

### 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	1296900051		
法人名	株式会社相生		
事業所名	ゆうなぎ白子		
所在地	〒299-4216 千葉県長生郡白子町幸治3079-3		
自己評価作成日	令和5年12月30日	評価結果市町村受理日	

**【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)】**

お客様の個別ケアの実施は当然として、ご家族に対しても入居までの経緯・思いや考え、その心に寄り添った対応ができるように心がけ、お客様・家族の意見を真摯に受け止め、日々ケアに努めている。
---

※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.osei-tsumugi.com/product.html">http://www.osei-tsumugi.com/product.html</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NPO共生
所在地	275-0001 千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	令和6年1月24日

**【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、「自分がされて嬉しいことをし、自分がされて嫌なことはするな」の精神が全職員に行き渡っている。入居者の要望を可能な限り実現するようにしている。例えば、入居者が通院する際に代表者が同行する時は、入居前からよく行っていた餃子の店に行くようにしている。普段あまり食が進まないが餃子の店では一生懸命に食べる。また、普段は表情に乏しいが、通院前になると生き生きとソワソワする様になる。利用者アンケートに「社長自ら手作りおやつや食事のおかずを作ってくれる」とあるように、10時のおやつには、お店に出ているような、歯のない入居者でも口の中に入れるとろける芋羊羹や、3時のおやつには手製のプリンが出てくるので、入居者は皆さんリクエストが多くなる。時には面会の家族にもお土産として持ち帰って喜ばれている。
--

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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	
56	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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	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
57	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:18,38)	○	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	64	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	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	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
59	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:36,37)	○	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	66	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
60	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:49)	○	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	67	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
61	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	68	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
62	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
<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	「私たちの考えるグループホームは別に特別なことをする訳では無く、普通に生活をする”場”です」として、会社案内パンフレットに謳い、渉外担当者は広報広聴営業活動に努めている。※感染予防の観点から、新規ならびに従前取引先、親密先への訪問については行わなかった。	入居者の要望を可能な限り実現するようにしている。例えば、ある入居者の場合、通院の際に代表者が同行する時は、入居前からよく行っていた餃子の店に行くようにしている。普段は食事をしても飽きて席を離れてしまうが、餃子の店では一生懸命に食べる。また、普段は表情に乏しいが、通院前になると生き生きとソワソワする様になる。	
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人として日常的に交流している	日常的な交流としては、散歩を日常的に実施し近隣住民とあいさつを交わす、外食時に近隣同一地区飲食店の利用に努めている。また、お客様出身地区飲食店の利用を図り、交流に努めている。※感染予防の観点から5類移行後も、本年度外食は実施していない。	新型コロナウイルス感染症流行の影響で地域との繋がりが激減しているため、食事のおかずを使用する魚や野菜等は近隣の商店を利用している。その他日常的な交流は、散歩の時に挨拶を交わしたり、回覧板が来たときに挨拶する程度である。入居者は近くの職員の家庭菜園へ一緒に行って楽しんでいる。	
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	令和2年2月以降、新型コロナウイルス感染症流行に伴い、外部との交流を回避している関係上、地域の人々に向けた取り組みが実施できていない。		
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	新型コロナウイルス感染症流行下において、外来ならびに面会を制限している中、国の通知を踏まえ、前年度末に今年度は情勢を見ながら開催することとし、本日現在開催に至っていない。	コロナの影響もあり、開所以来運営推進会議を実施していなかったため、行政から当面は書面開催でも良いが早めに対面開催するように指導があった。感染症問題が終了したら、行政、地域包括、社協、町会長、消防団関係者等をメンバーとして、早めに開催する予定を組んでいる。	
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	入居に係わる相談や空き情報など相互に連絡を取り合っているほか、疑義照会、困難事例等については、電話のみならず、面談等の申入れをなし、意思疎通に努めている。※感染予防の観点から、電話・電子メールを多用し、面談は1.2度。今年度は当ホームに訪問による実地指導があり、より深化した。	入居者の中に生活保護を申請し受給している方がいるため、行政の担当者と協力しながら支援をしている。7月に入居者が屋根から転落する事故があったため、事故報告等のやり取りがあり、行政の担当者が定期的に来訪している。運営推進会議に関しても実地指導があった。	
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	センサーやネットワークカメラ(3台)の設置によって行動予測を行い、職員間の声かけを徹底。外来並びに面会の制限を実施しているところ、玄関の常時施錠を実施。ターミナルケアを実施するにあたり、認知症の進行により点滴の抜針・酸素マスクを外してしまうなど、生命または身体が危険にさらされる可能性が高いと判断した場合に限り、ご家族の同意を得たうえで行うように取り決めている。	全体会議の中で2か月に1回身体拘束をしないケア等テーマを決め、資料を配布した研修を実施している。例えば、支援条件が大きく変わった時など、プラン変更に伴う介護の仕方について、身体拘束にあたらぬように共有している。訪問調査に伺った時から帰るまで、玄関の施錠はしておらず、門扉も解放されたままだった。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	全体会議において、高齢者虐待に関する研修を行っている。また、日々の業務の中で職員が言動について考え、職員間で注意喚起、適宜サービス担当者会議で都度周知徹底をしている。※感染症予防の観点から、全体会議の実施は1回。朝夕礼(申送り)時に資料の配布と説明を繰り返す、少人数毎に研修を実施するなどして全員受講できるようにしている。		

