

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6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6年3月22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。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)】

介護方針である「安全と清潔を与える介護」「生きがいがづくりの介護」ができることはして頂く「介護」を現場で具体的に展開できるよう、職員間で意識を共有化し実践に繋げて行っている。また最後までその人らしく生活ができるように家族と一緒に支え合うことを常に意識している。例えば、入居に当たっては今後の生活線上にホームの生活があるということに位置づけ、入居前に職員が自宅を訪問し持ち込むものを家族と一緒に相談しながら持ち込みようにし、入居後も安心して暮らしができるように注意を払っている。更に、ホームの特徴の一つとして、月日を忘れず四季折々の暮らしができるよう、利用者によって毎月カレンダー作りが行われていることが挙げられる。カレンダーには季節に合った絵などが貼られ、時の変化を感じ取ってもらう工夫もされている。

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 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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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
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	管理層が理念を理解し、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	介護方針を実現していくために、具体的には次のようなことを実践している。「安全と清潔を与える介護」では、衛生面からもオムツを極力替えないようにトイレ誘導を心掛けている。「生き甲斐づくりの介護」では、季節に合った行事を探り入れ、皆で一緒に活発に動く支援を実施している。「できることはして頂く介護」では、自立支援の上で今まで覚えていた動作を繰り返す支援に力を入れている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	コロナ禍が続いたため、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交流を行っている。コロナが落ち着いてきて、徐々にボランティアの受け入れを再開している。	運営推進会議は5月より対面会議に代え、家族も参加している。コロナの緩和に伴い、ボランティア団体から再開の働きかけもあり、牧師が来訪され、「チャペルタイム」という時間を作り利用者に話をしてもらう機会を設けた。松戸市内の高齢者支援連絡会に加入しており、2カ月に1回市の主催による地域ケア会議では認知症に関する質問を受けることがよくある。	
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。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	コロナが第5類へ移行後は、運営推進会議は対面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おり、日々の業務に活かしている。委員の方には実際にホームへ来ていただくことにより、会議だけでなく、実際の入居者様の生活の様子を見ていただくことが大事と考えている。	コロナの緩和を受けて、運営推進会議は5月から対面形式に切り替わり、家族の方も参加できるようになった。会議中に外出案件が話題になり、町内会や民生委員から地域の桜の見ごろスポットが紹介され、これを受けて外出計画を立て、実際に外出した。会議には他のグループホームからも参加があり、地域内の情報交換に役立っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	運営推進会議には市の窓口として介護保険課も参加しており、事故報告や利用者に関する相談にも対応してもらっている。介護保険課が主催する地域会議を通じて、ホームの運営に役立つ情報交換や指導を仰ぐこともあり、コミュニケーションを十分に図っている。	
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。 なお、身体拘束廃止検討委員会を設置し、外部の方の意見も取り入れながら、職員会で検討を行い、身体拘束がない職場づくりに努めている。	ホームの前の通りは車の往来が多いため、安全を考慮して玄関を施錠し、利用者が誤って外に出ないように注意している。運営推進会議で身体拘束廃止委員会を設け、会議出席者と連携して運営を進めている。出席者からは、どのような状況になったら身体拘束につながるのか等の質問も出て意見交換もされている。	
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、職員が気持ちが悪くなったり、悩みを抱えていそうな場合は、管理者が寄り添い、話をする機会を設け、対応や導を行っている。		

