

### 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	1271202762	
法人名	株式会社みくに	
事業所名	グループホームみくに松戸の園	
所在地	〒271-0061 千葉県松戸市栄町西5-1324	
自己評価作成日	平成 31 年 2 月 15 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://grouphomemikuni.p-kit.com/page158890.html">http://grouphomemikuni.p-kit.com/page158890.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	平成 31 年 3 月 21 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)】**

みくにに住んでいる方々老いや病気でできないことが多くなっても心穏やかに生活できるように支援します。出来ないことが多くなっても職員の手を借りて、出来るように支援し、できたときの喜びを職員と一緒に喜びます。ご本人様のそれまでの生活史をお聞きし、日課や趣味、好きなことをみくにでも行い、生きがいを持って過ごして頂きます。  
又、その生きがいを通して、他の方を喜ばせたり、楽しませる工夫をして「私も役に立っている」という気持ちを大切にします。  
施設の中に閉じこもらず、地域の方やボランティアさんに来ていただき、交流の場を持ちます。また、利用者様も買い物や散歩、行事などで、地域に入り『地域の中で生活する』ことを大事にします。

**【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)】**

法人の理念である「自分にしてもらいたいことを他人にもしなさい」を実現するための3つの介護方針を各フロアに掲げている。事業者は地域の一員として町会に加入し、クリーンデイ等に地域の方々と一緒にゴミ拾いをしたりして地域との関係作りに努めている。事業所主催の夏祭りや敬老会・クリスマス会等に近隣の方々にも声掛けをし、職員の子供や家族と一緒に参加してもらい楽しんでいる。ボランティアの方々が散歩や外食時等の外出支援の手伝いをしてくれる。入浴を拒む利用者への対応として、施設によって独特なアイデアを持っておられるようである。松戸の園では、ご子息の協力のもと「お風呂に入ってね」という内容のビデオレターを作って送って頂き、利用者がそれをタブレットで見て入浴に繋がったという事例も紹介しておきたい。

**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

〔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 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	管理者は理念にぶれることなく、現場職員へ伝えていく必要がある。現在の理念は対利用者様の介護としては、適切なものであるが、表面的な捉え方になってしまうので、理念についてもっと深めた、話し合いが必要。地域の中のみくにとしての存在意義について、理念がない	法人の理念である「自分にしてもらいたい事を他の人にもしなさい」を実現するための3つの介護方針を各フロアーに掲げているが、日々の介護に追われてしまっているためこれらを職員に言葉で伝え、介護に困った時には根拠を求めて説明し、理念や介護方針の実践に繋げている。	理念・方針を実現するためには、言葉だけで伝えるのではなく各々がそれぞれ口に出すことで身につくことが多いため、毎日唱和することが望まれる。
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人として日常的に交流している	日常的にはできていないが、時々の施設行事、地域行事には参加するようにしている。具体的には、クリーンデーや餅つき大会などに参加している。当ホームの夏祭りなどにも、参加していただいている。今後は散歩ボランティアなどや外出のときの付き添いボランティアなど、カフェのお手伝いなどを検討している	事業所は地域の一人として町会に加入し、クリーンデー等に地域の方々と一緒にゴミ拾いをしたりして地域との関係づくりに努めている。事業所主催の夏祭りや敬老会・クリスマス会等に近隣の方々にも声掛けをし職員の子供や家族と一緒に参加してもらっている。ボランティアの方々が散歩や外食時等の外出支援の手伝いをしてくれる。	
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	具体的に支援の方法を伝える機会を個別に設けているわけではないが、運営推進会議を通して、みくにのケアの考えをお伝えしている。定期的のみくにカフェを開催し、認知症の方と交流していただき、理解を深める時を持っている。介護相談も受け付けている。		
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、みくにでのケア、運営、考えを報告させていただいている。会議では地域の方から、貴重なご意見が出ているので、それを、日々の生活に生かせるようにできるかが課題。	運営推進会議は年6回、地域包括、町会長、介護相談員、薬剤師、あかねの会、家族等が参加して同じグループ事業所の「菜の園」と一緒に行い、各事業所の状況報告や事故報告等を行い、参加者からの意見・要望をサービス向上に活かしている。薬剤師からはノロウイルスについて説明を受けたりしている。	
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	運営推進会議に参加していただき、現状をお伝えしている。かわりが不十分な為、さらに協力関係を築かなければいけない。	市の生活支援課や介護保険課とは事故報告等を行ったり運営の助言をもらったりしている。不明な点は電話で問い合わせたり、メール等で研修内容やインフルエンザの情報等をもらったりしている。毎月行われる松戸市のグループホーム協議会に出席し、認知症介護についての地域相談や介護の質の向上のため情報交換も行っている。	
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	現在、玄関の施錠は行っている。それ以外のご利用者様の行動を制限する対応はしていない。一般職員の中には身体拘束の認識が不十分な者もあり、勉強が必要。	言葉による拘束については特に注意し、ケア会議の際に管理者が指導したり、フロアーミーティング等においてもスピーチロック等の事例を挙げて確認し合っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	研修の機会を設けている。 虐待がないように注意している。		

