

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2390100135		
法人名	(株)メグラス		
事業所名	グループホームめぐらす香流		
所在地	愛知県名古屋市中千種区香流橋1丁目2番1号		
自己評価作成日	令和4年2月13日	評価結果市町村受理日	令和4年5月6日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	令和4年3月10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)】

コロナ禍で直接の面会が中止になってしまったが、ご様子を伝えるために電話をしたり、ZOOM(オンライン会議システム)を使って面会を行う等し家族とご本人のつながりを大切にしている。法人の理念・行動指針等クレドに沿って常にどう行動したらいいの、どんなケアをしたらいいのを普段からスタッフ同士でコミュニケーションを取り合っている。更に入居者担当制にし、ひもときシートを活用しながら個別ケアにつなげている。また月に2回の施設会議で、困った共有をし、どういったケアをしたらいいのを行っている。コンスタントに行うことで、不適切ケアの予防、スタッフのストレス軽減につながりそれがより良いサービスにつながっている。「LINEWORKS(社内のLINE)」で、タイムリーな情報をやり取りしている。医療スタッフとまずに連絡が取れるため、医療的ケアも速やかに受けられている。ADL低下しGHでの生活が困難になった際は、法人内の別施設への転居の提案をして、家族や本人の負担や不安を少なくするよう支援している。

【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)】

理念を具体化した『メグラスのGuide』、職員の行動指針の『めぐらる』を掲げ、職員はクレドカードを常に携帯し毎月の会議で振り返り、認識を深めて利用者目線で寄り添った支援を実現できている。また、SMSを活用した社内掲示板での情報交流は、迅速な問題改善、支援向上に繋がっている。いつでもオンラインで受けられる社内研修システムも、職員の質の向上や働きやすい環境に繋がっている。利用者とは日常の関わりや推進会議時に「やりたいことリクエスト」として意見や要望を招集し、おやつリクエストや外出支援等に反映し希望を叶えている。庭先での園芸活動や職員考案のアニメのセルフを使った口腔ケア体操は、利用者の関心や楽しみ、残存機能向上に繋がっている。ホーム立地上の地域交流への問題点があるが、自治会や近隣同業施設と交流を深め、地域に根差した活動を期待したい。

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が			<input type="radio"/>	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

# 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	
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念は「よいめぐりを世の中へ」入社時、代表から直接、理念の研修を受けている。理念をはじめ、基本方針・ビジョンを事業所内にポスター掲示し、ひとりひとりクレドカードを携帯し常にそれに基づいた行動ができるように会議等で議論の際はクレドに基づき行っている。また1年に2回、これらに沿って行動ができているか評価する機会がある。	理念は事務所の掲示や、携帯型のカードで常に意識付けされ、支援にあたっている。月2回の会議で掘り下げて話し合い、支援の方向性を統一して理念を叶えている。支援に迷いがあれば利用者の立場や目線に立ち返り、サービスの質の向上に努めている。		
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人として日常的に交流している	年始の挨拶に近隣の施設に挨拶周りを行った。初詣では近所の神社へ向かい、神社の方と会話等を行った。散歩等の際にご近所の方と会った際は挨拶をしている。庭に花や畑を作り季節の植物があることで近隣の方が庭を身に来るようになり、そこでコミュニケーションを図っている。	町内会の加入はないが、民生委員とは直接話をする関係性を築き、地域情報の収集等行い協働関係を深めている。ホーム外周の清掃活動や玄関先の花壇を通じて近隣住民との交流を図り、地域密着に努めている。	推進会議構成メンバーには、議事録書面を送付して運営の実情を報告し、地域問題の共有を図り協働関係の構築を期待する。	
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	介護・医療現場における「GuiDe(サービス指針)」に基づいたエピソードを最前線から募集。募集したエピソードを社内で審査、表彰、称賛する。集まったエピソードを集めて製本、ケアスタッフの家族や利用者の家族、自治体や図書館等に寄贈+Twitter等でエピソードの発信を予定している。			
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	令和3年度もコロナ禍により、家族や外部を呼ぶことはできなかったが2ヶ月に1度の開催は行った。利用者様と毎回話し合いの場を設け意見をいただいている。	2か月毎に開催し、コロナ禍である為外部者なしで職員と利用者で行っている。参加利用者の生の声を聴き、外出等の要望が出た際には職員間で検討し、社内感染対策の緩和時に近隣のお店へ出かける等の支援に繋げている。		
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	不明点は役所(介護保険課)等に聞き助言を求め等、連携を取っている。特にコロナ禍での対応は保健センターに都度確認し、情報を漏らさないようにした。	区担当窓口には、書類の提出や利用者情報提供票の受け取り等で直接出向き、顔なじみの関係を築いている。コロナ感染での相談事は保健センターに随時相談している。市町村主催の研修の案内が郵送やFAXで届き、現任研修等はオンラインで参加をしている。		
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	毎月の施設会議内で身体拘束委員会を実施し、拘束にあたる行為がないかチェックすること、どんなことが高齢者虐待にあたるかを学ぶ場を設けることを行っている。 施設前は交差点で交通量が非常に多く事故を防ぐために玄関の施錠は行っている。	身体拘束や虐待に関する社内研修を整備し、いつでも職員個人が社内ネットを通じて閲覧できる環境であり、項目テストで知識向上に繋げている。普段の支援の中では、スピーチロック等気づきは職員同士で注意し合う関係性が築かれている。安全対策で玄関の施錠やベッド柵等は、必要性を正しく理解し実施している。		
7		○虐待の防止の徹底	年に2回社内内で高齢者虐待防止チェックテスト			

