

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	2374400253		
法人名	医療法人光慈会		
事業所名	グループホームながしの里		
所在地	愛知県知立市長篠町新田東11-10		
自己評価作成日	令和5年8月31日	評価結果市町村受理日	令和6年1月10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&JigovosyoCd=2374400253-00&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5年9月29日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

コロナ禍以降、外出の中止、イベントの縮小など制限がある生活となり、生活は不自由な事も多くなってしまったが、その中で夏祭り、クリスマス会等入居者様と職員で楽しめる時間を作ったり、時々豪華な仕出し弁当を注文し、外食しなくてもおいしいご飯を皆さんと楽しめる活動をしています。今年の5月以降状況を見て外出を計画していますが、一度行けた程度です。室内での生活でも季節感を持って頂く為に、季節の飾りつけを皆さんと行っています。日々動画などを使い体操を実施して運動不足を補っています。現在は少しずつコロナ以前の生活を目指して努力している所です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

勤続年数の長い職員が多く、「利用者本位の暮らしの支援」は共通認識として浸透している。個別の記録に、介護計画に沿った支援が実施できたか、何故実施できなかったかを記し、「内出血ノート」には写真と記録を残し原因を追求するなど、何事も放置しない体制が根付いている。職員が積極的に提案できるよう取り入れられた「チョコ案」制度も定着している。育休明けの職員が複数職場復帰しており、職場環境の良さが窺われる。
 コロナ禍で制限はあるが、職員の熱意で社に皆で出かけたり、家族の行事に個別に参加する等、支援を再開している。地域包括支援センターと、認知症カフェの開催を検討している。コロナ感染の経験から、病院受診や救急搬送の困難さを実感し、協力医による訪問診療を検討している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 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	玄関、事務所内に掲示し、目に触れる機会を持ち、理念について意識を持てるようにしています。入職する際は理念の書いた書類を渡し説明もしています。	「安心と尊厳のある生活を支援する」との理念は職員に浸透し、常に意識して日常のケアにあたっている。理念は毎年の法人方針に落とし込まれ、ホームの年次目標や個人目標に展開し、振り返る機会もある。	
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	盆踊りやお茶会など開催のお知らせを頂き、今後参加の機会を伺っています。回覧板にて地域の情報を得ています。地域の作品展には昨年も出展のみですが、参加させて頂きました。	コロナ以前は行っていた地域行事への参加を再開すべく検討している。地域の作品展には利用者の作品を出品した。地域の高校からはお茶会の誘いを受け、区長からは地域情報が届けられている。	
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	地区の認知症カフェにてグループホームについての講義を行いました。一年に数回市役所主催のワーキンググループ会議に参加して、地域の認知症への取り組みについて意見交換を行っています。		
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	今年の5月から対面での会議を再開しました。御家族様、地域の方に参加頂き様々な意見を頂き、サービス向上に活かしています。またグループホームへの理解という点でも活用しています。	3回は文書開催、3回は対面開催した。区長や市職員、地域包括支援センター職員の他、家族は交代で参加し、ホームの現状や地域状況、防災等を話し合っている。書面開催時も丁寧な報告が行われている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議の参加、事故報告など直接担当の方との交流を行っています。年に数回のワーキンググループ会議に参加し意見交換をしています。様々な情報をメールにて頂いています。	地域包括支援センターと連携し、認知症カフェの開催を検討している。社会福祉協議会が開催した認知症カフェでは、依頼されて講演を行った。地域のグループホームや行政との会議に参加し、意見交換している。	
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	リスク委員を設置し毎月事故報告、ヒヤリハットの検証をしています。不適切ケアにも目を向け、職員同士が感じたことなどを話し合っています。内出血ノートを継続して行い、虐待防止について意識を常に持っています。	利用者の内出血は全て写真や状況を記録し、原因を追究して放置しないよう取り組んでいる。毎月の委員会で取りまとめた報告を職員にフィードバックし、意識向上に繋げている。事故報告が重なった時は随時フロア会議を開き、職員間で検討している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	内出血ノートを設置し常に体のチェックを心掛けています。また記録を残し検証することで意識の向上に努めています。法人内の新人研修などでも学ぶ機会を設けています。		

