

(別紙の2)

自己評価および外部評価結果

自己 評価	外部 評価	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	全職員が長野会、新子田の家の理念を理解し実践できるように、全体会議等で定期的に研修会を実施し共有・確認しています。	現在の運営法人になってから8年目を迎えている。法人全体の理念と「私たちが大切にしていること」という四つの行動目標が掲げられている。また、グループホームとしての独自の理念を「お年寄りが主役 私たちは名脇役」「ほがらかに、なごやかに!!」「ケアを楽しむ10カ条 一ゆたかに、おおらかに、自然の恵みを生かしてー」として、更に、ホームとしてのケア方針も明確に定めている。職員は常にそれらを意識し統一したケアに取り組んでおり、毎月開かれる職員全体会議で振り返り、利用者や家族には入居時に理念について説明し理解を促している。	
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員として日常的に交流している	新子田の家を一軒の家とみなして区費を払い、地域の一員として保育園や地区の行事やサロンにできる限り参加しています。	区の一員として開設以来区費を納め、地域の人々との交流も継続されており、各種行事の案内を頂き利用者が参加している。今年度の受け入れはないが例年であれば中学生の体験学習や短大生の実習の受け入れも行っている。新型コロナの5類移行を踏まえ、地元の演奏やコーラスのボランティアが来訪し、利用者との交流が再開されている。市地域包括支援センターが主催するオレンジカフェ「新子田サロン」が当ホームの地域交流スペースを使い毎月第4金曜日の午前中に実施されており、ホーム利用者も参加し地域の人々とふれあっている。また、家族、地域の方を中心に「認知症サポーター養成講座」も開催している。そうした中、隣接地にある保育園の園児との交流も定期的に行われており、歌やダンスが披露され、利用者も楽しんでいる。	
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	佐久市認知症カフェ(オレンジカフェ)を毎月第4金曜日に開催しています。利用者参加型で地域の方や関係機関の方が参加できる機会を設け、定期に開催できています。		
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践、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	運営推進会議の議事録は施設玄関正面に設置しています。受診等で来訪した際に頂いた意見は日々のカンファレンスや全体会議等で話し合いを行っています。	現在、家族代表、区長、公民館長、地区消防団班長、民生児童委員、病院支援室長、市担当者、地域包括支援センター職員等をメンバーに、2ヶ月に1回、対面での会議を開催している。ホームの現況や活動、行事、事故などについて報告し、活発に意見交換した上で、頂いた意見・要望等はホームの運営に活かしている。委員である区長や消防団班長には、災害時の協力も依頼している。また、基本的に年2回、運営推進会議の後、家族会も開催し、意見・要望などを直接伺ってサービスの向上に繋げている。	
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に取り組んでいる	毎月一回開催している地域包括連絡会に参加し意見交換等行っています。認定調査はホームで行い、利用者の日頃の様子を実際に見ていただき伝えるようにしています。	毎月開かれる地域包括支援センター主催の連絡会や2ヶ月に1回のケアマネジャー連絡会に参加し、市が行う集団指導の場にも出席している。また、市としての各種研修があり、ホーム職員も可能な限り参加している。新型コロナ予防の観点から休止となっていた市の介護相談員の来訪が再開されており、2ヶ月に1回訪れて利用者と懇談し、結果が管理者に知らされている。介護認定の更新調査については調査員がホームに来訪し、同席をする家族もあり、職員が利用者の日々の様子や状態を伝えている。家族に代わり更新申請や区分変更申請なども行っている。	

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
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	玄関の施錠は夜間帯のみ行っています。身体拘束についての施設内研修やセンター方式を使ってのカンファレンスを各ユニットで行い、本人本位のケアができるように取り組んでいます。換気することも増え、施設周囲の死角になる所には人感センサーの設置を検討しています。	身体拘束の研修会を内部で年4回実施し、全体会議でもその都度確認している。運営推進会議で身体拘束適正化について話し合い、職員も身体拘束等の禁止について十分理解し身体拘束のないケアを実践している。家族の同意の下、転倒・転落が危惧される利用者については人感センサーを使用しているが、その態様及び時間など、やむを得ない理由を記録して解除に向けて定期的に検討を加えている。利用者の外出傾向を把握し、散歩したりドライブなどで対応し、万が一の離脱に備え地区の役員との連携も取れるようになっている。	
