利用者と相談して作っている。また月1回のフリーメニュー日や季節の行事食は、利用者と職員が相談して献立作り、食材の買物に行っている。お弁当のテイクアウトも利用者の楽しみとなっている。おやつ作りや祭り・行事にあわせた柿の葉寿司・おはぎ作りは、利用者の経験や知恵を活かし職員と一緒にしている。コロナ過では自粛しているが、誕生月には利用者の希望を聞き、好みの物・食べたい物の外食に出かけている。家族との外食も利用者にとって楽しみとなっている。		
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	利用者に合わせて食事量や形状の加工、塩分も調整し、必要に応じて摂取量や栄養状態などを主治医と相談し指示を仰ぐほか補食の提供等で対応している。 水分量は、一人ひとりが十分に摂取できる工夫(好みや種類)を昼夜通して提供している。必要に応じて水分摂取一覧や目安量の明記で意識づけと統一ケアに努めている。 気温に合わせて水分摂取の時間を別に増やしたりこまめにとれるように配慮している。			
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	毎食後の口腔ケアは欠かさず行ない、夕食後は義歯を預かり義歯洗浄剤で洗浄している。 個々の能力に合わせて声掛け、誘導、移動介助など、個別には椅子を用意しゆっくり安全にできるように支援している。			
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	排泄チェック表で個々の排泄間隔、排泄習慣や状況、パターンを把握しており、一人ひとりの心身状態に配慮しながら声掛けし誘導または確認するようにしている。 排泄の失敗や不快感が少ないように努め、立位可能であれば介助にてトイレでの自力排泄を勧め支援している。	利用者の生活習慣や排泄チェック表を基に利用者毎の排泄パターン(サイン、間隔等)を把握して排泄支援に取り組んでいる。利用者の身体状況によっては主治医と相談の上で薬や水分摂取を調整しながら安定した排泄リズムになるよう支援している。夜間の声かけ誘導や介護用品(オムツ、パッド、ポータブルトイレ等)の利用は利用者と相談し希望・体調・睡眠状況を考慮して、夜間においても利用者にとって安心して快適な排泄ケアに取り組んでいる。		
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	排便状況を常に把握し、個々に応じたヨーグルトや牛乳などの摂取や水分摂取量の確保、食材やおやつ工夫、運動やマッサージを促し便秘の予防に努めている。 主治医の指示のもと負担の少ないような下剤調整を状態に応じて対応している。			
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ず、個々にそった支援をしている	毎週2回(月・木)夏季はシャワー浴も増やし週3回季節に応じて入浴剤を入れたり入浴を楽しんで頂いている。 入浴が好きな方にはゆっくり本人のペースで入浴が楽しめるようにしている。 反対に入浴を好まない方には人を変えたり、時間を空けたり、声かけにも工夫し、入浴に繋げている。 入浴時は羞恥心や恐怖心、不安などを職員は理解し利用者にくつろいだ気分で入浴できるよう支援している。	利用者個別の希望・事情や各種行事に合わせて週2回程度の入浴を支援している。職員の見守りで個浴する利用者もおり利用者の希望(順番、温度、同性介助等)・身体状況に応じて柔軟に対応している。入浴剤の使用や柚子・菖蒲湯等の季節湯、好みの石鹸・シャンプーの使用、夏場はシャワー浴・清拭の活用、足湯への外出など、入浴が楽しめるよう工夫している。家族の協力のもと銭湯や温泉への外出も支援している。		

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
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	季節や気温に合わせて個室のエアコンを調整し気持ちよく休息、安眠できるように支援している。月一回のシーツ交換(夏季月2回)と汚染の場合はその都度交換している。個別で状態を診ながら休息の時間を設けたり、習慣的に昼寝される方や夜間の状態を把握した上で一日の過ごし方にも配慮している。寝付けない方には、思いを傾聴したり暖かい飲み物を提供して安心して眠れるよう支援している。必要に応じて良眠に繋げられるように薬剤の利用も個別に行っている。		
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	正確な服薬ができるように内服のセット内容の確認、服薬時の職員2人で読上げ確認と利用者との再確認で確実な服用に努めている。 利用者に合わせた服薬方法や形状、用量の調整を行い、内服の変更時は特に状態の変化に注意して経過観察を行い、必要に応じて主治医に報告して対応している。		
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	一人ひとりにあった日常の家事や掃除、作業などを自分の役割やできる喜びに繋げ過ごせるよう支援している。歌やラジオ体操、レクリエーションなどを設けて刺激と喜びのある支援に心がけている。 季節のおはぎ作りやおやつなど共に作ったりみんなで頂くことで喜びにつなげている。新聞や雑誌をゆったり読んだり、草むしりや外気浴などをする時間を作り楽しんだり気分転換等の支援をしている。 個々の嗜好品を把握し個別に提供できる支援をしている。		
