

(別紙の2)

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	今年度より新しい事業所になり、ジェイエー長野会の理念だけではなく、さく地域事業本部地域ケア課の理念・合言葉を、一人ひとりの職員の意見をミーティングで話し合い、取り入れながら 現在作成中。	今年度からジェイエー長野会の一事業所として運営されており、法人としての「福祉サービスの提供と地域との交流を通じて、豊かで安心して暮らせる地域福祉の拠点としての機能発揮につとめます」という理念と四つの行動目標が掲げられている。現在、法人の理念を基にグループホームホームとしてのふさわしい理念を検討中であるが、開設以来の「ほがらか・すこやか・なごやか」を意識し、ケアに取り組んでいる。	
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区費を払い、地域の一員として地区や保育園の行事にできるだけ参加している。ボランティアグループ(踊り・尺八・JA助け合いの会)や生け花講師、訪問美容師など、外部の方と接触できる機会を設けている。また、年に一回の納涼祭や年3～4回のサロンを開催したり、ホーム新聞を発行し、地域の方にも施設をしってもらえるよう努めている	運営法人が変わっても区の一員と継続してお付き合いをしており、案内を頂き区の各種行事に参加している。地元のボランティアの来訪も継続してあり、利用者も共に楽しんでいる。保育園児との交流や中学生の体験学習、大学生の実習の受け入れ等も行われている。地区のお年寄りとお茶飲み会も「カフェ新子田」として地域に定着しており、ホームの利用者も参加し地域の人々との交流が一層深まっている。地域へ向けてのホームの新聞も閲覧板で回していただいている。	
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	佐久大学、信州短期大学からの研修生や実習生を毎年受け入れている。昨年は地区のサロンで認知症と介護保険について紹介をした。		
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	できるだけ行事のときに一緒に委員会を開き、会議後入居者と一緒に食事を取りながらホームの雰囲気や入居者の様子を見ていただいている。会議の内容は議事録に起こし全職員へミーティングにおいて報告している。	家族代表、区長、前区長、地区の班長、民生委員、病院支援室長、市担当者、地域包括支援センター職員等の参加の下、2ヶ月に1回ホームの現況や活動、行事、事故などについて報告し、活発に意見交換している。消防団班長が参加することもあり、災害時の協力も依頼している。家族会の開催日と合わせて実施し家族が参加し易いようにし、活動報告、説明なども行いサービスの向上に活かしている。	
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	市担当者に推進委員を委嘱し、出席していただいている。介護相談員は毎月訪問し、介護相談員の会議があった後に、活動報告書をいただいている。またこちらからも活動報告に対して意見や要望があれば提出している。	毎月1回開かれている地域包括支援センター主催の連絡会に参加したり、市が行う集団指導の場にも出席している。市の介護相談員6名が2名ずつのチームを組みローテーションで来訪し、市全体のグループホームの訪問結果として気づいたことを知らせてくれ連携を図っている。介護認定の更新調査はホームに調査員が来訪し、職員が利用者の日頃の様子を伝えている。	
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	今年度、当ホームの身体拘束廃止・適正化に関する指針を策定し、全職員で読み合わせをし周知を図った。正面玄関の施錠については、開錠に向けて動いたものの、職員の配置・建物の構造の問題、ご家族の認識の違い等があり、また、今年、実際に無断外出による転倒事故が発生してしまい、自動ドアの交換を検討している。ユニット玄関は日中はいつも開放させ、向精神薬によるドラッグロック(薬での人工的な制限)や職員の言葉によるスピーチロック(言葉による拘束)が無いが常に振り返りをし改善に努めている。	事業所として外部の身体拘束の研修会に参加し、参加した職員は報告会を開き全職員に周知している。職員も身体拘束はそもそもしないことと理解し実践している。身体機能に合わせ家族の同意の下、センサーマットを使用している利用者がいるが家族にも同意をいただき定期的に検討を加え、早期に解除することを前提として拘束のないケアに取り組んでいる。	

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
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	ひとつの家に暮らす仲間とみなし、お互いに個人を尊重しあい、目上の方を敬う姿勢を全職員が維持できるよう、ミーティングにおいて勉強をしている。また普段から職員間でも注意し合えるような環境を整えるよう努めている。		
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	家族関係、家庭環境、経済面の状況を把握し、管理者・ユニットリーダーを中心に必要性について検討している。司法書士の事務所よりパンフレットをもらい、職員で回覧した。		
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	重度化や看取り介護について、特養への申込について、転倒等の事故防止や発生時の対応、ご家族へ協力を求めること等については重点を置いて説明するが、起こってみないと分からない事もあり、契約時の説明の仕方を試行錯誤している。		
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	昨年は1名だったが、運営推進会議には家族代表2名を委員に委嘱して参加していただいている。しかし他のご家族から内容が分からないとの意見を頂き、今年度途中より随時議事録をご家族へも配布をしていく予定。	遠方の方も含め少なくとも家族は月に1回は来訪しており、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「ほがらか、すこやか、なごやか便り」を送り、利用者一人ひとりの暮らしぶりを知らせている。また、利用者あての電話の際に時折、要望・意見等も聞いている。家族会も年1回開き、意見交換し運営に反映させている。年1回、家族アンケートも行っており、意見等を集約しケアに活かしている。	
