

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	0172902553		
法人名	有限会社 あらた		
事業所名	グループホームあすか		
所在地	北海道旭川市豊岡8条1丁目3番17号		
自己評価作成日	令和6年2月5日	評価結果市町村受理日	令和6年3月7日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kanistrue&jiyogyoCd=0172902553-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ソーシャルリサーチ		
所在地	北海道札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2		
訪問調査日	令和6年2月26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)】

個々の認知症の疾患、生活歴や生活などのバックグラウンドを踏まえ、個人の意見を尊重して自分のペースで生活をする。施設へと過ごす場所が変わっても、それ以前と変わらず自宅で過ごす「普通」の生活を送る事が出来る様、ご本人・ご家族はもちろんの事、全職員や協力医療機関と共にチームになり考えている。現在はコロナ禍にて行えていないが、コロナ以前は、地域密着型施設の特性を生かし行事等での地域交流や、施設自体をインフォーマルサービスとして活用し地域の認知症の方の外出・交流の機会の提供、他事業所と協力しての地域高齢者支援も行っていった。現在は、感染予防に配慮した上で可能な限り、キャラバンメイト活動や啓発活動等を町内会・地域包括支援センターと協力の元、行い地域支援に力を入れている。

【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)】

グループホームあすかは、職員の介護観や価値観を尊重し、事業所理念に基づくチームケアを進めています。職員発案による虐待防止の意識向上や理念の浸透に努めています。また、地域密着型サービスとして、地域に対し認知症啓発活動を推進しています。地域の見守り推進事業にも積極的に参加し、地域交流の場で認知症高齢者等の支援を行っています。さらに、様々なアセスメントツールを使用し利用者や家族の現状の把握とニーズ分析を行い、利用者一人ひとりの尊厳を重視した支援を行っています。利用者の希望により、在宅復帰を目指した支援も特徴となっています。また、災害対策や医療との協力、入浴支援、居間環境の充実など、職員の気づきから利用者の生活の充実を目指した取り組みを行っています。

V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目	取組の成果		項目	取組の成果	
	↓該当するものに○印			↓該当するものに○印	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (参考項目:23、24、25)	○	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 ほとんどつかんでいない	63 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)	○	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
57 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、38)	○	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	64 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)	○	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
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	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 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36、37)	○	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	66 職員は、活き活きと働けている (参考項目:11、12)	○	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
60 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:49)	○	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	67 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	○	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
61 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)	○	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	68 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	○	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
