1 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	1290600038		
法人名	医療法人社団 明生会		
事業所名	グループホーム明生苑		
所在地	千葉県千葉市美浜区高浜1-11-4		
自己評価作成日	令和7年1月4日	評価結果市町村受理日	令和7年5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)】

明生苑では、家庭を想起できるように心掛け、入居者やご家族の個々の想いを大切に、「相手の気持ちに寄り添う介護」を理念としている。コロナ感染症も5類に変わり、外に向けた取り組みや停滞していた地域交流を醸成できるように施設として取り組んでおります。面会については感染予防についての相互理解をご家族と施設との間で深い柔軟な対応を図っている。入居者の「出来る事や出来そうな事・やってみたいこと」を考えていながら、家事をはじめとした取り組みを仲間や職員と一緒にチャレンジしている。ホームの対応のみならず、家族や地域との交流も深化していき、利用者が充足する時間が送れるように心がけている。また施設内外で季節を感じられる時間や雰囲気づくりをしている。医療面については在宅でサポート受けていた医療機関での関りも継続でき、三橋明生病院の訪問診療への移管の選択もできる。医療連携看護師は定期訪問・24時間のオンコール・急変時対応も行っている。人材育成は職員のスキルアップサポートが図れる体制を法人として整備している。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	令和7年3月12日

理念は「相手の気持ちに寄り添う介護」として職員に浸透している。自立支援として、盛り付け、下膳、食器洗いや掃除などを職員の見守りの中でおこなっている。残存機能の活用を促すよい取り組みだと思われる。訪問調査日も自室の掃除機かけをしている利用者が見られた。かかりつけ医の継続を基本としており、専門医の受診も含めて職員が同行しており、利用者の気持ちを把握するよい機会ともなっている。協力医療機関の往診や看護師の訪問で健康管理をしている。町会の活動に参加し、地域交流室や近隣の活動を軸として地域貢献に取り組もうとしている。面会は制限がなく家族や友人の来訪があり、家族と外食をする人もいる。

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で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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. 家族の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	明生苑では「相手の気持ちに寄り添う介護」を理念を掲げ施設内にも掲示。会議では毎月確認し職員周知を図っている。管理者のみならず入居者や家族への理解が得られるように居室担当者も積極的にコミュニケーションを図っている。	理念は「相手の気持ちに寄り添う介護」としてケース会議冒頭で確認しており、介護計画の実践などに対して理念と照らし、職員に問いかけている。食事時間や体操なども無理強いをしないようにしている。	
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	地域のお祭り・清掃活動に参加を再開した。今後は地域と協働し防災訓練を進めていく。また市で管理している道路の保全や清掃活動を明生苑全員とご家族で進めていく予定。地域交流室を地域の方々へ開放し地域交流が幅広く行える関係を深化していく予定。	町会の祭りや清掃活動にも参加している。地域交流室を活用し、安否確認を含めて地域の買い物難民の解消などに取り組もうとしている。市の道路サポート制度の植栽整備への参画や認知症講座の開講なども計画している。	地域貢献や地域交流活動の構想があるため、優先順位を定め、実施することを期待したい。
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	地域交流の再開をはじめた。認知症については地域のあんしんケアセンターなどの出前講座を開いたり、健康促進については社協の協力を求めている。明生苑としては地域の身近な諸問題について何ができるかを模索している(安否確認・買い物・受診・介護相談)		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	会議も以前の形に戻りつつあり定期的に事業所の報告ができています。また地域の知見者や同業者との顔を合わせた時間で、これからの地域の在り方について話し合う良い機会が得られている。	利用者、利用者家族、自治会長、社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員などが出席し、年6回開催している。活動報告として写真で説明し、ヒヤリハット、事故報告などを丁寧に報告している。	運営推進会議の資料や議事録は職員への回覧や家族への送付なども期待される。
