

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナージュかずえ (メナージュ)		
所在地	愛知県豊田市和会町東郷152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	令和4年11月9日	評価結果市町村受理日	令和5年1月23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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigvosvoCd=2373000534-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和4年12月15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)】

令和4年度目標達成計画の目標として「まず職員が目標へのプロセスの重要性や目指す入居者の姿について確実に理解する。その中でマンネリ化を見直し、グループホーム3ユニットの特性を活かしながら入居者一人ひとりが目標に向かい生き生きと生活出来るように取り組む。」を掲げた。目標達成に向けた具体的な取り組みの一つとして、月1回お楽しみ昼食会を企画した。企画を通して利用者の普段見られない表情や喜びの声があり、職員もやりがいになり週1回のお楽しみ昼食会へと変わっていった。管理者、管理栄養士による季節感を大切に食材、鉄板を使った料理を囲む楽しさ、3ユニット利用者の交流を大切にできた。また、管理者より関わり方の工夫を学びながら共に楽しみがある暮らしを勧めてきた。その中で、職員が活動に対するプロセスを理解し、体験した活動を通じて日常生活上の表情の変化に気づきがあり、一人ひとりに寄り添った楽しみが持てる暮らしの実現に繋がっている。

【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)】

創業者でもある管理者の篤い思いを受け、利用者の意向を大切にされた支援を実践している。「愛介連版アセスメントシート」を使って綿密な情報収集・分析を行い、利用者の意向に基づく年間目標を設定している。利用者の思いの詰まった年間目標は、運営推進会議でも進捗が報告されている。職員は、「コロナだからできない」ではなく、「コロナでもできる」支援に取り組んでいる。「お楽しみ昼食会」もその取り組みの一つ。職員が把握した利用者の希望を管理者がメニューにまとめ、3ユニットがパーティー形式で提供している。焼肉、お好み焼き、五平餅、ピザ等々、これまでに多くのお楽しみ会が開かれた。大好評につき、月1回で始まったお楽しみ会は、現在週1回に増やされている。職員雇用は安定しており、ホーム開設から20年余、離職者はほとんどいない。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き生きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を年2回の研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。	4項目からなる法人理念に「運営推進会議の意義」(要約)と「他機関等との連携」(要約)の2項目を加え、ホーム理念としている。理念に根差した支援を実践しており、管理者の言動にも一貫性がある。	
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	地域のフードセンターや商店から新鮮な食材を購入している。コロナ禍でも状況を見ながら看護学生等を受け入れをして、利用者との交流を図っている。又、認知症カフェにも参加して地域の方と交流を図っている。	コロナ下ではあるが、感染状況を見ながら地域交流を行っている。小学生の地域探検、中学生の福祉体験学習、看護実習生等の受け入れを行い、地域の祭礼時には神輿もやってきた。	
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	運営推進会議や認知症カフェを通して認知症の方への対応の仕方の相談に乗り話し合いをしている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々が活かして行けるよう相談に応じている。		
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ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、感染症について、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合いサービスの向上に活かしている。令和4年2月、8月は書面で行いました。	過去1年間の6回の運営推進会議は、2回は書面開催となったものの、4回は対面で通常開催ができた。年度末の3月の会議では、1年間の運営推進会議を振り返って総括している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	毎月第2木曜日に介護サービス相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。	コロナ禍によって、市の担当者とのやり取りは電話やFAX、メールで行っている。コロナの感染者が出た時には、保健所と密な連携を図り、毎日状況報告を行った。	
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認し合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。3ヶ月に1回身体拘束適正化検討委員会に出席して法人全体でケアに努めている。	母体の老健施設をも含めた身体拘束適正化検討委員会があり、3ヶ月ごとに会議が開催されている。関連する職員研修が年間2回開催され、研修の記録(報告書)も残されている。身体拘束をしないケアに関する職員意識は高い。	
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ないよう注意を払い、防止に努めている	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事業所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。身体拘束委員会にて話し合いを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る努力をしている。		
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	家族の来所時、満足度アンケート、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。	家族アンケートには、家族にも寄り添った支援に対する感謝の言葉があった。一方で、家族からは様々な要望や注文が寄せられた。「意見や要望を確実に受け止めてくれる」ことの裏付けともとれる。	日々実践していること(散歩等)を理解せずに、要望として挙げているケースがあった。日常を正しく伝える工夫を検討されたい。
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、挙がった意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。	年に2回、管理者との個人面談があり、ここでは私的なことも話題に挙がる。利用者だけでなく、職員をも含めて家庭的な雰囲気である。職員雇用は安定しており、これまでも離職者はほとんどいない。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで10日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会(ZOOM)西三河ブロックの研修会や勉強会(ZOOM)に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に相談員を通して家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望等を受け止められるように努めている。見学もされている。又、入居の希望があった場合は管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性やストレングスを知り本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	運営推進会議、面会時を通して生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	コロナ禍で感染対策を行った上で、本人が大切にしてきた人達(親戚や兄弟等)や馴染みの場所(自宅やお墓等)との関係が途切れないように出来る限り支援している。	墓参りや自宅への一時帰宅等、利用者の希望に沿った支援を行っている。母体老健施設の認知症カフェに参加している。知り合いと再会したり、新たな馴染みの関係ができたりと、様々な出会いがある。	
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	日頃から利用者の表情や会話の中から利用者間の関係を理解して、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう考えて対応に努めている。		