62 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	基本理念を来客者や職員の目に入りやすいように玄関や各フロアの掲示板に掲げている。また、職員へ理念が浸透しやすい様に、朝礼等で時事に絡めて振り返りをしている。更に、ケアカンファレンスやケアプラン、事故報告書等の自施設での事案に対しても立ち回り、検討を行っている。	職員の一人心の介護観を認め合い、理念に基づくチームケアを推進しています。虐待防止の意識付けや理念の浸透に努め、利用者の情報や知識を共有し現場に反映しています。職員間で理念の実践について話し合い、利用者理解を深めることで、効果的な支援に努めています。理念に定める地域密着型サービスとしての役割を認識し、地域への認知症啓発を推進しています。		
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	コロナウイルスによる行動制限等が徐々に緩和された本年度は、以前までの活動は出来ていないものの、近所への散歩の際のご挨拶や夏にはラジオ体操への参加など、出来る範囲での地域の方々との交流を図っている。	利用者が安心して暮らせる地域を作るために、地域の見守り推進事業に参加し、町内会や地域包括支援センター、交番などと連携しています。福祉事業者等で構成する地域交流の会に参加することで、地域の認知症などで困難を抱える人々の支援も地域ぐるみで取り組んでいます。		
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	キャラバンメイトの活動を通して、認知症を正しく理解して頂ける様に養成講座や地域包括支援センターと協力して、認知症理解の啓発活動も実施している。また、旭川医科大学の非常勤講師を引き受けた事で、看護学生へ認知症介護の現場の実情を伝える事が出来た。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に一度開催し、会議の内容を朝礼や施設内に掲示している。また、自施設内で完結しない様に、町内の方や入居者の御家族の方にも参加して頂くことで、より広い意見を頂き、施設運営に活用している。	令和5年度は、年間を通じて6回の会議を開催しました。運営推進会議は職員、町内会長、病院、地域包括支援センター、利用者家族が出席し、事業所の運営状況や外部評価の結果について情報を共有しています。幅広い参加者からの意見を積極的に取り入れ、運営の改善に努めています。家族には議事録を送付し、家族からの意見を受け付けています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	施設を運営する上で、不明な点等は各担当窓口へ確認している。また、市が主催する研修や地区の安心みまもり会議にも参加する事で、地域内での協力・連携を図っている。	運営上の疑問点について、法令の解釈に誤りがないように、市の担当者に確認を行っています。内容によって、指導監査課や長寿社会課に連絡し、積極的に適切な運営が行えるよう取り組んでいます。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	委員会の定期的な開催や内部研修を行い、身体拘束についての正しい知識を習得出来る様にしている。また、朝礼での啓発やケアカンファレンスの中でも身体拘束をしない様に進めている。	全職員を対象に、身体拘束と虐待防止に関する委員会および研修を定期的実施しており、職員が十分な知識を身につけられるよう努めています。職員の発案で、職員自らが作成した虐待防止ポスターを用いた啓発活動を行っています。就業時間内に研修を行うことで、全職員が参加しやすい環境を整備しています。参加が難しい職員には研修内容を文書で回覧しています。また、入居者も研修に参加することにより、職員と入居者間の相互理解を深める機会を提供しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	委員会の定期開催や内部及び外部の研修へ参加する事で、虐待防止に努めている。また、朝礼にて虐待事件について周知し、対応例を共有し、虐待ゼロへ繋げている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	外部の研修や勉強会へ参加し、制度の理解に努め、必要に応じて各窓口へ問い合わせや相談をしている。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	新たに入居される際には、不安や疑問点が解消するまでお話しし、理解・納得して頂いた上で契約の締結を行っている。			
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並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	毎月お手紙を送る事で、日々の生活状況を御家族へ報告すると共に、面会時にもお話しする事で、より良い関係を築き、気軽に相談して頂ける様にしている。また、苦情相談窓口や意見箱を設置している。	毎月、事業所便りとともに家族へ利用者の様子を伝える個別の手紙を送付しています。手紙は利用者ごとに毎月異なる職員が担当し、利用者の日々の暮らしやイベント時の様子や相談事を家族に伝える工夫をしています。また、情報提供を充実させるために、薬剤師から処方薬の資料を同封しています。家族が利用者のケアについて十分な情報を持ち、適切な判断ができるよう支援しています。		
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	カンファレンス等において、職員の意見を聞き、施設運営やケア方針へ反映をしている。また、個人面談以外にも、随時相談や意見交換をする事が出来ている。	職員一人ひとりの働きやすさや個性を大切に、年4回、管理者や計画作成者が職員と面談を行い、職員の意見や働き方を確認しています。また、コミュニケーションを密にすることで、仕事とプライベートのバランスが取りやすい環境を整えています。このような取り組みを通じて、離職率を下げ、職場の満足度を高めています。		
