

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	1290800059		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム市川国分		
所在地	千葉県市川市国分2-10-20		
自己評価作成日	令和8年1月14日	評価結果市町村受理日	

※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	https://www.kaigokensaku.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NPO共生
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	令和8年2月10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)】

認知症になっても、それまでの生活を引き継ぎ不通の生活を営むことができるよう支援しております。日常の家事活動を始め、団らんの時間、お一人の時間、活動的に過ごされる時間をその人のペースで行えるよう、寄り添っております。

愛の家GH市川国分は、今では希少価値の高い1ユニットです。

設備、空間は限りがありますが、職員・入居者様の距離感が近くまるで同居家族のような雰囲気です。毎日を送って頂いております。

ご自身が毎日の生活が楽しいと感じて頂けるよう、日々工夫をしております。

【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)】

認知症になってもこれまでの生活を引き継ぎ、ホーム内でも可能な限り普通の生活が送れるよう、その人がどのような生活をしてきたのかという生活歴を把握することを重視している。得られた情報を基に、本人ができる範囲のことを日常の中で行ってもらうことを支援の根拠に据えている。家族であれば許さなくても甘やかしを避け、本人の力を生かす姿勢が徹底されている。また、法人内の他ホームと同様に、生産性向上推進体制加算を活用したICT化が3年前から進められ、日常業務に取り入れられている。その結果、事務処理に要する時間が削減され、介護ソフト(NOTICE)の活用により働き方改革にも寄与しており、利用者への支援により力を注げる体制が整えられている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

自己	外部	項 目	自己評価	毎日の外部評価	
			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	全社員に運営理念や行動指針の研修を行い、理念があつてこそその介護を実践するよう伝え、夕礼や会議の場で唱和しています。また新入社員においてオリエンテーションで理解できるように伝えています	新入職員は先ず最初にオリエンテーションで法人理念を学び、日常の業務では職員が共通の専用研修サイトにアクセスして理念やMCSケアモデルを学び支援を見直している。職員は提供資料を基に学び、報告書にまとめることで理念の再確認と実践の向上に結びつけている。	
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	ボランティア受け入れも再開しています。町会にも加盟しており祭りごとなど参加しています	リーダーやケアマネージャーが中心となってボランティア受け入れを進めている。今年度は町会主催の秋まつりが公園で開催され、利用者も参加して地域の雰囲気を楽しんだ。事業所は町会に加盟し、地域との結びつきを大切にしている。	
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	いつでも気軽に相談がして頂けるよう、自治会を通じて周知活動を実施しています。		
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	概ね2ヶ月に1回開催しております。議題として家族様アンケートの結果を踏まえ、改善報告をさせていただき、また、アンケートの中から、早急に取り組みしなければならない事柄を運営推進会議や家族会で報告します。	運営推進会議は高齢者サポートセンターや訪問看護ステーションの看護師、民生委員らを主なメンバーとして開催され、年6回のうち1回は会社のアンケート実施に充てている。会議では事故報告の有無にかかわらず些細な事柄も報告書に挙げる姿勢を重視している。	
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に取り組んでいる	高齢者サポートセンターにおいて2か月に一度に実施される運営推進会議の内容について意見を伺っています。	運営推進会議では高齢者サポートセンターから転倒予防に関する助言を受けるなど、事業所の課題に応じた意見交換が行われている。また、市の介護保険課には加算要因となる問題点について相談し、行政と連携しながら運営上の改善に取り組んでいる。	
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	身体拘束マニュアル設置。法人の「虐待・不適切ケアと身体拘束」チェックシートで、16項目の設問による3ヶ月に1度のセルフチェック及び研修を行い、常に正しい行動・理解を求めています。 また玄関施錠については、防犯上の理由により適宜実施しています。	月1回の全体会議で会社提供の身体拘束マニュアルを読み合わせ、職員の理解を深めている。ホーム長の指示でセルフチェックを行い支援の振り返りにつなげている。玄関施錠については、安全確保の意味からも鍵は掛けている。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	本社より全社的虐待、不適切ケア、身体拘束防止の取組を3か月に一度実施しています。内容は「黙って部屋に入る」「ちょっと待ってて」の声かけ等の不適切なケアや虐待につながるケアが行われていないかをケアスタッフ(任意で選ばれた)がケアスタッフを評価する事で未然に虐待等を防ぐ事を目的で行っています。 2/9		

