

2024（令和6）年度

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         | 1495600270                       | 事業の開始年月日                  | 平成25年10月1日 |
|               |                                  | 指定年月日                     | 平成25年10月1日 |
| 法人名           | ヒューマンライフケア株式会社                   |                           |            |
| 事業所名          | ヒューマンライフケア麻生グループホーム              |                           |            |
| 所在地           | ( 215-0005 )<br>神奈川県川崎市千代ヶ丘7-6-4 |                           |            |
| サービス種別<br>定員等 | ■ 認知症対応型共同生活介護                   | 定員 計 18 名<br>ユニット数 2 ユニット |            |
| 自己評価作成日       | 令和5年8月21日                        | 評価結果<br>市町村受理日            | 令和7年2月21日  |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

【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）】

コロナの感染がみられた頃から感染防止のため意識していた換気と1日2回のフロア掃除、1日3回のトイレ掃除で利用者様の感染は昨年度の2名のみとなっています。またご利用者の皆さま方には爪白癬や趾間に白癬のある方も多く、毎日足浴後に外用薬を塗布し清潔保持に努めまた、ベッド上で過ごす時間の長い利用者様には毎日保湿剤を塗布しております。施設での生活が長期間に及ぶ方も増え、病院での最期よりも施設でのお看取りをご希望される家族様も多くなってまいりました。往診や訪問看護等医療と連携を図り、日々の体調管理を行っています。多様性を重んじ、外国人の職員も増え、ご利用者様と笑顔でコミュニケーションを図っています。特別なことは何も提供できませんが、一人一人が尊重される施設でありたいと思っています。

【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                                     |               |           |
|-------|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |           |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和6年9月17日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和7年1月17日 |

【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）】

事業所は小田急線「新百合ヶ丘」駅よりバスに乗り「千代ヶ丘」下車徒歩3分、大通りに面した鉄骨造3階建ての建物です。1階は小規模多機能型居宅介護事業所で、2階、3階が2ユニットのグループホームとなっています。法人は介護事業、教育事業、人材事業を国内外に展開しています。

＜優れている点＞  
法人理念の『「笑顔」と「こころ」いつでも人が真ん中』を基に、職員自身が利用したくなる「自由で楽しく過ごせる施設をめざします」を事業所理念に掲げ、利用者のペースを尊重したケアを実践しています。ケアカルテを導入して記録や申し送り業務の共有・短縮化を図っています。全利用者のカンファレンスを毎月実施してケアプランに沿ったケアを実践できるようにしています。開設から11年目となり利用者の重度化も進んでいますが、適切な食形態で提供すること、ゼリー状など水分の取り方の工夫、栄養バランス対策、白癬症の人への足浴や褥瘡防止のための皮膚の保清・保湿など、一人ひとりに対し、きめ細かいケアを実践継続しています。複数の看護師が在籍しています。看取りを希望する人も多く、看護師による看取り研修も実施して終末期まで安心・安全に過ごせる事業所を目指しています。

＜工夫点＞  
社内マイスター段位制度があります。職員は段階に応じて段位を取得し、介護技術の向上や就労継続が出来るようになっています。法人内ウェブ研修も無料で受講することが出来ます。法人による13項目の利用者満足度調査をサービス向上に活かしています。毎月ユニット合同会議を行い、ケアプランを共有したケアの実践に努めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ～ 14  | 1 ～ 10  |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ～ 22 | 11      |
| 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 ～ 35 | 12 ～ 16 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ～ 55 | 17 ～ 23 |
| V アウトカム項目                    | 56 ～ 68 |         |

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 事業所名  | ヒューマンライフケア麻生グループホーム |
| ユニット名 | 2F                  |

| V アウトカム項目 |                                                     |   |                |
|-----------|-----------------------------------------------------|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(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. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 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、安心して暮らせている。<br>(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     |

|    |                                                                        |   |                |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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。<br>(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  |
| 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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  |   | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |                                                                        | ○ | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |                                                                        |   | 3. たまに         |
|    |                                                                        |   | 4. ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(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. 全くいない       |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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. ほとんどいない     |

