

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	「人は平等であり、尊敬され、安心できる普通の暮らしを送れる権利がある」の理念の下、平等でその人らしい普通の暮らしを送れるよう事務所内等に掲示し、職員採用時や勉強会時に理念の説明・確認を行い理念を共有し日々のケアにあたっている。	法人全体の理念を基に統一されたケアに取り組んでいる。理念については、利用契約時に利用本人や家族に説明している。また、ホームの玄関、相談室、職員室などに掲示し、職員が常に確認できるようにしている。更に、月1回の会議でも理念を確認している。職員の定着率が良く、理念に沿った支援に当たっている。理念にそぐわない言動が万が一職員に見受けられた時には、管理者が職員個々に声掛けし注意を促している。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入し、隣組長を務めたり隣組の懇親会に参加したり、避難訓練に参加していただいたり隣組とは良い関係性が出来ている。また地域の行事や地域の清掃などに職員と利用者様共に参加している。散歩時などでも気軽に声をかけていただいている。毎年施設前で子供神輿をやっていただき職員利用者ともに楽しませてもらっている。コロナ前はお茶のみに出かけてもらっていたがコロナもあり途絶えているが今後再開できるよう検討している。	区費を納め地域の一人となっており、清掃活動などに参加している。ホームが組長の役員となる年度もありグループホームとして地域に浸透している。また、昨年夏からは地域の子供神輿も再開され、その休憩所となっており、ジュースやお菓子を振る舞っている。コロナ禍の影響を受け、例年、年4回開かれていた「ふれあいサロン」や自治会の避難訓練、地域の子供たちとのクリスマス会、踊りや歌のボランティアの来訪などは、まだ、中止の状態が続いているが、再開されれば交流していきたいという意向を持っている。	
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	懇親会時、散歩時、地域や施設のイベント時などの地域の方と交流の時に認知症の方へのご理解や支援の方法をその都度お話させていただいている。年に数回地域の方から高齢者や家族の介護、認知症等に関する相談があり、理解できるよう丁寧に説明や支援を行っている		
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	ホームでの出来事や行事や実際の報告、評価への取り組みや改善への取り組み等の報告、情報交換を行い委員からでた意見、アドバイスをもとに職員と話し合い改善に取り組んでいる。コロナの蔓延により文章等での報告が主になっていたが最近になり再開したので、イベントや避難訓練と同時に地域の方や家族の方が多く継続して参加していただけるようにしたい。	今年の3月から対面での会議を再開している。利用者、家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、市職員、隣組住民、外部看護師、管理者、職員等参加の下、利用状況、活動報告、事故報告などを行い意見や助言を頂いている。家族会も兼ねており出来る限り、家族の参加もお願いしている。今後も、敬老会、年2回の避難訓練の内の1回、新年会など、行事も兼ねて年6回開く予定である。	
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に取り組んでいる	市より毎月、相談員が来て運営や現場の実情を市町村に報告していたが、コロナにより途絶え最近になり再開した。再び市町村と考え方や運営の実態を共有しながらサービスの向上に取り組んでいきたい。	地域包括支援センター主催で月1回開かれる地域ケア会議に参加し情報交換している。県・市主催の研修会、佐久圏域介護保険事業者連絡協議会などはオンラインで開かれることが多く、多くの職員が参加できるようにしている。昨年夏から介護相談員の来訪も再開され、月1回2名で来訪して利用者や交流し、帰る際には報告もある。また、来訪時の緩りもあり、報告いただいた中から事例を上げて、サービスの向上に活かしている。	

