

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	1492200256	事業の開始年月日	平成21年1月1日
		指定年月日	平成21年1月1日
法人名	シニアウィル株式会社		
事業所名	ウィル長後		
所在地	(〒252-0807) 神奈川県藤沢市下土棚350-5		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和5年12月13日	評価結果 市町村受理日	令和6年2月1日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行され、ボランティアの受け入れや外部との交流を再開しております。面会も継続しており毎日14：00～16：00を面会時間とし、マスク着用の上面会して頂いています。今年度から職員が外部研修に出向かなくてもいつでも講義を受講出来る【フォローアップ研修ネット配信サービスオンライン】の受講を始めました。職員の介護技術、知識の向上と統一をはかり日頃の支援にいかしています。 今年4月からウィル通信を発行しています。運営推進委員、ご家族、ホーム見学者等にお配りし、グループホームでの生活の様子をお知らせしています。 引き続き訪問診療医・訪問歯科医・訪問看護・薬局との連携を行い、利用者様一人一人の健康状態に合わせた対応を行い、不安なく過ごせる様努めております。看取り介護も可能な限り対応させて頂いております。 今後も地域やご家族様と連携し、個々の思いに沿った支援を心掛けて参ります。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和6年1月10日	評価機関 評価決定日	令和6年1月20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)】

【事業所の優れている点】 ◇「支援表」を使ったケアプランの確実な実行 ・A4用紙1枚に1日分の業務を書き込んだ「支援表」を活用し、ケアプランの確実な実行に努めている。布団干しなどの日常業務、またケアプランで計画された散歩や階段昇降など利用者ごとの支援業務を管理者が記入している。担当を早番、日勤、遅番、夜勤別に色分けして利用しやすくしている。 ◇末期がんなど重症の利用者も受け入れ可能 ・主治医の指示のもと、法人の訪問看護師が医療的ケアを行っている。訪問看護師は点滴や酸素導入、痰の吸引、ストーマの貼り替えなどを行い、また24時間対応可能で、利用者と職員に安心感を与えている。 ◇「ウィル長後通信」の発行 ・「ウィル長後通信」を毎月発行し、お花見や紅葉狩りに出かけたときの利用者の楽しそうな様子、たこ焼き作りや運動会の様子などを写真とコメントで紹介し、家族に喜ばれている。運営推進委員や見学者にも配付している。 【事業所が工夫している点】 ◇「利用者様チェックシート」で理念を実践につなげる工夫 ・「利用者様チェックシート」を使い「個別に話しかけ会話をしましたか」などの設問に職員が毎日チェックすることで、事業所の3つの理念を実践につなげるよう工夫している。設問は管理者が適時変更している。
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
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 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	ウィル長後
ユニット名	ふじ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3, たまに
			4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	・職員は3つの理念を意識し日々理念に添った支援に努めているが、管理者が気になる点は申し送り時や全体会議で職員に伝えている。新人職員には入社時理念の研修を行っている。	・理念を各階の事務室と休憩室に掲示して共有している。 ・「利用者様チェックシート」を使い「個別に話しかけ会話をしましたか」などの設問に、職員が毎日チェックして、理念を実践につなげるよう工夫している。	
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	・自治会の行事が再開した事で子供神輿がホームに立ち寄ってくれ子供達やご家族様にトイレの貸出を行った。 ・ウクレレボランティアの地域の皆様が演奏に来てくれ交流ができた。	・自治会に加入し、再開した行事に参加している。子供神輿の際には、駐車場を休憩場所として提供し、トイレも使えるように協力している。災害時安否確認訓練にも参加した。 ・秋にはウクレレボランティアが来訪し演奏やフラダンスを楽しんだ。	・認知症カフェを再開して、更なる地域貢献ができるよう準備を進めることが期待されます。
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	・認知症カフェ再開を来年4月に計画中である。今後音楽療法を地域に開放し、カフェに継続して参加出来る方を増やす事で認知症の理解を地域に広めていきたい。		
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	・今年度の運営推進会議はコロナ感染対策を講じ第5回迄対面開催が出来ている。長後包括・自治会長・薬泉堂薬局から頂いた意見や情報をサービス向上にいかしている。	・運営推進会議は年6回開催し、4月から対面で行っている。インフルエンザやコロナの発生状況、自治会行事の再開などが話題となっている。 ・コロナ検査キットが不足したとき、委員の一人である薬局が在庫から都合してくれた。	
