

### 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	1790100133		
法人名	社会福祉法人 松原愛育会		
事業所名	ホームあさぎり台		
所在地	石川県金沢市田上本町テ55-5		
自己評価作成日	令和6年11月1日	評価結果市町村受理日	令和6年12月27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.kai gokennsaku.jp/">http://www.kai gokennsaku.jp/</a>
----------	---

【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Ⅲ106号
訪問調査日	令和6年11月29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)】

豊かな自然に囲まれた木の香りのする木造平屋建ての居住空間の中で、利用者の皆さんが穏やかにゆったりと生活を営んで頂けるよう支援している。また、畑や園芸活動、季節に応じた行事や外出を実施することで心身のリフレッシュを図って頂くとともに、利用者の皆さんとスタッフが一緒になって四季を感じていけるよう努めている。利用者の主体性を重んじ、ご家族のご意向の把握に努め、いつでも気軽に越しいただけるような雰囲気作りを心がけている。嘱託内科医による隔週に一度の往診、協力医療機関もの忘れ外来医師による月に1度の往診で、医療面でのケアについての配慮がなされている。新型コロナウイルス対応においては、適時、職員の健康状態の把握と、マスクの着用、アルコール消毒、施設内清掃を行っている。面会は相談室にて直接顔を見て行っており、短時間、少人数の制限はあるが、徐々に規制緩和がなされている。

【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)】

ホームの名前「あさぎり」にちなんで「あ:明日のあなたを/さ:支えます。/ぎ:気楽な仲間と/り:理想の暮らし」を理念として掲げ、「利用者の生活習慣・やりたい事の継続」を大切に支援に取り組んでいる。介護計画には「利用者本人のニーズ」「ホーム内での役割・生活習慣」「健康管理」を重視し、日々の個別支援につなげている。医療面ではホーム提携医と精神科医・歯科医による医療連携体制が整備されており、ホーム提携医と連携して重度化・終末期の支援にも取り組んでいる。2ヶ月毎のあさぎり新聞(写真付)とお便り(個別写真)を家族に送付している。法人内行事(祭り、障害者施設との合同作品展等)への出展・見学を通じて地域交流している。町内回覧板に毎月あさぎり新聞を差し込んでもらい、地域へホームへの理解や認知症の啓発活動を継続的にしている。ホーム周辺への散歩、ドライブ、ウッドデッキでの外気浴、ホーム畑での作業等、利用者のストレス軽減のためにも安全に外気に触れる支援に取り組んでいる。外出企画では少人数で県庁展望台や回転寿司での外食を支援している。

