

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	2026年1月13日	評価結果市町村受理日	令和8年5月8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	http://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コミュニティケア街ねつと
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	令和8年3月11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)】

明生苑では入居者の精神的な負担を考え、使い慣れた家具などを使用することを提案し家庭が想起できるような環境を心掛け入居者や家族の個々の思いや考えを大切に「相手の気持ちに寄り添う介護」を理念とし実践。苑では外へ向かった取り組みや地域との交流を多面的に図っている。面会や外出については「できませんという言葉は排除してできる方向で考えていく」そんな施設運営を実践している。入居者の「やってみたいこと」や「出来そうなこと」と一緒に気軽にチャレンジしていけるように取り組んでいる。施設内外では季節を感じられるような雰囲気作りをしている。医療面については、在宅時にサポートを受けていた医療機関と関りを継続することができ、環境からくるダメージを最小化できるように取り組んでいる。三橋病院での訪問診療も相談できる体制が整っている。医療連携看護では定期訪問と24時間オンコール対応。人材育成は職員がスキルアップが図れる体制を法人として準備。

【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)】

利用者の気持ちを大切に、出来そうなことや本人がやってみたいことを把握し、チャレンジを支援している。こうした取り組みから、理念である「相手の気持ちに寄り添う介護」が実践に結びついていることが確認できる。かかりつけ医の継続を基本としており、専門医の受診が必要な場合は、看護師と情報共有し、職員が受診同行をしている。月2回の訪問診療や、週1回の訪問看護師が利用者の健康管理をしている。24時間オンコール体制があり、利用者や家族の安心につながっている。人材育成の一環として、自己評価や面談を実施し、毎月出来ることを可視化して管理者と話し合いながら、職員ができることを着実に積み上げていく取り組みをおこなっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生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	「相手の気持ちに寄り添う介護」を理念に掲げ施設内にも掲示。会議の場では可均す確認し職員周知を図っている。居室担当職員は入居者やご家族の理解を得られるように管理者を同じようにコミュニケーションを図っている。	理念「相手の気持ちに寄り添う介護」を各ユニットに掲示し、毎月のケース会議で振り返りを行っている。家族と良好なコミュニケーション構築のため、理念をもとに丁寧な説明をしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域のお祭りや苑周辺の清掃活動に参加している。地域との防災訓練はまだ実現はしていないが、地域の消防署の協力を得て防災訓練などの指導を受けたりし施設内の周知を図っている。	地域行事の祭りや清掃活動に、参加予定であったが、天候の悪化で参加できていない。地域交流スペースを利用して、地域住民の健康体操教室開催を検討中である。	地域行事参加と、地域交流スペースを利用した地域交流を実現されることを期待する。
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	事業所としてではなく、施設として地域に明生苑の入居者や利用者の存在感を示している。施設として社協との協働も今年度は実践が出来た。明生苑として地域の諸問題に支援ができないかの模索を続けている。		
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	運営推進会議では地域の知見者に定期的な報告が出来ている。また同業者の参加もあり、施設間交流や他施設の取り組みを聴き発展を考えている。	運営推進会議を、法人内の小規模多機能施設と合同で、利用者、利用者家族、民生委員、社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員、看護小規模多機能施設職員の参加で年6回開催している。	開催通知を利用者家族全員に送付して意見を得たうえで、議事録を参加していない家族全員に送付し、ホームの透明性を示されることを期待する。
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	その時々での相談を適切に行っている（感染や防災）介護事故報告などの説明機会を持ち続けている。保険者とは今後も協力体制を整えていきたい。	食費の料金改定など、運営に関する相談や、事故報告をおこない、適切な助言を得ている。	
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「介護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	身体拘束リスクマネジメント委員会を中心とした委員会を定期開催し、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票を用いた繰り返し行う事で適切なケアの徹底に努めている。	法人内の小規模多機能施設と合同で、身体拘束適正化のための委員会を3ヶ月に1回開催し、議事録を作成している。研修は、年間計画を作成し、年2回実施している。	
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	高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修を職員が受講できるように計画立案し外部研修へ参加させ研修で学んだ内容を事業所内研修でフォローしている。個別面談も適宜実施しストレスやプライバシー問題の確認しアドバイス対応も実践。		

