

### 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	1772300123		
法人名	特定非営利活動法人ハッピーホーム		
事業所名	ハッピーホームわりだし		
所在地	石川県金沢市割出町450番地1		
自己評価作成日	令和7年11月5日	評価結果市町村受理日	令和8年4月15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)】**

今年度はロゴマークである「1本の枝から広がる6本の枝をもつユウカリ」になぞらえ、法人の理念を分かりやすく解釈しなおし、入居者・ご家族の皆さんと2つの約束をすることとしました。  
 1.「生活」を主役とする6つの柱:私たちは医療ではありません。管理や処置のためではなく、ここにある「生活」を何より尊重するチームでありたいと考えています。「①自立②尊厳③対話④安心⑤自由⑥平穩」を柱とし、認知症を持ちながらの事業所での生活を再構築します。  
 2.あなたを取り巻く6つの繋がり:利用者おひとりを孤立させないための繋がりです。「①本人②家族③地域④医療⑤介護⑥明日」としました。私たちの事業所が拠点となり、これら全てを力強く繋ぎます。  
 ユーカリの花言葉は「再生」と「記憶」です。たとえ記憶のかたちが変わっても、人生の輝きは消えませんが、私たちは今のご入居者をまるごと受け止め人生の最終章まで続く穏やかな「生活」の再構築(再生)に誠実に向き合います。

※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	株式会社 tsunagu		
所在地	石川県野々市市高橋町9-41		
訪問調査日	令和8年3月31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)】**

情報通信技術の活用を積極的に行い、セキュリティ面に十分配慮した上で、インターネットを介して家族や医師と生活の様子や受診内容等を文面や写真にて共有できるように体制構築し、タイムロスを最小限にした情報共有できる環境が整備されている。もちろん、従来の伝達方法に慣れている方には、そのままの方法を継続するなど、柔軟な対応に努めている。  
 認知症の啓蒙活動として、クリスマス時期には家族や連携医、地域包括、居宅介護支援事業所等へイベント案内を送付し、一緒に送った利用者作成のカードを持参してもらえば、お菓子と交換する取り組みを行い、利用者との関係性の継続とともに、施設の存在を通じて認知症の啓蒙活動にも繋がっている。  
 災害対策にも尽力され、地域に起こりやすい災害想定を実践し、水害対策には特に配慮を行い、垂直避難の実践から担架の購入検討を、そして、止水栓の購入検討につなげるなど、災害対策に余念なく取り組んでいる。

**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)	<input type="radio"/> 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	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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	開設当初からの理念を分かりやすく解釈し直し、ご本人・ご家族との約束として、全職員と共有している。何かあればこの「6つの柱」「6つの繋がり」に立ち返って考えるようにしている。	理念として「利用者の自立と尊厳を支援し、主体性を尊重した利用者本位のサービス提供、地域密着の施設を目指す(要約)」を掲げ、さらに今年度から理念を分かりやすく解釈し直し、「生活面」「つながり」を重視したものとなっている。日常ケアの中で、職員個別はもちろん、職員全体でも自律・自走を奨励して、全員が理念に基づいたケアが実践できるよう努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事も縮小傾向にあるが、近くの公園で開催される夏祭りには、気温や感染症の流行状況を見ながら参加し、地域行事への参加を図っている。	近くの公園で開催される夏祭りには、気候や感染対策に配慮した上で参加している。また、地域の高齢者がふらっと訪ねて来られ、外のベンチで要介護認定のことや居宅介護支援事業所、地域包括の事業説明を行うなど、地域交流の機会となっている。	
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	認知症の啓蒙活動の一環として、クリスマスに利用者の作成したカード(裏面には職員が思う認知症の方の思いを一言掲載している)を連携医やお付き合いのある居宅、包括に郵送、町会の回覧板に掲示したりし、メッセージを書いて事業所に持参してもらえばチョコレートと交換するイベントを開催している。		
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1度、町会長、地域代表、市の担当職員、家族代表(希望者)が集まり、情報交換をしている。事業所の困り事についての理解を得たり、地域の歴史を聞くことで地域の特性を知り、入居者の安全や豊かな生活に活かすよう	町会長・地域代表(地主)・自治体担当者、家族代表等の構成で、ホームから入退居・活動状況・事故事例等を報告し、参加者からは、地域の困りごとの共有や大雨についての地域の歴史や現状報告の共有を受け、施設の備えとして対策につながっている。	
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取り組んでいる	金沢市介護保険課など行政との連携を図り、介護保険課主催の勉強会にも参加している。何かあれば忌憚なく報告している。	主に市担当課とは運営推進会議でホームの実情を伝えており、随時連携を図っている。また、成年後見人を立てる必要がある際は、市社協を紹介するなど、必要な際の連携構築に努めている。その他、市主催の研修にも参加している。	
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	身体拘束をしないケアの研修を定期的実施している。施錠は身体拘束になることをわきまえて玄関の施錠はしていない。	指針やマニュアルが整備され、身体拘束廃止及び高齢者虐待防止の研修を隔月開催し、課題検討を行い毎月の内部研修にて、身体拘束や虐待の基本的な支援等を学んでいる。また、職員の自主的な外部研修を推奨しており、内部伝達研修も行い、施設全体で、利用者の立場に立ち、ご本人の思いや行動の原因を探り理解することを徹底している。	
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	ホーム内で研修会を行い何が虐待になるかを職員全員で話し合い、不適切ケアを含めて検討し、虐待防止の徹底に努めている		