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
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	現在、成年後見制度を利用されている入居者様がいる。成年後見制度については学ぶ機会がこれまでなかった。		
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	契約時に当ホームについては、十分に説明している。ご家族から、疑問があった場合は、都度、お話を伺い、疑問点についてお話をさせていただいている。		
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	玄関前に掲示板を設置し、利用者様からの希望やご家族様からの苦情、要望を掲示している。運営推進会議にご利用者様やご家族様にも参加していただき、意見をいただいております。運営にも反映させている。○カンファレンスや面会時に意見をいただいているが、ご家族にとって言いたくてもいえない真情があると思われる	来訪時、ケアプラン作成時、運営推進会議時等で意見・要望を聞き運営に反映させている。外部評価アンケートには、液体タイプの手洗い石鹸は泡立てることが難しいので、泡タイプの物を使用しているなどの意見があった。意見・要望を実施した場合は、毎月全家族に送付する、各利用者の健康面、生活面、管理者からの連絡事項等を記載した「みくに介護だより」で知らせている。	
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	ミーティングや個別面談の機会を設け、意見を吸い上げている。ただ、ホーム長と直接話す機会は少なく、時間にも余裕がない為、管理職が、パイプ役となる必要はある。	日常の会話の中や申し送りノートに記載されている連絡事項や介護の必需品・利用者の為のプリンを購入してもらいたい等の意見を取り入れ運営に反映させている。フロアミーティングでは、働き方(休憩の改善)等の話が出たり、個別面談では、仕事上の悩みやプライベートなことが多い。	
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	給与水準や業務の改善など、見直すことはたくさんある。各自が向上心を持って働けるようにはまだまだ改善の余地がある。経営からすればやむをえない部分はあると思うが、働く側は勤務時間や人員配置には難しい部分もある		
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	研修の機会も設けてくれており、参加している。一度にたくさんの研修に参加することは勤務などで難しいが、提案してもらえる環境である。1年に1回は外部研修を受けられる機会があり、その後はホーム内で、共有している。役職者に対する専門的な勉強会などが少ないように思う。		
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	グループホーム協議会の勉強会に参加し、他事行書との交流の機会もある。管理職の交流はあるようだが、一般職員の交流が少ない、他事業所の介護のやり方を見ることが、自事業所のやり方が、すべてではないと発見できるいい機会になるのではないかと。		