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
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	新人研修にて専門家から学ぶ機会があります。成年後見人の必要な方は現状いませんが制度の理解を行えるよう情報の共有をしています。		
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	契約時はすべての項目を説明しご理解を得て契約を行っています。法律の変更などにより契約内容が変更される時は説明文を作成し同意書の記入をして頂いています。		
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	面会時や電話連絡にて現所報告などを行い、苦情があった場合は書類を作成し原因の追究を行っています。施設以外にも相談窓口があることを契約時に説明しています。意見箱の設置もしています。	家族は交代制で運営推進会議に参加し、協力的である。会議では様々な意見や提案が出され、その都度対応している。毎月のホーム便りに加え、コロナ禍以前に開催していた家族会に代わる書面も送付している。	
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	カンファレンスを開催し意見交換の場を作っています。参加が難しくても意見が言えるよう、議題書を事前に作り、意見をあらかじめ書いておけるようにしています。チョコ案制度を設け業務改善に対して誰もが意見できるように行っています。	定期的なフロア会議に加え、現場で出た課題を即時共有して検討するため、随時ショートカンファレンスを開く体制がある。職員の定着は良く、複数の職員が育休明けには復職する等、職場環境の良さがうかがわれる。	
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	法人で等級制度が設けられ能力にあった等級があり、それに応じて給料が変わる仕組みがあります。ヒヤリハット件数が評価の対象に含まれています。またチョコ案制度では5件あげることクオカードがもらえます。		
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	等級に応じた役割を明確にしステップアップできる。スキルアップの研修では動画を見て学べるようになっていきます。研修に参加出来るよう研修費の支給もあります。		
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	同市内のグループホームの方とはワーキンググループ会議にて交流があり、西三河のブロック会議(現在はzoom開催)にて意見交換と研修会に参加しています。		

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
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	入居前に面談、家族様、担当ケアマネジャー様、利用していたサービスの担当者様等より、出来る限り情報を集め、その方の特徴を捉えケアに活かしています。まず施設に馴染めることを目標に行っています。		
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	入居前の相談などで御家族様の話を聞く。御本人様がどのような生活を送って頂きたいか御家族様の要望も聞き、ケアプランを作成しています。		
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	出来る事・出来ない事シート作成などにて御本人様に必要な支援を行えるようにしている。訪問歯科、訪問美容院、訪問マッサージなど本人様、御家族様の要望に応じて使用できるように相談にのっている。		
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	本人様の出来る事、出来ない事を理解し手を出し過ぎないようにしている。本人様の得意な事を中心に行って頂けるように支援している。行って頂いたら感謝の言葉を伝えている。		
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	病院受診は御家族様に依頼している。面会時や病院受診時には本人様の状態を報告している。		
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	感染対策の為外出は制限されているが、通信支援にて友人の方との手紙のやりとりをされている方がいる。病院は通い慣れたかかりつけの病院に受診されている。	家族と一緒に自宅に帰ったり、出身地の友人が地元の新聞の切り抜きを送ってくれたりしている。YouTubeや録画で、馴染みの場所を鑑賞している。美術教師だった利用者は、家族便りにイラストを載せている。	
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	利用者間の関係を把握し配席などに配慮、スタッフが間に入る事で円滑なコミュニケーションが取れるようにしている。		

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
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	退居されても気軽に立ち寄って頂けるよう声掛けを行っている。施設外でお会いした際には声を掛け御本人様の状態を聞いたりしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	御本人様の発言や様子等から御本人様の思いなどを把握出来るようにしている。把握した内容はカルテに記入し、ケアプランに活かせるようにしている。	利用者との会話の中から意向を聞き取り、可能な限り対応している。入浴時や居室内等、1対1になれる場合は聞き取る好機と捉えている。利用者の話は家族に確認して、真意を推し量るよう取り組んでいる。	
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	入居前にバックグラウンドを分かる範囲で記入して頂いている。また共に生活していく中で御本人様より得た情報もカルテやバックグラウンドに記入している。		
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	個人情報やカルテ、カルテ裏面のケアプランを共有する事により、スタッフが把握出来るようにしている。		
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	御家族様からの意向を基に担当スタッフとケアマネージャー、時にはフロアスタッフとの話し合いにより、ケアプラン作成を行っている。	計画作成担当者は現場に入り、利用者とは話し、状況を把握し、計画立案に役立てている。サービス担当者会議において職員が計画の骨子となる意見を出し合い、家族意見も反映させて見直しにつなげている。	具体的な目標を設定し、達成度の進捗が評価可能な介護計画の作成に期待したい。
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	カルテに日々の様子を記入、裏面にケアプランを印刷する事により、日々の状態が分かるようになっている。プランにも○、×で行えているかどうかどんな理由で出来ていないか把握し、次のプラン見直しに繋げている。		
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	コロナ禍により、支援サービスが充実しているとは言えなくなってきた、併設のデイサービスの閉鎖もあった。		