| 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<br>地域密着型サービスの意義を踏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。                      | ①3, 4年前に全職員と一緒に考えた拠点の理念がある。ライフケア、ヒューマングループ共にそれぞれ理念がある。 ②各フロアの事務所に掲示。 ③1年に一度、研修を行い振り返りの機会を作っている。 | 法人理念を基に職員自身が入りたくなる施設となるよう「自由で楽しく過ごせる施設をめざします」を理念に掲げ、法人理念と共に事業所内に掲示しています。入職時に経営理念クルドを配布しています。年に一度理念について研修を行い、振り返りをしています。           |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                      | ①町内会に加入済。町内会長が運営推進会議に参加。 ②町内会よりお祭りの案内や消防訓練、よみうりランドの割引券をいただくこともある。                               | 町内会に加入し、運営推進会議や地域の掲示板を通じて情報交換しています。週1回事業所周辺の草取りを職員と利用者が行っています。毎日ドラッグストアやコンビニエンスストアに散歩を兼ねて職員と利用者が訪れ、挨拶するなど交流しています。                 |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                    | 近所の郵便局やコンビニがある。困っている方を見かけたら手を差し伸べていきたい。                                                         |                                                                                                                                   |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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。 | ①包括、利用者様、家族様、町内会長が2か月に1度、参加される。 ②拠点の報告と町内会の状況やお祭り等のお知らせ、包括からはヒヤリや事故等の状況確認等                      | 運営推進会議は2ヶ月ごとに利用者や家族、町内会長、地域包括支援センター職員が出席して開催しています。運営状況や事故報告、ヒヤリハットを伝え、情報交換しています。運営の透明性や向上への取り組みが理解されています。報告書は参加者と利用者家族全員に配布しています。 |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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。            | 保護課の担当者とは本人との1年に1度の面会、医療券やおむつの申請等ほぼ毎月連絡を取っている。                                                  | 介護保険の更新時や高齢障害課主催のコアカンファレンスにブロック長が参加して行政と連携しています。生活保護受給の人も入居しているため、年1度保護課の職員の来訪があり情報交換しています。行政から入居の相談が寄せられるなど連携しています。              |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | ①身体拘束廃止委員会は3か月に1度開催し、日頃の不適切なケア等の見直しを行っている。また、定期的な研修と利用者様の痣や傷等は適時タブレットに画像で保存している。<br>②毎年12月に神奈川県虐待チェックシートを使用し確認を行っている。 | 運営規定に身体拘束等の禁止が明示されています。身体拘束廃止の指針、身体拘束ゼロの手引きを整備し掲示しています。施設長を責任者とし看護師、ケアマネジャー、介護職員による身体拘束廃止委員会を年4回開催し、議事録で共有しています。身体拘束研修は入職時、及び年2回実施し、毎年身体拘束虐待チェックシートでの振り返りを行っています。 |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                                      | ①日頃のケアで気になることについては、タブレットで申し送りを行う。確認した職員は既読にチェック。<br>②フロアMTGや運営推進会議等で報告。<br>③外部の研修に積極的に参加し、拠点にフィードバック。                 | 運営規定に虐待防止に関する事項が明示され虐待防止の指針を事業所内に掲示しています。虐待防止研修は入職時及び年2回実施しています。管理者を責任者として看護師、ケアマネジャー、介護職員による虐待防止委員会を年4回開催し、議事録で共有しています。入浴時の視診で虐待の早期の発見に努めています。                   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                                 | 成年後見人を利用されている利用者様が多く、施設の職員だけでなく、往診医や訪問看護師、訪問歯科医等本人の支援を行っているすべての方々と地域包括システムの良好な関係の構築に励む、                               |                                                                                                                                                                   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。                                                                      | 契約時に施設でできること、できないことを家族様にわかりやすく説明を行う。特に協力が必要な時は相談することをお伝えする。また苦情窓口、担当者についても説明を行っている。ご不明な点については、遠慮なく連絡をいただけるようお伝えしている。  |                                                                                                                                                                   |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。                                                                   | 2か月に1度、運営推進会議を行い、家族様の意見を伺う機会を作っている。また本社より1年に1度、お客様アンケートが配布されている。集約した結果を確認し、不足している点については、皆で共有し、今後の改善に努めている。            | 利用者の意見、意向に出来る限り添うよう努めています。表出困難な場合は表情やしぐさから汲み取っています。家族とは面会時や運営推進会議で積極的にコミュニケーションを取り、意見や要望を伝えやすい関係を作っています。年1度利用者満足度調査を実施して運営に反映しています。                               |                   |

