

### 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	1770600177		
法人名	社会福祉法人 篤豊会		
事業所名	グループホーム片山津		
所在地	石川県加賀市片山津温泉ア97-11		
自己評価作成日	令和5年2月15日	評価結果市町村受理日	令和6年4月10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/">http://www.kaigokensaku.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番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和6年2月28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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の有する能力に応じて日常生活上必要な援助を行い、機能の回復または低下の防止に努めます。</li> <li>・感染症予防及びまん延防止の為に徹底し、法人で取り決めた予防対策内で安心、安全に、ご家族との面会場を設けていきたい。また、医師との連携を保ち、健康管理を行っていく。</li> <li>・運営推進会議や行事を通して地域で日常生活を営むことが出来るよう自発的な活動等との連携及び協力をし、地域住民とも交流や地域活動への参加、交流を図ってきたい。</li> </ul>
---

**【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)】**

<p>当ホームは認知症を理解し利用者の尊厳を守る具体的な行動指針(叱らない、馬鹿にしない、否定しない、拘束しない、特別視しない)とホーム理念「笑顔あふれる・快適な眠りにつける・余生を楽しむ事が出来るホーム」を掲げており、日々実践することで利用者が落ち着いた生活できる支援に取り組んでいる。ホームでの生活が楽しく笑顔で過ごせるよう、本人のやりたい事・好きな事・得意な事のニーズを重視した介護計画を策定して支援している。地域とは老人会や小学校での認知症サポーター養成講座への講師派遣、地域行事(湯の祭り等)や学校行事(運動会・文化祭等)の見学・参加等で交流している。日常的に敷地内の遊歩道での散歩や外気浴、玄関前での花の世話、住んでいた地域周辺へのドライブや墓参り等、利用者個々の希望に沿った外出を支援しており、家族や知人との買い物・墓参り等も協力を得ている。町内の防災訓練へも積極的に参加し、連携・協力体制を構築を図っている。</p>
--

**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
<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	職員全員で話し合ったホームの理念を各ユニットの食堂入口に掲示して、毎日のサービス提供時に理念の実践を心掛けている。	ホーム理念として「笑顔あふれる・快適な眠りにつける・余生を楽しむ事が出来るホーム」を掲げている。また①叱らない②馬鹿にしない③否定しない④拘束しない⑤特別視しない等を行動指針として利用者の尊厳を守りながら落ち着いた生活ができるよう支援に取り組んでいる。内部研修や毎月のミーティング時に理念に沿った支援ができていないかを話し合い、職員に理念と行動指針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	新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後の対応となり、法人の感染予防対策内で日常的交流を増やしている。	普段から散歩時の近所住民との挨拶や会話、建物向いの酒屋での買い物、隣接施設の喫茶コーナーの利用、各種学校行事(運動会・文化祭等)の見学、毎月の地域ボランティア(歌謡ショー、踊り)の来訪や地域祭り(湯の祭り:次年度に参加を再会予定)に参加し地域交流している。町内の自主防災組織の一員としての防災訓練・行方不明訓練の共同実施等、地域に根差した交流活動に取り組んでいる。	
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	キャラバンメイトの職員は、片山津地区の老人会や小学生に認知症サポーター養成講座を開催したり、加賀市より「介護なんでも110番」の事業所として地域の介護の相談窓口になっている。又、地域の清掃、防災訓練への参加。認知症の高齢者が行方不明となった際は、警察、タクシー会社への協力をお願いしている。		
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	運営推進会議で出された意見や要望は、職員会議等で話し合って改善出来るように努めている。また、苦情・事故・身体拘束廃止委員会の報告。議事録は誰でも閲覧できるよう玄関に備え付けている。	運営推進会議は老人会会長・民生委員・家族代表・行政担当者・他事業所管理者等が参加して年6回開催している。会議ではホームの活動状況や利用者の生活振り、事故・ヒヤリハット事例、研修内容を報告し、参加者と意見交換している。課題や意見・アドバイスは毎月の職員会議で話し合いサービスの質の向上に活かしている。議事録は誰でも閲覧できるよう玄関に備え付けている。	