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
<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 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	職員が介助しているときの反応や表情をよく観察し、本人の必要としている支援の手がかりにしている。よくお話を聞かせていただくようにしている。情報収集は心がけるが、いざ、相手の前に立ったら、ご本人を見るようにしている。ご本人が不安にならないように声がけ、接している。		
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	ご家族の声に耳を傾けようとしている。入所前には直接ご本人様にお会いし、情報収集している。幸い、ご家族様とは同世代の職員が多い。気軽にお話できる状況であるが、談話で終わらせずに、ご家族の言葉や、職員が感じたことを記録に残し、共有することが大事。月に1回ご家族に便りを書くが、一方通行の感はある。		
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	他のサービスの利用は不十分。地域密着型ゆえにこの近所の方の入所があるので、入所後も地域との関係を切らさずに、どんどん地域とかかわれる工夫は必要。初期面談で得られた情報を丁寧に分解して、組みなおすことで、本人を知る糸口にしている。ご家族が安心できる為に必要なことをまず、考えるようにしている。		
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	忙しいと、そのことを忘れてしまい、一方的やり取りになっていることがある。利用者様が主役の介護を目指しています。料理や掃除と一緒に、生活に参加していただいている。介護者、利用者という立場で区別せず、人間同士の信頼関係を築けるように努力しています。		
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	ホームでは看取りをすることを目標にしている。そのためにはご家族の協力が不可欠なので、日ごろから、利用者様の状態はお伝えし、イベントの際は一緒に準備などのお手伝いをお願いしている。		
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	体の衰えや認知症の進行により個別支援が難しくなってきた。ご本人様の社会がどんどん狭くなっていくようでは、馴染みの場所への外出ができない。どんなところへいきたいか、どこへ連れて行ってあげたいかなど、知ることが必要。	昔馴染みの所へ買い物に行ったり、馴染みの場所へ一緒に行ったりする支援を行っていたが、利用者のADLの低下が激しく、2か月に1回程度回転寿司に行ったり、ミキサー食の方がレストランであるみつやアイスクリームを食べに出かけられました。正月や誕生日に家族と一緒に自宅へ帰り、昔を偲ぶ利用者もいる。	
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	仲の良い方同士、楽しい雰囲気を作れている。ご自身で関係を作れない方は、皆の輪の中にお誘いしたり、その方の得意なことを一緒にするなど、工夫している。テラスを活用し、お茶を飲むなど、工夫している。		

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		
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	退所されたご家族様にも、イベントなどの参加をお誘いしている。				
<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 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	日々の生活の中のことばの中から見つけていくしかない。記録にも本人の言葉をそのまま残すようにと指導している。言葉にできない方は、対応したときのそぶりや表情、声などから代弁という形で記している。本人のことばを大事にしている。現在言葉にできない方は、過去に言われていた言葉を記録から拾い集めて、現状から推測したりしている。	発する言葉や表情から何がしたいかを汲み取り、「日々の記録」に残している。例えば、「・・・が好きだ」「・・・へ行きたい」「・・・が欲しい」といった言葉が出ると、極力その要望に応えるようにしている。また、険しい表情をした時は、トイレのシグナルだなどと判断し、そっとトイレ誘導を心掛けている。			
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	入所時、入所後にご本人やご家族のお話を良く聞き、ご本人が、生活のなかで、ふと漏らす言葉を記録に残している。個別の情報を見直す機会がないので、せめてケアプランの更新時に居室担当者の中でも、再確認したい。ご家族との信頼関係も必要。定期的に連絡を取り合えるようになりたい。				
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	一日の中で、ご本人としっかり向き合って話せる時間は多くないので、バイタルチェックや入浴、散歩の時などに、よくコミュニケーションをとって心身の状態の把握に努めている。生活リハビリに重点を置くようになり、「できること」を見れるようになった。				
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	ミーティングなどを活用し、モニタリングの為の意見や情報を各スタッフから収集している。居室担当者が十分にご本人の状況、課題、今後に向けた目標などをしっかり理解していないことが多い。今後はカンファレンスや、モニタリングにも参加してもらえるようにしたいと思う。	介護計画の見直しは、半年に1回行われる。計画の見直しに当たっては、利用者の事を一番よく理解している居室担当者の意見をカンファレンス、モニタリング等で聞くようにしている。月1回のフロアミーティングで利用者の状況の周知徹底を図り、「日々の記録」に記載されたデータがプラン作成での重要な要素となっている。			
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	アセスメント、モニタリングにおいて、日々の様子を記録した、「日々の記録」の書き方は重要である。その日々の記録を書く能力は各々異なり、どんな情報を記入したらよいかということも理解していないことが多い。今後の課題。日々の記録を書きっぱなしにせず、「ここから、今後のケアの方法を探っていく」という意味で、振り返りは必要。				
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	新しい試みとして当ホームでなくなられた方の、葬儀を行った。さまざまなアイデアを募る為に、スタッフ全員にこの施設や地域の問題として考えてもらう必要はあるのではないかと。地域のニーズを拾うことで、新しい動きも生まれるのではないかと。				

