

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 | 3390201618 | | |
| 法人名 | 株式会社 創生事業団 | | |
| 事業所名 | グッドケア・倉敷 | | |
| 所在地 | 岡山県倉敷市日吉町347-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 5 年 10 月 20 日 | 評価結果市町村受理日 | |

【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)】

月に2度のユニット会議を開催して情報交換の場にはしています。この中で、虐待・拘束等の内部研修も取り入れています。ホーム内研修も行い職員のレベルアップ等にもつなげる努力をしています。入居者様は、毎日の日課にリハビリ体操やレクリエーションをユニット単位で行ったり、両ユニット合同で行って交流を図ったりしています。基本的には、強制ではなく参加したい方が参加するようにしています。その他余暇時間には個別でリハビリを兼ねての散歩等、生活の中でリハビリを行うようにしています。天気が良い時にはドライブをし、季節感を感じていただいています。コロナも5類になったので、感染防止に努めながら、ご家族との外出・外泊をしていただく様、ご家族へ協力いただいています。建物内には訪問看護ステーションが併設されており、週1回の健康チェックの実施をして体調管理を行っています。また、本人・家族が希望されれば看取りを行うことが出来ます。

※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 | https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200701-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社アウルメディカルサービス |
| 所在地 | 岡山市北区岩井2丁目2-18 |
| 訪問調査日 | 令和 5 年 11 月 16 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)】

【人生最良の時を過ごして頂くために】を心得として日々の介護に従事している。特に看取りに力を入れており、ここ2年で8~9名の方を看取った。看取りの際には、医療関係と管理者もすぐに駆け付けられる24時間体制をとっており、職員の不安を取り除いている。家族に寄り添い、何かあればすぐに連絡を取り、密なコミュニケーションを心掛けている。看取りをする状態で退院された利用者がいて、平素疎遠な奥様と娘さんに対して、管理者は体調ついてきめ細やかな報告・連絡を行い、夜間でも泊りがけで来て頂けるようになった。体調が悪くなった旦那様の背中をさすって、穏やかな最期を迎えることができ、家族からは「ここにいて良かった」と感謝の言葉が聞けた。ケアプランの作成では、職員は強いチームワークをもって、報連相を欠かさず、日常生活が自立支援に繋がるかどうかを考えている。短期目標に沿って、ケアプラン実施評価表を毎日記入し、家族からも意見を聞き取り、信頼関係を深めている。管理者は「職員や利用者さらには、家族あつてのグループホームだ」と答えてくれ、満面の笑みで真心を持って接していた。

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 | 職員全員が法人の理念を理解することに努め、理念に基づいたケアプランが作成できるように努力をして、日々のケアに取り組んでいる。前期・後期に理念内容を踏まえた目標を個々で掲げて実践するようにしている。 | 理念は、事務所と休憩室に掲示している。前回の評価結果を受けて、グループの5つのテーマに沿った内容で年2回目標を設定している。また、達成度の確認ができるので、理念を振り返る場となっている。管理者はコストダウンに力を入れた結果、備品などの物品購入に繋がった。 | |
| 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員として日常的に交流している | 散歩に出たときには地域住民の方々に挨拶をし、交流を図っている。秋祭りには子供神輿が今年も訪れた。地域の保育園との交流会を設けたり、保育園の運動会に招かれたりと交流の機会を積極的に設けている。 | 近隣の散歩をしている時に顔を合わせた方と挨拶を交わす関係ができています。秋祭りでは、子ども神輿が駐車場まで来て、利用者はお菓子を渡した。毎月発行している【グッドケア通信】を町内会長に手渡して、顔を繋いでいる。 | 地域との関わりをさらに深めてみてはいかがでしょうか。 |
| 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 | 見学や申し込みに来られた方のお話を聞いて必要なサポートをしている。また、高齢者の二人暮らしで一人が入居になったら、残った一人の生活が大丈夫なのか確認をしている。 | | |
| 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 | 2か月に一度当ホームにて運営推進会議を開催しホームでの活動報告はもとより、ご家族・町内会長・民生委員・地域包括職員・近隣のGH管理者からの率直な意見をホームの運営に生かすように努めている。訪看によるプチ勉強会も実施し、意味のある会に取り組んでいる。 | 今年度より対面式での実施できるようになった。地主、町内会長、地域包括、他GHの職員、併設する訪問看護の管理者、家族、利用者代表が参加している。入居状況、行事報告、訪問看護からプチ勉強会が開催され、コロナの療養やインフルエンザ、胃腸炎について学びを深めた。 | |
| 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 | 地域包括支援センターの職員の運営推進会議参加時には、ホームの現状報告を行うとともに情報提供を受けている。他のGHの運営推進会議にも参加させていただき連携を取るよう努めている。 | 窓口は管理者。空き状況が出た際には、市内の居宅と病院に訪問し、通信や閲覧ファイルを持参することで face to face の関係が築けている。指導監査課へは、何かわからないことや書類提出があれば、直接役場に出向いている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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 | ユニット間の行き来は自由で、日中は玄関を施錠することなく解放している。「行動を制限しない」ケアを実践するべく外に出るのを止めるのではなく一緒に行動し安全面に配慮している。「待つ」などの言葉の拘束にも注意している。 | 身体拘束・虐待防止の指針を活用し、拘束にあたるかどうかの確認をしている。年2回、身体拘束についての勉強会を開催し、動画視聴にしたことで職員の負担が軽減されている。感想や今後の課題(スピーチロックなど)を明確にすることで振り返りができている。 | |