	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	トを実施し、全問正解まで何度も受け直ししている。		
--	--	--------------------------	--	--

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	身内で金銭トラブルがあった時、キーパーソンと職員で情報を共有しあい、後見人をつけることで利用者本人の意思や財産等を守ることにつながった。新入居者の方が後見人がついており、入居にあたりトラブルがないよう情報共有をしあいスムーズな入居に繋がられた。		
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	営業相談課が窓口となり、契約の際に、重説・契約書等を読み上げ一緒に確認しながら説明している。重度化や看取りについての方針、医療連携体制の説明、退去を含めた事業所の方針の対応可能な範囲についても説明し納得を得られるように努めている。□ □		
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	年に1回お客様満足調査を実施している。いつでも意見をいただけるように、スタッフ、ケアマネ、相談員とが共有できるツールを使い連携し解決できるようにしている。□ □	面会や電話、2か月毎に送付する推進会議議事録には写真付きで日常生活の様子を詳細に伝え、家族の安心や信頼に繋げている。利用者や家族の要望は社内掲示板を通じて周知し、改善しサービス向上に繋げる体制を整えている。	
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	月に1度の個別面談、月に2回の施設会議、1年に2回の従業員満足度調査、いつでも投稿できる組織全体での相談窓口等を実施し、意見や要望を言いやすい仕組みと風土づくりを行っている	個人面談や会議、SNSの掲示板等を通じて、誰でも発言できる環境や雰囲気作りに配慮し、経験年数関係なく意見交換できる体制を築いている。職員のアイデアは即実行し、サービス改善や働く意欲向上に繋げている。	
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	年に2回の人事考課がありそれに向けて半年間の目標設定を行い、その進捗を毎月の1on1で確認し達成に向けてのPDCAを回している。人事考課では自分の半年間の行動をクレドに沿って自己評価し自分で能力を提案、それらを達成することで直接給与に紐づくようになっていく。残業はほとんどなく業務が時間内に終わるようにお互いに声を掛けあいフォローしあっている。		
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	ブラザーシスター制度があり、入社して3ヶ月を独り立ちの目標とし一緒に伴走している。その他、社内で研修動画やトレーニング動画、看護師による感染要望のガウンテクニックテスト、虐待・身体拘束テスト等を行っている。 TENAのオムツを導入しているため、オンラインでの研修を受けたりTENAマイスターの試験を受けたり学びの場を設けている。		

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	コロナ禍で直接交流することはないが、あいさつ回りに出向いた時は情報交換をしている。オンラインでの外部のセミナー（排泄や認知症の理解）に参加している。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	サービス開始前に本人・家族、以前のケアマネ等多方面から情報を収集し入居前にスタッフに共有している。入居者担当制にしており、ひもときシート作成しスタッフ全員でその方のケアの方向性を共有している。新たに知った情報はケア記録アプリに入力しケアに反映させている。□		
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	上記の共有を行いながら、何か意見や要望があればすぐに話し合いを行っている。入居に不安がある家族には入居翌日、一週間後等に電話で様子を伝えたり、こちらが情報をもらったりし安心していただけるようにしている。		
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	サービス開始にあたり、身元保証人が必要と判断し招待した事例がある。入居前の生活や以前のケアマネなどに話を聞き、何に困ってグループホームに入居したか、どうすれば本人や家族が安心して暮らせるかを見極めサービスに反映できるように努めている。		
18	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	レクで1つのものを一緒に作成する、家事を一緒に行う等役割を持ちながら協力しあい、暮らしを共にする関係性を気づけるよう支援している。		
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	コロナ禍でも独自のステージにあわせた面会ルールを設け可能な限り面会をしている。 GHとしてやれることやれないことを伝えながら、ADL低下した方に対して都度家族の気持ちを聞き取りする場を設け、GHという馴染みの施設で過ごしたい、過ごさせたいという意味を尊重しお看取りまで行った。		

