

### 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	1770300265		
法人名	有限会社昌和商事		
事業所名	グループホームセラピ栗津		
所在地	石川県小松市矢田野町ホ132		
自己評価作成日	令和3年1月13日	評価結果市町村受理日	令和3年3月9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/kaigosip/">http://www.kaigokensaku.jp/kaigosip/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエ研究所
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3年1月27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)】

「いつも笑顔で互いに思いやりの心もち温もりのある暮らしを支援します」というホームの理念に沿って「介護」より「解語」をそして「温もり」のケアを心掛けている。その人らしくその人なりにふさわしい人としての価値が保持されるような、当たり前暮らしに近い生活が、継続して提供できるようにしている。母体である隣接する法人の病院には、認知症専門医がいて指導や助言を受ける事ができ、家族の安心につながっている。場合によっては医療と連携しながら、看取りも行いう事が出来る。施設内で、お楽しみ会や陶芸教室・アレンジフラワー教室・ほほえみコンサート等の行事があり自由に参加している。又、美容・カラオケ・メンタルヘルス等の地域のボランティアがあり、交流の場になっている。運営推進会議では家族が順番に参加し、地域の役員も協力的である。環境面では、床はフローリングで広く大きな窓から陽射しが入り明るい雰囲気になっておりテーブルにはお花を飾り季節を感じる事が出来る。防災面では、法人の防災担当者が定期的に施設や周辺の見回りや点検を行い、安心して生活が出来る。

【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)】

法人理念である「一隅を照らす」とともに、ホーム独自の理念「いつも笑顔で」互いに思いやりの心を持ち「温もりのある暮らしを支援する」を掲げ、利用者・家族と職員・関係者が互いに優しさを与え合える関係作りに取り組んでいる。職員は利用者の希望に応じて日常的に近所への散歩や買い物等の個別外出や、毎週のいきいきサロン(健脚体操など)への参加など地域交流の機会を多く提供し、利用者一人ひとりがその人らしい暮らしができるよう支援している。また家族の協力を得ての外出・外泊・外食・温泉での入浴・法事・葬儀への参加も積極的に支援している。近隣には法人母体である認知症の専門医療機関があり、利用者の症状変化に応じていつでも相談でき、緊急時のホットライン体制が整備されている。また隣接サービスでの陶芸・アレンジフラワー等の行事には自由に参加でき、入浴ボランティアの来訪、町の文化祭や近所の商店祭りにも参加しており地域住民との日常交流している。防災対策においても地域の協力を得るなど、利用者・ホームともに地域の一員として日常的に交流している。

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 ↓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、活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(コロナ禍の為)	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、安心して暮らしている (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(令和2年度)

