

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5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	http://grouphomemikuni.p-kit.com/page158890.html
----------	---

【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5年3月20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にでも行き、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。時間の経過とともに進行する認知症や体の衰えを職員と一緒に考えて、ご本人とご家族が安心して過ごせるお手伝いをします。最期までその人らしく生活できるようご家族と一緒に支えられる協力関係を築きます。

【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)】

当該事業所では、利用者の生き甲斐を大切に、毎日生き活きと生活してもらえるよう配慮している。職員は、利用者の出来ることを探して、できないことが多くなっても寄り添い、一緒になって作業することで一緒に喜びあっている。自己評価では、前回に比べ6項目の評価が改善されている。これは、管理職体制が強化され従来の2名から、施設長職と管理職2名の3名になり、より広い視野から運営全般を吟味できるようになったことによる。医療体制面では、個人ごとに毎月2回の訪問診療を受けており、加えて毎週の訪問看護サービスも相まって丁寧な管理がなされている。重度化から看取りに至るまで、対応できる体制になっており、利用者が穏やかに過ごせるよう配慮されている。終末期の利用者には、枕もとで好きな音楽を流したり、舞踊が趣味の利用者にはYouTubeで日本舞踊を見せてあげて喜ばれた。付き添った職員の心のケアにも配慮して、グリーフケアによる対応も行っている。

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

〔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	
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	管理者は理念を理解し、現場職員へ伝えている。しかし、もっと伝えて、実践につなげていく必要がある。介護職員の中では実践できている部分とそうでない部分がある。 介護方針「安全と清潔を与える介護」「生きがいづくりの介護」「できることはして頂く介護」を一人一人はおおむね理解し実践している	職員は、利用者の方々に生き甲斐を持って過ごしてもらいたい、との思いで支援に取り組んでいる。このため利用者が出来ることを探して、自信に繋げてもらうようにしている。主婦だった利用者は、キャベツの千切りが得意で笑顔になった。トイレの介助では、仕事でなく当たり前の行為と考えることで、利用者からは自然に「ありがとう」の言葉をもらった。		
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。	コロナ渦のため、地域との交流や行事への参加ができなかった。現在は散歩に出かけるときに地域の方と挨拶を交わす程度の交流となっている。コロナが落ち着いたら地域のお祭りや餅つき大会などの交流を図っていきたい	近隣の住民との長年の触れ合いにより、気軽に話し合えるようになってきている。先日は、駐車場を貸してくれるよう依頼があり、場所を貸した経緯もある。地域のイベント等はまだまだ自粛傾向にあるが、日頃の散歩で出会うことがあれば、お互いに自然と挨拶しており、当事業所は地域の中に溶け込んでいる。		
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伝えていく。地域ケア会議への参加を通して認知症に関する問題の解決に向けた協力をしている			
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	コロナ流行の為、運営推進会議は文書での開催となっている。その中でも地域の方から、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。	毎奇数月の開催で、3月は久方ぶりに対面で開催した。会議内では施設内での様子分かるよう、スライドショーにしてみました。町内会・地域包括支援センター職員・薬剤師・利用者6名が参加した会議内容は、議事録にして市役所と参加者に、郵送で回覧している。会議での地域資源・医療等についての情報は、グループ会議にて職員間で共有している。		
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。また、人員基準や運営に関することを施設だけで抱えず、市の担当者と一緒に解決するスタンスで報告している。 コロナ感染の際は逐一感染状況を報告し、感染終息に向けた取り組みを共有できた。	松戸市介護保険課とは、普段ヒヤリハット報告・家族からの相談事項等の面談をおこなっている。コロナ感染対策でも報告・相談を行っている。	二か月ごとの運営推進会議の議事録などは、郵送でなく直接持参するなど、日頃から行政(松戸市)との面談機会を増やし、更なるサービス向上に活かしていくことが望まれる。	
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、玄関の施錠やセンサーマットの使用必要最低限の範囲では行っている。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。	毎月開催の身体拘束廃止委員会の開催に加え、年2回の研修を行い職員の理解度を高めている。一部、転倒が危惧される利用者には、センサーマットを活用して安全を期している。一方、日々業務上のストレスを感じている職員には、施設長・管理職が悩みや疑問を積極的に聞いて、相談に乗るようにしている。		
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	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が、職員自身にストレスがかかると言葉がけが丁寧でなくなってしまう場合がある。その時は問題点がどこにあるのかを明確にするため、話し合いを持ち、管理者が指導を行っている。			