| 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 |
| 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 | 虐待は暴力をふるう身体的虐待以外に言葉や態度、介護拒否が虐待に含まれることを職員に伝え防止に努めている。ユニット会議の議題としてあげ内部研修を行っている。 | | |
| 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 | 現在、成年後見制度を利用されている方がいるので、その方のいるユニットの職員は理解出来ていると思う。制度についての知識と理解が正しく出来るように職員研修に取り入れていきたい。 | | |
| 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 | 契約の前の面談時に、疑問や質問に納得されるまで説明するように努めている。又、入居時には重要事項説明書によりさらに細やかな説明を行い同意を得ている。 | | |
| 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 | 電話や面会時に日頃の様子を細やかに伝え、情報の交換・共有に努め、本人・家族の意見や苦情に速やかに取り組むように努めている。又、毎月発行する通信にてホームの運営状況を伝えている。 | 面会は玄関で対面式で行っている。月1回、グッドケア通信と管理者の手紙を郵送して、家族にできるだけGHIに足を運んで頂けるように工夫している。GHへあまり来られない家族へは、こまめに連絡を取り、情報の共有をしている。SNSを活用し、動画を送信したら、利用者の様子がわかるとの声を頂いた。 | |
| 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 | GH会議・ユニットミーティングにて職員の意見交換の場を設けている。また、問題のありそうな職員には周りの職員から話を聞いて、本人からも直接話を聞くようにしている。 | 月2回、各ユニットで行われる会議にて意見を聴取している。職員の要望から、レクリエーションに必要な物品を購入したり、場合によっては手作りしたりして工夫を凝らしている。管理者は「まずはやってみよう」の精神で取り組む姿勢でいて、職員は協力的で「自慢のスタッフだ」と答えてくれた。 | |
| 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 | 人事考課表・自己評価表により給与・賞与に反映される仕組みがあり、やりがいのある職場環境作りに役立てたい。本人の希望を出来るだけ上司に伝えるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 資格取得希望者には、会社から資格費用貸与の制度がありバックアップしている。職員数に余裕があれば外部研修にも積極的に参加出来るように支援していきたい。 | | |
| 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 | 外部研修等により、交流の場を得ると共に情報交換が行えるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居までに自宅訪問し、在宅生活がどのようなものか確認する。入居当初は出来るだけ、本人のペースで生活してもらい、課題を見つける。そして声掛けをしながら、安心できる場所の提供と信頼関係作りに努める。 | | |
| 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 | 見学をしてもらいホームの役割と特徴の説明を行うと同時に、入居を考えるに至った問題点(困っていることや不安など)を傾聴するように心がけている。又、入居前の自宅訪問時にもしっかりと話を聞き信頼関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 担当ケアマネ・病院MSW・地域包括支援センターとの情報の共有化と連携に努め、一番必要なサービスの見極めに努めている。 | | |
| 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 | 家事は出来る方に声をかけて一緒にしてもらおう。退屈そうにしている方がいたら、「一緒に散歩に行きませんか」と声をかける。夜間、トイレに起きてくる方が不安を訴えたと「今日はずっといるから大丈夫よ」と声をかける。 | | |

| 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 |
| 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 | 体調が悪くなったり、気になる事があつたら家族に電話をしている。特に本人が何か希望していることがあれば必ず伝えるようにしている。一か月に一回通信を郵送しホームの活動に理解を得られるように努力している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 住んでいた自宅の近所の方が訪ねてくるがあるので、温かく迎えて居室で過ごしていただき、おもてなしをする。 | 面会も対面で実施できている。家族や親戚に加え、近所の方や友人も来られた際には、利用者の目には涙が浮かんでいた。家族との外出や外泊も可能で、馴染みの関係が継続されている。昔、通っていた小学校に足を運び、友人の話や変わりゆく景色の話で盛り上がった。 | |
| 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 | 一人一人の性格やこだわりを見極め気の合う仲間作りの支援(席やテーブルのレイアウト等の配慮)に努め、トラブル発生時には問題解決に努め、入居者同士の良好な人間関係が構築できるように配慮している。 | | |
| 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 | 退去後の生活に支障がないように、地域包括支援センターや担当ケアマネに必要な情報提供を行い介護サービスが途切れないように配慮している。退去後に変更申請を行うこともある。 | | |
| 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 | 意思表示の出来ない方には、家族の意向を聞くことを基本にしている。その上で長年ホームで暮らしている方は、職員がこの方だったらどうするか、どう思うかを職員何人かで検討するようにしている。 | 入居時にアセスメント表にて、ADLの状態や趣味などの情報を得ている。居宅や病院から来た方は、サービス計画書やサマリーにて確認をしている。利用者の様子を細かく確認して、ユニット会議にて共有している。言葉をあまり発しない方へは、家族からアドバイスを頂き参考にしている。 | |
| 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 | 生まれてから現在に至るまでの生活歴の聞き取りはもちろんのこと、入居に至るまでに利用されていた介護サービスの把握に努めている。ケアマネジャーにも情報収集を行い把握している。 | | |