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	友人とコロナが落ち着いた際には面会に来るといふ約束をされている方もいらっしゃる。外出可能な時はお好きなうなぎを食べるために常連の店へ食べに行っている。外出ができない場合は昔の名古屋の映像を見たりと回想法を用いながら思い出を引き出すことを行っている。	面会は社内の感染対策の規定に沿い、状況の良い時には感染対策の下、家族や親族が居室で面会する機会が持てた。また家族と連携し、短時間に自宅帰省や墓参り、図書館や馴染みのうなぎ屋へ外食も実現し、馴染みの関係が希薄にならない様に支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	2つのユニット自由に行き来できるようにし、孤立しない環境や気の合う利用者を増やす機会を設けている。食事や会話、家事を一緒に行い助け合ったり支え合うことができるよう支援している。		
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	サービス終了後もご様子をCMに聞いたりしている。また以前入居されていた施設からご様子を尋ねられる時もある。他施設に入居した時にも必要があれば支援に努めている。ご逝去の際もご報告くださったりと関係性が続いている。		
<b>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</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居者担当制を取り入れ、ひもときシート作成して言葉にできにくい方でも思いを汲み取るツールとして活用している。 入居してしばらくはLINE WORKSでその方の掲示板を作成し、知り得た希望や意向を入力し共有している。	入居時家族からの聞き取りや日々のケアのなかで利用者本人から直接聞いている。伝えることが難しい人には具体的に提案し、選択肢への働き掛けを行い仕草や発語等で感じとり得られた情報をLINE WORKSで共有し、検討し状況に適した本人本位の思いや意向に近付けるように努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に本人・家族・以前のケアマネ等から聞き取り、認定調査や主治医意見書を取り寄せアセスメントに落とし込み、介護ソフトで共有することでスタッフ全員がいつでも確認できるようになっている。□		
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	本人の希望に沿った入浴時間やできることの把握等で、意向に沿いながらやれることはやっていた。状態が不安定な際の言動等も介護ソフトで情報共有し、その時の心身状態にあわせたケアをでき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	入居者担当制がひもときシートを実施したり、毎日のケアをしながら日々モニタリングを行っている。施設会議で一人ひとりの課題やケア方法などを話し合い、よりよくするためにはどうしたらいいかを決めている。それを介護計画に反映させている。	介護計画作成者はケアのなかで利用者の情報収集を行い、LINEWORKSの掲示板からの気づきや利用者の思い等を会議で検討し集約し、ケアの方針を介護計画に反映している。必要に応じて医師の助言や家族の意見等をプランに取り上げている。入居者に寄って2.3か月又は半年毎にモニタリングを実施している。	

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	毎日介護記録ソフトやLINE WORKSで記録を残し、変化があった時や介護の手間の増減を施設会議にて確認することを実施している。		
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	コロナ禍で可能な限り面会はOKとしているが、遠方の方で来られない方にはZOOM面会も行っている。状態が変わった時は遠方の家族と近くの家族でZOOMをつなぎ面会をしていただいた。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域資源はなかなか使えていないため、今後地域との付き合いをし資源として取り入れる。		
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	在宅クリニックと提携しており訪問診療があるが、希望や必要があれば在宅クリニック以外での受診も可能	協力医の往診は月二回、訪問歯科は利用者の状態にあわせて受け入れている。又歯科衛生士に寄り週一回口腔ケアが行われている。入所前のかかりつけ医や他科への受診の付き添いは家族にお願いしている。専門医受診の際は紹介状を出して貰い医師間で連携が図られている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問診療以外にも24時間LINE WORKS、オンコール等で相談や連携が取れるようになっている。		
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。	入院時は速やかに病院へ介護サマリーを送り、入院と同時に退院に向けた計画を双方で立てられるようにしている。コロナ禍で退院時カンファができなかったが、病院スタッフや家族から情報を得て可能な限り早い退院ができるようにしている。		

