

### 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	令和3年3月10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	令和3年3月19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)】

介護方針の中に「生き甲斐づくり」や「出来ることはしていただく」とあるように、利用者の入居時のアセスメントや日々の記録を通して、それぞれの利用者が何が出来るのか、また、何が得意でどんなことをやりたいのかを見極め、利用者一人ひとりに合った介護に努めている。例えば、自宅に居た時は家庭菜園をされていて土いじりが好きな利用者には、ホームの畑で水撒きや野菜作りを行ってもらうとか、ADLが低下してきているが職員と一緒に料理を作ったり、掃除をしたり、洗濯物を畳んだりして「自分もまだ役に立っているんだ」と思うような支援を行っている。コロナ禍で地域との付き合いが殆ど無くなっているが、運営推進会議を内部だけで行い、議事録を町会長や薬剤師等へ配布し、アフターコロナへ向けてホームの情報発信を行っている。

#### 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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、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している (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

## 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	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</b> 1271202762					
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。しかし、もっと伝えて、実践につなげていく必要がある。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っているので、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	「自分にしてもらいたいことを他の人にもしなさい」という法人の理念を基に①安全と清潔の保持②生き甲斐づくり③出来ることはしていただくという3つの方針を立てている。利用者には生き甲斐を持った生活をしてもらうため、一人ひとりが出来ることは自分でしてもらっている。例えば、職員と一緒に料理を作ったり、掃除をしたり、洗濯物を畳んだりしている。	
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。	日常的にはできていないが、時々施設行事、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	事業所と地域の付き合いは、コロナ禍で地域の行事が総て中止となり、回覧板を町会長宅へ持っていった時に情報交換をするくらいである。散歩も出来るだけ人のいない時間帯に行っているが、地域の方々と会うと挨拶を交わしている。車椅子の方も職員に押ししてもらい散歩に参加している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	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方をお伝えしている。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。	コロナ禍で会議は内部の中だけで行い、利用状況や運営状況等についての議事録を従来のメンバーである町会長や薬剤師、家族等に配布している。薬剤師の方は、毎週服薬指導を行ない注意事項を言ってくれる。例えば、錠剤の薬は潰さないでゼリーの中に入れてヨーグルトと混ぜて食べてもらうようにして下さい等の注意をしてくれる。	
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。かかわりが不十分なので、さらに協力関係を築かなければいけない。	市の介護保険課へは変更届や事故報告等を提出するために訪問した際に情報交換を行っている。感染症情報等については、電話やFAX、メールで処理することが多い。空室相談等については、地域包括と情報交換をし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 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を実施している。	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。	研修については、同一法人内の「みくに栄の園」と一緒に全員が受講できるように月3回行っている。身体拘束に関する研修も含まれ、インターネットによる動画を見ながら事例研修等も行っている。新入職員にはオリエンテーション時に動画を見て指導したり、OJT研修を現場で指導者と一緒に1ヶ月くらい行っている。	
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ける。		
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。○カンファレンスや面会時に意見をいただいているが、ご家族にとってもいえない真情があると思われる	毎月利用料の請求書と一緒に同封する「介護だより」には、利用者の日常の様子を撮った写真の他に、居室担当者からの健康面や生活面での出来事のコメント等があり、家族から大変喜ばれている。コロナ禍ではあるが、家族が衣類等を持ってきた時は意見等を聞くようにしている。例えば、家で家庭菜園をしていたので、こちらの畑で土いじりをさせて欲しい等の要望もある。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	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。	毎月のフロアミーティングの中で、トイレが事務室の中にありお客さんが入れないので何とかして欲しいとの意見が有り、更衣室の改修の際に事務室を通らないで入れるようにトイレの入り口を変えた。日常の会話の中では、介護だよりは自宅で作ったり、誕生日会の買い物は時間外で行っているため、超勤手当を出して欲しい等の意見も出る。	
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	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。料理や掃除を一緒に行い、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。	コロナ禍や利用者のADLの低下もあり、散歩しながら近隣の方々に合うことが減ってきた。元職員が理容師の免許を持ち、2ヶ月に1回の割合で散髪をしに来てくれ、利用者も顔なじみで1日15人くらい利用する皆さんも楽しみにしている。外出があまり出来ないので、ドライブでの花見やリビングに桜の枝を立てて花見を楽しんでいる。	
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。	言葉で表現できる人の思いや意向に対してはそれに応えてあげるよう努めている。言葉をうまく表せない人には、いくつかの言葉を用意してその中から選択してもらうようにしている。館の好きな利用者がご飯を食べた後や夜中に起きてきて物を欲しそう顔を職員の前で度々していた。ああ館が欲しいのかと状況を判断して館を与えると、満足げな顔をされることもしばしばである。	
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。個別の情報を見返す機会がないので、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。	居室担当者もカンファレンスに参加し、利用者の現況を細かく説明することでケアプラン作成者は見直し時に大いに参考にしている。杖歩行をされている方で転倒したことから危険と判断し、ミーティングの時に話し合いの結果、車いすに切り替えたことがある。車いすに替わったその人は、自家用車に載っているような感じで移動を楽しんでいる姿が見られる。	
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の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があるのではないか。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ら？		
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。	近くにある同じグループの栄の園と同様に医療体制の一元化を図る上からも、入居前のかかりつけ医から提携医に切り替えてもらっている。訪問看護師は各フロアに週1回の訪問をしており、全体では週2回の訪問を受けている。提携医も利用者1人につき月2回の往診のため提携医、訪問看護師は足繁く訪問しており健康管理には十分対応されている。	
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	定期的な訪問看護により、情報の提供はできていない。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。	重度化を迎えた場合の対応として、契約時に”重度化に関する対応処置”として契約を取り交しお互いに確認を取っている。重度化の利用者に関し、医師から「そろそろ看取り」という言葉が出ると家族と連絡し対応処置を検討することになる。職員はカンファレンスの代わりにマニュアルを読んで確認してもらおう。医師の指示があった場合、管理者が申し送りノートに指示事項を記載し、周知徹底させている。	
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。	車いすの利用者が増え重度化が進んできているため、今年度は非常時の訓練はできなかった。代わりにミーティング時に職員だけで火災・水害・地震における訓練をシミュレーションで行った。地域の支援体制は火災の場合、火災報知器を鳴らすことで町内会の役員宅に通報が入るようになっている。	

