

# 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   | 1291200317        |            |
| 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 松戸小金原  |            |
| 所在地     | 千葉県松戸市小金原8-13-1   |            |
| 自己評価作成日 | 令和8年2月15日         | 評価結果市町村受理日 |

## 【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)】

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者様が出来る事、出来ない事、好きな事、嫌いな事を見極めて、役割を持っていただけるよう努めている。</li> <li>・通常レクは毎日、外出レクも月3回以上を目安に行っている。外出が困難な方には、御本人に合ったレクを考えて提供。</li> <li>・入居者様との会話や笑い声が絶えない空間作りを心がけている。</li> <li>・普段の様子、外出の様子は写真を掲示して入居者様、ご家族、来訪者をご覧になれるようにしている。</li> <li>・自己決定は存在価値に繋がると考えます。</li> </ul> |
|---|

※事業所の基本情報は、公 管理者が持っている介護予防運動指導員の資格を活かし「認知症予防講座」

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://mcs-ainoie.com/gh222.html">http://mcs-ainoie.com/gh222.html</a> |
|----------|---|

## 【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)】

|   |
|---|
| <p>当該事業所は法人理念を基に、職員と協議して毎年具体的な標語を掲げ、組織一丸となってサービス向上に取り組んでいる。また、屋内は清潔に維持され、入居者が主役の活気ある生活を支えている。特筆すべきは、毎月10件以上に及ぶ多彩な催事である。外食やカラオケ、共同制作に加え、嗜好に合わせた選べるケーキ等、職員が知恵を絞り「楽しみ」の創出に注力している。ホーム長は地域連携の要として、保育園児との交流や町内会行事への参画を実現するほか、市の協議会役員として業種を超えたネットワーク構築に寄与している。また、看取りを見据えた重度化対応では、家族の揺れ動く心情に寄り添い、健康管理表の送付等で不安解消に努めている。疎遠になりがちな家族へも計画更新時の面談を促して絆の修復を支援するなど、利用者と家族の人生に寄り添う姿勢を大切にしている。</p> |
|---|

【評価機関概要(評価機関)】自治会、地域包括、ご家族様におたよりを出し2ヶ月に1回開催。ホームの状況報告

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 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20日          |

## 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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>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)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>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)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>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)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている<br>(参考項目:30,31)      | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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  | 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |   |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                             | 各フロアに運営理念を掲示すると共に、夕礼、会議の時に唱和します。  | 法人理念に基づき、事業所独自の標語を掲げることで職員の意識高揚とサービス水準の向上を図っている。多国籍な職員構成ながら、対話を通じた信頼関係の構築に努め、組織として心をつなげる工夫が見られる。全利用者の生活状況を個別記録により法人全体で共有・管理する体制を整え、地域密着型サービスの理念を具現化している。    |                   |
| 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                             | 地域で行われる行事に参加。自治会からの招待もあり参加をさせていただいております。近隣の保育園は散歩の度に園庭の子供たちに声を掛けたり、年2回、お遊戯を見せに来て下さいます。年末に入居者様が縫った雑巾を保育園に寄付しております。町会からはレクに使う太鼓等をお借りしたりします。     | 近隣保育園との日常的な交流に加え、入居者が縫った雑巾を寄付する等の社会貢献活動を通じ、役割意識の醸成に繋げている。町会からは備品の借用や夏祭りでの専用席の提供を受けるなど、相互扶助の関係が構築されている。物品の寄付が自発的に寄せられる点からも、地域との強固な信頼関係と日常的な交流の継続がうかがえる。      |                   |
| 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                           | 管理者が持っている介護予防運動指導員の資格を活かし「認知症予防講座」「認知症を学ぼう」を開催予定。   |   |                   |
| 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        | 自治会、地域包括、ご家族様におたよりを出し2ヶ月に1回開催。ホームの状況報告、ご家族アンケートの内容を共有、意見交換を実施しています。夏「夏祭り」冬「クリスマス会」にご参加頂く他、お食事の試食も兼ねて年2回、お食事会にもご参加頂きホームの様子を見て知っていただく機会を設けています。 | 家族や地域が参加しやすいよう、行事との同時開催や事前アンケートによる意見集約を行い、要望を議題に反映させる仕組みが機能している。町会長や行政、他事業所など多岐にわたる外部視点を取り入れることで客観的な助言を得ており、運営の透明性確保と質の向上、地域との強固な信頼関係構築に繋げている。              |                   |
| 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                   | 市役所への訪問や電話での問合せ、市主催の集まりへ積極的に参加することにより関係を築く努力をしています。グループホーム協議会の役員を引き受けています。  | ホーム長が市のグループホーム協議会の役員を務め、行政や他職種との協力体制構築に主導的な役割を果たしている。単なる情報共有に留まらず、種別を超えた福祉事業所間でのイベント企画を推進するなど、地域福祉全体の活性化に寄与している。行政との密な連携により、事業所の実情を適切に伝えながら、先進的な協力関係を築いている。 |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 身体拘束に対するマニュアルがあります。研修も行っています。   | 身体拘束廃止に向け、年3回の研修を通じ全職員の理解深化を図っている。研修では厚手の不自由な手袋を用いた疑似体験プログラムを導入し、利用者の視点に立ったケアを追求している。「良かれと思った介助」が拘束に繋がりを得ることを体感的に学ぶことで、単なる知識に留まらない、利用者本位の真の実践に繋げている。        |                   |