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逃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	虐待防止の法人・施設内研修を計画を立てて行っています。また、虐待に当たる行為がないように、職員間で意見が言い合える職場環境の整備に取り組んでいます。		
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	家族関係、家庭環境、経済面の状況を把握して、管理者・ケアマネ中心に必要な検討をしています。		
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	重度化や看取りについて契約時にご家族とはお話しができていますが、ご利用者様本人の意見や思いが聞き取れていません。介護計画評価に合わせ会議を開催する際は、利用者参加型にて実施しています。		
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	運営推進会議の議事録は施設玄関正面に設置しています。受診等で来訪した際に頂いた意見は日々のカンファレンスや全体会議等で話し合いを行っています。	自らの意見や要望を伝えることができる方が多い。特に、好むこと、嫌がることなどを記録しつつ職員間で共有し、利用者主体の運営に役立てている。現在、家族との面会については昼食時を除いた午前・午後時間帯を定め、玄関脇のホールや居間で時間と人数を限り対面で行われている。そうした中、毎日、週1回訪れる家族がおり、遠方の方も含めて少なくとも月に1回ほどは来訪している。短時間の中で、職員からも様子を話し、また、月1回、担当職員から家族あてに写真入りの便りを送って、利用者一人ひとりの暮らしぶりを知らせている。基本的に家族会を年2回開き意見交換し、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	日々カンファレンスが定着化するようにして、職員の意見を聞き取れるように努めています。また、出た意見に対してPDCAサイクルで評価することを行っています。	ホームの全体会議を毎月1回開いて、業務報告、勉強会、防災、利用者についてのカンファレンス等で意見交換している。欠席者は記録と申し送りにより内容を確認し職員間の意思統一を図っている。また、「施設運営会議」を正職員のみで実施し意思疎通を図っている。法人の地域事業本部として業務改善に取り組んでおり、感染・事故防止、接遇、認知症ケア、広報などの委員会を設けて、出された意見や提案は改善に向けて検討が加えられサービスの向上に活かされている。また、法人としてキャリアアップ制度が導入されており、知識や能力の向上に繋がられている。各職員のストレスチェックも毎年実施され、職員が安心して働ける職場環境づくりにも配慮がされている。	
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	法人全体で役割等級制度、人事制度、給与制度を新たな制度を令和4年度より本格的に導入している。新子田の家では、ユニットごとの職員配置をなくし両ユニットに勤務するようになったことで状況の把握・業務連携が進みました。		

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
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	法人本部により計画している認知症、身体拘束・虐待、接遇など研修に加え施設内研修会を開催している。ユニット内でケアチームを作り認知症事例に取り組んでいます。		
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	月に一度地域包括支援連絡会が開催されており、事例検討や学習会、相互交流ができるように努めています。包括主催のケアマネ連絡会も2ヶ月に一度参加し情報交換ができています。		
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	家族等からの情報提供書、診断書、センター方式を基に本人の生活の様子(食事、睡眠、排泄など)を共有しています。また、言動やできること、好きなことなども会話の中や状況から拾い出し、生活の一つ一つの場面や動作について本人が心地よく過ごせているかアセスメントしています。		
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	入居相談の時に家族より困りごとなどについて聴取しています。契約の際はより詳細に確認し、入居後にも面会や担当者会議の際に状況を報告したり、意見や意向を確認しています。		
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	認知症により生活に支障をきたし、一人での暮らしが難しい状況であり、自宅での介護が困難なケースが多い。入居することでまずは本人も家族も精神的に安心できるように説明や連絡、情報交換を行い、本人の状況を把握してケアに反映しています。		