[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	法人理念の「一隅を照らす」と共にホーム独自の理念である「いつも笑顔で互いに思いやりの心を持ち、温もりのある暮らしを支援します」を月1回のミーティングの時に共有し、唱和している。又、3か月目標を設定し理念に近づける様に取り組んでいる。	法人理念の「一隅を照らす」とともに、ホーム独自の理念を策定し新規職員の採用時に詳細に説明している。毎月の全体ミーティングでは理念を必ず復唱し、また職員で話し合い3ヶ月毎に目標を設定し理念に沿ったケア実践に取り組んでいる。職員は理念を理解し、利用者・家族と職員共々が日々の生活の中で互いに優しさを与え合う関係作りに取り組んでいる。	目標の設定は抽象的ではなくより具体的で分かりやすく、取り組みやすい内容が望まれる。
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	2つの町と交流があり、文化祭や運動会に参加している。防災訓練では町内の役員に参加して頂いている。法人主催の地域のサロンにも出かけ、交流を図っている。	2つの町会と交流があり、利用者の希望を聞きながら毎週公民館で行われるいきいきサロンに参加している。また日常的に近所周りの散歩や馴染みの美容室の利用、週2回の入浴ボランティア、ホームでのコンサートやアレンジフラワー等の活動でのディサービス利用者との交流、家族や近所からの野菜・果物・花木のおすそ分け等、地域住民と交流している。地域の防災訓練への参加、公民館祭りへの作品出展などホーム全体で地域の一員として交流している。コロナ禍では自粛を余儀なくされている。	
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	運営推進会議等で地域の方の意見をくみ取り一緒に検討したり、民生委員からの相談に乗り高齢者総合相談センターとも連携を図り地域との情報を共有している。認知症に関しての勉強会をして毎回資料を渡している。		
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	ご家族、近隣の町内会長、民生委員、老人会の会長、長寿介護課職員、高齢者総合相談センター職員、ホーム職員が参加している。ホームの現状や活動報告・事故報告・ヒヤリハット事例報告・地域の情報・防災等について意見交換しサービスの質の向上に努め地域の方からの相談にも乗り、話やすい雰囲気を持てるようにしている。	運営推進会議は、家族、町内会長、民生委員、老人会会長、行政担当者、ホーム防災担当者等が参加し年6回(書面開催含む)に開催されている。ホームの現状や活動報告、事故報告・ヒヤリハット事例報告、地域の情報、防災等について意見や助言があり話し合われている。議題によっては警察や消防を招くなど、多くの関係者が参加する活発な会議となっており、地域との防災協力関係を構築している。議事録はホーム玄関に設置している。	
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に取り組んでいる	2ヶ月に一度運営推進会議や小松市グループホーム連絡会などで市の職員と話し合う機会をもっている。地域内に高齢者総合相談センターがあり連携を図っている。	行政担当者とは運営推進会議への出席、小松市のグループホーム連絡会への参加等を通じて定期的に意見交換している。行政担当者から具体的な事例の質問がありホームの取り組みを参考に話し合う機会があり協力関係を構築している。	
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	身体拘束適正化委員会を3ヶ月に一度開催し、運営推進会議でも行っている。GH連絡会主催の研修に参加しミーティングで報告している。目に付くところに「高齢者虐待防止法」のファイルを置いて内容、弊害を認識するように努めている。又、職員で「身体拘束権利擁護推進委員養成研修」を修了しており、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	身体拘束適性化委員会(3ヶ月毎)の開催や外部研修と年2回のホーム内勉強会を受講し、身体拘束・虐待防止について理解を深めている。また自己チェックの実施とともにミーティングや申し送り時に事例を基に言葉使いや見守りケアについて職員間で話し合い具体的に確認している。利用者の生活歴や行動パターン、安全面への配慮など、職員は利用者と共に寄り添い安心感を与えるコミュニケーション(会話中の声の大きさ・トーン等)と見守りケアに取り組んでいる。	自己チェックについては、定期的に継続されることを期待する。