| 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 |
| 11                  | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | 本社より1年に1度、職員向けのアンケートが実施されている。不足している点については、皆で共有し、今後の改善に努めている。                                                     | 年1回、ブロック長の管理者への面談、年2回、管理者によるパート職員も含めた面談、年1回、法人による職員アンケートを実施しています。管理者は日々のケアやフロア会議で意見や要望が言いやすい環境を作っています。職員の提案で感染予防のため毎日のトイレ掃除を2回から3回に増やしています。 |                   |
| 12                  | 9    | ○就業環境の整備<br>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。      | 人手不足のため、ほとんどの職員は残業を行っているが、残業時間は10～30時間前後となっている。対人業務外の業務については、毎月担当者を変えて偏りのない業務の振り分けを行っている。                        | 就業規則、職務分掌が整備され、人事考課制度があり、働きやすくやりがいのある職場を目指しています。希望休は出来るだけ取れるようにしています。事務室、休憩室で休憩しています。所定の喫煙場所もあります。時間外勤務には職員の希望を聞いています。                      |                   |
| 13                  | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 初任者研修等の受講については、ポスター等で割引があることを知らせている。受講中はシフトの調整を優先的に行っている。また正職員には認知症実践者研修の参加を促している。社内資格取得にも積極的に参加し、職員の技術向上に努めている。 | 法人年間研修計画があり、研修は勤務時間内に無料で受講できます。外部研修の認知症実践者研修の受講を促し、ケアマネジャー更新研修費用も助成しています。技能実習生へのオンライン日本語能力試験も案内しています。法人内マイスター制度があり、時給等にも反映され資質向上に努めています。    |                   |
| 14                  |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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みをしている。 | 社内研修では他拠点とのグループワーク等で交流を図る機会がある。その際に他拠点の成功事例等を伺い、自拠点に活用することもある。                                                   |                                                                                                                                             |                   |
| 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<br>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。        | 事前の面接でご本人様や家族様、保護課のワーカーさん等からご意見を伺い、施設での生活を安心して送っていただくようつとめている。                                                   |                                                                                                                                             |                   |

| 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<br>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。     | 家族様の困りごとを受け止め、ストレス軽減に努め、また必要な助言を行うこと、丁寧な対応を心掛けることで信頼関係を築いていく。                          |                                                                                                                               |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 入所前にしっかりとご本人様、家族様と話し合いを行い、計画書を作成しサービスを提供していく。日々の中で必要な支援は適切にご本人様、家族様と話し合いを行い、適切に対応している。 |                                                                                                                               |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | できることはご自身で行っていただくよう、声掛けや見守りを行っている。                                                     |                                                                                                                               |                   |
| 19   |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>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。     | 職員は本人と家族様を支える役目であることをミーティング等で伝え、決して職員自身が意思の決定をしてはいけないことを伝えている。                         |                                                                                                                               |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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う、支援に努めている。                  | 家族様に手紙を書かれる入居者様には、毎月の郵便物と一緒に手紙を送っている。                                                  | 家族への電話や手紙を職員が支援しています。家族支援で法事や墓参りに行ったり、入居前からのかかりつけ医に家族支援で通院し、外で食事をしてくる人もいます。日ごろの入居者の様子を伝える家族への手紙を事業所ホームページへの掲載にするよう進めているところです。 |                   |

| 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                | 利用者同士の良好な関係を継続するために見守りを行い、フロアの席等にも配慮している。                                                    |                                                                                                                           |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | 電話をいただいたり、来設してくださる家族様もいらっしゃる。葬儀に参加することもある。                                                   |                                                                                                                           |                   |
| 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                         | 12   | ○思いや意向の把握<br>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。                        | 入居者様一人一人のニーズの把握に努め、ご本人様が伝えることができない場合等には家族様や後見人に意見をうかがうことがある。                                 | ケアプラン作成時や日々の会話で入居者の思いや意向を聞き取ったり、表情などですしたい事や過ごし方などの希望の把握に努めています。意思疎通が困難な人は家族や後見人から情報を得たり、本人本意に汲み取るなどして、思いに寄り添うケアに取り組んでいます。 |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                    | 家族様に以前の生活環境や生活、家族関係等伺い、入居者様一人一人のこれまでの生活を把握するよう努めている。                                         |                                                                                                                           |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 起床時から就寝、就寝中等、記録を確認する。また小さなことでもできることの確認を行っている。ご本人の残存機能の確認を日々行い、できることはご自身で行っていただけるよう声掛けを行っていく。 |                                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 26   | 13   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。 | 本人、管理者、介護支援専門員、介護職員、看護師で意見を出し合い、カンファレンスを行い計画書作成を行っている。                   | 入居者や管理者、ケアマネジャー、介護職員、看護師で意見を出し合いカンファレンスを行っています。かかりつけ医、訪問看護師、訪問歯科医などの意見も含め、6ヶ月ごとにケアプランを見直ししています。モニタリングは3ヶ月ごとに実施しています。変化があった場合は随時見直しています。  |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                         | タブレットを使用し、排泄や食事の際の申し送り、定期的な時間での入力等職員が行い、確認後は既読を☑する。                      |                                                                                                                                          |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。                | 家族様が受診同行ができない時は職員が行い、受診後は家族様に報告を行っている。好きな食べ物等必要がある時は個別に購入したり、家族様に依頼している。 |                                                                                                                                          |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                          | 近所のコンビニや公園等に散歩を出かけ、地域の一人として生活を送っていることをかんじていただく。                          |                                                                                                                                          |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | 往診は1か月に2回、訪問診療を行っている。ご希望があればかかりつけ医の変更は可能である。                             | 月2回、嘱託医の訪問診療、週1回、訪問看護があります。希望があれば入居前のかかりつけ医の受診も可能です。嘱託医の受診で他科受診や協力病院の受診に繋がったり、緊急時には往診もしてもらえます。訪問歯科医による定期健診や治療も受けられます。連携した安心な医療体制となっています。 |                   |