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	入居者様にもご協力・ご負担頂き、介護職員処遇改善加算・ベースアップ支援の取得による給与・昇給体形の整備（職位・職責）。資格取得や外部研修参加によるシフト調整の実施。			
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	認知症リーダー研修で学んだ評価方法やコンサルティングアドバイスの元、年4回の個別面談（目標決定・評価・ステップアップ・評価）、また、内部研修・外部研修機会を設けスキルアップにつなげている。			
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組をしている	圏域内外の研修に積極的に参加し、そこで出会った同業者とお互い施設見学や合同研修会等（現在はコロナ禍で施設交流はできていない為、主として電話にての交流）を通じ交流、相談を図っている。現在では感染予防の観点により電話やFAX、書面での交流がほとんどである。			
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 サービスの利用を開始する段階で、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	事前に状態や生活歴の把握、感染予防に注意し可能な限り施設見学・事前面談を実施。また、ご本人の混乱・不安を軽減できる様、出来るだけ以前生活していた状態・生活スタイルを再現できる様努めている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
16		○初期に築く家族等との信頼関係サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族との事前面談を行い、希望や要望それに対する生活のリスク等考えられる可能性の共有に努めている。また、来所時や電話連絡等で入居者様の状態や入居からの経過をお伝えし、安心して生活して頂ける関係作りに努めている。			
17		○初期対応の見極めと支援サービスの利用を開始する段階で、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	生活歴や事前面談、施設見学時の情報や要望、何気ない会話等からご本人の思いを引き出し、ニーズの見極めに努めている。			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様一人ひとりの生活歴や残存能力、体調面を見極め、共同生活していける環境作りをしている。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	感染予防に努め、可能な限りや可能な範囲内で行事への招待や、月ごとのご様子を手紙にて発送、外出や外泊先での特変時等対応を含めた支援を実施。入居者様に変化があればご家族と共に今後のケアを考える様努めている。			
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	在宅復帰の一環として面会できる環境を作りをしている。入居相談時などの情報を踏まえ、入居前からの付き合いのある友人等の面会は感染状況に留意しながら柔軟に対応し、様々な方法(ガラス越しやライン通話等)を取り入れ面会の機会を確保している。また、自宅等への外泊・外出の希望があった際には、送迎等出来る支援を行っている。馴染みの関係継続の一環として、長年通っている馴染みの主治医への受診等関係を継続する支援に努めている。	感染防止に配慮した面会の機会を提供しており、職員が面会時の付き添いや家族の送迎を行っています。家族や孫とのふれあいはもちろん、ペットとの面会も可能にすることで、利用者にとって心の支えとなっています。利用者が自宅にもどって生活したいという希望がある場合は、自宅での生活を取り戻せるよう、利用者が関係する人や、医療・介護サービスなどと連携して在宅復帰を目指した支援を行っています。		
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	一人ひとりの認知症の状態や性格、生活歴を職員で把握し、状況に応じ橋渡し等間に入る事で、孤立せず関わり合いや支え合いが出来るよう支援に努めている。			
22		○関係を断ち切らない取組サービス利用(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	入院先へのお見舞いや退去後もご本人やご家族から相談連絡があった際には対応させて頂くよう努めている。また、退去後死去された際でもご家族の気持ちに配慮しながら参列や最後のお見送りをさせて頂いている。			
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	意思疎通が図れる方はご本人の希望を取り入れ、困難な場合にはご家族の要望や本人の生活歴、以前の本人の様子や何気ない会話等を伺い生活の意向のヒントにし、様々な職種と連携し具現化している。また、思いや意向の把握に様々なツール等を使用している。	利用者の日常の会話から希望や意向を理解するために、センター方式のアセスメント書式のEシートや生活シートなどを活用しています。職員は利用者の日々の様子や気持ちを細かくシートに記録し、分析することで、利用者一人ひとりのニーズに合わせた支援に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	介護サービス利用の方や病院より入居される方についてはご了承を頂き情報提供を頂いている。また、本人から日常の会話やご家族からの会話の中で情報を得たりもしている。			
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	介護記録や支援経過、朝礼等個別の情報共有を随時行っている。また、日々の記録でアセスメントを行う事で、より些細な変化や経過を職員間で共有しやすい様にしている。			
