

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	全職員が理念を理解し実践できるよう、毎月のケアミーティングにおいて全員で唱和をし、共有・確認をしている。また、ご家族にも周知し、更なるサービスの向上を宣言している。	JA佐久浅間介護福祉事業理念として、「基本理念」、「運営理念」、「行動理念」が掲げられている。職員は会議で「行動理念」などを唱和しており、中でも開設来の「ほがらか・すこやか・なごやか」を基本とし、ケアの実践に取り組んでいる。		
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1軒の家とみなし区費を払い、地域の一員として保育園や地区の行事に出来るだけ参加している。ボランティアグループ(歌やJA助け合いの会など)や生け花講師、訪問美容師など地区に拘らず外部の方と接触出来る機会を設けている。毎年8月には地域との交流をテーマに納涼祭を開催している。また、今年は納涼祭のほかに、年3～4回の予定で新たにサロンを開催したり、ホーム新聞を発行している。	区の一員となっており、案内を頂き区各種行事に参加している。地元のボランティアの来訪も多く、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っている。以前からの念願であった地区のお年寄りとお茶飲み会を「カフェ新子田」として7月に開き、ホームからも認知症の話をするなど地域の人々との交流が一層深まり、今後も年4回の開催を予定している。		
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	今年も佐久大学からの実習生を受け入れ予定。地域の方にも認知症を知って貰いたい活動する機会が無かった。そこで認知症の啓蒙活動の一つとして新子田地区の行事の際に認知症についての展示を行い、またホーム新聞を発行し、随時認知症について、悩み相談、施設紹介等を行っていく予定にしている。ホームサロンでも認知症予防について話をした。			
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	春・秋のバーベキュー、納涼祭、敬老会の際に委員会を開き、会議の後に入居者と一緒に食事を摂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。また、毎月訪問してくれる市の相談員の方にも出席していただき、意見・感想を伺っている。会議の議事録は全職員へ回覧し、ミーティングでも報告している。	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、ホームの現状や課題などについて2ヶ月に1回開き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、災害時の協力依頼をしている。外部評価の結果の報告、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ている。介護相談員は毎月の訪問時にアドバイスや感想をもらい、サービスにフィードバックしたり、訪問時には現況報告をしている。	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情報交換している。また、市が行う集団指導の場にも出席している。介護相談員2名も月1回来訪し、市との連携を図っている。介護認定の更新の際に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	正面玄関については、建物の構造上と現入居者の全員の状況を踏まえると見守りに限界があるのが現実である。入居者の安全を考慮し、人員が少ない休日については1日施錠をしている。しかしユニット玄関は日中はいつも開放している。向精神薬によるドラッグロック、介護者の言葉によるスピーチロックがないか常に振り返りをして改善に努めている。	法人の福祉事業部門として身体拘束について年1回研修会を開いている。参加した職員は報告会を開き全職員に周知しており、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、赤外線センサーを使用している利用者もいるが定期的に検討を加え、早期に解除することを前提に拘束のないケアに取り組んでいる。		
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	大きな家に暮らしている仲間とみなし、お互いに個人を尊重しあい、目上の方を敬う姿勢を職員全員が維持し、ホーム内の研修やコミュニケーションの向上ができるようにJA主催の研修を受講したり、職員同士で職場環境を整えている。			