33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期の意向を聞き取りながらADL低下してきた入居者に対して、早いうちから段階的に家族面談を実施した。連携ナースや医師も面談に同席し、GHでできることできないことを説明した上で方針を決めている。同じ法人内の別施設への転居等で望まれるサービスや医療の提供が途切れないように支援している。	入居時にホームの方針を説明し同意を得ている。今年度は看取りも行われ看護師から看取りに向けての助言や看取り後の心のケアを受けている。家族とは利用者の段階ごとに医師、看護師と共に面談し意向の確認を行い、最善策を話し合っている。又法人施設や他の施設への移行も支援している。	
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	緊急時のフローチャートが掲示されており、全員で確認し対応できるようにしている。□マニュアルが用意されており、入社時点でロープレを実施する。めったにない救急搬送だが、発生時は先輩スタッフが付きながら新人スタッフが実践できるようにフォロー体制を整えている。		
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	地域との協力体制はできなかったが、BCPの取り組みを法人内でしており、定期的に会議を行い必要な備品や避難方法を身に付けられるよう取り組んでいる。年に2回の訓練、避難経路の確認の際に消防所との連携を行っている。お粥や水等の2週間分の備蓄がある。	昼間想定で利用者と職員で防災訓練を年二回実施し水消火器の訓練、避難経路の確認等を行っている。備蓄品として水、食料、衛生用品等備えている。	夜間想定での防災訓練や近隣住民への声掛けや協力体制の働き掛けを期待する。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	トイレ誘導やオムツ交換時は扉やカーテンを閉め、声掛けに注意している。申し送りやスタッフ間のコミュニケーションの際も直接的な表現をしない等の配慮をしている。配慮できていない言葉かけだった際は適切な言葉になるように職員同士で教えあっている。	毎年法人内で接遇等の研修を受けている。利用者一人ひとりにあつた声掛けに気を付けており、排泄介助や失禁の際は配慮ある対応に注意している。利用者を部屋番号で話すなどプライバシーに気を付けている。定期的実施されるテストで職員はケアを振り返ることが出来る。	
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	入居者本人が思いや要望を言われた際は、まず傾聴する。その上でどうするかを選択肢を提案する等、意思決定も自己で行えるように働きかけている		
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	スケジュールよりも本人の意思を尊重する。待つ介護を行い、できることややりたいことはやってもらいさり気なくフォローしたり、同意を得てから支援をしている。		
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	男性は電気シェーバーの方は毎朝髭剃りしてもらっている。カミソリがいいというこだわりの方もそれを尊重し、入浴の際に剃ってもらっている。女性の場合はお化粧品やこだわりのヘアスタイル、洗顔後のスキンケアなどをしてもらえるように支援している。着替えの際は好きなものを着られるようにスタッフが選ぶのではなくご本人に決めてもらっている。		

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	本人の得意を活かせるよう、下ごしらえや調理、味付けの相談や盛り付けを行っている。食器拭きやテーブル拭き等もできることは積極的にやっている。 ワンパターンな味付けにならないように一定の職員ばかりが調理にならないようにしたり、献立とは違う味付けを利用者の希望にあわせて行っている。(肉じゃが→カレーにアレンジ)	食材は配達でメニューは決まっているが、利用者の希望に合わせてアレンジされることもある。米とぎ、盛り付け、テーブル拭き等出来る事を手伝って貰っている。月一回おやつレクとして利用者の希望を聞き冷やしお汁粉、かぼちゃのスイーツ、たこ焼き等が提供されている。ホームの畑で収穫された季節の野菜が食卓に出される。	
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	毎食時のお茶の他にも入浴後や、好きな時のいつでも飲めるようにテーブルにお茶ポットを置いている。夏は加えてお茶ゼリーを作成し、熱中症や脱水予防を強化している。 食事量・水分量を記録し、少ない方には声掛けして促している。食事量が極端に減った時は訪問診療の際に申し出、高カロリードリンクを処方してもらっている。 食べムラがあったり胃を切除して一度に食べられない方には複数回にわけたり、家族に好みのものを持ってきてもらう等している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。一人ひとりのADLにあわせて介助や歯ブラシ等を準備している。できるところまではご自身でやっていただき仕上げ介助を行っている。義歯は寝る前にお預かりし洗浄している。歯科訪問で一人ひとりの口腔状態を見ていただき助言をもらいながら支援を行っている。		
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	一人ひとりに合わせた排泄のタイミングとアイテムを定期的に会議で話し合い、失禁しないよう声かけ誘導を行っている。 夜間はオムツでも日中はリハビリパンツにし、トイレにお連れするなどし、これまでの習慣をなるべく維持できるように支援している。	利用者の排泄パターンを把握し、LINEWORKSで利用者の情報を共有しながら昼間は声掛けて自立に向けて支援している。夜間は睡眠優先や声掛け、尿量に合わせた適切なオムツやパッドを時間毎に使用するなど支援している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘予防としてこまめな水分補給をする、訪問診療の際その方にあわせた便秘薬を相談し種類と量を調整し処方してもらっている。ナースとも連携し、その日その日であるべく自然に排便が出るように支援している。		
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、個々にそうした支援をしている	曜日や時間は基本は決めているが、その日の気分や体調にあわせてご本人の意向を反映している。 入浴拒否がある方には好きな音楽を流し、スタッフと一緒に歌いながら入っていただくことで入浴時間が苦痛にならないように工夫している。 □	入浴は基本週二回午前となっているが、利用者の体調や気分に合わせて合わせられるように配慮している。柚子湯や入浴剤を提供し楽しんで貰っている。又入浴時に利用者の思いや意向が聞いている。拒否の人には無理強いわず時間や職員を変えて入浴に導いている。	
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	夜間はその方の尿量にあったオムツを選定し、時間でアイテムを変えるなどして睡眠を阻害しないようにしている。室内温度や照明に配慮し安眠していただけるよう心掛けている。日中は活動してもらうように、天気の良い日には日光浴や散歩など軽い運動も取り入れている。その方の体力にあわせて午睡してもらう。 □		

