

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	0190200279		
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大倉湯グループホーム		
所在地	札幌市東区北23条東5丁目5番21号		
自己評価作成日	令和6年10月18日	評価結果市町村受理日	令和6年11月26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 https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/O1/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0190200279-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	合同会社 mocal		
所在地	札幌市中央区北5条西23丁目1-10-501		
訪問調査日	令和6年11月14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)】

感染症対策のために控えていた行事計画を見直し、今年度は毎月行事を開催しています。未だ外食に出かけることはできませんが、入居者様に少しでも季節を感じながら楽しんで頂けるように、ホーム駐車場でのBBQやお花見を実施しております。ご家族様の面会なども制限を緩和し、できる限り柔軟に対応する事で、入居者様とご家族様の面会の機会を作ることが出来るよう努めております。運営推進会議には、地域の方や多職種の方々に参加して下さい、情報共有や連携の場となっております。今後も、皆さんが気兼ねなく参加しやすい会議となるように工夫したいと思います。また、開設から20年が経ち、半数の職員が10年以上勤務しております。重度化・看取り対応中の入居者様も多くいらっしゃいますが、これまでの経験を活かし入居者様からもご家族様からも安心して頂けるホームを目指して参ります。

【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)】

開設から20年が経った当事業所は在籍期間の長い職員が多く、開設時から在職の管理者と共に利用者や家族にとって安定感のある支援が行われています。地域との関係も良好で、運営推進会議には町内会長をはじめ消防団や薬局の方など多彩なメンバーが参加しています。会議で発信する情報を事前に探して来てくれたり、会議で知り合った方同士が情報を交換したり連携するなど事業所を中心として地域の輪が広がる場にもなっています。また、災害対策においても事業所に必要な情報を届けてくれたり、訓練への参加や助言など、これまで培った信頼関係から多くの協力が得られています。今年度は毎月行事を計画して、外出を頻繁にはできない状況下でも利用者の楽しみに繋げようと職員が工夫を凝らし、少人数で数回に分けて近くの公園へ花見に出かけたほか、駐車場でのBBQや外食の代わりに食事会を開いています。法人の強力なバックアップの下、居室へのエアコン設置やICTも活用して職員の負担を軽減し、より利用者へ寄り添える体制を整えています。

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る (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広がったり深まり、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 (参考項目:36、37)	○	1 ほぼ全ての利用者が 2 利用者の2/3くらいが 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (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	入社時に理念の説明を行っている。また、いつでも確認できるように、事務所内や玄関に入居者様に書いていただいた理念を貼りだしている。	事業所の玄関や要所に掲示された理念は開設時に職員から募集した言葉をもとに作成され、地域密着型サービスの意義を踏まえたケア理念も作成しています。カンファレンス等で迷いが生じた場合には理念に立ち返り、利用者の個性を尊重したケアとなるよう支援しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域と付き合いは中々できていないが、運営推進会議には町内会長や地域住民の方に参加いただく事ができている。	町内会に加入し、回覧板や運営推進会議に参加の町内会長などから地域の情報を得ています。町内会会長宅の花壇の鑑賞の誘いを受けたり、町内の花壇の水やりに事業所外の水の提供を申し出たり、培ってきた信頼関係の中で相互にできることを協力合っています。	
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	運営推進会議を活用し、参加者の方に認知症の理解を深めて頂けるよう報告をしている。多職種の交流の場になっている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は会議メンバーやご家族様全員に案内・議事録を郵送している。会議不参加の方へは議事録と意見用紙を郵送し、頂いた意見を議事録に反映することで情報共有している。	系列の事業所と同日開催で会議を開催し、地域包括支援センター、町内会長、消防団や薬局、近隣住民等の参加を得ています。会議では活発な意見・情報交換が行われ、議事録を送付した家族からも感想や意見が多数寄せられています。	
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	不明点や相談事があれば、札幌市介護保険課に連絡している。地域包括支援センターの職員には運営推進会議に概ね参加して頂き、不参加の場合も議事録を郵送しご意見をいただいている。必要に応じて入居・退去時の相談を相互に行っている。	市担当課や区の保護課とは管理者が主にメールで連絡を取り、疑問点などの相談に回答を得て適切な運営に繋げています。運営推進会議に参加の地域包括支援センター職員からは都度情報提供を受けています。	
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	身体拘束に関する研修を年に2回実施し、オンラインで自己点検アンケートも実施している。身体拘束廃止委員会は6月・9月・12月・3月に開催し、議事録を回覧している。運営推進会議開催月には、会議内で報告・意見交換をしている。	指針を定め、身体拘束廃止委員会を年4回、e-ラーニングで年2回研修を実施しています。研修後はアンケートや報告書等で理解度の確認を行っています。カンファレンスで具体的な事例検討を行う場合には、看護職員への相談や職員が一人で抱え込まないような言葉かけをして身体拘束をしないケアの実践に努めています。	
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	虐待に関する研修を年に2回実施し、オンラインで自己点検アンケートも実施している。虐待防止委員会は6月・9月・12月・3月に開催し、議事録を回覧している。また、虐待が見逃されないように、職員間で情報の共有を行っている。		