| 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                                                                    |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                      | 看護師は常勤で配置されている。週1で訪問看護もこられるため、職員が入居者様の体調で不安がある時は、相談しやすい環境である。                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院は職員が同行している。家族様と連絡を取り、家族様の不安を軽減する役割りもあるため、入院するまでは付き添いを行っている。サマリーや診療情報提供書、入院時の必要な物品については職員が持参している。早期退院を希望していることを病院関係者には伝えている。 |                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 重度化や終末期については、契約時に説明を行う。その後は医師の指示のもと、終末期と判断された場合は、再度医師、家族様、施設と話し合いを行い、皆で方針を共有している。                                             | 契約時に、重度化や終末期について事業所で出来ることと出来ないことを説明しています。看取りの指針があり、看護師による研修も実施しています。医師が看取りと判断した場合は、医師と家族で話し合い、方針を共有しています。終末期は家族と共に過ごせるよう支援しています。看取りのための再入居も受け入れています。 |                                                                                      |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。                                             | 往診医に連絡を行い、指示を仰いでいる。またご本人様、家族様のご希望に沿った対応を行っている。ひっ迫している際にはすぐに救急車に連絡を入れる。                                                        |                                                                                                                                                      |                                                                                      |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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。                                             | 1年に2回、避難訓練、備蓄の確認を行っている。今後は地域の訓練に参加する等、地域の協力体制を築いていく必要がある。                                                                     | 年2回防災訓練を実施しています。7月には地震停電時想定避難訓練を、他にも安否確認システムの導入や非常時災害対策の動画研修、メール配信訓練を実施しています。災害時には地域への水や乾パンの提供を想定しています。BCP（業務継続計画書）と感染症BCPを作成しています。                  | 訓練の実施で多くの課題に取り組んでいます。さらに、災害時の利用者の困惑の回避や対応のため、利用者の訓練参加や職員数の少ない夜間帯を想定した訓練の実施などが期待されます。 |