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
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	継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	日常生活の中で一人ひとりの思いや意向を把握し、週1回のカンファレンスを通して情報を共有している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていけるか検討しながら介護計画に取り入れ希望の実現に取り組んでいる。	「愛介連版アセスメントシート」を使って綿密な情報収集・分析を行い、利用者の年間目標を設定している。利用者の思いの詰まった年間目標は、運営推進会議でも進捗が報告される。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の情報を判定会議を通じて利用者、家族より利用者の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。また、入居時に再度アセスメントを行い、日頃の会話の中から情報を収集している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を見極め、情報の伝達共有に努め可能な限り自立した暮らしに向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、月2回全体カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族の意向を話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。全職員間対応の統一を目指している。	利用者ごとの年間目標を最重点課題として捉え、介護計画の1番目の項目に記載し、年間を通して取り組んでいる。この他に3ヶ月の短期目標、6ヶ月の長期目標の設定もある。	
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫した事を個別記録に記入している。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対してカンファレンスや判定会議で話し合い支援ができる体制がとれている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員や介護サービス相談員、認知症カフェ等を活かし地域の一人となり心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。	利用者(27名)の多くが地域の開業医をかかりつけ医として、2週に1度の訪問診療を受けている。管理者が看護師資格を有することや、隣接の老健施設と連携が可能なことなどから、医療体制に隙はない。	
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	管理者、看護職員、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に対応できる体制がある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、本人、家族、相談員が話し合っている。		
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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。	利用者本人の「生きたい」との気持ちを大切に、可能な限りの支援はするが、ホームでの看取りは行わない方針を貫いている。症状が悪化して老健施設に移った利用者が、快復してホームに戻ってきたケースもある。	
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	年1回は消防署、母体施設との合同防災訓練を行っている。又、机上訓練や散水栓と水消火器、通報訓練を行っている。防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。	ハザードマップ上では災害警戒無指定地域である。複合施設合同の防災訓練を年間2回行い、うち1回は消防署の立合いを受けている。災害用と感染症用のBCP(事業継続計画)は作成中である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけし丁寧な言葉遣いを意識して対応している。職員同士注意し合える環境になっている。	振り返りチェック表を使い、毎日、複数の職員が利用者への適切な支援の実践を確認している。複数(2名)の職員がチェックすることにより、職員自らの気づきにも繋がっている。	
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決められるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関わりを心掛けている。		
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、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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人の趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧品や衣類等持参してもらいおしゃれを楽しめる環境にある。		
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	利用者の希望をなるべく取り入れ職員が作成したメニューを管理者、管理栄養士の助言のもとメニューを完成させる。週1回お楽しみ昼食会を企画し利用者が楽しめる食事を提供している。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成し利用者と職員が準備や食事、片付けを一緒に楽しみながら行っている。	3食手作りの食事を提供している。コロナ下でも楽しめる「お楽しみ昼食会」を企画し、好評につき、月1回の開催を週1回に増やしている。焼肉パーティーでは、男性利用者も張り切って調理を手伝う。	
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	献立は管理栄養士にて内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は細目に声かけし少しずつでも摂取できるよう常に心がけている。		
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	利用者全員歯みがきを日課に取り入れ、毎食後に行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。必要があれば地域歯科医による歯科受診をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、尿取りパットやリハビリパンツを使用している人は介護計画を立案している。	トイレでの排泄を基本としており、特段の事情がない限り夜間もトイレでの排泄を支援している。こまめに水分補給(目標1.5ℓ)を行い、適度な運動を取り入れて健康維持と便秘予防にも取り組んでいる。	
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	毎朝排便チェックをしている。自然に排便出来るように飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望時には毎日入浴できる。入浴を拒否する利用者には、個別に関わり職員を代えてなるべく入浴出来る様に援助している。	週に2~3回の入浴機会があるが、希望して毎日入浴している利用者もいる。男性職員が1名のみであることもあって異性介助の問題はなく、強く入浴を拒否する利用者もいない。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	規則正しい生活を送ることで生活リズムを整え、本人が必要な休息や睡眠がとれるよう支援している。また、眠れない様子の時には話を聞き、本人の思いに寄り添って見守りをしている。		
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	主治医の往診時に、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性和内服後の症状の変化について指示を受けている。内服後は観察を密に行い管理者に報告し服薬支援をしている。また、協力薬局の薬剤師より指導を受けている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み令和4年度の目標達成計画に反映している。		
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	毎日散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため屋外に出かけている。また、買い物、お墓参り等へは家族の協力を得て外出を支援している。	気候が良ければ毎日の散歩を欠かさず、弁当持参の花見等の企画外出は、コロナの感染状況を確認して行っている。広い敷地内に3つの一軒家(ユニット)が点在しており、他のユニットを訪問することでも外出気分を味わえる。	