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
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	市主催の研修への参加。 事故、感染症、行方不明等の報告と連携。	運営推進会議やホーム内研修会(センター方式や権利擁護の講師)、市主催の研修会への参加を通じて、市担当者との連携・協力体制を構築している。また市担当者・地域包括と連携してキャラバンメイト活動(老人会、小学校)や家族介護支援事業に参加し、地域に認知症についての理解を促進する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	身体拘束廃止委員会の設置。2回/年の内部研修。 全職員が利用者一人一人の行動を理解し、施錠や服薬による等の身体拘束ゼロとして行っている。	3ヶ月毎の身体拘束廃止委員会や内部研修、外部研修(オンライン)の受講を通じて身体拘束廃止に取り組んでいる。内部研修ではアンガーマネジメント診断(性格の自己チェック)を取り入れ、自己評価アンケートも合わせて結果集計・分析を行い職員へフィードバックすることで認知症・身体拘束の弊害についての理解促進に取り組んでいる。また職員会議では事例を基にして話し合い、「ちょっと待って」「ダメ」等のスピーチロックに繋がる言葉使いについて、ケアの場面での言い方を工夫し、利用者により具体的に説明・お願いする等、言葉による行動制限廃止に取り組んでいる。	
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	県や市が実施する高齢者虐待防止に関する外部研修への参加。		
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	権利擁護、侵害の内部研修。 成年後見制度を利用した方が現在入居中である。		
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	サービス提供の開始に際し、重要事項説明書にて利用家族に懇切丁寧に分かりやすく説明し、制度改革の都度も十分に説明し同意を得ている。		

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
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	毎月入居者の様子を写真付きの便りで報告し、その際近況報告も記入し家族とのコミュニケーションツールとして活用している。	写真・コメント(担当職員)を添付した利用者別のホーム便りを毎月家族に送付し、利用者の近況・生活振りを伝えている。近況を定期的にお知らせすることで、面会・電話・メール時に具体的な要望・意見を家族から直接引き出せるよう取り組んでいる。また無記名の家族アンケートを実施し、返信先を外部機関とすることで家族がホームに直接言いにくい要望・意見・本音を引き出せるよう継続的に取り組んでいる。	
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	職員間で出された意見で施設内で判断できない事は法人事務局に相談して解決するようにしている。	毎月の各ユニット会議、勉強会、日々の業務連絡や現場での日常会話時に職員の意見を聞く機会を設けている。利用者が喜んでくれる・安心できるサービスを職員主体で検討し、職員自身も楽しみながら支援することで「職員のチームワークの結束」に繋がっている。個人面談も実施しており職員の働き方やキャリアデザインを話し合っている。	
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	労働基準法に則った就業規則が整備されていて遵守されている。		
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	新採職員時期には法人が開催する研修に参加。県社協が実施する「認知症高齢者グループホーム初任者研修」を受講すると共に、各種研修に全職員が順に参加できるように努めている。		
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	他のグループホームの運営推進会議に出席させてもらったり、施設の行事に相互に参加するようお互いに声掛けしている。		

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	サービス利用の前に本人、家族に要望等を聞き、初回ケアプランに記載する。また、居室、他の入居者の様子、共有スペース等を見学していただき、説明を行っている。		
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	本人と同様の対応で、ケアマネージャーとも連携して、何でも気軽に相談出来る関係が築けるよう心掛けている。		
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	利用開始初期は馴染みの関係が築けるよう、会話する機会を多く持てるよう心掛けている。又、入居前からの情報を活かし安心していただけるよう取り組んでいる。		
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	本人の残存能力を発揮できるよう働きかけ、職員も教えてもらう立場で接している。		
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	アセスメントツールの作成にも家族の協力は欠かせない為家族との会話は常に大切にしている。		
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	本人が今まで生活されていた町までドライブに出かけたり、墓参り等にも職員と一緒に出掛けている。家族の方にも可能な限り協力を呼び掛けている。	利用者が今まで住んでいた町や思い出のある場所へのドライブ外出(自宅周辺、墓参り等)、馴染みの場所(スーパーでの買い物等)への外出や趣味の継続を支援している。また家族との自宅訪問や墓参り、馴染みの床屋・美容室の利用、外食等への外出も支援している。友人知人・兄弟の来訪、電話での家族との会話、年賀状の返信等、旧来の馴染みの関係が途切れないよう取り組んでいる。	
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	気の合った利用者同士でソファーに座って寄り添ったり、話し合えるように配慮している。又、日中のお互いの居室への行き来も大切にしている。		