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	研修ツールを用いて研修を実施しています。権利擁護の中に「成年後見人制度」がありますが、利用者様の中で制度を利用したいとの申し出があったときには司法書士等を紹介した事例があります		
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	入退去時において主な説明 ①医療行為ができないこと。また医療行為等が発生した場合は退去になる場合があること。 ②2か月以上の入院で退去になる場合があること。 ③お住み替えの提案(特養等) ④施設での生活において不可抗力(転倒による骨折等、飲食中に起きる誤嚥窒息、1人で出られて不慮の事故)があること。 ⑤認知症状悪化によりホームでの生活維持が困難になる場合がありその際は住み替え等のご提案があること。		
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	年1回会社独自のお客様アンケートを実施や定期の運営推進会議内で意見を聴取しています。協議内容、改善策等は書面にて通知して頂いて頂いたご意見については職員間で情報共有をし、改善に取り組むよう実施しています	年1回、会社側が家族にアンケートを実施し意見を幅広く把握している。結果は全体会議で共有し職員間で情報の共有化を図っている。アンケートでは外出の要望があり、住宅街での散歩を取り入れた例がある。	
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	月に一回職員会議を開き、職員の意見、提案等を含め話し合い運営に反映させています。主に利用者様への個別援助の内容や業界での今の動き、会社の状況などを話し合っています。	利用者支援に関する具体的な提案が職員から挙がっている。福祉用具の調達については費用負担を踏まえ、必要性を確認した上で判断している。夜間に大声を出す利用者への対応では職員から相談があり、医師に相談の上、薬の投与で落ち着いた例がある。	
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	定刻出社、定時退社を基本とし、ライフ・ワークバランスを整える事を重視した環境整備に努めています。 社内のキャリアパス(業務や技術に関する指標)を明示し、個々のレベルに沿った目標を定めやすい環境を整えています。		
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	介護職員には4段階、管理職には3段階のキャリアパス(業務や技術に関する指標)及び付随する研修制度を用意。自身の不足しているスキルを確認しながらそれを補う研修を受講しています。上位資格取得(介護福祉士、介護支援専門員)に向け受験費用等会社負担で受講できるような支援も行っています。		
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	居宅支援事業所、高齢者サポートセンター、介護福祉施設等に出向いて空室情報やご紹介いただいた利用者様のご様子等をお伝えして利用者様とホームをつなぐケアマネジャー等との関係性作りを行っています。		

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	入居者様のアセスメントについては、ご家族様のご見学にみえた段階から取っており、入居時には職員が本人様の生活歴・心身の様子等を把握出来る状態にしています	
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	アセスメント同様、ご家族様のご見学の時点から困っていること、グループホームでどんな生活をして欲しいか等をお聞きし、入居が決まった段階で職員に共有しています	
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	見学時のアセスメント、入居決定時の聞き取りを行うことにより、本人様とご家族様のご希望に叶うサービスを具体的に、提案し実行しています	
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	利用者様との信頼関係を構築することが初めの一歩です。一方的な支援ではなく、その方の残存能力を十分考慮して支援をします。また、何においても利用者様のご意向や同意を得てからの支援をします	
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	面会が自由にできる環境を構築。どなたでも気軽に訪問をしていただき、ご家族と共に外出できる機会が多々あります	
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	ご本人や家族様よりご友人やご親戚の来訪などご相談がありましたら、ご面会をお願いしています。 また、以前お住いになっていた家を見に行く、ご本人が懐かしむ場所などご本人や家族様からのお話がありましたら、スタッフを調整して付き添いの上対応しています	以前に当ホームを担当していたケアマネージャーが訪ねて来たことがある。元の住まいを見ても不穩にならない利用者については、職員が付き添い自宅まで出かけた例がある。また、家族と病院受診後に市川駅近くで食事をして帰る利用者の姿も見受けられる。
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	席順など臨機応変に変えている。交流の苦手な方が孤立しないよう、上手に誘って下さるような方に役割をお願いするとか、他の入居者様皆さんと誘って頂く等の工夫をしています	