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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り季節感や安堵感を大切にしている。	新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、共用空間への立入りを自粛した。コメントなし。	
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	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話ができるよう職員が話題を提供しの環境づくりに工夫をしている。		
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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごしている方もいる。	新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、居室の見学を自粛した。コメントなし。	
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	出来ることと出来ないことを見極めて、自室が分からない方には、分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけている。又、歩行が不安定な利用者様には出来るかぎりの見守りを行い手すり等の使用を促し、自立して生活が送れるようにしている。		

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナージュかずえ (シエール)		
所在地	愛知県豊田市和会町東郷152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	令和4年11月9日	評価結果市町村受理日	令和5年1月23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	https://www.kajikensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhou_detail_022_kani=true&JizyosyoCd=2373000534-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和4年12月15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)】

令和4年度目標達成計画の目標として「まず職員が目標へのプロセスの重要性や目指す入居者の姿について確実に理解する。その中でマンネリ化を見直し、グループホーム3ユニットの特性を活かしながら入居者一人ひとりが目標に向かい生き活きと生活出来るように取り組む。」を掲げた。目標達成に向けた具体的な取り組みの一つとして、月1回お楽しみ昼食会を企画した。企画を通して利用者の普段見られない表情や喜びの声があり、職員もやりがいになり週1回のお楽しみ昼食会へと変わっていった。管理者、管理栄養士による季節感を大切に食材、鉄板を使った料理を囲む楽しさ、3ユニット利用者の交流を大切にできた。また、管理者より関わり方の工夫を学びながら共に楽しみがある暮らしを勧めてきた。その中で、職員が活動に対するプロセスを理解し、体験した活動を通じて日常生活上の表情の変化に気づきがあり、一人ひとりに寄り添った楽しみが持てる暮らしの実現に繋がっている。

【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)】

yoru		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る (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (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