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	過去には公民館の生涯学習など行っていたが、コロナ禍により、参加できなくなった。作品展へは継続して行っているが、今後コロナ以前までの活動が出来るかが課題です。		
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	今まで利用していたかかりつけ医を継続して利用して頂いている。入居して近隣の医者に変更される方もいるが、情報の共有を行っている。基本的には御本人様、御家族様の意向に沿って行っている。	利用者のかかりつけ医への通院は家族対応を原則とし、看護職員が日常の健康管理を行っている。週1回訪問歯科が口腔ケアに訪れている。法人を通じて、協力医による訪問診療を開始すべく検討中である。	
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	NSノートを作成し情報共有を行っている。必要に応じ、受診時情報提供書を作成しドクターへの報告を行っている。内出血ノートも活用し身体状況の共有も行っている。		
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。	入院後早急にサマリを作成し情報を開示している。状態の把握に努め施設への復帰の際は面談し状態の把握を行っている。状態に応じて他施設への転居が必要な場合は、御家族様と病院の相談員様と相談し検討している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時どのような状態になると他施設への転居になるか説明しご理解を得ている。個浴に入れない、常時医療行為が必要になるなどを基準としている。ホームでの生活が難しくなるとなった場合は早めに御家族様に状況を伝え今後について話し合いを行っている。	湯船に入れない、食事から栄養が摂れない、医療行為が必要である等、ホームでの暮らしが困難になった場合は棲み替えとなる事を入居時に説明している。利用者の状態を見て、段階ごとに家族と話し合い、適切な移行先が見つかるよう支援している。	
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	看護師不在でも簡単な処置が出来るよう、処置BOXが整備してある。急変時は看護師、管理者に報告、指示を仰ぐようにしている。法人の勉強会(AED、救急対応)に参加する機会がある。		
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	災害に応じてマニュアルに沿った避難訓練を年に2回実施している。防災委員により防災チェックを毎月1回実施している。	年2回、火災と地震を想定した避難訓練を行っている。広域災害時にはホームに留まる事としており、近隣にある同法人の老健施設への避難も可能である。備蓄品に関しても、同様な連携が可能である。	災害時の具体的想定が薄いことが懸念される。地域とどのように連携したり、互いに支援し合っていくのか、具体的な話し合いを望みたい。

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	利用者一人ひとりのバックグラウンドや行動、性格を理解し、尊敬の念をもって、また、利用者の立場に立った言葉かけや対応をしている。利用者の居室に入る際はノックと声掛けをしている。ケアの際は可能な限り同意を得て行っている。	「利用者主体の暮らし」は、職員の統一意識として浸透している。一人ひとりの個性を尊重し、業務の流れ作業にならないよう努めている。居室への入室は許可を得る、羞恥心に配慮するなど、細かく気配りしている。	
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	利用者一人ひとりに合った声掛けや働きかけを工夫し、希望を伺ったり、自己決定ができるようにしている。		
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	利用者一人ひとりの好きなこと・得意なことを理解・準備し、自分で選択して自分のペースで行えるよう声掛けしている。		
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	起床時の整髪や産毛・ひげ剃り、好みの洋服を選べるような声掛け・支援をしている。ヘアゴムや髪留めの購入支援をしている。2カ月に1度、移動理美容を希望者が利用できるようにしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は外注の給食を利用しているが、汁物はホームで作っており、盛付けなども利用者様と職員と一緒にしている。利用者の希望するメニューを皆で作る日や、普段食べないような握りずしなどの弁当を注文する日を設けている。	配食業者を利用しており、利用者の希望で月数回はホームで調理している。時には、カタログから好みの弁当を選ぶ楽しみも提供している。利用者は、包丁を使った調理から片付けまで、全工程に携わっている。	
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	栄養バランス、食べやすい給食を利用している。利用者一人ひとりに合うように刻んだりスライスしている。水分が摂れにくい方にはストローを使用したり、好きな飲料を提供している。毎月、体重測定し、増減の変化を看護師と共有している。		
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、口腔ケアの声掛けをしている。ご自身で行って頂くが、うまくできていないか、さりげなく見守り、必要に応じて介助している。訪問歯科により年一回の無料検診を行って、必要に方は訪問歯科を受けて頂いている。		