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
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	外部研修の機会はあるが、事業所内での研修等は中々できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約締結・説明に関しては、施設長が中心になって行い、納得したうえで入居していただいている。また、解約や変更事項がある際には文書や口答での説明を行い、必要に応じて覚書を交わしている。		
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	相談窓口を設置していることを契約書に記載し説明している。日常的には面会時など、いつでも意見や要望を反映できるように、こちらからも声をかけるようにしている。家族が意見や要望を相談できるように相談窓口を設置している。	利用者の要望は日常のケア場面から得て、家族には電話や面会時に意見を表出できるよう声かけを行っています。運営推進会議議事録に同封する意見用紙にも要望等が寄せられ、家族の要望を捉えて面会可能な曜日や時間を変更し、柔軟な対応を行っています。	
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	月に1回ミーティングを行い、その場にて意見などを聞いている。社内に従業員向けの相談窓口があり、職員にも周知している。 また、3か月に1回のペースで個人面談を行っている。	月に1回のミーティングには法人本社の上長もオンラインで参加して事業所の現状を把握しています。年に3回個人面談を実施し職員の意向を確認しています。職員は各種委員会や係りの役割を担いアイデアを出し合いながらより良い事業所運営となるように力を発揮しています。	
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	年に2回各職員が目標設定し、面談を交えて評価を実施している。職員の業務中の様子や姿勢を観察し、必要に応じて、適宜個人面談などを行っている。キャリアパス制度を導入し、やりがいの向上や定着率の向上を図っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内の取り組みとして、キャリアパスの導入・eラーニングでの研修・マイスター制度があり教育に力を入れている。研修については何度も見直すことができる。		
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	施設長・管理者は管理者連絡会の開催があれば参加し、ネットワーク作りなどの努めている。また、交流のある他事業所や、居宅支援事業所があり、必要に応じて連携を図っている。		

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	入居時より積極的にコミュニケーションをとり、信頼関係を築く事ができるよう配慮し、少しずつ慣れ親しんでもらえるよう努めている。また、家族からの情報も考慮し、安心して生活できるように統一したケアも心がけている。		
----	--	---	---	--	--