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	理念を年2回の研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。		
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	地域のフードセンターや商店から新鮮な食材を購入している。コロナ禍でも状況を見ながら看護学生等を受け入れをして、利用者と交流を図っている。又、認知症カフェにも参加して地域の方と交流を図っている。		
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	運営推進会議や認知症カフェを通して認知症の方への対応の仕方の相談に乗り話し合いをしている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々が活かして行けるよう相談に応じている。		
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ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、感染症について、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合いサービスの向上に活かしている。令和4年2月、8月は書面で行いました。		
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に取り組んでいる	毎月第2木曜日に介護サービス相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。		
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認し合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。3ヶ月に1回身体拘束適正化検討委員会に出席して法人全体でケアに努めている。		
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	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事業所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。身体拘束委員会にて話し合いを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。		
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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る努力をしている。		
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	家族の来所時、満足度アンケート、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。		
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、挙げた意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。		
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	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで10日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会(ZOOM)西三河ブロックの研修会や勉強会(ZOOM)に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に相談員を通して家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望等を受け止められるように努めている。見学もされている。又、入居の希望があった場合は管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なのかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性やストレスを聞き本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	運営推進会議、面会時を通して生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	コロナ禍で感染対策を行った上で、本人が大切にしてきた人達(親戚や兄弟等)や馴染みの場所(自宅やお墓等)との関係が途切れないように出来る限り支援している。		
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	日頃から利用者の表情や会話の中から利用者間関係を理解して、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう考えて対応に努めている。		

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
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	継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	日常生活の中で一人ひとりの思いや意向を把握し、週1回のカンファレンスを通して情報を共有している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていけるか検討しながら介護計画に取り入れ希望の実現に取り組んでいる。		
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	入居前の情報を判定会議を通じて利用者、家族より利用者の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。また、入居時に再度アセスメントを行い、日頃の会話の中から情報を収集している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を見極め、情報の伝達共有に努め可能な限り自立した暮らしに向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、月2回全体カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族の意向を話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。全職員間対応の統一を目指している。		
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫した事を個別記録に記入している。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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	本人や家族の状況、その時々ニーズに対してカンファレンスや判定会議で話し合い支援ができる体制がとれている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員や介護サービス相談員、認知症カフェ等を活かし地域の一員となり心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。		
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	管理者、看護職員、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に対応できる体制がある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、本人、家族、相談員が話し合っている。		
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、事業所の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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。		
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	年1回は消防署、母体施設との合同防災訓練を行っている。又、机上訓練や散水栓と水消火器、通報訓練を行っている。防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけし丁寧な言葉遣いを意識して対応している。職員同士注意し合える環境になっている。		
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決めれるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関わりを心掛けている。		
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、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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人の趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧品や衣類等持参してもらいおしゃれを楽しめる環境にある。		
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	利用者の希望をなるべく取り入れ職員が作成したメニューを管理者、管理栄養士の助言のもとメニューを完成させる。週1回お楽しみ昼食会を企画し利用者が楽しめる食事を提供している。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成し利用者と職員が準備や食事、片付けと一緒に楽しみながら行っている。		
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	献立は管理栄養士にて内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は細目に声かけし少しずつでも摂取できるよう常に心がけている。		
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	利用者全員歯みがきを日課に取り入れ、毎食後に行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。必要があれば地域歯科医による歯科受診をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、尿取りパットやリハビリパンツを使用している人は介護計画を立案している。		
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	毎朝排便チェックをしている。自然に排便出来るように飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望時には毎日入浴できる。入浴を拒否する利用者には、個別に関わり職員を代えてなるべく入浴出来る様に援助している。		
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	規則正しい生活を送ることで生活リズムを整え、本人が必要な休息や睡眠がとれるよう支援している。また、眠れない様子の時には話を聞き、本人の思いに寄り添って見守りをしている。		
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	主治医の往診時に、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性和内服後の症状の変化について指示を受けている。内服後は観察を密に行い管理者に報告し服薬支援をしている。また、協力薬局の薬剤師より指導を受けている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み令和4年度の目標達成計画に反映している。		
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	毎日散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため屋外に出かけている。また、買い物、お墓参り等へは家族の協力を得て外出を支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でも過ごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り季節感や安堵感を大切にしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話出来るよう職員が話題を提供し環境づくりに工夫をしている。		
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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごしている方もいる。		
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	出来ることと出来ないことを見極めて、自室が分からない方には、分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけている。又、歩行が不安定な利用者様には出来るかぎりの見守りを行い手すり等の使用を促し、自立して生活が送れるようにしている。		

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	2373000534		
法人名	医療法人 豊和会		
事業所名	グループホーム メナージュかずえ (リーブル)		
所在地	愛知県豊田市和会町東郷152-1 (電話)0565-21-6700(代)		
自己評価作成日	令和4年11月9日	評価結果市町村受理日	令和5年1月23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	https://www.kajikensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhou_detail_022_kani=true&JizyosyoCd=2373000534-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和4年12月15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)】

