

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 | 1772300131 | | |
| 法人名 | 有限会社 花街道 | | |
| 事業所名 | グループホーム 花しょうぶ | | |
| 所在地 | 石川県能美市寺島町153番地 | | |
| 自己評価作成日 | 令和6年1月31日 | 評価結果市町村受理日 | 令和6年4月2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番地2 サンライズⅢ106号 |
| 訪問調査日 | 令和6年3月8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)】

ホーム内の清潔を保ち感染症を出さないことに力をいれております。建物はそれ程豪華ではありませんが利用者様は少人数であり一人ひとりに目を配り、細やかな配慮ができます。建物が豪華ではない分、職員の質が問われると思っております。利用者の清潔にも気を配り、衣類は毎日洗濯して清潔な着衣を心がけています。高齢者施設にありがちな特有の臭気の排除を徹底しています。もう一つは、食事です。宅配業者を使用せずに買い物、調理、盛り付けなどを手作りで3食準備して提供していることです。

【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、「利用者の尊厳・家族の安心・地域との交流」を理念に掲げ、その実現に向けて職員全員で取り組んでいる。コロナ禍で地域との交流が自粛されているが、日々の挨拶や会話、野菜の差し入れ、町内行事の左義長、敬老会への参加、自衛消防団との合同訓練等、今まで培ってきた地域との協力関係は失われてはいない。ホームドクターとの信頼関係も構築されており、常時相談や指示が受けられ、適切な医療が受けられる体制が出来ており、利用者本人や家族の安心に繋がっている。また、毎月、ホームから利用者の生活状況や活動内容を家族にお知らせすることにより、家族との信頼関係の構築に繋がっている。

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 | 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

[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 | 誰もが日々確認できる場所に掲示し、表現を簡略にして実践している。 | ホームの理念(利用者の尊厳・家族の安心・地域との交流)はリビングに掲示している。職員には会議や日々の業務の中で周知を図っている。 | |
| 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 | コロナウィルスの影響が大きく、以前行っていた運動会などは地域の方々をお呼びできなくなったが、町内の左義長、敬老会には入居者数名と参加させてもらいながら交流を行っている。また、近所の方との日々の挨拶、会話や野菜の差し入れをいただいたりは変わらずにある。 | コロナ禍のため、以前のような住民との交流活動は自粛しているが、左義長や敬老会には参加している。近所の人との挨拶や会話、野菜等の差し入れ等は変わらず継続している。 | |
| 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 | 運営推進会議も書面での報告となっているため、実際の事業所の様子や入居者との交流もお伝えづらい状況にはなっている。しかし、町内の散歩等を行うことで挨拶、会話と繋がることが多いため、その際に状況の報告をするようにしている。引き続き再開を検討していく。 | / | / |
| 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 | 感染症の観点から運営推進会議を開催できず、文書による書面報告で対応している。状況を見て再開を検討する。 | コロナ禍のため、書面での報告で対応している。今後は、従来のような会議を実施する予定である。 | 報告書については、行政だけではなく会議のメンバーにも送付されることを期待する。 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 市役所庁舎が距離的に近く、足を運ぶことが多い。運営推進会議では市職員に毎回同席をお願いしていた。事案の判断に迷うときは指導を仰ぐことが多い。 | 市担当者とは常に相談や意見交換、指導を通して連携を取っている。 | |
| 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カ月に1回定期開催し、身体拘束をしないサービス提供の実施に努めている。また職員に対して外部研修も状況に応じて受講しており、年に1回以上勉強会や資料提供を行い知識を深めている。 | 年4回の身体拘束適正化委員会の実施と外部研修の受講、ホーム内の学習会を行い、拘束に対する職員の知識アップや意識の向上を図り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 委員会の議事録を整理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 | 外部の研修は状況に応じて受講し、その報告を兼ねて定期的に勉強会の開催や職員へ資料提供を行っている。また申し送り時など職員間で異変などの情報交換を行い日常的に虐待を防ぐように心がけている。 | | |
| 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 | 職員の中でも知識に差があるので今後、外部研修や勉強会などで知識を深められる体制を整えていき、関係者とも相談していきたい。 | | |
| 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 | 締結の際には契約書や重要事項説明書を用い理念やサービス内容・個人情報の取り扱い管理方法などについて詳しく説明を行い、理解や納得をして頂けるよう努めている。 | | |
| 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 | コロナ禍で面会制限もあり家族と接する機会も減少したが電話連絡、面会時に意見・要望を聞く機会を設けている。月1回利用者様の状態、ホームで行った事などお便りでお知らせしている。また年に1回、家族にアンケート調査を行い頂いた意見を参考に運営に反映させている。 | コロナ禍で家族の面会が減少しているが、電話や毎月のホームから利用者の活動や生活状況をお知らせし、意見等を聞いている。又、年1回家族アンケートを実施し、出された意見等をサービスの向上に活かしている。 | |
| 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 | ケアプラン検討会議でケアに関する事に留まらず、運営に関しても職員に自由に発言してもらっている。意見、提案は充分に反映させている。キャリアパスの項目にもあり、各自に提出してもらっている。 | ケアプラン検討会議や日々の業務の中で、職員の意見や提案を聞いている。出された意見等は職員間で検討し、業務の改善やサービスの向上に繋げている。 | |
| 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 | 給与等職場環境に対して、他のグループホームの状況に劣ることがないように整備に努めている。また資格手当の充実やサービス残業ゼロを推進している。 | | |

