

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4年2月14日	評価結果市町村受理日	令和4年5月27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.kaiyokensaaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&jigyosyoCd=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4年4月20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ペースで生活をする。その人が自宅で過ごす「普通」の生活を施設という生活する場所が変わっても送る事が出来る様、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、認知症で自分の希望が伝えにくくなった場合でも利用者の生活歴などを踏まえてその人らしい暮らしが出来るよう、職員が話し合いながら本人と家族をチームとして支えています。利用者の自由な生活を支えるために、家族とも転倒などのリスクについて話し合い、身体拘束などを行わないケアを徹底しています。職員がなぜその介護をするのかを意識できるよう、OJTで技術や対応方法だけでなく、理念を踏まえたケアの大切さを共有しています。ケアの基本には利用者の尊厳があり、ケアの質の向上に不断に取り組んでいます。外部評価結果を振り返り、目標達成計画で目標を定めて計画的に改善の取り組みを行っています。前回より毎月の職員研修を充実し、ケアの根拠をしっかりと学んだうえで全員が同じ方向で支援に当たっています。

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 ↓該当するものに○印		項目		取組の成果 ↓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 3 利用者の1/3くらい 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 3 家族の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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 3 職員の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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 3 家族等の1/3くらい 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 3 利用者の1/3くらい 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	理念を玄関、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。また、職員間で理念が浸透しやすい様、朝礼等で定期的に触れ、事例等を用いてはめる事で浸透を進めている。さらに、年4回の個人面談の際も理念を踏まえた振り返りの機会も設けている。ケアカンファレンスやケアプラン、事故報告書の際にも立ち振り返り検討を行っている。	法人の基本理念として4つの柱を掲げ、職員に理念を理解するために事例を挙げて説明しています。また、毎月、ケアの実践を通じて理念が実現できたかをふり返っています。職員は理念の実践のためにそれぞれどのような取組が出来るかを検討し、個人目標を定めています。個人目標は個人面談で管理層と共にふり返っています。		
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	本年度もコロナ禍にて面会制限等あり昨年度までの様な交流は出来ていない。出来る範囲内(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)で行っている。町内会の行事にはコロナ禍の為、出来る範囲で参加・協力、回覧板を活用した情報提供・交換を行っている。また、就労支援(市のステップアップ支援プログラム)の場としても活用し、ボランティアの方とも交流している。	コロナ禍においても、可能な地域交流や、専門性を活かした地域への啓発活動に取り組んでいます。町内会や地域の催しの案内やチラシなどを玄関に掲示し周知したり、事業所からの発信を町内会の回覧板で行っています。学生ボランティアの受入れや、就労前のトレーニングとしてステップアッププログラムの受入れを行い、地域の働きたいと考えている人に対して伴走型の支援を行っています。		
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や地域包括支援センターと協力の元、認知症理解の啓発活動を行っている。また、施設自体をインフォーマルサービスとして活用(行事参加や他事業所ホームヘルパーの駐車スペースとしての活用)し、地域で暮らす方の支援にも協力している。			
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催し、会議の内容を朝礼等で報告、施設内に結果を掲示している。参加できない御家族には運営推進会議にて了承頂き(第75回参照)送付。会議を生かし、困難事例の検討や回覧板にて様々な案内の依頼、町内会と地域包括と繋ぐ等活用している。感染症対応策として、感染蔓延状況に応じ、文章開催等柔軟に対応している。	運営推進会議には、家族や利用者、地域や行政の参加があります。感染状況により書面会議で行うなど柔軟に対応しています。運営の透明性を図る事や、地域などに対しても事業所の専門性を活かした協力関係を構築するための場として機能しています。参加者を増やすために行事等と合わせて開催するなどの工夫も行っていきます。		
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。また、事業所運営等の際、不明な点などは直接担当窓口へ確認を行っている。地区の安心見守り会議等にも参加し、施設として出来る協力を行っている。	市の会議への参加を行うとともに、定期的に生活保護課との連携を行っています。また、利用者家族に生活課題がある場合は役所への相談を行うなど、利用者と家族や地域を含め支援を向上させるための取り組みを行っています。		

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	
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	定期的な委員会の開催・ホーム内点検や事例の検討、年2回の内部研修参加を行い、身体拘束ゼロの実施に取り組んでいる。また、朝礼の際に定期的な啓発や事故報告書の改善案、ケア検討のミニカンファレンスの際にも、理念や拘束しないケアを基本として対策を検討している。	なぜその介護を行うのかを職員間で話し合い、より良い支援の在り方を考えています。また、チェックリストを用いて3カ月ごとに自らのケアの振り返りを行っています。運営推進会議でも身体拘束の防止の取組を伝えています。家族にも、身体拘束の弊害と自由な暮らしを守るためのリスク管理について話し合っています。		
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	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。また、不適切ケアの発生呼ぶとして、身体拘束未示委員会と同時改正にて理解を深めている。			
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	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	毎月個別の様子を手紙みて送付、面会時には近況を報告等、気軽に相談して頂ける環境作り交流を図っている。また、面会制限中は電話連絡などで途切れない情報共有を行っている。苦情相談窓口の掲示や玄関に意見箱を設置している。	個別の写真入りの手紙を発行しています。家族から電話が入ることがありその際にも意見などの聴取に努めています。毎月月替わりで利用者の担当職員が替わり、担当職員からの手紙では様々な視点から家族への報告を行っています。		
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	職員会議やユニット内聞き取り等で業務改善を始め・入居判断のケア等、意見反映の機会を設けている。また、年4回の個人面談・相談以外にも随時意見交換できる職場環境にある。また、家庭環境や職員本人の状態等の相談にて可能な限り働き方の調整にも力を入れ、働きやすい環境整備を行っている。	職員会議での話し合いの他に、3カ月ごとに職員個別面談を行い介護の方法や考え方について話し合いをしています。職員のプライベートが安定してこそ良い仕事ができるとし、シフトの調整や職員同士が助け合って業務に当たれるようにしています。		
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（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。			