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	本人がやりたいこと、できることを中心に、共同又は単独で作業をしています。いずれもさり気なく見守り、または一緒に行うことでそれが自信にもつながり、役割として自覚していただけるよう努めます。		
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	今まで通り定期受診や配薬など依頼し、できるだけ来所していただき本人と関わってもらうようにしています。衣替えも一緒に本人と行ってもらうようにしております。体調や生活の様子は毎月発行しているお便りでお知らせしています。相談や苦情など担当窓口を契約時に説明し案内しています。		

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
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	面会は今年度は時間、人数の制限をある程度かけさせていただき、ホールもしくは居室にて行っています。電話や手紙などは気兼ねなくできるように配慮しています。	親戚、知人、近所の方などの面会も家族と同様、玄関脇のホールや居室などで定められた面会時間帯に、時間と人数を限り、対面で行われている。家族と一緒に面会に来訪する知人もおり、短時間ではあるが歓談している。面会時には用紙に記入するようになっており、プライバシーにも配慮されている。ホームでは地域ならではの伝統行事を大切にしており、地区の秋まつりやどんど焼きなどにできるだけ利用者が参加できるようにしているが、90歳以上の方が三分の二弱となっていることから出掛けることが少なくなりつつある。ホームでは訪問美容を受け入れており、訪れる美容師と顔馴染みの関係となっている利用者も多い。感染症対策を取りつつ、家族の送迎でお墓参りなどで一時帰宅したり外泊をする方もおり、中には、家族旅行に出掛けた方もいる。	
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、利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	洗濯物を干す方、たたむ方や中庭に野菜の収穫に行ったり、調理工程を分担して行うなど、本人ができること、できない部分を補えあえる関係ができています。		
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	法人内の特養を住み替えの場に提供できるよう、入居に際し、特典を設けています。法人内なので情報の共有や退所後の相談にもスムーズに対応ができる体制の構築を進めています。		
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	サービス計画書を見直す時には本人・家族と面談し、意向・思いを聴き、それを基に支援の方針を決めています。困難な場合はご家族の意向をお聴きし、本人の生活歴、日頃の言葉や言葉に出ない想いもくみとるよう努めています。日常の支援の中で選択できる場面では本人に聞いてなるべく選択していただいています(できない方は推測しながら支援しています)。	多くの利用者が言葉で思いを表すことができ、ホーム利用前の生活歴やできること、好きなものなどを家族に記入していただき、声がけや会話をする際の参考にしている。アセスメント時にはセンター方式を使用し、本人本位の視点をより具体化するために「共通の5つの視点」を基に作成して、利用者の思いや意向を大切にしたいケアに取り組んでいる。また、日々の生活の中での訴えや心身の変化などを日誌に丁寧に記録することで職員間の共有化を図り、利用者の力量に合わせ洗濯物干し、洗濯物畳み、草取り、野菜の収穫などの出番作りをして本人の張り合いとなるように支援している。	
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	入所前に自宅訪問し、どんな環境でどんな生活をされていたか直接見させていただいています。馴染みの物を持ち込んで頂き施設で始まる暮らしが安心できるように準備しています。入所時にセンター方式シートへ家族に記入を依頼しています。出生から生い立ち、職歴、結婚、子育て、退職後から現在までの人生の歩みや、好むことや習慣、家族関係、病歴、性格などについてできる範囲で書いてもらい、個人ファイルにて共有しています。その後も新しい事柄が家族や友人などから聞くことができたときには随時書き込んでいます。他職種を含めたチームでの情報共有ができるよう他職種との連携会議を始めます。		

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
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	普段の何気ない会話の中や個別に支援をしているときに、今思っていること、不安なこと、心配なこと、うれしい事、好きなことなどが聞き取れることがあります。それを見逃さずに職員間で共有することで、その人の気持ちや状態に気づき、寄り添うことに努めています。言葉で伝えることが困難な利用者は、発する言葉や表情などから汲み取り支援に繋げるよう努めています。本人視点でのカンファレンスを行い、本人にとってより良い一日を過ごしていただけるよう努めています。		