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	入居相談時より、時間をかけてお話を伺うようにしている。入居後も本人の情報提供をしながら、家族とのコミュニケーションに力を入れ、困っていること・不安なことを職員間で共有する事で、関係づくりに努めている。		
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	施設長・管理者が中心となり、本人・家族から情報をうけ、現状に応じより良い生活が送れるように、他のサービスも含めて現在必要とされている支援を受けられるように努める。		
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	言語コミュニケーションが取れない入居者もおり、一方通行になりがちである為、ミーティングやカンファレンスで入居者の生活の場であることを確認するようにしている。		
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	入居者の日常を理解していただき、本人の想いを知って頂けるように支援している。家族が参加しやすい環境にも心がけている。家族との外出時など、不安な点などが解消されるよう相談または支援している。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	これまでは入居前のケアマネや退職した職員などの面会が、あったがコロナ禍を機に減ってしまっている。家族の面会は条件を緩和し、柔軟な対応をしている。	面会制限を緩和し、居室での面会も再開しています。家族と自宅へ戻ったり墓参りに出かける利用者もいます。馴染みの関係自体が少なくなっている現状はありますが、訪問理美容師は古くからの付き合いが継続されており、馴染みの関係となっています。	
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	入居者同士のコミュニケーションが円滑にいくように、座席の配慮などをする事で、入居者が孤立しないような支援に努めている。コロナ禍前は1・2階の合同行事を開催し交流していた。		
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	サービスが終了しても、これまでの関係性を大切にしている。すでに退去して入居者家族からの相談や問い合わせに丁寧に対応している。退去者の家族が、地域住民として運営推進会議に参加して下さっていたが、コロナ禍を気に途絶えてしまった。		
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	日常生活の中で本人の希望や意向を聞きながらケアを行っている。また、意向の表出が困難なケースは、日常の反応や表情を見ながら判断し、本人中心で検討するよう努めている。	思いや意向を表出できる利用者は半数ほどおり、日常の会話などから把握しています。現在は意向を表出できない利用者も話ができただけの頃のことから職員が推察したり、家族の話を聞いたりしながら本人本位で検討し支援に努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居相談時より、生活歴や馴染みの暮らし方・生活環境・サービス利用などの把握に努め、入居前の情報に関するも担当ケアマネや家族から情報の提供を頂いている。		
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	一日の流れは決まっているが、入居者には押し付けずに入居者の希望や心身の状態に合わせてケアをしたいと考えている。何が出来るか・何をしたいか見極めるためのサービス内容を介護計画に盛り込む事もある。		
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	全スタッフでモニタリングを行っている。モニタリング結果・日々の記録などを基にカンファレンスを行い、現状に即した介護計画を作成している。ケアプラン見直しの際に、家族には面会時やお手紙で意向を確認し、本人にも直接確認している。	職員全員でモニタリングをして気づいたことを取りまとめ、カンファレンスで往診の記録や看護職員の意見も参考にしながら3か月ごとに現状に即したケアプランを作成しています。ケアプランの作成前には家族や本人にも意向を確認して、完成したケアプランにも署名を得ています。	
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	日誌・タブレット端末への記録を行い、情報を共有している。また、申し送りを行い、情報の共有を行っている。計画作成担当者が記録類をまとめカンファレンスの参考にしている。		
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	その時々々のニーズに対応できるように考えている。できる範囲ではあるが、個々のニーズにこたえられるようにミーティングなどで話し合うようにしている。		
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	コロナ禍を機に外出などの機会は減ってしまったが、出前などで楽しみの継続をしている。		
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	入居相談の時点で往診医の説明を行っている。また、これまでのかかりつけ医との関係を断ち切ることの無いよう、受診付添いや家族との話し合いを通じて、適切な医療を受けられる体制を確保している。	内科については入居時に往診医について説明し納得を得て月2回受診しています。歯科は月2回の往診、他科については、これまでのかかりつけ医を継続受診できるように配慮し、通院は看護職員が対応して受診結果を電話や手紙で家族とも共有しています。概ね2日に1回看護職員による健康管理が行われ、利用者、家族共に安心できる体制を確保しています。	
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	日々、タブレット端末を活用し記録を行い、入居者の状態変化などの把握に努めている。また看護師出勤中には直接口答で伝え、入居者が適切な看護・医療が受けられるように支援している。また、日常の気づきも報告・相談し、看護師との情報共有に努めている。		