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	副作用と考えられる症状があった際はすぐさまナースへ報告し、医師、薬剤師に連絡が取れるようになっている。訪問診療でも医師や薬剤師に報告、相談している。下剤服用されている方で効きすぎた際はその日は飲まなくて済むように医療チームに連絡し中止する等行っている。		
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	毎日午後1時間ほど体操や季節の飾りづくり等の余暇の時間を設けている。たばこが吸いたい方には吸っていただく。チラシの箱折りが好きな方には折っていただきごみ箱として活用する、食事作り、洗濯ものたたみ、掃除等家事参加等役割を持って過ごせるように支援している。終わった後は感謝の言葉を伝え、話をするなど自信を持っていただけている。 □		
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	コロナ禍でどこかに出かけるということは出来なかったが、初詣で近所の神社へ参拝、桜を見に隣の川沿いへ散歩にいったり、日光浴、庭の草むしりや外でおやつを食べる等気分転換できるようにした。	散歩でホーム周辺を歩いたり、買い物に出掛けていたが、コロナ禍で現在は出来ていない。ホームの庭先でお茶会や日光浴を楽しんだり、季節の野菜や花を栽培し利用者と一緒に収穫を行っている。又ドライブに出掛け今は車窓からの景色を楽しんでいる。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己で管理できる方は自身で持っていたいでいる。自己管理できない方も施設で預かり、欲しいものを購入できるようにしている。 □		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人が希望された時は都度対応し、電話番号を押して差し上げる等の支援をしている。携帯電話をお持ちの方には充電が切れないようにしたり、使いたいと言った際はお手伝いをしている。 □		
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	季節の飾りを一緒に作る等し、外に出られないとも季節を感じられるようにしている。一日のうち換気の時間を設けエアコンで室温の管理をしている。毎日の消毒もチェック表に沿って行っている。室内、フロアともに温度・湿度計があり季節にあわせた設定温度を決めて調整している。	共有空間の掃除、換気、消毒、温度が管理され清潔に保たれている。お雛様や桜等季節毎の製作の掲示や生花を飾ることで季節を感じて貰っている。リビングのテーブルは利用者同士の関係性に気を付けて配置されている。2ユニット間は行き来がしやすく交流されている。	
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	気の合う同士が隣の席になるようにしたり、逆に合わない方は離したりとしている。レクの際も無理強いせず、ご本人のタイミングで参加できるようにしている。ユニットを区切らず自由に行き来したり、合同のレクを実施したりしている。 □		

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	これまで使用していた家具や愛着のあるもの を持ってきていただいている。入居時のレイ アウトは家族と一緒にってもらう等本人 が安心できる環境を作ってもらっている。 ADL低下してきた時は安全な導線やレイ アウト変更等している。	居室はベッド、エアコン、マットレス、カー テンが設置されテレビ、衣装ケース、家 族写真、馴染みの服等が持ち込まれて いる。掃除や換気は基本職員だが、掃 除機をかける利用者も見受けられる。 居室内で読書、裁縫、テレビ鑑賞等 其々居心地よく過ごせる空間造りが されている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境 づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」 「わかること」を活かして、安全かつ できるだけ自立した生活が送れるよう に工夫している	トイレや浴室等を入居者の目線にあわ せて少し低めに掲示している。怪我や 誤嚥につながるものは扉の中にしま うなどし、事故予防を行っている。 フロアの歩行する箇所に車いすは置 かず、一回一回居室にしまうのを徹 底している。□ □		

### 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	2390100135		
法人名	(株)メグラス		
事業所名	グループホームめぐらす香流		
所在地	愛知県名古屋市千種区香流橋1丁目2番1号		
自己評価作成日	令和4年2月13日	評価結果市町村受理日	令和4年5月6日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	令和4年3月10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)】**

コロナ禍で直接の面会が中止になってしまったが、ご様子を伝えるために電話をしたり、ZOOM(オンライン会議システム)を使って面会を行う等し家族とご本人のつながりを大切にしている。法人の理念・行動指針等クレドに沿って常にどう行動したらいいのか、どんなケアをしたらいいのかを普段からスタッフ同士でコミュニケーションを取り合っている。更に入居者担当制にし、ひもときシートを活用しながら個別ケアにつなげている。また月に2回の施設会議で、困った共有をし、どういったケアをしたらいいのかを行っている。コンスタントに行うことで、不適切ケアの予防、スタッフのストレス軽減につながりそれがより良いサービスにつながっている。「LINEWORKS(社内のLINE)」で、タイムリーな情報をやり取りしている。医療スタッフとスムーズに連絡が取れるため、医療的ケアも速やかに受けられている。ADL低下しGHでの生活が困難になった際は、法人内の別施設への転居の提案をして、家族や本人の負担や不安を少なくするよう支援している。