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
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	会社全体で身体拘束廃止会議を3か月に1回程度開催し身体拘束は原則すべて高齢者虐待に該当する行為であることを従業員に周知させ、身体拘束ゼロに努めている。また緊急やむを得ない場合でも従業員でよく話し合い代替案を模索するように努めている。年1回身体拘束廃止研修では具体的な行為や不適切なケアの事例と対応・取組について重点的に学習し身体拘束ゼロの実践に取り組んでいる。また事業所内に具体的な行為やマニュアルや事例を常に掲示し常に心がけるようにしている。	法人全体で身体拘束廃止についての研修を行っている。ホームでも「身体拘束等の排除及び高齢者虐待防止研修」を行い、「何が拘束に当たるか」のチェックリストを事務所のカウンターに置いている。拘束と思われる対応があれば、看護師である管理者が拘束をしないケアの方法を職員全員に周知しホームを利用してからの身体拘束は一切しないようにしている。従って、チャイムやセンサーマットについても使用せず、職員は常に見守りと利用者の所在確認に努め、外出傾向の見られる利用者には職員が付き添って納得していただくまで散歩をしている。	
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	県の高齢者虐待のオンライン研修に参加したり、年1回の内部研修で虐待の事例や不適切なケアの事例と対応・取組について重点的に学習し虐待防止や身体拘束ゼロの実践に取り組んでいる。また随時職員間で話し合い利用者さん本位のより良い介護ができるように努めています。高齢者虐待の常に事業所内に掲示し虐待防止を徹底している。また老人同士でのいじめ、虐待を見過ごさないよう十分注意を払い、防止につとめている。		
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	管理者と職員が外部のオンライン研修等で日常生活自立支援事業や成年後見制度の学習をし、その資料やマニュアル等を使用し内部の研修を行っている。入所時や利用者さんを取り巻く環境が変化した場合に必要な性を検討し、必要な場合は制度を活用できるよう支援している。		
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	利用開始前から見学・説明を行い、利用開始時に重要事項説明書や契約書により十分説明し、疑問点等随時確認を行いながら理解・納得を図っている。法改正等の場合も改正部分を説明し新たなもので同意して締結していただいている。		
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	普段から食事やレクリエーションの時に利用者さんの意見・希望や苦情を聞けるよう傾聴に心掛けている。またよく利用者さんの表情や行動を観察し日々の生活の様子から言葉に出来ない不満や希望を見つけられるよう心がけている。またご家族の面会時にご意見や利用者さんが何かご希望は言っていないかなどお聞きするようになっている。市より毎月来る相談員に苦情や不満を伝える機会や運営推進会議・電話等で家族の意見を聞く機会を設けている。そしてそれらを反映できるよう毎日のミーティング時や月一回の会議で職員間で随時話し合っている。苦情相談用紙も玄関に常備している。	殆どの利用者が希望を伝えることが出来る。その日の状態により、仕草や表情で汲み取ることがあり、職員は日々声掛けをし希望を聞いている。現在、家族の面会にはほぼフリーで、一部の時間帯を除き、事前の連絡をいただいた上で、人数制限もすることなく、利用者や飲談していただいている。月1～2回が殆どで、遠方の家族についても年2回ほどの来訪があつて面会時には日頃の様子を伝えている。毎月、担当職員から写真入りのお便りを各家族に送り、日頃の様子や受診状況などをお知らせしている。運営推進会議も家族会や行事などを兼ねて行い、利用者の様子を見ていただいて意見交換している。頂いた意見や要望はケアに活かしている。	

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
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	普段から管理者や経営者側から声をかけたりコミュニケーションをとり、日頃から運営に関する職員の意見や提案のしやすい雰囲気づくりに努めている。管理者のほうから積極的に日々の申し送り時など随時運営に関して意見を聞くようにし、職員間で話し合い業務の改善に役立てている。また年数回慰労会などの職員間交流を行い事業所内の雰囲気づくりをし、職員が提案しやすい環境にするよう心掛けている。	月1回の研修会を兼ねた職員会議や朝夕の申し送り時などに意見や要望を聞いている。花見、暑気払い、忘年会など年数回慰労会を開いて、何でも言い合え、働き易い職場となるように全職員で意思疎通を図っている。人事考課や目標管理制度は導入されていないが、随時の面談で、職員の意見や要望を聞いている。	
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	資格合格時に御祝い金や資格所得のための援助金や日々の業務実績を管理者と一緒に業務を行うことにより把握するよう努め頑張っている職員には昇給をしている。また内外の研修に積極的に参加させ初心に立ち返る事により向上心の維持に努めている。家族の都合によりもっと仕事をしたい場合や子供のために早めに帰りたい場合など出来る限り融通をきかしている。また処遇改善加算等を取得した。		
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	管理者も職員と同じように働いたり観察したり、一人ひとりのケアの仕方や力量を把握するように努め、随時指導を行っている。また個別の研修計画を作り内部研修などで学習したり、積極的に外部研修に管理者とともに参加させたりし、行けない職員にはレポート回覧してスキルの向上に努めている。新任の従業員にも管理者が直接指導するようにしている。		
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	佐久圏域GH協議会や佐久圏域介護保険事業者連絡協議会に加入しており、研修会や勉強会、相互訪問等に管理者、職員が参加していたがコロナで機会が減ってしまったが最近再開し始めた。また市の地域密着事業者の研修や地域包括ケア会議等での意見交換や事例検討によりサービスの質向上に取り組んでいる。県の研修等で他の介護事業者との関係を作り、他施設等に訪問し当施設のサービスの向上に努めている。		
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	信頼関係の構築なしでは利用者の本当の望むくらしを知ることはできないので、入居前の面談時に家族等からの情報をもとに、ご自宅や病院等に何度か足を運びゆっくりと時間をかけ話をしたり見学に来ていただき、本人の思いを受け止めるよう努め、本人の意思で入所したいと思うまでできるかぎり信頼関係を築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	電話相談や見学、面談と入居前に会う機会を数回設け不安な事や希望している事を十分聞けるように努めている。また家族の思いと利用者さんの思いの違いに注意し、両方の思いが最大限くみ取れるよう心がけている。		

