

## 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   | 1291200168        |            |  |
| 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上本郷   |            |  |
| 所在地     | 千葉県松戸市上本郷2818     |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和8年2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 | <a href="http://mcs-ainoie.com/ins85.html">http://mcs-ainoie.com/ins85.html</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|

## 【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27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)】

近所に小学校、幼稚園があり目の前には大きな公園もありいつも子供達の元気な声が聞こえてくる環境の中にホームはあります。  
ホームの特徴としては外へ外へをスローガンに散歩やドライブをはじめ外出外食レクにも力を入れています。  
外出外食レクでは入居者様からの要望を聞き今しかできない事を形にしていける事を大事に日々のケアを行っています。

## 【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)】

当該ホームは公園に隣接し、近隣に幼稚園がある住宅地に立地し、地域の生活環境に溶け込んだ運営がなされており、日常の散歩や交流を通じて地域とのつながりを感じられる環境にある。運営推進会議では案内を工夫し、毎回十五家族前後の参加を得ており、運営状況やサービス内容を丁寧に報告し意見を反映している。年四回の家族参加型食事会の開催や、二か月以上面会がない場合にホーム長が連絡を取り面会を促す取り組みからも、家族との関係を大切にする姿勢がうかがえる。さらに、利用者一人ひとりの希望に基づく個別レクリエーションを企画し外出機会を創出するなど、個別性を重視したサービス提供に努めている。

○身体拘束をしないケアの実践 ホーム長は日頃から職員に専門職としての自覚を促し、利用者には寛容な姿勢で接するとともに、敬語を用いた丁寧な言葉遣いを指導している。三

## 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  | 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)     | ○                           | 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  | 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)   | ○                           | 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  | 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)           | ○                           | 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  | 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)                     | ○                           | 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  | 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)                 | ○                           | 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  | 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<br>(参考項目:4) | ○                           | 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<br>(参考項目:36,37)  | ○                           | 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  | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 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  | 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)                | ○                           | 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  | 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<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  | 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<br>(参考項目:30,31)       | ○                           | 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  | 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<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  | 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) | ○                           | 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<br>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<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                                | 会社の理念が記載されているハンドブックを全従業員に配布。<br>毎日16時の夕礼時に、介護理念3か条を唱和している。                                   | 職員は三つの介護理念を毎日の夕礼時に唱和し、理念の再確認を習慣化している。さらに、月一回のユニット会議および全体会議において具体的な支援内容と結び付けて話し合い、意識の高揚を図っている。ホーム長は職員一人ひとりとの対話を重ね、思いを共有しながら組織として心をつなにする風土づくりに努めている。                        |  |
| 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                                | 地域のふれあい広場に参加したり、散歩時に近所の方や下校されている学生さんにお声掛けはできている。<br>地域イベントへ招待いただいた際には積極的に参加をしている。            | 日々の散歩では近隣の保育園で園児と触れ合い、隣接する公園でも地域住民との交流を図るなど、地域とのつながりを大切にしている。年末にはホーム長が利用者と共にカレンダーを持参し近隣へ挨拶に回るなど、継続的な関係づくりに努めている。また、毎月の傾聴ボランティアの受け入れにより、利用者が昔話を語る機会を確保し、地域の一員としての交流を深めている。 |  |
| 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                              | 2ヶ月に1回の運営推進会議では当ホームの活動状況を報告し、認知症の方でも沢山のことが出来る、生き生きとした表情で過ごしていることを地域の方に理解して頂いている。             |                                                                                                                                                                           |  |
| 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           | 2カ月に1回の運営推進会議を実施。<br>ご家族様・地域代表・市役所・地域包括支援センター等に普段の活動を報告し、助言をいただいている。<br>その際にはブログの内容を紹介している。  | 運営推進会議は定期的に開催され、毎回15家族前後の家族に加え、利用者2～3名、地域包括支援センターまたは市高齢者支援課職員が参加している。入居時に年2回以上の出席を依頼し、毎月のお便りで参加を促すなどの工夫により、高い出席率を維持している。会議では職員体制や行事実施状況等の運営状況を報告し、出された意見をサービスの質向上に活かしている。 |  |
| 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に取り組んでいる                     | 市役所介護担当課には何でも相談出来る方がおられ、日頃から解らないことを聞いたり報告している。市役所には運営推進会議に出席して頂き、情報交換や助言をいただいている。            | ホーム長は行政への各種手続き書類を原則として持参し、窓口で直接手渡すことを継続している。その積み重ねにより担当職員との顔の見える関係が構築され、事業所の実情やケアの取り組みについても適宜説明し共有している。相談事項が生じた際にも実直な対応が得られるような関係が築かれている。                                 |  |
| 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「介護保険法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 | 身体拘束廃止委員会設置。マニュアルも作成。<br>16項目の設問による3カ月に1回のセルフチェック及び研修も行っている。<br>玄関施錠に関しては、防犯上の理由につき適宜実施している。 | ホーム長は日頃から職員に専門職としての自覚を促し、利用者には寛容な姿勢で接するとともに、敬語を用いた丁寧な言葉遣いを指導している。三か月ごとに法人教材による研修やセルフチェックを実施し、身体拘束に関する理解を繰り返し深め、不適切な対応の防止に努めている。                                           |  |
| 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           | 虐待・不適切ケアに関する30項目チェックシートを3か月に1回以上実施。内容を施設会議で共有し防止に努めている。不適切と感じるケアが行われた際には、都度その場で注意し改善に努めている。  |                                                                                                                                                                           |  |