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	
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	退居時には必ず転居先に情報提供は行っており、職員も転出先や、近くへ行ったときは顔を出すようにしている。又、長期入院になった際の退院時に転居先に困った時は相談に応じている。			
<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	利用者本人の言葉をアセスメントシートに書いて、ケアプラン作成に役立て実現できるように努めている。	センター方式のアセスメントシートに日々の記録を集約し、利用者のこれまでの生活歴や趣味・得意な事・好きな事の把握に取り組んでいる。利用者との日常会話では居室・ドライブ・入浴時等、職員との1対1の場面を重視しており、利用者の「思い」「やりたい事」を引き出せるよう取り組んでいる。利用者の言葉があった場合には、そのままの言葉をシートに情報を追加・更新して、申し送りノートやカンファレンスを通じて職員間で情報共有を図り利用者本位に検討している。		
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	日常の会話や家族等からの情報の収集に努めている。			
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	利用者全員が同一の行動をするような声掛けはせず、一人一人のペースで過ごせるよう援助している。			
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	利用者の言葉、思いを直接、目標や課題として介護計画に上げ、具体的に達成に向けた取り組みを記載している。	担当職員を中心にアセスメントシートをとりまとめて担当者会議にて、家族・主治医の意見をふまえて、計画作成担当者が利用者のニーズ中心型「やりたい事、好きな事、得意な事」を重視した介護計画を作成している。	抽象的でなくより具体的なニーズ、支援内容を明示したプランの作成と作成されたプランを利用者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	センター方式のシートへの記入について職員共同で記入する事で情報の共有を図り、ケアプランの作成に役立てるように努めている。			

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
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	個別に買い物に出かけたり、盆の墓参りに家族の協力が得られない方で墓参りを希望する人に同行したりしている。		
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	地域包括支援センター、他のサービス事業者等と協働して社会資源を把握し、安心して暮らせる地域社会の構築に努めている。		
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	利用契約時に重要事項説明書に沿って協力病院へ変更されるか、今までの主治医へかかれるか契約者に選択してもらっている。	従来からのかかりつけ医への外来受診(家族付き添い)の継続または協力病院での外来受診(職員送迎)への変更、協力病院紹介の往診医への変更を利用者・家族に選択してもらっている。家族付き添いで外来受診時(総合病院、専門医含む)は、必要に応じて医師へ文書で情報提供している。協力病院とは相談・支援体制が確保されており、緊急時も含めて適切な医療を受けられるよう支援している。法人内の看護職員による健康管理体制も整備している。	
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	事業所専任の看護師がいて全利用者の状態把握がなされており、主治医との連携も行われている。		
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。	利用者の入院時には医療機関と施設双方で、サマリーの提供や申し送り等で情報交換を行っている。		

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
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	重度化、及びターミナルケアの指針を定め、家族の希望により事業所として出来るだけ希望に沿えるよう努力している。施設のハード面で介護に支障をきたす場面もある。前回調査時から現在までに2例のターミナルケアを実施した。	利用開始時に重度化・終末期についてのホーム方針を説明し、利用者・家族の希望を聞いている。重度化が進んだ場合には医師を交えて家族と話し合い意思確認している。看取り時はかかりつけ医(毎日の往診等)や看護職員(随時相談)、家族(最後の付き添い)と連携して支援を行っている。食事・入浴・排泄介助等が医療面・生活面にて利用者の身体状況から困難な場合は、特養施設等への移行を家族と話し合い検討してスムーズな移行を支援している。看取り事例後は検討会議を実施して今後に活かしている。	
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	外部研修への参加。また、院内研修で管理者、看護師を講師に緊急時の対応方法等教わっている。		
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	・外部研修(リモート)への参加。 ・同一敷地内にAEDの設置。また取扱の説明、講習を受けている。	外部研修の受講や看護職員が講師となり緊急時対応に関するAEDの使用法、心肺蘇生等の研修を実施している。緊急時は看護職員との24時間オンコール体制が整備されており、隣接の特養施設の宿直者の応援体制も確保している。救急搬送時には適切な医療が受けられるよう利用者別の個人情報ファイル・情報提供シートを準備している。	誤嚥・窒息発生時の対応について、定期的な実技訓練を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	同一敷地内の特別養護老人ホームとの連携、及び系列の医療法人との連携は常に確保されている。	法人系列の協力病院による24時間365日の医療支援体制が確保されている。また隣接する特別養護老人ホームによるバックアップ体制が確保されている。法人内の各介護事業所とは合同研修や合同行事、緊急時・災害時対応等で普段から連携体制が構築されている。	