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
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はいないため、成年後見制度については学ぶ機会がこれまでなかった。 今後、必要になる分野の為、知識を深める必要がある		
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	毎月、「介護便り」を作成し、ご家族に日常の健康面、生活面の出来事を報告している。 コロナ禍で面会ができないので、テレビ電話を使い交流を図っている。 管理者が電話やメールを使い、日常や課題となっていることを報告し、時には写真をメールで送っている。	各職員は利用者の日々の様子を、写真と文章でまとめ、管理職・施設長のコメントも加えて「介護便り」を作成し、家族に郵送している。家族からの要望は、外出希望が多いが、外食は個室を使用してもらおう等、制限付きで外出してもらっている。	
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	1年に2回評価シートを用いた個別面談を管理者と職員の間で行っている。 日ごろ職員間で問題となっていることをフロアミーティングの際に共有し、問題解決を図っている。	各職員は年2回、自己評価シートで自分自身の振り返りを行い、これを基に管理職との個別の面談をおこなっている。業務上の共通課題のほか、他の職員への指摘もある。管理職は個人批判を避け、共通課題に言い換えて、フロア会議で注意するようにしている。	
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	「職員の働きやすさ」に対する課題解決はまだ途上だが、職員一人一人はやりがいを持って前向きに仕事に取り組めるよう努めている。コロナ感染時は皆が一致団結し乗り越えられた。 今後は資格取得支援やワークライフバランスなど、会社と職員がともに成長する環境づくりが課題		
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	日々の業務の忙しさから研修の機会が減っている。1年に1回は外部研修を受けられる機会を作ることが課題。まずは月1回のケアミーティングでミニ勉強会から始めたい。役職者に対する専門的な勉強、スキルアップの機会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などを通じ、他事業所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。		

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	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ずに、どんどん地域とかが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、課題の共有を図っている		
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いる。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。 コロナ禍ではオンラインを通じて大切な人との交流を図る工夫が必要	コロナ禍でもあり外部との面談をできるだけ避け、利用者の最近の様子が分かる「介護便り」の郵送やLINE等のオンライン面談を活用している。土いじりの好きな利用者は、事業所の裏庭で菜の花やジャガイモ、夏には西瓜などを植えたり、競輪の好きな利用者は、レースの写真を貼っている。訪問理・美容は二か月ごとに利用している。	
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	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	コロナ禍の為、現在は退所されたご家族へのイベントへの声掛けは控えている。今後、退所後のご様子の確認を含めて関係性の継続を続けていきたい。			
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	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。	日々の触れ合いから利用者の発する言葉を拾って、当人の思いや意向を汲み取るようにしている。また、その人が出す表情の背景がどこにあるのかを探って、対処するように心掛けている。例えば、夕方になると立ち上がって落ち着かなくなっている人が、空腹のためにそのような行動をとることが分かり、お菓子をあげると落ち着きを取り戻すこともあった。		
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。	入居間もない人で日々足腰が弱くなっていくのを見て、居室担当・計画作成担当・管理者が集まり緊急カンファレンスを開き、個別リハビリをすることに決めた。食事を上手に食べることが出来なくなってきた人には、その人の程度を見ながら普通食からきざみ食、更に極きざみ食、へと変更していつている。日常生活の中の変化を見て今後の対応策が検討されている。		
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	コロナ禍ではご家族の面会も十分にできていないが、一律に面会禁止にするのではなく、入居者の状態を考量し、柔軟に対応している。たとえば、看取り期に近い方は面会は制限しないなどし、安心した環境づくりに力を入れている。			

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 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	コロナ禍で買い物や外食もできなくなり、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、閉鎖的なイメージがある。もっと、地域とかわらなくてはいけない。		
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	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。 具体的には、認知症の進行や病状の悪化の際は医療職とのカンファレンスを開催している	入居前のかかりつけ医の医療情報提供書を発行してもらい、ホームの提携医に切り替え、一元管理している。訪問診療は利用者にとっては月2回ではあるが、主治医はほぼ毎日来訪され利用者一人ひとりを診てくれている。職員も医師とは顔なじみとなっており、気づいた点は直ぐに医師に相談できる環境となっている。	
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。		
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。現在では医療職から看取り期の確認が取りづらい事があるので、介護職員のスキルアップの必要性を感じている。地域との支援の共有協力は不十分である	今年度、看取り実績は1件あった。看取りに当たってはカンファレンスを開き、ホーム長が看取りに当たったの全般的な注意事項を説明しホームができる対応をしていく。看取りの終わった後も振り返りを行い、グリーフケアに努めるようにしている。ホーム内の看取りでは、照明の調節、温湿度管理に気を付け音楽の好きな人には、音楽を流すような細やかな配慮を心掛けている。	
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(救命講習)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	非常時の訓練は定期的に行っているが、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。	5月に日中の想定、10月は夜間を想定した火災による避難訓練が行われ消防署に報告書を提出した。以前は隣接する同じグループ内の「栄の園」との共同訓練をしていたが、最近は個別に各々訓練が行われている。水害を想定した訓練は、運営推進会議で議題として挙げられたことがあるが、指定された避難場所が古ヶ崎中学校と遠いこともあり、現状はまだ訓練は実施されていない。	