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	・藤沢市グループホーム連絡会に出席し藤沢市介護保険課からの情報提供やアドバイスを受け業務にいかしている。長後包括には運営推進会議に出席して頂いており協力関係が出来ている。	・藤沢市に運営推進会議議事録を提出している。市には、市外からの入居の可否や預り金の用途範囲について相談した。 ・藤沢市グループホーム連絡会に加入し、情報提供を受けたり、救命講習などの研修を受講している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	・身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月毎に開催し内容を回覧し職員に周知している。身体拘束の研修を年2回全職員が受講し身体拘束となる具体的な行為を理解し、拘束を行わないケアを実践している、	・身体拘束適正化検討委員会を年4回開催し議事録を回覧している。 ・職員全員がオンラインの研修を年2回受講している。 ・職員はスピーチロックに注意し、「ちょっと待って」を「あとで案内します」のような約束に変えるようにしている。	
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	・不適切な言動や対応があれば虐待防止委員会で話し合い内容を周知し虐待防止に努めている。虐待防止に関するオンライン研修を年2回全職員が受講し虐待の具体的な言動や行為を理解し虐待のない支援を行っている。	・虐待防止委員会を年4回開催し、またオンライン研修を全職員が年2回受講して虐待防止に努めている。 ・「自己点検シート」を使って職員の虐待への認識を確認している。 ・ストレスを感じたときは、他の職員に業務を代わってもらっている。	
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	・日常的に後見人と関わる事が多く制度の理解が出来ている。身寄りのいない利用者については制度の説明、助言を行い希望される方については活用できるよう支援している。		
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	契約時・解約時は管理者が文書と口頭で説明し理解を得ている。介護報酬改定等の改定時は口頭での説明を行い文書での了承を頂いている。		
10	7	○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並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	毎月ご家族に1か月の様子を記載した【生活状況表】を送付し返信時にご意見を記載して頂いている。要望、意見については申し送り時、全体会議等で共有している。	・家族からは面会時に意見や要望を聞いたり、毎月の「生活状況表」のご意見欄への記入を依頼している。要望などは申し送りや業務日誌により職員間で共有している。 ・以前からの習慣を続けさせたいという要望はケアプランに反映した。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	・年1回の仕事評価面談時に、職員から出された提案や意見は、代表者に報告している。日常的には職員会議等で提案を聞く機会を設けている。	・管理者は職員意見を日常の会話や全体会議、申し送り、年に1度の個別面談で聞いている。 ・経費節約のアイデアを求めたところ、職員から照明や水道水節約の提案が出された。その結果、水道光熱費を削減することができた。	
12	9	○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	・職員は年1回34項目の自己評価、前年度のチャレンジ目標についての自己評価を提出。管理者と面談し評価について両方で確認している。評価結果は給与に反映される仕組みができています。	・管理者は、職員の自己評価をもとに面談して、努力や成果、目標達成度を把握している。 ・介護福祉士などの資格取得に研修費を補助している。 ・管理者は、悩みがありそうな職員と面談して解消に努めている。	・職員にストレスチェックを定期的に実施して、ストレスをためすぎないように対処することが期待されます。
13	10	○職員を育てる取組み 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	・職員の1年間の研修計画を立てており、毎月のフォローアップ研修の他希望に添い社外研修に参加している。資格取得の研修費補助や資格取得後の待遇改善等の仕組みがある。	・新入職員は約1か月間、オリエンテーション研修を受け、ベテラン職員からOJTでケアを学んでいる。 ・職員には、機会のある度に研修や資格取得を勧めている。勤務評価や取得資格による、主任やリーダーへのステップアップの制度がある。	
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つくり、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組みをしている	・管理者が神奈川県や藤沢市のグループホーム連絡会に出席し情報交換をしている。藤沢市グループホーム連絡会主催の救命講習に職員が参加し、他グループホーム職員と交流できた。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	・入居当初は声掛けを多くし本人の思いを傾聴することで不安感を減らし早くホームの生活に慣れて頂く様支援している。生活歴や性格を把握し気の合う方と同じテーブルに座って頂く等環境作りを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前にご家族やご本人と面談し不安な事や要望等を確認している。入居に不安感が強いご家族には体験入居をお勧めし、ご本人が無理なくホームの生活に馴染んで頂けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	・ケアマネージャーが入居前の面談時本人や家族の思い、必要としている事を伺いケアプランに反映している。職員は情報を共有しケアプランに沿った支援を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・職員はその方の出来る事お手伝い等をして頂きながら状態を把握し、関係性を築いている。日頃より人生の先輩として敬い、理念でもある支え合う関係を実践している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	・ご家族が外出や外泊を希望される時は協力しており本人や家族の思いを大切にしている。看取り時はいつでも面会して頂き家族が積極的に関わられるよう支援している。		