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
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	各ユニットに夜勤1名(計3名)勤務しており深夜の緊急時にも併設特養の当直者との連携が可能である。	各ユニット1名の夜勤体制(合計2名)となっている。緊急連絡網による近隣在住の職員の応援体制や隣接する特養の当直者との応援・連携体制が整備されている。また協力病院や看護職員(オンコール)との指示・相談体制も確保されている。夜勤者への申し送り時に利用者のその日の状態と主治医・看護職員の指導内容を確認して緊急時に備えている。	
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	消防計画は策定されていて年2回の避難訓練を実施している。又、地震及び風水害、豪雪等の災害対策も作成済みである。事業計画書(BCP)作成。	年2回(夜間想定)消防職員指導もと火災発生時の避難訓練を実施している。町内の自主防災組織に加入しており、町内の防災訓練に参加することで災害発生時(震災、水災、豪雪等)における地域との連携・協力関係を構築している。また水災発生時にはホーム建物を避難場所として活用してもらえるよう地域に周知している。	
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	法人全体で緊急連絡網が整備されていて、全施設での応援協力が可能である。事業計画書(BCP)作成。	スプリンクラーや自動火災通報装置等の防災設備は避難訓練時に作動点検している。1週間分の防災食・飲料水等の備蓄品も適切に確保・管理(フロア毎、法人でも準備)されている。災害発生時は隣接の特養施設をはじめとする法人全体のバックアップ体制が確保されており、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	
<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	他人の前で本人を傷つけるような声掛けや、個人情報に触れるような会話はしないよう心掛けている。	利用者の尊厳に対する配慮は理念にも掲げられており、認知症を理解した接遇(叱らない、馬鹿にしない、否定しない、拘束しない、特別視しない)を内部研修や職員会議を通じて職員に周知している。利用者の呼称や入浴・排泄介助時の同性介助への対応等、利用者の人格を尊重した対応に取り組んでいる。申し送りや業務連絡等の職員間で情報交換の必要時は場所への配慮や個人を特定できないような工夫等、利用者のプライバシー保護に取り組んでいる。サービス提供の都度、利用者に希望・意思を確認している。	

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	職員から声掛けしてしてもらうのではなく、本人の意志に任せて、出来るだけ自分から進んでしてもらえ様日常から働きかけている。		
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	居間でテレビを見てくつろぐ人もいれば、自室に戻ってテレビを見る人や、ベッドで休む等個人個人のペースに合わせた時間を過ごしている。		
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	起床時、就寝時の更衣援助は全員実施すると共に、日中も自分好みの衣服を着れるよう援助している。		
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	おかずの盛り付けや食事後の後片付けを手伝ってもらっている。又、季節の行事食も職員と一緒に作っていただいている。	主菜・副菜等は隣接の特養施設で調理され届けられており、ご飯・汁物をホームで作って食事提供している。家族や地域住民からのおすそ分け食材がある場合は一品をホームで作って提供している。利用者の出来る事・やりたい事を活かして準備や後片付けを職員と一緒にやっている。利用者の好きなお菓子・漬物・ふりかけ・お惣菜・酒類等の買い物や誕生日会・季節の行事食(おはぎ作り等)・テイクアウト食(芝寿司、お弁当等)、家族との外食も利用者の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	一律に同じメニューを提供するのではなく、アレルギーのある人、油ものを食べると下痢をする人、禁忌食のある人等個別の食事を提供している。		
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	毎食後の歯磨きを声掛け見守りを行うと共に、総入れ歯の利用者には入れ歯洗浄剤等での管理を実践している。		