| 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 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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に注意を払い、防止に努めている        | 高齢者虐待についてのマニュアルがありません。研修も行っています。各フロアの状況について小まめに把握するよう管理者が記録のチェックをしております。教わっていないケアをする時は事前に管理者にそのケアで良いか確認するよう徹底しております。 |  |                   |
| 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    | 研修を実施。実際の経験も交えてスタッフと意見交換をしています。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                        | 特に重要な事は実例を交えた説明をする等、解り易く、またご理解、ご納得いただけるよう努めております。気になること、質問等はお気軽にお問合せ下さいとお伝えしています。                                    |  |                   |
| 10 | (6) | ○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                     | 月初めにご家族へホーム便りを郵送。入居者様の様子はご家族来訪時にもお伝えしています。また運営推進会議も活用しており、2か月に1回介護相談員も来ています。面会ご予約をいただきますが基本的に自由です。                   | 運営推進会議に合わせた事前アンケートを実施し、家族の要望を議題に反映させる仕組みを構築している。「健康管理の対応基準」への不安に対し、個人別の健康管理表を毎月送付し、数値に基づく対応策を明文化する等の改善を図った。行事での傾聴も含め、家族の意向を真摯に受け止め、運営の質向上に繋げている。                 |                   |
| 11 | (7) | ○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                                      | カンファレンス、全体会議等・月数回、提案や意見を聞く場を設けています。その他、管理者もフロア勤務に携わりスタッフの考えを聞いたりアドバイスを受けることもあります。申し送りノートを反映させています。                   | ホーム長による3か月ごとの個人面談に加え、日常的に相談しやすい雰囲気づくりに努めている。懇親会を通じた親睦や、多国籍な職員構成を考慮し、情報共有の際は「ひらがな表記」を統一するなど、誰もが理解しやすい環境を構築している。個々の意見を尊重し、和やかな職場環境を維持することで、職員の声を反映させた柔軟な運営を実践している。 |                   |
| 12 |     | ○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      | スタッフと個人面談を行う他、改めて場を設けなくても悩みや意見や相談を受ける体制でいます。ケアの見直しを促しよい結果に繋げる事でやりがいを見出してもらえる機会も作っています。                               |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<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         | 月1回、ホーム内研修を開催。その他、必要に応じて資料を出し閲覧してもらったり過去の経験談を共有しております。   |  |                   |
| 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 | 市内グループホーム連携会議の参加。研修希望者には参加をしてもらっています。  |  |                   |

| 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 |
| <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 | 各ユニット、スタッフからアセスメントシートを記入し提出してもらっている。入居前のケアマネからだけではなくご家族、携わった事業所(デイサービス等)からも情報をもらうようにして色々な角度から情報収集するように心がけています。ご本人の意見、考え、ご家族の意向も必ず聞きます。  |  |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ケアプラン作成前にご家族の要望、困っている事、不安な事等を聞く。各ユニット全スタッフでグループホームの在り方というものの説明も踏まえご納得いただけるよう相手の立場になって話をするようにしています。                                      |  |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入居者様、ご家族の状況、要望をしっかりと見極めて必要に応じて他サービスの提案も行っていきます。福祉用具が必要な方は同じ形態の福祉用具を用意し生活に組み込みます。  |  |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 喜怒哀楽のある、普通の生活を意識し、互いが協力しあい必要とする関係性を築いています。  |  |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<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         | 良いことも、悪い事もご家族にお伝えする中で一緒に悩み一緒に考えご本人の為に何が最良か考えて支えていく関係を構築するよう心がけています。   |  |                   |
| 20                           | (8) | ○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                     | 電話は希望があればいつでも対応しています。ご友人との外出や来訪も良くあります。ご家族と情報を共有し、支援しております。転居時に使用していた福祉用具、その他使い慣れた物があればそれを継続して使用いただけます。飲酒が日課だった方は主治医の許可をもらい毎晩晩酌もしております。 | 一人ひとりの生活歴や嗜好を尊重し、医師の確認のもとで晩酌や喫煙の継続を柔軟に支援している。日々の晩酌を楽しみにされるなど、これまでの暮らしの延長線上にある支援は生活の質の維持に寄与している。また、家族以外の面会時は必ず家族へ確認を行うなど、本人の人間関係を守りつつ安全な関係継続に努めている。 |                   |
| 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                  | 人柄を見極めてお手伝いを依頼したり、時には面倒を見て頂く事もあります。トラブルが発生しそうな時は互いの後味が悪くならないよう支援しています。1階と2階の交流を多く持ち、気の合う仲間を見出します。                                       |  |                   |

