

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	2390100135		
法人名	(株)メグラス		
事業所名	グループホームめぐらす香流		
所在地	愛知県名古屋千種区香流橋1丁目2番1号		
自己評価作成日	24/01/22	評価結果市町村受理日	令和6年4月16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	
----------	--

【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なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	令和6年2月29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)】

法人の理念・行動指針等クレドに沿って常にどう行動したらいいのか、どんなケアをしたらいいのかを普段からスタッフ同士でコミュニケーションを取り合っている。更に入居者担当制にし、ひもときシートを活用しながら個別ケアにつなげている。また月に2回の施設会議で、困った共有をし、どういったケアをしたらいいのかを行っている。コストナントに行くことで、不適切ケアの予防、スタッフのストレス軽減につながりそれがより良いサービスにつながっている。「LINEWORKS(社内のLINE)」で、タイムリーな情報をやり取りしている。医療スタッフともすぐに連絡が取れるため、医療的ケアも速やかに受けられている。ADL低下しGHでの生活が困難になった際は、法人内の別施設への転居の提案をして、家族や本人の負担や不安を少なくなるよう支援している。手づくりの食事や庭での家庭菜園など利用者様の以前の生活、その方らしい生活を継続できるように自立支援に動いている。

【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)】

法人理念「よいめぐりを世の中へ」の下、職員は利用者の立場にたって一人ひとりを大切に思い、その方らしさが最大限活かせる方法を考えながら日々のケアで支援に繋げている。携帯カードや会議で繰り返し確認を行い職員間のコミュニケーションも図られている。利用者の事業所入居以前の生活をなるべく継続できるよう情報収集しながら個別支援に取り組んでおり、例えば花壇の草取りや家事参加はレクの一環として「楽しんでやってみよう」ことを目指している。日常的に口腔体操やラジオ体操、脳トレ、トランプ等のゲーム、童謡をうたう等の色々なメニューをちりばめて無理なく参加することでADL低下にも努めている。利用者はユニット間を自由に移動でき席も固定されていない。今後は事業所内にとまらず広く地域や外部の方々との交流を通じて利用者の「安心して楽しくその方らしい生活」の実現・継続に向け取り組まれることを期待したい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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	理念は「よいめぐりを世の中へ」クレドに基づき行動出来るように教育の場面、月2回の施設会議など日頃から共有されている。介護サービスを「安心をたいせつに」「つながりをたいせつに」「その方らしさをたいせつに」「目標をたいせつに」を掲げ、住み慣れた場所で安全にその方らしい生活を送っていただけるような支援を実施している。月に2回開催している会議では理念について確認しており、人事考課にもそれを取り入れることで理解の促進をしている。	職員は理念や行動指針が具体的に書かれたカードを常に名札に入れて携帯し日常ケアの中で迷ったら立ち戻って考えるようにしている。会議の中で繰り返し説明や話し合いをすることで支援の方向性の統一を図り実践に繋げている。実践状況は人事考課の中で確認している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議の際に民生委員や地域包括の方を呼んで交流を行っている。レクの一環でスーパーや地域の図書館、近所のペットショップに行ったときに挨拶して交流を図っている。	住宅地立地ではないため地域との関係性構築が難しい。近隣の散歩や図書室で挨拶を交わしたり、ペットショップのヤギは利用者の心の癒しとなっている。夏は花壇の夏野菜の栽培時に近隣の老人ホームの方が声をかけて下さることもあった。	地域とのつながりの中で暮らせるよう町内会長はじめ各種地域住民への声かけや情報収集に着手し、各種行事への相互参加を通じて交流の機会を作られることを期待したい。
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	施設を訪ねて来られた方にグループホームについて質問された時に説明を行ったり、道端で困っているご老人がいらしたことで知識を生かし対応出来ている。		
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	職員だけでなく利用者、KP、地域の方に質疑応答の時間を設けサービス向上に努めている。入居者様の希望である「外出したい」をご家族様を知ってもらえたことで外出に協力的になられ、外出の機会が増えたり面会頻度の向上につながっている。	年間6回開催し、運営状況、事故やレクの報告、意見交換を行い、日常生活の写真をスライド化し様子を伝えている。外出レクや食事内容が知りたいという意見や要望は次の会議で具体的な写真を見せて対応している。	地域関係者や行政等種々の方の参加を得て、運営や課題について情報共有したり、課題へのヒントをもらえる内容となる会議の実施を目指されたい。
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取り組んでいる	事故報告、人員について相談、虐待の報告、実地指導など実状や、現状報告している。運営推進会議に参加していただき、日頃の様子を見ていただけるようにしている。	更新手続きや事故報告等必要に応じて担当課へ出向いたり、メールで内容を伝え連携している。生保担当者への調査にも協力している。研修の案内が届き、内容を見ながら都度参加している。	
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	委員会の設置し月に1回身体拘束委員会を実施し、身体拘束はどんなものがあるか、身体拘束をしていないかの確認を職員全員で行っている。また、理解を深めるための勉強会では実際にあるようなものを例として考えてもらうようにしている。拘束が必要な際にはご家族様に説明し同意をいただいております。入居者様の安全を第一に考えてケアを実践している。エスケープが実際に起こったことがあるので玄関の施錠は実施している。	毎月の委員会で身体拘束について具体的な内容を確認し周知徹底を図っている。会社より2ヶ月に1回、アンケートがあり、起こりうる可能性のある内容に対し勉強会で更なる理解に繋げている。スピーチロックに関して都度気づいた際に注意喚起して防止に努めている。安全面やエスケープの実例を踏まえ、玄関は施錠している。	
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	高齢者虐待防止委員会の設置を行い、月に1回の施設会議で虐待に該当するケアがないかの確認を職員全員で行っている。またその際に実際にあった虐待事例の共有を行い学ぶ機会を作っている。2ヶ月に1回社内研修として高齢者虐待防止チェックテストを実施し、全問正解するまでテストを行っている。		