20	11	○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	入居前からの友人や近隣の方の面会や連絡については家族に相談し、了承を得て関係性が途切れない様支援している。面会は決められた時間内をお願いしている。	・家族や友人からの電話を取り次いでいる。利用者が携帯電話をかけるのを職員が手伝うこともある。 ・行事等の写真を載せた「ウイル長後通信」を毎月家族に送っている。 ・利用者が家族と墓参りや外出、外泊できるよう支援している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の性格や好みを把握し相性の合う方と同じテーブルに座って頂いている。環境が合わない時は家族と相談の上、1.2階の移動を行い孤立させないように努めている。		
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	・契約終了後も必要に応じて話を伺ったり支援に努めている。		
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	12	○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。	・自分の思いを伝えられる方には散歩や入浴時の会話の中で意向を把握し情報を共有している。意思疎通が困難な方は家族と小まめに連絡をとり意向の把握に努めている。	・職員と1対1になる入浴や散歩のときに利用者から思いを聞いている。困難な場合は家族に相談している。 ・家族に会いたいとか墓参りに行きたいという要望は家族に伝えている。刺身や回転寿司が食べたい要望にも応えている。	
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	・入居前の面談等で生活歴や今迄の暮らし方を把握し、入居しても馴染みの生活ができるようケアプランに乘せ今迄の生活が遅れる様支援している。		
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	1日の過ごし方、有する力についてはケアプランに添い支援しているが出来なくなっている事や変化時はアセスメントを行い、ケアプランの見直しをしている。心身状態の変化時は主治医・訪問看護師と連携し対応している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○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	・ケアプランの一部は支援表に組み入れ職員は日頃よりケアプランを意識したケアを行っている。現状とプランに相違がある時はケアプランの見直しを行い、現状に即した介護計画を作成し家族に提示している。	・ケアプランの有効期間は6か月または1年で、有効期間終了前に居室担当がアセスメントを行っている。 ・アセスメント結果をもとにカンファレンスでモニタリングを行い、利用者と家族の要望を取り入れ、ケアプランを作成している。	
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	・日々の支援内容は個人記録に記入し情報を共有している。職員の気づきや工夫は申し送り時に伝え、必要時アセスメントを行いケアプラン見直しにいかしている。		
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	・協力医療機関以外の通院や、自宅での外泊に間しては家族対応をお願いしているが、家族対応が難しい時はホームで送迎を行うなど柔軟な支援を行っている。		
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	・新型コロナウイルスが感染症第5類に移行した後自治会の行事参加を再開した事で地域との交流が出来、ボランティア受け入れで生活を楽しむ事が出来ている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	入居時に訪問診療に対する説明を行い、家族が希望する訪問医療機関を選択して頂いている。月2回定期往診があり状態変化時は臨時往診を受けられる。24時間連絡を取れる体制があり適切な医療を受けられている。	・利用者全員が協力医をかかりつけ医とし、精神科や皮膚科併設の3医院から選択している。協力医の月2回の訪問診療と訪問看護師の24時間体制がある。歯科医の週1回訪問診療がある。 ・かかりつけ医以外の受診は家族対応でお願いしているが困難な時は事業所で送迎・同行している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	・同法人の訪問看護ステーションから週1回訪問看護師が来て健康管理が行われている。看護師は介護職員と情報交換し必要時主治医と連携を取り指示の元適切な対応をしている。		
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、また、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。又は、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。	・入院した際は早くから病院の相談員と連絡を取り合い、病状を把握し家族と情報を共有している。退院時は今後の生活等について家族と一緒にDRから説明を受けグループホームで安心して過ごせる様支援している・		