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	ご本人・ご家族の意向確認はもちろんの事、実際に支援を行った際の反応や表情を踏まえた職員からのモニタリング・ケアカンファレンス、サービス担当者会議等を通じ各専門職の意見を反映しながら介護計画を作成している。また、必要に応じ病院内のカンファレンスにも参加し、医療面の指示・意見も取り入れている。介護計画にはフォーマルサービスのみでなくインフォーマルサービスも位置付け、家族も支援と一緒に参加して頂いている。その他、その方の状態にあった生活スタイル(特養や療養型等他施設への転居)の提案もし、安楽な生活が送れるよう情報提供もしている。	利用者や家族にとっての最適な支援を目指し、職員全員がEシートなどのアセスメント書式を用いて利用者のニーズを把握しています。個別介護計画を体調の変化や入院などに合わせて都度更新することで、利用者一人ひとりの生活を支えています。計画作成には、医師や看護師の意見を取り入れることもあり、視点を多く取り入れ生活継続を支えています。また、利用者の意向の元、医療や福祉の専門サービスを受けられる施設への移行が利用者にとって良い場合は積極的に情報を提供し、家族が適切に判断できるよう支援しています。		
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	介護日誌による日々の様子や状態の変化、モニタリングを参照し見直しに生かしている。			
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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	外出・外泊、病院の選択、入退院の対応、買い物外出等ニーズに応じられる支援を出来る限り行っている。			
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	町内役員を始め、地域包括支援センターや社協・地区社協、ボランティア等の方々と情報交換や協力、会議等への参加をし、地域で安心して暮らせる環境作りをしている。また、地域担当交番との情報交換も行っている。			
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	ご本人・ご家族の希望・状態に合わせて受診、訪診の調整。また、ご本人の体調や状態、ご家族の要望により、状態に合わせた病院のご紹介もしている。受診の同行や退院時カンファレンスへの参加など顔の見える関係構築も行っている。	入居前からの主治医の診療を受けられる体制を整えています。市内の医療機関への受診時には職員が同行し、利用者の状況を伝えています。また、退院時のカンファレンスに参加するなど、医療機関との協力関係を深めています。重度化や看取りへの対応も含め、令和5年秋に、協力医療機関を変更し、新たな訪問医の体制となっています。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員を配置しており他職員との情報共有し体調管理や相談、指示を行っている。また、必要に応じ、医療機関との連絡調整を行っている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価		
			実施状況	実施状況	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、また、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。又は、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。	入院中も医療連携室等と主に電話連絡にて状況の確認を行うと共に、ご家族とも情報交換しながら対応している。また普段から、定期通院時職員の付き添い等を行い、主治医や医療連携室とも情報交換や顔の見える関係作りを行っている。				
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入居時に重度化した場合や終末期に向けての方針を説明している。方向性の確認は随時行っており、看取り等も状態・希望に合わせて出来る限り柔軟に対応している。医療機関に関しても希望があった際には医療連携室等関係機関に相談・連携を図り、現状に応じた対応を行っている。また、かかり付け医では対応できない場合には現状を説明し希望があれば転院等の支援も行っている。重度化に関しても、希望があれば他施設への転居支援も行っている。また、本年度より医療連携先とも看取り支援の構築を行い、該当者を支援している。来年度の法改正に向け、医療連携先等の事案を踏まえ重要事項説明書への記載を検討していく。	入居時には、重度化や看取りについて家族に説明し、同意を得ています。看取りの対応については、医師、看護師、家族、職員が参加するカンファレンスを開催し、利用者ごとの対応フローチャートを作成して支援方法を明確にしています。家族の意向を踏まえ、統一した支援方法を全職員が行うことで、夜勤者を含む職員の精神的負担を軽減しています。また、終末期の方針に関しては、利用者と家族の希望を尊重し、いつでも内容の変更が可能な形式にとらわれない自由な合意書を取り交わしています。			
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	マニュアルを作成し、目の届くところに設置し、発生に備えている。夜間は特変時、管理者等が対応しフォローできる体制となっている。				