| 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<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                    | ここでの生活が困難になった場合はその理由を明確に伝え、次に何が必要なのかを見極めて、必要に応じた場所を探して提案しています。退居後も相談に乗らせていただいております。  |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○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   | ホーム内でのミーティング、カンファレンス、全体会議で個々の希望や意向を再確認して個別ケアに繋げています。変化についても確認してそれに添ったケアが出来るよう努めています。   | 職員は利用者に声掛けして意向を確認してから介護を行っている。利用者の思いや意向は、申し送りやミーティング等で報告しあい、職員間で情報を共有して本人本位であるように努めている。言葉で意向を伝えられない利用者の意向は、顔きとか表情を見て把握している。                                 |                   |
| 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                                       | ご本人、ご家族にアセスメントを行っています。居室に馴染みの家具や飾り等をお持ち頂き少しでもこれまでの生活に配慮した環境に出来るよう努めています。出身地の旅行パンフレットや雑誌を用意し懐かしんでいただいております。   |   |                   |
| 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   | 集団生活の場を活かし、ある程度、生活リズムを作る事は認知症の方も社会参加する意味で必要と考えています。あくまでも事業所側の都合でルールに乗せるのではなくご本人のペースを把握しそこに生活リズムを組み込むようにしています。  |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ケアプランの説明は、コロナ禍は電話対応でしたが5類になってからはなるべくご来訪いただくようお願いをしています。毎月の様子は月初に(定期的にご家族に報告。要望、意見はすぐに共有し対応。資料等情報の活用や経験豊富な方の意見を求める等、情報収集もしています。ケアプラン更新前にスタッフが集まりカンファレンスを行い情報を共有します。 | 介護計画は、ケアマネが2ユニットに半々に業務に入っており、利用者の状況を十分把握して立てている。また、ユニット会議や全体会議、申し送り、記録等の情報を把握して3か月ごとにモニタリングして見直している。モニタリングは職員も実施しその情報も参考にしている。見直した介護計画は家族に来所してもらい丁寧に説明している。 |                   |
| 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                        | 健康管理表を活用。その他、ケア日誌、個人記録、申し送りノートで情報を共有し、その記録を介護計画の見直しに活用しています。   |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 声かけ1つに関しても変化や気になることがあれば共有や申し送りをしよう心がけています。すべてのスタッフで話し合いやチャレンジをして諦めずに支援するよう努めています。  |   |                   |