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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 ホームあさぎり台	理念は「明日のあなたを支えます。気楽な仲間と理想の暮らし。」常に利用者の立場に立って、継続的な支援に努めている。	ホーム名「あさぎり」にちなんで「あ:明日のあなたを/さ:支えます。/ぎ:気楽な仲間と/り:理想の暮らし」を理念として掲げ、職員が利用者には何を手伝えるか(生活習慣、やりたい事の継続)を検討して利用者主体のケアに取り組んでいる。理念は勉強会・研修時やホーム内への掲示、ミーティング等で振り返り職員に周知を図っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい	運営推進会議で、町会長や民生委員の方から情報を頂き、行事への参加が恒例となっていたが、コロナ禍以降行事はすべて施設内、職員のみでの参加となっている。ゆず香るん祭への職員派遣や合同作品展等の出展を行っている。	町内回覧板に2ヶ月毎にあさぎり新聞を差し込んでもらい、地域へホームの活動状況への理解や認知症の啓発活動を継続的に行っている。コロナ禍以降は法人内行事(ゆず香るん祭り、障害者施設との合同作品展等)への参加や作品出展・見学を通じて、見学・作品観賞に来た地域住民との交流を図っている。	
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	2ヶ月に1回あさぎり新聞を発行し、町会に回覧している。		
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	2ヶ月に一度、ホーム内での行事や利用者の様子等活発な話し合いや、質問や意見交換の場となっている。	介護相談員、家族(複数名)、行政担当者等が参加して年6回運営推進会議を開催している。会議ではホームの現状・活動報告や事故・ヒヤリハット事例、研修・行事報告を行い、参加者から意見や質問を募り、検討の上でホームの運営改善に活かしている。議事録はホームリビングに掲示している。	町内会長や民生委員等の地域住民の参加への継続取り組みに期待する。
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	日常的に電話等で、わからないことや困ったことについて市の担当者の方に教えていただいている。	運営推進会議への参加を通じて、行政担当者(市担当者、地域包括)との連携を図っている。運営面や介護保険制度上の疑問点があれば、いつでも気軽に相談できる関係(電話、メール)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	3ヵ月に一度、身体拘束適正化委員会を開催しており、身体拘束が必要な利用者に関しては毎月、サービス担当者会議でも検討している。(現在実施はしていない)	「コンプライアンス・虐待防止(身体拘束・スピーチロック内容含む)」を分かりやすく記載した小冊子を全職員に配布し、年1回のホーム内研修時に内容周知を図っている。3ヶ月毎の身体拘束適正化検討委員会では職員からの意見を基にした議題に話し合い、ホームとしての対応方針(スピーチロック、不適切ケア)を策定し、職員ミーティングにて具体的事例をもとに職員に周知している。また日常ケアの場面でも職員同士で注意し合い意識を高めている。	身体拘束適正化委員会には、出来るだけ多くの職員が参加され、積極的な意見交換をし、意識向上に繋がれることを期待する
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	虐待防止については、OJT、OFF-JTを通じて、スタッフ全体に周知を行っており、ユニットの全スタッフが全利用者に関わることで、少しのサインも見逃すことのないよう努めている。		
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	成年後見制度を利用されている方が数名いる。その他の利用者は家族がきちんとすべてのことに対応しておられ、現状では成年後見制度をすぐに必要というわけではないと判断している。選挙の際は、意向を聴き取り、希望者の期日前投票付添いを行っている。		
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	家族と契約書、重要事項説明書、看取り指針を一緒に読み合わせ、その都度質問に答え、補足説明をし、時間をかけて契約を行っている。		
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	運営推進会議にて、家族の意見を参考にするなど、職員と家族の関係作りができています。また、来所時に要望や不満がないかについて適時確認するようにしている。	家族とは来訪面会・電話にて要望・意見・利用者の生活習慣を聞いている。2ヶ月毎にあさぎり新聞(全体写真、個別写真)を家族に送付して、利用者の体調や暮らしぶりを伝達している。運営推進会議でも家族の意見を参考にし、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	毎月行っているスタッフミーティングで出た意見をサービス担当者会議で報告することで反映させている。また、年に一度、所長(代理)とスタッフとの個人面談の機会を設けている。	日常的な介護現場での打ち合わせや毎月のミーティング時に職員の意見・提案を吸い上げ検討する機会を設けている。業務・行事は職員主体にて運営されており、職員の意見・提案を業務改善・利用者支援に活かしている。年1回の個人面談では職員の目標・キャリアアップ・異動希望や日頃の本音を聴く機会となっている。法人内ホームページには職員相談ページがあり匿名で相談可能な制度が整備されている。	

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	真面目に勤務し、利用者への支援に努力する職員や、嘱託から正規職員への登用について本人が努力すれば報われる制度を整備している。		
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	法人全体での研修会は、施設種別の枠を超えて実施、介護福祉士やケアマネージャーの資格取得の為のスクーリングは職免としている。また、資格取得奨励金の制度がある。		
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	法人が経営する障害者支援施設を交えた研修を行っている。Zoom等を活用した研修の他に、会場に出席する研修も行っている。		
<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	本人の表情や行動を汲み取り、日々声かけを行っている。スタッフ全員で話し合い、本人の思いを把握し、安心して生活していただけ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	家族の意向を聴き、サービス計画書に反映させている。本人の状況、行動などを具体的に説明することで、ユニット内に入ることができない家族が安心でき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	まずは本人が困っている事や、生活をするうえで必要とされる支援を行うが、本人の思いに耳を傾け、必要なサービスを提供することを心がけている。		
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	声かけを行い、本人の表情や行動からも思いを汲み取り、本人本位の生活ができるよう心がける事で信頼していただける努力をしている。		
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	毎月一度、ご本人の生活や活動など、様子をお伝えしたり、自由に来所して頂くことで、ともに支えていく姿勢に努めている。面会や行事について、徐々に規制緩和しており、屋外での家族と一緒にいる行事も実施している。		