33	15	○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	・入居時に重度化・終末期ケアについて本人・家族に説明し【終末期の医療対応に関する確認書】を頂いている。終末期ケアを希望される家族には主治医・訪問看護師・薬剤師と連携しチームで支援している。	・入居時に本人と家族に重度化・終末期ケアを説明し、終末期の医療対応の確認書を貰っている。 ・重度化の際は、家族、医師、職員のカンファレンスで今後の方針を決めて適切に対応している。 ・職員は訪問看護師から看取り介護の研修を受けている。	
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	・利用者の急変時の対応、事故発生時の対応についてはマニュアルを作成している。毎月オンラインによるフォローアップ研修を受講し全職員が初期対応が出来るようにしている。		
35	16	○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	・年2回避難訓練を実施しており、消防署職員や地域住民の方にも参加して頂いている。運営推進会議で自治会長や薬局と情報共有し協力体制を築いている。	・夜間想定含め、利用者参加で年2回避難訓練を行っている。 ・1回は消防署の協力で、通報・避難誘導・消火訓練等を行っている。 ・3日分の水、食料品の備蓄と防災用品をリスト管理し、BCP(業務継続計画)対応の体制を準備している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	・申し送り時はイニシャルを使いプライバシーを守っている。【利用者様チェックシート】を作成し利用者全員に丁寧な対応ができているか各自がチェックし、毎月管理者に提出している。	・管理者は「利用者チェックシート」を活用し、丁寧な対応や人格尊重の指導をしている。職員間では、イニシャルを使い会話している。 ・「トイレ」の言葉を嫌がる利用者には別の言葉を使っている。 ・入浴等、同性介助に努めている。	
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	・職員が個別対応ができる時間帯に思いや希望を言える様な環境作りをしている。朝の更衣時衣類を選んで頂いたり、やりたい事を選択してもらっている。		
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	・職員のペースではなくその方の希望にそい起床時間、食事時間、歯磨きの順番や回数、散歩距離など可能な限り希望に添えるよう対応している。		
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	・女性の方はお好きな洋服を選んで頂いたり、男性の利用者は自身で髭剃りをして頂いている。2か月に1回ボランティアの美容師が来訪し希望者の髪カットを行っている。		
40	18	○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	・食事はその方に合わせた形態で職員が調理し提供している。好き嫌いの多い方や本人が希望される物は家族に持参して頂き提供している。食後のお盆拭きや食器拭きのお手伝いをお願いしている。	・副食のチルド食を利用者の好みや状況に応じて、きざみ食やミキサー食等の工夫をしている。 ・夏まつりや敬老の日、母の日等に混ぜご飯やたこ焼等提供している。 ・利用者は食後に、お盆や食器拭き等の手伝いをしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・その方の状態に合わせた食事量・水分量を提供し毎日記録している。日中の水分が不足な時は夜間帯に補充してもらうよう申し送りし、脱水を予防している。		
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	・全員が定期的に訪問歯科医による診察を受けており、職員はDRの口腔衛生管理指導内容に添い毎日の口腔支援を行っている。痛みや炎症がある時は訪問歯科医と連携している。		
43	19	○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向けた支援を行っている	・排泄表を活用しその方に合わせた誘導を行いトイレでの排泄を支援している。職員の都合ではなくその方に合ったパンツやパット類を選択し支援している。	・排泄チェック表活用や観察等で声かけし、自立排泄を支援している。 ・夜間は睡眠を優先し、必要な人のみトイレに誘導している。夜間でもおむつ使用は極力避けている。 ・体操や運動により利用者の失禁が減るように支援している。	
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	・排便の有無については毎日確認し2日以上便秘については主治医の指示の元下剤を服用して頂いている。便秘予防に体操や室内歩行、散歩等で適度な運動をして頂いている。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	・入浴は同性介助を基本とし週2回は入浴できる様支援している。入浴を好まない方については職員や日時を変え個々の状態に合わせ支援している。	・入浴は週2回を基本とし、時間帯も利用者の希望に極力応えている。 ・利用者の状況により足湯を使いシャワーチェア入浴をしている。 ・入浴中は、職員との会話を楽しみ寛いでいる。ヒートショック対策のため入浴前から浴室を温めている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・出来るだけ今までの生活習慣に合わせた就寝誘導を行っているが、就寝時間の遅い方は睡眠のリズムが整う様支援している。眠れない時は夜勤者が話し相手になったり個別対応をしている。		