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	避難訓練を年間計画に落とし込み、実施する事で職員が災害時に対応できるようにしている。また、避難用具を導入し、実地訓練して入居者様が安全に避難できるようにしている。更に、コロナウイルスのクラスター発生で中止となったが、消防職員を招いての地域での消火活動を計画していた。備蓄品については、米一俵と簡単なおかず・3日分の飲料水としている。非常電源に関しては、未導入であり、非常時には、車からの電源確保を想定している。	年2回の避難訓練を実施しています。令和5年は避難用担架を購入し、実際に2階から避難を行う訓練を行ったところ、様々な課題が浮かび上がり、手順の改善を行いました。また、地下に備蓄していた食糧品や水、調理用ガスボンベなどを含む備蓄品を水害対策として2階に格納しました。冬場の災害対策として、ポータブルストーブを複数台、電源対策として自動車からの給電装置を備蓄しています。BCP(事業継続計画)は策定済みです。	認知症啓発活動など、地域との連携が深い事業所の特性を活かし、災害時における事業所の役割を明確にし、地域にどのような支援ができるかを検討するとともに、一時避難や電源の供給など、事業所ができる範囲で地域の防災拠点としての役割を果たすことを期待します。		
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援							
36	14	○一人ひとりの人格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	入居所様が生活していく上で、個々人の意見や志向を汲み取る様にあすかの基本理念に基づき支援している。また、朝礼等において、尊厳が損なわれないようにするにはどうすればよいかを、自施設での事例や報道などの事例を交えながら職員へ共有している。更に必要に応じ、OJT、OFF-JTを駆使し、意識付けをしている。	利用者一人ひとりの尊厳を守り、その人らしい生活を支えるため、職員に尊厳の重要性を伝える方法として、言われて嫌なことやされて嫌なことをしない、という基本原則を守るよう指導しています。また、虐待等について報道された事例を用い具体的に指導を行い、職員が自身の対応を振り返ることで、より良い支援へと繋げています。			
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	日頃からの信頼関係に尽力し、お話して頂ける環境、支援を心掛けている。また、今までの生活歴等や家族に話していた事等参考にし、意思表示を上手く行えない方の自己決定のヒントにしている。				
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、希望に沿って支援している	ご本人の生活ペースを大切にし、個別の希望や生活歴に沿った支援を心がけている。				
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	化粧品や服装等、ご本人やご自分で訴える事の出来ない方にはご家族からのお話やご自宅での生活の話聞く、また昔の写真を参考に等希望を聞きながら支援している。				

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	毎食のメニューをボードでお知らせ。調理・盛付・配膳・食器洗い・拭き等ご本人の身体状況・生活歴等に合わせ出来る事を一緒に行っている。食事形態も本人に合わせてと共に味・見た目、温かさにも注意している。	誕生日や行事に合わせて、利用者の希望を献立に反映しています。その他にも、職員は利用者のリクエストや旬の食材、季節の料理を提供しています。メニューは、管理栄養士の指導の下で健康面も考慮しています。利用者が自宅で使用していた食器を使用することで、自宅での食事と同じように、落ち着いて食事ができるようにしています。		
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	一人ひとりの状態に合わせ、刻み・トロミ等し、栄養・水分摂取が出来る様支援している。また、毎日の食事・水分量を記録し、情報を共有している。不足している際には医師等に相談し栄養補助食品等にて対応している。			
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、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	歯磨きや口腔ケアスポンジ等を用いる等、一人ひとりの口腔状態に応じた支援をしている。また、医療協力機関の歯科による訪問歯科や、歯科衛生士による口腔ケアやアドバイスを受けている。			
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、個人の排泄パターン・状況を把握すると共に職員間で情報を共有し、また、必要に応じてホーム看護師に相談・助言等を受けチームとして個人にあった排泄への見守り・声掛け・誘導を実施。また、状態に合わせて2名介助で対応等、出来るだけトイレでの排泄や自立に向けた支援をしている。オムツに関しては職員のみで行うのではなく、業者からも専門的意見を頂き、研修やミニカンファレンス等を行い個人に合った物を選定している。	利用者一人ひとりの身体機能に応じて、トイレでの自立した排泄を支援しています。オムツ使用時は、幅広い製品の中から利用者にあった商品を選定し、家族にも説明し理解を求めています。排泄チェックシートを用いた職員間の情報共有や、施設内外の多職種との連携を通じて、下剤に頼らず自立した排泄を目指しています。職員は、おむつ製品の最新情報にも精通し、常に最適な支援を提供するよう努めています。		
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	排便状況を把握し、食事摂取量や水分摂取量等の全身状態の把握や適切な運動、トイレに座る習慣や腹部マッサージ等の実施、医療面からも医師や看護師に相談・指示を受け下剤の調整をしている。			