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
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	職員はお客様やご家族とのヒアリングを通じて、制度の対象になると思われる事案の際に、速やかに管理者・代表者に相談するよう取り組んでいる。代表者はそれを受けてお客様のご家族との面談を実施するなどしている。職員についてはこうした実践を通じて学んでおり、管理者については現実のケースに即して習熟しており事例も豊富である。		
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	入居に前置して、重要事項説明書、契約書の条項など概ね2ないし3時間程度かけ十分に理解を得てから締結するよう取り組んでいる。条件、約定の変更、改正、改定の際には、入居に前置して実施している水準と同じく実施している。		
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	往診・通院後には、状況や体調変化について報告をしている。連絡方法を確認し、ご家族の希望や要望に沿えるような連絡手段を採り、意見や要望を聞きだすよう努めている。ご家族の面会時に、会話・談話に努め、要望等を聞くようにしている。※感染症予防のため、家族会未実施。SMSやメール、電話等で対応している。	医師から老衰の状態になったとの意見があった場合など、入居者の状態が大きく変わった時などは家族に来てもらい延命治療はどうか等記録を家族に見せて話し合いをしている。例えば、保険適用の訪問看護は1か月に14日であり、それを超えた場合は自費になるため、訪問看護の利用方法について話し合いを行っている。	
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	月に一度会社が主体として全体会議を開催している。その際、業務に関しての意見・要望を聞き相談のうえで実施している。その他『申し送りノート』を活用して、職員の意見等を聞くように努めている(会議の内容は記録をして『議事録』を作成。出席できない職員でも、内容を理解できるようにしている)。※感染症予防の観点から、全体会議の実施は1回。個別に面談、2ないし3人程度のミーティングを繰り返している。	介護方法を変更する場合など対面で話し合ったほうが良い場合は、代表者または職員から全体会議を招集して意見交換を行っている。その他は、スマートフォンやパソコンを使用して社内チャットを使い、チャットの中で会議を行ったり、数人でミーティングを行い問題解決をしている。	
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	代表者が個別の面談を実施している。このことにより、実務レベルにおける職員のニーズの把握に努めるようにしている。		
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	全体会議において、お客様・職員の体に負担の少ない移乗の方法・歩行介助の方法などの演習を行っている。社外の研修に関しては、職員の中から代表者を選び、研修を受ける場合と、勤務外での自発参加となっている。※※感染症予防の観点から、全体会議の実施は1回。個別に面談、2ないし3人程度のミーティングを繰り返している。		
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	同業者主催の研修、集い等の通知等があった際には、できるだけ参加(本年度は全件Zoom)。参加した際には、現場に内容などの報告を実施。職員には日常行っている連絡、申し送り等で共有している。※感染症予防の観点から書面や電子メール、電話、Zoomで代替している。		