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	・月2回の往診時薬が処方され薬局から届く。薬の処方内容を個人ファイルに綴り情報共有している。薬変更については職員に周知し状態観察を行い変化時は主治医と連携している。		
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	・一人ひとりの希望やできる事を把握し張り合いがある日々を送れる様努めている。桜や紅葉見物、初もうで等季節感を感じる外出や作品作りを行い、楽しみがもてる様支援している。		
49	21	○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。また、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	・外気浴や散歩を継続しており天気の良い日は外でおやつを提供している。季節毎のお花見では社有車を使用しドライブで気分転換して頂いている。ご家族と一緒に外出や外泊も再開している。	・毎日散歩や外気浴ができるよう支援している。複数の利用者が家族と一緒に外出や墓参に出かけている。 ・社有車で桜やひまわり畑・コスモス畑等の見学に外出している。 ・屋内では、夏祭り、大運動会等を開催できた。	
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	・一部の方は安心の為に家族の協力の元お金を所持している方がいるがほとんどの方はお金を所持していない。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・携帯電話をお持ちの方には希望時ご家族と自由に電話が出来る様支援している。手紙は本人にお渡しし要望時お手伝いしている。		
52	22	○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	・共用の空間については掃除、換気、消毒を行い温度、照明にも配慮し心地よく落ち着いて過ごせる様支援している。季節感を感じる作品を掲示し楽しみを持って過ごして頂いている。	・共用空間やリビング、浴室、トイレ等は、清掃が行き届き、清潔に管理され不快な臭いや騒音はない。 ・職員と一緒に利用者也七夕飾りやクリスマス飾り付けをし、四季を感じる心地良い環境づくりに参加している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	・居間には食卓テーブルの他にソファが置いてあり一人でも過ごせる場所を確保している。日光浴や外を眺めたい方には窓側に椅子を移動し自由に過ごして頂いている。		
54	23	○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	・入居時にその方の馴染みの家具やテレビ、写真等を持ち込んで頂き今迄の生活を継続し安心して過ごせる様支援している。リネンやパジャマ等の洗濯、掃除は定期的に行っている・	・居室には、ベッド、エアコン、クローゼット等を備え付けている。 ・利用者は、好みの家具、テレビ、仏壇等を持ちこみ、家族の写真や趣味の品等を飾り、居心地よく過ごす工夫をしている。衣替えは家族または職員が行っている。	
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」や「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	・居間・廊下には手すりを背地しており安全に生活できるようにしている。各居室には名前入りの表札を掛け、混乱なく自立した生活が送れる様支援している。		

事業所名	ウィル長後
ユニット名	かわせみ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

・職員は3つ	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	・職員は3つの理念を意識し日々理念に添った支援に努めているが、管理者が気になる点は申し送り時や全体会議で職員に伝えている。新人職員には入社時理念の研修を行っている。		
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	・自治会の行事が再開した事で子供神輿がホームに立ち寄ってくれ子供達やご家族様にトイレの貸出を行った。 ・ウクレレボランティアの地域の皆様が演奏に来てくれ交流ができた。		
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	・認知症カフェ再開を来年4月に計画中である。今後音楽療法を地域に開放し、カフェに継続して参加出来る方を増やす事で認知症の理解を地域に広めていきたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	・今年度の運営推進会議はコロナ感染対策を講じ第5回迄対面開催が出来ている。長後包括・自治会長・薬泉堂薬局から頂いた意見や情報をサービス向上にいかしている。		
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	・藤沢市グループホーム連絡会に出席し藤沢市介護保険課からの情報提供やアドバイスを受け業務にいかしている。長後包括には運営推進会議に出席して頂いており協力関係が出来ている。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	・身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月毎に開催し内容を回覧し職員に周知している。身体拘束の研修を年2回全職員が受講し身体拘束となる具体的な行為を理解し、拘束を行わないケアを実践している、		