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
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	認知症の進行により、排泄の拒否などがある利用者様がいる。無理強いしない統一した対応をとれるようにしたいといけない(一人一人が自分本位の対応になっている)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。安心できる声掛けの配慮を心掛けている	相手を尊重するうえからも、「汚い」というイメージをするような言葉を使わないように気を付けている。トイレ誘導でも、「きれいにしましょうか」といった言い方になっている。申し送り時は、本人のいる前ではやらないようにして、本人を傷つけないよう注意している。また、否定的な言葉を使うことでその人の世界を壊すことにもなりかねないため、肯定的な言葉を使い寄り添った介護を目指している。	
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	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。介護の場だけではなく、会議などで一人一人の気持ち、求めていることに思いを寄せることが大事ではないか。そのことにより、言葉で表現できない人の気持ちに少しでも近づくことができれば。		
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る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。十分行えていない。一人ひとりしっかりかかわってれば、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	食事の際の、みそ汁づくり(野菜を切る)を手伝って頂いている。感染対策と生活リハビリのバランスが難しい。時々食器洗いも手伝って頂いている。身体機能が落ちて食事作りができない利用者様には食事前にメニューを紹介し、喜んでいただいている	職員がやる方が早く済むことでも、相手の存在価値を認めて一緒にやることを重視している。野菜をきざんでもらった時などは、この野菜は〇〇さんがきざんでくれましたと紹介すると本人は大変喜んでくれる。食事に關しては先ず目で楽しんでもらうことをモットーとし、週1回はカレーライスを作って皆で楽しんでいる。	
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た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。羞恥心に配慮し、安全確認できる距離でトイレの外で見守る	本来、誰もが自分で用を足したいという気持ちを持っている。利用者の自尊心をいつまでも保持できるよう、排泄の自立支援に取り組んでいる。そのために、排泄がスムーズにできるよう、現在は全員がヨーグルトを食べている。更に、食前の体操には「のの字マッサージ」を取り込んで、腸の働きを良くして排泄に繋げるようなことも行っている。		
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。ヨーグルトをおやつに提供している。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や食事前に、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	入浴は個浴で職員がお誘いから介助からお見送りまで一人が担当し、心地よい雰囲気を作るようにしている。基本的に曜日毎で決まっているが、個別の用事、体調により臨機応変に変更し、おこなっている。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。	一人の職員が入浴の最初から最後まで、責任をもって入浴介助をしている。このことで入浴の満足も高まり、職員に対する信頼感も増している。ゆず湯につかって、季節感に浸ってもらうような工夫もしている。血压が高めであったり入浴当日に体調変化があった場合は、シャワー浴に切り替えるようなことも行っている。		
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努めている。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て、臥床時間を作っている。夜、眠れない方へは温かい飲み物や湯たんぽなどを提供し、気持ちを落ち着けて休んで頂けるようにしている。			
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は掛けをし、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することが課題			
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	2022年は花見へ行くことが出来た。外部と接触しない範囲で、日常的に近所を散歩を行っている。感染症が落ち着いている時にはご家族にも散歩へ連れ出して頂くよう声掛けしている。	外出もなかなかできる状態ではないが、昨年は三郷公園や日本大学歯学部の花見物に車で出掛けた。ホーム周辺の散歩は、歩ける人は殆ど毎日外に出て外気に触れている。家族が迎えに来て、自宅に2泊3日で戻られたこともある。近々、花見見物をしようとドライブで出掛ける予定も組まれている。		

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	自立度が高い方は携帯電話を持っており、ご自身の好きな時にご家族と電話で話している。手紙を書かれている方もいる現在ではできていない。字を書ける方はいるので、手紙を書くのは良いと思う。今年ではできなかったが、今年の年始には年賀状を書いた方もいた。		
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手伝ってくれて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。特に最近は、換気が不可欠なので、定期的な換気や空気清浄機を使った換気を行っている。	月日を忘れないように季節に応じた毎月のカレンダーを作り、リビング内に飾っている。普段はYouTubeで、大相撲や時代劇を見たり、昭和時代の音楽を聞き各々寛いでいる。暖かくなると、午前中はテラスに出てベンチに座り、日向ぼっこをしている姿が見受けられる。昨年は、1階と2階と合同でテラスを使ってバーベキューが行われた。	
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	1階はリビングからすぐにテラスに出られるようになってる。天気の良い日はテラスに出て日向ぼっこや保育所の子どもを見ている。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。居室内の清潔保持の為居室担当職員が手伝い整理整頓を行っている	利用者の生活環境を把握するため、入居前に職員が自宅を訪問し入居後の居室づくりに努めている。馴染みの物を持ち込むことで、今迄の生活の延長線上にあるようにし、不安感を和らげるようにしている。夫婦で入居されている方は、一部屋を夫婦の寝室、一部屋をリビングとして利用されているケースもある。	
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	施設内の導線には手すりが配置されている。浴槽をまたぐ時や、トイレ内でも極力自立して行う事が出来るよう、工夫している。		