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様が1名おられる。以前は成年後見人制度に対して知識は不十分であったが、今後ますます必要になってくる制度なので、理解を深めたい。		
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	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。コロナ渦で面会ができなかったが、5月以降は積極的に面会を行う方向で取り組んでいる。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。	介護便りに写真も取り入れて欲しいという意見もあり、現在、LINEと介護便りを併用して利用者の生活状況を分かりやすく伝えるようにしている。利用者の孫がサントリーホールでバイオリンの演奏をする際、連れて行けないかの問い合わせがあった。迅速に対応し、演奏会に参加できるよう段取りを組んで家族の希望に応えた。LINEを活用したコミュニケーションが役立つ事例の一つといえる。	
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。	年2回、評価シートを活用して職員との個別面談を実施している。職員は会議ではなかなか意見を述べにくいこともあるが、この場を通じて積極的に建設的な意見を聞くことができている。毎月フロアミーティングを行っているが、議題を職員から事前に出してもらうようにして、各職員の意識を高めている。会議後は課題に対する評価を出席者間で行い、具体的な対策につなげている。	
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	日々の業務が忙しいと研修の機会がなかなか取れないが、月1回のケアミーティングの時間を活用し、ミニ勉強会を開催している。また新入社員を育成する際も、短期間で立ち立たせせず、しっかり時間をかけて育てる取り組みを行っている。		
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	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、他事業所との交流としては、姉妹施設『みくに栄の園』と交流研修を行い、人材育成に努めている。		

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
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と捉えている。		
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	良いケアは、ご本人様やご家族様との良好な関係から作り出せると思うので、積極的なコミュニケーションは必要。法人内他サービスの『訪問介護』の利用者様がグループホームへ入居されたこともあり、利用者様とご家族様が必要と思うサービスで支える支援に取り組んでいる。		
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	入居者様の状態により、参加できる場面は限られているが、洗濯物たたみなどはして頂いている。お料理は出来る方が限られるが、日常生活の場面以外でも、行事の際は餃子と一緒に作っていただくなど、参加の機会を作っている。		
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	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	コロナが第5類へ移行後は、積極的に面会を再開し、現在は居室にて面会をして頂いている。また、希望があれば、ご自宅へ外泊される方もおり、グループホームに入居後も関係の切れない工夫を行っている。	面会も再開されるようになり、元教師であった人の教え子や友人、近所の人々が利用者を訪ねてくれるようになった。毎週火曜日に娘さんが来訪し、利用者をご自宅に連れて行っている姿が見られる。	
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	先日、退所後の利用者様のご家族様からご連絡があり、書類作成の依頼を承った。また、退所後に亡くなられた利用者様のご家族様からもはがきを頂いた。今後も、関係性を切らず、『みくにを利用してよかった』と思っただけの支援をしていきたい。		
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。	言葉にしにくい利用者の意向を汲み取るため、一人ひとりの言語や表情を「日々の記録」に書き込み、職員間で情報を共有し、利用者ごとの対応の参考にしている。さみしさを感じている利用者が多く、かまってほしいというアピールが多い。また、一人の血圧を測ると、近くにいる利用者も測ってほしいとアピールされる。	
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。ご家族には管理者がこまめな連絡を行い、コミュニケーションを取る工夫を行っている。ご本人からの意見を介護計画へ反映させていくことは今後の課題である。	新入居者には、一か月ごとにケアプランを見直し、より良い生活が送れるよう修正している。ケアマネは、日頃の職員会議の情報や「日々の記録」、職員からの聞き取りを元にケアプランの見直しを行っている。ケアプランを修正する際には、家族に経緯と対応策を連絡し、相談している。	
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	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、その時々にも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	『地域の認知症ケアの拠点』として、認知症の困りごとに対しては関わっていききたい。認知症と思しき方の保護にも協力した。急を要する入所に対応するため新たにショートステイの認可を取得した。引き続き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ます。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	訪問医は月2回の往診を行い、訪問看護師も毎週来所している。利用者全員を2回診察するため、ほとんど毎日医師が来所し、緊急の場合も安心できている。往診医でなく、かかりつけ医に受診する場合は、家族に付き添ってもらっている。	
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	介護職員は、入居者様の日常の体調変化や認知症の進行具合をこまめに観察し、得た情報を職員間で共有し、必要を感じた場合には訪問看護へ情報共有を行っている。しかしながら、訪問看護は外部へ委託しており、訪問に時間がかかってしまう事がある		
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。入退院の際には入院先の医療職や相談員と連絡を取り合い、ご家族様が不安のないよう、努めている		
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、事業所です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まだまだ不十分であるが、今後協力関係を築き、顔の見える関係の構築に努めたい。	入居時には、必ず重度化に対する方向性を家族と確認している。利用者の変化に対しては、医療関係者と職員がこまめに連携している。終末期には、医師からのムンテラの説明を家族と一緒に確認し、看取りも対応できている。また、職員も終末期に対する対応方法を習得している。	
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	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。今年度に、法人内でAEDの設置を行い、取り扱いの講習を行った。とっさの時にはAEDの使用を行うようにしている。		
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	火災訓練は定期的に行っているが、最近の訓練では、『日中の火災』を想定した訓練が中心となっている。入社後、日が浅い職員は、まだ夜間の火災や地震、水害を想定した訓練に参加したことがない職員もいる。様々な状況に応じた訓練の実施が課題である。	災害発生時には別棟の事業所職員と連携するBCP計画を立てている。備蓄食料や水は三日分を備え、緊急電源も保有している。また、火災訓練は定期的に年に2回行っている。	