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	定期的にトイレの声掛けをしている。夜間帯は排泄パターンを職員間で情報共有し、トイレの案内やパット交換をしている。トイレでの一連の動作で必要に応じた声掛けや介助をしているが、手伝い過ぎないようにしている。	フローシートを確認しながら、失禁の無いようトイレでの排泄を支援している。極力布パンツを着用して欲しいとの思いがあり、入居時はリハパンを着用していた利用者が、布パンツに改善できた事例もある。	
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	腸内環境を整える飲料(ヤクルト、ジョア)を定期的に提供している。毎日の体操を飽きずに楽しく行えるよう、いろいろな動画を活用している。医師に処方された下剤を状態に合わせて服用出来る支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	可能な限り2日に1回のペースで入浴出来るよう計画し、一人ひとりに合った声掛けを行っている。また長湯が好きな方にも危険の無いよう本人様の満足感が得られるよう時間を調整して、個別の入浴方法を実施している。	1日5～6名、2日に1回午後の入浴を基本としている。使う入浴剤を利用者が選んだり、柚子湯などの季節湯を楽しんでいる。お気に入りのマイシャンプーを使ったり、歌を歌ったりと、それぞれの楽しみがある。	
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	体力面、個々の習慣等を考慮し、休息を取り入れている。居室、和室、ソファ等個々にあった場所で行う事もある。季節にあった室温調整をしている。居室内での転倒を防止する為に、起き上がった事が分かるセンサーマットや鈴を設置している。		
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	カルテ内に薬情を入れ、職員が閲覧出来るようにしている。看護師にて薬のセットを行っている。薬の変更等はカルテ、申し送りノート、薬表等に記入し分かるようにしている。誤薬防止で薬表の確認、Wチェックを行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴や御家族様からの情報にて、その方が行っていた趣味、得意な事を把握して実際に行えるようにし、日々の生活の中で喜びを感じられるよう支援している。また必要であればケアプランにも入れ、定期的に行え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	現在は病院受診以外の外出は禁止となり、行えていない。マスクを着用しての近所の散歩程度にとどまっている。またドライブに出かける時もあるが、車から降りないで車内から景色を見ている。	法人の方針で外出には制限があるが、法事や結婚式への参加など、臨機応変に対応している。散歩や庭での水やり、敷地内にある別棟の第二ホームとの行き来や、公民館へ資源ごみを出しに行くなど、工夫して外気に触れる機会を確保している。	

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	お小遣いとして御家族様からお金を預かっている。外出機会がないので、お弁当を頼んでいる。また敷地内の自販機で飲み物を購入したい方はお小遣いから購入している。手元にお金を持ちたい方もおられ、注意をしながら持って頂いている。		
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	御家族様から電話があった時に本人様と話す事もある。また家族を通じて知人から電話がかかってきて本人様と話す機会がある。年賀状や手紙を書いて頂く機会も作っている。通信支援を御家族様とのコミュニケーションの場と活用している。		
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	食事時は穏やかな音楽を流している。フロアの椅子には個々に応じて座布団を敷き、体への負担軽減を行っている。また季節にあった飾り付けを入居者様と作成し、飾ったりしている。日々環境整備に努めている。	リビング横の和室には、利用者の作った作品や、洗濯板や裁縫箱、けん玉などの懐かしい品々が飾られている。広く長い廊下は、利用者のリハビリのスペースとしても活用されている。庭にある畑や花壇の世話には、利用者も活躍している。	
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	基本的には席は自由だが、ある程度関係性を考慮して配席している。和室やソファを利用し、くつろいでもらったりして自由な空間になっている。		
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	使い慣れた家具を設置して頂いたり、御家族との写真を飾ったりして、少しでも家族との関わりを感じられるようにしている。好みの物や馴染みの物を置いたり飾ったりしている。	居室には使い慣れたソファや家具、プランターなどが持ち込まれ、家族の写真や利用者自作のパズルなどが飾られている。清潔に配慮し、安全で過ごしやすいレイアウトになるよう気配りしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各居室の扉には、御本人様の写真と名前を付け分かるようにしている。共有部分のトイレ、浴室も分かるよう表示している。各居室のタンスの引き出しに何が入っているか表示し分かるようになるべく本人様でも管理出来るよう支援している。		