| 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 |
| 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 | 管理者はホームに常駐し、個々の職員の能力把握に努めている。また資格取得や研修受講の支援も行っている。研修開催状況もだいぶ緩和されてきており、必要な研修には積極的に参加している。 | | |
| 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 | コロナ禍で同業者との交流は実施できていないが、電話等での情報交換や相談などは行っている。 | | |
| 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 | 事前情報から利用者様の状況を把握し、本人のお話を丁寧に聞き信頼関係に構築に努めている。また職員にも同様に接するように指導している。 意志疎通が難しい方についても家族から情報収集を行い本人が安心して過ごせるように努めている。 | | |
| 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 | 初期段階で家族の困っていることや不安を傾聴する。お話から得た情報は職員間で共有し、日々のケアに活かしている。また家族の来所時にご本人の様子をお伝えしたり、新たな相談事をお聞きしたりしている。、月1回郵送しているお便りやお手紙、写真でも利用者様の様子が伝わ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 | 空室があるときは、試験的に入所して頂き、本人や家族の反応を見極めることもある。申し込み時に緊急を要する場合は他の事業所、施設を紹介することもある。 | | |
| 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 | 職員と利用者様が一緒に洗濯物たたみや縫物、料理や掃除の一部などを行うなどしている。人生の先輩として家事ひとつのやり方にもいろいろ教わることもあり相互の関係を築いている | | |