| 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 |
| 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    | 社内研修資料を用いて、研修の機会を年に1度設けている。個別に必要時は適宜対応をしている。                                                                  |                                                                                                                                                |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時に、契約書をホーム保管用・ご家族用作成し、ホームにて必ず、説明・同意・署名・捺印をいただいている。ご契約時には十分な時間を使って不明点が残らないよう説明している。                          |                                                                                                                                                |                   |
| 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                     | 運営推進会議やご面会時、または必要に応じて電話でご家族様のご意見を聴取している。頂いたご意見は職員間で共有し、適切なケア・運営に取り組んでいる。                                      | 家族や利用者からの意見・要望は職員が介護記録に漏れなく記載し、ホーム長および法人と連携して検討・フィードバックしている。介護計画の見直しや状態変化の際にはこまめに連絡を取り、要望の有無を丁寧に傾聴している。事業所として対応可能な範囲を明確に示し、曖昧な回答を避ける姿勢に努めている。  |                   |
| 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                                      | 常日頃から職員とコミュニケーションを図り、情報共有と意見聴取を行っている。さらに、3カ月に1回は個別面談の場を設け、ありのままの意見・提案を聞き運営に反映できるように努めている。                     | マニュアルを踏まえつつも、作業手順や時間配分の見直しについて職員間で協議し、状況に応じて柔軟に対応している。ホーム長は三～六か月ごとに個別面談を実施し、職員一人ひとりの対話を通じて意見を把握し運営に反映している。利用者アンケートからも、職員がいきいきと業務に取り組む姿勢がうかがえる。 |                   |
| 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      | 提示出社・退社を基本に、ライフワークバランスを整えられる事を重視した環境整備に努めている。前年実績から平均残業時間は1桁。社内のキャリアパス制度を明示し、個々のノウハウやスキルに沿った目標設定ができる環境を作っている。 |                                                                                                                                                |                   |
| 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         | 介護職員4段階、管理職3段階のキャリアパス（業務や技術に関する指標）を設け、他に付随する研修制度も職員のスキルに応じて行っている。社外研修にも積極的に参加。                                |                                                                                                                                                |                   |
| 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 | GH協議会での交流を通じ、情報交換を行っている。必要に応じて運営状況などの課題点について相談し合える環境がある。                                                      |                                                                                                                                                |                   |

| 自己<br>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<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 | 入居者様のアセスメントについては、ご家族様が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る。           |                                                                                                                                                          |  |
| 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            | 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る。        |                                                                                                                                                          |  |
| 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        | 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、提案し実行している。                    |                                                                                                                                                          |  |
| 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                        | ご利用者本人の意見を尊重し、共同生活に対する理解、本人のニーズを含め生活がしやすい環境を整えている。                                   |                                                                                                                                                          |  |
| 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         | 面会が自由にできる環境を構築。<br>どなたでも気軽に訪問をしていただいている。<br>ご家族と共に外出できる機会が多くある。                      |                                                                                                                                                          |  |
| 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                     | 面会・電話・手紙等のやり取りを通じてなじみの関係性を継続できるように配慮している。                                            | 利用者一人ひとりの思いや希望を日頃の言動から汲み取り、個別のレクリエーションを企画し実現に努めている。海を見たい、ラーメンを食べたいといった願いも順次かなえられるよう支援している。<br>また、家族の来所が二か月以上ない場合は、関係が途切れないようホーム長が連絡を取り、現在の様子を伝え面会を促している。 |  |
| 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                  | 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で誘って頂く等の工夫をしている。    |                                                                                                                                                          |  |
| 22                  |     | ○関係を断ち切らない仕組み<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  | 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る。<br>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る。 |                                                                                                                                                          |  |