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	認知症実践者研修の受講を進めており、2名が新たに受講し権利擁護について学んだ。 なぜその方が成年後見制度を利用しているかについて考えることに繋がった。関係者と密に連絡をとり、連携する事によってその方の権利を守り、安心してその方らしい生活が送れるように支援している。		
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	契約書を見せながら説明をし、不安や疑問点、質問がないかの聞き取りを必ず行っている。そして不明点等があればその都度説明している医療連携体制の説明や事業所の対応可能な範囲についても説明し納得を得られるように努めている。 今まで入居後の大きなクレームは起きていないため、十分に納得いただけている。		
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	玄関に意見箱を設置してないかあれば記載していただけるようにしている。また運営推進会議の際に本人様やご家族様から頂いた要望を反映させている。「外出したい」と要望があった方がいたため近所を散歩した。その様子を次の運営推進会議時に共有し、実際に行えたことを見ていただけた。	玄関に意見箱を設置している。家族の面会時にはこちらから声をかけ日常を伝え、意見や要望を話しやすい環境を作ったり、運営推進会議でも聞き取るようにしている。具体的な様子やケア面での困りごとを伝えることで家族に納得してもらえた事例もある。出された内容はLINEワークスや電子カルテカミックで共有している。	
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	常日頃から耳を傾けてもらえる風通しの良さに加え月に1回以上の1on1、月に2回の施設会議で議題として挙げられる場や3ヶ月に1回の従業員満足度アンケート、いつでも投稿できる相談窓口を設置がある。ラインワークスを使って個人とも気軽に意見交換する事ができている。	月1回以上の個人面談では相談者を個々に選択でき、内容により細かい内容にも応じてもらえるようになっている。会議や満足度アンケート、いつでも投稿できる相談窓口の設置等で職員は何かあれば意見や提案を言える環境が整っており、それが反映されることでやりがいにつながっている。	
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	半年に一度人事考課があり、人事考課では半年間の行動をCREDOIに沿って自己評価しプレゼンする。自己評価が給与に紐付いていること、多くの人に認めてもらえることからやりがいを感じ、向上心を持って働いている。 また、より良い条件の整備のため人事コア会議が開かれている。		
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	社内内の研修やトレーニング動画、虐待・身体拘束テスト・感染症テスト等を行っている。外部研修として資格取得も積極的に行っており、今年度は認知症介護実践者研修2名、実務者研修5名、介護福祉士試験2名参加予定である。 新入社員に対してもひとりでもできるもんシートと呼ばれる成長度合いを全員で共有できる制度がある。 ブラザーシスター制度があり、教育担当・施設職員・採用担当が新入社員に対して一緒に伴走している。		
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	社内のヘルプ等で施設間を行き来し、情報交換を行うことでサービスの向上に繋がっている。またプロジェクトや1on1などで社内でも交流できる機会も多くある。 資格取得の研修先で同業者との交流がある。例えば、認知症実践者研修のグループワークにおいて身体拘束の認識がグループメンバーごとに異なり、チーム内での認識のすり合わせが必要であるということ等を学んできたスタッフが施設会議で身体拘束について提議し、研修先での学びをチーム内にも展開することでサービスの質向上に繋がっている。		

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	入居前の本人面談から施設職員が行き、必要情報の聞き取りやアセスメントの作成を行っている。施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。入居後もアセスメントを確認しながら本人様の状態、希望に沿ったサービスを提案できるように努めている。また、困ったこと、不安なことがないか聞き取りを行い安心していただけるようにコミュニケーションをとり信頼関係を築いている。	
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	施設職員が見学対応を行うことで施設の実際の様子などを細かくお伝えしている。入居にあたっての要望や心配事などがなくても細かく聞き取るようにしている。入居前の本人面談、アセスメントの作成も行い、施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。施設入居後も面会に来てくださった際や状態に変化があった際には細かく様子をお伝えすることによって安心していただけるように努めている。	
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	入居前の本人面談、見学時、アセスメントの作成、家族の意向も聞き出し、施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。過剰なケアを行うのではなく「その時」に必要なケアを行うように努めている。	
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	尊厳を大切に本人のやりたいことができることを聞くようにしている。自分でできることは自分でやっていたら困ったらお手伝いさせていたたく、できることを奪わないように努めている。洗濯物を畳んでいただくなどの共同生活を行うにあたって必要なことも無理のない範囲で行っていたい。	
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	面会に来られた際には普段の様子をお伝えして、会えない時間も少しでも不安のないようにしている。「外出を増やしたい」という家族の意向を聞き取り介護度などを伝え外出の時に安心できるようにサポートしている。また施設で出した案を押し通すことはせず、家族からも意見をもらい最適を探っている。	
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	本人の昔の友人から連絡があったときに面会に繋げられるよう家族に連絡している。実際に昔の友人が面会に来ることが出来、喜ぶ様子を見ることが出来た。また、図書館や初詣、ブックオフ、買い物、散歩など馴染みの生活が続くように支援している。	知人や友人の面会は電話での照会后、キーパーソンの確認をとって受入れている。冠婚葬祭も要望があれば対応している。面会の少ない方には電話の取り次ぎも支援している。
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	性格が合わない方は席を離したりして口論や喧嘩にならないようにしている。いい関係の方には近くに座って話し合えるように努め孤立されている方がいたら本やTVなど話題の提供に努め、楽しく話し合える機会を作っている。	