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
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	研修報告会で、参加した職員より報告をうけ、知識を深めている。又、ミーティングでも研修会を行い「高齢者虐待について」普段から話し合っている。虐待が見過ごされていないか、職員が気づく力をもち、些細な事でも情報を共有する、職員間では積極的に声をかけあう等こころがけている。		
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	院内研修に参加し、権利擁護について勉強会を開催し、職員に伝達している。併設施設の医療相談室との連携を取っている。目に届くところに資料を置き職員は把握できるようにしている。		
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	契約時には、重要説明事項の説明および個人情報や、利用料金、サービスの内容、考えられるリスク、医療連携等充分話し合っている。重度化した場合における対応にも事前説明書に基づき説明を行っている。解約時には、その後についてのサポートを理解してもらっている。		
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	介護相談員の訪問があり、気づいた事等教えてもらっている。玄関に意見箱を設置してある。自分から意見を言えない方については、関わりのなかで表情などから、思いを感じる心をもつように努めている。ご家族さんには、面会時やケアプランに署名してもらう時、来所や電話の際に意見や想いを聞き、職員間で情報を共有しケアに反映させている。又、セラビィ便利には担当者が状況を手紙に書いて家族様との親交を深めている。	家族とは職員から話題を提供することで来訪時や電話時に日常的に話しやすい雰囲気作りに取り組んでいる。2ヶ月毎の担当者の手紙・利用者本人の手紙を添えたホーム便りの送付、親睦会の企画、運営推進会議への出席など様々な場面で家族の意見を聞く機会を設けている。介護相談員の報告内容や家族アンケートの回答結果の分析・フィードバックなど利用者や家族の本意を把握し、その意向を運営に反映させている。	
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	職員が意見を話しやすい関係作りに努めユニット毎の申し送りノートやミーティングの時に意見や提案を随時話し合い、検討したり、利用者にとって必要と思われるアイデアなど取り入れている。個別面談を実施し、職員の意見や思いを聞く機会を設けている。	職員との意見交換のための気づきノートや申し送りノート、毎月の全体ミーティングや随時のフロアミーティングでの話し合い、日常における随時の個別での話し合いなど、職員が主体性をもって力を発揮できるよう職員の意見を聞いている。ミーティングでは一人1言を実施している。また年1回の職員ストレスチェックや年2回個別面談を実施している。勤務体制の変更や利用者にとって有用なアイデアを総合的に検討して運営に活かしている。	
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	就業規則のファイルがある。各自の就業規約書があり、疑問に思う事は話し合いの機会を持っている。家庭の事情等考慮した勤務割にしてお互い助け合いの精神で職場環境、条件の整備に努めている。処遇改善にも努め、処遇改善計画書を事務所に掲示してある。		
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	認知症介護初任者研修・実践者研修・リーダー研修、キャリアパス対応研修等、職員の力量に応じて研修の機会をもうけている。毎月のミーティング時キャリアパス研修を行って自己研鑽に励んでいる。		

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
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	3ヶ月に一度グループホーム連絡会があり、日頃の疑問など話し合ったり、グループホーム連絡会主催の勉強会や講師を招いて研修会等にも参加して切磋琢磨している。緊急時のネットワーク体制もできている。		
<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	GH見学時になるべく利用者と面談させて頂き、不安な事や趣味や好みの食べ物等何でも聞かせてもらい、安心して頂けるような関係づくりに努めている。入居の前に顔馴染みの環境を作ったり、状態に応じて対応している。入居前の担当のケアマネや家族からの情報を共有し、その人を理解するようにしている。		
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	担当ケアマネ・高齢者総合相談センター・病院の医療福祉部等からの情報把握。家族の要望や困っている事、不安な事を聞いて初期の信頼関係作りをしている。GH見学時に改めて話を聞き、想いを受け止め安心と信頼される関係づくりに努めている。		
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	ご本人の想いや担当のケアマネ、主治医、ご家族の意見を聞き情報記録を活用し、必要な支援を見極め、検討し、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	入居前の知り得た情報で当たり前の「その人らしさ」を大切に、共に暮らす関係づくりに努めている。家で料理をしていた方には、当施設で職員と一緒に調理をしたり、食事の下ごしらえ、盛り付け等、それぞれに役割を持ってもらい、その方々の得意分野を活かすようにしている。		
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	行事のある時には事前にお知らせしている。代弁者となりたまに外出したり、外泊したりと家族で過ごす時間がもてるよう、家族との関係を見極めながら声をかけている。定期受診等も家族に協力してもらっている。セラピー祭りを開催し家族と一緒に楽しむ機会を設けた。看取りの際は居室で家族と一緒に過ごし、最期を看取る事が出来、家族との関係を大切にしている。		
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	家族や親戚の他、友人等の面会もあり、親戚の法事や葬儀に参加する方もいる。2ヶ月に1回セラピー便りに担当者や本人から家族に手紙と一緒に送っている。本人希望の時には電話をかけて近況報告をしている。家族の協力で外出・外泊・外食など支援して頂いている。好きな物の差し入れや誕生日に手作りのケーキを頂いたり、コロナ禍でもオンライン面会や遠方の家族にはテレビ電話で交流できるように支援している。	利用者の生活歴や関係を把握し、行きつけの美容室の利用やお店での買い物、家族・友人・知人へのハガキ・手紙の送付、電話の取次ぎなど、馴染みの関係継続を支援している。また家族との協力により外出・外泊・外食、法事・葬儀への参加も支援している。もともと隣接するデイサービスを利用していただいていた利用者については、その関係性が維持・継続出来るように支援している。コロナ禍ではオンライン面会やガラス越面会、ベランダと駐車場間での面会等を支援している。	