| 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 |
| 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 | 個別性を重視しホームの時間割ではなく、一人一人に合った時間配分に努めている。精神状態・身体状態の日々の変化を細やかに観察するように努めている。 | | |
| 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 | 本人・家族の意向確認はもとより、主治医・訪問看護のアドバイス等を参考にしている。毎日ケアプラン評価表をつけ、担当者がまとめ、ご家族に見ていただき感想などを書いていただくようにし、現状把握に努めている。それを踏まえて、計画作成担当者が作ったケアプランを、見直し、実施している。 | 入居時に暫定プランを立てて、1週間後にユニット会議にて意見交換をしている。何もなければ6ヶ月毎に更新している。毎日ケアプランの実施評価を行い、1ヶ月でまとめ、担当職員が評価して、家族からのコメントも頂いている。ケアマネジャーは、家事や趣味などを取り入れ、自立支援に繋がる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 | 個別のケース記録は出来るだけケアプランに沿ったものであるよう、短期目標を記録のページにつけている。日々の状況を記録に残し、職員間で情報共有することでケアの統一を図っている。 | | |
| 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 | 家族の状況に応じて(遠距離や身元引受人が兄弟など)通院や買い物など必要に応じて判断し対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 散歩時に地域住民の方と会話を交わしたり、運営推進会議では地元の町内会長や民生委員から地域の情報を教えてもらっている。 | | |
| 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 | かかりつけ医は特に指定はしていない。本人、家族の希望があれば聞いているが、外来受診は家族に協力をお願いしている。 | 協力医は4ヶ所と連携していて、そのうち1ヶ所は、皮膚科・泌尿器科も兼ねている。入居時に適性な病院を施設内で判断している。緊急時には24時間体制で、施設内に訪問看護ステーションがあり、医療連携が取りやすく、安心できる環境となっている。他科への受診は、基本家族対応でお願いしている。 | |