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	入居前にお客様とご家族との面談を行っている。双方から要望を聴くため、お客様と、ご家族を別々に聞くなどしている。施設入所先でも、同様にお客様と施設職員と別々の聞き取りを実施。環境の変化への不安も考慮し、場合によっては、事前に見学や体験入居を行い、安心してもらえるように努めている。(体験入居については今年度実施なし)		
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	初回の面接時などにご家族やお客様からの相談に応じ、困っていることや不安なことを尋ねている。また、実際に入居前に施設を見学してもらい、疑問や質問等にも答えている。		
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	お客様とご家族の要望、お客様の状態を聞き現時点での必要なサービスとは何かを考えると同時に、他のサービスで対応可能な場合には他のサービスの紹介をするようにしている。		
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	家事全般について、できることをするように働きかけをしている。お客様が役割を持つことで生活の質の向上を目指す。押し付けるのではなく、共に行うという気持ちで接するようにしているため、お客様から手伝いを申し出てくれることも多い。		
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	ご家族との会話の中で、これまで知り得なかった情報や習慣など、お客様に関する話を聞くこともあるので、面会時はご家族とコミュニケーションをとるようにしている。		
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	定期的にご家族の面会があるお客様や実家の様子を職員と見に行くお客様もいる。また、冠婚葬祭等については、なるべく出席できるようご家族に促し、その支援をしている。※感染症予防のため、原則、面会謝絶を継続。例外として面会を容認する時は、時間制限・換気・物理的な距離を取っている。	ドライブをしながら近隣の河津桜を見に行ったり、花見や海を見に行くと言ったように喜びをあらわにする。実家に行きたいという入居者と様子を見に行っても、行きたいと言ったことも様子を見に行っても覚えていないが、要望に沿うような支援に努めている。	
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	コミュニケーションをとることが困難なお客様や耳が遠いお客様には、職員が間に入り架け橋となり、お客様間の関係を支援している。		

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
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	他の施設等に転居、転出、入所(居)等になった当ホーム元お客様の面会に訪ねるとともに、当該施設等の職員には食事介助の方法やこれまでの状況を引き継ぐなどの対応を行うように取り決めている(今年度は事例なし)		
<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	日頃から、お客様をよく観察しコミュニケーションをとり、お客様の思いを汲み取るようにしている。またお客様の要望には、可能な限り沿えるように話し合いながら、支援をしている。その他、ひもときシートを活用し、強化している。現在、意思疎通が困難なお客様はいないが、ご家族からの情報を元にしたり、お客様の表情や様子でプランを作成するように取り決めている。	普段からコミュニケーションを取り、入居者が何を求めているかを理解するように努めている。脳梗塞になって言葉で表現することが難しい人には、「エルガナ」というビジネスチャットを使い職員同士が情報の共有化をし、寄り添ってその人の状況を把握して挙げることに努めた。昨年度から実施している「ひもときシート」を活用し、思いや意向を理解する支援は続けられている。	
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	入居の際に、ご家族からこれまでの生活習慣・お客様の嗜好などをできるだけ多く聞き、情報を得ている。また、現在入居までに独居であったお客様はいないが、これまで関わりのあった介護事業所や成年後見人から情報を得たり、兄弟からの聞き取りを行うこと、可能であれば、関係のあった近隣の住民等からも、情報を得るように取り決めている。		
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	お客様毎の介護日誌に、日中の過ごし方や様子、排泄・水分・食事摂取量など記入している。できるだけ正確に記録を記入するように指導している。例えば、排泄に関しては量まで確認できるときは職員間が共通して把握できるような記入方法(ソフトボール1個分等)で記載している。		
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	管理者ならびにフロントオフィススタッフが中心となって、ご家族、訪問診療、薬局、訪問看護、近隣住民や飲食店等と折衝し意向要望を確認。職員にはケアチェック表(アセスメント、リアセスメント)の作成を、介護計画の変更の要ありと認める場合に指示し、且つ、一のお客様について三以上の職員にて行うこととし、多角的に迫るように努めている。	「ひもときシート」の利用としてアセスメントのサポートの一つに使われ、従来のアセスメントだけでは解決が難しかったことが、より効果的に役立てられている。普段入力している介護リストにはケアチェック表の入力項目もあり、ケアマネージャーから複数の職員に紙ベースで記入してもらったものを集計し、ケアプラン作成、見直し時には効果的となっている。複数の職員の目から見ること、多角的な判断に結びついている。	
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	接遇の変更、急な状態変化・薬の変更などがあった際は介護記録ソフトの入力(併せて申し送りノートの記載)を経て、職員は業務に従事する際には必ず確認するよう指導徹底している。		
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	定員9名と少人数であることから、お客様やご家族の思いに寄り添っていけるよう、基本的に禁止事項を設けず、前例にとらわれないように努めている。基本的には法令でNGとされていない限り、新たな接遇や取り組みがなされないことはない。		