**【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)】**

--

**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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念は「よいめぐりを世の中へ」入社時、代表から直接、理念の研修を受けている。理念をはじめ、基本方針・ビジョンを事業所内にポスター掲示し、ひとりひとりクレドカードを携帯し常にそれに基づいた行動ができるように会議等で議論の際はクレドに基づき行っている。また1年に2回、これらに沿って行動ができているか評価する機会がある。			
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	年始の挨拶に近隣の施設に挨拶周りを行った。初詣では近所の神社へ出向き、神社の方と会話等を行った。散歩等の際にご近所の方へ会った際は挨拶をしている。庭に花や畑を作り季節の植物があることで近隣の方が庭を身に来るようになり、そこでコミュニケーションを図っている。			
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	介護・医療現場における「GuiDe(サービス指針)」に基づいたエピソードを最前線から募集。募集したエピソードを社内で審査、表彰、称賛する。集まったエピソードを集めて製本、ケアスタッフの家族や利用者の家族、自治体や図書館等に寄贈+Twitter等でエピソードの発信を予定している。			
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	令和3年度もコロナ禍により、家族や外部を呼ぶことはできなかったが2ヶ月に1度の開催は行った。利用者様と毎回話し合いの場を設け意見をいただいている。			
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	不明点は役所(介護保険課)等に聞き助言を求める等、連携を取っている。特にコロナ禍での対応は保健センターに都度確認し、情報を漏らさないようにした。			
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	毎月の施設会議内で身体拘束委員会を実施し、拘束にあたる行為がないかチェックすること、どんなことが高齢者虐待にあたるかを学ぶ場を設けることを行っている。 施設前は交差点で交通量が非常に多く事故を防ぐために玄関の施錠は行っている。			
7		○虐待の防止の徹底	年に2回社内で高齢者虐待防止チェックテストを実施し、全問正解まで何度か受け直している			

		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、利用者との虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	も何度もやり直している。		
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	身内で金銭トラブルがあった時、キーパーソンと職員で情報を共有しあい、後見人をつけることで利用者本人の意思や財産等を守ることにつながった。新入居者の方が後見人がついており、入居にあたりトラブルがないよう情報共有をしあいスムーズな入居に繋がられた。		
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	営業相談課が窓口となり、契約の際に、重説・契約書等を読み上げ一緒に確認しながら説明している。重度化や看取りについての方針、医療連携体制の説明、退去を含めた事業所の方針の対応可能な範囲についても説明し納得を得られるように努めている。□ □		
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	年に1回お客様満足調査を実施している。いつでも意見をいただけるように、スタッフ、ケアマネ、相談員と共有できるツールを使い連携し解決できるようにしている。□ □		
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	月に1度の個別面談、月に2回の施設会議、1年に2回の従業員満足度調査、いつでも投稿できる組織全体での相談窓口等を実施し、意見や要望を言いやすい仕組みと風土づくりを行っている		
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	年に2回の人事考課がありそれに向けて半年間の目標設定を行い、その進捗を毎月の1on1で確認し達成に向けてのPDCAを回している。人事考課では自分の半年間の行動をクレドに沿って自己評価し自分で能力を提案、それらを達成することで直接給与に紐づくようになっている。残業はほとんどなく業務が時間内に終わるようにお互いに声を掛けあいフォローしあっている。		
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	ブラザーシスター制度があり、入社して3ヶ月を独り立ちの目標とし一緒に伴走している。その他、社内で研修動画やトレーニング動画、看護師による感染要望のガウンテクニックテスト、虐待・身体拘束テスト等を行っている。 TENAのオムツを導入しているため、オンラインでの研修を受けたりTENAマイスターの試験を受けたり学びの場を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上	コロナ禍で直接交流することはないが、あいさつ回りに出向いた時は情報交換をしている。オンラインでの外部のセミナー（排泄や認知症の理解）に		

		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	参加している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス開始前に本人・家族、以前のケアマネ等多方面から情報を収集し入居前にスタッフに共有している。入居者担当制にしており、ひもときシート作成しスタッフ全員でその方のケアの方向性を共有している。新たに知った情報はケア記録アプリに入力しケアに反映させている。□		
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	上記の共有を行いながら、何か意見や要望があればすぐに話し合いを行っている。入居に不安がある家族には入居翌日、一週間後等に電話で様子を伝えたり、こちらが情報をもらったりし安心していただけるようにしている。		
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	サービス開始にあたり、身元保証人が必要と判断し招待した事例がある。入居前の生活や以前のケアマネなどに話を聞き、何に困ってグループホームに入居したか、どうすれば本人や家族が安心して暮らせるかを見極めサービスに反映できるように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	レクで1つのものを一緒に作成する、家事を一緒に行う等役割を持ちながら協力しあい、暮らしを共にする関係性を気づけるよう支援している。		
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	コロナ禍でも独自のステージにあわせた面会ルールを設け可能な限り面会をしている。 GHとしてやれることやれないことを伝えながら、ADL低下した方に対して都度家族の気持ちを聞き取りする場を設け、GHという馴染みの施設で過ごしたい、過ごさせたいという意思を尊重しお看取りまで行った。		
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	友人とコロナが落ち着いた際には面会に来るという約束をされている方もいらっしゃる。外出可能な時はお好きなうなぎを食べるために常連の店へ食べに行っている。外出ができない場合は昔の名古屋の映像を見たりと回想法を用いながら思い出を引き出すことを行っている。		