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
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	ホーム内研修で職員が理解できるよう学び制度の活用を支援している		
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	契約に関する説明を行う際は、疑問点など質問できるよう、充分時間を設けている また、不安点や相談など電話での対応も行っている		
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	意見用紙があり、家族招待の行事の時や、面会時などに、記入していただき、意見や要望を周知運営に反映させるようにしている	記録のICT化により、日常の様子や行事、体調不良時の連絡等を全てオンタイムで共有できるようになり、これまでの郵送方法でのタイムラグは解消されている。また、ICTが難しい方へは、従来通りの郵送対応をするなど臨機応変な対応を行い、家族からの要望等が運営に活かせるよう努めている。	
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	普段から管理者や職員間でコミュニケーションを密にとり、都度、気付きや意見、提案を聞き、ハード面・ソフト面ともによりベターになるよう反映している	職員間の意見交換が盛んであり、管理者も日常や会議にて職員情報はしっかり共有できており、年2回の個人面談では自己評価や目標設定においても、仕事の側面だけでなく、各自の豊かな生き方という視点も取り入れた内容設定を大切にし、一人ひとりに寄り添える環境を整えている。	
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	キャリアパス制度で個別の目標に向かって努力できるようにしているが、仕事は人生の一部でしかないためそれぞれの価値観を大切にし、プライベートは楽しみ、仕事の時は仕事を頑張ってもらえるよう、職場環境や労働条件を臨機応変に整えている。		
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	県主催の研修やその他の外部研修、内部研修を含め、できるだけ多くの職員が受講できる機会を増やしている		
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	同業者の勉強会に参加・交流し、サービスの質の向上にむけて取り組んでいる		

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
<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	事前に情報提供をうけ本人に面会している 入居時に生活歴や希望、要望などを聞き取り、職員全員で本人の不安解消や安心確保に努力している		
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	ホーム見学時に困りごと、不安なことなどを伺い家族の要望に寄り添えるよう支援している		
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	本人家族が望むことや必要なことを話し合っより良い支援に繋げるように医療連携も含めサービス対応をしている		
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	それぞれの方に合わせたコミュニケーションをとり暮らしへの思いや要望を聞き取り、その人のペースで生活できるようにしている。自分でできることは時間がかかっても本人が行うようにしているが、その時の体調や気分に応じて無理強いはしていない。利用者同士が助け合う場面も見られる		
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	介護記録の共有システムを使用し、ご本人の体調や生活の様子・ご希望等を、写真や文章を使用してオンタイムで知らせ、ご本人と家族の関係性が継続できるようにこころがけている。そのことで、ご家族の理解や協力が得やすくなっている。		
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	馴染みの美容室やかかりつけ医の継続利用や、感染対策をした上でのご家族やお友達の面会、担当ケアマネの面会等、その方に応じた関係性が継続できるようにしている。	感染状況を見ながら、家族の協力を得ながら、自宅半日帰宅や墓参り、ドライブなどを実施している。また、今年度はコロナ以降初めて家族参加の敬老会を実現し、他にも認知症の啓蒙活動として、クリスマス時期に家族や関係先に利用者作成のカードを送り、事業所に持参すれば菓子と交換するイベントを行うなど、様々な形で馴染みの関係を継続できる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	利用者の気持ちに寄り添いながら他者への影響も考えていろいろな場面での配慮をしている		