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	在宅生活の頃の知人や親類などの訪問を受け入れており、葬儀、墓参り、選挙などに行きことができるように、その都度外出について検討を行い、人混みや外食を除いた外出について柔軟な対応を行っている。	馴染みの人間関係継続のために家族や友人・知人の来訪・電話時は職員より積極的にコミュニケーションを図り、再訪してもらえる関係作りに継続的に取り組んでいる。家族との外出(自宅、買い物、冠婚葬祭、墓参り)や家族・知人への手紙・年賀状の返信(電話含む)を支援している。また職員と自宅周辺や思い出の地周辺へのドライブ外出も支援している。	
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	認知症症状の差により、意志の疎通が困難で、トラブルになりそうな際は、スタッフが間に入り、トラブルを未然に防ぎ、調和を保つことで孤立をしないよう配慮している。		
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	サービス利用後も、家族や後見人から連絡があった場合は、その都度相談に応じて、情報提供を行い、支援を継続している。		
<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	日々の会話や、行動・表情から本人の思いや意向の把握に努めている。困難な場合であっても、生活歴や、性格から推測を行い、家族と確認し合うなど、常に本人の視点に立って考え、適時職員で話し合い、検討している。	日常会話の中から利用者の趣味・職歴・生活習慣を聞けるよう取り組んでいる。利用者の会話・行動・表情等を記録(話した言葉等)して職員間で情報共有して、利用者の「思い、行きたい場所、食べたい物等」を利用者本位に具体的に検討している。意思疎通が難しい場合は、利用者の表情等から推察している。以前毎年参加していた行事を聞いて家族と協力して参加できるように支援した事例もある。	
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	本人や家族から話を伺ったり、昔のアルバムと一緒にみながら、会話することで、これまでの暮らしを知り、施設内での生活に繋げる努力をしている。		
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	個人の生活リズムを知った上で、随時心身の状況に変化があれば、必ずスタッフ間の申し送りを行い、支援を行っている。		

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	本人の家族の話を聴き、状態の変化とともにご意向を伺っている。日頃の生活から見えてくる課題や本人の要望をもとに、家族の意見を聞き、ミーティング等で検討しながら介護計画を作成している。	サービス担当者会議で検討の上、「利用者本人のニーズ(散歩・ドライブ外出)」「ホーム内での役割や生活習慣」「健康管理」を重視した介護計画を作成し個別支援に取り組んでいる。介護計画の実践状況について3ヶ月毎にモニタリングを実施して、介護計画の見直しを検討している。検討内容は家族にも文書で報告している。	より利用者本位の介護計画となるよう、ニーズ欄(目標)にはより具体的な利用者の「思い、意向、発した言葉」の明示に期待する。(例:○○したい、○○が好き等)。またモニタリングしやすいよう、支援内容もより具体的に明示されることに期待する。
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	スタッフは個別の介護記録と、申し送りを必ず読み、就業する。特に変化が著しいことは、口頭と記録にて申し送り、見直しも行っている。		
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	要望にできるだけ対応し、少人数でのドライブや敷地近辺の散策を行い、気分転換を図っている。敷地内の畑からとれる作物の収穫など、環境を活かした支援を行っている。		
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	現在は新型コロナウイルス感染拡大防止の点から、ボランティア等の受け入れは行っていない。少人数、短時間など、制限を設けたうえで、受け入れを行うかどうかについて検討中		
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	入居時かかりつけ医の要望を確認している。なければ協力医療機関の定期受診を基本としており、特変時すぐに報告、適切な医療が受けられる。	利用者・家族の希望に応じて従来のかかりつけ医(家族付き添い)への継続受診、またはホーム提携医による定期訪問診療が選択できる受診体制と看護職員による健康管理体制を整備している。ホーム提携医とは24時間の医療連携体制(随時の相談、緊急時の往診対応)を構築している。精神科医・歯科医による訪問診療体制も確保している。	
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	記録に残し、口頭での申し送りも行い、看護師に伝えている。発熱や体調に特変が見られた時など、24時間体制での連携、協働が行えている。		
		○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、病院関係者に介護サマリーを提出している。退院支援看護師やMSWと連携をとり、退院時にスムーズに対応できるよう努めている。		