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	サービスが終了した方のご家族様が連絡をくださることもあります。 ホーム内のイベントへ参加いただいたり、新たなお困りごとなどが発生した際には相談できる環境を整えています。		
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	ケアプラン作成時に本人、家族の思いや意向を3ヶ月作成毎にお伺いする。またそれだけではなくユニット会議で決まったことなど家族が面会に来た時や電話連絡等でお伝えしその際にも家族の要望をお聞きしています	利用者の言動から気づいたことを記録に残し、一人ひとりの希望や意向を把握している。認知症が進行し会話が困難な場合でも、「あーうー」の発語から伝えたい内容を汲み取り、反応を敏感にキャッチして利用者の意向把握に努めている。家族にも面会や電話を通じて利用者の状況を伝え、要望を聞き取り支援に反映させている。	
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	生活歴や生活環境、希望等については見学时・入居時にご家族様から聞き取り、入居時には職員が理解している状態にしています		
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	利用者様により、また日により、心身状態が変われば一日の過ごし方も変わるので、臨機応変に利用者様中心に出来ることを行っています		
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	サービス担当者会議を開き、3ヶ月ごとのケアプランの作成を実施しています。作成にあたり家族様や本人様の意向が実現できるようにケアプランを作成しています 月に1度のPT訪問があり、助言内容を計画に盛り込んでいます	サービス担当者会議では、本人や家族の意向を踏まえ、医師・看護師・理学療法士・職員の意見をまとめ支援方針を検討している。職員が業務に就く際には、QRコードを用いて記録システムにアクセスし、食事量やバイタル、排泄の記録などを即時に入力している。これらのデータを集計し、グラフを作成して可視化し、利用者の現状に即した支援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	スマートフォンを利用した記録システムを活用し、ケアの実践記録や気づきを即時入力しています。統計データをもとに、モニタリング(本人様、家族様のご意向があっているか、決められたサービスが実践されているかを確認)を行い介護計画(ケアプラン)の見直しを行っています。		
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、その時々にも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	サービス担当者会議や個別相談の中で、状況に応じた介護方法を考え、提案をしています		

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	入居者様の状態に合わせ、できる限りの支援を行っており、散歩や地域イベントの参加は積極的に行っています		
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	入居時にかかりつけ医が選択(入居前のかかりつけ医の継続)できることを家族様と本人様にお伝えしています。月2回の訪問診療(24時間365日対応)のほかご本人が昔からのかかりつけ医も継続して利用頂けるように対応しています	同法人に所属する往診医により、定期的な診察のほか、医療機関との連携が円滑に進められ、必要な医療を継続して受けることが可能である。また、施設と医療専門職が連携し、適時適切な対応を実施している。さらに、服薬などに変更が生じた場合には、アプリを用いて職員間で情報共有を図り一貫した支援を展開している。	
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	看護師が週に一度訪問し、入居者様の様子を見て下さる。入居者様に体調変化があれば看護師から往診医に相談、指示を受けることになっている。往診医と同法人の為、連携がスムーズである。		
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	往診(ひかりクリニック城東等)の主治医に紹介状(診療情報提供書)の作成を依頼するとともに、受け入れ先も症状に見合った病院等に受診入院できるよう、調整に往診医とともに努めています。また、退院への目的が立った際には最短の日程での受け入れや入院先の主治医に早期退院の働きかけを密に行っています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	認知症の進行や身体機能の衰えによる心身の重度化に際し適切な環境について、入居時から説明を実施しています。認知症の進行状況を定期的に報告し、ご本人、ご家族、事業所の方針を統一し、適切な医療・介護資源の提供に努めています。ここでの適切な医療・介護資源とは、ご本人ご家族が希望される他施設(特養等)への転居支援を実施しています。	本人らしく生活できる場として、自宅に近い設備環境で施設が機能しており、看取り支援は基本的に行っていない。契約時や必要に応じて、身体状態とケアの関係性について家族に十分説明し理解を促している。重度化が進み身体介護中心となった場合は、介護や医療体制の整った施設への移動を支援し、本人が安心安楽できる環境を提供している。	
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	毎月テーマを変更し、応急処置・緊急対応時の事案を話し合っている。事故や急変時は振り返りを実施。実践力を身につけるよう努めています。救急救命講習を順次実施。		
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回の避難訓練を実施しており、BCP(事業継続計画)を策定し入社時研修を実施しています。火災のみならず想定しうる様々な事象を例にとり職員教育を実施しています。訓練の際には地域住民への協力を呼びかけているが実際の参加は出来ていない状況ではあります。協力体制ではなく協力訓練実施を目指しながら、体制を構築していきます。	研修および訓練の実施により、災害時並びに緊急時においても職員が冷静に行動できるよう努めている。年に二回の避難訓練に加え、感染症対策として防御服の着用訓練も実施したことがある。また、施設長の実体験をもとに、食べ物が喉に詰まった際の対応方法を職員と共有し、不測の事態に対しても最善を尽くせるよう取り組んでいる。	