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	日常的な会話やミーティングで提案が出るのでその都度検討したり話し合ったりしている。管理者、ユニットリーダー、職員間のコミュニケーションが良好に保てるように、挨拶や何気ない声の掛け合いを意識して行っている。	全体ミーティングを月1回開き意見交換している。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。管理者はいつでも話ができるような雰囲気づくりに心掛け、出された意見や提案は改善に向け検討し職員と共にサービスの向上に努めている。	
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	職員に居室担当を持ってもらい支援について中心になってもらっている。また日常的に係り分担を設け、職員は自分の思いやアイデアを実践している。その他にも、職場環境に関する要望があれば聞き取りをし、検討している。		
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	できるだけ認知症基礎研修は職員全員が受講するようにしている。また、必要に応じて次に段階の研修を受講している。今年度は職員不足のため外部の研修へ行けなかったため、下半期の重点取り組み事項に内部での勉強会開催を盛り込み、加算のことや認知症、虐待、身体拘束などのことを取り上げていく予定になっている。		
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	佐久圏域のグループホーム楽会へ所属している。また、月一回の地域包括支援連絡会へも参加し、勉強会や相互交流ができるように努めている。しかし日程的・シフト的な問題もあり参加の機会が少ない。		

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	
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、センター方式シートを基に、本人の生活の様子(体調、食事、睡眠、排泄など)を共有している。また、入所後の様子や言動、できる事、好きなことなども日常会話から引き出し、記録し共有し、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しているかアセスメントしている。		
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	入居相談のときに家族より困りごとについて聴取している。契約の際にも更に確認したり、入居後にも面会時に状況の報告をしたり意向を伺ったり情報を拾ったりしている。		
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	ほとんどの方が徘徊や認知症による生活障害を抱えているため一人では暮らせない状況であり、自宅での介護が難しいケースが多い。入居することで先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、情報交換をしてコミュニケーションをとり、家族も職員も本人の状況を共有して把握しながらケアに反映している。		
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	その人がやりたい事、出来ることを中心に、共にまたは単独で作業をしている。いずれもさり気なく見守り、完了時には感謝を忘れず声をかけお礼を言っている。それが自信となり、ホームでの役割を自覚していただいている。会話が成り立たない方にもこまめに声をかけ、共に生活する仲間として関わりを持っている。		
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	担当者を中心に家族と連絡を取り合っている。誕生会や行事への出席依頼や必要物品のお願いをしたり、定期受診を依頼したり、できるだけ来所していただき本人と関わってもらえるようにしている。また、体調や生活の様子を面会時や毎月のお便りでお知らせしたりし、ホームでの暮らしぶりを把握できるようにコミュニケーションをとっている。相談・苦情はいつでも対応できるようにしている。苦情相談窓口も案内している。		
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	友人や家族の面会は基本自由になっている。自室やリビング、ホールなどを利用して一緒にお茶を飲み、普段言えない事など感情を出せるようゆっくり過ごしていただいている。電話や手紙、外出・外泊も気兼ねなく出来るように配慮している。	親戚、知人、近所の方などの面会がある。面会の記入用紙もプライバシーに配慮されており気兼ねなく面会していただき、面会時には居室、リビング、廊下のソファなど、自由に利用していただき寛いでいただいている。家族や知人あてに年賀状を出す方もおり、馴染みの関係を継続出来るよう職員は支援している。	
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	対人関係を見ながら机の配置や席の設置をしている。大きなトラブルに発展しないように、随時職員が間に入り、少しでも気持ちよく生活できるように双方の感情を傾聴し受け止めている。		

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
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	一度退所してしまうとなかなかフォローまでは出来ないが、必要に応じて家族からの電話相談を受け付けたり、転居先へ面会に伺っている。		
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ときには本人の意向・思いを聞き、それを基に支援の方針を決めている。困難な場合はご家族の意向を主にしている。日常の支援の中で選択できる場面では必ず本人に聞いている。(出来る方に限り) また、見直しのときに限らず普段から本人の理解を深め、言葉に出ない想いも受け取れるよう努めている。	ほとんどの利用者が言葉で思いを表すことができ、職員は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話しかける際の参考にしている。センター方式を基にしたホーム独自のアセスメントシートを作成し、また、日々の生活の中での「ほがらか・すこやか・なごやか日誌」にも訴えや心身の変化などを丁寧に記録し職員間で共有し、利用者の思いや意向を大切にケアに取り組んでいる。	