| 自己<br>評価                    | 外部<br>評価 | 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 |
| 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<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                                           | それぞれの個性を尊重し、生活しやすい環境づくりをしている。散歩や、施設内での運動等可能な限りご希望に沿うよう対応している。                                                   | 利用者の意向を確認してから介護を行っている。言葉で伝えることができない利用者の意向は、表情や仕草、また、これまでの生活スタイルから検討して対応している。利用者の情報は、申し送りや会議で話し合い、情報を共有して対応している。                       |                   |
| 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                                       | 生活歴や生活環境、希望等については見学時・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る。                                                      |                                                                                                                                       |                   |
| 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                                                     | 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る。                                                  |                                                                                                                                       |                   |
| 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 | 毎月のカンファレンス、担当者会議を行い、ケアプラン更新時も意見聴取を行っている。現状の共有と併せて、適切な介護計画を作成している。<br>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る。              | ケアマネジャーは日常の介護業務も行っているもので利用者の状況を十分把握している。また、申し送りやユニット会議、全体会議での情報、居室担当からの情報を参考に3か月に1回モニタリングを行い介護計画を見直している。PTが立てるリハビリ計画や助言も介護計画に盛り込んでいる。 |                   |
| 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                        | スマートフォンを利用した記録システムを活用。記録を常時行っている。その統括データを介護計画作成時に指標としている。モニタリングにおいても、情報をその中から抽出しヒヤリング。<br>チーム全体で介護計画の見直しを行っている。 |                                                                                                                                       |                   |
| 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               | 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<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                                      | 入居者様の状態に合わせ、できる限りの支援を行っている。<br>散歩や地域イベントの参加は積極的に行っている。                                          |                                                                                                                                                                                     |                   |
| 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回のかかりつけ医による往診がある。<br>また、必要に応じて臨時往診や外部受診も行い、地域の総合病院とも連携し適切な医療が受けられる環境を整備している。                  | 24時間対応のかかりつけ医の往診が月に2回あり、訪問看護は週に1回ある。職員は、それら医療職と連携して利用者の健康管理を行っている。<br>外部受診は家族と協力して支援している。また、訪問歯科医の往診が週に1回あり、必要に応じて診てもらっている。                                                         |                   |
| 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                          | 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<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。 | ご利用者様が入院された時には、往診医による診療情報提供書や介護サマリー等で病院関係者と情報交換している。入院先との連携を密に取っている。                            |                                                                                                                                                                                     |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 「重度化にかかる指針」を入居時に家族へ説明、署名・捺印を頂いている。看取りの希望がご家族様から出た場合は、ご家族様・往診医・ケアマネジャー・施設長で話し合いを行い、今後の方向性を決めている。 | ホームには「重度化にかかる指針」が整備されており、入所時に家族に説明している。重度化や終末期になった時は家族、医師、ケアマネジャー、施設長で話し合い、今後の方向性を決めている。話し合いのもとで、特養や病院に移ることもある。ホームでの看取りを希望した場合は、家族の協力のもとで対応可能である。                                   |                   |
| 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                                              | 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る。救急救命講習を順次実施。                    |                                                                                                                                                                                     |                   |
| 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                                              | 年に2回の消防訓練を実施している。災害のBCPも作成し、職員と共有している。訓練の際には地域住民へ協力を呼びかけてはいるが、実際の参加は出来ない状況。協力訓練の実施が行えるようにしていく。  | ホームには「防災マニュアル」が整備されており、マニュアルに沿って年に2回、日中対応と夜間対応の自主避難訓練を行っている。訓練では隣接する公園など決められた場所に利用者を安全に誘導している。反省会では車いす利用者の誘導について話し合った。避難訓練の際には、近隣の方に声掛けして実施するが、これまで参加者はいない。また、消火器やAEDの使い方の研修を行っている。 |                   |

| 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 |
| 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<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                    | 尊厳の大切さは常にケア検討をする上で重んじている。<br>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。<br>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がある。           | 言葉かけは利用者を尊重した丁寧語を使っている。気になる場面では職員同士が注意しあい、ホーム長が状況を聞いてアドバイスしている。同性介護を希望する利用者には対応できる体制がある。ブログに使う写真やホーム内に貼る写真には同意を得て使用している                                                  |                   |
| 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                      | 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る。                                                 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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 | BPSDの強度や、重度化により優先順位をつけたケアを実施しているため、常にご希望に添ったケアを実施できないことが多い。                                            |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                                   | ご自分で衣類選びを出来る方はご希望を大切にし、体温調節だけ気を付けている。衣類選びから介助が必要な方は季節に合った身だしなみを支援している。                                 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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      | 出来る利用者様にはお茶の準備や食後の食器拭き等をして頂いている。利用者様により、ご飯は普通とお粥、おかずは刻みやミキサー、水分ロミ付け等で対応している。                           | 食事は法人内の事業所から完調品を取り寄せて台所で温めて利用者に提供している。みそ汁に使う食材やおやつのは、利用者と一緒に近くのスーパーに行き購入している。利用者のリクエストでラーメン屋や回転ずしに行くこともある。外食は利用者の好みや食べられるものを選別して、皆が楽しめるように計画している。準備や片付けは声掛けして職員と一緒にやっている |                   |
| 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           | 食事摂取量・水分摂取量については記録入力し、職員が共有している。夜間に水分を飲用される方用にドリンクボトルも用意している。水分摂取目標量を設定し不足している利用者様には職員が声掛けして飲んで頂いている。  |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                    | 毎食後に口腔ケアを実施。<br>週一回の訪問歯科を利用し、口腔内環境を整えている。義歯の方は毎日の洗浄を行っている。<br>月に1度、歯科衛生士より口腔ケアに関する助言を頂いており、職員間で共有している。 |                                                                                                                                                                          |                   |