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
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	お客様毎の個別の要望、外食、喫茶、買い物などは、近隣の店を利用している。※感染症流行下にあつて、極力控えていた。5類移行後も同様で控えている。		
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	訪問診療(月二回の定期訪問)で対応している。お客様・ご家族の希望に沿い、通院の支援も行っている。また、訪問歯科診療(希望者)が週1回。	内科に関しては、全員月2回の定期訪問による診療を受けている。その他、認知症の専門医に掛かっている人2名は職員が同行の上通院している。精神科医に通院している人は家族が連れて行っている。訪問歯科は現在全員が受信している。週1回訪問看護師の来訪を受け、気になる人がいた場合は、主治医に連絡するように指示を受け、健康管理に努めている。	
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	医療連携体制加算算定。週1回訪問看護ステーションより、看護師が1名～2名訪問し、お客様の健康状態の把握に務め、介護職員との日常的協働を行っている。		
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。	入院した際は、治療経過や状態などの詳細をお客様毎に記録に残す。退院時期はお客様やご家族の希望に沿える体制を整える。また、訪問診療の主治医と連携し、引継ぎが可能であれば早期退院を可能ならしめるように準備している。		
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	全てのお客様が当ホームでのターミナルを希望。ご家族には、入居時に確認し、ターミナルに向けた対応・取り組みを準備。終末期医療については、訪問診療・往診の医師や看護師等と連携をとりながら実施する。一方で重度化した時に入居時の説明を失念し、退去しなくてはならないとあわてるご家族等もいることであろうことから(当社他事業所での経験)、その場合、重ねて丁寧な説明を心がけ、安心してもらえるように努めることとしている。	入所時に重度化した際の対応に関しては、本人・家族に説明している。入所する際、全ての人はホームで最後まで過ごしたいという希望を持たれている。入所後、時の経過とともに重度化に関することを忘れがちとなるため、状況の変化が見られる時に改めて家族と相談し対応を決めている。その時には、医師からも家族に説明され医師、家族、ホームとの連携に訪問看護師が加わり、対策が取られていくことになる。	
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	急変時や事故発生に備えて、マニュアルを具備。応急手当・初期対応の訓練は実施していない。なお、訪問診療実施の診療所に連絡をし、指示を受けて対応することとしている。		
35	(13)	○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	年2回火災避難訓練実施。但し訓練と現実を混同するお客様は参加しない。実施後は、反省点や改善点なども含めて、全体会議や運営推進会議の場で報告をしている。水害、地震に対する訓練は、実施していない。ただし、水害・津波における垂直避難のための行動計画等は策定し、徒歩3分の中層ホテルに避難。	年2回の火災訓練を行うようにしているが、このところコロナの影響もあり実施に至っていない。但し、想定訓練として年2回、紙ベースでの役割分担が確認され、災害対策の認識を持つようにしている。所在地周辺の特性から、ホームとしては津波を意識した災害対策が重視されている。	