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	センター方式を道具として使用し、本人の言葉や行動から事実情報や本人の思いをアセスメントし、本人視点のカンファレンスを定例化するようにしています。ケアマネジメントPDCAサイクルを、ケアマネが関わりながら、担当者を中心にチームで考えチームで実践できるように取り組んでいます。	職員の担当ユニットを決めずシフト制で全員で2ユニットの利用者を支援している。そうした中、職員は1～2名の利用者を担当しており、居室の整理整頓や個別の便りの作成などを行うとともに他の職員を交えケアマネジャーとアセスメントを行い、ケアマネジャーがサービス計画を立てている。入居時の2週間は24時間シートを基に利用者の様子を見ている。その後、全職員で3ヶ月ごとにモニタリングし進捗状況を確認し、短期目標は6ヶ月、長期目標は1年としている。状態の変化に応じて随時の見直しも行い、一人ひとりに合わせた計画が作成されている。また、長期目標の見直しの際には、家族の意見も聞いて、計画に反映している。	
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	タブレット入力で記録をとっています。また、利用者全員にセンター方式を活用し、本人の言った言葉そのものや5w1hで事実をそのまま記録するようにし、またスタッフの気づきや考えなども記入しています。①本人本位の視点で振り返るように②カンファレンスを定例化して日常のケアを見直しています。		
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	空床を利用しショートステイの利用も可能となっています。週単位の利用から1泊2日の利用など対応可能。ご家族が都合で無理な場合は受診の付き添いや、外出支援なども行っています。また、家族が望む時には居室に宿泊も可能となっています。		
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	季節の行事では地域のサロンに参加し地域の保育園児と交流しています。保育園の行事にもお呼ばれをしたりホームへ来てもらったり、散歩の時には挨拶をし、元気な子供たちとのふれあいを楽しみにしています。近所の畑の方から収穫に誘われ、利用者と一緒に手伝った。オレンジカフェには、行政、民生委員、家族など多くの方に協力していただき開催しています。		

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
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	入居の際にかかりつけ医を確認して、継続した診療を受けられるように、時には同行し、家族が付き添う場合には情報シートに日々の様子・体調・相談事などを記入し、医師からの返信も記入してもらっています。必要に応じて内服薬の検討、諸検査の検討も行っています。家族が同行できない場合には、診察内容、検査結果を報告しています。	利用契約時にホームの協力病院等の説明をし、家族に希望を聞いている。多くの利用者が在宅時の主治医を継続している。受診時は基本的に家族に付き添いをお願いしており、ホームから情報シートにより報告し、医療機関からの記入欄には担当医からの受診結果や次回の受診日などが記入されており、スムーズな受診に繋がるようにしている。訪問看護師が週2回来訪し、24時間のオンコール体制もとれるようになっている。また、口腔ケアに力を入れており、同じ法人の歯科衛生士が月1回ホームを訪れ、予防も含め指導している。	
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	小さな変化に気づけるよう普段の状態を把握しています。意識レベル、皮膚の状態、ADL、バイタルサイン、排泄の量と性状、睡眠時の状態など、朝起きてから夜寝て、翌日起きるまで24時間をチームで共有できるように申し送りでは特に詳細に伝達しています。訪問看護ステーションとの契約をし、週2日の訪問をしてもらい、変化は随時伝えていきます。特に変化があった場合には昼夜問わず速やかに連絡を入れ、報告・相談をし指示を仰いでいる。時にはナースから連絡を入れてもらい、受診へつなげています。訪問看護と1/月で連携会議を行い、情報共有と課題解決に努めています。		
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。	入院時には同行し、医師・担当看護師へ現況報告をしています。また、必要に応じて利用者情報提供書を渡しています。長期化する場合は随時ケースワーカー、看護師と連絡を取り、ADLや病状の把握をしています。		