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	
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）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。			
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	入居前からの付き合いのある友人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。	ワクチン接種状況も勘案し、利用者が会いたい人との面会が出来るよう検討を重ねています。家族が高齢で他の介護保険サービスを利用している場合には、家族の介護サービスの関係者と会議を行い面会を叶えるなど、利用者の立場に立つという方針を実践しています。		
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。			

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	
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、以前の本人の様子等を伺い生活の意向のヒントにしている。また、色々なツールも使用し思いや意向の把握に努めている。	利用者の言葉や行動から気持ちを汲み取っています。利用者の希望を尊重したケアについて、職員が迷ったり疑問を持った時に話し合い、本人本位のケアを行っています。困難な場合でも一人ひとりの入居前からの生活を参考に検討しています。		
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なっている。			
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、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、必要に応じて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。	利用者の生活の支援において、介護内容だけでなく、利用者と家族の希望を踏まえて計画を作成しています。職員一人ひとりからの気付きや情報が記載された介護計画を用いて職員自身が日々の支援の中で大切な部分にどう関わっていくかのポイントをわかりやすく、家族の参加も促すような計画を作成しています。		
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	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。	利用者の希望する医療機関への受診を支援しています。日常的な健康管理の中で家族の思いを聴取し、医師に伝えています。通院同行も職員が行っています。処方された薬の変更も含め家族へ伝えています。		

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	
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。			
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。その際、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。重度化に関しては、希望があれば他施設への転居支援も行っている。	事業所の看護師が週3回健康管理を行っており、必要な時に適切に医療に繋げるようになっています。利用者が自宅で家族と共に最期を迎えた事例もあり、認知症と終末期に向けた自己決定についても検討し、家族の意向を踏まえたうえで尊厳ある終末期支えています。		
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	定期的な避難訓練の実施や対策計画の作成・周知。訓練には消防職員や業者の立ち合いによる指導を受けている。また、家族も参加し理解・協力をお願いしている。近隣住民には運営推進会議を活用した消火訓練を開催し連携、現状の説明・協力依頼を行っている。市指定避難場所へ伺い話も行っており連携構築中である。備蓄品は食料は常時米一俵・水は常備水(20を一人1本)し、調理道具としてカセットボンベも常備している。ただ、電源に関してはまだまだ検討の段階で現在は簡易的に車から電源確保を想定している。	避難訓練は年2回行っています。町内会長を交え、夜間想定や、隣接する系列のグループホームとの合同訓練も行っています。実際に避難所に行ってみるなど、非常時の予行も行っています。地震などの大規模災害時に出動できる職員の想定も行っています。	利用者と支援する職員が72時間程度生活できる食料などを具体的に検討し準備していくことが大切です。非常災害時の家族への連絡方法の確立などと共に、作成中のBCP(事業継続計画)のブラッシュアップを行う事を期待します。	

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	個人の希望や価値観等を尊重し損なわれる事が無い様支援している。また、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。配慮がかけられている場面が見られた際には朝礼にての注意喚起や個別に伝え対応している。また、個々のニーズに合わせ、同性介助や居室内に電話の設置も行い配慮している。	利用者の尊重をケアの基本としています。利用者の能力に合わせて自己決定できるようにしています。職員は介助を通じて利用者の人生を豊かにすることを意識し、日々の楽しみと尊厳を守っています。家族の面会時にパーテーションを設置するなど、利用者のプライバシーに配慮しています。		
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、支援を心掛けています。また、これまでの生活歴等や家族に話していた事等参考に、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	
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や、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。			
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ると共に味・見た目、温かさにも注意している。	行事食や誕生日などには利用者の希望を取り入れ美味しく見た目にも凝った食事を提供しています。コロナ禍でもドライブスルーなど感染に気を付けてちょっとした外食を取り入れています。		
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、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。また、オムツの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。	羞恥心と尊厳を守るケアに取り組んでおり、利用者はできる限りトイレでの排泄ができるようになっています。個別のリズムやしぐさなどで職員が誘導を行っています。安全にも配慮し、2名介助を行ったり、週3回事業所の看護師が医療面からの支援も行っています。		
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。	利用者ごとに週2回の入浴を行っています。ゆっくり湯船に浸かったり、シャワー浴にしたりなど、利用者の希望を踏まえて行っています。ゆず湯や浴槽の湯をかけ流しにしたり、入居前の入浴習慣の継続などを行っています。		
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。状態に応じては本人・家族と相談し、医師に相談し薬の調整も行う。			

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	
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。			
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	コロナ過以前は、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。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。	日常的な散歩を継続しています。コロナ禍のため、少人数でマスクなどで感染予防のうえ近所に出掛けています。近所の家の庭などを見せてもらうなどの交流も行っています。また、花見などのドライブで気分転換を行っています。		
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・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良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。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。	日中は居間に集まって過ごすことが多いため、換気や湿度に気を付けています。湿度計や温度計を設置しています。季節の飾りは、認知症の症状のために誤認されるような事がないように配慮しています。		
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。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になる様工夫している。	職員が入居前の自宅に訪問し、部屋の設えなどを参考にし、安心して過ごせる居室作りを家族も交えて行っています。出来るだけ環境を変えずに生活できるようにしています。		
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。			