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
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。	入院時には細やかな情報を医療機関に提供し、本人が安心して治療を受けられるよう努めている。また、入院中や退院時なども、病院関係者と家族のICに看護師と出来るだけ参加させていただき、退院後の環境整備などを行っている。		
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、事業所の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	看取りに関する指針の説明・同意を入居時より得ている。重度化・終末期を迎える入居者がいる場合には、管理者・看護師が中心となり、医師・家族と話し合い、都度統一したケアを行っている。入居時に記入して頂いた、意思確認書も変更があれば都度書き直して頂いている。	入居時に看取りに関する指針を説明し意思確認書に意向の記入、署名を得ています。終末期を迎えた場合には再度意向を確認し、医師・看護職員・管理者を中心に全職員で会議を行い、望むケアとなるように取り組んでいます。看取りを経験した職員には必要に応じて個別に管理者が声をかけ、メンタル面をフォローしています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	必要に応じて管理者・看護師から対応方法などのアドバイスがある。定期的な訓練はないが、実践で学んでいる。		
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	年に2回、夜間想定避難訓練を行っている。都度、消防署員や消防団員からアドバイスを頂くなど、次回の訓練に活かしている。地域消防団員の方にも訓練に協力していただいている。e-ラーニングでの非常災害研修や訓練、委員会も開催している。	運営推進会議にも参加の消防団員の方の協力も得て年2回火災避難訓練を行っています。訓練後にはアドバイスや評価を得て次回訓練に生かしています。令和7年2月には地震からの火災を想定した訓練をする予定です。非常災害委員会、BCP委員会を開催し災害対策について話し合いを重ねています。	食品や災害用ストーブ、カセットコンロ、簡易トイレなど備蓄品を備えています。話し合いの中で利用者にあった形状の食品の備蓄も必要との認識で、備蓄品見直しの意向がありますのでその実行を期待します。

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	一人一人の人格を尊重し、敬意を持って接している。また、プライバシーに配慮したケアを行っており、日常の声のかけ方に問題があれば、その都度スタッフ同士で助言し合うようにミーティングなどで確認している。	トイレのパット置き場に目隠しをしたり、居室の入口にはドアを開けていてもプライベートな空間が保てるよう暖簾をかけるなどしてプライバシーに配慮しています。日常の声かけは本人が望む分かりやすい声かけを心掛け、気になる対応があった場合にはカンファレンス時などで職員同士が助言し合っています。	
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	場所の移動・離床・臥床等々、普段の会話から本人の意向を聞き、自己決定できるような支援に努めている。また、本人の誕生日会の献立などは、食べたいものや好みを聞いて決めている。イベントへの参加も本人の気持ちに配慮し、強制せず希望を確認している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望に沿って支援している	家族の意向やケアプランも考慮したうえで、個々のペースに合わせた支援に努めている。起床・就寝・食事の時間など、出来るだけ本人のペースに合わせるようにしている。		
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	季節に合った服装や本人の希望した服装が出来るよう支援している。また、自分で決定できない入居者などには、職員から働きかけ、本人が気に入るような服装ができるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	個々に合わせ色や形、重さを考慮して、食器選びをしている。また、出来る方には、食事後の食器拭きなどを手伝っていただいている。	副食の一部は製品を利用しながら献立を立て、一汁三菜の食事を提供しています。感染症対策で外食が出来なくなった代わりに食事会を行事として開催し、海鮮丼やデザートなど普段とは違った食事を用意しています。駐車場でのバーベキューや、寿司やクリスマス料理の出前、おせちを手作りするなど工夫を凝らしながら食が利用者の楽しみとなるよう取り組んでいます。	
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	タブレット端末への記録を行い、食事・水分量の把握に努めている。一人一人の状態を理解し、ミキサー食やキザミ食など柔軟に対応している。できること・できないこと・タイミングを見極めて必要な介助をしている。		
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行っている。一人一人の力に応じて支援を行っている。また、月に2回歯科の定期往診を受けており、都度適切な口腔ケアの指導を受けている。		
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	タブレット端末への記録を行い、その人の排泄パターンの把握に努めているとともに、排泄の自立支援を行っている。また、全介助の入居者でも職員2名で対応する等、トイレ内で排泄ができるよう、可能な限りトイレ誘導を行っている。	排泄記録はタブレット端末へ入力し、排泄パターンを把握して適宜声かけ誘導を行っています。希望があれば同性介助も行い、全介助の方も出来る限りトイレで排泄ができるよう2人介助で支援しています。衛生用品の使用は利用者に合わせて検討しています。	
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	水分の提供や、腹部マッサージを都度行っている。また、排便がない場合には医療との連携を図り、支援を行っている。必要に応じて食後など、全介助の方もなるべくトイレに座って頂くよう、2名介助などの工夫をしている。		
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ず、個々に沿った支援をしている	気持ちや体調に合わせて柔軟な対応をしたいが、中々個々の思いに配慮した対応ができない事が多い。同性介助を希望される方にも対応し、入浴拒否がある方も気持ちを切り替え、気持ちよく入浴していただけるよう支援している。全介助の方にも可能な限り入浴して頂けるよう職員2名で対応している。	入浴は週2回を目途に支援しています。利用者の好む湯温を把握している職員が工夫して声掛けをしたり、日を変えて入浴を促すなど拒否しがちな利用者にも気持ちに寄り添いながら支援しています。状態に応じてシャワー浴や清拭での対応も行い、保清に努め気持ちよく生活できるよう支援しています。	
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	心身の状態に合わせて休息の声掛けをしている。居間のソファでも都度、自由に休息が出来るように環境整備に努めている。居室・居間の温度や湿度の管理にも留意している。		
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	薬管理のマニュアルを作成している。薬情はいつでも確認できるようになっており、薬効や用法を理解し医師の指示通り服薬できるよう支援している。変更などがあればタブレット端末に記録し、情報共有を行っている。また、かかりつけ薬剤師とも連携を密に取っており、一人一人の服薬状況に合わせて対応頂いている。		