サガラシルバーハウス

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
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	相談時に本人と家族のニーズに合った支援は何かを見極め、在宅が可能な他の施設が適切かなど主治医やケアマネや本人家族と話し合い、グループホーム以外の各種施設や在宅で暮らすための各種サービスの選択肢もある事を説明している。		
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	洗濯や掃除、料理、農作業、ちょっとしたお手伝いなど得意な事は積極的にしてもらったり教えてもらったりして、できない部分を支援するように入居者主体で生活していくことを意識しながら共に生活している。ご本人の役割を見出し、それを大事にし、尊重しながら共に暮らせるよう心がけている		
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	利用者さんの歴史や人間関係を出来る限り本人や家族に教えてもらい、それをもとに利用者さんの経験や知識を本人や他の利用者さんの生活そして職員の仕事や生活に生かせるように努めている。また家族の方に面会時や電話等で入居者の不安な事や困っていること、状態を伝えより良い解決に向けたアドバイスや情報をもらっている。またできるようなら外出や外泊のお願いをし、家族の思い出や絆を大切にしよう心がけている。		
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	ご家族にお話して馴染みの人に面会にきてもらったり、今まで家で使用していたものを持参してもらい少しでも自宅の雰囲気近づけるようにしている。またできるようななじみの場所や家、田んぼやお墓参りへの外出や外泊のお願いをし、利用者さんそれぞれの大切なものとの関係が続くよう心がけている。	知人・友人も高齢となり、来訪する方は少ないが、家族と連携を取りながらホームとしていつでも受け入れることができるようになってきている。面会については、現在、家族同様、制限を設けずフリーとなっている。家族にもお墓参りや外泊などを勧めているが、家族や家庭での適切な介護ができるかどうかの課題があり、自宅への一時帰宅も難しくなっている。そうした中、家族と馴染みの店で外食をする方がいる。3ヶ月に1回、顔なじみの訪問理美容師が来訪し、カットなどの整容をしている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	洗濯や掃除、料理など利用者同士で共に支えあい生活できる場面づくりや、レクリエーションなどで話しやすい環境づくりをしている。また人はねたきりが一番孤独であるから出来る限り離床出来るよう支援し日中活動的に生活していただくことにより利用者さん同士が関わりあえるよう支援している。また食事やお茶の時間などは職員も間に入り積極的に会話できる場面づくりをしている。日中は多くの時間リビングでみんなでご過ごしていただいている。		
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	退所後も御茶飲みやイベントに遊びに来てもらったり手紙のやりとりや電話などを行っている。またその方の地区でのお祭り等に招待してもらい皆で参加したこともある。その後の様子を聞いたりや近くに行ったらお会いしたりしている。		