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	その時々での相談を適切に行っている。(感染・防災対策)また介護事故報告などの説明機会を持ち続けております。保険者とは今後も協力関係を築いていけるように対応させて頂いています。	地域包括支援センターとは運営推進会議の出席時に情報を確認しており、いつでもアドバイスを受けることができています。市の担当課とは各種報告の際やり取りをしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	身体拘束廃止リスクマネジメント委員会を中心とした委員会を定期的に開催し全職員に対し「身体拘束廃止に関する指針」に基づいたケアを行っている。勉強会や身体拘束確認表を用いた確認を繰り返し行う事で拘束のないケアの徹底に努めています。	「身体拘束廃止に関する指針」及び「虐待防止のための指針」を策定し、職員にそれぞれ年2回の研修をして周知している。定期的に委員会を開催し、虐待の芽チェックリストは委員会毎に確認している。スピーチロック等不適切な声掛けに関しては、現場でリーダーから注意している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者権利擁護・身体拘束廃止推進研修を施設職員が受講できるよう計画、外部研修に参加させ、研修内容を内部の研修でフォロー。個別面談も適宜実施し、ケアにおけるストレスやプライベートでの問題点を確認しアドバイスなどの対応を実践している。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	高齢者権利擁護の外部研修に職員を参加させている。実際に任意成年後見制度を利用している入居者もいる為、それらの仕組み等についてもケース会議などで適時説明している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入居契約前に本人・家族に来苑いただき面談や話し合いの機会を作っている。不安や疑問点を整理しサービスについてより具体的な説明をしている。契約後、報酬改定等の変更があった場合には重要事項の変更点を説明し書面で同意書を得ている。		
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なら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	必要に応じて入居者とは1対1で話す機会を設け意見・要望・不安等を傾聴している。ご家族とは、電話や来苑時に意見や意向等を確認している。ケアプランの評価時期には、必ず本人やご家族へ要望や意向を確認しケアプラン上に反映させ実践している。	利用者とは日常の会話や運営推進会議で意見を聞いている。家族とは面会時に要望や意見を聞いている。面会は制限しておらず、1時間以内で少人数でとしてはいるが柔軟に対応している。	
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	業務改善会議を定期的開催、職員からの意見や要望をまとめ、代表者に稟議を含め上程報告し具体的に改善を図っている。職員からの意見を理事長へ申し物品購入や施設修繕、入居者に対するケア全般に反映している。	職員とは業務改善会議やケース会議で意見を聞いており、意見は活発に出ている。また、普段のコミュニケーションを大事にしている。エアコンの洗浄や脱衣かごの入れ替えなどについて意見が出て反映した。	
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	人事評価制度が整備されており、客観的な評価基準の下、評価が行われている。年2回、自己評価が実施され、個々に努力した事や施設の貢献度を自己評価。評価内容は給与にも反映されるシステムが構築されている。又、評価内容は、管理者より職員へフィードバックしている。		
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	個々の能力や希望、経験に見合った研修計画を立案。受講費用や勤務調整等、法人からのバックアップも得られている。施設内外の勉強会もあり、外部研修で学んだことを施設へフィードバックしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域包括支援センター主催の地域ケア会議やちば地域密着ケア会議等に参加。地域の他事業所との交流や情報交換・共有・連携を図っている。介護部長や介護部副部長(代表)の運営推進会議への参加がある。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	入居前に必ず、本人・家族と面接を実施し現状把握に努めている。入居に対する不安・要望・意向等の聞き取り、必ず自宅・施設・病院等へ出向き施設での生活や費用、医療機関に関する情報を伝え、施設見学をして頂くことで入居に対する不安を安心感に変えている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居にあたっては、本人や家族にとって大きな不安が生まれます。一つずつ聞き取りを行い、解決策や可能な対応を提示し、安心して過ごせるように努めている。特に入居後の費用や受診・入院やターミナル、退去後の対応も説明しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	本人・家族からの聞き取りの他に担当ケアマネや医療機関の情報等を基に、現状把握・課題整理をして必要な支援の提供に努めている。医療ニーズについては家族の考えも取り入れて協力病院はもとより医療連携看護師・精神科医療機関との連携をしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	個々のできる事や気持ち・意欲を考慮して入居者同士の協働に職員のサポートを加え、家事や運動(テレビ体操やウォーキング)・歌唱や製作(趣味活動)レクリエーションなど、本人の意思を尊重した取り組みをしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	本人・ご家族の意向や希望を聴取し半年に1回ケアプランを再考しています。ケアプランは管理者よりご家族へ説明をしている。本人の生活上の支援や病状の報告も適宜電話などで行き、家族からの理解を得て協力をしている。		