| 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 |
| 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 | 概ね週一回、訪問看護師が健康チェックを行っている。一週間の身体状態の変化を記録で伝え、訪問看護師との連携を図っている。緊急時には、同じ建物の中に訪問看護ステーションが併設されているので緊急対応できている。 | | |
| 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 | 入院時には、病院関係者に情報提供を行っている。又、入院中は、病院のMSWとの情報交換はもとより、家族の同意のもと主治医のカンファレンスに同席し情報の共有化に努めている。 | | |
| 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 | 入居時に看取りの指針の説明を行い理解を得る努力をしている。看取りの時期が来た時には、繰り返し本人・家族の意向を確認している。24時間体制の訪問診療医も契約時から身体状態の変化に合わせて看取りの説明をその都度している。 | 看取りは実施可能。ここ2年間で8～9名の看取りがあった。入居時に、「重度化・看取りに関する指針」にて説明し、看取り期に差し掛かった際には、「看取り介護に関しての同意書」にサインを頂き、ケアプランも併せて変更している。往診時は、家族立ち合いの基、話を進めることで理解が得られるように工夫している。 | |
| 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 | 特に夜間の緊急事態が発生した場合の連絡の取り方はユニット会議で何度か確認している。 | | |
| 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 | 社内会議、運営推進会議の中で災害対策について話し合いを持ち、年2回、昼夜を想定した避難訓練の実施を行い、消防署の職員にも参加、指導してもらったときもある。想定だけではなく、実際の時間に行っている。 | 年2回昼夜想定で火災訓練を実施し、利用者も一緒に参加できた。連絡網は事務所に掲示していて、ハザードマップはファイルに保管してある。備蓄は、スポーツドリンクと乾物高カロリー食品を3日分を台所に保管している。BCPの現在作成中で、災害研修も実施予定である。 | 災害対策を今一度、再確認してみたいかがでしょうか。 |
| 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 | 利用者への呼びかけは、苗字や名前に「さん」付けを基本としている。利用者は目上の方なので、子供に対するような声掛けをしない。介助が必要な方でもトイレのドアは必ず閉めるなど、基本的なことを気を付けている。 | 呼称の基本は苗字か名前に「さん」付けで呼んでいる。同じ苗字の方がいて、家族の了承の基、下の名前に「ちゃん」付けで呼ぶと満面の笑みで応えてくれる。前回の評価結果を受けて、パット入れをイニシャル表記に変えた。年1回、プライバシー確保に関する研修も行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 画一的な支援にならないように個々の気持ちを聞く時間を設けるように努めている。日々の生活の中で、皆同じではなく自ら選択することのできる質問形式での声掛けを心がけている。 | | |
| 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 | 精神面・身体面の变化に配慮しながら、生活のリズム・パターンを考慮し、ホームの業務を優先するのではなく、本人が暮らしやすい時間配分にその都度変化するように努めている。 | | |
| 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 | 訪問理美容を利用しカット・毛染め・パーマを行っている。本人の好みを尊重した洋服選びやアドバイスをを行うように心がけている。季節の衣類の交換は家族に協力をお願いしている。 | | |
| 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 | 誕生日には本人の好みを聞き献立を立てている。食事作りは、下ごしらえ・配膳・下膳・食器拭き片付けなど職員と協力しながら行っている。 | 3食外注で食材が施設に届く。隔週で夕食のみ手作りで、身体に優しいメニューを心掛けてる。利用者の嗜好に合わせて、ハンバーガーやカップ麺、ロシアンたこ焼きのキムチが大好評だった。できる方には、包丁さばきや皮むきを手伝って頂き、日常生活の一部となっている。 | |
| 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 | 毎日のメニュー、そのための食材は業者に配達してもらっている。時々、お寿司やお弁当を配達してもらっている。食事量・水分量は記録をして、変化があれば主治医に相談している。 | | |
| 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、歯磨きを実施している。本人の能力に応じた支援を行い、口腔内の観察はもとより、義歯の不具合や虫歯・歯槽膿漏などは訪問歯科を利用し治療を行っている。 | | |
| 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 | 利用者ごとにトイレ誘導の時間をその方に合わせて行っている。日中は布パンツにパットの利用者も多い。車椅子の利用者も二人介助でトイレに座ってもらっている。 | トイレは各ユニット3ヶ所。利用者の排泄パターンを把握して、ソワソワしたタイミングで言葉を掛けたら、パットだった方がリハパンに改善された事例もある。布パンツで過ごしている方も5名いる。排泄失敗時は、さりげなく「着替えよう」と言葉を掛けて自尊心を傷つけないようにしている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者ごとの排便パターンを検討して、適切な薬の処方と服用を行っている。又、繊維質の食材(寒天)を積極的に使用したり、乳製品の摂取、水分摂取、運動を心がけています。 | | |
| 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 | 週2~3回を基本とし入浴日は決めているが、体調や本人の希望や入浴のタイミングに配慮しながら柔軟な対応を心がけている。 | 週2~3回の提供で、一人あたり30~40分程の時間を取っている。お湯は一人ずつ入れ替えているので清潔さが保たれている。入浴を拒否する方はおらず、お風呂と言うとスムーズに浴室に足を運んで頂ける。季節湯としてゆず湯の提供あり、脱衣所はエアコン完備でヒートショックにも対応している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 就寝時間は特に決めておらず自由で、本人の生活のリズムに合っている。夜間不眠の方には、状況に合わせた対応を心がけている。又、日中活動の見直しを行い良眠できるように工夫している。 | | |
| 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 | 疾患と薬についての理解に努め、薬の用量や服薬するタイミングなど、医師・薬剤師と密なる情報交換及び連携を図っている。最新の処方薬の説明書のファイルをユニットに置き、いつでも見られるようにしている。 | | |
| 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 | 生活歴を把握し得意分野(歌・料理・習字など)での活躍の場を設けるように支援している。散歩や外出、ドライブなどでも気分転換が図れるように支援している。 | | |
| 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 | 固定はせず、天候など見ながら、季節を感じられる外出を計画し実行している。また日常的に利用者に合わせて散歩やドライブを行っている。 | 備南街道で桜を見て、安養寺ではアジサイを見て、笠岡ベイファームでコスモスを見て、国分寺で五重塔を眺め、マスカットスタジアムの周りやたけのこ公園内を散歩して、四季折々を堪能している。気候にもよるが、毎日の散歩が日課となり、利用者の気分転換や健康維持に努めている。 | |

| 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 |
| 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 | 以前、「私の財布がない、お金がない！」と騒ぐ利用者がいたことがあり、現在お金を持っている方はいない。しかし、外出やドライブで店に入った時などは買いたい物があれば買えるようにしている。(事前に家族と話をしている) | | |
| 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 | 家族からの電話の取次ぎは勿論のこと、希望時には電話をかけられるように支援している。 | | |
| 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 | 居間の大きな窓から見える花壇の花や畑の野菜などから、四季の移り変りを身近に感じることができる。又、室内にも季節を感じてもらえるように、季節に応じた飾りをするように気をつけている。 | リビングでは、塗り絵やパズル、洗濯物畳みをして、その人に合った暮らしをしていた。家庭菜園が得意な職員が施設内の畑で、季節の野菜を育て、食卓を彩っている。評価当日は、大運動会で利用者は一生懸命競技に参加し、メダルと笑顔が光輝いていた。 | |
| 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 | 各人の個性や性格を尊重しながら席のセッティングに配慮するのはもとより、玄関のベンチで他者の気配を感じながらも一人になれる空間作りを行っている。 | | |
| 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 | 自宅で使用されていた馴染の家具の使用はもとより、家族写真や趣味の作品・誕生日の色紙など飾ることで安心できる環境作りに努めている。 | ベッド、洗面台、クローゼット、カーテン、エアコンが備え付け。個人の身体状況に応じて、家具の配置を変えている。夜間、不安にならないように可愛い動物のフットライトを点けている部屋もある。馴染みのダンスや机を持ち込んで自分らしい居室を演出していた。孫の写真や敬老会・誕生日の色紙が大切に飾られていた。 | |
| 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 | 居室の入り口には、表札をだし部屋の確認ができるようにしている。ユニットの行き来は自由で、そのユニットの職員挨拶をしてが見守るようにしている。途中、玄関があるので外に出て行かないかを見守るようにしている。止めることなく、出て行くようであればついて行く。 | | |