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	センター方式シートへ家族に記入を依頼している。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、性格などについて出来る範囲で書いてもらい、個人ファイルへ入れて共有している。その後も新しいことが家族や友人などから聞けたときには随時書き込んでいる。		
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る。それを見逃さずに職員間で共有することで(申し送りや気になる記録)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	その日の出勤職員を中心に問題事項の情報収集と共有を行い、日々の申し送りの中でその都度検討しすぐに支援につなげている。時には家族に協力を仰いだり情報収集を行ったりしている。一月のまとめとしてケアミーティングでは再度課題と支援の確認・変更を行い、統一された支援をしている。	職員は1～2名の利用者を担当しており、担当職員と計画作成担当者アセスメントし、計画作成担当者が計画を立てている。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、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、見直しの際には、家族の意見も聞き、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	個別の生活記録にはその日一日の様子が記録され、特別変化のあった事は気になる記録へ記入している。医療面では看護記録、健康チェックシートがあり、それらを活用して日々の申し送りを行っている。申し送りでは支援の見直しや継続事項が検討され、月一回のミーティングで確認・変更を行っている。それらを基に3ヶ月ごとにモニタリングをしている。		
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	ショートステイを導入している。週単位の利用から1泊2日の利用など対応している。利用後に入居へ移行するケースもあった。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る。また、家族が望む時には居室に宿泊も可能になっている。		

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
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	年一回の納涼祭では地域の子供からお年寄りまで参加を頂き、地域の合唱グループや踊りの会などのボランティアにも出演していただいている。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んでいる。近所の畑の方から収穫に誘われ、利用者と一緒の手伝ったりした。ホームのサロンも、地区の民生委員、福祉委員、JA助け合いの会などと協力している。また、定期的に地域の傾聴ボランティアの方が訪問してくる。		
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	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・相談などを記入し、医師からの返信も記入してもらっている。必要に応じて内服薬の検討、諸検査の検討も行っている。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る。	利用契約時に協力病院等の説明をし、希望を聞いている。受診は基本的に家族に付き添いをお願いしており、「受診時状態提供表」により介護職員から報告をし、医療機関からの記入欄には担当医からの受診結果や次の受診日などが記載され、スムーズに受診出来るよう支援している。訪問看護師が週3回来訪し、急変時のオンコール体制もとられている。歯科衛生士も定期的にホームを訪れており予防も含めた健康管理が充実している。	
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る。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る。訪問看護ステーションとの契約をし、週3日の訪問をしてもらい、変化は随時伝えている。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	入院時には同行し担当看護師へ現況報告をしている。また、3日以内には利用者情報提供書を渡している。長期化する場合は随時 ケースワーカー、看護師を連絡を取り、ADLや病状の把握をしている。		
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、同時にホームで出来る支援の限界についても説明をしている。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る。	重度化した場合の指針が作成されており、利用契約時に説明し希望を聞いているが、その時点に到り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。看取りについては家族、医師、訪問看護師、職員で話し合い、意思統一しながら支援に当たっている。訪問看護師が週3回来訪し、24時間対応出来るようになっており体制も整備されている。	
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	年一回AEDと心肺蘇生術の講習を職員全員が受講している。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ある。夜間は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ある。また、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