| 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<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                                      | 介護相談員が2か月に1回来訪。普段と違う方と接していただいております。毎日外散歩をされる方は、ご近所の方々とも毎日挨拶や会話をされております。  |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<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                                  | 月2回、個別往診があります。その他、専門医療が必要な場合はホームとご家族で相談をして受診する場合があります。昔からお世話になっている病院への通院も可能です。歯科受診の往診もあります。  | 24時間対応のかかりつけ医の往診が月に2回あり、訪問看護師が週1回来て職員と協働して利用者の健康管理を行っている。また、歯科医師の往診もある。専門医療や入居前から世話になっている病院の受診は、家族と協力して支援している。   |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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、訪問看護師がきます。足の爪は処置していただき、その他、必要に応じて直接主治医と連絡を取ってくれます。情報を共有し、適切な看護が受けられるようにしております。   |  |                   |
| 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、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  | 最近では病院側が家族以外の面会禁止が多いです。可能な限り面会に伺います。面会が出来ない時は相談員や看護師と電話で情報交換をしつつ早期退院に繋がるよう努めています。ご家族とも小まめに連絡をとって状況を把握しております。                                   |  |                   |
| 33 | (12) | ○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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時、契約時に重度化についての対応の説明を行っております。同意を得た上でご入居いただきます。意向が変わった時も遠慮無く言って頂き、後悔の無いよう支援することもお話しします。段階によってご家族、医療従事者といつでも話が出来るようにしています。急変にはマニュアルに沿った対応を行います。 | 入居時に法人の「重度化にかかる指針」をもとにホームの対応について説明している。また、ホームは独自に延命に関して意向を確認しており、それは介護計画の見直しの時に再確認している。看取りの希望があれば家族が医療従事者と話し合いができるように支援し、ホームでは希望に応じて看取りの体制をとっている。      |                   |
| 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  | 緊急対応マニュアルを基に対応をします。延命処置講習もスタッフのほとんどが受講済。延命治療についてご家族の意向を事前に頂き救急隊にお渡しします。  |  |                   |
| 35 | (13) | ○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  | 年2回、訓練を実施(4月/10月)。4月は日中の災害想定と避難訓練。10月は夜間の災害想定と避難訓練。消防署職員との都合が合えば立会いを依頼、紹介の使い方なども教えてもらいます。その他社内マニュアルを掲示しています。                                   | 年に2回、4月と10月に消防署に避難訓練の計画書を提出して自主訓練を実施している。消防署員の参加があるときは消火器使用等の指導をしてもらっている。また、避難訓練実施前には近隣にお知らせして参加を呼びかけている。直近の訓練では、夜間の地震を想定して、職員一人で避難場所に利用者を誘導し安全確認を行った。 |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとり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                   | 研修を実施しております。   | 介護は利用者に声掛けして同意を得てから行っている。研修では、介護の場面における声掛けの仕方や目線の位置など具体的に学べる内容としている。ブログやホーム内での写真の用い方については後ろ姿ならいいなど家族の意向を詳しく聞いている。                           |                   |
| 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                     | ご本人が発言したり、自己決定出来るような声かけ、環境を心がけている。介護相談員に対して、普段聞けないような希望等をお話される場合もあるので共有しています。  |   |                   |
| 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、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 | 各入居者様に合ったライフスタイルを把握して希望に添えるよう対応しております。主治医許可のもと、夕飯時に晩酌をされる方もいます。  |   |                   |
| 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                                  | 男性は毎日髭剃りを実施。服はご自分で選んでいただいたり、更衣の時は今着ているデザインと全く違う服を選んで変化をつける方もいます。2ヶ月に1回、訪問美容も来ています。時には一緒に服や靴下類の買い物に出かけご自分で選んでいただくようにしております。                       |   |                   |
| 40                               | (15) | ○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     | 下膳が可能な方は自発的に行っていただきます。自家菜園の野菜を食したり、簡単な調理のお手伝いをしていただきます。レクでおやつも一緒に作ります。毎月「寿司の日」「パンの日」を設ける他、リクエストメニューと題し皆様のリクエストを聞いて調理をしたり旬のものを召し上がって頂くレクも行っております。 | 食事は、ホーム内で調理担当の職員が温かい食事を作って提供している。献立は法人の管理栄養士が作ったものを参考にし、毎月「寿司の日」や「パンの日」を設け、リクエスト食などを用意して喜ばれている。希望の多いものは、すいとん・天ぷらである。食事の手伝いや片付けは、職員と一緒にしている。 |                   |
| 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          | 主治医に水分、食事の摂取量について確認済み。制限のない方は1日2000CCを目安に水分を摂取して頂いております。記録を残し、毎日の数字を確認してケアをしています。  |   |                   |
| 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                   | 起床時、毎食後に口腔ケアを実施しています。歯間はお手入れが難しいため、うがい用の水にマウスウォッシュを入れ口腔内を濯いで頂きます。義歯は夜間消毒しています。週1回歯ブラシの消毒、月1回交換。  |   |                   |