| 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 |  |
| Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |
| 36                      | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                 | 研修等を通し、高齢者虐待について学ぶ機会を設けている。振り返りの機会を増やし、適切な声掛けや対応ができるようミーティング等で話し合いを行っている。 | 一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保のため、出来る限り利用者のペースに合わせた声かけや対応を行っています。支援が必要な時も本人の気持ちを大切にさりげないケアを心がけています。相談は居室や事務室で行っています。                                                                                                               |                   |  |
| 37                      |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                      | 意思表示のできない方については、表情や仕草等で判断をしている。耳の不自由な方には、筆談やジェスチャーで会話することもある。             |                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |
| 38                      |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 食事等日々の全体の流れは決まっているが、午前中心の入浴を午後にも行ったりして、その日の入居者様の体調やペースを優先することもある。         |                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |
| 39                      |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                   | 洋服の選択ができる方にはご自身で選んでいただいている。2, 3か月に1度、訪問理美容を利用している。                        |                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |
| 40                      | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。      | 食事形態の変更には訪問歯科によりVRで確認を行い、適切な食事形態を提供している。できる利用者様には配膳や下膳等行っている。             | 職員は利用者に配膳や下膳の声かけをして一緒に準備などを行っています。食器洗いや、片づけをする利用者もいます。のり佃煮やたいみそなどの嗜好品の提供や好みの飲み物の選択もできます。利用者に海外赴任経験者が多く、英語で外国人技能実習生と各国の料理の話題で盛り上がるなど、和気あいあいとした雰囲気作りや、近隣からの差し入れ野菜を調理するなど食事が楽しくなる支援をしています。また、栄養状態維持のため医師処方の半消化態栄養剤の提供もしています。 |                   |  |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。                 | 外部の業者に委託したメニュー表から栄養バランスを確認している。水分は1ℓ以上の提供し、摂取していただいている。また便秘の方には牛乳を多く提供し飲んでいただいている。 |                                                                                                                                                                     |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                          | 毎食後にご自身でできる方はご自身で行っていただいている。全介助、一部介助、またスポンジを使用する等一人一人の状態に合わせたケアを行っている。             |                                                                                                                                                                     |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 立位のとれる方はトイレ誘導を行っている。また食前、食後の排泄や離床前、臥床前等やく2時間毎の排泄を行っている。                            | 排泄表を使い、一人ひとりの排泄パターンに沿って支援しています。2時間ごとにトイレ誘導や声かけを行い、目配りしています。下剤を調整してトイレで排便出来るようになった人もいます。個別ケア欄に記載して共有しています。                                                           |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                          | 散歩や体操を促す、水分摂取をお勧めする、また腹部マッサージを行う等しても便秘になる方（特にベッド上で過ごす方）には医師に相談し薬の処方での便秘解消となることが多い。 |                                                                                                                                                                     |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | お一人ずつお湯を入れ替え、清潔に入浴できるよう、ご自身のペースで入浴ができるよう支援を行っている。                                  | 午前や午後の入浴など利用者の希望やタイミングに合わせて週2～3回入浴し、その都度湯を入れ替えています。車いすの人は1階の小規模多機能のリフト浴を利用しています。白癬のある人は毎日の足浴で改善を図っています。入浴剤や行事湯、湯温、入浴時間の長短、利用者自身の着替えの準備など利用者の要望に応じて入浴が楽しめるよう支援しています。 |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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。                                                | 夕食後は、静かな環境で過ごしていただけるようゆったりとした気分で職員が対応している。また傾眠がちの方には、適時ベッドで臥床していただく時間を設けている。                           |                                                                                                                                                           |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。                                           | 薬情報は個人ファイルに適切に保管されている。また薬の変更等は往診の記録に記載されているため、確認を行う。薬が変更されたり、様子観察中の記録については、タブレットに入力して全員が確認できるように努めている。 |                                                                                                                                                           |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 人それぞれスポーツをご覧になったり、ラジオやCDを聞いて過ごしておられる。また日記を書いたり、雑誌や聖書をご覧になっているご利用者様もおられる。フロアでは毎身体操のレクを行っている。            |                                                                                                                                                           |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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。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。 | 散歩は適切な気候の時に、出かけている。長い距離を歩行できない方には車いすで散歩にでかけている。買い物ご希望の方にはコンビニで買い物をすることが多い。                             | 介護度が高くても外出の機会を設けています。またケアプランに基づき毎日の散歩、近隣のスーパーマーケットやコンビニエンスストアでの買い物、花見や紅葉狩りなど季節を感じる外出や近隣の人との触れ合いなどを日常的に行っています。家族の支援で法事や墓参り、年末年始の帰宅や受診帰りの外食など希望に応じて支援しています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 入居者様からのお預かり金は金庫で保管している。必要な時はその都度職員が管理して入居者様のお入り用な物品を購入することもあれば、一緒にでかけることもある。                           |                                                                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。                                                                           | 家族様に電話をかけたいとのご希望があった際には、ご自身出かけることができる方にはご自身で、かけることができない方には職員がかけている。                                          |                                                                                                                                               |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | フロアのテレビは食事中は消している。感染予防としてフロアの窓、居室の窓は開放している。また毎日の居室掃除、1日2回のフロア掃除、トイレ掃除も1日3回以上行っている。壁には季節を感じることができる飾りつけを行っている。 | 居室の清掃は毎日、廊下やリビングなど共有部分は2回、トイレは3回行い「美化チェック表」で確認しています。テーブル席は希望により一人や好きな人同士、介助の人など居心地よく過ごせるようにしています。ソファの設置や椅子の消音、また、車いす移動のスペース確保など、快適な環境に努めています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。                                                         | テーブル3つ、ソファが2つあるため、自由にご自身のくつろげる場所で過ごすことが可能である。                                                                |                                                                                                                                               |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。                                          | テレビを見るのに椅子に座る方やベッドで横になってご覧になる方、様々となっている。家族の写真やカレンダー等馴染みの物を飾っておられる。クローゼット、エアコン、カーテン、ベッド、洗面台は備え付けとなっている。       | 介護用ベッド、クローゼット、エアコンが整備されています。テレビや写真など馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるようにしています。就寝や起床、食事時間は特に決めず、聖書を読んだりテレビを観たりと本人のペースで自由に過ごしています。居室に施錠する人もいます。              |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。                                            | 建物内部はバリアフリーとなっている。トイレは3か所あり内1か所は多目的トイレとなっている。フロア内は手すりが設けられ、入浴もシャワーチェア（車いす）や滑り止めマットの使用で安全に生活が出来るようになっている。     |                                                                                                                                               |                   |