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
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	役割を持ち活気あふれる生活をして頂く為、できる事や楽しみを感じてもらえることを、ケアプランに盛り込むようにしているが本人の気持ちに合わず実行できない事もある。		
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	普段行けないような所への外出は不足している。日常での散歩などに行きたいと思うがなかなか実施できずにいる。年間行事としてBBQ等の行事はある。また、家族の支援で外出している入居者もいる。	コロナ禍以降外出できない状況が続いていましたが、今年は1～3名に分かれて美香保公園へ花見に出かけました。家族と外出する利用者もいます。玄関前で外を眺めながら職員と会話したり、窓際に椅子を置いて外を眺めるなど、外気に触れたり季節を感じられる工夫をしています。	
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	現在、金銭を所持している入居者らず、金銭を所持していても、機会があれば金銭のやり取りを支援する。		
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	本人が希望された時には支援を行っている。自分で手紙を書くことが困難になった場合でも継続して手紙のやり取りなどができるように、代筆するなどの支援を行っている。家族・知人からの電話取次ぎしている。		
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	季節感がでるような飾りつけを都度行っている。落ち着いて過ごすことができるよう、物音・話し声・明るさなどに配慮している。温度・湿度計を設置し、エアコンや暖房の使用目安にしている。	温湿度管理や清掃が行き届いた共用空間で、キッチンからリビングが見渡せ、リビングには利用者がゆっくり寛げるソファを配置しています。リビングの壁には職員が季節を感じられるようにと書いた絵と歌の歌詞が貼られています。	
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	各々が好きな時間を好きな入居者同士で過ごせるように座席の配置なども含め環境整備に努めている。また、トラブルが起きそうな場合には都度職員が介入している。		
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	本人が今まで通りの生活ができるように環境整備に努めている。また、入居時より、使い慣れた家具や置物などを持ち、安心して生活できるように支援している。安心・安全に配慮して、本人や家族に模様替えの提案をすることもある。	居室にはベッドや吊戸棚が備え付けられています。タンスや家族の写真、テレビなど家族と相談しながら持ち込まれています。温湿度計や防炎の暖簾を設置して利用者が安全に生活できるよう配慮しており、今年はエアコンも設置され、さらに快適に過ごせる空間となっています。	
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	居室には一人一人の表札を入れ、トイレの場所がわかるように貼り出している。本人の意向を確認したうえで、顔写真を居室入口に掲示している。		