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
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	介助を要する人には排泄間隔をシートに記入し、職員全員が情報を共有しながら時間を見てトイレ誘導し、可能な限りトイレで排泄できるよう援助している。	トイレでの排泄支援のために利用者毎に必要なに応じて排泄チェック表を活用して排泄間隔・サイン等を把握して情報共有している。介助が必要な利用者には声かけ誘導、排泄後の確認を利用者の様子をみながら支援している。夜間は安眠を優先してオムツ・パッドの使用等を利用者の意向や体調を相談・確認しながら個別に対応支援している。	
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	主治医から処方された下剤だけに頼らず、管理栄養士との相談で食事形態、食材や飲み物で自然排便を促すよう工夫している。		
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	全利用者が均等に入浴機会を確保できるため、一応スケジュールは決まっているが希望者にはそれ以外にも入浴出来るよう援助している。	お風呂は月曜日から土曜日わかつており、週3回程度を目安として利用者個々の希望に沿った入浴を支援している。季節の変わり湯(ゆず湯・菖蒲湯等)や入浴剤の使用、好みの入浴用品(シャンプー、ボディソープ、スキンケア等)の使用も利用者にとって入浴が楽しみとなるよう支援している。併設特養施設の大浴場の利用や近所の足湯の利用、シャワー浴・清拭等へのサービス変更も利用者の希望に合わせて支援している。	
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	日中一律に起きているのではなく、個人の意思に任せて自室で休んでいたい人には休んでもらっている。		
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	個人ケース記録に現在服薬中の内容書を貼付して一目で分かるようにしており、仕分け等の管理は看護師が一元的に行っている。		
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	掃除や食事の後片付け等の手伝いを職員が押し付けるのではなく、利用者の方が自ら手伝ってくれるような支援を心掛けている。		

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
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	利用者が入所前まで生活されていた地域へドライブで出かけたり、家族が連れて行けない人で墓参りに行きたい人には出来るだけ援助している。	近隣商店・スーパーへの買い物(タバコやお酒などの嗜好品)、敷地内の遊歩道での散歩や外気浴、玄関前での花の世話、住んでいた地域周辺へのドライブや墓参り等、利用者個々の希望に沿って日常的に外出を支援している。家族との医療受診・自宅訪問・買い物・墓参り等も協力を得ている。コロナ過以降は感染リスクを考慮して一部自粛を余儀なくされているが、利用者がストレスをためないよう感染対策を講じた上でできる限りの外出支援に取り組んでいる。	
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	家族に協力してもらって了解いただいた方には利用者に小遣いを渡してもらい買い物支援等で支払いの場を作っている。		
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	電話は職員室にしかない為家族からの電話の取次ぎにも時間を要する為、本人を職員室の前に待機してもらい再度掛け直してもらう等の配慮をしている。		
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	施設全体がバリアフリーとなっており、食堂の居間には畳のコーナーもあり、ソファーやイス等十分に配置されていてゆっくりと過ごす事が出来る。	ホームの廊下やエレベーター前ホールの共用空間はたっぷりと余裕があり、所々に椅子やソファ設けてあり、気の合う利用者同士や一人でのんびり過ごせる場所となっている。リビングの畳コーナーは利用者が横になったり、洗濯物をたたむ場所として活用されている。ユニット毎に大人の感覚を大切に飾り付けに配慮されており、外出時の写真等も毎月更新して掲示され利用者の話題作りとなっている。	廊下が長い事から利用者が途中で休憩できる場所の工夫に期待する。
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	居間には気の合った利用者同士が寄り添って座れるような長椅子やソファーが置いてある。		

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
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	施設は廃業旅館を改修して利用しているので、居室も広くなっていて使い慣れた家具も多く持ち込み、遠方から来た家族には一緒に泊まってもらえる。 (新型コロナ5類以降再開)	居室はベッド・洗面台が備え付けられている。利用者が自宅で使用していた使い慣れた馴染みの物(タンス、テレビ、テーブル等)や自慢の品(趣味の作品等)、本人が安心できる物(家族写真、仏壇等)を自由に持ち込んでもらい、安全に配慮した居室作りを支援している。居室は広々としており家族の宿泊も可能となっている。専用の洗面台も備わり、柴山瀧に面した居室からは湖の景色が一望できる景観となっている。	
59		○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	これまでの生活と変わらないよう、居室を畳の間、フローリングと選択できる。また、居室変更も可。必要な介助用具の準備。ベッドからの立ち上がりが困難になって来たらベッド柵を設けたり、畳の上が滑りやすくなって来た人にはカーペットを敷いたりしている。		