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	同法人内の他施設に移動された方も多くいるが契約終了後も必要に応じて情報を送ったり様子の確認に行ったこともある。全施設の施設会議の議事録が共有されており転居すぐでも情報を集められる様になっている。他施設の会議にもスポットで出席できる機会もありサポートしている。		
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	入居時からアセスメントの情報を反映させて介助していることや、普段からメガラスの行動指針のGuiDelに沿って介助し本人や家族の希望を叶えられるよう努めている。	家族から利用者の生活歴の聞き取りや利用者へ直接聞いている。意志疎通が難しい人にはアセスメントからの情報分析に寄り意向を導いている。又声掛けて表情、発語から汲み取ることもある。得られた情報はカナミックやラインワークスで共有され支援に努めている。	
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	ケアマネによるアセスメントの確認に加えてご家族が面会に来られた際にどんな生活をしていただいていたのか聞き取る。		
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	情報共有としてラインワークス内にADL表を作成し、変更点があれば都度更新を行うようにしている。自立支援をする中で普段の過ごし方や心身の状態を観察し把握に努めている。		
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	入居者様がより良い生活ができるように職員は施設会議で話し合いを行ったり、面会時や電話でご家族様に随時共有し今後の意向を聞き取りしている。ケアプラン作成後もこまめに確認を行い変更が必要なかのモニタリングを行っている。	モニタリングは基本三ヶ月毎に行なっているが、状態変化に応じてモニタリングされる。要支援者は半年毎に行っている。介護計画は現場状況の確認、ラインワークス、カナミックに寄る職員情報、記録等と出された家族の意見等又看護師から医療的部分等を聞いて、これらを集約しプランに反映されるように半年毎に作成されている。	
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	ラインワークスやカナミックに記録し共有している。小さな気づきや変化も記録して会議でも確認している。また区分できない小さな気づきなどは自由記述で記録し、会議でその気づきの数を称賛し計画見直しに活かしている。		
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	現状や提供しているサービスを健全に疑いあるべき対応を可能な限り探している。 外出がしたいと要望があった入居者様がいたので、そのことをご家族様に伝え外出するようにしてもらった。地元へ帰省できたことによってイキイキと笑顔になっていただくことができた。		

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	本人の買いたい物や、本を借りたいなどの希望があった場合は職員が買って来たり借りたりせずに入居者様が自分で行けるように支援している。車椅子や歩行など本人のADLに合わせて一緒に同行し地域資源を活用している。		
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	月2回の訪問診療で日頃の状態など細かく伝え、相談している。また病院受診を無理に押し付けるのではなく、ご本人様ご家族様の希望を優先している。 施設のかかりつけ医だけでなく希望があれば今まで通っていたクリニックにも往診していただけるようになってきている。	協力医の往診は月二回で24時間対応である。専門医受診は家族の希望があれば紹介状を出して貰っている。又入居以前のかかりつけ医の往診を受けている人もいる。日頃から看護師との連携があり緊急時等の際は指示を仰いでいる。訪問歯科は月一回で歯科衛生士に寄り口腔指導は毎週行われている。	
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	月2回の訪問診療で細かく相談している。また日常的にLWや電話、zoomなどで報告、相談しており適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院が決まったらすぐに介護、看護サマリーの用意や診療情報提供書の共有。入院に至るまでの経緯もカナミックにまとめご家族様にも十分に説明できるようにしている。		
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	入居前に方針を決めているが面会時でも現状と今後の方針について話し合っている。医師や看護師からの助言も伝えて転居を含め本人にとって最適な選択ができるよう支援している。実際に看取りを希望されていたが終末期の際に転居を希望され、すぐに転居できるように支援できたこともある。	入居時に重度化終末期に向けてのホームの方針を家族に説明し同意が得られている。利用者の段階毎に家族と職員で話し合い、医療の専門的な内容については看護師に寄り伝えて貰っている。看取りもホームで可能だが、転居先として同法人の施設紹介の支援も行っている。	
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	緊急時の訓練は行っており事故対応についてはフローが共有されておりいつでも確認できる様になっている。定期的に消防署からの心肺蘇生等の講習会を実施している。また事故や急変時対応は入社時に必ずロープレを行い実践できるように訓練している。		
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、地域との協働体制を築いている	昼夜それぞれ防災訓練を実施している。訓練のフィードバックを必ず行い、反省点や次回に生かせる点がないかの確認、共有を行っている。災害対策のプロジェクトもあり月一回対策や備蓄品の確認も行っている。	年二回昼夜想定で防災訓練を実施し初期消火と避難誘導訓練を行っている。一回は家族が参加し協力が得られている。訓練後に反省と次回に向けての改善点を話し合ったことが、昨年の訓練に活かされている。備蓄品として衛生用品、水、レトルトのおかず、おかず類等三日分用意されている。	