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	・不適切な言動や対応があれば虐待防止委員会で話し合い内容を周知し虐待防止に努めている。虐待防止に関するオンライン研修を年2回全職員が受講し虐待の具体的な言動や行為を理解し虐待のない支援を行っている。		
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	・日常的に後見人と関わる事が多く制度の理解が出来ている。身寄りのいない利用者については制度の説明、助言を行い希望される方については活用できるよう支援している。		
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	契約時・解約時は管理者が文書と口頭で説明し理解を得ている。介護報酬改定等の改定時は口頭での説明を行い文書での了承を頂いている。		
10	7	○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並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	毎月ご家族に1か月の様子を記載した【生活状況表】を送付し返信時にご意見を記載して頂いている。要望、意見については申し送り時、全体会議等で共有している。		

・職員は3つ	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	・年1回の仕事評価面談時に、職員から出された提案や意見は、代表者に報告している。日常的には職員会議等で提案を聞く機会を設けている。		
12	9	○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	・職員は年1回34項目の自己評価、前年度のチャレンジ目標についての自己評価を提出。管理者と面談し評価について両方で確認している。評価結果は給与に反映される仕組みができています。		
13	10	○職員を育てる取組み 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	・職員の1年間の研修計画を立てており、毎月のフォローアップ研修の他希望に添い社外研修に参加している。資格取得の研修費補助や資格取得後の待遇改善等の仕組みがある。		
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つくり、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組みをしている	・管理者が神奈川県や藤沢市のグループホーム連絡会に出席し情報交換をしている。藤沢市グループホーム連絡会主催の救命講習に職員が参加し、他グループホーム職員と交流できた。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	・入居当初は声掛けを多くし本人の思いを傾聴することで不安感を減らし早くホームの生活に慣れて頂く様支援している。生活歴や性格を把握し気の合う方と同じテーブルに座って頂く等環境作りを行っている。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前にご家族やご本人と面談し不安な事や要望等を確認している。入居に不安感が強いご家族には体験入居をお勧めし、ご本人が無理なくホームの生活に馴染んで頂けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	・ケアマネージャーが入居前の面談時本人や家族の思い、必要としている事を伺いケアプランに反映している。職員は情報を共有しケアプランに沿った支援を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・職員はその方の出来る事お手伝い等をして頂きながら状態を把握し、関係性を築いている。日頃より人生の先輩として敬い、理念でもある支え合う関係を実践している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	・ご家族が外出や外泊を希望される時は協力しており本人や家族の思いを大切にしている。看取り時はいつでも面会して頂き家族が積極的に関わられるよう支援している。		
20	11	○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	入居前からの友人や近隣の方の面会や連絡については家族に相談し、了承を得て関係性が途切れない様支援している。面会は決められた時間内をお願いしている。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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	利用者の性格や好みを把握し相性の合う方と同じテ ーブルに座って頂いている。環境が合わない時は家族 と相談の上、1.2階の移動を行い孤立させないよう 努めている。		
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	・契約終了後も必要に応じて話を伺ったり支援に 努めている。		
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	12	○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。	・自分の思いを伝えられる方には散歩や入浴時の会 話の中で意向を把握し情報を共有している。意思疎 通が困難な方は家族と小まめに連絡を取り意向の 把握に努めている。		
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	・入居前の面談等で生活歴や今迄の暮らし方を把握 し、入居しても馴染みの生活ができるようケアプラ ンに乘せ今迄の生活が遅れる様支援している。		