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	2374400253		
法人名	医療法人光慈会		
事業所名	第2グループホームながしの里		
所在地	愛知県知立市長篠町新田東11-10		
自己評価作成日	令和5年8月31日	評価結果市町村受理日	令和6年1月10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&JigvosyoCd=2374400253-00&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5年9月29日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

コロナ禍以降、外出の中止、イベントの縮小など制限がある生活となり、生活は不自由な事も多くなってしまったが、その中で夏祭り、クリスマス会等入居者様と職員で楽しめる時間を作ったり、時々豪華な仕出し弁当を注文し、外食しなくてもおいしいご飯を皆さんと楽しめる活動をしています。今年の5月以降状況を見て外出を計画していますが、一度行けた程度です。室内での生活でも季節感を持って頂く為に、季節の飾りつけを皆さんと行っています。日々動画などを使い体操を実施して運動不足を補っています。現在は少しずつコロナ以前の生活を目指して努力している所です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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、その時々々の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	玄関、事務所内に掲示し、目に触れる機会を持ち、理念について意識を持てるようにしています。入職する際は理念の書いた書類を渡し説明もしています。		
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	盆踊りやお茶会など開催のお知らせを頂き、今後参加の機会を伺っています。回覧板にて地域の情報を得ています。地域の作品展には昨年も出展のみですが、参加させて頂きました。		
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	地区の認知症カフェにてグループホームについての講義を行いました。一年に数回市役所主催のワーキンググループ会議に参加して、地域の認知症への取り組みについて意見交換を行っています。		
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	今年の5月から対面での会議を再開しました。御家族様、地域の方に参加頂き様々な意見を頂き、サービス向上に活かしています。またグループホームへの理解という点でも活用しています。		
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	運営推進会議の参加、事故報告など直接担当の方との交流を行っています。年に数回のワーキンググループ会議に参加し意見交換をしています。様々な情報をメールにて頂いています。		
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	リスク委員を設置し毎月事故報告、ヒヤリハットの検証をしています。不適切ケアにも目を向け、職員同士が感じたことなどを話し合っています。内出血ノートを継続して行い、虐待防止について意識を常に持っています。		
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	内出血ノートを設置し常に体のチェックを心掛けています。また記録を残し検証することで意識の向上に努めています。法人内の新人研修などでも学ぶ機会を設けています。		

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
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	新人研修にて専門家から学ぶ機会があります。成年後見人の必要な方は現状いませんが制度の理解を行えるよう情報の共有をしています。		
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	契約時はすべての項目を説明しご理解を得て契約を行っています。法律の変更などにより契約内容が変更される時は説明文を作成し同意書の記入をして頂いています。		
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	面会時や電話連絡にて現所報告などを行い、苦情があった場合は書類を作成し原因の追究を行っています。施設以外にも相談窓口があることを契約時に説明しています。意見箱の設置もしています。		
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	カンファレンスを開催し意見交換の場を作っています。参加が難しくても意見が言えるよう、議題書を事前に作り、意見をあらかじめ書いておけるようにしています。チョコ案制度を設け業務改善に対して誰もが意見できるように行っています。		
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	法人で等級制度が設けられ能力にあった等級があり、それに応じて給料が変わる仕組みがあります。ヒヤリハット件数が評価の対象に含まれています。またチョコ案制度では5件あげることクオカードがもらえます。		
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	等級に応じた役割を明確にしステップアップできる。スキルアップの研修では動画を見て学べるようになっていきます。研修に参加出来るよう研修費の支給もあります。		
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	同市内のグループホームの方とはワーキンググループ会議にて交流があり、西三河のブロック会議(現在はzoom開催)にて意見交換と研修会に参加しています。		