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
<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。穏やかに伝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ければいけない。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。	排泄の拒否の強い人には、本人の尊厳を傷つけないように優しい言葉で声掛けを誘導するように心掛けていく。統合失調症の方に対しては、否定せずに肯定的な言葉で応えてあげる。利用者の言った言葉をおうむ返しで話すことで、相手は自分のことを分かってくれていると安心する。職員は相手に対し、受容する態度で臨むこと、すなわち受け止めてあげる気持ちで接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、どうしたら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	多くの利用者様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り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		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしや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。おしや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。十分行えていない。一人ひとりしっかりかかわっていれば、洋服の着方もきちんとしてあげられると思う。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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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い。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んげ、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とき、できることはして頂いている。	ゆったりとした気持ちで食事を味わってもらうためにも、食事中は音楽を流している。おかげで、利用者同士の会話も弾むようである。利用者にとって自分の存在感を認めてもらいたい気持ちがあり、出来る範囲で食事の手伝いをお願いしている。定期的に行事食を組み込み、テークアウトの形でスーパーに依頼し作ってもらった物で食事を楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	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、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て口腔ケアを行っている。毎食後、口腔ケアの支援を行っている。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、楽しくできるように工夫している。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	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。	適宜なトイレ誘導で失禁も防いで利用者にとっては不快な思いも無くなり、一日の生活の充実に結びついていく。車いす利用者の方は便座に座り、用が済むと自分一人で立ち上がろうとして転倒するケースもある。排泄時、職員はトイレを離れるが車いすを膝の近くに置いて一人で立ち上がれないよう転倒防止に配慮している。自立で排泄できる人には、職員はそっと見守りすることに留めている。	
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、繊維質のものを取れるように、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している。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。	入浴を拒否される方には、入浴という言葉を使わず、例えば「ちょっとこっちへ来て見てもらえますか」といった別の表現で声掛けをしてみる。浴室に富士山の写真が貼られており、多くの人の心が和みゆったりとした気持ちで湯船に浸ってもらっている。入浴中の会話が信頼関係を築き、その人をよく知ることにとなり、入浴中の会話を重視している。	
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。十分に出来てはいないが、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、機会作りを努めている。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。	コロナの影響下であるが、ホーム周辺の散歩をする人は多く、車いすの利用者も散歩している。散歩だけでなくテラスに出て日光浴をしてもらったり、畑に出て作業をしている人もおり、多くの人に外気を吸って陽に浴びてもらおうとしている。外出支援に関しては、今年度は行われていない。	



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ない。施設の外に出なくても、移動パ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ないか。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。字を書ける方はいないので、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。	リビングとテラスが隣接しており、リビングから開放感のあるテラスに直ぐに出られるようになっている。利用者もテラスに出て過ごされるのを楽しみにしており、お茶を飲みながら談笑している姿もよく見受けられる。その光景を写真に撮って介護だよりに載せて送ると家族は大変喜ばれている。リビングはコロナ対策からも空気清浄機を設置し消毒、換気をし部屋の環境保全に努めている。	
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	リビングからすぐにテラスに出られるようになっている。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。	入居前から使っていた馴染みの物を持ち込むことで、生活環境が大きく変わらないよう心掛けている。ベッドの配置等も以前から使っていたような配置に気を付けている。居室内で清潔に過ごしてもらうため室内の整理・整頓は職員が手伝い、転倒しないよう余分なものは極力置かないよう配慮している。	
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	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やる為、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。		