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	1日の過ごし方、有する力についてはケアプランに 添い支援しているが出来なくなっている事や変化時 はアセスメントを行い、ケアプランの見直しをして いる。心身状態の変化時は主治医・訪問看護師と 連携し対応している。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
26	13	○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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・ケアプランの一部は支援表に組み入れ職員は日頃よりケアプランを意識したケアを行っている。現状とプランに相違がある時はケアプランの見直しを行い、現状に即した介護計画を作成し家族に提示している。		
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	・日々の支援内容は個人記録に記入し情報を共有している。職員の気づきや工夫は申し送り時に伝え、必要時アセスメントを行いケアプラン見直しにいかしている。		
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	・協力医療機関以外の通院や、自宅での外泊に間しては家族対応をお願いしているが、家族対応が難しい時はホームで送迎を行うなど柔軟な支援を行っている。		
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	・新型コロナウイルスが感染症第5類に移行した後自治会の行事参加を再開した事で地域との交流が出来、ボランティア受け入れで生活を楽しむ事が出来ている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	入居時に訪問診療に対する説明を行い、家族が希望する訪問医療機関を選択して頂いている。月2回定期往診があり状態変化時は臨時往診を受けられる。24時間連絡を取れる体制があり適切な医療を受けられている。		

・職員は3つ	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	・同法人の訪問看護ステーションから週1回訪問看護師が来て健康管理が行われている。看護師は介護職員と情報交換し必要時主治医と連携を取り指示の元適切な対応をしている。		
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、また、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。又は、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。	・入院した際は早くから病院の相談員と連絡を取り合い、病状を把握し家族と情報を共有している。退院時は今後の生活等について家族と一緒にDRから説明を受けグループホームで安心して過ごせる様支援している・		
33	15	○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	・入居時に重度化・終末期ケアについて本人・家族に説明し【終末期の医療対応に関する確認書】を頂いている。終末期ケアを希望される家族には主治医・訪問看護師・薬剤師と連携しチームで支援している。		
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	・利用者の急変時の対応、事故発生時の対応についてはマニュアルを作成している。毎月オンラインによるフォローアップ研修を受講し全職員が初期対応が出来るようにしている。		
35	16	○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	・年2回避難訓練を実施しており、消防署職員や地域住民の方にも参加して頂いている。運営推進会議で自治会長や薬局と情報共有し協力体制を築いている。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	・申し送り時はイニシャルを使いプライバシーを守っている。【利用者様チェックシート】を作成し利用者全員に丁寧な対応ができているか各自がチェックし、毎月管理者に提出している。		
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	・職員が個別対応ができる時間帯に思いや希望を言える様な環境作りをしている。朝の更衣時衣類を選んで頂いたり、やりたい事を選択してもらっている。		
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	・職員のペースではなくその方の希望にそい起床時間、食事時間、歯磨きの順番や回数、散歩距離など可能な限り希望に添えるよう対応している。		
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	・女性の方はお好きな洋服を選んで頂いたり、男性の利用者は自身で髭剃りをして頂いている。2か月に1回ボランティアの美容師が来訪し希望者の髪カットを行っている。		
40	18	○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	・食事はその方に合わせた形態で職員が調理し提供している。好き嫌いの多い方や本人が希望される物は家族に持参して頂き提供している。食後のお盆拭きや食器拭きのお手伝いをお願いしている。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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	・その方の状態に合わせた食事量・水分量を提供し毎日記録している。日中の水分が不足な時は夜間帯に補充してもらうよう申し送りし、脱水を予防している。		