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
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	入居前に面談、家族様、担当ケアマネジャー様、利用していたサービスの担当者様等より、出来る限り情報を集め、その方の特徴を捉えケアに活かしています。まず施設に馴染めることを目標に行っています。		
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	入居前の相談などで御家族様の話聞く。御本人様がどのような生活を送って頂きたいか御家族様の要望も聞き、ケアプランを作成しています。		
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	出来る事・出来ない事シート作成などにて御本人様に必要な支援を行えるようにしている。訪問歯科、訪問美容院、訪問マッサージなど本人様、御家族様の要望に応じて使用できるように相談にのっている。		
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	本人様の出来る事、出来ない事を理解し手を出し過ぎないようにしている。本人様の得意な事を中心に行って頂けるように支援している。行って頂いたら感謝の言葉を伝えている。		
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	病院受診は御家族様に依頼している。面会時や病院受診時には本人様の状態を報告している。		
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	感染対策の為外出は制限されているが、通信支援にて友人の方との手紙のやりとりをされている方がいる。病院は通い慣れたかかりつけの病院に受診されている。		
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	利用者間の関係を把握し配席などに配慮、スタッフが間に入る事で円滑なコミュニケーションが取れるようにしている。		

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
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	退居されても気軽に立ち寄って頂けるよう声掛けを行っている。施設外でお会いした際には声を掛け御本人様の状態を聞いたりしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	御本人様の発言や様子等から御本人様の思いなどを把握出来るようにしている。把握した内容はカルテに記入し、ケアプランに活かせるようにしている。		
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	入居前にバックグラウンドを分かる範囲で記入して頂いている。また共に生活していく中で御本人様より得た情報もカルテやバックグラウンドに記入している。		
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	個人情報やカルテ、カルテ裏面のケアプランを共有する事により、スタッフが把握出来るようにしている。		
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	御家族様からの意向を基に担当スタッフとケアマネージャー、時にはフロアスタッフとの話し合いにより、ケアプラン作成を行っている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	カルテに日々の様子を記入、裏面にケアプランを印刷する事により、日々の状態が分かるようになっている。プランにも○、×で行えているかどうかどんな理由で出来ていないか把握し、次のプラン見直しに繋げている。		
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	コロナ禍により、支援サービスが充実しているとは言えなくなってきた、併設のデイサービスの閉鎖もあった。		

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	過去には公民館の生涯学習など行っていたが、コロナ禍により、参加できなくなった。作品展へは継続して行えているが、今後コロナ以前までの活動が出来るかが課題です。		
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	今まで利用していたかかりつけ医を継続して利用して頂いている。入居して近隣の医者に変更される方もいるが、情報の共有を行っている。基本的には御本人様、御家族様の意向に沿って行っている。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	NSノートを作成し情報共有を行っている。必要に応じ、受診時情報提供書を作成しドクターへの報告を行っている。内出血ノートも活用し身体状況の共有も行っている。		
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。	入院後早急にサマリを作成し情報を開示している。状態の把握に努め施設への復帰の際は面談し状態の把握を行っている。状態に応じて他施設への転居が必要な場合は、御家族様と病院の相談員様と相談し検討している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時どのような状態になると他施設への転居になるか説明しご理解を得ている。個浴に入れない、常時医療行為が必要になるなどを基準としている。ホームでの生活が難しくなってくるとなった場合は早めに御家族様に状況を伝え今後について話し合いを行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	看護師不在でも簡単な処置が出来るよう、処置BOXが整備してある。急変時は看護師、管理者に報告、指示を仰ぐようにしている。法人の勉強会(AED、救急対応)に参加する機会がある。		
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	災害に応じてマニュアルに沿った避難訓練を年に2回実施している。防災委員により防災チェックを毎月1回実施している。		