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	入居契約時には重度化と看取り介護の指針を説明し、同時にホームのできる支援の限界についても説明をしています。その上で看取り状態になり、ホームでの看取り介護を希望される場合は、主治医からの説明に始まり、医療機関との連携を随時取り、家族の意向とすり合わせて介護内容を実行しています。	利用契約時にホームとしての重度化した場合の指針を説明しその時点の意向を聞き、なおかつ年に1回、意向を聞き直している。また、直面した時点で本人や家族の気持ちが変わることもあることから、状態の変化に応じて再度意思確認をしている。医療的な処置が必要になり住み替えが必要な場合には他施設との連携をとっている。ホームでの看取りについては家族、医師、訪問看護師、職員で話し合い、意思統一しながら「重度化及び看取り介護に関する計画」を作成し支援に当たっている。訪問看護師が週2回来訪すると共に、24時間対応オンコールとなっており体制も整備されている。法人として年1回、看取りに関する研修が行われており、職員は参加している。	
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	急変時の対応手順も整備しスタッフルームに貼り常に目に入るようにしています。両ユニット夜間は各1名で対応するので、携帯電話を必ず所持し、迅速に訪問看護ステーションまたは管理者へ連絡できるようにしています。また、オンコールスタッフ、隣のユニットへも応援の協力を依頼することになっています。		

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
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	屋間想定1回、夜間想定1回の計2回の消防訓練(避難誘導・通報・消火訓練)を消防署へ依頼し実施していたが、今年度実施できていません。災害時には区へも依頼し協力体制が出来ています。非常時の食料品は3日分を常備している。オムツなどの清潔用品やカセットコンロ、石油ストーブも用意常備しております。	年2回、春と秋に消防訓練を行っている。運営推進会議に地区の消防団班長が参加することもあり、その際には消防訓練について議題とすることもある。また、緊急時の連絡網には区長にも入っていただき、地区関係者への連絡を取っていただくなど、地域との協力体制も整備されている。地区の防災訓練にもできるだけ参加するようにしている。ホームでは夜勤者がユニット毎に1名、計2名勤務しており、毎月のミーティングの内容を各ユニットでやり取りしているのも利用者全員の状態を把握できている。食料品や水については3日間の備蓄があり、介護用品、暖房器具なども用意されている。	
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	新子田の家ケア基準書を基に接遇マナーを共有できるようにしています。施設内研修では接遇について計画的に開催し、日々の関わりを見直す取り組みを始めました。また、プライバシーに配慮した声かけや対応を行っているかスタッフ間で確認して振り返りをしています。	ホームとしてパーソン・センタード・ケア(認知症をもつ人を一人の“人”として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方)を継続して実践している。ホームの利用契約書にも「利用者の権利」として、利用者を個人として尊重し、プライバシーを保ち、尊厳を維持することが掲げられており、接遇やプライバシー保護についての研修なども行って、常に意識して言葉掛けなどにも配慮し人権意識を徹底している。排泄・入浴介助などでもプライバシーに配慮しつつ、必要な時には同性での介助をし、信頼関係を築くことで安心して暮らしていただけるようにしている。	
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	様々な場面で本人の気持ちを確かめながら、本人本位で物事が進んでいけるように配慮しています。うまく表現できない、遠慮してしまう方にも、その人のサインや表情を見たり、急かさずに答えを待ち、その人の表現理解に努めています。センター方式を活用し本人の思いを知る取り組みをしております。また、普段からコミュニケーションをとり、気持ちの汲み取りを心がけています。		
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	読書やレクリエーション、体操等、自由に参加できるように心がけています。時には一緒に中庭に出て収穫をしたり草取りをしたり、散歩に出たりまた、ドライブに出かけています。		
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	自分で選んで更衣ができる方は自分で選んで着ています。しかし、着衣の失行があったり、季節に合ったものを選べない場合があるので、声をかけ衣類の選択を一緒に行っています。		

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