| 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 |
| 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                              | 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、ケアを行っている。また便秘改善に向けたアプローチを薬剤に頼るのではなく、自然に排出が促せるよう食品や水分の工夫を行っている。<br>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る。 | 一人一人の排泄パターンは介護ソフトで管理されており、利用者に合わせて失敗のないようにトイレに誘導している。誘導の際の声掛けにはプライバシーに配慮している。便秘対策でも介護ソフトで水分量を計測して1日1500mlを目標に提供している。                    |                   |
| 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                                              | 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る。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る。                                          |                                                                                                                                         |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 週に2～3回の頻度で入浴支援を実施。<br>入浴は無理強いしないよう、拒否の際は時間・日程をずらす等している。                                                                             | 入浴は週に2～3回入ることができるように計画して支援している。拒否があるときは、時間や日にちを調整して入ってもらっている。入浴剤を数種類準備して楽しんでもらっている。                                                     |                   |
| 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                                               | お好きな時に居室で休息して頂けるよう、お声掛けしている。また、安眠出来るように、居室の灯り・寝具類の清潔に気を配っている。                                                                       |                                                                                                                                         |                   |
| 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                                          | 調剤薬局と連携し、居宅療養管理指導を受けている。薬剤師や看護師の助言に基づき適切な服薬を実施している。<br>また、職員ひとり一人がご利用者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、抗精神薬に頼らない介護や多重併用の防止に努めている。      |                                                                                                                                         |                   |
| 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                             | 一人一人の能力に合わせた役割をお願いし、共同生活に張りが出るよう工夫している。<br>個人の嗜好を汲み取り、出来る限り実現できるよう努めている。                                                            |                                                                                                                                         |                   |
| 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 | 個別に毎日の散歩や買い物等の支援をしている。<br>月に1～2回は近隣公園や施設等への外出企画を実施。楽しみを作るよう工夫をしている。                                                                 | ホームの前には日当たりのよい大きな公園があり日常的に交代で散歩に出かけている。また、外出企画を立てて、桜やバラ、チューリップの花見、外食、お菓子工場見学、洋品店などに交代で出かけて楽しんでいる。家族参加のおでん、鍋、カレーなどの食事会を年に4回実施しており、好評である。 |                   |

| 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                                                  | ご家族様との協議により、自身の金銭を所持して頂いておりません。<br>買い物の際にはご自身で選んでいただき購入できるよう支援している。                                                                                   |                                                                                                                                               |                   |
| 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                                                                           | 希望があればいつでも外線電話をかけることができる。また、お手紙のやりとりも馴染みの関係性が途切れることの無いよう能力に応じた支援を実施している。ご家族への年賀状は毎年作成している。                                                            |                                                                                                                                               |                   |
| 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 | ご利用者に安全な動線を考え、家具などの設置、ひとり一人の身体状況を見極め、検討している。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る。<br>また、季節感が感じられるようなフロア飾りなど、日頃の生活時間で作成を行い、気持ちの良い空間作りを行っている。 | 共有空間は掃除が行き届き清潔であった。テーブルやいす、ソファなどの家具は利用者が安全に移動できるように配置されている。壁には、季節ごとに職員と一緒に作成した作品や、行事の際の写真が多数飾られており、居心地よく過ごせるように工夫してあった。                       |                   |
| 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                                                      | 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<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                                          | 入居の際には出来る限り使い慣れた家具や、身の回りの物を持ち込んで頂き、安心して過ごせるよう環境を整えている。貴重品のお持ち込みはご遠慮いただいているが、ご利用者ご本人にとって必要であるものについては、紛失してしまうご理解をいただいた上でお持ち込みいただいている。                   | 居室には大きなクローゼットが設置されており、今使用しないものは収納できるので片付いている。また、使い慣れた筆筒やテレビ、いすやテーブルなど自宅から持ち込み、その人らしい部屋になっていた。居室ドアには写真付きやきれいに縁取りしたおしゃれな名札が貼られて間違いのないように工夫していた。 |                   |
| 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                                             | 利用者様の動線には手すりや設置されており、安全に移動出来るようになっている。<br>その自立支援に繋がる。                                                                                                 |                                                                                                                                               |                   |