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
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	何かする時には、なるべく全員で取り組む様にしている(柿の葉寿司、おはぎや季節の行事等)。食事の時も家族のように一緒に食べる事を楽しみにしている。外気浴や散歩の時、利用者さん同士で昔話や季節の話題で盛り上がる様、職員も話題提供し、支援している。仲間意識を自然に持ち、互いが認め合い支えている。		
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	医療処置の継続が必要になり、入院が長期で退去となった方にも面会等継続して行く様にしている。亡くなられた場合には、お参りは必ず行っている。		

### 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	利用者と共に寄り添い関わる時間を増やし、一人ひとりの思いや希望に添えるように普段の会話からの気づきや表情・しぐさ、また家族から情報を教えて頂き、思いや意向の把握に努めている。個人対応に心掛けており、毎月担当者が個人記録シートに思いや変化など記入して職員間で情報共有し、困難な対応には、ミーティングや担当者会議で検討している。	家庭的で穏やかな雰囲気作りと、利用者の隣に座って寄り添い職員から声かけすることで会話する機会を多くしている。またドライブや入浴時などの1対1で話しやすい機会をとらえ利用者からの話を引き出せるよう取り組んでいる。利用者の言葉や表情・仕草等を毎日記録し、毎月担当者がホーム独自の個人記録シート(思い、希望、変化等)にとりまとめて職員間で情報共有している。その情報から把握・推測できる意向・思いを利用者本位で検討している。	
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	ご家族やケアマネなどの情報を参考にして、その方独自の生活観、価値観、個性を知り全体像を把握しケアに活かすようにしている。新規利用については、事前にミーティング等で話し合い、申し送りの場を持っている。本人から知り得た情報等は、全職員で共有できるように介護記録やノート等で申し送りをしている。		
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	バイタルチェックを行い異常の早期発見に努め必要時は主治医に相談の機会をもっている。出来る事に注目しその人全体を知る事に努め、行動や表情からもその人の思いを感じとれるようにしている。朝夕の申し送り、記録やミーティング等で本人の状態をいつでも把握できるように努めている。		
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	普段の会話や行動・表情から本人のしたい事や思いに気づきもち、家族やチームでの意見やアイデア等から担当者がアセスメントを行い個人記録を基にミーティングで情報を共有してケアプランに反映している。又、利用者の状況等、相談して介護計画やモニタリングを作成している。	サービス担当者会議にて家族や関係者と話し合い、計画作成担当者が中心となり利用者の現状・ニーズ(楽しい事、好きな事等)を重視した具体的な目標・支援方法を設定し、介護計画を立案している。利用者毎の担当者を中心に、毎日の申し送りや毎月のミーティングの中で利用者の現状について話し合い毎月モニタリングを実施し、更新時には家族と相談のうえ必要に応じて介護計画を見直している。	ケアプランは本人にまず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	介護記録に記入したり、ミーティングの時にも話し合いの機会を設けている。気づきや工夫点なども職員間で共有できるように、個別記録を活用したり、申し送りをしている。		