【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へ職員参加の参加をさせている。実際に制度利用の入居者もいるため、仕組みについてもケース会議などで説明ができる。		
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	契約前に本人やご家族に来苑いただき面談と話し合う機会を作っている。不安や疑問点のより具体的な説明を実施。契約後の報酬改定での変更時などでは重要事項説明書の変更点を説明し書面で同意を得ている。		
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の機会を設け、意見や要望、不安などの確認をしている。ご家族とは電話やメールや来苑時などに意見や意向を確認。ケアプラン評価時には入居者やご家族へ要望や意向を確認しケアプランへ反映。	面会時間や外出についての意見があり、ホームとしての方針を伝えるとともに、外出時の利用者自身の現在の状況や、注意点について丁寧に説明して適切な支援につなげている。	
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に開催し職員からの意見や要望をまとめ所属部長や代表者へ稟議を含めた上程をして具体的な改善を図っている。職員からの意見を理事長や部長へ申し物品の購入や修繕をすることで入居者のケアへ反映。	資格取得の希望には、費用やシフトについて相談に乗っている。備品の購入などの意見は都度聞き取り、職員全員で共有したうえで決定している。	
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	人事評価制度が整備されており客観的な基準で評価されている。2/年職員自身が努力した事や職場への貢献度を自己評価できる。評価内容は給与にも反映されるシステム。評価内容は各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の立案。受講費用や勤務調整などは法人のバックアップがある。施設内外での勉強会もあり研修で学んだことをフィードバック研修している。		
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型ケア会議などに加入。他事業所との交流や情報交換・共有・連携を図っている。介護部長や副部長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	必ず本人とご家族と面談を実施し現状把握に努める。入居に対する不安・要望・意向を聞き取りし、自宅や施設、病院等へ必ず出向き、生活や費用、医療に関する情報を伝え、施設見学をしていただくことで入居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	入居に当たっては本人やご家族は大きな不安が生まれ抱えます。一つずつ聞き取りし解決策や対応策を提示して安心に変えられるように努めている。特に入居後の費用や受診、入院やターミナル対応、退去後の対応も説明している。		
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	本人やご家族からの聞き取り、他担当CMや医療機関の情報をもとに現状把握と課題整理の上支援。医療ニーズは家族の意見も取り入れ、協力病院や医療連携看護師、精神科医療機関と連携を図っている。		
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	入居者個々の気持ちや意欲・できる事を考えて入居者同士の協働に職員サポートを加え家事や運動(TV体操・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	本人やご家族の希望や意向を確認し1/6月はケアプランを再考。ケアプランは管理者よりご家族へ説明。本人の生活上の支援や病状の報告も適宜電話やメール、手紙で行い、ご家族から理解を得て相互協力をしている。		
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	感染予防の観点から面会など制限が生じる場合もあり。苑の広報誌や電話、メール(写真添付)にて近況報告や体調説明で交流が途切れないようにしている。終末期の方は医療機関と連携し、ご家族との情報共有に努めている。	家族や友人の面会の支援をしている。広報誌、電話やメールで状況報告をして、関係継続できるよう努めている。知人グループや親族の集まりに、地域交流スペースを提供する支援もしている。	
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・寛げる環境を提供。居室に閉じこもることがなく、リビングで過ごす取り組みに努めている。皆で楽しめる行事やレクも実施しユニット同士や苑全体で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	退居された利用者のご家族とは適度に連絡を取りその後の様子を確認している。退去後に他界された場合なども苑までご連絡ある場合がありその都度対応を図っている(相手の様子を観ながらの対応)		
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・暮らし方については日々の関りで探り確認をし、また表現が困難な場合にはご家族からの情報収集や意向確認を実施。毎月のケース会議では各職員からも聴取し情報のすり合わせなども適宜実施している。	利用者の思いや意向は、日々のケアの中で聞いている。困難な場合は家族から情報を得たり、生活歴などから把握している。聞き取った言葉や情報は支援経過に記録し、ケアに反映させている。	
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	本人や家族からの聞き取りや、入居前の関係者など(ケアマネ)から情報を集めケアに反映させている。介護保険サービスの利用過程や介護保険認定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	毎日の申し送りでは些細気づきも報告し合い心身の変化を見逃さないように努めている。本人の意向や潜在能力、ストレングスなどにも着目し活気ある生活になるように情報共有とチャレンジをしている。		
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	本人や家族の意向と希望、職員からの情報や医療連携看護師や主治医からのアドバイスを積み重ねた形で介護計画作成をしている。実施状況や結果をケース会議で評価し見直している。	毎月のケース会議で聞き取った職員意見や様々な記録をもとに、計画作成担当者が介護計画を作成している。介護計画は職員と共有し、短期目標に合わせて計画の評価をおこない見直している。	
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・申し送り等に記載し必ず確認する習慣となっている。各申し送りで口頭で説明し情報を都度共有。ケース会議では実践内容の確認や計画の振り返り(見直し)をし介護計画に活かしている。		
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・ご家族との相互理解の下、事業所の柔軟な対応や多機能化は必要と考えます(できないと言わない考え)入居後も交流の機会が広がるように考え実践している。感染予防時には普段以上にご家族と情報共有を図っている。		