| 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<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むけた支援を行っている                              | スマホのデータを基に各入居者様の排泄パターンを把握し失禁前にトイレ誘導するよう心がけています。排泄は出来る限りトイレでしていただくよう意識している。トイレで排泄して頂くことによりリハパンやパットの使用削減にも繋げています。                                 | 利用者一人一人の排泄パターンを把握してトイレでの排泄支援を行っている。また、プライバシーに配慮した声掛けをして誘導している。便秘予防では運動を促進し、水分補給では、飲み物を何種類も用意するほか、朝一番のお茶にこだわり、おいしいものを用意してたくさん飲んでもらっている。          |                   |
| 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  | スマホのデータを基に水分摂取量を確保。ホーム独自の取組として昼食時に寒天での水分補給。トイレ誘導後廊下を歩いて運動を促進したりしています。水分摂取が苦にならないようたぐさんのドリンクメニューを用意しております。                                       |   |                   |
| 45 | (17) | ○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、個々にそった支援をしている                        | 拒否が強いを理由に何日も入浴をしないという事が無い様スタッフ間でバランスを取っています。(相性の合うスタッフが対応)それにより強い拒否は見受けられません。入浴剤を2〜3種の中から選んで頂いて楽しみを増やしています。シャワー浴の方も入浴剤入りの足浴を行います。               | 週に2回の入浴支援で身体の清潔を保持している。ヒノキの香りのするものを浴槽に浮かせ、入浴剤を2〜3種類用意して選んでもらい楽しんでもらっている。シャワー浴の利用者には、足浴も行ない体を温めながら行っている。拒否のある利用者には日時を変えたり介助者を変えたり工夫して入浴してもらっている。 |                   |
| 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   | 各入居者様のリズムに合わせるようにしています。日中でも休まれる方はいます。10月〜4月はご家族ご理解のもと各居室に加湿器を導入し乾燥を防いでいます。  |   |                   |
| 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  | 服薬の変更は送りノートの活用と往診表、ケア日報へ記載を行っています。服薬情報ファイルはいつでもスタッフが閲覧出来る様になっています。変更内容は月1回のフロア会議でも共有と確認を行います。入居者様の服薬情報(なぜその薬を飲まなくてはならないのか)は会議や書面で伝えています。        |   |                   |
| 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                             | 出来る事、出来ない事を見極め、やりがいを感じていただけるよう支援しています。ちょっとした買い物へ同行いただいたり歌を歌ったり・畑仕事やお掃除等、1人1人の事を考えて場を作る努力をしております。外出がご本人のモチベーションに繋がる方は毎月企画と実施。                    |   |                   |
| 49 | (18) | ○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。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 | 運転ができるスタッフをシフト調整で用意しレクを提供しています。月平均3回は外出の機会を設け、バランスよく希望者が外出できるよう工夫をしております。その他、ご家族にも声をかけ一緒に出かけをする機会も設けております。車への乗降が難しい方は歩いて行けるレストランでの外食や散歩を行っています。 | 理学療法士の作成した生活機能訓練計画に基づいて、毎日散歩に出かける利用者もいるが、その他の利用者もバランスよく散歩など外出できるように計画している。また、毎月様々なレク企画のもと、外食やいちご狩り、お花見、カラオケなどに交代で出かけている。家族参加の企画も行っている。          |                   |

| 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 |
| 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  | 金銭の管理に関しては原則として現金はお預かりしておりません。認知症があり管理は難しいです。レクの一環としてホーム内通貨を作りお手伝いでポイントを貯めてその通貨でパンや駄菓子を購入するといったレクを行います。                               |   |                   |
| 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   | 電話は自由です。お手紙も自由です。時折、お返事を促し一緒に書くこともあります。   |   |                   |
| 52 | (19) | ○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 | 衛生に関しては1日3回、薄めたハイターで床拭きを実施。同時にソリューションウォーターで手すりを拭きます。1時間に1回目安で換気。季節ごとに貼紙を変えています。(貼紙は入居者様が作成)。ゴミは見つけたらすぐ拾う。室温計で室内の状況を常に確認。              | 共有空間は、掃除が行き届き清潔で整理整頓されている。空調は職員が管理し、加湿器を用いて乾燥を防ぎ、換気は1時間に1回行っている。これまでクラスタの発生はない。壁には行事の時の写真や、職員と一緒に作成した作品がたくさん飾られてあり、明るい雰囲気であった             |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 今までの生活を重視して休みたいときには居室へご案内します。出身県が同じ方同士で話をしたり雑誌を見て頂く、1階2階との交流も多く設けなるべく多くの方と交流いただきます。ソファーが良い方にはソファーに座って頂きます。食事を静かに食べたい入居者様は少人数シートに座ります。 |   |                   |
| 54 | (20) | ○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  | 使い慣れたもの、馴染みの物をお持ちいただいております。   | 各居室には、大きなクローゼットが設置しており、私物は整理されている。また、テーブルやいす、テレビ、筆筒、仏壇、写真など自宅から持参した家具等がおかれ、レクで作成した作品が飾られ、その人らしい部屋になるように工夫していた。各居室には加湿器が置かれ乾燥しないように配慮していた。 |                   |
| 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」「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   | スタッフ間で情報共有を常に行い、うまくいった事例やご本人が喜んでくださった事例をどんどん取り入れています。   |   |                   |