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	家族構成、家庭環境、経済面の状況を把握し、管理者・総括主事を中心に必要な性について検討している。今年は成年後見制度について出張講座を依頼し、職員全員で勉強会を行った。		
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	契約締結の説明は施設長が行っている。特に、重度化、看取り介護について、特養への申し込みについて、転倒等の事故防止や発生時の対応については重点的に説明を行っている。説明後の問い合わせも、いつでも承っている。		
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	運営推進会議には家族代表で1名に委員を委嘱して参加していただいている。また、今年の1月には家族アンケートを実施したり、面会簿に要望等を記入する欄を設けている。納涼祭と同日に家族会・推進会議を開催し、市の職員や介護相談員、地域包括職員などとも交流を持てるようにしている。	家族の面会時に声掛けし日頃の様子を話し、意見や要望も聞いている。遠方の方も含め家族には月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」で利用者一人ひとりの暮らしぶりを知らせ意思疎通も図っている。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、意見を集約し日頃の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	日常的な会話の中やケアミーティングで提案等が出て来るのでその都度検討している。施設長、管理者、職員間のコミュニケーションが良好に保てるように、まず挨拶から声を掛け合い、努力している。自己申告書の提出が年一回、目標面接や更新時面接を行っている。	職員は交代で2ユニットを勤務し利用者全員の状態を把握していることから全体ミーティングを月1回開き意見交換している。欠席者は記録により内容を確認し職員間の意思統一を図っている。施設長や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	新たに福祉職員の就業規則を設定してから4年が経過したが、改善点があれば検討をしていく。目標面接や更新面接の際にも職場環境に関する要望等を聴取している。また、日常的に係りを設け、職員は自分の想いやアイデアを実践している。		
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	認知症介護基礎研修は職員全員が受講し、経験や、必要に応じて次の段階の研修を受講している。その他内外の認知症に関する研修には出来る限り参加できるようにシフトの調整をしている。研修を受講したスタッフはミーティングの時に報告をし、職員全員で共有できるようにしている。		
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	県の宅老所・グループホーム連絡会、佐久圏域グループホーム連絡会に所属している。今年は佐久市内グループホーム連絡会も開催の予定があるので参加していく。また、毎月一回地域包括支援連絡会へも参加している。その他の勉強会・相互交流にも出来るだけ参加するよう努めているが、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、診断書、情報提供、センター方式シートを基に、本人の言動や生活の様子(体調、食事、睡眠、排泄など)を記録し共有し、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	入居相談の時に家族より困りごとを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て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	ほとんどのの方が徘徊や認知症による生活障害を抱えており一人で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が出来るように、説明や連絡をしてコミュニケーションをとり、本人の状況を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	その人が出来る事を中心に、共にまたは単独で作業をしている。単独の時にはさり気なく見守り、完了時には感謝を忘れない。それが自信につながり、ホームでの役割を自覚して頂いている。全介助の方や会話ができない方にもこまめに声を掛け、共に生活する仲間と意識している。		
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	担当者を中心に家族と連絡を取り合っている。誕生日会の出席依頼や必要物品の相談をしたり、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的に自由に行っている。自室やリビング、ホールを利用して一緒にお茶を飲み、普段言えない事等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。	家族はもちろん、親戚、知人、教え子などの面会がある。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いている。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。行きつけの美容院で毛染めやパーマをかけたり、自宅に外泊をされる方もおり、馴染みの関係を継続出来るよう支援している。	
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を設置している。トラブルに発展しないように、随時職員が間に入り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。作業を一緒にしたり、ユニット皆で出来るだけ一緒に行動し連帯感を強めている。		

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	フォローするまでに至らないが、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	介護認定更新の際には本人の意向を聞き、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本人に洗濯をゆだねている。(出来る方に限り) 認定更新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に努めている。	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、一人ひとりの思いや意向を大切にした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、退職後から現在まで、人生の歩み、好むこと、習慣、家族構成、病歴、性格について出来る範囲で書いて貰い、個人ファイルに綴じて共有している。体の傷や変形・痛むところなどのシートや自宅の間取りシートもあり、支援に活用している。		
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	何気ない会話の中や個別にケアをしている時に、今思っている事、不安な事、心配な事、嬉しい事、好きな事などが聞き取れる事がある。それを逃さず職員間で共有する事で(申し送りや気になる記録)その人の今の気持ちや状態に気づき寄り添う事に努めている。		
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	その日の担当者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て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。ひと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、担当職員がアセスメントし、計画作成担当者が計画を立てている。月1回のミーティングで、全職員でモニタリングし進捗状況を確認し、3ヶ月ごとに見直しも行っている。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1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する。医療面では看護記録があり、それらを活用して日々の申し送りをしている。申し送りではケアの見直しや継続事項が検討され、月一回のケアミーティングでモニタリングを行っている。		
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日の利用があり対応してきた。利用後に入居へ移行するケースもあった。家族の代わりに受診時の付き添いや薬の受け取りサービス、買い物支援なども行っている。		