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 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、排泄の失敗などがある利用者様がいる。無理強いない統一した対応をとれるようにしないといけない(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	女性の利用者には、異性介助を避けている。利用者から排便の報告を受ける際は、OKサインで意思疎通を行っている。また、トイレ利用時には、便座に座る前の、着衣を脱ぐ手順の絵をトイレ内に掲示し、利用者が自立できるよう支援している。	
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。十分行えていない。一人ひとりしっかりかかわれていけば、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	事業所では、主菜は専門業者から供給を受け、ご飯とみそ汁は自ら調理している。食事時には、テレビを消し音楽を流し、食事に集中できる環境を提供している。また、毎日のメニューを事前に案内し、食欲を刺激している。さらに、毎週日曜日には、事業所内でカレーを作り、その香りを楽しんでもらっている。	
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、指導を仰ぎながら、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	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	利用者一人ひとりの排泄パターンに対応するための取り組みが行われている。声掛けの際には、小声で「ちょっと行きましょう」と言い換え、利用者が恥ずかしくないよう配慮がされている。また、便秘気味の利用者に対しては、牛乳を飲む、薬を服用などのマニュアルが作成され、適切な対応が可能となっている。	
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。毎身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。	入浴をより楽しむために、温泉地に例えて入浴剤を使用している。入浴を拒む利用者に対しては、脱衣所にある洗濯機を見てもらうよう誘導したり、「着替えだけしましょう」と段階を踏んで入浴に誘導している。また、入浴は異性介助を行っていない。	
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も努めている。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。特に内服薬の変更があったときは、状態の変化に素早く対応できるようにするため、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	2023年も花見へ行ったり、クリスマスイルミネーション見学のため、外出の機会を作ることができた。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協力していただき、散歩にもいける工夫を行っている。	毎日、利用者が外の空気に触れるよう、事業所周りを散歩している。また、桜の花見の場所を決めたり、クリスマスシーズンには夕方5時ぴったりに点灯する駅前のイルミネーションを楽しむ機会を提供している。普段、家族と一緒に墓参りや外出に出かけるときは、留意点を確認してもらい、外出支援を行っている。	

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
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少数。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かれた方もいた。		
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。 また、定期的に席替えを行い、入居者様の気持ちが安定する住環境の工夫を行っている。	利用者が参画して集まり、毎月季節感を表現した手作りのカレンダーを相談しあって制作している。自分たちの制作したカレンダーのある空間で時間を過ごすことで、共有空間の居心地の良さが向上している。また、市の支援を受けた大型の空気清浄機で、部屋の中の空気をきれいに保つことで、より快適な空間を提供している。	
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	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。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、ベランダから日光浴や外の景色を楽しんでいただく工夫を取っている。		
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。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	入居を予定している新たな利用者が、今までの生活線以上に事業所での生活があるように、自宅まで職員が呼んで行って、持ち込むものを家族と一緒に相談して新たな居室に持ち込んでいる。また、利用者が寝起きの負担を減らせるよう、医療用ベットを活用している。	
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。		