【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
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	今後も地域交流の拡大を考え、地域や明生苑での行事の相互参加を試みていながら本質的な地域交流を考えていきたい。また清掃活動や避難訓練等もスモールスタートから始めら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	当苑の協力医療機関もあるが、入居前のかかりつけ医との関係が継続できるように支援。入居後の心身の変化時には本人やご家族、主治医と検討し新しい医療機関を選定し移管することもできる。認知症専門医の協力もある。緊急時はご家族の協力も求め対応をしている。	利用者には従来からのかかりつけ医への受診支援をしており、通院は職員や時には家族の協力を得ながらおこなっている。ホームの提携医が主治医になっている利用者は、定期的な訪問診療で診てもらっている。また、訪問看護師が利用者の健康管理のため毎週訪れている。	
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	1/週以上の医療連携看護師の確認があり入居者全員の体調報告と確認が出来ている(24Hオンコール体制有) 職員はもとより本人やご家族にも安心して頂いている。		
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。	受診はご家族の協力を受け施設主体で進めている。入院が必要な場合はご家族の協力を受け対応。医療機関へはサマリでの情報提供、入院中は医師やMSWやNS、ご家族と情報共有。退院時は医師からの留意・指示事項を確認し職員へ情報共有している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明しご家族の意向を確認。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(サービス担当者会議等) 今後の方針を含め、計画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。	入所時に、重度化した場合及び看取りの対応に係る指針を説明し、看取り介護についての同意書を取り交わしている。回復の見込みがないと医師が判断した場合は、医師から家族に説明をしてもらっている。家族からホームでの看取りを希望した場合は、体制を整えて支援をしている。	
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・緊急時の対応等を確認する。施設内においては緊急時対応マニュアルの整備、医療連携看護師への連絡、救急搬送時ファイル整理などを行い会議で周知。		
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	避難訓練は概ね2/年以上実施。非常用発電機の動作確認や消防署員立ち合いでも実施した。法人内ではセコムの安否確認システムや災害時の応援体制を整えている。災害対策は運営推進会議を通じて相互協力を確認し行動訓練を目指している	年に2回火災や地震、夜間、水害等を想定し、各種の避難訓練を実施している。消防署から担架を借りて階段を下りる訓練も実施した。また、事業継続計画に基づいた自然災害時の机上訓練や、非常災害用発電機の作動確認なども実施している。	事業継続計画は概要を家族にも説明し、安心してもらうことも必要と思われる。また、事業継続計画は机上訓練から実動訓練に移行し、実効性を高めることが期待される。

【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研修で報告している。施設内では身体拘束についてのEラーニングを繰り返し視聴できる体制がある。毎日の対応からプライバシー保護を振り返り適切なケアを目指している。	ICTを活用した学習形態で、不適切なケアに関する研修をおこなっている。ケース会議では、虐待の芽チェックリストを活用し、日常のケアの振り返りを行っている。トイレ誘導では利用者の耳元で声掛けをするなど配慮している。	
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、自分のペースに合わせてお茶の時間や余暇を楽しみ生活を送れるように支援している。個別に希望を確認し衣料品や食料品の購入も家族へ相談し対応。自己決定を尊重・優先を対応を図っている。		
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	決まった日課を決めないようにして希望や体調、その時の気分や雰囲気に応えるようにして、このスタイルを大切にしている。特に不穏時には柔軟な対応を図り、散歩などで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	就寝前の着替えなどは拒否がない限り全員に実施している。好みの服装や髪形についても情報を集め毎日の衣類選択ができるようにしている。訪問理美容や行きつけの理容室で散髪したり、カラーやパーマも行えるようにしている。		
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いる。盛り付けや配膳や片付けを利用者と協働。おまかせクッキングやイベント食では、調理に利用者も参加できることを念頭に置いて立案している。ピザやパスタやサラダ、お節料理もきれいに盛り付けを実践した。	ホームの朝食は厨房で用意した材料で職員が調理し、昼食及び夕食は栄養士が行事やイベント食を織り交ぜながら1か月の献立を立てて、業者が厨房で調理し提供している。毎月のイベント時には、利用者と職員で調理したものを食べて楽しんでおり、その様子がホームの便りに載せられていた。	
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	水分や食事は日々確認している。それぞれの好みを把握して美味しく必要量が撮れるように食形態の工夫をしている。食事が上がらない場合には食形態の見直しや嗜好品を取り入れて提供。医療や家族からの理解を得て食が続けられるように支援。		
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	毎食後それぞれにあった口腔ケアを支援しフロスや電動歯ブラシなども使用し対応。必要に応じて歯科医や協力歯科医へ相談し対応を図っている。現在は訪問歯科を定期利用（希望者のみ）実施している。		