| 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 |
| 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 | ご家族様の来所時や電話等で利用者に関する情報交換を行い、また月1回のお便りや手紙の郵送するなど、ご家族と共に協力して支えていける関係作りに努めている。 | | |
| 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 | コロナ禍により自粛している状態であるが、利用者様の家族や親族はもとより、レクリエーション等を通じて関係性ができた地域の知人との交流も大切にしています。 | 家族や友人の来訪、公園や足湯への外出、行事等を通じてできた地域の方々との交流が少しずつ増えてきており、関係継続の支援に繋がっている。 | |
| 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 | 利用者様同士の相性も考慮し、座席などにも気を配っている。また大量の洗濯物たみなど利用者様同士、協力しながら行う家事作業や集団で行うレクリエーションを通じて関係が深まるような支援をしている。 | | |
| 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 | 転所した場合は、転所先に尋ねていくこともある。転所後死亡された場合は葬儀に出席することある。 | | |
| 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 | 自身の意向の表現が可能な方は、積極的にコミュニケーションをとりその意向を大切にしている。また表現が難しい方は日々の観察の中からヒントを得たり、ご家族から情報を得たりして本人本位ケアにむけて活かしている。 | 職員は日々の関わりの中から利用者の思い、意向を把握するようにしている。出来るだけ1対1の場面を設定して本音を掴むようにしている。コミュニケーションの困難な方は日々のケア場面から観察・推測するように取り組んでいる。 | 1対1の場면을今まで以上に意図的に設定されて、利用者とのコミュニケーションを推進されることを期待する。 |
| 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 | 入所時にできるだけのことを本人及びご家族に書面にして頂くが、何らかの事情がある方は入所後時間をかけて、生活歴等を聴取し、より良いサービスにつなげるようにしている。 | | |
| 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 | 日々の生活の状況や運動、レクリエーション時の状況など注意深く観察し、変化があれば記録や申し送りなどで職員間で情報共有して現状把握に努めている。 | | |

| 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 |
| 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、ご家族の意向に耳を傾け、ミーティング時やケアカンファレンスなど職員間で情報共有、目標設定して意向に沿った介護計画を作成している。 | 家族の意向を確認し、毎月のケアプラン検討会議で話し合いプランを作成している。本人の好きな事、したい事を重視した内容のプランになるようにしちる。 | 作成されたプランは必ずまず本人に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 | 各個人別ファイルがあり、毎日の生活の記録ファイルもある。これらを毎日の申し送りに活かし、介護計画にも活かしている。原則毎月3人ずつケアプラン検討会議を開催している。 | | |
| 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 | 日々の散歩や当ホーム主催の運動会、クリスマス会等を行い、生活が楽しくなるものになるように取り組んでいる。重症化した利用者様には、主治医の頻回な往診をお願いしている。 | | |
| 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 | コロナ禍で現在は難しいが以前は地域の小学校の総合学習での訪問や、保育園の散歩で毎回当ホームに立ち寄り利用者さまと触れ合うことがあった。 | | |
| 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 | 月1回ホーム提携医の往診によって利用者が適切な医療が受けられるよう支援している。状態変化がある時には主治医と適切に連絡を取って受診を行っている。 | ホームドクターによる月1回の訪問診療を実施し、いつでも相談や指示が受けられる体制が構築されている。専門科の受診については、家族をお願いしている。 | |
| 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 | 週に1~2回、看護師が出勤しており毎週、入居者全員の状態確認して指示、助言をもらい対応している。受診や入院の際には看護師が介護記録を通しての情報提供を行っている。 | | |
| 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。 | 医療契約先はかかりつけ医の他に総合病院もある。病院関係者にはホーム内でのADLや生活状況、入院に至るまでの経緯も書式があり詳細に報告している | | |

