

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	旭川市豊岡8条1丁目3番20号		
自己評価作成日	令和1年9月30日	評価結果市町村受理日	令和1年10月24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.kajigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosvCd=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1年10月21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として尊厳を持ちその人が「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。地域密着型施設の特徴を生かし、行事等での地域交流や、地域の認知症の方の外出・交流の機会の提供、キャラバンメイト活動を通じた認知症の正しい理解を広める活動等、町内会・地域包括支援センターと協力の元、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)】

平成18年に開設した2ユニットの事業所です。地域との連携やケアマネジメント力の向上による重度化対応への取り組みに力を入れています。利用者を中心とし、その家族も支援しながら職員や地域と共に成長し質の高い介護を実践できる事業所を作り上げていくという目標に向かって取り組んでいます。職員は認知症を理解し、職員にとっても達成感や喜びを感じられる職場を目指し、仕組み作りと価値観の共有に取り組んでいます。三大介護など、基本的な介護に誠実に取り組みながらそれぞれの利用者が希望する生活を実現するために話し合いを行い、チームケアで対応しています。地域の高齢化や、介護認定を受けていない高齢者の支援などにも行政と共に取り組み、これまで培ってきた認知症介護の経験を通じた啓発活動などにも取り組んでいます。また、地域の子どもから高齢者まで、事業所との交流ができる機会を定期的に設け、利用者の地域生活の幅が広がるようにしています。

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		↓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くらいの 3 利用者の1/3くらいの 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、生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	理念は玄関、各フロア掲示板に掲げ、来訪者や職員の目につきやすい場所に掲示し、ケアに従事している。	事業所開設時に定めた理念があり、事業所内に掲示しています。しかし、理念について説明や確認の機会がありません。事業所の方針として、管理者は職員に、業務よりも利用者との会話やふれ合いを大切にしたいケアを実践するよう折に触れ伝えていきます。	事業所の目指すべき方向性は管理者や計画作成者から示されていますが、現在の理念は掲示しているだけに留まっています。職員が介護場面で迷った時や、困難な問題への対応の礎ともなるのが理念です。今後、事業所の職員や関係者などを交え、共有すべき理念を検討していくことが期待されます。	
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	近所への散歩や地域の方々との触れ合い、雪かきのお手伝い、七夕等の行事を通じての地域交流をしている。	事業所行事に近隣の子どもを招いたり、地域の高齢者が事業所に遊びに訪れるなど、交流に力を入れています。地域の介護保険認定を受けていない高齢者の見守り事業などにも積極的に関わり、町内会など協力関係を築いています。また、離設時に備え、警察とも事前の打ち合わせを行うなど、安心して地域生活が送れるよう取り組んでいます。		
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	キャラバンメイトを通じ、認知症を正しく理解して頂けるよう、事例を交えた養成講座の開催。施設近くで生活されている、認知症初期支援チームで係りのある方を施設に招き等外出の機会を作る。			
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2カ月に1回開催し、会議の内容を朝礼等で報告し、サービス向上に努めている。	運営推進会議は定期的に開催し、行政、地域、家族等の参加があります。事業所から地域への協力や、災害時や離設時の利用者を見かけた場合の保護のお願いなど、相互の協力について話し合っています。	会議では、利用者の生活の様子や、事業所の取組状況を報告し、参加者から助言を受けています。議事録も丁寧に作成していますので、参加できない家族等にも送付し、運営推進会議の内容を周知して行くことが期待されます。	
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取り組んでいる	運営推進会議へ市職員の参加し情報交換を行っている。	行政が主催する介護予防事業の講師や、地区のハートネット実行委員会への参加など、認知症介護の経験を活かした協力を行っています。活動を通じて把握した地域の課題等に取組んでいます。		
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	定期的な内部研修や地域包括支援センター主催の外部研修への参加を行い、身体拘束ゼロの実施に取り組んでいる。	年2回、全職員を対象とした研修を実施し、身体拘束の弊害について学んでいます。外部研修や、専門家を招聘しての研修を実施し職員への意識を高めています。身体拘束適正化委員会を3ヵ月ごとに実施し、グレーゾーンのケアやリスク対応など幅広く取り上げています。		
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	定期的な内部研修や地域包括支援センター主催の外部研修への参加、朝礼時の啓発にて理解を深め防止に努めている。			