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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | ○ | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | | | | |

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 | 3390200701 | | |
| 法人名 | 株式会社 創生事業団 | | |
| 事業所名 | グッドケア・倉敷 | | |
| 所在地 | 岡山県倉敷市日吉町347-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 5 年 10 月 20 日 | 評価結果市町村受理日 | |

【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)】

月に一度はユニット会議を開催して情報交換の場にはしています。この中で、虐待・拘束等の内部研修も取り入れています。ホーム内研修も行い職員のレベルアップ等にもつなげる努力をしています。入居者様は、毎日の日課にリハビリ体操やレクリエーションをユニット単位で行ったり、両ユニット合同で行って交流を図ったりしています。他には全員で歌唱倶楽部を毎日開催しています。基本的には、強制ではなく参加したい方が参加するようにしています。その他余暇時間には個別で散歩に行きます。コロナ過で月に一度の外出での外食も出来ない為、時々お弁当を注文し召し上がって頂いております。入居者様と職員の楽しみにもなっています。建物内には訪問看護ステーションが併設されており、週1回の健康チェックの実施をして体調管理を行っています。また、本人・家族が希望されれば看取りを行うことが出来ます。

※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 | https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200701-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社アウルメディカルサービス |
| 所在地 | 岡山市北区岩井2丁目2-18 |
| 訪問調査日 | 令和 5 年 11 月 16 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)】

【人生最良の時を過ごして頂くために】を心得として日々の介護に従事している。特に看取りに力を入れており、ここ2年で8~9名の方を看取った。看取りの際には、医療関係と管理者もすぐに駆け付けられる24時間体制をとっており、職員の不安を取り除いている。家族に寄り添い、何かあればすぐに連絡を取り、密なコミュニケーションを心掛けている。看取りをする状態で退院された利用者がいて、平素疎遠な奥様と娘さんに対して、管理者は体調ついてきめ細やかな報告・連絡を行い、夜間でも泊りがけで来て頂けるようになった。体調が悪くなった旦那様の背中をさすって、穏やかな最期を迎えることができ、家族からは「ここにいて良かった」と感謝の言葉が聞けた。ケアプランの作成では、職員は強いチームワークをもって、報連相を欠かさず、日常生活が自立支援に繋がるかどうかを考えている。短期目標に沿って、ケアプラン実施評価表を毎日記入し、家族からも意見を聞き取り、信頼関係を深めている。管理者は「職員や利用者さらには、家族あつてのグループホームだ」と答えてくれ、満面の笑みで真心を持って接していた。

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 | 職員全員が理念を理解することに努め、理念に基づいたケアプランが作成できるように努力をして、日々のケアに取り組んでいる。 | 理念は、事務所と休憩室に掲示している。前回の評価結果を受けて、グループの5つのテーマに沿った内容で年2回目標を設定している。また、達成度の確認ができるので、理念を振り返る場となっている。管理者はコストダウンに力を入れた結果、備品などの物品購入に繋がった。 | |
| 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員として日常的に交流している | 散歩に出たときには地域住民の方々に挨拶をし、交流を図っている。秋祭りには子供神輿が今年も訪れた。地域の保育園との交流会を設けたり、保育園の運動会に招かれたりと交流の機会を積極的に設けている。(コロナの為実施できず) | 近隣の散歩をしている時に顔を合わせた方と挨拶を交わす関係ができています。秋祭りでは、子ども神輿が駐車場まで来て、利用者はお菓子を渡した。毎月発行している【グッドケア通信】を町内会長に手渡して、顔を繋いでいる。 | 地域との関わりをさらに深めてみてはいかがでしょうか。 |
| 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 | 見学や申し込みに来られた方のお話を聞いて必要なサポートをしている。また、高齢者の二人暮らしで一人が入居になったら、残った一人の生活が大丈夫なのか確認をしている。 | | |
| 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践、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 | 2か月に一度当ホームにて運営推進会議を開催しホームでの活動報告はもとより、ご家族・町内会長・民生委員・地域包括職員・近隣のGH管理者からの率直な意見をホームの運営に生かすように努めている。(コロナの為実施できず) | 今年度より対面式での実施できるようになった。地主、町内会長、地域包括、他GHの職員、併設する訪問看護の管理者、家族、利用者代表が参加している。入居状況、行事報告、訪問看護からプチ勉強会が開催され、コロナの療養やインフルエンザ、胃腸炎について学びを深めた。 | |
| 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 | 地域包括支援センターの職員の運営推進会議参加時には、ホームの現状報告を行うとともに情報提供を受けている。 | 窓口は管理者。空き状況が出た際には、市内の居宅と病院に訪問し、通信や閲覧ファイルを持参することで face to face の関係が築けている。指導監査課へは、何かわからないことや書類提出があれば、直接役場に出向いている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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 | ユニット間の行き来は自由で、日中は玄関を施錠することなく解放している。「行動を制限しない」ケアを実践するべく外に出るのを止めるのではなく一緒に行動し安全面に配慮している。「待つ」などの言葉の拘束にも注意している。 | 身体拘束・虐待防止の指針を活用し、拘束にあたるかどうかの確認をしている。年2回、身体拘束についての勉強会を開催し、動画視聴にしたことで職員の負担が軽減されている。感想や今後の課題(スピーチロックなど)を明確にすることで振り返りができている。 | |