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	利用者の外出に対する思いや希望を受け止め、季節に応じてドライブに出かけたりしている。 玄関先での外気浴や近隣の散歩、個別の希望に沿って家族の協力を得ながら外出(美容院)ができるように支援している。	利用者のその日の希望に応じて個別・少人数の外出を日常的に支援している。玄関先での外気浴や神社への散歩、行きつけのスーパーや大型ショッピングセンター、100円均一ショップ等への食品や衣類・生活用品の買い物外出を支援している。また家族付き添いで受診や美容室の利用、外食・国内旅行・カラオケへのレジャー外出、職員とのドライブや外食、地域公民館でのいきいきサロンや知人がいる介護老人施設への外出も恒例となっている。季節に応じて、お弁当やおやつを持参して、花見や紅葉散策、菊花展など外出が楽しめるよう工夫している。コロナ過では自粛しているが、収束後は支援再開していく予定である。	
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	施設で家族からお小遣いを預かり本人の希望する物や必要な物を買ったりしている。 またおこづかい帳を作成し年度毎、家族にお渡ししているほか、定期的に使用内容や残金の報告を行っている。		
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	家族や大切な人に本人から電話ができる支援を希望時に行っているほか、家族からの電話にはゆっくり本人と会話できるよう支援している。 季節のお便りとしてハガキを作成しご家族にお渡ししている。		

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
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	台所、食堂、フロアは一体化され、ソファや椅子に自由に座ってTV鑑賞したり談話したりとゆったりできる空間になっている。 窓が大きく十分な陽射しがあり、景色も楽しめる。 日中日差しの調節や温度や湿度に注意し、空気清浄機や加湿器、扇風機など活用し利用者が心地よく過ごせるようにしている。 壁には手作りの日めくりカレンダーや季節の歌の掲示や利用者で作った装飾も飾られ季節の彩りが感じられる工夫や玄関やフロアに季節の花を飾り、楽しみや癒される空間作りに努めている。	各ユニットともに台所・食堂を兼ねたりリビング回りには居室・トイレがなく、共有スペースとプライベートスペース、事務室が分かれた建物構造になっている。共有スペースは温度・湿度・匂い・換気・日当たりを快適に保ち、季節毎にテーブルやソファの配置を換える等、利用者が安心してゆったり居心地よく良く過ごせるよう配慮している。「趣味の集い」で利用者で作った作品や花を季節に合わせて利用者と相談しながら飾り付けを楽しんでおり、大人が住む家として意識した共用空間作りを工夫している。ダイニングテーブルやソファの席順等は利用者同士の相性にも考慮している。	
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	リビングのソファやダイニングの椅子に座って思い思いにゆっくり過ごしたり談話していただいている。 廊下の途中に休憩できるように椅子を置き、座れる空間も作っている。 居室にて利用者同士で談話したり思い思いに過ごせる環境になっている。		
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	本人が使い慣れたものや家族写真、家族からのぬいぐるみや花のプレゼントが飾られ、個別に居室にテレビやラジオ、テーブルや椅子、趣味のものを置かれて居心地のよい空間になっている。 家具の配置は自宅での位置状態、本人の好む位置や習慣を考慮して居心地よく過ごせるように工夫している。	居室は全室洋室でベッド・タンスが備え付けられている。利用者が使い慣れた椅子・テレビ・ラジオ等や家族写真・趣味の作品・位牌・孫の手紙など安心できる馴染みの物を持ち込み、利用者が居心地の良いプライベートな居室作りを支援している。配置換えの希望があれば職員も手伝い、利用者の生活習慣(ベッドの向きや配置等)・身体状況・行動線・安全性に配慮して安心して居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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が送れるように工夫している	フロア内はバリアフリーで手すりの設置(廊下、脱衣場、浴室、トイレなど)がされている。口腔コップ置き場の高さを調整したり、食器棚に片付けやすいよう目印をつけたりしている。トイレやお風呂場のドアや物にはわかりやすいよう名札や目印をつけている。 フロアの日めくりカレンダーや各居室にもカレンダーを設置し、個別で居室のタンスには片づけやすいように表記するなどの工夫をしている。 安全な生活が送れるように個々の状態に合わせて歩行器の活用もしている。		