| 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 |
| 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 | ホームとご家族とご意向や方針について充分に話し合うようにしている。ご家族がおられない方は成年後見人等とも充分に話し合っている。また医療面についても主治医や看護師等と連携しながら適切な支援ができるように努める。 | 利用契約時に、重度化した場合や終末期の対応について家族に説明をしている。看取りを希望された場合は、主治医、看護師、家族、管理者と今後の方向性やホームでの支援内容について話し合い、家族の同意のもとで実施している。看取り終了後は、必ず振り返りを行っている。 | |
| 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 | 緊急時のマニュアルを整備している。また定期的に勉強会や 応急手当の初期対応の訓練 も実施している。ヒヤリハット、事故報告書を活用しミーティング時など改善策など意見交換して再発防止に努めている。 | | |
| 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 | 緊急対応のマニュアルを整備、家族連絡先や連携医療機関連絡先も電話の横や中央の部屋の2か所に設置してある。 | 緊急時の対応マニュアルは整備されている。急変時での、ホームドクター、管理者、職員の支援連携体制ができている。 | 誤嚥・窒息の初期対応について、実技訓練を定期的実施されることを期待する。 |
| 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 ・たつのくちクリニック ・村本クリニック ・芳珠記念病院 ・寺井病院 ・山上歯科医院 | 協力医療機関や介護老人福祉施設等との支援体制は確保されている。 | |
| 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 | 夜勤者は1名体制。管理者は近隣に住んでおり緊急時には10分以内に駆けつけることが可能。一部の従業員も近隣に住んでいる。また緊急連絡網も整備している。 | 夜間は1名の勤務体制である。職員も近隣に多く居住しており、緊急時に対応できる体制が由来している。管理者も近くに住んでいる。 | |
| 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 | 災害避難マニュアルを整備。訓練は年に2回実施しておりうち1回は消防署員を派遣していただき連携している。また左義長の日にも地区の自衛消防団と訓練します。 | 年4回、避難訓練を実施している。そのうち1回は消防職員の指導の下行っている。また、夜間想定でも行っている。左義長の日には、地区の自衛消防団と合同訓練を実施している。 | |
| 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 | 緊急時には災害避難マニュアルの活用や市とも連絡をとり合い、迅速安全な避難ができるように備えている。また避難に必要な物品を一部備蓄してある。 | 災害時の対応マニュアルは整備され、職員に周知している。また、災害時に備えて水、食料品等を備蓄している。 | |

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| 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 |
| 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 | 人格尊重、誇りやプライバシーの損壊がないように対応している。排泄時や入浴時なども本人が不快に感じないように配慮している。また声かけに対しても人生の先輩として敬意を払うようにしている。 | 利用者の尊厳を守る事を重視したケアや対応に取り組んでいる。特に排泄や入浴時における言葉使いや対応、日々の関わりでの言葉使い、プライバシーに配慮した対応など、利用者一人ひとりの人格を尊重したケアを行っている。 | |
| 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 | 自身の意向の表現が可能な方は、本人の希望を尊重している。また表現が難しい方は日々の言動や行動の中からくみ取ったり、ご家族から情報を得たりして自己決定の支援を行っている。 | | |
| 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 | 出来るだけ、本人の希望にそえるよう努めているが、コロナ禍による制限や時間的、人間的にも難しいことがあるが可能な範囲で今できることを行うようにしている。 | | |
| 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 | 本人の生活習慣や好みに合わせて自分で選べる方には行っていただいている。自分で選べない方には家族が選んだものを着て頂いたり、家族からの情報から適切なものをきて頂いたりしている。 | | |
| 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 | 食材の下準備やテーブル拭きなど手伝っていただいている。また利用者様と一緒に採った山菜なども食事に出すこともあり大変喜ばれている。また旬の食材や利用者様の希望をメニューに取り入れるようにしている。 | 献立は、利用者のリクエストや旬の食材を出るだけ採り入れるようにしている。利用者は出来る範囲で下ごしらえや準備、後片付けを手伝ってくれている。季節の行事食も行っている。差し入れの野菜等もメニューに活かしている。 | |
| 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 | 利用者それぞれに合わせた盛りつけや適切な量、食事形態にも配慮している。献立や食事・水分摂取の記録をとり、食の好き嫌いの把握にも努めている。症状で食が進まない利用者もおり食べて頂ける工夫や飲んでもらえる工夫も職員間で情報共有しながら行っている。 | | |