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
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	入退居や亡くなられた際は、求めに応じて相談にのったりして関係性を大切にしている。記録共有システムのIDは退居後1か月程度は有効にしており、ご本人の写真等、必要なデータと思い出をご家族の元に残せるようにしている。		
<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	毎日の暮らしの中で本人の様子や話の内容などを詳しく記録し家族職員間で共有している	家族からの聞き取りや在宅時のケアマネジャーからの情報共有に加え、センター方式を活用し、生活歴や習慣だけでなく、日々の言葉や行動、健康状態、認知症の程度などを当たり前として捉えるのではなく、観察し続けることを大切にしている。定期的な内部研修で「介護とは何か」についても学習し、介護の倫理観についても真摯に学ぶ機会を設けている。	
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	入居時に聞き取りした生活歴の掘り起こしや在宅サービス歴など家族親戚友人など多方面からの情報把握に努めている		
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	一人ひとりの観察記録で認知症状やADL状況バイタルなど把握して、いつもとの違い、変化に気をつけている		
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	フロア毎のカンファレンス時に討議検討し解決策を提案し合う モニタリングも行いタイムリーなケアプラン作成に努めている	介護計画は、利用者の「快適な生活」「人とのつながり」「思い・希望」を重視して立案している。毎月のカンファレンスでは、半年毎の評価と課題を検討し、1年毎に本人・家族の思いや希望を確認し、心身の変化を考慮した計画更新を実施している。また状態変化があれば、随時見直している。	
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	個別記録は日中夜間問わず各シフト担当者が記載して申し送り全員が共有している 問題があるときは速やかに家族や担当医に連絡している		
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	病院への送迎など、こちらでできないことについては介護タクシーの手配等、外部サービスを提案している。		

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
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	食材の買い出しにスーパーに行ったり、花見や紅葉狩り、海風浴などフロア毎に地域の名所を訪れている		
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	本人や家族の希望に沿った形でかかりつけ医の往診が可能で適切な医療を受ける為に専門医の受診も支援している	入居前のかかりつけ医の継続受診またはホーム提携医による月2回の訪問診療のどちらでも選択できるが、現状ほぼ全員がホーム提携医となっている。家族付き添いの受診は介護情報提供書をお渡し診察結果も共有し、これまでの関係構築により担当医師から直接電話連絡も頂くこともある。また、ホーム提携医とは医療連携用のIDとパスワードを発行し、オンラインにて迅速な情報共有を図っている。	
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	体調の変化や気づきを伝えて相談している。必要時には担当医への詳細な連絡も行っている		
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。	救急搬送時は救急搬送メモ、入院時には介護サマリーで医療機関と連携を図っている 受診時は介護情報提供書を出し日頃から病院関係者との情報交換に努めている		
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、事業所の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	重度化や終末期に向けたホームの指針を作成している。想定できる早い段階で話し合い、終末期の医療をどの程度希望されるか等を確認、主治医の意見も聞き事業所での対応が難しいようなら特養等の他施設と連携し、支援が途切れないようにしている	入居時に、重度化になった場合のホーム方針を利用者・家族に説明し、実際に状態変化や医師の判断があった場合に改めてどのような対応を望まれるかを確認し、看取りケアの場合は医師・看護師・介護職員等のチームで臨む方針である。他施設や病院を望まれる場合は円滑に移行できるよう支援している。目安としては、食事面では、経口摂取困難、入浴面では、一般浴使用が困難、医療依存度が高まった際が該当する。	
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	新人研修時に行っているが普段からの備えが必要のためマニュアルを見やすい所に置き確認している内部研修も随時行い定着を図っている		
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	日中夜間とも職員間で協力して行っている救急搬送時の連絡先など対応マニュアルを見やすい所に貼っている	緊急時対応マニュアルを基に毎年勉強会を実施し、特に新任職員には入社時に動画にて、虐待や身体拘束廃止の学習を集中的に行っている。スタッフルームに緊急時の対応手順や連絡網、主治医の連絡先を掲示し、ヒヤリハット事例は、必ずカンファレンスを行い、離設では衣類等の目立たない箇所に名前や連絡先の記入、誤薬では異なる皿の種類を準備するなど、原因究明や環境面の改善に即時対応している。	