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	尊厳の大切さは常にケア検討する上で重んじており、適切な対応、声掛けについて日々職場内で確認をしている。気になる言動や行動が見られた際には上長へ報告できる仕組みを構築しています。特に、入浴、食事、排泄の介助の際はご本人と同意を得ながら羞恥心等に配慮したケアを実践しています	利用者の尊厳を守るため、全職員が意識を高め、適切な支援体制の構築に努めている。具体的には、膝を折り、視線を合わせて声をかけることや、「ちゃん」付けで呼ぶなどの軽率な表現に対して注意を払っている。さらに、課題が生じた場合には、施設長やリーダーに相談しやすい関係性を築き、迅速に改善を図る仕組みも整備されている。	
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	何がしたいか、等のご要望を遠慮なく話せる環境作りに努めている。ご希望が出た場合には、臨機応変に対応しています		
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、希望にそって支援している	1人1人の意思を都度確認して、例えば「入浴に入りたくない」などの気分等は聞き入れて柔軟に対応して日々を過ごしています		
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	必要以上にご利用者に干渉するのではなく、できないことだけをお手伝いして、本人の生活ペースを見守っています。その日をどのように過ごすかを提案してみたり、おやつや食事もきめてもらうようにしています。		
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	食事がたの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片付けをしている。外食はコロナ禍において実現が困難な状況でもあり、ケイタリングで「ハンバーガー」「お寿司」「中華」などで対応している。また、おやつなども利用者様と一緒に作成したり、利用者様の要望を反映したおやつを提供を実施している。	利用者の意向や状態に応じて、お盆拭きや盛り付けなどの生活上の役割を担い、職員と共に行っている。栄養バランスの取れた日常的な食事以外にも、月に1～2回、カップラーメンやケイタリングを活用し、利用者の「食べたい物」を提供する日を設けている。また、ホットケーキを焼いて自由にトッピングするなど、楽しみながら食事に参加できる環境を整えている。	
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	本社からカロリー計算された献立表を元に調理をしており、選任の調理スタッフを配置して安定した味の提供をしています。水分量も自立支援ケアを導入。1日1500cc以上摂取出来るように毎食時の水分の他10時やおやつの際にはゼリーを提供するようにしております		
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	個々の口腔ケア状態を把握し、毎食後の歯磨き実施、声掛けなどご利用者様の状態(認知状況)を考慮しながら対応しています。また、歯科衛生士から毎月口腔ケアに関する指導もいただきながら対応しています。		