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	
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	普段から利用者さんとの信頼関係の構築を心掛け、心から話してくれる環境づくりをし、アセスメントだけでなく日々の表情の変化、発言、行動などをよく観察し職員で話し合いその都度プランやアセスメントを見直したり、本当の思いや希望や意向を把握できるよう努めている。また意向等を満たすのにその方にとってどんな方法が最良なのか、職員それぞれが利用者さんになったつもりで考え最良な方法を日々の会議等で話し合っている。困難な場合でも介護者の都合ではなく利用者さんの立場になって考え話し合い、出来る限り利用者さんの本当の希望に近づいた実践が出来る様努めている。	利用者本人から思いや希望を聞くこともあるが、選択して頂けるような声掛けをすると殆どの方がそれに沿うことが出来る。難しい方でも日々関わっている中で様子や仕草で汲み取ることが出来る。現在、5名の利用者は男性3名、女性2名となっており、趣味の継続など希望に沿った支援に取り組んでいる。洗濯物干し、洗濯物畳み、食器拭きなど、出来ることでの出番作りをしている。利用者1対1になった時の希望やつぶやきは大切なこととして捉え、記録や朝夕の申し送りにより職員間で共有してケアに活かしている。		
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	入所前からできる限り複数回本人や家族と会い信頼関係を築けるよう努め、早い段階で出来る限り本人の歴史や人柄、生活、家族関係などを把握できるように努めている。またアセスメントの情報だけでなく普段の会話の中で知ることが出来た情報も職員が共有できるように記録するようにしアセスメントに反映しながら、日々の生活でそれらが生かせるよう心がけている。			
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	普段から職員の気づきや1日の様子、変化、可能性(例えば歩行や立ち上がり等心身の可能性)等を申し送り時の話し合いや記録により共有、把握に努めている。そのうえでケアプランに反映したり、会議等で職員間で出来る事やしていく事を把握し支援できるように努めている。また流れ作業のような仕事ではなく共に生活している家族のようによく話しよく聴き、普段から常に利用者さんの表情や行動、言動を観察するように心がけている。			
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	日々の申し送りや記録、会議等で職員が活発に意見交換しそれぞれのアイデアを取り入れたり、ご本人とよく話をし本当の望む暮らしを見出し、その暮らしのための課題等を本人や家族に意見を聞いたり、専門的な意見やアイデアを主治医等に聞き活発に意見交換し、それらをもとに介護計画を作成している。また利用者に変化があった場合やおおよそ3カ月に1回モニタリングを行いプランを見直し現状に即した介護が行われるよう努めている	月1回の職員会議でケアのあり方について検討している。基本的に新人職員についてはホーム全体の業務を覚えていただいてから利用者の介護に入るようにしている。長期目標は介護認定有効期間に合わせ、短期目標を1年とし、3ヶ月に1回モニタリングを行って、その都度、援助内容の継続か変更かを検討している。変化が生じた時には随時見直している。見直し時には家族に説明し、希望も聞き、計画に反映している。ホームにはケアマネジャーの資格者が3名おり、相談をしながら計画を作成している。		

サガラシルバーハウス

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
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	申し送り時には特に注意すべき事柄や気づき、その日した工夫を話し合い、個別の記録にも日々の様子や発言内容、行動、表情などの気づきやケアの実践、結果や工夫等を記入し、職員間で情報を共有し日々の実践や次の工夫を介護計画の見直しに反映している。日々変わりゆく利用者の状態に対応できるよう気づきや工夫を大事にし、よりよい介護の実践にいかせるよう努めている。特に注意しておきたい事柄などはホワイトボードにメモで書き職員全員で共有できるようにしている		
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	通院や買い物、花見やお墓参りに行きたい、選挙に行きたいなどそれぞれの利用者のニーズに出来る限り対応し流れ作業的な単純な支援ではなく、柔軟な温かみのある支援をするよう心がけている。またその時は他の利用者の弊害にならないよう経営者や非番の職員が出来る限り支援する。仕事としての関わりではなく家族のように利用者さんの生活環境の重要な部分であるよう心がけています。		
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	隣組を主として警察、消防や消防団とあらかじめ離設、消火等に迅速に協力してもらえるよう関係を作っている。必要性に応じて介護保険以外の他のサービス(理美容サービス)を利用する場合は地域包括支援センター等と話し合うようにしている。また利用者さんが大切にしてきた心の支えとなる環境やなじみの友人、家族関係等も把握し、出来る限り協力を仰ぎながらよりよい生活につなげられるよう心がけている。		
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	本人や家族の希望する主治医や医療機関を受診していただき、従業員も同行して情報を共有できるように努めている。特に希望がない場合や通院が困難な場合、利用者や家族に納得の上協力医療機関に依頼し毎月往診して頂いている。必要場合はCTや精密検査他の病院の紹介などして頂いている。協力医療機関の医師とはなじみの関係になっており長年相談協力していただいております。重度化した場合主治医・看護師・家族等密に連絡をとり、利用者さんがなじみの環境で安心して最期のその時を迎えられるよう職員、家族、医師と一丸になってターミナルケアを行っている。	契約時に以前の主治医の継続が出来ることと連携している医療機関による月1回の往診があることを説明している。現在、利用者全員が連携医療機関を主治医とし往診となっている。皮膚科や整形外科など殆どの科がホーム近くにあり、診察券を出してから、順番の時間になったら知らせていただき、車いす対応の車でお連れして、スムーズな受診に繋がっている。家族に連絡してから受診先で落ち合うこともあり職員から情報提供もしている。職員として看護師が常駐しており24時間対応も出来る。歯科については必要に応じて協力歯科医の往診を受けることが出来、口腔ケアについては市の窓口相談し市職員の歯科衛生士の来訪に繋がっている。	
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	介護職は常に気づきや変化を個別記録や申し送りに書き、管理者である看護師に出来る限り口頭で詳細を伝えるようにし、緊急時には電話で連絡をとり、迅速な処置、受診が受けられるようにしている。小さな変化でも気づけるよう観察することの重要性を研修で勉強し実践できるように努めている。小さな変化でも大きな病気の前兆の可能性があるので、どんな小さい変化でも看護師に相談するようにしている。		