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	食事は外注の業者に委託しています。チルド食ですが、盛り付けや片付けなど一緒にを行っています。また、イベントやおやつは以前と同様に嗜好など聞き取り、一緒に準備し参加できるようにしています。	全介助の方は若干名で、自力で摂取できる方が多い。主菜を中心にチルド食材を仕入れている。多くの方が常食で、食材によっては一口大に刻む方やペースト食の方もいるが、一人ひとりの状態に合わせて食事が楽しめるようにしている。ホームの畑ではキュウリ、ナス、トマトなどの夏野菜が育てられ、利用者も収穫を楽しんでいる。また、近所の方や家族からの果物を主とした差し入れもあり食卓を彩っている。利用者にも一人ひとりの力量に合わせて盛り付けや食器の片付け、食器拭きなどのお手伝いをさせていただき、一人ひとりに声がけし出番づくりをしている。月1回、誕生日会を開き、対象の利用者の希望する献立でお祝いをしている。ホーム敷地内に梅の木があり、利用者のお手伝いをいただき、梅漬け、梅酒、梅ジュースなどを作っている。また、野菜漬漬けなども行っている。利用者と職員で、こねつけやおはぎ、ホットケーキなどを手作りし味わうこともある。	
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	毎月体重測定を行い急激な増減が無いが確認しています。体重の変化と併せて栄養状態の把握に努めております。水分や食事量が少ない方はすぐに訪問看護、主治医に相談し、栄養補助食品など食事内容を再検討しています。		
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	毎食後個別に口腔ケアをしている。週一回は義歯の消毒を行い、また日々職員が仕上げ磨きをしています。毎月、同法人の歯科衛生士が訪問し全員の口腔内の把握をし、必要があれば受診へつなげています。		
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	排泄の誘導をしたり、サインを観察しトイレに誘導しています。また、トイレの場所が分かるように大きく表示して、自分でいける方にも分かりやすくしています。個別の排泄状況によりパットの種類を昼夜区別したり、履き心地の良いものを選んでもらっております。夜間の歩行の状態によっては室内でのポータブルトイレの使用を個別に検討しています。移乗動作や介助動作について、リハスタッフと連携を取りながら行っています。	自立されている方は若干名で、一部介助の方が大半となっている。多くの利用者がトイレで排泄することができ、ホームではそれを維持することを大切に、表情や様子から声掛けを行い誘導して、見守りながら支援をしている。布パンツを使用している方は数名で、リハビリパンツにパットを併用している方が多く、オムツ使用の方は現在いない。パットの交換については職員が支援することもあるが自ら替える方もいる。夜間のみポータブルトイレを使用している方が三分の一ほどいる。日々の利用者ごとの24時間シートには時間ごとに排泄記録が記入されており、一人ひとりの排泄パターンを把握し、職員間で情報の共有をしながら支援している。排泄用品については基本的に家族に購入をお願いしており、一人ひとりの状態に応じて形態の変更をホームから知らせ、家族から了解をいただきホームで代行して購入することもある。	
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	体を動かすこと、よく食べることを大切にしています。お茶・コーヒー・レモンティー・スポーツドリンク・乳酸菌飲料など好みのものを活用し摂り易くしています。また、内服薬や座薬を使い、調整をしています。		

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
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	個人の入浴日は決めず一人週2～3回入浴をしています。体調や午睡の時間を考慮するが、基本は入りたいときに入れるようにしています。また 気分転換の目的でも入浴を活用しています。	日曜日にお風呂はないが、基本的に週2～3回、曜日を決めず、日々希望を聞き、入りたい時に入れるようにしている。一人ひとりの入浴チェック表には利用状況が細かく記録されている。浴槽は一般浴槽でリフト浴も可能であるが使用する方はおらず、自力で入られる方が数名おり、他の方は職員が見守りながら支援している。入浴を拒む利用者がいるが、気長に、また、タイミングを見計らって、再度声掛けし入っていただくようにしている。ゆず湯や入浴剤などを使用することで楽しい時間となるように工夫している。	
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	決まった消灯時間は無いが、個々の就寝時間にベットに入るようにしています。その日の体調や運動量も考慮し早めに就寝を促すこともあります。午睡を一人ではできない方は、リビングのソファ等で休んで頂いております。		
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	全員の常備薬の一覧表があり、効能や副作用などが分かるようにしています。服薬時にも職員二名で確認して配薬し、適宜介助も行っています。変更があれば業務日誌や看護記録へ記録し、職員が共有できるようにしています。症状に変化があった場合は訪問看護や調剤薬剤師に相談しています。		
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	入居の際に家族に、今までの生活習慣や歩んできた人生についてセンター方式シートへの記入を依頼しています。好み事や趣味、職歴、こだわりなど理解を深め、性格や行動、発言の裏づけになる場合があります。また、普段からコミュニケーションを取りながら出来ることを探すよう取り組んでいます。		