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	基本であるがトイレを使用しているときはカーテンを閉める、居室で排泄介助を行う際にはドアを閉める。不適切なケアが行われていないか社内でも度々見直し、その方らしさを損ねないように対応できるようにしている。	研修は法人で行われている。日々のケアのなかで何か不適切なケアが見受けられたら施設会議で確認、聞き取りを行い、話し合っ改善し支援に努めている。言葉遣いは職員間で認識を持ち、利用者一人ひとりに合わせた言葉遣いに気を付けている。	
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	自己決定してもらえるように声掛けを行い、拒否があった場合には意思を尊重し時間を置いて再度声掛けをしている。本人様の意思を尊重できるようなケアを行うように努めている。		
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	タバコやトランプ、TV、図書館、買い物、散歩、昼寝など本人主体でやりたいことをやらせたりそれを支援している。介助に入るとき声かけも介助を拒否されたら無理に行うことはせず本人の同意の上で行っている。		
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	本人様だけではなくご家族様にも好みを聞き取りを行っている。自己決定できない人にもその人らしくいられるように支援している。		
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	準備から片づけまで一緒に行えるように声掛けしている。入居者様に味見をしてもらったり、調理方法を聞いたりしている。また実際に一緒に調理を行っていただけるように支援している。いなり寿司を作った際には多くの入居者様が協力して下さった。	食材は毎日配達で献立は栄養士が立てている。利用者には野菜の皮むき、炒める、味付け、盛り付け等出来る人に手伝って貰っている。利用者に好みを聞いたり、状態に応じて刻み食を提供している。庭で収穫されたきゅうり、なす等が食卓に出されたり、お正月の行事食、芋きんとんの手作りおやつ等利用者の楽しみとなっている。	
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	食事量、水分量ともにカナミックに記録している。看護師から指示された規定量以下になった場合は報告し指示を仰いでいる。その方に合わせた食事形態で提供し、食事や水分がなかなか取れない方にはエンシュアやOS-1なども提供している。		
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	毎食後行っている。歯科に助言をもらいながら本人の残存機能に合わせた声掛けや介助に入っている。介助や声掛けが必要な方は漏れがないようにピックアップされている。定期的に歯科往診もしており、月1回歯科衛生士からの指導、助言をいただいている。		

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	使用しているTENA製品の会社(ユニ・チャーム)と連携し、排泄パターンや排泄量の記録をもとに一人ひとりにあった支援をしている。食事中や後すぐに排泄の失敗があった入居者様には、食事前に必ずお声掛けをトイレ誘導をしている。そういったケアを行うことによって排泄の失敗も減り、食事でも集中できている。	排泄チェック表があり、日中は排泄パターンと排泄量を把握しトイレ誘導を行い自立に向け支援や排泄失敗を減らしている。夜間の声掛け時睡眠中なら失禁確認のみで睡眠優先にしたり、転倒リスクのある人は夜間のみオムツにするなど利用者の状態にあわせた対応に努めている。	
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	排便のカウントをしておりkot-4から定期的のものに加えラキソベロンやマグミット等の頼用の服薬を一人ひとりに行っている。水分の促しや牛乳、乳酸菌飲料の提供、水分を多く飲めない方には寒天ゼリーにして提供するなど工夫をして服薬に頼りすぎない支援をしている。		
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	その日の体調や気分を尊重し入浴してもらっている。拒否されたときは対応する職員を変えたり時間や日にちをずらして提案したり、音楽を流しながら入浴を行うなど楽しく入浴ができるように個人個人に合わせた支援ができている。	基本週二回で時間は決まっていない。一对一の介助だが状況に寄って二人介助の場合がある。入浴剤は希望があれば提供している。シャンプーや石鹸は共有だが持ち込み可能である。拒否の人には時間や曜日の変更、声掛け工夫等で入浴に導いている。今は好みの音楽を流すことで入浴を楽しめる人もいる。	
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	昼夜逆転にならない範囲でお好きな時間に休息や昼寝などはしていただいている。フロアで寝てしまう方には居室に誘導しベッドで寝ていただくようにし、寝るときと起きるときのメリハリをつけていただけるように支援している。		
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	普段の様子や症状に少しでも変化が見られたら随時看護師に報告し指示を仰いでいる。訪問診療のときにその方一人ひとりに合った薬か相談し合わないなど感じたらすぐに報告し変更している。目的や副作用については薬の変更があったときに看護師からラインワークスにて連絡をもらっている。また、錠剤の飲み込みが困難な方がいた場合は薬剤師に相談し粉に変更してもらうなどの支援も行っている。		
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	洗濯物を畳むことなど、できることは小さなことでも自分でやっていただいている。その方の得意なことや好きな事をやっていただけるようにしている。料理をしてもらったり、裁縫をしてもらったり、畑で土いじりや家庭菜園、散歩や図書館へ行ったりなどしている。		
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	図書館やブックオフ、アスティ、ドンキホーテ、散歩など近所へは積極的に外出している。「今行きたい」という希望に添えない場合は相談し、別日に行けるようスケジュール調整するようになっている。また面会時や電話で普段の様子をお伝えしており、家族の協力を得て外出していただくこともある。	日常的に天気の良い日は河川敷を歩いたり、買い物でコンビニ、ドンキホーテ等には行きは歩いて買って出掛けている。庭の畑の草むしり、水やり、収穫なども楽しんでいる。正月には初詣でに出掛けたり、個別支援で買い物に出掛けている。また家族の協力の下外食、買い物、自宅などに出掛ける人もいる。	