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
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。	入退院時には医療機関の関係者や主治医、家族と情報交換と話し合いや担当者会議を密に行い援助に努めている。協力医療機関とは常に連絡相談をしており重度化、急変時にすぐに対応できる環境を整えている。また入院中は入院先に足を運び早期退院に向け退院の計画を医療機関の関係者と本人、家族と話し合い、退院に備えた受け入れの態勢を整えている。また荻原医院や佐久病院とは急変時や困ったときには相談できる関係作りができています。		
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、事業所ですべての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	重度化や終末期のあり方について早期から家族と話し合い、病院なのか当施設なのか家族や本人の意向を把握しておき、かかりつけ医や家族と密に相談し対応方針の共有をはかり終末期に備える。重度や終末期の入居者に対して対応可能な事、困難な事、などを職員で話し合いや1日1日の変化等をかかりつけ医に相談したり家族に報告したりして、施設、家族、かかりつけ医と連携して支援し、なじみの環境なじみの仲間にも困まれて終末期迎えられるように備える。	「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」があり、利用契約時に利用者や家族に説明している。終末期となった場合には、管理者、職員、医師、看護師から本人や家族に説明した上で、意向を確認し、書面を取り交わしている。管理者が看護師であることと、隣接している法人の他の施設にも看護師が常駐しており、経管栄養・痰の吸引・点滴・人工肛門等、医療行為にも対応出来る体制が整っている。この2年以内に2名の看取りを行い、新型コロナ禍の中ではあるが家族や親戚の方には居室で面会をしていただき感謝の言葉を頂いている。また、看取り中の日中は居室ドアを開けたりして他の利用者も最期を共に過ごしている。	
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	看護師によりすべての職員が定期的に応急手当や初期対応の訓練、研修を受けている。また応急手当の仕方マニュアル、連絡方法を目のつくところに貼り方が一の事故発生時に備えている。		
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	火災想定・土砂災害想定での避難訓練をそれぞれ年に2回行い、そのうち1回は夜間を想定し確実な避難誘導ができるように訓練している。年1回非常災害時対応に関する研修も行っている。また隣組の会合等に出席の際に災害時の協力について働きかけている。近隣の方や消防署員を交えた避難訓練も行い消火器の使い方等を教えてもらい防火への意識を高めるよう努めている。	年2回、事故予防・再発防止・緊急時の対応研修も兼ねて、火災・土砂災害の避難訓練を実施している。また、そのうちの1回は夜間想定で実施している。コロナ禍前の訓練には消防署員が参加し、運営推進会議の1回は訓練を含めて開き、近隣住民の参加も頂いたが、この数年は実施することができていない。今後、状況を見ながら、協力体制も再整備していこうとしている。ホーム周辺は土砂災害警戒区域になっていることから、特に、市役所危機管理課とは連携を密にしている。2019年にホームは建て替えられ、耐火構造で自動火災報知器・自動火災通報装置・誘導灯・スプリンクラーが設置され、非常時に備えている。停電も想定し、ストーブ・カセットコンロ・備蓄・介護用品なども用意されている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	徘徊等も問題行動と捉えるのではなくその人の個性・歴史と捉え、寄り添ったりお話を納めてもらったり、それぞれの人格を尊重し誇りを損なわないよう心がけている。人生の先輩としての尊重した言葉かけや排泄・入浴時等プライドを傷つけるような事がないように対応に配慮し支援をしている。記録等の個人情報も目隠しをして管理している。認知症やプライバシーの研修などを行ったり、管理者は従業員の声掛けや対応の仕方を普段からよく把握するなど適切な声掛けが行われるよう努めている。	県や市主催の研修に積極的に参加している。「プライバシー保護に関する研修」「認知症ケアに関する研修」として内部研修もそれぞれ年1回開き職員間で周知・徹底している。特に、オムツ交換時にはプライバシーに配慮している。利用者と職員には男性がおり、入浴時や排泄時には出来る限り同性介助に心掛けている。利用者との馴染みの関係づくりが出来ていることからその時々を確認し対応している。呼び掛けは苗字や名前に「さん」付けでお呼びしている。家族・友人などから呼び慣れた名前や希望がある場合には契約時にお聞きしている。	
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	入居者の状態に合わせて食事やお茶の時間レクリエーション散歩などあらゆる場面において、会話の中から希望を聞いたり、ニーズを引き出すような雰囲気作りや場面作りをしている。意思表示の困難な入居者の表情やしぐさ等も注意深く観察し出来る限り本人の意思に添えるように支援している。また押しつける介護ではなくご本人の意思を聞き口腔ケアや排泄、睡眠等利用者の決定に基づいた介助に心がけている。時には介助拒否の方もいるが時間を変えたり説得したり工夫して介助するよう努めている。		
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、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	本人が散歩に出たいときは他の仕事の手を止め一緒に出たり、寝たいときに寝たり、テレビを見たいときはみてもらったり、レクや散歩に行きたくない時は行かないなど無理強いをせず、「ふつうの暮らし」をおくるために入居者本人のペースを大切に、常に本人の意思を聞いてから介助や行動に移すようにし、意見や希望に沿ってその人らしい生活を送れるように支援している。また食事もしらない方や途中で飽きてしまう方へも時間を変えその人のペースで食べてもらっている。		
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	毎朝出来る方はひげそりや歯磨き整容をすすめる、出来ない方も介助して本人らしい格好でいられるよう支援している。2か月毎に美容師が来所したり行きつけの美容室にてカット・パーマされている。おしゃれについても着替えの時や外出時などどちらが良いか聞く様にし本人の望むものを選んでいただけるよう働きかけている。		