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 事業所名  | ヒューマンライフケア麻生グループホーム |
| ユニット名 | 3F                  |

| V アウトカム項目 |                                                     |   |                |
|-----------|-----------------------------------------------------|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(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. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 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、安心して暮らせている。<br>(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     |

|    |                                                                        |   |                |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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。<br>(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  |
| 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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  |   | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |                                                                        | ○ | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |                                                                        |   | 3. たまに         |
|    |                                                                        |   | 4. ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(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. 全くいない       |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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. ほとんどいない     |

| 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<br>地域密着型サービスの意義を踏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。                      | ① 3, 4年前に全職員と一緒に考えた拠点の理念がある。ライフケア、ヒューマングループ共にそれぞれ理念がある。 ② 各フロアの事務所に掲示。 ③ 1年に一度、研修を行い振り返りの機会を作っている。 |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                      | ①町内会に加入済。町内会長が運営推進会議に参加。<br>②町内会よりお祭りの案内や消防訓練、よみうりランドの割引券をいただくこともある。                               |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                    | 近所の郵便局やコンビニがある。困っている方を見かけたら手を差し伸べていきたい。                                                            |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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。 | ①包括、利用者様、家族様、町内会長が2か月に1度、参加される。 ② 拠点の報告と町内会の状況やお祭り等のお知らせ、包括からはヒヤリや事故等の状況確認等                        |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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。            | ①保護課の担当者とは本人との1年に1度の面会、医療券やおむつの申請等ほぼ毎月連絡を取っている。                                                    |      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | ①身体拘束廃止委員会は3か月に1度開催し、日頃の不適切なケア等の見直しを行っている。また、定期的な研修と利用者様の痣や傷等は適時タブレットに画像で保存している。<br>②毎年12月に神奈川県虐待チェックシートを使用し確認を行っている。 |      |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                                      | ①日頃のケアで気になることについては、タブレットで申し送りを行う。確認した職員は既読にチェック。<br>②フロアMTGや運営推進会議等で報告。③外部の研修に積極的に参加し、拠点にフィードバック。                     |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                                 | 成年後見人を利用されている利用者様が<br>多く、施設の職員だけでなく、往診医や訪問看護師、訪問歯科医等本人の支援を行っているすべての方々と地域包括システムの良好な関係の構築に励む、                           |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。                                                                      | 契約時に施設でできること、できないことを家族様にわかりやすく説明を行う。特に協力が必要な時は相談することをお伝えする。また苦情窓口、担当者についても説明を行っている。ご不明な点については、遠慮なく連絡をいただけるようお伝えしている。  |      |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。                                                                   | 2か月に1度、運営推進会議を行い、家族様の意見を伺う機会を作っている。また本社より1年に1度、お客様アンケートが配布されている。集約した結果を確認し、不足している点については、皆で共有し、今後の改善に努めている。            |      |                   |

| 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 |
| 11                          | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | 本社より1年に1度、職員向けのアンケートが実施されている。不足している点については、皆で共有し、今後の改善に努めている。                                                     |      |                   |
| 12                          | 9    | ○就業環境の整備<br>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。      | 人手不足のため、ほとんどの職員は残業を行っているが、残業時間は10～30時間前後となっている。対人業務外の業務については、毎月担当者を変えて偏りのない業務の振り分けを行っている。                        |      |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 初任者研修等の受講については、ポスター等で割引があることを知らせている。受講中はシフトの調整を優先的に行っている。また正職員には認知症実践者研修の参加を促している。社内資格取得にも積極的に参加し、職員の技術向上に努めている。 |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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みをしている。 | 社内研修では他拠点とのグループワーク等で交流を図る機会がある。その際に他拠点の成功事例等を伺い、自拠点に活用することもある。                                                   |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |                                                                                                 |                                                                                                                  |      |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。        | 事前の面接でご本人様や家族様、保護課のワーカーさん等からご意見を伺い、施設での生活を安心して送っていただくようつとめている。                                                   |      |                   |