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	・全員が定期的に訪問歯科医による診察を受けており、職員はDRの口腔衛生管理指導内容に添い毎日の口腔支援を行っている。痛みや炎症がある時は訪問歯科医と連携している。		
43	19	○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向けた支援を行っている	・排泄表を活用しその方に合わせた誘導を行いトイレでの排泄を支援している。職員の都合ではなくその方に合ったパンツやパット類を選択し支援している。		
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	・排便の有無については毎日確認し2日以上便秘については主治医の指示の元下剤を服用して頂いている。便秘予防に体操や室内歩行、散歩等で適度な運動をして頂いている。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	・入浴は同性介助を基本とし週2回は入浴できる様支援している。入浴を好まない方については職員や日時を変え個々の状態に合わせ支援している。		

・職員 は3つ	外部 評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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	・出来るだけ今までの生活習慣に合わせた就寝誘導を行っているが。就寝時間の遅い方は睡眠のリズムが整う様支援している。眠れない時は夜勤者が話し相手になったり個別対応をしている。		
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	・月2回の往診時薬が処方され薬局から届く。薬の処方内容を個人ファイルに綴り情報共有している。薬変更については職員に周知し状態観察を行い変化時は主治医と連携している。		
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	・一人ひとりの希望やできる事を把握し張り合いがある日々を送れる様努めている。桜や紅葉見物、初もうで等季節感を感じる外出や作品作りを行い、楽しみがもてる様支援している。		
49	21	○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。また、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	・外気浴や散歩を継続しており天気の良い日は外でおやつを提供している。季節毎のお花見では社有車を使用しドライブで気分転換して頂いている。ご家族と一緒にの外出や外泊も再開している。		
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	・一部の方は安心の為に家族の協力の元お金を所持している方がいるがほとんどの方はお金を所持していない。		

・職員は3つ	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	・携帯電話をお持ちの方には希望時ご家族と自由に電話が出来る様支援している。手紙は本人にお渡しし要望時お手伝いしている。		
52	22	○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	・共用の空間については掃除、換気、消毒を行い温度、照明にも配慮し心地よく落ち着いて過ごせる様支援している。季節感を感じる作品を掲示し楽しみを持って過ごして頂いている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	・居間には食卓テーブルの他にソファが置いてあり一人でも過ごせる場所を確保している。日光浴や外を眺めたい方には窓側に椅子を移動し自由に過ごして頂いている。		
54	23	○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	・入居時にその方の馴染みの家具やテレビ、写真等を持ち込んで頂き今迄の生活を継続し安心して過ごせる様支援している。リネンやパジャマ等の洗濯、掃除は定期的に行っている・		
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」や「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	・居間・廊下には手すりを背地しており安全に生活できるようにしている。各居室には名前入りの表札を掛け、混乱なく自立した生活が送れる様支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名

ウイル長後

作成日

令和 6年 1月 19日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	2	・新型コロナ感染拡大により数年『認知症カフェ』の開催ができていない。 ・開催出来ていた時期でも参加者が少なかった為集客が課題。	・月1回「認知症カフェ」を開催し地域の方や、認知症の家族の方に参加して頂く。	・同法人のウイル長後ステーションと合同で音楽療法をメインとした【ウイルカフェ】を月1回開催する。 ・自治会、運営推進委員、医療機関に協力をお願いしカフェの周知、参加者の確保を行う。	2年間
2	9	・重度の利用者の受け入れが増え、お看取りも多い事で職員が不安やストレスを感じている。	・職員全員がストレスや不安無く重度の利用者の支援やターミナルケアが出来る。	・重度の方の受け入れ時は同法人の訪問看護ステーション看護師より研修を受け不安なく支援する。・お看取り終了後個別に管理者が面談を行い改善点を把握する。・定期的に職員のストレスチェックを行う。	2年間
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。