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	感染症の予防の観点から面会制限が生じる時があります。また施設の広報誌や電話やメール(写真添付)にて近況の報告と体調説明などで交流が途切れない様にしている。終末期の方については医療機関と連携し、家族への報告をし情報共有に努めている。	面会の制限はしておらず、家族や友人の来訪がある。面会は多くあり、家族との外出や外食も可能である。電話の取次もしており、携帯電話を持っている利用者もいる。また、行きつけの床屋をずっと利用する人もいる。	
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	利用者同士が交流しやすく過ごしやすい席配置・寛げる環境を考え提供。居室に閉じ籠ることなく、リビングで過ごして頂けるような取り組みに務めている。皆が楽しめる施設行事・レクも実施し隣のユニットや施設全体でと協働した活動も取り組んでいる。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み 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	入院や退去された利用者のご家族とは連絡を取りその後の様子を確認している。退去後に残念ながら他界された方の御家族とも連絡を取り、入居中の写真データの提供、家族へのグリーフケアも状況に応じ実施している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人の思いや暮らし方については日々確認しケアプラン・ケア項目に取り入れている。意思確認が困難な方にはご家族からの情報収集・意向確認。毎月のケース会議において各職員へ聞きとり、ケアに反映している。ケアプランは6カ月に1回の見直しを実施。	受診同行時などに利用者の思いを聞くことが多い。日常の会話の中で利用者が外出を望んでいたことが分かり、海の公園までドライブに行くなど、思いに応えるようにしている。	
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	本人や家族からの聞き取り、親類・友人・入居前の施設や在宅のケアマネ・主治医などから多くの情報を集めケアに反映させている。サービス利用の過程も聞き取り、介護保険認定調査の資料も参考にしている。		
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	日々の申し送りで、些細な気付きも報告し合い心身の状態変化を見逃さないように努めている。本人の意向、潜在能力、ストレンクス等についても着目し活気のある生活となるように会議や日誌等でも申し送り、情報共有をしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人の意向や希望・家族、現場職員からの聞き取りの他、医療連携看護師、主治医から助言を確認し介護計画の作成にあたっている。毎月の実践状況や結果をケース会議で評価し見直しを行っている。	毎月開催のケース会議で、利用者の変化について意見を出し合い検討している。また、夕礼の申し送りでミニカンファレンスをおこない、現状を把握し、介護計画の見直しに繋げている。必要に応じて、医師、看護師の意見を加味して介護計画を作成している。	
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	個人記録・業務日誌・申し送りノート等に記載し、必ず目を通す事が習慣となっている。各時間の申し送りで口頭でも説明し情報共有に努めている。月1回のケース会議では実践内容の確認、ケアの振り返りや見直しを行い介護計画(ケアプラン)に活かしている。		
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	利用者やご家族との相互理解の下、事業所の多機能化と柔軟さは必要と考えます。入居後も幅広く明生苑全体としての交流は継続している。感染予防の観点で面会が叶わない場合にはメールなども活用しニーズに応えている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域交流の機会は再開した。地域の状況を確認し今後は地域との交流・行事への参加、馴染みの場所へ行く、地域への外出を増やしたりし地域の方が来苑して過ごす交流機会を作れるように考えていきたい。		
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	本人・家族の意向を確認し受診、主治医へ報告し指導・助言を受けている。協力病院以外に疾患に合わせた専門医、認知症専門医の受診も併行。夜間や日曜祭日の緊急時の受診ではご家族との協力の下で対応している。	入居前からのかかりつけ医に受診する利用者には職員が同行している。また、訪問診療受診や専門医受診など、利用者の状況に応じて支援している。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	週1回以上、医療連携看護師の確認があり入居者全員の体調報告ができています。(随時24時間オンコール対応が出来る体制あり)職員はもとより本人・家族にも安心していただいている。		
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、又、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。あるいは、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。	受診の初動は施設で行っている。入院が必要な時は家族へ連絡し医療機関との連携を図っている。病院側へは介護サマリー等の情報を提供している。入院後についても主治医やMSW、看護師から状態確認を行い家族と情報共有をしている。退院時は主治医からの留意事項や指示事項を確認し施設職員に伝えている。		