【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
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を掴むよう努め、定時やフレキシブルな誘導を実践。夜間巡視時のタイミングでもトイレ誘導し睡眠治まがににならないように対応している。主治医や医療連携の支援で排便コントロールも実施。	日中は基本的にトイレでの排泄を支援している。トイレ誘導は、一人ひとりのパターンを把握し声掛けをしている。夜間はその人に合わせた柔軟な対応をしている。排便に関しては、できるだけ薬を減らせるように、飲食で支援している。	
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	排便状況を毎日確認。体調や生活状況に合わせてヨーグルトやオリゴ糖、乳製品を提供。水分補給と合わせて体操や散歩で運動を促し便秘に傾かないような取り組みを日々検討している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	各ユニット個浴で対応している。可能な限り個浴対応ができるように入浴補助用具も増やした。体調や精神的な理由で入浴ができない場合には清拭などの対応も実施している。	週に2回は入浴できるよう支援している。立位が難しい利用者には、併設の小規模多機能型事業所の機械浴で支援することができる。入浴時は昔話をしたり、音楽をかけたり、入浴剤を入れるなど、リラックスできるよう心掛けている。	
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	電動リクライニングソファを設置。生活習慣や希望やその時々体調に合わせて形で休息ができる。夜間に落ち着かなくなった時はお話を傾聴したり飲み物を提供したりして気持ちのリセットを図り安心につなげている。		
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	薬情報はファイルに綴じて、薬の用法や副作用が確認できるようにしている。内服薬の変更時は特に注意をして様子を確認している。またその様子を医療機関や医療連携へも報告したり、ご家族も安心ができるように連絡を欠かしていない。		
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	季節行事やレク活動を多く取り入れるようにしている。ホームの方針としても利用者が心身が外へ向かうような時間を確保するようにしている。針仕事や調理、衣類畳みなど一日を通して役割に繋がっていられる。		
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	天気が良い時には戸外での外気浴を心掛けている。精神的に落ち着かない時には柔軟に戸外へ気分転換をしに出掛けている(近隣)ご家族と過ごす貴重な時間も柔軟に対応し外出などの希望にも応えている。外出時の感染予防については相互理解の上実践している。	季節の花見や鯉のぼり見学、タケノコ掘りなどに出かけ楽しんでいる。また、天気の良い日は近隣の散歩や玄関のベンチで日光浴をするなど、外出の機会を作っている。しかし、利用者の身体状況の変化もあり、外出の機会が減っている。	

【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
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	入居者の現金所持はありませんが、少額でも本人へ持たせたいというご家族のご意向がある場合には対応（施設での管理はしない事を約束）入居者が買い物へ出かける時には施設で立替え、支払いの場面では本人が支払う機会を作り社会参加の維持を続けている。		
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	ご家族への電話の希望がある時には職員が電話を取り次ぐようにしている。利用者が書いた手紙などは施設側が責任を持って郵送しご家族へ連絡している。		
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	玄関は共用部でげた箱も用意している。対面のアイランドキッチンでコミュニケーションの取りやすい。浴室は個浴・一般浴・特浴があり利用者の機能に合わせた対応ができる。定期的な換気やエアコンでの温度管理、加湿器に湿度管理や近年はCO2モニターの活用もしている。	ホームの廊下はゆったりしており、移動がしやすくなっている。リビングには折り紙で作った桜の木を掲示するなど、季節を感じる手作り作品を飾っている。また、アイランドキッチンであり、職員が作業をしながら利用者とは話ができる環境となっている。利用者にとって居心地の良い居場所になるよう努めている。	
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	利用者同士の関係性や支援配分によって共用スペースの座席配置を考えている。移動に支援が必要な方には声掛けし居場所を選択できるようにしている。またその時々様子で席配置を柔軟に変更することも考えている（将来的には定期的な席替えが理想）		
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	リロケーションダメージを考え馴染みの家具や生活道具を持ち込み寛げる居室空間を心掛けている。家電や家具など好みの品を準備頂き、家族写真やお位牌も置いて過ごしやすいようにしている。	居室のベッド、エアコン、カーテン、照明器具はホームで設置している。利用者は使い慣れた筆筒や鏡台、ソファ、テレビなどを持ち込んでいる。また、家族の写真や趣味の作品などを飾り、安心して過ごせる部屋づくりをしている。	
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。見当識障害の方々も自分で居室やトイレを認識できるようにネームプレートや標識を設置。キッチンはIHコンロで安全な調理が実現でき、窓も開口幅を考え（調整可）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】