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
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	本人、家族の状況に応じて、歯医者、通院、送迎等、必要な支援を柔軟に行っている。買い物に出掛けたり、ドライブに行ったり、その時の状況に応じた生活の継続に努めている。		
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	近くに消防署や警察の派出所があり防災訓練等参加して頂き、連携が取れる様になっている。町内の行事に参加し、地域の方と顔馴染みの関係も出来ている。散歩や買い物等で声をかけてもらう事もある。		
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し、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、家族の希望を大切にしており、入居前からの受診を継続している。家族が受診介助出来ない時にはスタッフが介助している。訪問診療も受け入れ24時間対応が可能で、法人の病院とも連携し緊急時など状況を報告し対応している。家族さんには変化に応じて状態を伝えている。家族の同行受診には受診連絡表に近況を記入し医師に報告してもらっている。	利用者及び家族が希望するかかりつけ医への継続受診を支援している。受診は家族が付き添いできない場合は、職員が知付き添い受診している。ホーム協力医やかかりつけ医の定期往診への移行も支援しており、ホーム協力医による24時間相談体制を確保している。家族の同行受診の際はかかりつけ医・専門医と連携しホームより受診連絡票にて近況を報告し、受診結果をホームへ伝えてもらっている。	
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	法人の訪問看護を利用し協力体制がとれている。看護職員を配置し、利用者様の健康状態の把握、異常時には24時間対応や相談できる体制をとっている。		
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、本人の支援情報に関する情報を医療機関に提供している。面会に行き状態を把握し、病院のカンファレンスにも出席している。入院時は、洗濯物、必要な物品の補充をし、又、早期の退院を目指し、病院の地域連携室職員とも連携が取れている。		
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	利用開始時に重度化に伴う意思確認とターミナルケアの方針を説明している。医師、家族、本人様、スタッフと話し合いをすると同時に、医師からホームで出来る事、出来ない事を見極めながら本人様、家族の希望に沿えるようにしている。その都度状況に応じて、主治医、家族と情報交換・意見交換を行い家族と共にチームで支援し、ターミナルケアも行っている。看取りの際は家族と一緒に看取る事が出来るように支援している。	利用開始時に利用者と家族にホームの方針を説明している。利用者の状態変化があった際は、家族・医師・職員で話し合い、ホームにて「できる事」「できない事」介護方法を説明して、状況を見極めながら利用者・家族の希望に沿えるように取り組んでいる。ターミナルケア対応時は家族・往診医師・法人病院の医師・職員等の関係者が方針を共有しチームでの支援に取り組む体制となっている。協力医によるターミナルケア研修会を実施しており、職員へのメンタルヘルスケア(ストレスチェック)も実施している。	
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	AEDが設置されており職員はAEDの講習を受講している。「緊急時の心構え、対応方法」のファイルが用意しており、いつでも見える所に置いてある。機器の取り扱い等についても、勉強会を開いている。いつでも対応が取れる様に電話の所にも緊急時の連絡先が分かるようになっている。		