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に沿った支援をしている	週2回の入浴を基本とし、個々の体調を一番に配慮すると共にご本人の希望(同性の職員や順番、日時の変更、お湯の温度、シャワー浴等の入浴スタイル等)も考慮し支援している。また、声掛けのタイミングやお誘いの仕方、対応する職員を変更する等、チームで対応し入浴出来る様支援している。本年度は楽しみの一環として、年末年始に肌に優しい薬湯(入浴剤)の提供を行った。	週に2回の入浴を基本としていますが、入浴に関する利用者の希望を最優先しています。入浴の有無、順番、時間、湯の温度など、利用者の要望に柔軟に応えています。入浴の希望がある場合には、週3回の入浴にも対応しています。入浴支援を行う職員は、利用者のプライバシーを重視し、同性による介助の希望や、安全面を考慮し男性職員による入浴支援も実施しています。		
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	生活習慣や体調を考慮し、状況に応じた休息が取れる様支援している。また、生活にメリハリをつけ生活リズムを整える支援を行っている。状態に応じて本人・家族と相談し、医師に相談し薬の調整も行う。			
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	個々の服薬内容を個別記録に添付し目的・副作用を把握できる様努めている。また、服薬変更があった際には、症状の観察や薬剤師、看護師指導の下、全職員で確認し、把握に努める。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ご本人が今までやってきた生活の中での役割や生活歴を活かしていける支援を始め、趣味・嗜好を取り入れた行事やレク、外出支援等を行っている。			
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	入居者が自分の思った時に外に出れる様、玄関の施錠はせず機会を確保している。安全対策としてセンサーを設置している。また、危険の見られる方については、ご家族了承の元、地域の交番及び町内会と連携し情報共有を行っている。買い物の機会としては、コロナ禍以前は、入居者様の希望を取り入れながら、外出や行事を企画したり個別の希望に応じて職員が付き添い買い物や散歩へ行く等の支援をしていたが、現在では買い物には行かず、散歩等の外出に留まっている。他に、買い物の機会の提供として本年度よりコロナ緩和の一環として訪問販売を実施している。ご家族との外出には必要に応じ、福祉車両にて送迎の支援も行っている。	散歩や外気浴などを積極的に行っており、利用者が自由に外出できるよう、玄関は施錠していません。町内会や近隣の交番へ情報を提供することにより、利用者の見守りを強化しています。また、コロナウイルスに関する市への報告業務がなくなったことで、職員の負担軽減され、より利用者支援に注力できるようになりました。今後は、利用者が安全かつ自由に外の空気を楽しむ機会を増やしていく予定です。		
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	ご本人了承の基、ご家族や施設で管理している。自己管理できる方には、少額を所持し外出時に使用して頂いている。			
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	希望により居室内に固定電話の設置や携帯電話の所持、ホームの電話を使用して頂いている、手紙のやり取り希望があれば支援している。			
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	ホーム内の壁に行事写真や季節感のある装飾・作品などを掲示したり、食事を作る音や匂いで生活感を出す等心地よい空間づくりを心掛けている。その際、利用者の認知症の状態に合わせ混乱を招かない様注意している。共有スペースは気持ちよく使える様整理整頓や清潔保持に努めており、特に不快となる匂いには注意している。また、入居者同士のコミュニティが生まれるよう席や性格・人柄等も配慮している。その他、個別スペースの確保として、離れた位置にソファを設置する事で、一人になれるスペースも確保している。引き続き、感染対策として定期的な換気や室温・湿度も注意している。	利用者は日中、居間で過ごす時間が長い為、自然と仲の良いグループが形成されています。職員は、居間への動線や共に過ごす利用者を含めた環境全体に注目し、利用者が快適に過ごせるよう支援しています。そのため、ソファやテレビの配置、生活感や季節感を感じられる工夫をしています。また、色や光、影の配慮、広がりや音、におい、味、手触り、空気の流れ、温度、湿度といった、感覚に訴える要素も大切に、家庭的な一日のリズムが感じられる居心地の良い空間作りを行っています。		
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	ソファでくつろいだり、テーブルを囲み談笑する等、くつろいで過ごして頂けるような空間作りをしている。また、ソファを離れた位置に設置し距離を作る事で個別の空間を作れるようしている。			
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	入居前には可能な限り現在の生活環境を確認。リスクマネジメントしつつ、出来る限り使い慣れた家具や日用品、思い出の品等を持ち込み、生活していた状態に近い配置をし、ご本人が安心して頂けるような空間作りをしている。	入居前の環境を可能な限り継続できるよう、自宅の部屋を確認し、利用者が落ち着いた生活を送るための居室作りに取り組んでいます。使い慣れた家具や装飾品を取り入れ、利用者の意向に沿った居室とすることで、「自分の場所」として安心して過ごせるよう配慮しています。		
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」や「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	各居室やトイレ・浴室などわかりやすく表示したり、ホーム内はバリアフリーを心掛けた造りとなっている。個々に応じ出来る限り自立できる様外部の福祉用具相談員と連携し、福祉用具の選定や環境の整備を行っている。			