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
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	利用者一人ひとりのバックグラウンドや行動、性格を理解し、尊敬の念をもって、また、利用者の立場に立った言葉かけや対応をしている。利用者の居室に入る際はノックと声掛けをしている。ケアの際は可能な限り同意を得て行っている。		
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	利用者一人ひとりに合った声掛けや働きかけを工夫し、希望を伺ったり、自己決定ができるようにしている。		
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	利用者一人ひとりの好きなこと・得意なことを理解・準備し、自分で選択して自分のペースで行えるよう声掛けしている。		
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	起床時の整髪や産毛・ひげ剃り、好みの洋服を選ぶような声掛け・支援をしている。ヘアゴムや髪留めの購入支援をしている。2カ月に1度、移動理美容を希望者が利用できるようにしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は外注の給食を利用しているが、汁物はホームで作っており、盛付けなども利用者様と職員と一緒にしている。利用者の希望するメニューを皆で作る日や、普段食べないような握りずしなどの弁当を注文する日を設けている。		
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	栄養バランス、食べやすい給食を利用している。利用者一人ひとりに合うように刻んだりスライスしている。水分が摂れにくい方にはストローを使用したり、好きな飲料を提供している。毎月、体重測定し、増減の変化を看護師と共有している。		
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、口腔ケアの声掛けをしている。ご自身で行って頂くが、うまくできていないか、さりげなく見守り、必要に応じて介助している。訪問歯科により年一回の無料検診を行って、必要に方は訪問歯科を受けて頂いている。		

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	定期的なトイレの声掛けをしている。夜間帯は排泄パターンを職員間で情報共有し、トイレの案内やパット交換をしている。トイレでの一連の動作で必要に応じた声掛けや介助をしているが、手伝い過ぎないようにしている。		
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	腸内環境を整える飲料(ヤクルト、ジョア)を定期的に提供している。毎日の体操を飽きずに楽しく行えるよう、いろいろな動画を活用している。医師に処方された下剤を状態に合わせて服用出来る支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	可能な限り2日に1回のペースで入浴出来るよう計画し、一人ひとりに合った声掛けを行っている。また長湯が好きな方にも危険の無いよう本人様の満足感が得られるよう時間を調整して、個別の入浴方法を実施している。		
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	体力面、個々の習慣等を考慮し、休息を取り入れている。居室、和室、ソファ等個々にあった場所で行う事もある。季節にあった室温調整をしている。居室内での転倒を防止する為に、起き上がった事が分かるセンサーマットや鈴を設置している。		
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	カルテ内に薬情を入れ、職員が閲覧出来るようにしている。看護師にて薬のセットを行っている。薬の変更等はカルテ、申し送りノート、薬表等に記入し分かるようにしている。誤薬防止で薬表の確認、Wチェックを行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴や御家族様からの情報にて、その方が行っていた趣味、得意な事を把握して実際に行えるようにし、日々の生活の中で喜びを感じられるよう支援している。また必要であればケアプランにも入れ、定期的に行え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	現在は病院受診以外の外出は禁止となり、行えていない。マスクを着用しての近所の散歩程度にとどまっている。またドライブに出かける時もあるが、車から降りないで車内から景色を見ている。		

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	お小遣いとして御家族様からお金を預かっている。外出機会がないので、お弁当を頼んでいる。また敷地内の自販機で飲み物を購入したい方はお小遣いから購入している。手元にお金を持ちたい方もおられ、注意をしながら持って頂いている。		
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	御家族様から電話があった時に本人様と話す事もある。また家族を通じて知人から電話がかかってきて本人様と話す機会がある。年賀状や手紙を書いて頂く機会も作っている。通信支援を御家族様とのコミュニケーションの場と活用している。		
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	食事時は穏やかな音楽を流している。フロアの椅子には個々に応じて座布団を敷き、体への負担軽減を行っている。また季節にあった飾り付けを入居者様と作成し、飾ったりしている。日々環境整備に努めている。		
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	基本的には席は自由だが、ある程度関係性を考慮して配席している。和室やソファを利用し、くつろいでもらったりして自由な空間になっている。		
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	使い慣れた家具を設置して頂いたり、御家族との写真を飾ったりして、少しでも家族との関わりを感じられるようにしている。好みの物や馴染みの物を置いたり飾ったりしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各居室の扉には、御本人様の写真と名前を付け分かるようにしている。共有部分のトイレ、浴室も分かるよう表示している。各居室のタンスの引き出しに何が入っているか表示し分かるようになるべく本人様でも管理出来るよう支援している。		