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
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	運営推進会議等で、地域の方と話し合いの場をもち協力体制がとれるようになっている。また、粟津駅前派出所からも参加して34と同様な対応と共に、事故発生時の対応フローチャート、併設病院と緊急時の連携体制がとれている。「行方不明者発覚時の対応マニュアル」がありミーティング等で学習する機会をもっている。(全体像がわかる写真も用意している)。消防の救急隊員による応急手当てや初期対応の訓練を定期的に行っている。	緊急時対応・行方不明発生時対応のマニュアルを策定し、研修を通じて職員へ周知している。また事故発生時フローチャートは事務室の見える場所に掲示しており、職員がいつでも確認ができるように整備されている。職員は誤嚥や転倒への初期対応や、年2回の防災訓練時にはAEDを使った救命講習を受けており、健康管理における看護師への問い合わせや、緊急時の併設病院との応援・連携体制が構築されている。事故発生時の情報提供ファイル(利用者別)も作成し備え付けている。	
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	法人の粟津神経サナトリウム、訪問看護、南部第二高齢者総合相談センターにより支援体制が確保されている。訪問診療も行って対応する事も可能である。法人間で交流のある第二松寿園とも協力体制ができています。	協力医療機関は、法人系列の病院とホーム提携病院により医療協力体制が確保されている。また協力医療機関とは訪問診療・看護においても連携している。介護老人福祉施設については、法人間で交流のある特別養護老人ホームとバックアップ支援体制が確保されている。職員は協力医療機関での勉強会に参加し日頃より交流している。	
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	夜間は各ユニットに1名づつ(2名)の勤務体制となっている。緊急時にはお互いピッチで連絡し協力している。利用者の状態の変化に応じて、臨機応変に複数の職員で対応する事もある。隣接の系列病院とのホットラインや訪問診療の応援体制も出来ている。	夜間は各ユニット1名(合計2名)の勤務体制となっている。緊急時には、ユニット相互に連絡する協力体制となっている。また隣接の法人系列病院とのホットラインや、近隣に居住している職員の応援体制が構築されている。事前に利用者のその日の体調・症状によって懸念が有る場合は、申し送り時に注意事項を確認し、場合によっては夜勤者が1名増員され合計3名の体制をとる等、柔軟に対応している。	
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	消防署指導のもと、定期的に避難訓練(夜間想定)を行っている。運営推進会議等で災害について話し合い、防災訓練では地域の方に協力を依頼し、「見守り」をお願いしている。火災報知器、スプリンクラー等の設備が整っている。元消防職員が防災担当となり災害の対応・管理の指導や機器の取り扱いについて勉強会を開いている。	ホーム内に防災担当者(消防出身)を置いている。年2回(夜間想定)消防署立ち会いのもと避難訓練を行っている。訓練には近隣住民の参加も得て役割を確認している。ホーム独自でも年2回訓練を行い、水災や震災が発生した際の対応について訓練している。自動通報装置の連絡先には、ホーム・法人職員に加え近隣住民も登録されている。地域の防災訓練にも参加し、地域との協力体制(避難経路・場所や役割分担等)が構築されている。	
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	非常用の食料、ポータブル、防寒装備等の備蓄品は隣接する系列病院で管理されている。災害対応マニュアルも整備しており、法人からの支援隊の協力体制も出来ている。	火災・各種災害対応マニュアルが整備されており、自動火災通報装置・火災報知器・スプリンクラー等の防災設備の作動点検が実施されている。食料・飲料・防寒装備・ポータブルトイレ等の備蓄品はホーム独自で準備しており、隣接する系列病院でもリスト化され確保されており、利用者の安全確保の体制が構築されている。地域の防災拠点(福祉避難所)としての役割も担っている。	
<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	個人情報保護マニュアルがあり、個人情報保護の理解に努め、スタッフは秘密保持の徹底が図られている。また、利用者様の尊厳や、プライドを大切に、呼称にも配慮しており、命令口調や大声を出さない様にしている。又、さりげない言葉かけ等に配慮した対応が出来る様に常に話し合っている。接遇についての研修も行っている。	研修やミーティング、職員のセルフチェック等で利用者一人ひとりの人格尊重・秘密保持、接遇方法を徹底している。ミーティングでは事例をもとに言葉使いについてホームのスタンダードを示している。声かけ時の声の大きさ・トーン、呼称への配慮、特に排泄誘導時や入浴時にはプライバシーとプライドを損ねないよう利用者に合わせて対応に取り組んでいる。居室のドアの開閉時のノックや声かけ、職員間の申し送り・打ち合わせの際の場所やタイミング等も配慮している。	