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	入居時に施設でできる対応を本人、家族に説明している。終末期を迎えている場合は、本人、家族の意向を大切に、主治医の意見の下、方針を決め支援を行っている。	入居開始時に利用者・家族に重度化・看取りについてのホーム方針を説明して初期段階での意向を確認している。利用者の状態変化時に都度話し合いの場を設け、利用者・家族の希望の聞き取りや、ホームにて可能な介護・医療支援を詳しく説明している。主治医と家族が話し合い、家族とホームが本人にとって何が良いか(ホームでの支援継続、他の介護施設や病院への移行等)を検討して重度化・看取り支援をチームで取り組んでいる。職員はターミナルケア研修を受講している。	
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の使い方や感染症対応などの勉強会を行っており、防護服の着脱講習など、何度も行っている講習もある。		
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	緊急時の対応についてはミーティング等で職員に周知すると共に、マニュアルを作成し備えている。コロナウイルスの対策についてもマニュアルを作成し職員に周知している。必要な備蓄はそろえている。	緊急時対応マニュアル・対応手順を策定しており、緊急時は管理者・看護職員(オンコール)・ホーム提携医にいつでも相談し指示を得られる連絡体制を構築している。ミーティング時にホームの看護職員が講師となり、定期的に緊急時対応(誤嚥・窒息時、嘔吐時の対応手順、AEDの使用法、感染防止のための防護服の着脱方法等)を学ぶ機会を設けている。	
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	毎月の往診を通して、緊急時の支援体制が確保されている。	ホーム提携医や精神科医・歯科医による定期往診・訪問診療の医療連携体制が整備されている。地域の介護老人福祉施設とは契約により支援体制を確保している。また法人グループによるバックアップ体制(研修会、委員会への参加、緊急時の人員応援等)も構築されている。	
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	夜勤者から連絡を行い、看護師、管理者、ユニット責任者がかけつけられる体制となっている。当番看護師がすぐわかるように、掲示してある。	夜間はユニット1名(1ユニット)の夜勤体制となっている。緊急時は近隣在住の職員(当番看護師、管理者含む)による応援体制と、ホーム提携医の緊急往診協力体制を構築している。夜勤への申し送り時にその日の昼間の様子や主治医・看護職員からの指導内容等を引き継ぎ、注意事項を確認している。	

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	年2回、消防署の協力を得て、火災訓練を行っている。その他、シェイクアウトいしかわなどの地震を想定した訓練にも参加している。能登地震の経験から、電気や水道が止まった想定訓練も行っている。	年2回、火災発生を想定した避難訓練を実施している。訓練時は避難場所・避難経路・通報装置の操作方法を確認し、消火訓練も行っている。訓練後は消防からの助言をもとに改善点を話し合い今後活かしている。地域の防災訓練(シェイクいしかわ、地震災害想定)に参加しており、生活インフラ(電気、水道)が停止した場合の想定訓練も実施している。	
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	当施設に危険が及ぶ場合は、法人施設と連携し、避難場所を確保している。	BCP・災害対策マニュアルを策定し、火災避難訓練時に合わせて防災設備(スプリンクラー、自動通報装置等)の作動点検を実施している。備蓄品として食料品・飲料水(3日分)・生活用水やカセットコンロ、非常用電源等のライフラインのストップ時に必要な物品を準備している。	
<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	周りの利用者の存在にも配慮し、尊厳を損ねることのない言葉かけや対応を心がけている。	年間計画の中で接遇・プライバシー保護について研修を実施している。利用者への呼称(希望する呼び方)、同性介助(入浴、更衣、トイレ介助時)の希望、羞恥心に配慮したトイレ誘導時の声かけ方法、利用者が自己決定できる話し方や介助・支援、プライバシー保護に配慮した申し送り等の職員間の情報交換時の場所や声の大きさについて注意を払っている。職員の言葉使いは気になる点があった際は都度注意している。	
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	思いや希望を訴えられる雰囲気づくりを心がけており、日ごろの表情や言動を観察し、本人の思いをくみ取り、自己決定できるような声掛けに努めている。		
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	利用者の生活習慣を考慮し、その日の体調や状態に合わせて、できる限り本人の望むペースで支援できるよう努めている。朝起きれない場合は、その方に合わせて朝食を提供している。		
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	着たい服を着てもらい、本人の好みの柄や生地衣類を家族に持ってきて頂いている。行事では化粧や自前の浴衣の着付けなどを行うこともあり、QOLの向上に繋げている。		