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	2つのユニット自由に行き来できるようにし、孤立しない環境や気の合う利用者を増やす機会を設けている。食事や会話、家事を一緒に行い助け合ったり支え合うことができるよう支援している。		
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	サービス終了後も様子をCMIに聞いたりしている。また以前入居されていた施設から様子を尋ねられる時もある。他施設に入居した時にも必要があれば支援に努めている。ご逝去の際も報告くださったりと関係性が続いている。		
<b>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</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居者担当制を取り入れ、ひもときシート作成して言葉にできない方でも思いを汲み取るツールとして活用している。 入居してしばらくはLINE WORKSでその方の掲示板を作成し、知り得た希望や意向を入力し共有している。		
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	入居前に本人・家族・以前のケアマネ等から聞き取り、認定調査や主治医意見書を取り寄せアセスメントに落とし込み、介護ソフトで共有することでスタッフ全員がいつでも確認できるようになっている。 <input type="checkbox"/>		
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	本人の希望に沿った入浴時間やできることの把握等で、意向に沿いながらやれることはやっていたい。状態が不安定な際の言動等も介護ソフトで情報共有し、その時の心身状態にあわせたケアをできるように努めている。 <input type="checkbox"/>		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	入居者担当制がひもときシートを実施したり、毎日のケアをしながら日々モニタリングを行っている。施設会議で一人ひとりの課題やケア方法などを話し合い、よりよくするためにはどうしたらいいかを決めている。それを介護計画に反映させている。		
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	毎日介護記録ソフトやLINE WORKSで記録を残し、変化があった時や介護の増減を施設会議にて確認することを実施している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	コロナ禍で可能な限り面会はOKとしているが、遠方の方で来られない方にはZOOM面会も行っている。状態が変わった時は遠方の家族と近くの家		

		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	族でZOOMをつなぎ面会をしていただいた。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域資源はなかなか使えていないため、今後地域との付き合いをし資源として取り入れる。		
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	在宅クリニックと提携しており訪問診療があるが、希望や必要があれば在宅クリニック以外での受診も可能		
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	訪問診療以外にも24時間LINE WORKS、オンコール等で相談や連携が取れるようになっている。		
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。	入院時は速やかに病院へ介護サマリーを送り、入院と同時に退院に向けた計画を双方で立てられるようにしている。コロナ禍で退院時カンファができなかったが、病院スタッフや家族から情報を得て可能な限り早い退院ができるようにしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期の意向を聞き取りながらADL低下してきた入居者に対して、早いうちから段階的に家族面談を実施した。連携ナースや医師も面談に同席し、GHでできることできないことを説明した上で方針を決めている。同じ法人内の別施設への転居等で望まれるサービスや医療の提供が途切れないように支援している。		
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	緊急時のフローチャートが掲示されており、全員で確認し対応できるようにしている。□マニュアルが用意されており、入社時点でロープレを実施する。めったにない救急搬送だが、発生時は先輩スタッフが付きながら新人スタッフが実践できるようにフォロー体制を整えている。		

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	地域との協力体制はできなかったが、BCPの取り組みを法人内でしており、定期的に会議を行い必要な備品や避難方法を身に付けられるように取り組んでいる。 年に2回の訓練、避難経路の確認の際に消防所との連携を行っている。お粥や水等の2週間分の備蓄がある。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	トイレ誘導やオムツ交換時は扉やカーテンを閉め、声掛けに注意している。申し送りやスタッフ間のコミュニケーションの際も直接的な表現をしない等の配慮をしている。配慮できていない言葉かけだった際は適切な言葉になるように職員同士で教えあっている。		
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	入居者本人が思いや要望を言われた際は、まず傾聴する。その上でどうするかを選択肢を提案する等、意思決定も自己で行えるように働きかけている		
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	スケジュールよりも本人の意思を尊重する。待つ介護を行い、できることややりたいことはやらせてもらいさり気なくフォローしたり、同意を得てから支援をしている。		
39		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしやれができるように支援している	男性は電気シェーバーの方は毎朝剃りをしてもらっている。カミソリがよいというこだわりの方もそれを尊重し、入浴の際に剃ってもらっている。女性の場合はお化粧やこだわりのヘアスタイル、洗顔後のスキンケアなどをしてもらえるように支援している。着替えの際は好きなものを着られるようにスタッフが選ぶのではなくご本人に決めてもらっている。		
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	本人の得意を活かせるよう、下ごしらえや調理、味付けの相談や盛り付けを行っている。食器拭きやテーブル拭き等もできることは積極的にしてもらっている。 ワンパターンな味付けにならないように一定の職員ばかりが調理にならないようにしたり、献立とは違う味付けを利用者の希望にあわせて行っている。(肉じゃが→カレーにアレンジ)		
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	毎食時のお茶の他にも入浴後や、好きな時のいつでも飲めるようにテーブルにお茶ポットを置いている。夏は加えてお茶ゼリーを作成し、熱中症や脱水予防を強化している。 食事量・水分量を記録し、少ない方には声掛けして促している。食事量が極端に減った時は訪問診療の際に申し出、高カロリードリンクを処方してもらうなどしている。 食べムラがあったり胃を切除して一度に食べられない方には複数回にわけたり、家族に好みのものを持ってきてもらう等している。		
42		○口腔内の清潔保持	毎食後口腔ケアを行っている。一人ひとりのADLにあわせて介助や歯ブラシ等を準備している。できるところまでご自身でやっていたが仕上げ		