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	自己管理できる方は自己管理してもらい、難しい方は各居室担当の職員が預かり管理している。どちらの場合も職員付き添いの下で買い物などに出掛けている。お金もこちらが払うようにするのではなく、なるべくやっていただくようにしている。	
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	本人の希望があれば電話をお貸ししたり電話を代わったり希望に添えるようにしている。携帯電話を所持している方は本人自ら家族に電話している。使用方法や充電方法が分からなくなった場合は職員がサポートしている。	
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	朝はカーテンを開け、陽の光を入れ、室温は一定に保たれるように調節している。毎月係を決めて季節に合った飾りを作成し掲示している。季節の飾りを一緒に作成し、それを見ることで季節感を感じてもらえるようにしている。リビングなどの共有スペースも掃除や消毒などはこまめに行い清潔は保っているが、片付けすぎず生活感を感じられるように新聞や雑誌などを置いている。	リビングは毎日二回朝と夜に掃除機とモップで掃除され、食後も毎回食べこぼしの掃除をするなど清潔に保たれている。テーブル席も決まらずに利用者は其々好きな場所に座り、ユニットの行き来も自由に交流されて、訪問時には楽しくトランプする場面が見受けられた。季節の製作物を利用者と職員と一緒に作成し掲示に寄って季節感を感じて貰っている。
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	共有空間で1人になれるのはトイレや風呂のみだが、その代わりにすぐに居室に行ける造りになっている。本人様の過ごしたいように共有空間でも居室でも過ごせるようになっている。2ユニットの平屋建てということもありユニット間の移動も頻繁にあり、仲の良い人同士でお話やゲームなど楽しんでいる	
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	施設見学のタイミングで備え付けの設備を説明し、それらを含め自由に使い慣れた馴染みのものを持ってきていただけるように説明している。自宅で使っていた家具(タンス等)を持ち込んでいただいている。中にはテレビや冷蔵庫を持ち込んでいただき、お部屋でくつろいでもらいやすい環境にしている。居室内のレイアウトも本人、家族のお好きなように作っていただいている。	居室は全体にスッキリとしていて、ベッド、カーテン、エアコンは設置されている。掃除は基本職員だが、シーツ交換等手伝える利用者へ手伝って貰っている。衣替えは家族の協力や利用者自身で管理されている。プラスチックの収納引き出しやテレビ、冷蔵庫、好みの飲み物、お菓子、生活用品など持ち込み其々が生活しやすい空間造りがされている。
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	手すりがあれば自分で歩ける方は手すりの届く位置に座っていただき介助なしでも動けるように工夫している。実際そうすることでご自身で歩けるようになり、以前より歩くことが増えたため歩行がスムーズになった。居室やトイレの場所も毎回教えるのではなく、目で分かりやすいように大きな文字で案内を貼るなど工夫している。毎回トイレの場所を聞かなければいけないのもその方の負担になっていたが、見たらわかるようになっているため、ご自身の行きたいときにお一人で歩けるようになっている。	

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	2390100135		
法人名	(株)メグラス		
事業所名	グループホームめぐらす香流		
所在地	愛知県名古屋千種区香流橋1丁目2番1号		
自己評価作成日	24/01/22	評価結果市町村受理日	令和6年4月16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)】

法人の理念・行動指針等クレドに沿って常にどう行動したらいいのか、どんなケアをしたらいいのかを普段からスタッフ同士でコミュニケーションを取り合っている。更に入居者担当制にし、ひもときシートを活用しながら個別ケアにつなげている。また月に2回の施設会議で、困った共有をし、どういったケアをしたらいいのかを行っている。コンスタントに行うことで、不適切ケアの予防、スタッフのストレス軽減につながりそれがより良いサービスにつながっている。「LINEWORKS(社内のLINE)」で、タイムリーな情報をやり取りしている。医療スタッフともすぐに連絡が取れるため、医療的ケアも速やかに受けられている。ADL低下しGHでの生活が困難になった際は、法人内の別施設への転居の提案をして、家族や本人の負担や不安を少なくなるよう支援している。手づくりの食事や庭での家庭菜園など利用者様の以前の生

※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	
----------	--

【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なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	令和6年2月29日

【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)】

外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点	
-------------------------	--