サガラシルバーハウス

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	(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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	本人や家族から好みのもや嫌いなものを聞いたり普段の表情や行動で把握するように努め、買いい物や調理の手伝い、片づけ等を少しでも一緒にする事で食事への興味を維持し、本人の箸や食器を使用し、いつもの席で職員と利用者が談話しながら食べ、食事が楽しみであり続けるように努めている。また献立に旬のものや好みのもやお祝いなどを取り入れたり、施設の畑の野菜や本人や家族の畑からもらった野菜を食事にだすなど食事が楽しめるよう支援している。食事介助の必要な方も出来る限り自分で食べられるように一部介助を心がけ食事が生きる楽しみになるようおいしい食事・楽しい食事を心がけている。	殆どの方が自力で食事が摂取出来るが、集中力が途切れ食事後半に一部介助の方がいる。利用者の咀嚼状態に合わせ、おかゆや軟らかめのご飯で対応し、全量摂取していただくようにしている。皮むきなど、出来ることは職員と一緒にやっている。好きな物・嫌いな物など、契約時に聞き、食事担当職員が利用者の食べた様子を観察して、メニューを検討している。ホームの畑やプランターで収穫した野菜で旬を楽しんでいる。誕生日には手作りケーキでお祝いしている。家族と外食し、誕生日を楽しまれる利用者もいる。毎日お茶の前には歌やリハビリ体操で嚙下予防もやっている。	
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	常日頃から食べた量、飲んだ量を記録、情報共有しカロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足には細心の注意をしている。食べられないときは看護師に相談し体調に気をつけ、茶碗や箸を変えたり、一部介助したり、栄養機能食品などを使用したり工夫しながら継続して食事が出来るよう支援し負の循環が起きないように注意している。また一人ひとりの状態や習慣に応じて刻みやミキサー食など工夫をし十分な栄養摂取ができるように支援している。また自力で食べられなくなってきた方もすぐ介助するのではなく出来るところまで自力で食べてもらい残りを介助するよう心掛けている。		
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	食事が楽しいことであるために毎食後一人ひとりの状態に応じ、歯磨きをすすめたり、口腔ケア（歯磨き、義歯の手入れ、口腔内の出血や炎症、残物の確認等）をしている。夜はポリドントで入れ歯をケアしたり、歯のない方も舌のケアを支援している。介助拒否があっても肺炎と危険性を説明納得してもらい最低でも夜1日1回は出来るよう努めている。		
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	日頃より排泄パターンを観察し把握に努め、個々に応じ朝晩と日中の定期的なトイレ誘導を行っている限り排泄の失敗を減らすよう努めている。またリハビリパンツやポータブルトイレや尿とりパッドの使い方を丁寧に説明し、それらをうまく用いて出来る限りおむつではなく自分でトイレで排泄できるように努めている。表情や徘徊等の行動にも排泄のサインが隠れているときがあるので普段から注意深く観察するよう心がけている。	リハビリパンツとパット使用の方、オムツの方がそれぞれ半数ずつという状態で、夜間のみポータブルを使用している方もいる。職員は一人ひとりの排泄パターンを把握しており、トイレでの排泄を大切に、様子を見ながらさりげなく声掛けをしてトイレ誘導している。リハビリパンツや尿とりパット・オムツは家族と相談し一人ひとりの状態に合わせて検討して適切な対応をしている。ホームでまとめ買いをし袋単位で利用者譲る形で少しでも費用が削減できるように心掛けている。排便については利用者の状態に合わせて、薬を使用しコントロールを行うこともある。	