		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	介助を行っている。義歯は寝る前にお預かりし洗浄している。歯科訪問で一人ひとりの口腔状態を見ていただき助言をもらいながら支援を行っている。		
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	一人ひとりに合わせた排泄のタイミングとアイテムを定期的に会議で話し合い、失禁しないよう声かけ誘導を行っている。夜間はオムツでも日中はリハビリパンツにし、トイレにお連れするなどし、これまでの習慣をなるべく維持できるように支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘予防としてこまめな水分補給をする、訪問診療の際その方にあわせて便秘薬を相談し種類と量を調整し処方してもらっている。ナースとも連携し、その日その日なるべく自然に排便が出るように支援している。		
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	曜日や時間は基本は決めているが、その日の気分や体調にあわせてご本人の意向を反映している。入浴拒否がある方には好きな音楽を流し、スタッフと一緒に歌いながら入っていただくことで入浴時間が苦痛にならないように工夫している。 □		
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	夜間はその方の尿量にあったオムツを選定し、時間でアイテムを変えるなどして睡眠を阻害しないようにしている。室内温度や照明に配慮し安眠していただけるよう心掛けている。日中は活動してもらうように、天気の良い日には日光浴や散歩など軽い運動も取り入れている。その方の体力にあわせて午睡してもらう。 □		
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	副作用と考えられる症状があった際はすぐさまナースへ報告し、医師、薬剤師に連絡が取れるようになっている。訪問診療でも医師や薬剤師に報告、相談している。下剤服用されている方で効きすぎた際はその日は飲まなくて済むように医療チームに連絡し中止する等を行っている。		
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	毎日午後1時間ほど体操や季節の飾りづくり等の余暇の時間を設けている。たばこが吸いたい方には吸っていただく。チラシの箱折りが好きな方には折っていただきごみ箱として活用する。食事作り、洗濯ものたたみ、掃除等家事参加等役割を持って過ごせるように支援している。終わった後は感謝の言葉を伝え、話をするなど自信を持っていただけるようにしている。 □		
49	(18)	○日常的な外出支援	コロナ禍でどこかに出かけるということは出来なかったが、初詣で近所の神社へ参拝、桜を見に隣の川沿いへ散歩にいったり、日光浴、庭の草む		

		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	しりや外でおやつを食べる等気分転換できるようにした。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己で管理できる方は自身で持っていたいでいる。自己管理できない方も施設で預かり、欲しいものを購入できるようにしている。□		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人が希望された時は都度対応し、電話番号を押して差し上げる等の支援をしている。携帯電話をお持ちの方には充電が切れないようにしたり、使いたいと言った際はお手伝いしている。□		
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	季節の飾りを一緒に作る等し、外に出られないとも季節を感じられるようにしている。一日のうち換気の時間を設けエアコンで室温の管理をしている。毎日の消毒もチェック表に沿って行っている。室内、フロアともに温度・湿度計があり季節にあわせた設定温度を決めて調整している。		
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	気の合う同士が隣の席になるようにしたり、逆に合わない方は離したりしている。レクの際も無理強いをせず、ご本人のタイミングで参加できるようにしている。ユニットを区切らず自由に行き来したり、合同のレクを実施したりしている。□		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	これまで使用していた家具や愛着のあるものを持ってきていただいている。入居時のレイアウトは家族と一緒に行ってもらう等ご本人が安心できる環境を作ってもらっている。ADL低下してきた時は安全な導線やレイアウト変更等している。		
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	トイレや浴室等を入居者の目線にあわせて少し低めに掲示している。怪我や誤嚥につながるものは扉の中に入らぬよう、事故予防を行っている。フロアの歩行する箇所には車いすは置かず、一回一回居室にしまうのを徹底している。□		