| 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<br>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。     | 家族様の困りごとを受け止め、ストレス軽減に努め、また必要な助言を行うこと、丁寧な対応を心掛けることで信頼関係を築いていく。                          |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 入所前にしっかりとご本人様、家族様と話し合いを行い、計画書を作成しサービスを提供していく。日々の中で必要な支援は適切にご本人様、家族様と話し合いを行い、適切に対応している。 |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | できることはご自身で行っていただくよう、声掛けや見守りを行っている。                                                     |      |                   |
| 19   |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>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。     | 職員は本人と家族様を支える役目であることをミーティング等で伝え、決して職員自身が意思の決定をしてはいけないことを伝えている。                         |      |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                 | 家族様に手紙を書かれる入居者様には、毎月の郵便物と一緒に手紙を送っている。                                                  |      |                   |

| 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                | 利用者同士の良好な関係を継続するために見守りを行い、フロアの席等にも配慮している。                                                    |      |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | 電話をいただいたり、来設してくださる家族様もいらっしゃる。葬儀に参加することもある。                                                   |      |                   |
| 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                         | 12   | ○思いや意向の把握<br>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。                        | 入居者様一人一人のニーズの把握に努め、ご本人様が伝えることができない場合等には家族様や後見人に意見をうかがうことがある。                                 |      |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                    | 家族様に以前の生活環境や生活、家族関係等伺い、入居者様一人一人のこれまでの生活を把握するよう努めている。                                         |      |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 起床時から就寝、就寝中等、記録を確認する。また小さなことでもできることの確認を行っている。ご本人の残存機能の確認を日々行い、できることはご自身で行っていただけるよう声掛けを行っている。 |      |                   |

| 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 |
| 26   | 13   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。 | 本人、管理者、介護支援専門員、介護職員、看護師で意見を出し合い、カンファレンスを行い計画書作成を行っている。                   |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                         | タブレットを使用し、排泄や食事の際の申し送り、定期的な時間での入力等職員が行い、確認後は既読を☑する。                      |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。                | 家族様が受診同行ができない時は職員が行い、受診後は家族様に報告を行っている。好きな食べ物等必要がある時は個別に購入したり、家族様に依頼している。 |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                          | 近所のコンビニや公園等に散歩を出かけ、地域の一人として生活を送っていることをかんじていただく。                          |      |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                      | 往診は1か月に2回、訪問診療を行っている。ご希望があればかかりつけ医の変更は可能である。                             |      |                   |

| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                      | 看護師は常勤で配置されている。週1で訪問看護もこられるため、職員が入居者様の体調で不安がある時は、相談しやすい環境である。                                                                 |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院は職員が同行している。家族様と連絡を取り、家族様の不安を軽減する役割りもあるため、入院するまでは付き添いを行っている。サマリーや診療情報提供書、入院時の必要な物品については職員が持参している。早期退院を希望していることを病院関係者には伝えている。 |      |                   |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 重度化や終末期については、契約時に説明を行う。その後は医師の指示のもと、終末期と判断された場合は、再度医師、家族様、施設と話し合いを行い、皆で方針を共有している。                                             |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。                                             | 往診医に連絡を行い、指示を仰いでいる。またご本人様、家族様のご希望に沿った対応を行っていく。ひっ迫している際にはすぐに救急車に連絡を入れる。                                                        |      |                   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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。                                             | 1年に2回、避難訓練、備蓄の確認を行っている。今後は地域の訓練に参加する等、地域の協力体制を築いていく必要がある。                                                                     |      |                   |