| 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 |
| 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 | 虐待は暴力をふるう身体的虐待以外に言葉や態度、介護拒否が虐待に含まれることを職員に伝え防止に努めている。ユニット会議の議題としてあげ内部研修を行っている。 | | |
| 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 | 現在、成年後見制度を利用されている方がいるので、その方のいるユニットの職員は理解出来ていると思う。制度についての知識と理解が正しく出来るように職員研修に取り入れていきたい。 | | |
| 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 | 契約の前の面談時に、疑問や質問に納得されるまで説明するように努めている。又、入居時には重要事項説明書によりさらに細やかな説明を行い同意を得ている。 | | |
| 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 | 電話や面会時に日頃の様子を細やかに伝え、情報の交換・共有に努め、本人・家族の意見や苦情に速やかに取り組むように努めている。又、毎月発行する広報誌にてホームの運営状況を伝えている。 | 面会は玄関で対面式で行っている。月1回、グッドケア通信と管理者の手紙を郵送して、家族にできるだけGHIに足を運んで頂けるように工夫している。GHへあまり来られない家族へは、こまめに連絡を取り、情報の共有をしている。SNSを活用し、動画を送信したら、利用者の様子がわかるとの声を頂いた。 | |
| 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 | GH会議・ユニットミーティングにて職員の意見交換の場を設けている。また、問題のありそうな職員には周りの職員から話を聞いて、本人からも直接話を聞くようにしている。 | 月2回、各ユニットで行われる会議にて意見を聴取している。職員の要望から、レクリエーションに必要な物品を購入したり、場合によっては手作りしたりして工夫を凝らしている。管理者は「まずはやってみよう」の精神で取り組む姿勢でいて、職員は協力的で「自慢のスタッフだ」と答えてくれた。 | |
| 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 | 人事考課表・自己評価表により給与・賞与に反映される仕組みがあり、やりがいのある職場環境作りに役立てたい。本人の希望を出来るだけ上司に伝えるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 資格取得希望者には、会社から資格費用貸与の制度がありバックアップしている。職員数に余裕があれば外部研修にも積極的に参加出来るように支援していきたい。 | | |
| 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 | 外部研修等により、交流の場を得ると共に情報交換が行えるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居までに自宅訪問し、在宅生活がどのようなものか確認する。入居当初は出来るだけ、本人のペースで生活してもらい、課題を見つける。そして声掛けをしながら、安心できる場所の提供と信頼関係作りに努める。 | | |
| 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 | 見学をしてもらいホームの役割と特徴の説明を行うと同時に、入居を考えるに至った問題点(困っていることや不安など)を傾聴するように心がけている。又、入居前の自宅訪問時にもしっかりと話を聞き信頼関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 担当ケアマネ・病院MSW・地域包括支援センターとの情報の共有化と連携に努め、一番必要なサービスの見極めに努めている。 | | |
| 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 | 家事は出来る方に声をかけて一緒にしてもらおう。退屈そうにしている方がいたら、「一緒に散歩に行きませんか」と声をかける。夜間、トイレに起きてくる方が不安を訴えたと「今日はずっといるから大丈夫よ」と声をかける。 | | |