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
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	地域包括支援センター等の外部研修、定期勉強会への参加を通じ理解に努めている。		
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	個人情報同意書、契約書、重要事項説明書等、入居前に十分に時間を頂き説明・質疑応答し、納得・了承の上で署名・捺印頂いている。		
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	苦情相談窓口の掲示や玄関に意見箱を設置している。また、ご家族面会時に気軽に相談して頂ける環境作り、交流を図っている。	事業所は、利用者本人の支援は家族があつてこそ、という思いがあり、家族も支援しています。毎月、個別の様子を写真入りで伝える手紙を送って状況を伝えています。また、家族来訪時の他、施設長が個別の相談に応じるなど、家族の悩みや要望に事業所として応えられるよう、取り組んでいます。	
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	職員会議等で意見反映の機会を設けている。また、個人面談・相談等随時意見交換できる職場環境にある。	新しい入居者の受け入れ前に職員に相談し、可否を検討するなど、運営に係る細かい部分まで職員の意見を取り入れています。また、職員が達成感を持って働けるよう、業務での裁量を認め、現場での臨機応変な工夫を行いやすいようにしています。	
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の取得による給与・昇給体形の整備。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	個別による相談・指導、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等を通じ交流、相談を図っている。また、協力福祉施設との定期交流、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与との連携・勉強会を実施。		
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おし、施設検月・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、希望や要望をお聞きしたり来所持や電話連絡等で入居者様の状態をお伝えし、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	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	入居前からの付き合いのある友人の面会や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、	利用者が大切にしている関係人とのつながりを継続するために、事業所で利用者や家族の送迎を行ったり、家族等との外出時に同行したり、いつでも連絡が取れる体制を作るなどの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もさせて頂いている。		
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、また、困難な場合にはご家族の要望や本人の生活歴等を尊重しながら検討している。	普段の暮らし方や、認知症状である周辺症状の原因を生活歴からひもとくなど、利用者の理解に取り組んでいます。趣味の継続や、得意な事、できることなどを含め、力を発揮する場を提供し、いろいろな話をする事で、本人の気持ちを尊重したケアにつなげています。	