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
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	協力医療機関や近隣の病院、介護施設との情報交換を行い、日頃から連携室や相談室の担当者と連携を図っている	ホーム提携医と利用者個別のかかりつけ医との協力関係が構築されており、ホーム提携医とは24時間365日の相談体制を確保している。介護老人福祉施設は自治体や医療機関を通じて支援・協力の連携を図っている。	
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	夜間急変時は連携医に連絡し、指示を受けている。救急搬送になった場合はご家族へ連絡し、搬送先に行ってもらい手続き等をしてもらっている。	夜勤は各ユニット1名の計2名体制で、緊急時は相互に協力している。日中の様子を申し送り、夜間に明らかな状態変化が予測される時は医師や看護師にも予め情報共有し、夜間の急変にも備えている。また緊急職員連絡網による支援体制も整備している。	
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	年二回の消防総合訓練を行っている。同時に水災に備えた垂直避難訓練も行い、必要な物品等の洗い出しをしている。運営推進会議でその様子を伝え、地域の特性を含めて理解を深めている。	年2回、利用者全員参加による避難訓練を実施し、各ユニットの避難場所・避難方法の確認(1階は戸外、2階は避難用滑り台がある避難口への退避)、火災報知器の動作確認・使用方法、消火訓練等を行っている。運営推進会議での助言や昨今の気象変化に伴い、大雨にて水が付く可能性が見られたため、垂直避難訓練を実施し、止水板の購入も検討中である。	災害対策に余念なく取り組み、訓練からの学びや運営推進会議からの地域の声を反映し、訓練内容のブラッシュアップや担架や止水栓の購入検討となっている。今後は、担架や止水栓も含めた訓練計画を立案され、さらなる実用的な災害対策を構築されることを期待する。
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	緊急連絡網で全員に周知する体制になっている。保存食、水、防災グッズなど2階や屋外収納庫で保管し、賞味期限など定期的に点検している。	火災・地震・水害等の各災害対応マニュアルや利用者個別情報ファイル(薬事情報含)を整え、避難訓練後に必要に応じて見直している。備蓄品は、ヘルメット、アルミシート(防寒用)、軍手、紐を追加し、利用目的に合わせ、外の物置や室内管理(2階)を分けている。さらに、垂直避難の訓練結果から、意思疎通困難な方に担架購入も検討中である。	
<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	まず本人をあるがまま受け入れ、決して否定しないようにしている。目を見て笑顔で優しく挨拶するところから始めている	理念浸透や年間研修計画で接遇マナー、個の尊厳、プライバシー保護を必須として行い、日常的に職員同士で人権尊重やプライバシーについての意識を高く保つことができている。入職時には経験を問わず、研修期間中に身体拘束廃止・高齢者虐待防止・感染症防止について研修を行い、徹底して意識の浸透に尽力している。	
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	信頼関係を作りながら思いや希望が言いやすい環境をつくり、自分で選んだり決めることができるようにしている		
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	散歩や買い物、レクリエーションなど、いつもはみんなで行っているが今日はひとりで散歩に行きたいなど、本人のその日の希望に沿って行っている		

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
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	季節や気分でダンス内より選べ、着替えができるよう支援している。また欲しいものがあるときは家族に伝えている		
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	野菜切り、もやしのひげとりなど料理の下ごしらえや盛り付け食器拭きなど、職員と一緒にやっている。メニューの希望を聞き取ったり、時には職員の得意メニューを提供したりしている。気分を変えてテイクアウトのお弁当を提供することもある。	ユニット毎に利用者の希望や季節感ある献立を作成し、家族や地主からの戴き物(柿や蓮根、大根、さつまいもなど)も活かし、食を楽しんでいる。また利用者には、出来る事(食材皮むきや下拵え、茶碗拭き等)を職員と共にやっている。時には職員の得意メニューを振舞ったり、イベント時には、テイクアウトの弁当や寿司、オードブルの購入や手作りケーキなど非日常的なメニューも取り入れ、楽しみに努めている。	
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	きざみ、ミキサー食などその方に応じた食事形態をとっている。体調不良で変化があるときは記録を残して主治医に報告し栄養摂取量を確保する		
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	義歯ブラシや舌ブラシ、洗口液を使いケアをしている自立している方の口腔ケアも職員が点検している		
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	トイレ排泄が基本で排泄リズムを把握し、誘導の必要な方には声掛けに気を付けた誘導を行っている	トイレ内排泄が続けられるよう全利用者の排泄チェック表を作成し、利用者毎の生活習慣・体調管理と排泄間隔を把握して、必要な助方法(声かけ誘導等)を随時検討している。夜間は安眠を重視し、ポータブルトイレや紙パンツ等の介護用品の利用等を本人確認しながら決めるなど、利用者にとって快適・安楽となるよう取り組んでいるため、入居時は紙パンツ着用の方が、入居により布パンツに変更した方もいる。	
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	排便チェック表で排便リズムの確認を行っている 便秘予防のための水分摂取や運動の声掛けをしている また献立にも配慮している		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は月毎に決めているが、希望があれば他フロアでの入浴も可能としている。順番にこだわりのある方などの配慮もしている	週3回午前・午後を入浴日としており、その中で、1人週2回以上の入浴支援を行なっている。また体調や気分等を考慮し、曜日や浴室は固定しておらず、他ユニットの浴室で入る方もいる。常時、入浴剤を数種類準備しており、利用者のその時の気分に合わせて楽しんでもらっている。	