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
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	毎年恒例の納涼祭には地域の子供からお年寄りまで参加を頂き、地区のエイサー太鼓の舞踏家や混声合唱団の方々にも出演して頂いている。保育園の行事の時には招待状をいただき参加し、また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る。近所にはマッサージ師が開業しており、毎週施術してもらう居者もいる。隣にある畑の所有者の方から大根の収穫に誘われ、利用者と共に手伝ってきた。今年開催のサロンも、地区の民生委員、福祉委員、JA助け合い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々が訪問してくれている。		
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し、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師を確認して、診療方針が継続出来るように、時には受診の同行をし、家族が付き添う場合には情報シートに日々の様子・体調の報告を記入し医師に渡してもらい、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」により介護職員と看護師から報告をし、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信日などが記載され、スムーズに受診出来るよう支援している。訪問看護師や歯科衛生士が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。特変があった場合には速やかに訪問看護ステーションに連絡を入れ報告・相談をし指示を仰いでいる。		
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。また情報提供書を提出している。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	入居契約の際には重度化と看取り看護の指針を説明し、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、主治医の説明から始まり、医療機関との連携を随時とり、家族の意向とすり合わせて支援策を実行している。	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、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1回AEDと心配蘇生術の講習を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って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、携帯電話を所持し、迅速に訪問看護ステーションまたは管理者に連絡している。また、隣のユニットへも応援の協力を依頼する事になっている。		

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	年間行事計画に組み込んでいる。昼間想定1回、夜間想定1回の年2回 消防署に依頼し消防訓練(避難誘導・通報・消化訓練)を実施、両ユニット合同で行っている。災害時には区へも依頼し協力依頼体制が出来ている。非常時の食料品は三日分を購入済み。紙パンツやカセットコンロも準備してある。断水時のトイレの水洗等に利用するように庭のタンクに雨水を溜めている。なお冬期の停電も想定し石油ストーブも用意してある。	年2回定期的に訓練を行っている。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、緊急時には区長が地区関係者へ連絡を取れるようになっており、地域との協力体制は整備されている。夜勤者もユニット毎に1名、計2名勤務しており、夜勤の職員は2ユニットをローテーションで巡回し、利用者全員の状態を把握している。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。	災害訓練として通報連絡、消火、避難等の訓練をしているが、先の台風で被害に遭われたホームもあることから、更に、地震等も想定し、いかなる災害にも利用者の身の安全を確保することができるような訓練をされることを期待したい。
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事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、個人の価値観)言葉使いや態度に配慮している。今年度は職員一人一人がコミュニケーションについて通年目標に掲げ取り組んでいる。また、1月のミーティングではプライバシー保護マニュアルに沿って研修を行った。	「プライバシーの保護とコンプライアンスを遵守します」と行動理念に掲げ唱和している。研修も行い、常に意識して言葉掛けなどに配慮している。利用者と職員に男性がおり、排泄・入浴介助などでもプライバシーに配慮しつつ日々の対応の中で必要な時には同性で介助し、信頼関係を築くことで安心して暮らしたいだけの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かめながら、本人本位で物事が進んでいける様に配慮をしている。上手く表現できない、遠慮してしまう人に関しても、その人のサインや表情を見たり、急かさずに答えを待ち、その人の気持ちの表現理解に努めている。時にはセンター方式も利用している。また、普段からコミュニケーションを取り、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	その日をどのように過ごしたいのかは毎日聞いていない。重度化により、個別よりユニットごと行動する事が多いが無理強いはいしないので自由参加となる。体調や気分的なものをこちらが考慮し、静、動を促す場面もある。		
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。しかし季節に合った着衣が出来ない場合があり、重ね着や薄着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	普段から食事作りに関わったり、片づけまで一緒にやっている。おやつ時間は手作りの懐かしかったり珍しかったりするものが食べられる。中庭でバーベキューや流しそうめんをしたり、畑のジャガイモや茄子、キュウリ、トマトが食卓に上がるのも収穫の喜びが同時にある。硬い物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、食感、盛り付けに配慮している。	刻み食、一口カット、塩分制限などの方も一部いるが、一人ひとりの状態に合わせた調理の工夫により、食事が楽しめるよう心掛けている。メニューを業務委託の管理栄養士に評価してもらい調理に活かしている。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。食事の準備や片付けなど、一人ひとりの力量に合わせて出番があるように工夫しており、月1回、おはぎを利用者と職員で手作りし、茶巾絞りなども利用者が楽しみにしている。	
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	毎月体重測定を行い急激な増減がないか確認している。半年～一年に1回は全員が血液検査を行い、アルブミン値など体重の変化と併せて栄養状態の把握をしている。水分や食事量が少ない方については、管理栄養士に相談して必要な水分量など個別にアドバイスをもらったり、栄養補助食品や食事内容を再検討している。		