令和4年度目標達成計画の目標として「まず職員が目標へのプロセスの重要性や目指す入居者の姿について確実に理解する。その中でマンネリ化を見直し、グループホーム3ユニットの特性を活かしながら入居者一人ひとりが目標に向かい生き活きと生活出来るように取り組む。」を掲げた。目標達成に向けた具体的な取り組みの一つとして、月1回お楽しみ昼食会を企画した。企画を通して利用者の普段見られない表情や喜びの声があり、職員もやりがいになり週1回のお楽しみ昼食会へと変わっていった。管理者、管理栄養士による季節感を大切に食材、鉄板を使った料理を囲む楽しさ、3ユニット利用者の交流を大切にできた。また、管理者より関わり方の工夫を学びながら共に楽しみがある暮らしを勧めてきた。その中で、職員が活動に対するプロセスを理解し、体験した活動を通じて日常生活上の表情の変化に気づきがあり、一人ひとりに寄り添った楽しみが持てる暮らしの実現に繋がっている。

【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)】

yoru		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. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない		
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (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. 全くいない		
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない		
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない		
62	利用者は、その時々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

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	理念を年2回の研修でしっかりと覚え理解し、実践に沿った支援が出来る様にホーム内に掲示している。また、毎月2回開催のカンファレンス時に理念を唱和し皆で確認している。		
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	地域のフードセンターや商店から新鮮な食材を購入している。コロナ禍でも状況を見ながら看護学生等を受け入れをして、利用者との交流を図っている。又、認知症カフェにも参加して地域の方と交流を図っている。		
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	運営推進会議や認知症カフェを通して認知症の方への対応の仕方の相談に乗り話し合いをしている。また、支援に関する知識や実践経験を地域の人々が活かして行けるよう相談に応じている。		
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ヶ月毎に開催し、利用者、家族、地域包括支援センター、自治区長、民生委員等の出席があり、各ユニットの活動報告、防災活動、目標達成計画、感染症について、活動の様子をまとめた写真等の報告を行い出席者からの意見も出され話し合いサービスの向上に活かしている。令和4年2月、8月は書面で行いました。		
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	毎月第2木曜日に介護サービス相談員の訪問があり情報交換をしている。職員は市主催の研修に参加して運営に反映している。日頃から、介護保険課と情報交換もしている。		
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	毎日振り返りチェック表を利用し利用者に対して不適切な支援をしていないか確認合っている。また、高齢者虐待防止などの研修に参加してサービス向上委員会等を通じ日常的に意識して身体拘束ゼロの支援に努めている。3ヶ月に1回身体拘束適正化検討委員会に出席して法人全体でケアに努めている。		
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	法令遵守の研修の中で高齢者虐待防止法について学び毎日振り返りチェックリストを活用し事業所内で虐待が見過ごされないよう注意している。又地域からの情報等にも対応している。身体拘束委員会にて話し合いを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者と職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努め、必要時には活用出来る体制がとれている。		
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	契約書並びに重要事項説明書に権利義務を明記し契約を結んだり、解約をする際は利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解を得る努力をしている。		
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	家族の来所時、満足度アンケート、ケアプラン作成時、運営推進会議など家族から意見を聞いている。利用者、家族からの要望は、真摯に受け止めて実践に反映している。		
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	毎朝のミーティング・週1回のカンファレンスで、挙げた意見を定期的(1回/月)な運営会議、向上委員会にあげ話し合い実践に結び付けている。運営推進会議等を通して地域に向け報告も行う。管理者は職員との個人面接を定期的のみならず気がかりな事があれば即時に行っている。		
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	職員は勉強会、研修に参加し実践を積み努力し、管理者と年2回自己評価表を使い面接を行い勤務状況を把握している。その他には休暇希望勤務日を提出すれば休暇が優先できる仕組みになっている。年1回ストレスチェックを実施している。		
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	新人研修はオリエンテーションで10日間のカリキュラムに沿った研修がある。教育委員があり母体施設の職員と一緒に研修がある。外部研修は必要に応じて出張となる。本人希望も取り入れられている。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の役員をしており、全体の研修会や勉強会(ZOOM)西三河ブロックの研修会や勉強会(ZOOM)に参加しネットワークづくりを通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に相談員を通して家族、本人と会い、話をよく聴き不安や要望等を受け止められるように努めている。見学もされている。又、入居の希望があった場合は管理者とも交流を図っている。		
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	相談する家族の立場に立って家族の話をしっかり聞いて受け止めながら関係を築くことに努めている。本人と家族、家族同士の中で違いも含め家族の体験や思いを理解し家族自身を受け止める努力をしている。		
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	初期の本人、家族の不安を解消できるよう面談等を通して密に連携をとっている。要望をもとに何が必要なのかを見極め、事業所として対応できるよう努めている。又、必要に応じそれぞれの専門職からの情報も得、可能な限り希望に添えるよう努めている。		
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	利用者の望む生活や人生をできる限り実現できるよう努めるなかで、本来の個性やストレスを聞き本人から学んだり支え合う関係を大事にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	運営推進会議、面会時を通して生活の様子を報告し喜びや悲しみも共にしながら一緒に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	コロナ禍で感染対策を行った上で、本人が大切にしてきた人達(親戚や兄弟等)や馴染みの場所(自宅やお墓等)との関係が途切れないように出来る限り支援している。		
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	日頃から利用者の表情や会話の中から利用者間の関係を理解して、利用者が孤立せず良い関係が出来るよう考えて対応に努めている。		