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、事業所です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	入居契約の段階で、「重度化した場合の対応に係る指針」を示し説明を行うとともに家族の意向を確認している。終末期の在り方については適切な時期に、主治医・本人・ご家族・施設と話し合い(サービ担当等会議等)今後の方針含め、ケアプランの見直しや医療面での確認・同意など、ご家族の協力を得ながら進めている。	利用契約時に、重度化した場合の対応について説明し、同意を得ている。重度化対応が必要と考えた場合は、医師、看護師、職員で家族に説明し、方針を決め、家族に寄り添いながら支援をすることとしている。	
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	新入職員研修において、応急手当・心肺蘇生・緊急時の対応方法等の講義を受ける。施設内においても、緊急時の対応マニュアルの整備や、医療連携看護師への連絡、救急搬送の際の緊急時ファイルの整備など行いケース会議などで周知している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を概ね年2回実施している。発電機の動作確認や消防署職員も来苑。法人内ではセコムのアセスメントシステム・災害時応援体制を構築している。災害対策は運営推進会議を通じて地域と相互協力体制を確認し共同訓練を目指している。	年2回、自然災害、火災、夜間想定で避難訓練をおこなっている。法人として安否確認アプリを使用して、職員の安否確認をおこなう体制がある。大型の発電装置、備蓄食料、備品の備えもある。BCPは作成済みである。	地域住民に避難訓練参加を呼びかけたり、発電機の稼働訓練なども実施していくことが期待される。

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	(14)	○一人ひとり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	権利擁護の外部研修に参加した職員がフィードバック施設内研修で報告。又施設内では身体拘束のビデオ視聴やeラーニングで繰り返し学び、日頃の対応やプライバシー保護について振り返るとともに適切なケアの実践に努めている。	年間研修計画があり、外部研修に参加した職員が、伝達研修をしている。また、オンラインで研修し、研修報告はプライベートネットワークで共有している。日常的には、排泄や、居室入室時、入浴介助時は特にプライバシーに配慮しており、同性介助を希望する場合は対応している。	
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	自宅で過ごす事と同じように、自身のペースに合わせ、好みの場所や時間を使い、お茶の時間や余暇を楽しむ生活を送れるよう支援している。入居者の希望を個別に傾聴し、洋服や食料品の購入を家族の協力を得て対応。自己決定を尊重・優先した対応を実践している。		
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	決まった日課を定めず、入居者の希望、体調、その時の雰囲気や状況に応じ、個々の生活スタイルを大切に支援の提供を考え実践している。不穏時には柔軟な対応をとり散歩など気分転換を図るようにしている。		
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	洋服と就寝前の着替えは拒否がない限り全員実施。好みの服装・髪型についても情報を集め、毎日の衣類選択が出来るようにしている。訪問美容も実施しカットやヘアカラーも行っている(行きつけの理容・美容院の利用もできる)		
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	食事は厨房で作っており、盛り付け、配膳、片付けを職員と入居者で協働。おまかせキッチンでは入居者がメニューを決め、買い物や調理を職員・入居者と一緒に取り組む。行事食として皆で協力し、寿司屋風・中華・ラーメン・ちらし寿司・ピザ・お節料理などの提供を実践した。	食材業者から購入した食材を使って昼食、夕食は調理専門のスタッフが作っている。利用者のリクエストでラーメンやパンを提供したり、おやつ作りを楽しみこともある。	
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	水分・食事量は毎日確認。それぞれの好みを把握し、美味しく必要量が摂れるように食形態や内容を工夫。摂取量が少ない場合や認知症で拒否のある方は、食形態の見直しや嗜好品を購入し提供。医療連携や家族からの理解・協力を受けて食が続けられるような支援を実践している。		
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、状態に合わせた口腔ケアの支援を行っている。必要があればかかりつけの歯科医や施設協力歯科医院へかかり対応策・治療を行っている。必要な方には訪問歯科の対応も行える。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	排泄チェック表にてパターン把握に努め、声掛けや定時及び随時誘導実施しトイレ利用を行う。夜間巡視時のタイミング等で誘導し、失敗なく良眠できるよう支援。主治医や医療連携看護師の協力を受けて必要に応じて排便のコントロールも実施(浣腸など)	排泄チェック表で、排泄間隔を職員間で共有し、トイレ誘導するなど、自立に向けて支援している。便秘などは、まずは食物を工夫して、自然な排便に繋げるように努めている。	