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	天気の良い日や気候の良い時期には外へ散歩に出かけている。歩行器の方や、出かけるのに車椅子が必要な方もいるが、歩ける方、車椅子の方、それぞれ分かれて回数を分けて散歩に出かけるようにしています。また、散歩ではなく中庭に出て日向ぼっこをしたり、体操をしたりすることもあります。職員と一緒に計画を立てドライブにも出かけています。感染状況に合わせ定期受診の際に家族との外出やお盆や正月は外泊も行っています。	外出時、ほぼ独歩の方が三分の二ほどで、シルバーカーや車イスを使用する方がそれぞれ数名ずつとなっている。全体での外出が困難になりつつあることから、少人数で計画を立て、お弁当を用意して花見に出掛けたり、コスモス見学などのドライブに出掛けている。天気や利用者の体調を見ながら、ホームの東側の八幡神社や周辺の散歩に出掛けている。また、気分転換のための格好の場所として中庭を活用しており、昼食を楽しんだりお茶会を楽しんでいる。感染症の対策を万全にし、利用者によっては受診時に家族とともに出掛けたり、お盆や年末年始に一時帰省や外泊をする方もおり、家族旅行に出掛けた方もいる。	
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	紛失しても支障がない金額を所持している方もおります。また、必要なものがある時は家族に連絡し購入していただくか、一緒に買い物に出ることも進めています。		

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
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	ホームの電話にていつでも連絡が出来るようにしています。各居室にも電話線は通っているので、使用の際は各人で契約をお願いしています。携帯電話を所持している方もいます。		
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	室温、空気、日光調整は湿温計を見ながらエアコン、床暖房、窓の換気、よしず、遮光カーテンにて行っています。夜間でも足もとが暗くないようにフットライトも使用しております。個別支援によりトイレ使用時にカーテンで対応する時があり、また、季節の花々をリビングに飾って楽しんでいます。家族がもってきてくれることもあり、各自、居室に飾っています。	ホームは平屋造りで、玄関を入ると事務室を中央に左にあさまユニット、右にたてしなユニットがある。あさまユニットは洋式で廊下にはソファなどが用意され、たてしなユニットは、日本家屋を思わせる構造で廊下に休憩できるスペースとして畳を敷いた長椅子などを置き、自由に過ごせるようになっている。小体育館ほどの広い地域交流スペースが玄関横にありオレンジカフェに利用されている。ユニット間は広い中庭で畑もあり、各ユニットの食堂兼リビングは明るく対面キッチンで、南に面していることから陽射しも入り居心地の良さが感じられる。そうした中、利用者は読書、書写、塗り絵、体操、レクリエーションなどを楽しんでいる。	
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	ホールや応接へは自由に出入りをし、一人でソファに座ったり、二人で話をしたり、足の運動に歩いたり個別の空間としても利用されています。ユニット内の廊下やリビングにもベンチやソファがあり、個別に話をしたり一人でくつろいだり、景色を見たりするのに利用されています。		
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	入居時に自宅の間取りや家具の配置図を提供してもらい、居室のレイアウトに役立てております。照明やフットライトの調整、自宅と同じ向きの寝具など配慮し、家族と一緒に撮った写真をカレンダーにして居室に掲示安心できる居室を提供しています。	居室は広く、たてしなユニットは和室タイプの畳敷きで、廊下側の小窓は障子となっており押入れも唐紙で天袋が備えつけられている。布団を敷いている方や、カーペットを敷いてベッドを使用するなど自由に配置されており、利用者の多様化に合わせ、少しずつ床をフローリングに改修している。あさまユニットの洋室タイプはフローリングで押入れもクローゼット風になっており、ベッドなどで過ごされている。お厨子や遺影、タンス、テレビ、ポータブルトイレなどが持ち込まれている。和室も洋室も床暖房となっており、エアコンも完備され、一人ひとりが快適に過ごせるようになっている。	
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	中庭の散策に出られるように、出入り口に手すりやスロープ・踏み台を置いて、自分で安全に出られるように配慮しております。歩行器や杖、ベッドの手すりなどを利用し、出来る限り自分の力で安全に動けるように個人のADLに合わせて選択をしています。また、居室やトイレの入り口には目立つものを飾ったりして分かりやすくしております。		