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
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	継続的な関わりを必要とする利用者や家族には地域包括支援センターや施設相談員等多職種と連携し本人を支えている。		
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	日常生活の中で一人ひとりの思いや意向を把握し、週1回のカンファレンスを通して情報を共有している。又、家族からも希望や事情を把握し本人の希望にどう寄り添っていかれるか検討しながら介護計画に取り入れ希望の実現に取り組んでいる。		
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	入居前の情報を判定会議を通じて利用者、家族より利用者の生活歴やサービスの利用に至った経緯を探り、これまでの暮らし方を把握している。また、入居時に再度アセスメントを行い、日頃の会話の中から情報を収集している。		
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	職員全員が一人ひとりの暮らしに添って本人の状況を統合的に把握し本人のできる力、出来るけどやれていない力を見極め、情報の伝達共有に努め可能な限り自立した暮らしに向け支えている。		
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	週1回カンファレンス、月2回全体カンファレンス、毎月モニタリングや見直しを行い、家族の意向を話し合い介護計画を作成している。また、本人がより良く暮らせるよう何が必要かを考え話し合いその人らしい介護計画を作成している。全職員間対応の統一を目指している。		
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	カンファレンスにて日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫した事を個別記録に記入している。介護計画の見直しに活かし職員間で情報を共有しその人らしい前向きな介護計画を作成し実施している。		
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	本人や家族の状況、その時々々のニーズに対してカンファレンスや判定会議で話し合い支援ができる体制がとれている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員や介護サービス相談員、認知症カフェ等を活かし地域の一員となり心身ともに可能な限り本人がより豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切に従来からのかかりつけ医と連携を図っている。月2回の往診を受け必要に応じて適切な医療を受けられるよう支援している。法人職員の看護師と連携して24時間体制で緊急時の対応も可能である。		
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	管理者、看護職員、母体施設と連携しグループホーム担当の看護職員がいる。夜間は母体施設との連携がとれている。常に対応できる体制がある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時には看護、介護サマリーを作成し情報提供を行う。又、今後の方向性については、入院先のケースワーカーと連携をとりながら退院後の処遇に向け管理者、本人、家族、相談員が話し合っている。		
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、事業所の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	入居時に看取りはしないことを伝え、重要事項説明書に沿ってホームで出来ること出来ないことを説明し同意を得ている。急変になる可能性が高く医療にかかる時間が増した場合、医師を交えて家族と充分話し合い他施設へ移る提案など本人・家族にとってよりよい環境にて最期まで不安にならないよう支援している。		
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	新人研修や教育委員会の中で全ての職員は教育が実践され身につけるよう努力している。心臓マッサージや人工呼吸は人形を活用してスキル向上に努めている。		
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	年1回は消防署、母体施設との合同防災訓練を行っている。又、机上訓練や散水栓と水消火器、通報訓練を行っている。防災意識向上に努めている。運営推進会議にて地域の方に災害対策を報告し協力体制について話し合っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライバシーの保護、個人情報、接遇等の研修を行っている。職員は利用者に対して年長者への尊厳を常に持ち優しく声かけし丁寧な言葉遣いを意識して対応している。職員同士注意し合える環境になっている。		
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	選択肢の声掛けではなく、自分で決められるよう尋ねる声掛けを行っている。また、表情や反応を観察し受け止めている。常に利用者中心の関わりを心掛けている。		