| 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 |
| 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 | 体調が悪くなったり、気になる事があつたら家族に電話をしている。特に本人が何か希望していることがあれば必ず伝えるようにしている。一か月に一回広報誌を郵送しホームの活動に理解を得られるように努力している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 住んでいた自宅の近所の方が訪ねてくるがあるので、温かく迎えて居室で過ごしていただき、おもてなしをする。 | 面会も対面で実施できている。家族や親戚に加え、近所の方や友人も来られた際には、利用者の目には涙が浮かんでいた。家族との外出や外泊も可能で、馴染みの関係が継続されている。昔、通っていた小学校に足を運び、友人の話や変わりゆく景色の話で盛り上がった。 | |
| 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 | 一人一人の性格やこだわりを見極め気の合う仲間作りの支援(席やテーブルのレイアウト等の配慮)に努め、トラブル発生時には問題解決に努め、入居者同士の良好な人間関係が構築できるように配慮している。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退去後の生活に支障がないように、地域包括支援センターや担当ケアマネに必要な情報提供を行い介護サービスが途切れないように配慮している。退去後に変更申請を行うこともある。 | | |
| 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 | 意思表示の出来ない方には、家族の意向を聞くことを基本にしている。その上で長年ホームで暮らしている方は、職員がこの方だったらどうするか、どう思うかを職員何人かで検討するようにしている。 | 入居時にアセスメント表にて、ADLの状態や趣味などの情報を得ている。居宅や病院から来た方は、サービス計画書やサマリーにて確認をしている。利用者の様子を細かく確認して、ユニット会議にて共有している。言葉をあまり発しない方へは、家族からアドバイスを頂き参考にしている。 | |
| 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 | 生まれてから現在に至るまでの生活歴の聞き取りはもちろんのこと、入居に至るまでに利用されていた介護サービスの把握に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 個別性を重視しホームの時間割ではなく、一人一人に合った時間配分に努めている。精神状態・身体状態の日々の変化を細やかに観察するように努めている。 | | |
| 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 | 本人・家族の意向確認はもとより、主治医・訪問看護のアドバイス等を参考にしている。担当者がモニタリングを行い、計画作成担当者が作ったケアプランを、ユニット会議の中で検討している。 | 入居時に暫定プランを立てて、1週間後にユニット会議にて意見交換をしている。何もなければ6ヶ月毎に更新している。毎日ケアプランの実施評価を行い、1ヶ月でまとめ、担当職員が評価して、家族からのコメントも頂いている。ケアマネジャーは、家事や趣味などを取り入れ、自立支援に繋がる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 | 個別のケース記録は出来るだけケアプランに沿ったものであるよう、短期目標を記録のページにつけている。日々の状況を記録に残し、職員間で情報共有することでケアの統一を図っている。 | | |
| 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 | 家族の状況に応じて(遠距離や身元引受人が兄弟など)通院や買い物など必要に応じて判断し対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 散歩時に地域住民の方と会話を交わしたり、運営推進会議では地元の町内会長や民生委員から地域の情報を教えてもらっている。 | | |
| 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 | かかりつけ医は特に指定はしていない。本人、家族の希望があれば聞いているが、外来受診は家族に協力をお願いしている。 | 協力医は4ヶ所と連携していて、そのうち1ヶ所は、皮膚科・泌尿器科も兼ねている。入居時に適性な病院を施設内で判断している。緊急時には24時間体制で、施設内に訪問看護ステーションがあり、医療連携が取りやすく、安心できる環境となっている。他科への受診は、基本家族対応でお願いしている。 | |

| 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 |
| 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 | 概ね週一回、訪問看護師が健康チェックを行っている。一週間の身体状態の変化を記録で伝え、訪問看護師との連携を図っている。緊急時には、同じ建物の中に訪問看護ステーションが併設されているので緊急対応できている。 | | |
| 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 | 入院時には、病院関係者に情報提供を行っている。又、入院中は、病院のMSWとの情報交換はもとより、家族の同意のもと主治医のカンファレンスに同席し情報の共有化に努めている。 | | |
| 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 | 入居時に看取りの指針の説明を行い理解を得る努力をしている。看取りの時期が来た時には、繰り返し本人・家族の意向を確認している。24時間体制の訪問診療医も契約時から身体状態の変化に合わせて看取りの説明をその都度している。 | 看取りは実施可能。ここ2年間で8～9名の看取りがあった。入居時に、「重度化・看取りに関する指針」にて説明し、看取り期に差し掛かった際には、「看取り介護に関しての同意書」にサインを頂き、ケアプランも併せて変更している。往診時は、家族立ち合いの基、話を進めることで理解が得られるように工夫している。 | |
| 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 | 特に夜間の緊急事態が発生した場合の連絡の取り方はユニット会議で何度か確認している。 | | |
| 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 | 社内会議、運営推進会議の中で災害対策について話し合いを持ち、年2回、昼夜を想定した避難訓練の実施を行い、消防署の職員にも参加、指導してもらったときもある。 | 年2回昼夜想定で火災訓練を実施し、利用者も一緒に参加できた。連絡網は事務所に掲示していて、ハザードマップはファイルに保管してある。備蓄は、スポーツドリンクと乾物高カロリー食品を3日分を台所に保管している。BCPの現在作成中で、災害研修も実施予定である。 | 災害対策を今一度、再確認してみたいかがでしょうか。 |
| 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 | 利用者への呼びかけは、苗字や名前に「さん」付けを基本としている。利用者は目上の方なので、子供に対するような声掛けをしない。介助が必要な方でもトイレのドアは必ず閉めるなど、基本的なことを気を付けている。 | 呼称の基本は苗字か名前に「さん」付けで呼んでいる。同じ苗字の方がいて、家族の了承の基、下の名前に「ちゃん」付けで呼ぶと満面の笑みで応えてくれる。前回の評価結果を受けて、パット入れをイニシャル表記に変えた。年1回、プライバシー確保に関する研修も行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 画一的な支援にならないように個々の気持ちを聞く時間を設けるように努めている。日々の生活の中で、皆同じではなく自ら選択することのできる質問形式での声掛けを心がけている。 | | |
| 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 | 精神面・身体面の变化に配慮しながら、生活のリズム・パターンを考慮し、ホームの業務を優先するのではなく、本人が暮らしやすい時間配分にその都度変化するように努めている。 | | |
| 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 | 訪問理美容を利用しカット・毛染め・パーマを行っている。本人の好みを尊重した洋服選びやアドバイスを行うように心がけている。季節の衣類の交換は家族に協力をお願いしている。 | | |
| 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 | 誕生日には本人の好みを聞き献立を立てている。食事作りは、下ごしらえ・配膳・下膳・食器拭き片付けなど職員と協力しながら行っている。月に一度の外食は本人にメニューから選んでもらっている。 | 3食外注で食材が施設に届く。隔週で夕食のみ手作り、身体に優しいメニューを心掛けてる。利用者の嗜好に合わせて、ハンバーガーやカップ麺、ロシアンたこ焼きのキムチが大好評だった。できる方には、包丁さばきや皮むきを手伝って頂き、日常生活の一部となっている。 | |
| 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 | 毎日のメニュー、そのための食材は業者に配達してもらっている。時々、お寿司やお弁当を配達してもらっている。食事量・水分量は記録をして、変化があれば主治医に相談している。 | | |
| 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、歯磨きを実施している。本人の能力に応じた支援を行い、口腔内の観察はもとより、義歯の不具合や虫歯・歯槽膿漏などは訪問歯科を利用し治療を行っている。 | | |
| 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 | 利用者ごとにトイレ誘導の時間をその方に合わせて行っている。日中は布パンツにパットの利用者も多い。車椅子の利用者も二人介助でトイレに座ってもらっている。 | トイレは各ユニット3ヶ所。利用者の排泄パターンを把握して、ソワソワしたタイミングで言葉を掛けたら、パットだった方がリハパンに改善された事例もある。布パンツで過ごしている方も5名いる。排泄失敗時は、さりげなく「着替えよう」と言葉を掛けて自尊心を傷つけないようにしている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者ごとの排便パターンを検討して、適切な薬の処方と服用を行っている。又、繊維質の食材(寒天)を積極的に使用したり、乳製品の摂取、水分摂取、運動を心がけています。 | | |
| 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 | 週3回を基本とし入浴日は決めているが、体調や本人の希望や入浴のタイミングに配慮しながら柔軟な対応を心がけている。 | 週2~3回の提供で、一人あたり30~40分程の時間を取っている。お湯は一人ずつ入れ替えているので清潔さが保たれている。入浴を拒否する方はおらず、お風呂と言うとスムーズに浴室に足を運んで頂ける。季節湯としてゆず湯の提供あり、脱衣所はエアコン完備でヒートショックにも対応している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 就寝時間は特に決めておらず自由で、本人の生活のリズムに合っている。夜間不眠の方には、状況に合わせた対応を心がけている。又、日中活動の見直しを行い良眠できるように工夫している。 | | |
| 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 | 疾患と薬についての理解に努め、薬の用量や服薬するタイミングなど、医師・薬剤師と密なる情報交換及び連携を図っている。最新の処方薬の説明書のファイルをユニットに置き、いつでも見られるようにしている。 | | |
| 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 | 生活歴を把握し得意分野(歌・料理・習字など)での活躍の場を設けるように支援している。散歩や外出、ドライブなどでも気分転換が図れるように支援している。 | | |
| 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 | 月一回、季節を感じられる外出を計画し実行している。また日常的に利用者に合わせて散歩やドライブを行っている。 | 備南街道で桜を見て、安養寺ではアジサイを見て、笠岡ベイファームでコスモスを見て、国分寺で五重塔を眺め、マスカットスタジアムの周りやたけのこ公園内を散歩して、四季折々を堪能している。気候にもよるが、毎日の散歩が日課となり、利用者の気分転換や健康維持に努めている。 | |