サガラシルバーハウス

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
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	水分や出来る限り繊維質の多い野菜の摂取を心掛けたり散歩や体操などで体を動かすことや排便の出るパターンを把握することにより自然排便できるように努めている。また出来る限りの排便の確認やかかりつけ医や家族の情報をもとに一人ひとりの体質を把握し、必要に応じかかりつけ医や看護師と相談等をし、その人にあった便秘対策をしている。排便専用の記録用紙を使用し長時間排便がないときは看護師により浣便や洗腸を行っている。		
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	従業員のローテーションや他の利用者との兼ね合い、希望された時間、曜日に入れない事もあるが、できる限り希望の入浴を楽しんでもらえるよう支援している。また入浴時の不安や羞恥心等への細やかな対応や一人ひとりのゆっくりした入浴を常に心掛けるよう指導している。	浴室は一般家庭と同じくらいの大きさで脱衣所はやや広がっている。脱衣所に1人、浴室に1人という職員体制で見守りや一部介助などを行っている。また、職員二人介助で入浴される方もいる。基本的には水曜日と土曜日の午前中の週2回の入浴としている。今は入浴を拒む方はいないが、日によってはあり、日を変えて週2回の入浴を確保している。季節感を大切にしており、菖蒲湯・ゆず湯・入浴剤も使い楽しんで頂いている。	
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	夜間の安眠と昼夜逆転がないよう日中の活動を促しているが、就寝、起床時間に決まりはなく自分のペース自分の好きな場所で日中休息したり入眠していただいている。また睡眠パターンや生活習慣や「家族との外出で疲れた」や「昨晩は寝れなかった」などのその時々状況に合わせて安眠、休息できるように支援している。しかし日中寝ている事が多くなるとそのほかの弊害が出てくるのでできる限り活動への声かけやリビングでお茶するなど活動的な一日になるように努め、それにより夜間安眠できるように努めている		
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	一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法、用量について薬剤師より説明を受けた看護師による指導や、薬の説明書を保管しいつでも確認できるようにしている。また飲み忘れや誤飲をしないように薬は食後手渡して行い目の前で服薬の確認を行っている。また新しい薬を使用するときは特に注意深く観察し記録するよう努めている。時とともに必要なくなったり効きすぎたりした場合はすぐに医師に相談するようにしている。		
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	農業一筋の方にはお花や野菜の育て方を教えてもらい近くの畑で育てたり一緒に収穫したり、散歩で四季を感じたり、歌が大好きな方とはレクの時間以外でも一緒に歌ったり、一緒に将棋やオセロをしたり仕事好きな方とは一緒にお手伝いしていただいたり、一緒に花見等に行ったり利用者さんの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、楽しみごと、気分転換の支援をしている。編み物や塗り絵、折り紙など本人が昔から趣味にしていた事は継続できるよう道具を用意したり一緒に教えてもらいながら作ったりしている。		