| 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 |
| 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、口腔ケアを行っている。自身でできない方には介助して行っている。口腔ケア、誤嚥性肺炎のリスクなど勉強会も行っている。 | | |
| 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 | 排泄の記録表があり利用者様ごとに排泄パターンの把握に努めている。日中、深夜問わず排泄パターンを参考にして極力トイレでの排泄を支援している。 | 利用者個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。トイレへの誘導は他者にわからないように行い、利用者のプライドやプライバシーを損ねないように配慮している。 | |
| 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 | 排便の記録表があり利用者様ごとに排便パターンの把握に努めている。利用者様の尊厳を損なわない範囲で便量、形状も確認させて頂いている。水分量の調整や運動などで極力自然排便を促しているが訪問医や看護師と相談の上、下剤を使用することもある。 | | |
| 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 | 入浴日は決まっているが、利用者様の希望や状態に合わせた入浴体制をとっている。心身の状態に合わせて、入浴日の変更を行うなど、柔軟に対応している。 | 利用者一人ひとりの希望に出来るだけ対応するようにしながら、週2回の入浴を支援している。入浴を拒む方には、無理強いをせず柔軟な対応を行っている。 | |
| 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 | 利用者様が眠れないときは一緒に過ごしたり、TVを見たりしてゆっくり過ごして頂くこともある。また部屋の温度や湿度にも注意を払っている。極力昼夜逆転しないように日中の運動やレクリエーションなど提供し生活リズムが整うように支援する。 | | |
| 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 | 職員が利用者様が内服している薬の目的・用法・副作用を見れるように個人ファイルに薬剤情報を綴ってある。また薬の変更、追加時にも申し送りや業務日誌に記録し把握に努めている。 | | |
| 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 | ご本人からの聴取やご家族からの情報から生活歴や趣味などを把握し食事の準備、後片付け、洗濯ものたたみ等のお手伝いや、趣味の散歩、山菜採り縫物など役割を担うことにより楽しみ、自己有能が得られるように支援します。 | | |

| 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 |
| 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 | 現在はコロナ禍により自粛しているが以前は散歩、ドライブなど日常的に行っていた。またご家族にも帯同してお出かけして頂くようお願いしていた。現在もホーム周辺程度の散歩は天候に合わせて行っている。 | コロナ禍で積極的な外出は自粛しているが、散歩や日光浴、町内行事の左義長、敬老会等にでかけている。今後は外出の機会を増や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 | ホーム近隣にコンビニやスーパーなど商業施設がなく、現在コロナ禍のため遠方へ買い物も行けず現在一旦、金銭管理を中止しております。以前はお金をもつての買い物や金銭ノートもありました。 | | |
| 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 | 利用者様、ご家族の希望があれば、職員の介助にて電話の取り継ぎをしている。文字を書くことが可能なご利用者様であれば手紙の対応できる。 | | |
| 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 | 当ホーム周辺は自然が多く、利用者様も菜園や草木がお好きな方も多し。玄関・居間等には季節の花を飾り、トイレには脱臭機器を設置、清掃も行き届いている。冬季は薪ストーブ、床暖房、トイレは暖房便座などで寒さ対策をしている。 | 玄関、リビングには季節の花を飾り、冬期は床暖房と薪ストーブで心地よい暖かさを提供している。利用者一人ひとりの生活のリズムを大切に、ゆったり、のんびりと過ごせる環境づくりに配慮している。 | |
| 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 | 利用者同士の間関係に配慮し、関係が悪化した場合は迅速に食卓の席替えを行うようにしている。また自由に自室と居間に行き来したり、TVの前にTV好きな利用者様の席を作りお話ししながらTVがみられるように配慮したり思い思いに過ごして頂いている。 | | |
| 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 | 本人が入所前に使用していた筆筒、物入等の持ち込みを奨励している。ホームでのレクリエーションでの創作物やイベント等の写真もご本人の部屋に飾っている。 | 家族には馴染みの物や使い慣れた物を持って来てもらうように働きかけている。本人にとって居心地の良い空間になるように気を付けている。 | |

| 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 |
| 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 | 1人1人の能力に合わせて歩行車などの福祉用具や廊下には手すりを設置。トイレや自室ドアには大きく表札を設置し迷うことを防いでいる。またできる範囲で家事など手伝ってもらうことがリハビリにもなっている。 | | |