| 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 |
| Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                    |                                                                           |      |                   |
| 36                      | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                 | 研修等を通し、高齢者虐待について学ぶ機会を設けている。振り返りの機会を増やし、適切な声掛けや対応ができるようミーティング等で話し合いを行っている。 |      |                   |
| 37                      |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                      | 意思表示のできない方については、表情や仕草等で判断をしている。耳の不自由な方には、筆談やジェスチャーで会話することもある。             |      |                   |
| 38                      |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 食事等日々の全体の流れは決まっているが、午前中心の入浴を午後にも行ったりして、その日の入居者様の体調やペースを優先することもある。         |      |                   |
| 39                      |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                   | 洋服の選択ができる方にはご自身で選んでいただいている。2、3か月に1度、訪問理美容を利用している。                         |      |                   |
| 40                      | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。      | 食事形態の変更には訪問歯科によりVRで確認を行い、適切な食事形態を提供している。できる利用者様には配膳や下膳等行っている。             |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。                 | 外部の業者に委託したメニュー表から栄養バランスを確認している。水分は1ℓ以上の提供し、摂取していただいている。また便秘の方には牛乳を多く提供し飲んでいただいている。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                         | 毎食後にご自身でできる方はご自身で行っていただいている。全介助、一部介助、またスポンジを使用する等一人一人の状態に合わせたケアを行っている。             |      |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 立位のとれる方はトイレ誘導を行っている。また食前、食後の排泄や離床前、臥床前等やく2時間毎の排泄を行っている。                            |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                          | 散歩や体操を促す、水分摂取をお勧めする、また腹部マッサージを行う等しても便秘になる方（特にベッド上で過ごす方）には医師に相談し薬の処方で便秘解消となることが多い。  |      |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | お一人ずつお湯を入れ替え、清潔に入浴できるよう、ご自身のペースで入浴ができるよう支援を行っている。                                  |      |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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。                                                | 夕食後は、静かな環境で過ごしていただけるようゆったりとした気分で職員が対応している。また傾眠がちの方には、適時ベッドで臥床していただく時間を設けている。                           |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。                                           | 薬情報は個人ファイルに適切に保管されている。また薬の変更等は往診の記録に記載されているため、確認を行う。薬が変更されたり、様子観察中の記録については、タブレットに入力して全員が確認できるように努めている。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 人それぞれスポーツをご覧になったり、ラジオやCDを聞いて過ごしておられる。また日記を書いたり、雑誌や聖書をご覧になっているご利用者様もおられる。フロアでは毎日体操のレクを行っている。            |      |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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。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。 | 散歩は適切な気候の時に、出かけている。長い距離を歩行できない方には車いすで散歩にでかけている。買い物ご希望の方にはコンビニで買い物をすることが多い。                             |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 入居者様からのお預かり金は金庫で保管している。必要な時はその都度職員が管理して入居者様のお入り用な物品を購入することもあれば、一緒にでかけることもある。                           |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。                                                                           | 家族様に電話をかけたいとのご希望があった際には、ご自身出かけることができる方にはご自身で、かけることができない方には職員がかけている。                                          |      |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | フロアのテレビは食事中は消している。感染予防としてフロアの窓、居室の窓は開放している。また毎日の居室掃除、1日2回のフロア掃除、トイレ掃除も1日3回以上行っている。壁には季節を感じることができる飾りつけを行っている。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。                                                         | テーブル3つ、ソファが2つあるため、自由にご自身のくつろげる場所で過ごすことが可能である。                                                                |      |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。                                          | テレビを見るのに椅子に座る方やベッドで横になってご覧になる方、様々となっている。家族の写真やカレンダー等馴染みの物を飾っておられる。クローゼット、エアコン、カーテン、ベッド、洗面台は備え付けとなっている。       |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。                                            | 建物内部はバリアフリーとなっている。トイレは3か所あり内1か所は多目的トイレとなっている。フロア内は手すりが設けられ、入浴もシャワーチェア（車いす）や滑り止めマットの使用で安全に生活がおくれるようになっている。    |      |                   |

2024年度

事業所名    ヒューマンライフケア麻生GH  
作成日：     2025   年    2   月    1 8   日

| 優先<br>順位 | 項目<br>番号 | 現状における問題点、課題                                    | 目標                                      | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容                                           | 目標達成に<br>要する期間 |
|----------|----------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1        | 16       | 職員の少ない夜間帯を想定した訓練や<br>日中の利用者参加の訓練が不足してい<br>るのが課題 | 夜間帯1フロアを一人の職員が、安全に<br>通報と避難ができるよう訓練を行う。 | 通報の手順を再度確認。実際に通報を<br>行う等で実感していただく。また利用<br>者の変化に対応できるよう訓練を行<br>う。 | 3ヶ月            |
| 2        |          |                                                 |                                         |                                                                  | ヶ月             |
| 3        |          |                                                 |                                         |                                                                  | ヶ月             |
| 4        |          |                                                 |                                         |                                                                  | ヶ月             |
| 5        |          |                                                 |                                         |                                                                  | ヶ月             |