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
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	普段からの関わりを大切に、個々の力に合わせた説明をし、可能な限り自身で決定をして頂いている。言葉で表せない利用者様には、表情やサイン等で想いをくみ取り職員が気づくことにより自己決定が出来る様に支援している。		
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	生活全般において強制ではなく個人の意思に任せ、個別の対応を心掛けている。一人ひとりの体調に配慮しながらその日の本人の希望を大切にしている。		
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	本人の気持ちに添った支援を心掛けている。自己決定の出来ない方には、その方の想いに近づける様な支援に取り組んでいる。(例えば服を何着か用意して好きなものを選んでもらったり、選択できるようにしている。)		
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	献立は利用者の希望を聞きながらメニューを考えている。調理、盛り付け、片付け等利用者と一緒にしている。職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事が出来るよう雰囲気作りにも気を配っている。旬の食べ物にも配慮し、食材を見たり、触れたりして季節を感じてもらう事もある。重度の方にもムース、ミキサー等食事の形態に工夫している。テーブルには、季節の花を飾りゆったりとした音楽を聴きながら食事を楽しんでいる。	平日は栄養士が作成し、日祝祭日は利用者の希望リクエストと管理栄養士の意見を聞き献立を決めている。食事は旬の食材・畑で取れた野菜・おすそ分け食材等を活かしている。簡単な調理や盛り付け・準備・後片付けなど、利用者はできる事・やりたい事を職員と一緒に能動的に行っている。食卓は季節の花が飾られており、職員も一緒に穏やかな雰囲気の中で食事を楽しんでいる。季節の行事食(柿の葉寿司、おはぎ作り等)やおやつ作り、家族との外食や居室での食事など利用者が楽しみとなるよう支援している。	
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	むせのある方には、水分にトロミを付けている。定期的に水分補給している。義歯の無い方には、食材を柔らかくしたり、食べやすい大きさに切る等個別に対応している。毎月体重を測り増減も把握している。体調・病気等に応じた食事内容を提供している。		
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	歯科衛生士による研修に参加し、口腔ケアの指導を受けている。個々の口腔内に応じた歯ブラシ、粘膜ブラシ、歯磨きやうがいをしている。磨き残しのある利用者様については、一緒に磨き、常に口腔内の清潔に努めている。眼前に義歯を外しボリデント洗浄を行っており、歯ブラシやうがいコップを消毒乾燥させ清潔に保つように心掛けている。		
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	オムツ使用の方でもトイレでの排泄を試み、個々のトイレ誘導の必要性を適切にアセスメントし、その方の排泄のサインを見逃さない様にしている。失禁した場合等、さりげなく対応するように心掛けている。オムツ交換時は陰部洗浄を行い清潔を保っている。	全利用者について生活習慣や排泄チェック表により排泄パターン・体調を把握している。必要に応じた声かけ誘導・見守り後始末のチェック、利用者と話し合いながら介護用品(パッド、紙パンツ等)の活用によって、利用者の能力に合わせて自立したトイレでの排泄を支援している。夜間も利用者の状況を確認しながら見守り・声かけ誘導・歩行介助により利用者の身体状況に無理のない排泄を支援している。	

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
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	排便チェック表で排泄パターンを把握し、日頃の関わりの中でサインを見逃さないようにしている。排便が無い方にはこまめに水分補給をしたり牛乳等の乳製品や青汁・オリゴ糖など工夫して摂ってもらっている。日中の体操等も行っている。夜間は廊下・トイレは人の気配で電気がつく様になっている。認知症の方でも「トイレ」と表示して排泄のとき困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	香りの良い、透明できれいな色の入浴剤を使用したり、個人のお気に入りのシャンプーを使用している方もいる。入浴時間も利用者様によって違い、一人ひとりに合わせた入浴支援を試みている。言葉掛けや対応の工夫、着替え等一緒に準備したり、車イスの状態になっても浴槽に入れる設備が整っている。週4回(各ユニット2回)で利用者の希望に応じて入浴のタイミングを見極めている。	フロア1Fは機械浴、2Fはタイル張りの個浴であり、週4回(各ユニット2回)お風呂を沸かし、利用者の希望に応じて週2回程度の入浴を支援している。健康状態・体調に合わせて、シャワー浴や足浴・清拭への変更など柔軟に対応している。入浴剤や菖蒲湯・ゆず湯等の季節のかわり湯、利用者の好みのシャンプーの使用など入浴が楽しめるよう工夫している。入浴を嫌がる利用者についても、言葉かけや対応の工夫により利用者のタイミングに合わせた入浴を支援している。	
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	なかなか眠れない方にはホールで話をしたり温かい牛乳やお茶を飲んで貰っている。日中の活動を促し、散歩に出掛けたり、外気浴に参加したり、生活リズムを整えて昼夜逆転にならない様に努めている。		
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	個人個人の薬のファイルが見やすい場所に用意してある。処方変更があった場合、職員に申し送りし、連絡ノート等で伝え、症状の変化を観察している。状態の変化がみられた場合は、医師に報告し指示を受けている。		
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	調理が好きな方は食事の用意、洗濯物たたみ、ごみ箱作りや新聞の整理など皆さんそれぞれ役割をもち生きがいとなっている。趣味の分野でもご自分の得意な事や好きなこととして気分転換を図っている。		
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	利用者の個別の希望に応じて近所への散歩や買い物などの外出を行い、日常的にもホーム内の庭で花を見たり、果実の収穫をしたり、近所の公園などに出掛けている。また、家族の協力により、外泊・外出・外食など支援して頂いている。季節に応じてドライブ等へも行く機会が持てるようにしている。	利用者の個別の希望に応じて、日常的に近所への散歩やドライブ、買い物、行きつけの美容室などへの外出を支援している。ホーム内の畑の収穫(シークワサー、いちじく等)、ホームの庭や隣接する系列病院の庭、近所の公園での草花散策や、花見や紅葉狩りなど、普段は行けないような場所へ少人数で外出するなど、家族や地域の協力を得て外出支援に取り組んでいる。また家族との外泊・外出・外食も積極的に支援している。	
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	金銭管理帳があり、個々に応じた金銭の額、用途に関して家族と相談している。領収書は家族に渡している。買い物の時は、ときに支払いをしてもらう事もある。家族の協力を得て少額のお金を持っている方もいる。		