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	準備や盛り付けの一部を担うこともあり、食器拭きは自ら積極的にされている。畑では、職員と利用者が収穫した野菜を、その日の献立として食べて楽しんでいる。	地元業者の食材配達とおすそ分け食材・ホーム畑で採れた食材(ネギ、大根、トマト等)をもとに、毎日の献立は職員と利用者とは相談して決めている。利用者は下ごしらえ・盛り付け・後片付け等の役割を持って職員と一緒にしている。ホットプレート料理、テイクアウト(寿司、らーめん等)の利用、季節の行事食(氷室まんじゅう、ちらし寿司等)、おやつ(手作り、買い物)等も利用者にとって食事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	細目に水分補給を行い、心疾患の方は水分摂取量の制限を超えないよう記録している。体重や栄養については、看護師の指示を仰いでいる。		
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	利用者個々に合わせて歯ブラシやハミガキジェル等を使用している。また義歯については毎晩外して洗浄剤を使用している。		
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	日中は全ての方にトイレを使用していただいている。自然排便を基本として、適時トイレの誘導、声掛け、見守り、必要に応じて移乗介助等を行い、排泄の自立を支援している。	排泄チェック表を活用して利用者の排泄状況、排泄間隔、排泄サイン等を分析・把握して、必要に応じて声かけ誘導や排泄・後始末確認、歩行・移乗介助などトイレでの自立排泄を支援している。利用者の体調や身体状況によって衛生用品(パッド、オムツ等)が必要な場合には利用者と話し合い相談しながら使用している。夜間は睡眠状況や身体状況に応じて歩行介助や夜間オムツの利用などで安全な排泄を支援している。	
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	毎日繊維入りヨーグルトを提供し、細目な水分補給に努めている。自然排便を基本としているが、便秘が続く場合は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	入浴の時間帯はおおむね決まっているが、入浴時間帯以外での希望がある場合には、可能な限り対応している。また排泄で汚れた際は臨機応変に支援している。	毎日お風呂を沸かし週2回程度の入浴を支援している。入浴時は利用者の希望(湯温、長風呂、入浴剤の使用、好みのシャンプー・石鹸の使用、スキンケア等)に応じている。季節湯(ゆず湯、菖蒲湯)や足浴も利用者の楽しみとなっている。その日の利用者の気分・体調によっては時間や日にちの変更、声かけする職員を代える、シャワー浴・清拭へのサービス変更等で柔軟に清潔保持を支援している。	

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	一人ひとりの生活のリズムに合わせて、睡眠や休息をとっている。状況に応じて居室に限らず、ソファや畳で自由に横になっている。眠れない利用者に対しては無理に入眠を促さず、話し相手や温かい物をすすめたり、行動を共にしている。		
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	症状の変化があればすぐに看護師に相談している。内服変更時には看護師が連絡ノートに記入し、スタッフ全員が内容を把握できるよう徹底している。また、服薬時は複数職員によるダブルチェックを行っている。		
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	洗濯物や食器拭き、モップ清掃、カーテンの開閉といった日常生活における役割を継続して行えるよう支援している。テレビや散歩、運動、歌唱、新聞、ゲーム等、個人の生活歴や趣味を重視している。		
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	感染症防止のため、原則として外出は行っていないが、冠婚葬祭、通院、買い物、選挙などの飲食を伴わない外出において、その都度検討を行い、許可している。	天候の良い日に気軽にホーム周辺への散歩、ドライブ、ウッドデッキでの外気浴、ホーム畑での作業等、戸外に出ている。また季節を感じる事のできるドライブ外出(バラ園や山菜取り等)や利用者の希望に沿った家族との外出(買い物、自宅等)も支援している。コロナ禍以降は、人出の多い場所への外出を自粛しているが、利用者のストレス軽減のためにも安全に外気に触れる支援に取り組んでいる。外出企画では少人数で県庁展望台や回転寿司での外食を支援している。	
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	手元に現金があることで安心される方には、家族の了承のもと、自己管理をして頂いている。あとは、足りない物の購入や、小遣いをいつでも使えるようにしている。		
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	本人の希望に応じ、家族への電話や知人への手紙は自由にやり取りしていただいております。先方にも了承を得ている。		

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	清潔の保持に努め、室温や湿度に注意している。利用者とした季節の掲示物を飾って明るい空間となるようにしている。	利用者が快適に過ごせるよう、共用空間は温度・湿度管理や換気に配慮しており、冬季は大型の加湿器を設置している。広いウッドデッキでは、喫茶・食事・レクリエーション・プランターでの花栽培等を楽しむ場所として活用している。ホーム畑でも利用者の経験を活かして野菜(ネギ、大根、トマト等)を栽培している。プランターで栽培した花や散歩途中で摘んできた花をリビングや食卓に飾っている。	
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	リビングでは個人が落ち着ける席を用意している。リビング以外ではソファがあり、座席に縛られずに、過ごしやすい場所に移れるように配慮している。		
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	入所時に馴染みの家具や装飾品をできる限り持参して頂き、居心地の良い居室作りに努めている。旅行した思い出のアルバム、家族の写真と一緒に見て、コミュニケーションツールとしても活用している。	居室はベッド・エアコン・タンスが備え付けられており、入居時に馴染みの物(テレビ・ラジオ、身の回りの小物類、家具等)や本人が安心できる物(家族の写真、位牌、趣味道具等)を持ち込んでもらっている。家具類は利用者の安全性を検討して動線に配慮して配置している。	
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	居室入口の目線の位置に、自分の居室が分かりやすいように目印をつけるなど、利用者ごとに個別の配慮がなされている。		