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
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	安心して眠れるよう一人ひとり就寝時の声掛けをしている 季節に応じて快適に休めるよう就寝前や就寝中の居室の気温にも配慮している		
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	薬剤情報については服薬ファイルを確認し、副作用の症状があれば主治医に報告し指示を仰いでいる 誤薬がないようダブルチェックを行い与薬時は呼名と顔確認で服薬支援している		
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	生活歴を参考に本人から希望を聞き取って掃除や日めくりカレンダーなどで役割感を持っていただくようにしている また皆で楽しめるリズム体操や歌で楽しみながら気分転換できるよう支援している		
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	朝の散歩以外にも戸外に出かけたい希望があったときは職員と散歩やドライブをしている 普段行けないような場所には家族の協力を得て外出できるよう支援している	日課として、毎朝近郊にある公園等に車椅子の方も含め散歩に出かけたり、プランターの苗植えや水やり、買い物、庭でのお茶会など、外気浴によるリフレッシュにつなげている。また、花見や海風浴、紅葉など季節感を感じられる場所に出向き、四季の変化を肌で感じられる取り組みを行っている。感染状況が落ち着いていけば、家族の協力を得て、自宅で少人数での食事を楽しんでいただいている。	
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	金銭は基本的に持ち込んでいないが、どうしても持ち込みたい方はお財布をお預かりし、必要に応じてお渡ししている。金銭の使用については、ホームのおやつや買い出しと一緒にいった際に行っている。		
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	手紙やはがきのやりとりが行われている。本人から電話がかけられるよう希望に応じている。ご本人が管理できるのであれば、携帯電話の持ち込みも可としている。また自分の気持ちをうまく伝えられない方にはお便りで本人のメッセージを書いている		
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	リビングに温湿度計を設置して、快適な室内環境が保てるようにしている リビングとエントランスの温度差がない様配慮している 掲示板には身近なもので季節感のある作品を飾り日々楽しめるようにしている	リビング等の共用空間はエアコンや除加湿空気清浄機、消臭器を使い、温度・湿度・匂い・日当たりが良い快適な環境を整えている。1日2回全窓を開けての自然換気、感染症マニュアルに沿った消毒・清掃も利用者と一緒にこなしている。ソファの設置や玄関前にも椅子を置き、利用者が1人で過ごせる環境作りにも配慮している。	

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
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	認知症の度合や性格、生活歴、趣味等を考え、皆が平穏に過ごせるよう座席を決めている。ソファや廊下に椅子を置いたりし、見守りの中で自由に動き、好きな場所で過ごせるようにしている。		
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	居室の整理を職員と共に行いタンスの上には家族の写真や馴染みのある小物などを置いて安心できるようにしている 壁には自分の作品や好きな絵などを飾れるようにしている。	全室洋室で、入口横に縦長手摺り、洗面台、介護ベッド、タンス、時計、TV端子が備え付けられている。寝具もホーム負担で毎年入れ替え、毎週のクリーニングにて清潔保持している。またベッド利用に馴染みのない方には、布団を持参してもらっている。持ち込みは基本自由で、居心地よく過ごせる物を持ち込んでいる。転倒の危険性がある方には、施設が準備した衝撃緩和マットをベッドサイドに敷き、安全面に配慮している。	
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	廊下にある手すりを使って足上げ・屈伸運動、歩行練習をしている。トイレ内も手すりを使用し出来る限りつかまって立位や協力動作をしてもらうことで、自分でできているという自信に繋げている。		