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、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	日課は基準として設けているが共同生活も大切にしながら個人の趣味等を楽しめる生活が送れるよう希望に添って支援している。		
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	身だしなみやおしゃれが個人別に支援できるよう家族と協力し化粧品や衣類等持参してもらいおしゃれを楽しめる環境にある。		
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	利用者の希望をなるべく取り入れ職員が作成したメニューを管理者、管理栄養士の助言のもとメニューを完成させる。週1回お楽しみ昼食会を企画し利用者が楽しめる食事を提供している。家庭的な季節感のある献立を1週間ごとに作成し利用者と職員が準備や食事、片付けと一緒に楽しみながら行っている。		
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	献立は管理栄養士にて内容の確認がされ、季節やその日の体調を考慮し食形体を変更している。特に水分は細目に声かけし少しずつでも摂取できるよう常に心がけている。		
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	利用者全員歯みがきを日課に取り入れ、毎食後に行っている。また、義歯を使用している方は夜間洗浄剤につけている。必要があれば地域歯科医による歯科受診をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄日誌を用いて排泄パターンを把握し個々に合わせた支援をしている。毎日排泄チェック表を記入し、尿取りパットやリハビリパンツを使用している人は介護計画を立案している。		
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	毎朝排便チェックをしている。自然に排便出来るように飲み物の工夫や水分量は管理栄養士指導にて行われ、出来る範囲で身体を動かす働きかけを行っている。又、場合によっては主治医に相談している。		
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	入浴時間は基本的に16時からで、おおよそ週3回程となっているが、希望時には毎日入浴できる。入浴を拒否する利用者には、個別に関わり職員を代えてなるべく入浴出来る様に援助している。		
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	規則正しい生活を送ることで生活リズムを整え、本人が必要な休息や睡眠がとれるよう支援している。また、眠れない様子の時には話を聞き、本人の思いに寄り添って見守りをしている。		
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	主治医の往診時に、ユニット責任者と担当看護師が立ち合い服薬の必要性和内服後の症状の変化について指示を受けている。内服後は観察を密に行い管理者に報告し服薬支援をしている。また、協力薬局の薬剤師より指導を受けている。		
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	生活歴を本人、家族から把握し得意なことや好きなことを活かして生活が豊かになるよう介護計画に立案して取り組み令和4年度の目標達成計画に反映している。		
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支援している	毎日散歩へ出掛けたり、プランターの花や畑の世話のため屋外に出かけている。また、買い物、お墓参り等へは家族の協力を得て外出を支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金を持つ事で安心感が得られる方には、千円程度お渡ししている。自分で買いたいと意欲がある方で支払いが出来る方には自分で支払うよう支援している。		
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	電話や手紙は本人が希望した時に必要な支援をしている。また、プライバシーに配慮しながら個別に支援している。		
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	共同空間は快適に落ちついた雰囲気でも過ごせるよう配慮している。また、季節を表す利用者の作品を飾り季節感や安堵感を大切にしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共同空間(ホール)でもゆっくり座りながら会話出来るよう職員が話題を提供し環境づくりに工夫をしている。		
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	居室には各自使い慣れた家具、小物等馴染みの物が持ち込まれている。利用者手作りのカレンダー、家族の写真、生花等飾られ居心地の良い居室で過ごしている方もいる。		
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	出来ることと出来ないことを見極めて、自室が分からない方には、分かりやすいように扉に本人のみ分かるしるしをつけている。又、歩行が不安定な利用者様には出来るかぎりの見守りを行い手すり等の使用を促し、自立して生活が送れるようにしている。		