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	買い物や外食などを企画している。地域資源の把握が十分ではない。「認知症」「施設」ということで、閉鎖的なイメージである。もっと、地域とかわらなくてはいけない。自前で、地域資源を作ってしまったは？		
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	病状については医療に適切に情報提供ができていない。ご家族にも現状の様子や往診の状況についてもお伝えしている。医療、ご家族様、当ホームの関係が良好に保たれるよう、コーディネートしている。診療代を含めて、料金体系がどうなっているのかの把握の必要性を感じている。	現在、入居前から神経内科医を利用されている方が1名おり、通院は家族に同席をお願いしているが、綿密な連携が取れるよう情報共有を行っている。診察の結果は全て家族から聞いて、提携医に報告をして利用者全員の健康状態を一括管理できるシステムを組んでいる。	
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	定期的な訪問看護により、情報の提供はできている。看護職から得る医療知識は新たな、利用者様の見方を得られており、相談できる関係もある。看護職を招いて、勉強会の開催などを行っている。		
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。	あおぞらのDrにより、ムンテラやソーシャルワーカーとの面談も行うことができる。こうしたことにより、ご家族、ご本人のご意向に沿うことができ、また、不安にも寄り添うことができる。入院先の医療職との情報交換はご家族に頼ってしまっている部分はある。		
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	入所時から、ご意向の確認は行っており、カンファレンスごとにも確認している。都度、医療とも相談し、状態にあったケアプランも提示している。地域との運営方針の共有、支援の協力ができていない。	入居されている方達には、施設として最期まで支援することを基本方針としている。年に1～2名の看取りの経験もあり、いざという時は家族が部屋に泊まれるような支援を行っている。職員同士の勉強会では、看護師から提供されたマニュアルをもとに看取りに関する勉強が行われている。	
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	急変時の対応は、消防署職員を招いて行っている。マニュアルはあるが、すべての職員が、そのとおりには動けない。定期的な訓練が必要。		
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	非常時の訓練は2ヶ月に1回は行っている。もう少し、危機感のある訓練が必要。火災訓練は行っているが、さまざまな状況(火災、地震、水害)に対しての訓練が必要。	火災訓練は2カ月に1回行い、消火器を使つての模擬訓練、屋外への避難訓練等を行っている。水害に対する防災マニュアルを昨年度作成し、近くの中学校への避難を受け入れてもらっている。また、運営推進会議でも地域支援を呼び掛けている。	江戸川沿いに位置する所でもあり、水害に関する地域との連携が今後一層緊密になる事が望まれる。