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	昼間想定1回、夜間想定1回の計2回の消防訓練(避難誘導・通報・消化訓練)を消防署へ依頼し実施している。災害時には区へも依頼し協力体制が出来ている。非常時の食料品は3日分を購入してある。今年度は消費期限が切れるため買い替え予定。紙パンツやカセットコンロ、石油ストーブも用意してある。	年2回、消防署員が参加し訓練を行っている。運営推進会議に消防団班長が参加する時には消防訓練について議題とすることもあり、また、緊急時に区長も連絡網に入っていて地区関係者に連絡を取っていただけるようになっており、地域との協力体制が整備されている。夜勤者もユニット毎に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で利用者全員の状態を把握できている。食料品や介護用品などの備蓄、暖房器具も用意されている。	
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	馴染みの関係になることが認知症の症状緩和につながる一つの手段だが、長い人生の先輩として敬い、その方に合った(好み、人生の価値観など)言葉使いや態度に配慮している。ミーティングにおいてたびたび、悪性の社会心理を取り上げ、自分たちの支援、態度、声かけなどを振り返るようにしている。	運営法人の行動目標には「利用者の皆様の尊厳を保持すること」や「利用者と家族の皆様の思いを尊重すること」が掲げられ、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)を実践するために、人としてのニーズを満たす積極的な関わりをしようとする研修なども行い、常に意識して言葉掛けなどにも配慮している。排泄・入浴介助などでもプライバシーに配慮しつつ、必要な時に介助し、信頼関係を築くことで安心して暮らしたいできるように取り組んでいる。	
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	食べたり寝たり作業をしたり、様々な場面で本人の気持ちを確認しながら、本人本位で物事が進んでいけるように配慮している。うまく表現できない、遠慮してしまう人にも、その人のサインや表情を見たり、急かさなで答えを待ち、その人の表現理解に努めている。時にはセンター方式や紐解きシートも活用している。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	ホームの一日の流れはあるが、無理強いはいしないので自由参加となる。時には一緒に中庭に出て収穫をしたり草取りをしたり、散歩に出たりしている。また、強く帰宅願望が出たときなど、自宅へのドライブなども行っている。		
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	自分で選んで更衣ができる方は自分で選んで着ている。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、さり気なく更衣の支援をしている。		
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	普段から食事づくりに関わってもらったり、片づけまで一緒にやっている。おやつには、懐かしかったり珍しかったりする手作りのおやつが出てくる。中庭でBBQをやったりお弁当を持ってピクニックへ行ったり、畑のきゅうりやトマトが食卓に上がることもあり、収穫の楽しみもある。硬いものが食べられない人にも食事が楽しくなるような温度や味付け、食管、盛り付けに配慮している。	自力で摂取できる方が殆どで、手順がわからないことがある利用者には職員が声掛けをしている。多くの方が常食で、食材によっては一口大に刻む場合もあるが、一人ひとりの状態に合わせ食事が楽しめるよう心掛けている。ホームの畑では夏野菜が育てられ、利用者も収穫を楽しんでいる。食事はユニット毎に別々のメニューで作っており、食事の片付けや食器拭きなど、一人ひとりの力量に合わせて利用者の出番があるように工夫しており、月1回、おはぎを作り、また、おにぎりやおいなりさんなども利用者と職員で手作りし味わっている。	

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
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か確認している。半年から一年に一回は全員が血液検査を行い、アルブミン値(血清中のたんぱく質濃度)など体重の変化と併せて栄養状態の把握をしている。水分や食事が少ない方はすぐに主治医に相談し、栄養補給食品など食事内容を再検討している。		
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に、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。特に就寝前に重点を置いている。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る。毎月2回 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	時間ごとに排泄の誘導をしたり、サインを観察しトイレに誘導したりしている。また、トイレの場所が分かるように大きく表示したりして、自分でいける方にも分かりやすくしている。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いる。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る。	トイレでの排泄を大切に、表情や様子で察知し声掛けを行い誘導し、見守りと支援をしている。リハビリパンツとパットを併用している方が多く、パットの交換については職員が支援することもある。日々の利用者ごとの生活記録には、24時間の時間ごとに排泄記録が記入されており、職員間で情報の共有をしている。	
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る。水分や乳製品も大事なので朝食時に牛乳や飲むヨーグルトを出している。お茶・レモンティ・スポーツドリンク・野菜ジュース、カルピスなど好みのものを活用し摂り易くしている。また、個別に内服薬や座薬を使い、スッキリ出せるように調整をしている。		