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
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	電話がかかってきたり、本人がかけて欲しいと希望された時には支援している。オンライン面会やテレビ電話を活用しお互いに顔や声を聞き安心して家族との繋がりを大切にしている。セラピィ便りと一緒に本人が家族宛に書いた手紙を送る事もある。		
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	季節感を感じられる様な写真や利用者様が作った貼り絵等季節に応じた物を貼っている。食堂のテーブルには季節の花々等飾っている。居間にはソファがあり配置や雰囲気づくりなどゆったり過ごせるよう配慮している。大型の加湿器を設置し、温度調整や定期的な換気で空調管理している。	共用空間は、温度・湿度・採光・換気などが適切に管理されている。リビングには、利用者の意見も聞いて、季節の花(アレンジフラワー)や写真・貼り絵を飾るなど、穏やかな飾り付けが工夫されている。トイレや浴室はリビングから離れた場所にあり、プライベートが保たれる構造となっている。机やソファの配置・雰囲気作りなど、利用者にとって快適でゆったり過ごせるよう随所に工夫がなされている。	
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	居間にはソファやそれぞれ好みに応じた椅子が用意してある。フロアから中庭も眺められ花を愛でたり、外気浴が出来る様になっている。仲の良い利用者様と一緒にくつろいだり、一人用ソファを活用したり居場所の確保の工夫をしている。		
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	入居時に使い慣れた馴染みのものを持って来て頂いて、居心地良く過ごせるように配慮している。居室にテレビを置き自分の好きな番組を観ている方や、自分で作った作品やアレンジフラワー、又、家族の写真や家族からのプレゼントの品物を大切に飾っている方もいる。	全室が掃出し窓のある洋室で、洗面台・ベッド・クローゼットが備え付けられている。利用者は、それぞれ好みの物や馴染みの物(テレビ・仏壇・タンスなど)を持ち込み、家族の写真を飾るなど、安心して居心地よく過ごせるよう居室作りを支援している。また利用者の身体状況・安全面にも配慮した家具の配置(ベッドの向き、エアコンの風当たり等)も工夫されている。ベッドが嫌な利用者は床に布団して寝床をしつらえて利用者の希望に対応している。	
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	廊下、トイレには見やすい赤色の手擦りが設置しており、夜間も廊下は電気が点き、安全な対応になっている。建物内はバリアフリーになっていて車イスの方でも安全に移動できるようになっている。車イスの状態になっても洗面所、トイレ、浴室も十分スペースがある。		