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ます (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 (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
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	理念は「よいめぐりを世の中へ」クレドに基づき行動出来るように教育の場面、月2回の施設会議など日頃から共有されている。介護サービスを「安心をたいせつに」「つながりをたいせつに」「その方らしさをたいせつに」「目標をたいせつに」を掲げ、住み慣れた場所で安全にその方らしい生活を送っていただけるような支援を実施している。月に2回開催している会議では理念について確認しており、人事考課にもそれを取り入れることで理解の促進をしている。		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議の際に民生委員や地域包括の方を呼んで交流を行っている。レクの一環でスーパーや地域の図書館、近所のペットショップに行ったときに挨拶して交流を図っている。		
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	施設を訪ねて来られた方にグループホームについて質問された時に説明を行ったり、道端で困っているご老人がいらっしやっただけで知識を生かし対応出来ている。		
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	職員だけでなく利用者、KP、地域の方に質疑応答の時間を設けサービス向上に努めている。入居者様の希望である「外出したい」をご家族様に知ってもらえたことで外出に協力的になられ、外出の機会が増えたり面会頻度の向上につながっている。		
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	事故報告、人員について相談、虐待の報告、実地指導など実状や、現状報告している。運営推進会議に参加していただき、日頃の様子を見ていただけるようにしている。		
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	委員会の設置月に1回身体拘束委員会を実施し、身体拘束はどんなものがあるか、身体拘束をしていないかの確認を職員全員で行っている。また、理解を深めるための勉強会では実際にあるようなものを例として考えてもらうようにしている。拘束が必要な際にはご家族様に説明し同意をいただいております。入居者様の安全を第一に考えてケアを実践している。エスケープが実際に起こったことがあるので玄関の施錠は実施している。		
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	高齢者虐待防止委員会の設置を行い、月に1回の施設会議で虐待に該当するケアがないかの確認を職員全員で行っている。またその際に実際にあった虐待事例の共有を行い学ぶ機会を作っている。2ヶ月に1回社内研修として高齢者虐待防止チェックテストを実施し、全問正解するまでテストを行っている。		

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	認知症実践者研修の受講を進めており、2名が新たに受講し権利擁護について学んだ。 なぜその方が成年後見制度を利用しているのかについて考えることに繋がった。関係者と密に連絡をとり、連携する事によってその方の権利を守り、安心してその方らしい生活が送れるように支援している。		
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	契約書を見せながら説明をし、不安や疑問点、質問がないかの聞き取りを必ず行っている。そして不明点等があればその都度説明している 医療連携体制の説明や事業所の対応可能な範囲についても説明し納得を得られるように努めている。 今まで入居後の大きなクレームは起きていないため、十分に納得いただけている。		
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	玄関に意見箱を設置していつでもあれば記載していただけるようにしている。また運営推進会議の際に本人様やご家族様から頂いた要望を反映させている。「外出したい」と要望があった方がいたため近所を散歩した。その様子を次の運営推進会議時に共有し、実際に行えたことを見ていただけた。		
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	常日頃から耳を傾けてもらえる風通しの良さに加え月に1回以上の1on1、月に2回の施設会議で議題として挙げられる場や3ヶ月に1回の従業員満足度アンケート、いつでも投稿できる相談窓口を設置がある。ラインワークスを使って個人とも気軽に意見交換する事ができている。		
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	半年に一度人事考課があり、人事考課では半年間の行動をCREDOに沿って自己評価しプレゼンする。自己評価が給与に紐付いていること、多くの人に認めてもらえることからやりがいを感じ、向上心を持って働いている。 また、より良い条件の整備のため人事コア会議が開かれている。		
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	会社内の研修やトレーニング動画、虐待・身体拘束テスト・感染症テスト等を行っている。外部研修として資格取得も積極的に行っており、今年度は認知症介護実践者研修2名、実務者研修5名、介護福祉士試験2名参加予定である。 新入社員に対してもひとりできるもんシートと呼ばれる成長度合いを全員で共有できる制度がある。 ブラザーシスター制度があり、教育担当・施設職員・採用担当が新入社員に対して一緒に伴走している。		
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	社内のヘルプ等で施設間を行き来し、情報交換を行うことでサービスの向上に繋がっている。またプロジェクトや1on1などで社内でも交流できる機会も多くある。 資格取得の研修先で同業者との交流がある。例えば、認知症実践者研修のグループワークにおいて身体拘束の認識がグループメンバーごとに異なり、チーム内での認識のすり合わせが必要であるということを学んできたスタッフが施設会議で身体拘束について提議し、研修先での学びをチーム内にも展開することでサービスの質向上に繋がっている。		