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
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。特に就寝前に重点を置いて行っている。週一回洗浄剤で義歯の消毒をしている。半年に1回、市の口腔保健センターより全員が歯科検診を受け受診につなげている。昨年度よりJAの歯科衛生士も毎月来所し検診を行っている。また、JA歯科衛生士に依頼をし、口腔ケア、マッサージの勉強会を行った。		
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	時間ごとの排泄誘導をしたり、サインを観察してトイレに誘導したり、トイレの場所が分かる様に大きく表示したりし自分でいける様にしている。個人の排泄状況によりバットの種類を昼夜区別したり、履き心地の良いリハパンを選択している。夜間の歩行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。	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。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。	
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	体を動かす事、良く食べる事を大切にしている。水分や乳製品も大切なので朝食時にヨーグルトや牛乳を出している。お茶・紅茶、スポーツドリンク、カルピス、ヤクルトなど好みの物を活用し摂り易くしている。フルーチェやゼリーなども利用している。また個別に内服薬や座薬を使い、すっきり出せるように調整している。		
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日入浴日がないが、個人の入浴日は決めず一人3～4回/週 入浴をしている。重度化に伴い全介助を要する方を優先したり、体調や午睡時間を考慮したりするが、基本は入りたい時・好みの時間に入るようにしている。また、気分転換の目的でも入浴を活用している。機械浴を検討したが構造上改装が不可能だった為、入浴用リフトを導入してある。	木曜日と日曜日にはお風呂はないが、他の5日の中で回数を決めず日々希望を聞き入浴していただいている。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。一般浴槽のため職員一人での対応が困難になった時には、二人で介助している。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ないが、個々の就寝時間にベッドに入るようにしている。その日の体調や活動量も考慮し早めに就寝を促す場合もある。午睡時間はその日の睡眠に影響が出る事もあるので体や頭が休める程度にし、個人に合わせて設けている。		
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	個人ファイルに現在内服または外用の薬の一覧を綴じている。変更があれば看護記録へ記録し、臨時追加があれば別紙に記入し職員が把握できるようにしている。全員の内服薬一覧表が配薬が行われるキッチンに貼り出され、いつでも確認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、これ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。好みの趣味や、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。		

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	重度化が進み個別対応は3人体制では難しい。中庭で体操や団欒、ホールでの体操や歌、神社経由の散歩を、天気や体調に合わせて出かけるだけ皆でいける様になっている。職員が3人の他にもう一人いるときには個別に散歩の支援をしている。また、家族との外出や外泊はいつでも出来るよう対応している。担当職員と外出を計画したり、ホームの買出しに同行して頂いたりしている。	全体での外出が困難になりつつあり、ユニット毎で計画を立てている。手作り弁当で花見や牧場などにドライブも兼ね出掛けている。日頃は天気や体調を見ながら近くの八幡神社に散歩に出掛けている。また、気分転換のため中庭を活用しており、流しそうめんや昼食を楽しんだりお茶会をし、外気に触れるようにしている。	
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ため入居時に現金の持ち込みは断っている。必要な物がある場合は、家族に連絡を取り立て替えて購入している。職員との個別な外出支援の際にも外食費など立て替え金にて対応している。		
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。携帯電話を所持し利用している方もいる。手紙は代行で投函している。		
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、温度湿度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。特に夜間でもトイレの場所が分かる様に天井の照明のほかにフットライトをつけている。個別支援によりトイレ使用時にカーテンで対応する場合があるが、隙間が開いたりめくれたりしないで安心して排泄できるように工夫してある。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。	各ユニットのリビングは広くゆったりとしている。両ユニットが玄関から右と左に平屋で分かれており、右のユニットは、日本家屋を思わせる構造で廊下の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、左の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。ユニット間は広い中庭で畑もあり、各ユニットへの陽も差し込み明るく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と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節、自宅と同じ向きの寝具など配慮し、違う環境に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、和室タイプは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、カーペットを敷いてベッドを使用するなど自由に居心地の良い工夫がされている。洋室タイプはフローリングで押入れもフラッシュドアで洋風になっており、ベッドなどで過ごされている。家族の写真を飾られたりお仏壇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。畳の和室もフローリングの洋室も床暖となっており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。歩行器や杖、ベッドの手すりなどを利用できる限り自分の力で安全に動けるように個人のADLに合わせて選択している。		