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。		
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、モニタリング・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。	介護計画は定期的に見直しています。計画作成者が利用者と家族の希望を聴取し、会議又は職員全員から聞き取りを行って取りまとめています。ケアマネジメントを向上させるため、職員を順番に認知症介護実践者研修に参加させるなどの取組を進めています。	職員は、利用者の毎日が尊い一日の積み重ねであることを前提に、日々の暮らしを支えています。しかし、利用者に合わせてケアの実践に比べ、介護計画で定める目標の意識化は今後の課題となっています。事業所で使用するケアマネジメントの書類の見直し等を含め、職員と共有しやすい方法を検討することが期待されます。
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	介護日誌や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会福祉協議会・地区社協、ボランティア等の方々や情報交換や協力、会議等の参加を行い、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・ご家族の希望に合わせて受診、往診の調整。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。	利用者と家族の意向に沿った医療機関の通院を職員が支援しています。退院時カンファレンスへも参加しています。待ち時間の少ない病院や往診医など、利用者への情報提供も含め、適切な医療を受けられるよう支援しています。	
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。	医療機関と連携し、ご家族とも情報交換しながら対応している。また、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当ホームの方針を説明している。また、方向性の確認は随時行っており、必要に応じて医師を交えての話し合いの機会も設けている。現在、当施設では看取りまで行っていないが職員研修を行い看取りの勉強・職員教育をしていく予定。	契約時に事業所の方針を説明し、意向を確認しています。終末期にも、利用者にとって安楽な状況となるよう事業所の経験や医師の見解を交えて家族と話し合いを行っています。職員が個別のケースに対応できるよう、ケアマネジメントや介護力の向上などに取り組んでいます。	
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	定期的な避難訓練の実施。また、消防職員の立ち合いによる指導を受けている。近隣住民には運営推進会議にて現状の説明、協力依頼を行っている。	昼夜想定避難訓練を毎年2回実施しています。運営推進会議等で地域の協力を要請するなど、非常時に備えています。過去の災害を踏まえ、備蓄品の準備を進めていますが、食料品などの備蓄については法人との協議を進めています。	避難訓練には、夜勤職員も参加できるよう配慮を行うなど実践的な訓練を行うことが期待されます。また、公的避難所へ実際に行ってみるなど、非常時の課題の洗い出しをすることが期待されます。
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	勉強会やミーティング、朝の朝礼等を通じ、尊厳やプライバシーの配慮を日頃より意識付け対応している。希望者には居室内に電話の設置も行い配慮している。	個別の希望や、ユニットごとのコミュニティの中でのその人のあり方や価値観を尊重し自分らしさが発揮できるようにしています。職員は一人ひとりの利用者が大切な人であるという敬意や感謝を言葉掛けなどで示しています。	
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、お話しして頂ける環境、支援を心掛けている。		
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、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、個別の希望、移行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・ご家族からのお話やご自宅での生活の話等を聞きながら希望を聞きながら支援して行く。		

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。おしぼり準備、テーブル拭き、食器洗い・拭き当ご本人の身体状況・生活歴等に合わせ一緒にやっている。	見た目、味、食感など、おいしく感じられるよう職員が検討しています。美味しいものを、おいしく食べることにこだわっています。トロミ剤などもユニットごとに選定するなど、利用者の状況に合わせて食事が楽しみになるようメニューの工夫も行っていきます。	
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て、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	個人の排泄パターンを把握すると共に職員間で情報を共有し、チームとして見守り、声掛け、誘導を実施し、トイレでの排泄や自立に向けた支援もしている。	トイレで排泄ができる場合は、2人介助など、状況に合わせて支援を行っています。小便器の設置など、本人の希望やそれまでの習慣にも配慮しています。オムツの導入の際は、メーカーの研修を受けて最適な商品を選定するなど、快適性にも配慮しています。	
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、医師・看護師に相談し、指示を受けながら下剤を調整している。		
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ず、個々に沿った支援をしている	個々の体調を一番に配慮すると共にご本人の希望やタイミングも考慮し支援している。	週2回の入浴を基本とし、同性介助の希望などにも応じています。利用者の気持ちを尊重し、入浴時の洗身の方法や順序なども個々の方法を継続できるようにしています。	
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。		
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ただける支援を始め、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	入居者様の希望を取り入れながら、外出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る。また、ご家族との外出にも制限を設けず必要に応じ、福祉車両にて送迎の支援も行っている。	天気の良い日の散歩や、食べたいものを買に出掛けるなど、その日の希望を受けた外出を行っています。お寺への参拝や地域のイベントなどにも出かけており、家族が来訪している場合は一緒に出掛けることもあります。	
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、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いる、手紙のやり取りも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を掲示したり、食事を作る音や匂いで生活感を出す等居心地よい空間づくりを心掛けている。	利用者の認知症の症状に合わせて混乱を招かないよう、掲示場所や掲示の方法に工夫をしています。行事の際の写真や、利用者の作品など、季節に合わせた装飾を行っています。また、不快なおいにも気を付けており、喫煙スペースも勝手に設置しています。	
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。		
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	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を持ち込んで頂き、ご本人が安心して頂けるような空間になる様工夫している。	居室には大型のクローゼットが備え付けられており、衣料などを収納することができるため、居室はすっきりと整理することができます。思い出の品や、編み物の道具などで、入居前からの習慣や趣味の継続ができるよう支援を行っています。	
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。		