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	
<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 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	認知症の進行により排泄の拒否が強い方がいる。穏やかに行えるように声掛けしているが、難しい。清潔を保つ為、本人の意思を尊重できないこともある。できていない部分も多い。職員同士、互いに注意しあえるような良い関係が築けるようにならないといけない。相手の言葉を肯定的に捕らえようと意識している。排泄の声掛けは小声でしている。	自分で歩けることが尊厳性を保つという面から、足もとの不安定な方であっても自分で歩きたいという意思があれば、歩行器を利用したり歩行訓練をして下肢を強化する支援もしている。プライバシーの尊重から、ドアを開ける時はノックの励行、あるいはその人がどんなことを考えているのか、他人の気持ちを大切にすることに努めている。		
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	できるだけ行っている。認知症の方なので、時間をかけて、待ち、自己決定していただいている。めまぐるしく経過していく時間の中で、どうしてもゆとりを持って傾聴したり、選択の機会を支援できるのかを考えると、「働かないで、仕事をする」支援の方向でしていきたい。なるべく質問を多くし、コミュニケーションの機会を持っている。			
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、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	多くの利用者がご自身のペースで生活しているとはいえない。ほとんどの利用者様がいくつかの選択肢の中から、選び、スタッフが支援していることが多い。「その日をどのように過ごしたいか」を改めて感じる機会は多くないが、その時々思いを汲み取ろうとして介護している。結果を急がせたりせず、「ゆっくりどうぞ」などの声をかけるようにしている。施設の業務が多く、忙しい雰囲気になっているときもあるが、極力、ゆっくりとした雰囲気を作るようにしている。チームワークが大事。			
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	ご自身の意思をはっきりいえる方には支援を行っている。おしゃれについて不満に思っている方は少ないと思うが、自己決定の支援をつけ加えることで、より、満足していただける支援ができるので内科と思う。十分行っていない。一人ひとりしっかりかわかれていれば、洋服の着方もきちんとしてあげれると思う。入浴の準備やトイレ介助の後はその方のことを考えながら、洋服の身なりを整えている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の3度の食事作りから、盛り付けまでやっていた。ご飯の盛り付けにも挑戦中。課題あり。「上げ膳据え膳」が長かったので、「お金を払っているのになぜ、しなくてはいけないの？」という方もいる。できるだけ、食事が楽しくなるよう、盛り付けもおいしうに盛り付けている。スタッフが見守れば、できることは多い。野菜を切ったり、皮をむいたり、いためたりとできる時、できることはして頂いている。	機能の低下により、食事時に手伝ってもらうケースが減ってきている。嚥下能力の低下による利用者はミキサー食が多くなっているが、他の人達と同じお皿に盛り付けをし、食事前にメニューの説明をすることで食欲が湧くように注意をしている。2か月に1回は外食機会を設け、寿司屋さん、ラーメン屋さん等に出掛けることがある。		
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	食事、水分、排泄は相互作用があるものなので、24時間チェックし、一人ひとりにあった支援を行っている。医療と連携し、情報交換しながら、チェック表を用いて、状態にあった、形で提供している。一人ひとりの水分量を把握し、足りない時はその方の好む飲み物を提供している。			
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に、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	訪問歯科と情報交換をしながら、個々の状態に合わせた口腔ケアを行っている。毎食後、口腔ケアの支援は行っている。口内炎や虫歯は食事量の減少などにつながる為、食事量が減ったときなどは口腔内を確認させていただいている。口腔ケアをめんどくさがり、拒否される方もいる。そのような方には、一緒に磨いたり、楽しくできる工夫している。車椅子の方も、洗面台へ行き、口腔ケアの意識を持っていただけるよう支援している。			

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	排泄チェック表を用い個別の時間を把握し、トイレ誘導で、尿失禁を防いでいる。精神面の不安から、何度もトイレへ行かれる方への支援は気持ちを尊重し、できるだけ付き添っている。自力での排泄が可能な方へは、最後まで、トイレ誘導の支援を行っている。排泄の中にも、ズボンを下ろす、紙をとる、水を流すなど、いろいろな行為があるので、それらをご自身でできるように促すのも、排泄の自立と思い、支援している。	食事・水分・排泄は相互作用があり、24時間チェックをして各人に合った支援が行われている。このような総合的判断のもと、具体的には排泄表、介護記録に記録され失禁をしないようにし、きれいになることを目指している。このことが、感染症に掛かるリスクの減少へとつながっている。	
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	食事では、乳製品や、繊維質のものを取るように、献立を考えている。毎日体操に参加していただいている。医療との協力により、適宜、薬の力も借りている。ヨーグルトやヤクルトの使用を提案し、ご家族に購入の依頼をしている。おやつにサツマイモや生姜湯を取入れており、薬だけに頼らない支援をしている。便秘の及ぼす影響を十分に理解しているとはいえないが、極力体を動かして頂くようになっている。散歩や一番奥のトイレを使うよう、声をかけている。腸の動きを促す為、便秘の方にはトイレの際に、腹部マッサージをして差し上げている。		
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	入浴拒否が強い方には、毎日入浴に入れる機会を作っている。また、浴室には富士山の写真を張り、心地よい雰囲気を作るようにしている。基本的に曜日で決まっているが、個別の用事、体調により流動的になっている。体調面で許す方には、お風呂好きの方への支援として、ゆっくり入浴して頂いている。	入浴を拒む人に対して、施設側から家族に提案して利用者宛てに入浴を呼び掛けるビデオレターを送ってもらった。息子さんからの呼び掛けのビデオを見て入浴された例もある。入浴は極力ゆっくりと入っていただけるよう個別対応している。車椅子の方も浴槽に入っていたらよう1人介助ではなく2人介助で浴槽に入ってもらおう工夫もしている。	
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	居室の温度、湿度調整、採光などに注意している。また、馴染みの家具や音楽を取り入れるなどして、居心地の良い空間作りに留意している。自ら休むといわれる方もいるが、訴えられない方へはその日の体調を見極め、臥床時間を作っている。夜、眠れない方へは暖かい飲み物などを提供し、気持ちを落ち着けていただくようにしている。		
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	医療職や薬剤師と情報交換し、把握している。しかし、一部の職員にとどまり、薬の効果やリスクを知らずに介護している職員もいる。皆で、情報共有できるように、申し送りやノートを使って、情報を伝えている服薬方法の徹底を行っている。特に、リスクの高い、薬に関しては、定期的に指導を行っている。		
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	一人ひとりできることは違いますが、ホームの中で役割を持って頂けるように、食事作り、掃除など、出来ることはして頂いている。十分に出来てはいるが、ケアプランには挙げている。特に「生甲斐づくり」自分が必要とされる場所があること、人とのふれあい、について支援していきたい。一人ひとりの性格に沿ったことば掛けをし、ご本人様の意向に沿った生活が出来るよう心がけている。施設の近所の方が幾人か入所されているので、地域の馴染みの関係を継続できるよう支援している。具体的に、近所の知っている店に買い物へ行ったり、知り合いを訪ねるお手伝いをしている。		
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	介護保険の改正後、個別外出が難しくなってきた。できる範囲での外出はしていただけるよう、機会作りに努めている。重度化や人員配置の決まりにより、以前できていたように、急にその日に思い立った外出が難しくなっている。ご家族の協力により、定期的な外出はできている。より充実した支援を提供するには、地域の力は必要不可欠であると認識している。	1日2人位のペースで職員と一緒に施設の周辺を15分くらい掛けて散歩している。個別支援として、近くのコンビニへ一緒にお菓子を買いに出かけたり、昔住んでいた家の近くまでドライブをするといった外出も行われている。散歩が難しい方には、テラスに出て、お茶を飲みながら外気に触れてもらう工夫もしている。	