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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○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	毎月実施する全体会議において、事例検討。お客様毎に声かけの違い、視線の位置等について事例検討。日常的には管理者が注意喚起。職員が行った声かけの悪点、また改善策を指導。※感染症予防の観点から、全体会議の実施は3回。書面の回付に代えるか、個別に説明を繰り返す、2ないし3人程度でミーティングを繰り返している。	特にトイレの利用時には、トイレを開け放しにしないことに気を遣い、本人の尊厳・プライバシーを守ることに注意を促している。時によっては、トイレの人と別の人とを同時に見てケアをしがちとなり、注意を払うよう「エルガナ」というチャットビジネスでお互いに気を付けて合っている。ビジネスチャットの機能を使うことで、情報の共有化と同時にプライバシーの保護の面からも効果が発揮されているようである。	
37		○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	分かりやすい言葉や質問でお客様の思いを聞きだすようにしている。お客様本位であることを常に念頭に置いたうえで対応している。また、意思疎通が困難なお客様に対しては、表情や行動で読み取り心地よいと感じられる環境作りに配慮する。		
38		○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	お客様の希望に沿い、その日を過ごしてもらいたいと考えているが、すぐに対応できない場合もある。お客様に向き合いよく話を聞き、対応可能なことについては実施する。しかしその一方で、思いや希望を表出しにくい場合もあるので、潜在的なニーズを見い出すべく、発せられた言葉、仕草等で、気に留まったことを記録するように努めている。		
39		○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	化粧道具の補充や髪の長いお客様に対して職員が髪を結ったり、帽子が好きなお客様には季節に合ったものを被ってもらうなどその人らしい身だしなみに気をつけている。		
40	(15)	○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	お客様の好みや味付けなどを聞きながら、食事に対する楽しみを持てるようにしている。また、食事にかかわる準備や片付けを一緒に行うようにしている。季節に応じた食材やメニューを考慮し、食事を楽しめるように心がけている。また、外食の機会も作るようにしている。メニューの重複や偏りを防ぐ、可視化の一環として、提供する全ての食事を撮影して記録。月2回の訪問診療の際、医師の他コメディカル全員に当ホームの昼食と同様のものを提供して訪問診療に資するようにすると同時に、Googleにアップしている。	食事に関わる準備や片づけを一緒に行うという行為が、入居者にとって自分のしたことが形となっていき、達成感に繋がっている。外食に関しては、コロナの影響もあって現在は実施していない。食事メニューを可視化させ、家族もスマホで見れるようにしていて、大変好評である。面会に来られた家族に、時にはホームで作った料理をタッパーに入れて持ち帰ってもらうこともあり、大変喜ばれている。	
41		○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	介護日誌に食事量や水分量を記入し、摂取量の把握に努める。摂取量が少ない場合は、こまめに水分摂取を促す等の対応を実施。食事の内容は介護記録ソフトと撮影された食事を参照し、バランスを考えて調理。熱いお茶が好き、熱いものは苦手などの好み、食材の好き嫌いや禁忌等、きめ細かく対応。		
42		○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。その際も、義歯を外したうえで洗浄。ご家族と相談のうえで、週1回の訪問歯科診療を利用し、口腔内の清潔保持に努めている。終末期については、歯科衛生士、看護師の支援を受けて実施することとしている(この件、今年度該当事例なし)。		