サガラシルバーハウス

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
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	日常的な散歩やその他入居者の希望に応じ外出の支援をしている。また常に外の景色や空気を吸えるテラスへは好きな時好きなだけ出られるようになっている。夏場はできる限り戸外にでて気持ち良く過ごせるよう支援している。家族に協力してもらいながら、なじみの大切な場所へ出かけられるよう支援している。近所の畑での収穫や花見など外出支援をしている。病院へ出かけたときは知った場所をできるかぎり通ったり、花見などは行った事のある場所に行っている。	外出時、独歩の方が大半で、車いすの方が若干名となっている。住宅街であることからホーム周辺は交通量が少なく、日々散歩を楽しんでいる。ホームが高台のためリビングやテラスで日光浴しながら佐久平を一望することができ、花見など、ホームに居ながらにして季節を感じる事が出来る。車イス対応の車で、少人数で花見に出掛けている。家族と誕生日に外食をする方もいる。	
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	入居者の力量や希望に応じて少額ではあるが財布を持っていただき、自分のほしいちょっとしたものを買っていただく支援をしている。		
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	希望される時などは自由に電話をしてもらっている。携帯電話を使ってもいただいている。また年賀状や季節のたよりなど積極的に出せるようレクリエーション時やお茶の時間等に勧めて書いて頂いて家族へプレゼントするように支援している。		
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	共用空間は自宅のように安心して暮らせるようにイスや机、ソファ等があり広いスペースを自由に使ってもらっている。空気がこもらないように出来る限り窓を開け外の空気を取り入れたり、排泄物はすぐ捨てるように清潔な環境に注意している。また床暖房・クーラーなどで快適な生活が送れるようにしている。景色の良い大きな窓から春夏秋冬季節を満喫していただいたり、季節の花が手に入ったときは飾るなど季節感を取り入れるよう工夫している。	利用者6名の居室の真ん中に広いリビングがあり、中央には大きなテーブルが置かれて、陽当たりも良く、大きな窓からは八ヶ岳や蓼科山などを望むことができる。リビングからは楽しい会話が聞こえており、利用者と職員がテーブルを囲み、和やかに過ごしている。浴室は一般浴のユニットバスで家庭的である。トイレは車いすでも十分広く、医療行為が必要になっても生活が出来るようにということで人工肛門などのあらゆることを想定し対応出来るよう工夫がされている。共有部分はエアコンや床暖房で快適に過ごすことができる。	
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	広いスペースにテーブル、寝ころべるソファや将棋やオセロを常にテーブルに置いており気の合った仲間と遊んだり、一人になりたいときは居室やソファを使用し、自由におもいのままに一人になれるよう工夫している。また一人ひとりの居場所づくりのため入所時等に席を決めそれぞれの居場所を作り楽しい仲間づくりの工夫をしている。		

サガラシルバーハウス

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
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	居室には出来るだけ使い慣れた家具、生活用品、家族の写真、楽器など持ち込んでいただき、イベント時の写真などを飾り、本人が居心地よく過ごせるように工夫している。特に制限はなく人によっては仏壇を持ってこられた方もいた。	居室にはベットと広いクローゼットが設置されている。居室入口の上部にも収納用の棚があり、整理整頓がされている。ハンガーラックには沢山の衣装が掛けられ、利用者が日々選ぶ様子を窺うことができる。壁には家族の写真が貼られ、馴染みの家具なども自由に持ち込まれており、居心地よく過ごせるように工夫がされている。	
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	一人ひとりに居室に表札をつけ、トイレにもいくつかの目印や表札また夜間は電気をつけたままにしておくようにしたりできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。施設内でも歩行器やポータブルトイレ等を使い「今はできてない事」も出来る限り「できる」にかわるようように工夫し自立した生活を送れるように支援している		