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	入居前の本人面談から施設職員が行き、必要情報の聞き取りやアセスメントの作成を行っている。施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。入居後もアセスメントを確認しながら本人様の状態、希望に沿ったサービスを提案できるように努めている。また、困ったこと、不安なことがないか聞き取りを行い安心していただけるようにコミュニケーションをとり信頼関係を築いている。
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	施設職員が見学対応を行うことで施設の実際の様子などを細かくお伝えしている。入居にあたっての要望や心配事などがなくても細かく聞き取るようにしている。入居前の本人面談、アセスメントの作成も行い、施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。施設入居後も面会に来てくださった際や状態に変化があった際には細かく様子をお伝えすることによって安心していただけるように努めている。
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	入居前の本人面談、見学時、アセスメントの作成、家族の意向も聞き出し、施設全体で入居日から気づいた事柄をラインワークスで共有し安心を提供するよう心がけている。過剰なケアを行うのではなく「その時」に必要なケアを行うように努めている。
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	尊厳を大切に本人のやりたいことできることを聞くようにしている。自分では自分でやっていただき困ったらお手伝いさせていただき、できることを奪わないように努めている。洗濯物を畳んでいただくなどの共同生活を行うにあたって必要なことも無理のない範囲で行っていただいている。
19		○本人と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	面会に来られた際には普段の様子をお伝えして、会えない時間も少しでも不安のないようにしている。「外出を増やしたい」という家族の意向を聞き取り介護度などを伝え外出の時に安心できるようにサポートしている。また施設で出した案を押し通すことはせず、家族からも意見をもらい最適を探っている。
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	本人の昔の友人から連絡があったときに面会に繋げられるよう家族に連絡している。実際に昔の友人が面会に来ることが出来、喜ぶ様子を見ることが出来た。また、図書館や初詣、フックオフ、買い物、散歩など馴染みの生活が続くように支援している。
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	性格が合わない方は席を離したりして口論や喧嘩にならないようにしている。いい関係の方には近くに座って話し合えるように努め孤立されている方がいたら本やTVなど話題の提供に努め、楽しく話し合える機会を作っている。

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	同法人内の他施設に移動された方も多くいるが契約終了後も必要に応じて情報を送ったり様子の確認に行ったこともある。全施設の施設会議の議事録が共有されており転居すぐでも情報を集められる様になっている。他施設の会議にもスポットで出席できる機会もありサポートしている。		
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	入居時からアセスメントの情報を反映させて介助していることや、普段からメグラスの行動指針のGuiDelに沿って介助し本人や家族の希望を叶えられるよう努めている。		
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	ケアマネによるアセスメントの確認に加えてご家族が面会に来られた際にどんな生活をしていたのか聞き取る。		
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	情報共有としてラインワークス内にADL表を作成し、変更点があれば都度更新を行うようにしている。自立支援をする中で普段の過ごし方や心身の状態を観察し把握に努めている。		
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	入居者様がより良い生活ができるように職員は施設会議で話し合いを行ったり、面会時や電話でご家族様に随時共有し今後の意向を聞き取りしている。ケアプラン作成後もこまめに確認を行い変更が必要なモニタリングを行っている。		
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	ラインワークスやカナミックに記録し共有している。小さな気づきや変化も記録して会議でも確認している。また区分できない小さな気づきなどは自由記述で記録し、会議でその気づきの数を称賛し計画見直しに活かしている。		
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	現状や提供しているサービスを健全に疑いあるべき対応を可能な限り探している。外出がしたいと要望があった入居者様がいたので、そのことをご家族様に伝え外出するようにしてもらった。地元へ帰省できたことによってイキイキと笑顔になっていただくことができた。		

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	本人の買いたい物や、本を借りたいなどの希望があった場合は職員が買って来たり借りたりせずに入居者様が自分で行けるように支援している。車椅子や歩行など本人のADLに合わせて一緒に同行し地域資源を活用している。		
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	月2回の訪問診療で日頃の状態など細かく伝え、相談している。また病院受診を無理に押し付けるのではなく、ご本人様ご家族様の希望を優先している。施設のかかりつけ医だけでなく希望があれば今まで通っていたクリニックにも往診していただけるようになっている。		
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	月2回の訪問診療で細かく相談している。また日常的にLWや電話、zoomなどで報告、相談しており適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院が決まったらすぐに介護、看護サマリーの用意や診療情報提供書の共有。入院に至るまでの経緯もカナミックにまとめご家族様にも十分に説明できるようにしている。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居前に方針を決めているが面会時等でも現状と今後の方針について話し合っている。医師や看護師からの助言も伝えて転居含め本人にとって最適な選択ができるよう支援している。実際に看取りを希望されていたが終末期の際に転居を希望され、すぐに転居できるように支援できたこともある。		
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	緊急時の訓練は行っており事故対応についてはフローが共有されておりいつでも確認できる様になっている。定期的に消防署からの心肺蘇生等の講習会を実施している。また事故や急変時対応は入社時に必ずロープレを行い実践できるように訓練している。		
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	昼夜それぞれ防災訓練を実施している。訓練のフィードバックを必ず行い、反省点や次回に生かせる点がないかの確認、共有を行っている。災害対策のプロジェクトもあり月一回対策や備蓄品の確認も行っている。		

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	基本であるがトイレを使用しているときはカーテンを閉める、居室で排泄介助を行う際にはドアを開める。不適切なケアが行われていないか社内で何度も見直し、その方らしさを損ねないように対応ができるようにしている。
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現したり、自己決定できるように働きかけている	自己決定してもらえるように声掛けを行い、拒否があった場合には意思を尊重し時間を置いて再度声掛けをしている。本人様の意思を尊重できるようなケアを行うように努めている。
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	タバコやトランプ、TV、図書館、買い物、散歩、昼寝など本人主体でやりたいことをやらせてもらいそれを支援している。介助に入るときの声かけも介助を拒否されたら無理に行うことはせず本人の同意の上で行っている。
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	本人様だけではなくご家族様にも好みを聞き取りを行っている。自己決定できない人にもその人らしくいられるように支援している。
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	準備から片づけまで一緒に行えるように声掛けしている。入居者様に味見をしてもらったり、調理方法を聞いたりしている。また実際に一緒に調理を行っていただけるように支援している。いなり寿司を作った際には多くの入居者様が協力して下さいました。
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	食事量、水分量ともにカナミックに記録している。看護師から指示された規定量以下になった場合は報告し指示を仰いでいる。その方に合わせた食事形態で提供し、食事や水分がなかなか取れない方にはエンシュアやOS-1なども提供している。
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	毎食後行っている。歯科に助言をもらいながら本人の残存機能に合わせ声掛けや介助に入っている。介助や声掛けが必要な方は漏れがないようにピックアップされている。定期的に歯科往診もしており、月1回歯科衛生士からの指導、助言をいただいている。