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	排泄表を活用し、ご利用者の排泄パターンに努め、適切な排泄誘導が出来るよう支援を行っています。便秘改善に向けた支援を薬剤に頼るのではなく、自然に排泄が促せるよう食品や水分(1日/1500ml 目安)の工夫を行っています。状況により、その人に合った薬剤投与を医師に相談しています	アプリと紙の排泄記録を併用し、記録漏れを防止するとともに、利用者の状態把握に努めている。職員から意見を聞き取り、全体会議においてケア方法の統一化を図っている。さらに、利用者一人ひとりの残存能力を把握し、利用者ができると必要なケアを明確にすることで、排泄の自立に向けた支援を展開している。	
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	水分摂取に力を入れていて、一日1ℓ以上は飲んで頂くようにし、便秘の原因の一つの水分不足を防いでいます。また、オリゴ糖・きな粉・ヨーグルト等を積極的に摂取して食物繊維不足も防いでいます。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日の入浴で一人週2～3回の入浴を実施しています。また急遽お風呂に入りたいといったご要望でも臨機応変に入浴できるように努めております。また季節によってゆず湯や菖蒲湯等も実施しております	声掛けのタイミングや方法を工夫し、利用者の特性や希望に応じた入浴支援を展開している。入浴を拒む利用者に対しては、安全を最優先とし、清拭に切り替えるなど、清潔を保持しつつ臨機応変に対応している。浴室内では、積極的かつさり気ない会話を通じてコミュニケーションを図り、利用者の理解を深めることにも努めている。	
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	就寝時間は決まっておらず、おののおが休みたいように支援しています。またリビングで傾眠されている場合にはスタッフがお声掛けさせて頂き居室にて臥床する時間を設けております。		
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	調剤薬局(ライクス薬局)と連携し、居宅療養管理指導(月4回を上限として、助言、内服薬調整や減薬の働きかけ等)を受けています。ご利用者の身体状況の把握に努められるよう、効能や副作用の振り返りを行うことで、内科系の薬や向(抗)精神薬に頼らない介護や多重併用の防止に努めています。誤薬等がないように必ず複数スタッフによる名前確認、服薬対象者の前での名前確認等、服薬事故ゼロにむけて服薬介助を行っています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ご利用者が退屈な日々をおくることがないようにスタッフが積極的にお相手をするを基本とし、ご利用者同士の中を取り持つことも合わせて支援しています。		
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	日常的に毎日散歩を実施しています。買い物等についても本人や家族からのご希望で個別対応しております。外出支援も個別に対応しています。	日常的な散歩では、利用者の精神的な安定を配慮した上で自宅の前を通行したり、近隣のスーパーへ職員とともに水汲みに出かけたり、ご近所の方々と挨拶を交わすなど、自然に地域の一員として活動できるよう支援している。また、初詣や花見など、季節を感じられる場所へ出向くことにより、利用者が楽しみを得られるよう取り組んでいる。	

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	お買い物を希望されるご利用者様には職員同伴でお連れしており、会計の際はご自身でお支払いいただくよう対応しています。		
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	ご本人からの希望で電話等をお取次ぎしています。また、ご本人が持ち込んだ携帯電話の操作や充電等の対応も支援しています。お正月には年賀状を出せるように対応しています		
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	ご利用者に安全な生活動線を考え、家具などの設置、ひとり一人の身体状況を見極め配置の検討や共用部のテーブル配置や席次については、その人の個性や残存能力を最大限生かせるよう配慮しています。また、季節感が感じられるようなフロア飾りなど、日頃の生活時間で共同で作業を行い、気持ちの良い空間作りを行っています。	施設内は、季節感のある装飾品が飾られ、加湿器による湿度管理と定期的な換気が行われている。また、利用者の残存能力に応じて職員と共に掃除を行い、清潔な環境を維持し快適な空間を創出している。さらに、YouTubeを活用し、利用者が希望する「寅さん」や「ドリフターズ」などの映像を観覧したり、会話のきっかけとしたりすることで、日常的に楽しみを感じられるよう支援している。	
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	席の場所は、慎重に考え必要に応じて変更することがある。気の合う方と隣り合わせにする等の工夫をしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご利用者に安全な生活動線を考え、家具などの設置、ひとり一人の身体状況を見極め配置の検討や共用部のテーブル配置や席次については、その人の個性や残存能力を最大限生かせるよう配慮しています。また、季節感が感じられるようなフロア飾りなど、日頃の生活時間で共同で作業を行い、気持ちの良い空間作りを行っています。	自宅からソファやテーブル、若い頃の写真などを持ち込み、自分らしい空間で生活できるよう配慮している。必要に応じて、職員が引越しの手伝いを行っている。また、家族の了解を得ながら家具の配置換えを行い、安全性の確保と転倒予防に努めている。毎日、掃除や空気の入替えを行い、快適に過ごせる環境づくりに取り組んでいる。	
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	利用者様の動線には手すりが設置されており、安全に移動出来るようになっています。		