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	排便状況の確認を毎日チェックシートにて確認。体調・体質・生活状況に合わせ、ヨーグルトやオリゴ糖の提供、コーヒーやお茶などの水分提供、体操や散歩で運動を促すことや、医療連携看護師とも相談し便秘に傾かないように対策を講じている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴については、各ユニット個浴設置、1階には一般浴や特殊浴槽がある為、利用者の状態や希望に沿った入浴が行える。入居者の状況によっては(困難な時)清拭を実施するなどの対応を図っている。	週2回の入浴を基本にしなが、気分や体調に合わせて、時間や日にちを変えている。個浴槽に入ることが難しい利用者も、特殊浴槽で全身をお湯につかることができる。音楽をかけた入浴剤を使用したり、ゆず湯、菖蒲湯で季節を感じてもらうなど、楽しく入浴できるように支援している。	
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	リビングには、電動リクライニングソファを設置、生活習慣や本人の希望やその日の体調に合わせた形で休息がとれるよう配慮している。夜間不眠になった場合は、お話を傾聴したり、飲み物を提供したりして不安にならずに眠れるように支援している		
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	薬情報は個人ファイルに綴じ、薬の目的、用法、副作用を職員が確認できるようにしている。薬の変更がある時には、変更点を確認し職員が本人の状態を観察し必要に応じて記録。医師や医療連携看護師、家族への報告をして適切な対応が出来るように支援している		
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	季節行事やレクリエーション活動を多く企画するホームの方針の下、入居者が楽しみを持てるように努めている。日常生活の中では個々の得意な事を活かし、繕いもの、料理、洗濯などを分担。週刊誌の購読など個々の取り組みにも支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、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	天気の良い日には戸外活動を心掛けている。認知症により落ち着かない時などは柔軟な考えの下、気分転換を図り、外出や散歩などを実施。またご家族の特別な時には外出の希望にも応え、感染予防を考えた対応を相互理解の上で柔軟に対応できるようにしている。	近くの公園に散歩に出かけたり、敷地内のスペースにベンチを出して外気浴を楽しんでいる。初詣、鯉のぼり見物、お花見、タケノコ堀りなども計画に入れている。家族と外出、外食を楽しむ利用者もいる。	

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	現在は殆どの入居者は現金を所持していません。自己管理希望者には、紛失しても心が痛まない額の管理許可はしている(自己責任)入居者が買い物を行う時は施設での立て替え・少額管理の方は本人がレジで支払う事による社会性の維持を支援している。		
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	ご家族への電話希望があった場合は、職員が家族へ電話を取りつぐようにしている。ビデオ通話も実施しており相談には乗れます。入居者が書いた手紙などは施設側で責任をもって宛名先に郵送し、ご家族へ報告をしている。		
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	玄関は小規模と共有、下駄箱も用意している。対面キッチンで職員と入居者がコミュニケーションを取りやすくし、浴室は個浴・一般浴・特浴の3種類で入居者に合わせた対応ができる。定期的な換気、エアコンで室温・加湿器で湿度管理。CO2モニターなども活用し快適な環境づくりをしている。	玄関には季節の花や、利用者の作品が掲示してある。教養空間には空気清浄機、加湿器、CO2モニターが設置してあり、換気もして、感染対策に努めている。テーブル、イスの他にソファで寛ぐこともできる。	
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	入居者同士の関係性や支援の必要度合いによって共用スペースでの座席に配慮している。気の合う同士は自然と同じテーブルに集まり会話を楽しむ事も多く、移動に介助が必要な方には声掛けし居場所を選択できるように配慮している。		
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を活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	リロケーションダメージの緩和を考え、馴染の家具や生活道具を持ち込み、寛げる居室作りを心がけている。テレビや椅子・クローゼットなど、自分の好みの物を準備いただき、家族写真や位牌なども置いて、本人が過ごしやすいように工夫している。	利用者は職員と一緒に居室の掃除をおこなっている。家族の写真や位牌、趣味の作品、使い慣れた鏡台、タンス、イスなどが持ち込まれて、ベッドの位置を自宅と同じような配置にするなどの工夫をしている。	
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」「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	施設内はバリアフリーとなっている。見当識障害の方も自分で居室やトイレを認識できるよう、ネームプレートや標識を設置している。キッチンにはIHコンロなので安全に調理を楽しんでもらえている。窓も開口幅を考えて窓からの転落が起きないようにしている(補助ロック利用)		

【評価機関】