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	使用しているTENA製品の会社(ユニ・チャーム)と連携し、排泄パターンや排泄量の記録をもとに一人ひとりにあつた支援をしている。食事中や後すぐに排泄の失敗があつた入居者様には、食事前に必ずお声掛けをしトイレ誘導をしている。そういったケアを行うことによつて排泄の失敗も減り、食事も集中できている。		
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	排便のカウントをしておりkot-4から定期のものに加えラキソベロンやマグミット等の頼用の服薬を一人ひとりに行っている。水分の促しや牛乳、乳酸菌飲料の提供、水分を多く飲めない方には寒天ゼリーにして提供するなど工夫をして服薬に頼りすぎない支援をしている。		
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、個々にそつた支援をしている	その日の体調や気分を尊重し入浴してもらっている。拒否されたときは対応する職員を変えたり時間や日にちをずらして提案したり、音楽を流しながら入浴を行うなど楽しく入浴ができるように個人個人に合わせた支援ができている。		
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	昼夜逆転にならない範囲でお好きな時間に休息や屋寝などはしていただいている。フロアで寝てしまう方には居室に誘導しベッドで寝ていただくようにし、寝るときと起きるときのメリハリをつけていただけるように支援している。		
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	普段の様子や症状に少しでも変化が見られたら随時看護師に報告し指示を仰いでいる。訪問診療のときにその方一人ひとりに合つた薬が相談し合わないなど感じたらすぐに報告し変更している。目的や副作用については薬の変更があつたときに看護師からラインワークスにて連絡をもらっている。また、錠剤の飲み込みが困難な方がいた場合は薬剤師に相談し粉に変更してもらうなどの支援も行っている。		
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	洗濯物を畳むことなど、できることは小さなことでも自分でやっていただいている。その方の得意なことや好きな事をやっていただけるようにしている。料理をしてもらったり、裁縫をしてもらったり、畑で土いじりや家庭菜園、散歩や図書館へ行ったりなどしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	図書館やブックオフ、アスティ、ドンキホーテ、散歩など近所へは積極的に外出している。「今行きたい」という希望に添えない場合は相談し、別日に行けるようにスケジュール調整するようになっている。また面会時や電話で普段の様子をお伝えしており、家族の協力を得て外出していただくこともある。		

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	自己管理できる方は自己管理してもらい、難しい方は各居室担当の職員が預かり管理している。どちらの場合も職員付き添いの下で買い物などに出掛けている。お金もこちらが払うようにするのではなく、なるべくやっていただくようにしている。		
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している	本人の希望があれば電話をお貸ししたり電話を代わったり希望に添えるようにしている。携帯電話を所持している方は本人自ら家族に電話している。使用方法や充電方法が分からなくなった場合は職員がサポートしている。		
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	朝はカーテンを開け、陽の光を入れ、室温は一定に保たれるように調節している。毎月係を決めて季節に合った飾りを作成し掲示している。季節の飾りを一緒に作成し、それを見ることで季節感を感じてもらえるようにしている。リビングなどの共有スペースも掃除や消毒などはこまめに行い清潔は保っているが、片付けすぎず生活感を感じられるように新聞や雑誌などを置いている。		
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	共有空間で1人になれるのはトイレや風呂のみだが、その代わりにすぐに居室に行ける造りになっている。本人様の過ごしたいように共用空間でも居室でも過ごせるようになっている。 2ユニットの平屋建てということもありユニット間の移動も頻繁にあり、仲の良い人同士でお話やゲームなど楽しんでいる		
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	施設見学のタイミングで備え付けの設備を説明し、それらを含めご自由に使い慣れた馴染みのものを持ってきていただけるように説明している。自宅で使っていた家具(タンス等)を持ち込んでいただいている。中にはテレビや冷蔵庫を持ち込んでいただき、お部屋でくつろいでもらいやすい環境にしている。居室内のレイアウトも本人、家族のお好きなように作っていただいている。		
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	手すりがあれば自分で歩ける方は手すりの届く位置に座っていただき介助なしでも動けるように工夫している。実際そうすることでご自身で歩かれるようになり、以前より歩くことが増えたため歩行がスムーズになった。居室やトイレの場所も毎回教えるのではなく、一目で分かりやすいように大きな文字で案内を貼るなど工夫している。毎回トイレの場所を聞かなければいけないのもその方の負担になっていたが、見たらわかるようになってきているため、ご自身の行きたいときにお一人で行けるようになってきている。		