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
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	ご自身で金銭の管理ができる方はいない。買い物支援の際も、支払いは職員が行っている。お財布を持っており、小額ではあるが、ご自身で、管理されている方はいる。施設の外に出なくても、移動バンなどの買い物はできるので、ご自身で買い物できるように支援することはできるのではないかと。今後の課題である。		
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	以前は、ご自身で電話でお話されたり、手紙を出したりされた方もいたが、現在はできていない。字を書ける方はいるので、手紙を書くのは良いと思う。今年はできなかったが、昨年の年始には年賀状を皆で書いた。		
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	リビングにはご利用者様が作られたカレンダーを毎月張り替えている。季節の植物や工作で飾っている。特に冬場は、寒いこともあり、空気がこもりがちになっている。定期的な換気は気分転換にもなるため行っている。ご利用者様の日々のご様子の写真を掲示し、見ていただいている。喜ばれる。	毎月張り替えられるカレンダーは、利用者たちの参加のもとに作られている。作ったものを見ながら周りの人が喜んでくれ、話題作りにもなっている。習字の得意な人の作品が壁に掛けられると、施設で自分なりの役割があるのだと感じている様子が見受けられる。また、気分転換の一つとして、テラスでの一時が憩いの場ともなっている。	
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	リビングからすぐにテラスに出られるようになってる。テラスではお茶を飲まれて楽しめる方もいる。いつもいる場所が居心地がいいのか。場所が決まっている。工夫の余地あり。一人が好きな方は自室に戻り、思い思いに過ごされている。2Fにはテラスがない為、ベランダの活用を工夫したい。		
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	入居前にご自宅にお伺いし、ベッドの配置など確認し、ご相談の上、家具の配置も工夫している。極力、ご本人様が安心されるように、馴染みの家具や小物を持ってきていただいている。	認知症の進行度合いを抑えるためにも、新しい環境に馴染みやすいように使い慣れた物を持ち込んでもらっている。部屋の彩光に注意を払い、朝、部屋のカーテンを開けてあげることで、自然な光が入り込み、自然の力による目覚めを促すことにもなっている。	
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	トイレなどはできるだけ、目立つように目印をつけている。歩行が不安定な方もいらっしゃる為、廊下の途中にソファを置き休んでいただけるように工夫している。		