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	週2日入浴の無い日があるが、個人の入浴日は決めず一人週2～3回入浴をしている。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る。また 気分転換の目的でも入浴を活用している。	木曜日と日曜日にはお風呂はないが、他の曜日の中で回数を決めず、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。リフト浴も可能であるが一般浴槽のため、職員一人での対応が難しい場合には、二人で介助している。利用者が入浴を拒むこともあるが、気長に、また、タイミングを見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で楽しい入浴時間となるよう支援している。	
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ドに入るようにしている。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る。午睡時間はその日の睡眠に影響が出る事もあるので30～1時間ほどにし、個人に合わせて設けている。また、午睡を一人ではできない方もいるので、リビングのソファで職員と一緒に休んでいる。		
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	全員の常備薬の一覧表を作り、普段配薬が行われるキッチンに貼り、個数や効能などが分かるようにしている。また個人ファイルにも現在内服または概要の薬の一覧を綴じてある。変更があれば看護記録へ記録し、職員が共有できるようにしている。		
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	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る。好み事や趣味、職歴、こだわりなどを読むことでその人の理解を深めたり、性格や行動、発言の裏づけになる場合がある。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し、やってもらっている。		

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
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必ず外へ散歩に出かけている。歩行者の方や、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ている。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る。職員が多く配置できる日などはドライブにも出かけている。家族との外出・外泊もいつでも出来るようになっている。担当職員との外出を計画したり、その日のおやつ、買い物と一緒にいたりする時もある。	ホーム専用のマイクロバスがあり、花見などのドライブも兼ね手作り弁当で出掛けている。全体での外出が困難になりつつあることから、ユニット毎で計画を立て実施している。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。	
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	紛失や混乱の原因になる為入居時に現金の持ち込みは断っている。必要なものがある時には家族に連絡し購入していただくか、一緒に買い物をお願いしている。		
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	ホームの電話にていつでも連絡が出来るようにしている。各居室にも電話線は通っているため、使用の際は各人で契約をお願いしている。携帯電話を所持している方もいる。手紙は代行で投函したり、近くのポストまで一緒にいたりしている。		
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	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る。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いる。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るが、隙間がのぞいたりしないように工夫している。また、季節の花々を職員が持ち寄りリビングに飾って楽しんでいる。時には家族がもってきてくれることもある。	あさまユニットとたてしなユニットの各ユニットは玄関から左右に平屋で分かれており、各ユニットのリビングは広くゆったりとしている。たてしなユニットは、日本家屋を思わせる構造で廊下にちょっと休憩できるスペースとして畳を敷いた長椅子を置き、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自由に過ごせるようになっている。ユニット間には広い中庭で畑もあり、各ユニットのリビングは明るく、陽射しも入り居心地の良さが感じられる。	
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る。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る。		
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いる。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、違う環境にも早く慣れてもらい、混乱を最小限にして安心して休める居室を提供している。	居室は広く、たてしなユニットは和室タイプの畳敷きで押入れも唐紙で天袋もあり、廊下側の小窓は障子となっている。畳に布団を敷いている方や、カーベットを敷いてベットを使用するなど自由にレイアウトされている。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、ベットなどで過ごされている。遺影や位牌を持ち込まれ毎日お水をあげお参りされている方もいる。和室も洋室も床暖となっており、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いる。歩行者や杖、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る。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いる。		