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	(16)	○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	日中、尿意や便意の訴えないお客様についても、排泄間隔や排泄パターンを把握し、トイレへの誘導を行っている。また緩下剤の使用については、主治医に相談のうえ指示により使用をし、その日の排泄の様子を見ながら、緩下剤の量を調整することにより、排泄の失敗を軽減できるように努めている。	アイパッドからも介護記録が分かるようになっていて、各人の排泄パターンを確認できる。尿意、便意の訴えの無い人にも排泄間隔を把握しながら、トイレ誘導をするようにしている。排泄の自立支援に繋がるようにエアロバイクの使用、階段の昇降、散歩等適度な運動を取り入れたり、主治医に相談しながら緩下剤を使うこともある。	
44		○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	エアロバイクの使用、階段の昇降、散歩等で運動を奨励。野菜や根野菜を中心とした食生活を心がけることによって自然な便通をいざなうように努めている。		
45	(17)	○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	①基本的には2日に1回の入浴を実施している。午後の入浴を希望するお客様に関しては、希望に沿うように対応している。シャワー浴を希望するお客様もいるので、必ず要望を聞きながら、入浴の支援をしている。②代表者が在席時に限り、1階共有部分の大浴場にて代表者と共に同時に複数のお客様と入浴を楽しむ取り組みをしている。	浴槽を跨ぐことが難しい人、浴槽に入るのが嫌だという人にはシャワー浴をしてもらっている。1階にある浴槽の大きい風呂場には、時々代表者と一緒に2～3人の入居者が裸の付き合いで温泉浴に浸かっている。季節に応じたゆず湯、入浴剤の使用、入浴後のビール一杯と入浴を楽しむ工夫をしている。	
46		○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	昼食後に、居室にて午睡、共有部のソファで寛ぐなど、思い思いの過ごし方ができるように支援している。夜間、よく眠れるように室温や空調の調整を実施。換気は通年日常的に実施、冬季には加湿に努める。		
47		○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	お客様毎の一件記録に処方されている薬の資料をファイルし、いつでも調べることができるようにしている。調剤薬局の居宅療養管理指導を経由して薬の管理について助言・指導・管理の一部代替の支援を受けており、急病時における往診に際しても直ちに薬剤師の訪問を受ける体制を整備している。		
48		○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	日々の生活の中でできること、できないことを把握し、役割(家事)や楽しみ(書き取り、読書、歌唱、手遊び等)を見つけ、その人らしい生活が送れるように支援している。		
49	(18)	○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	可能な限り、希望に沿って、外食、散歩、買い物等を実施している。季節的な外出についても同様に取り組み、花見、夏祭りの散策を実施。ご家族による外出と外泊、ご家族の当ホーム宿泊等、支援をしている(今年度は感染予防の観点から限られたお客様について買い物同行、近隣の海岸や、当ホーム周辺の散策に局限された)。	ホームの周辺を20～30分程度散歩される人もいる。近くに家庭菜園をしている場所があり、足を伸ばしたこともある。ホームの庭には季節に応じた木が植えられており、季節ごとの花が咲き目の保養にもなっている。庭を散歩しながら、片隅に置かれたテーブルでお茶を飲むこともある。ドライブによる外出では、近隣の河津さくら見物、白子海岸へ行ったり、コンビニへの買物へ出掛けている。	



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
50		○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	お客様の希望があれば、ご家族の承諾を得たうえで（紛失の可能性も含め）所持も可能で、現に所持している場合もある。実際に職員が同行し、自分で所持したお金で買い物をすることもある。		
51		○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	通信の自由については、極力実現できるように努めている。この件については、何ら制限はない（LINEのビデオ電話やZoomによるビデオ通話を実施）。		
52	(19)	○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	共用の空間には、温度計や湿度計を設置して、空調の管理を行い、快適に過ごすことができるようにしている。また、共有部については季節ごとに変化が分かるように努めている。	玄関を入った1階の広い場所はお店であって、2階が自分たちの家で暮らしの空間であると捉えている。1階の隅におかれた書棚にある本を取りに来て、2階の自分の部屋で読書される方、1階奥にある娯楽室で、午後一人でテレビの映画を観ている人等、各自思うままの暮らし方で過ごしているようだ。庭には季節ごとの植木があり、季節感が味わえる環境となっている。	
53		○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	共有部や廊下に書架、コーヒーマシン、ソファ、テーブルセット、こたつ、テレビ、事業提供区域の浴室のほか、大浴場・小浴場ファアを設置しており、利用に制限は全くない。		
54	(20)	○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	入居の際に、ベッドや家具の配置にもお客様やご家族の希望を聞き対応している。使用していた家具やテレビなどを置くことにより、心地よく過ごせる空間作りに努めている。また、お客様の好きな観葉植物やご家族の写真を飾るなど、安心できる居室環境作りに勤めている。	居室内の清掃は基本的には職員が行なっているが、部屋をきれいにする事で心も和むよう自らコードレス掃除機を使って部屋の掃除をされる方もいる。部屋が片付ききれいになった後は、すがすがしい表情がみられる。居室内で安心・安全に過ごしてもらうため、転倒時の緩衝用に全室タイルカーペットが敷かれている。	
55		○一人ひとりの力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	建物内はバリアフリー、階段の他にエレベーター、トイレや通路には手摺を設置している。		