| 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 |
| 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 | 以前、「私の財布がない、お金がない！」と騒ぐ利用者がいたことがあり、現在お金を持っている方はいない。しかし、外出やドライブで店に入った時などは買いたい物があれば買えるようにしている。 (事前に家族と話をしている) | | |
| 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 | 家族からの電話の取次ぎは勿論のこと、希望時には電話をかけられるように支援している。 | | |
| 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 | 居間の大きな窓から見える花壇の花や畑の野菜などから、四季の移り変りを身近に感じることができる。又、室内にも季節を感じてもらえるように、季節に応じた飾りをするように気をつけている。 | リビングでは、塗り絵やパズル、洗濯物畳みをして、その人に合った暮らしをしていた。家庭菜園が得意な職員が施設内の畑で、季節の野菜を育て、食卓を彩っている。評価当日は、大運動会で利用者は一生懸命競技に参加し、メダルと笑顔が光輝いていた。 | |
| 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 | 各人の個性や性格を尊重しながら席のセッティングに配慮するのはもとより、玄関のベンチで他者の気配を感じながらも一人になれる空間作りを行っている。 | | |
| 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 | 自宅で使用されていた馴染の家具の使用はもとより、家族写真や趣味の作品・誕生日の色紙など飾ることで安心できる環境作りに努めている。 | ベッド、洗面台、クローゼット、カーテン、エアコンが備え付け。個人の身体状況に応じて、家具の配置を変えている。夜間、不安にならないように可愛い動物のフットライトを点けている部屋もある。馴染みのダンスや机を持ち込んで自分らしい居室を演出していた。孫の写真や敬老会・誕生日の色紙が大切に飾られていた。 | |
| 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 | 居室の入り口には、表札をだし部屋の確認ができるようにしている。ユニットの行き来は自由で、そのユニットの職員挨拶をしてが見守るようにしている。途中、玄関があるので外に出て行かないかを見守るようにしている。止めることなく、出て行くようであればついて行く。 | | |

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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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、安心して暮らしている (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | | | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどいない |