

(様式2)

平成 29 年度

## 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	1590200505		
法人名	社会福祉法人長岡三古老人福祉会		
事業所名	グループホーム川崎東 東ユニット		
所在地	新潟県長岡市川崎町563番地1		
自己評価作成日	平成29年9月11日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaignkensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaignkensaku.mhlw.go.jp/15/</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成29年10月30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)】

高齢者総合福祉相談センター川崎は、平成24年5月に、介護保険制度における地域包括ケアの一端を担うべく、長岡市川崎地区に介護予防、地域の相談窓口の機能をベースに在宅支援センターとして新規開設され、グループホーム、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所、パワーステーションが併設されております。

法人の基本的な考え方である「認知症ケアが高齢者ケアの原点」のもと、<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordに、グループホーム川崎東ではひとりひとりの「思う心」、「感じる心」を大切に、その人らしい生活が送れるよう支援しております。

川崎地区の中心街に位置する利便性を活かした外出活動、地域行事への参加など地元に着目した事業所を目指し取り組んでおります。

センター川崎全体行事では併設事業所と合同で企画運営を行い「元気体感」をモチーフにご利用者、ご家族、地域の方々、センター職員との親睦を深めるとともに、センター川崎を知っていただき活用していただけることで地域還元につながるよう取り組んでおります。

ご家族はご利用者を支えるケアパートナーとして、協働していけるよう信頼関係を築き、ご家族アンケートを実施する中で、日頃感じている思いを確認させていただき取り組みも行ってまいります。

毎月第3日曜日には、「オレンジカフェin川崎」を開催し、地域住民が認知症や在宅介護、将来の不安等を気軽に語り合い、相談しやすい場の提供を実施しております。

### 【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)】

当事業所では理念に非常に重きを置いている。例えば、日々のケアにおいて常に理念に立ち返ることを管理者は意識して職員に指導しており、介護計画に反映されていたり、利用者の認知症による入浴拒否などの周辺症状への対応にも反映されていたりする。利用者の心身の重度化が進んできており、身体介助のケアが中心になりつつあるが、どのようにすれば利用者個々がその人らしく生活できるようになるかを職員は考えてケアを行っている。また、管理者等は人間関係を大切にしており、思いやりや気遣いなどの関わりは利用者に対してだけでなく、職員に対しても同様と考えている。人間関係を大切にしたい関わりが、良質なチームケアの原動力になっている。

職員数が15名前後の事業所であるが、介護福祉士の国家資格取得者が10名前後在籍しており、基本的な専門知識を有している職員の割合が高い。そのような中でも関連事業所と協力して研修を実施したり、委員会活動を共同で行うなど、職員の知識や実践力の研鑽に努めている。

開設から5年を経過したグループホームであるが、現状に満足することなく日々課題に前向きに取り組む、着実に改善を積み上げてきており、地域との交流も進展させてきた。質の高い専門的な認知症ケアを後盾に、今後も「一人ひとりの思いや感じる心を大切に、その人らしい生活が送れる」ような、理念の実践が大いに期待できる事業所である。

## 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
<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	センター川崎の<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordにグループホームとしての理念を作成。常に職員が確認できるようスタッフルームに掲示してある。介護計画書作成やケアの方向性を話し合う場面において常に振り返り、共有している。	管理者は、家族へはケアカンファレンスの際に事業所が大切にしていることを伝えており、職員にはケアの場面で常に理念に立ち返るよう指導している。また、理念とその実践のための具体的な内容が記載されている専用のシートをもとに、年1回振り返りを行っている。帰宅願望のある利用者に対しては「思いや感じる心」を大切にし、業務を優先することなく柔軟に対応するなど、理念が実践されている。	
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	町内行事である、クリーン作戦や納涼会へご利用者と一緒に参加している。また、ご利用者と作ったちまきやおはぎ、笹団子など、ご近所の方にお裾分けに伺っている。ボランティア活動では、折り紙、大正琴、歌、オカリナ等、地域の方々が来所されている。近隣の美容室とはご利用者の状態によって訪問美容も行っていただく等関係を深めている。	近隣の小学校とは、利用者が訪問したり、小学生を招くなど双方向の交流が行われている。また、近隣住民とは、事業所で作った笹団子などをおすそ分けしたり、ブドウや柿などを差し入れてもらうなどの交流が続いている。事業所の屋外で炊き出しを行うデイキャンプには秋刀魚を焼く煙に誘われて近隣住民が訪れたり、1階のパワーリハビリの利用者が気軽に面会に来るなど、地域と日常的な交流をしている。	
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	「オレンジカフェin川崎」を毎月第3日曜日に開催している。認知症の人の関わり方や認知症予防等、毎月内容を変えて実施している。センター川崎行事(納涼会、デイキャンプ)とのコラボレーション企画もあり、グループホームご利用者とカフェに参加される地域の方々との交流場面も増えてきた。		
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	グループホームの現状報告を行いながら意見交換を主に行っている。年2回デイサービスとも合同で開催している。ご利用者の状態像、介護職員体制、待機者情報等のご質問が多く聞かれている。また、防犯対策についてもご意見をいただき見直しを行った。	会議は、2ヶ月に1回開催されている。特にテーマは設けず、事業所の現状報告だけでなく、自由な意見交換を行っている。その時々での社会の出来事を話題にすることもあり、防犯について話が及んだ際に不審者の出入りを防止するための助言をもらい、対応を見直すなど、サービス向上に活かされた事例がある。	

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
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	運営推進会議に参加していただき、グループホームでの現状報告を踏まえた上で意見交換を行い、助言等をいただいている。また、いつでも電話やメールにて相談ができる関係ができています。また、市が開催する集団指導や意見交換会、懇親会にも参加している。	担当の介護保険課とは、制度面で不明な点を相談するなどの関わりがあるが、担当以外の課ともオレンジカフェの開催や、講師依頼などで関わりがある。母体法人は、認知症に関連した研修の受託法人であるため、研修終了後の懇親会などでも交流する機会があり、互いに顔の見える垣根の低い関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束については、センター内の研修会を通じて学ぶ機会を設けている。ご利用者との関わりの中で、スピーチロックに関して、職員一人ひとりが気になることを再度意識し、振り返る機会を設けている。ご利用者ケアに常に心にゆとりを持てるよう、メンタル面での考え方も確認しながら実践している。	緊急止むを得ない時の対応も含めて、身体拘束廃止に向けたマニュアルの内容を踏まえた研修が実施されており、職員の理解がより進むよう、グループワークも行われている。日々の利用者との関わりの中では、随時管理者が指導をしている。事業所は2階に位置しているため閉塞感がないようにユニット間の行き来を自由にしてあり、可能な限り外へ出られるようにしている。	
7	(5-2)	○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	高齢者虐待については、センター内研修を通して学ぶ機会を設けている。日々の関わりの中で、不適切な対応や言動がないか、職員が常に意識できるように努めている。また、他施設の虐待事例を通し、虐待に発生する要因をカンファレンスの場で話し合っている。	毎年法人内の関連事業所と合同で、身体拘束をしないケアと高齢者虐待防止に関する研修を一体的に実施している。毎年職員のストレスチェックを実施しているが、日頃から管理者、事業所センター長は職員とのコミュニケーションを大切にしてストレスをためないよう配慮している。職員間でも利用者への関わりの中でストレスがたまらないように協力し合っている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者は研修の場を通して学ぶ機会を設けている。日常生活自立支援事業、成年後見制度を利用される際には、制度利用開始に伴い、ご利用者、ご家族、長岡市社会福祉協議会の専門員と連携、相談を行っている。ご利用者、ご家族が不安を抱えることのないように支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入所の申し込みから契約や解約、改定等の際はゆとりと十分な説明を行っている。また、疑問や質問事項に関して、その都度お聞きし不安や心配がないよう努めている。制度改定に伴う料金変更等が生じた際には説明文を送付し、同意書をとっている。		

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
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	ご利用者に関き取りアンケート調査を実施し、意見・要望を聞かせていただいている。外出時の行先等もアンケートを取りご利用者の希望を最優先できるように関わっている。また、ご家族向けアンケート調査も実施している。いただいた意見に対して回答したものをホーム内に閲覧するとともに、ご家族へ郵送している。	毎年度末(3月)に、利用者と家族向けに満足度アンケート調査を実施している。また、日常的には、家族の面会時にお茶を出して普段の生活状況を報告し、会話の流れの中で家族の要望を把握するようにしている。利用者に対しては、外出、外食などについて随時アンケートを行っている。毎月生活状況の報告がほしいとの家族の要望に対しては、毎月写真と手紙を送るようにするなど、柔軟に対応している。	
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	センター全体会議やグループホーム会議の中で、センター及び事業所としての理念や方向性を確認している。職員から業務改善に対する意見を共有し改善に努めている。管理者は毎日行われるミーティングにも参加しており、意見や提案を反映できる体制が取れている。	日々のミーティングや随時行われる会議など、職員の提案を聞く機会があり、それらの意見は速やかに運営に反映されている。また、法人が実施する振り返りシートでは、異動も含めた要望を職員が表明できる機会となっている。最近、食事介助を要する利用者が増加したこと、勤務形態の変更についての意見があり、反映されている。	
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	法人が実施する職員の振り返りを実施。勤務の配属や資格取得の希望など記載できる項目もあり、個々のやる気や能力を活かせる体制作りに努めている。良い点は再確認し、改善すべき点をグループホーム会議にて検討し共有している。ストレスチェックも行い、職員個々の状態を把握している。		
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	定期的な施設内研修や法人内グループホーム部会での研修会を実施。その他、資格取得に向けた支援・勉強が行えるように取り組んでいる。		
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	法人内グループホーム部会を毎月開催している。各事業所の課題や現状報告を行い意見交換の場を通して情報を共有している。また、施設見学も実施し、各々の事業所の環境面も参考にしている。研修会への参加もあり、他のグループホーム職員との交流を図る機会もなっている。		
<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	入所される前には自宅へ訪問し、本人と面接している。その中で本人の要望をお聞きし、不安や疑問に対しては十分な説明を行っている。また、どのような環境で生活されているのかを把握するとともに、職員でその情報を共有し、安心できる関わりができるよう努めている。		

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
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	入所申し込みの際、ご家族から要望をお聞きしている。入所前には自宅へ訪問し、改めて今までの生活状況や困っていること、不安なこと、要望をお聞きしている。ケアマネージャーが同席し訪問することも多く、ご家族が話しやすい環境となるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人の状態から今必要とされるサービスについて、他職種で相談、検討できる体制となっている。必要とされるサービスにつなげられるよう法人内施設を中心に適宜連絡を取り合っている。		
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	本人の状態から何が行えて、何が行えないのか、どこまでの支援があるとできるようになるのかをアセスメントした上で、ご利用者が主体的に行えるように努めている。また、ご利用者から教わる場面をつくり、共に話し合い、考えながら生活する視点を大切に取組んでいる。		
19	(7-2)	○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	ご家族にはご利用者の生活を支えるケアパートナーとして協働していけるよう日々の関わりを通してお話ししている。定期受診の協力や、行事等にはご家族へ案内文を送付し、一緒に参加いただけるよう働きかけている。面会時には、職員からお声けし、日頃の様子をお伝えすると同時に、ご家族の意向も伺いケアに反映できるように努めている。	日々の本人の様子が家族に伝わるように広報誌と共に手紙を送付している。年末の掃除を家族と共に行ったり、行事に招くなど、一緒に過ごせる機会を設けている。自宅への外出が継続できるように、自宅の階段の昇降を目標に毎日の階段の昇降を介護計画に盛り込むなど、家族との絆を大切にしている。また、食事量が低下している利用者には家族に助言をもらい、家族ならではの意見を介護面に反映させている。	
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	ご利用者の友人やご近所の方が面会に来られ、居室でゆっくり過ごせるように配慮している。また、ご利用者のご意向で自宅への外出支援を行い、ご家族と過ごす時間やご近所の方と交流できるよう努めている。	センター方式のアセスメントシートを使用して馴染みの人や場所を把握している。事業所への入居をきっかけに関係が途切れてしまっていた場所への訪問で、馴染みの店員と再会したことが生きる希望につながり、自分自身を取り戻したという、馴染みの人や場との関係継続の大切さを実感した事例がある。	「その人らしさ」を大切にしたい良い実践が行われている。利用者の身体的な重度化が進んでいるところではあるが、このような実践を継続して、積み重ねていくことを期待したい。
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	リビングでは気の合う方同士でくつろげる環境に配慮している。同時にご利用者同士の関係性でストレスを抱え込まないように、一人で過ごす時間も大事にしている。食事作りをはじめ、同じ目的で関わる場面を意図的に作ることで、ご利用者同士が声を掛け合い、協力しながら行えるよう努めている。		

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	長期療養が必要となり契約を終了した方であっても、ご家族、病院と情報交換を行い、必要に応じてフォローできる体制作りを行っている。		
<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	グループホーム川崎東の理念でもある、ご利用者の思ふ心、感じる心を大事に受け止め、関わっている。職員間で情報共有できるよう記録している。居室担当が中心となり、本人との関わりを深めるとともに、ご家族からもこれまでの生活の様子を含め本人の思いや意向を確認している。	入浴や部屋での一対一で関わりの中でリラックスした時に聴かれる利用者の発言を意向として大切に受け止めている。介護計画作成のための情報収集では、24時間の利用者の言動を記録するシートを使用して、言動の裏の声にならない声を本人本位に推察するなどして意向の把握に努めている。	
24	(9-2)	○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	その人らしく生活していくことを支援するにあたり、入居前には自宅を訪問し今までの暮らし、今ある暮らしを把握するように努めている。入居後も、ご利用者との日々の関わりでお聞きする話や、ご家族の面会の際に伺った話を職員間で共有しケア実践に繋げている。アセスメントシートに新しい情報を追記し情報を共有できるようにしている。	包括的自立支援プログラムのシートとセンター方式のシートを使用して、これまでの暮らしの把握を行っている。家族や本人から聞き取った新たな情報はシートに追記していき、新人職員でもこれさえ見ればその人を把握できるようにシートを活用している。	
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	ご利用者一人一人の生活の様子を記録に残し、1日2回(10時、16時半)のミーティング時に報告し情報を共有している。また、検討課題が挙げられている場合にはカンファレンスを随時開催し状態確認及び、適切なケア実践に向け取り組んでいる。		
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	介護計画を作成するにあたり、本人と向き合い、お話しすることを第一に考えている。同時にご家族の意向を伺いケアに反映できるように努めている。検討課題は、他職員から情報収集を行い、カンファレンス時に意見交換を行いながら検討している。	介護計画作成のための情報収集は担当職員が行い、計画作成担当者と共に家族や本人の意向を基に介護計画のたたき台を作成している。その後、必要に応じて看護師や介護予防インストラクターから意見をもらい、他職員を交えた介護計画作成のための会議で原案を作成している。その原案をもとに家族、本人を交えた会議で修正などが行われ、最終的な介護計画が作り上げられている。半年毎に計画が見直されるが、状態変化に応じて随時見直しが行われている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子については個別のケース記録、業務日誌を通して職員間で情報を共有している。また、1日2回(10時、16時半)のミーティングにて申し送りを実施。個別のケース記録をもとにケアプランのモニタリングを行い介護計画作成の見直しを行っている。		

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
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	ご利用者と相談しながら外出先を決め活動を計画したり、その日、その時々々の意向を踏まえ買い物や散歩などに出掛けている。併設のパワーステーションに週1回通われている方もいる。受診時にご利用者、ご家族の状態、状況に応じて送迎及び付き添いを行っている。介護保険外サービスでヘルパーを利用し受診しているご利用者もいる。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	歩いて行ける距離に美容室やスーパー、衣料品店などがあり、散歩や買い物の際、寄り道も楽しみの一つになっている。また、地域の方のボランティア協力も定期的な楽しみとなっている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	これまでのかかりつけ医を継続している。受診は基本的にはご家族の付き添いとなっている。緊急時、ご家族の付き添いが難しい場合は職員が付き添いを行うこともある。受診の際は、主治医連絡票やバイタル一覧表を作成し、日々の状態を主治医に伝えられるようにしており、ご家族も安心に繋がっている。	入居後もこれまでのかかりつけ医を継続しており、受診付き添いは基本的に家族が行っているが、介護保険外のヘルパーを利用したり、必要に応じて職員が同行することもある。医師へは主治医連絡票で情報を伝えているが、不明な点は直接電話で確認を行い、情報の行き違いがないようにしている。	
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	併設しているデイサービス看護師とはいつでも相談できる体制となっている。緊急受診の際、ご利用者の状態によっては看護師から医療機関へ状態報告し受診へと繋げるケースもある。		
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。	入院時には、ご利用者が入所されたからの経過や普段の生活の様子等を記載した介護連絡票を提供している。医療機関のケースワーカー、看護師と密に連絡を取ることで経過と入院期間、予後についてを随時確認し、ご利用者、ご家族が安心して治療を受けることができるよう支援している。		
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	入所時の契約の際、重度化に伴う指針を説明し、同意を得ている。ご利用者の状態が低下してきた場合等、特別養護老人ホームへの申し込みや、移られる時期、緊急時の対応等、適宜ご家族と相談している。同時に、法人内の各サービス事業所との連携を行っている。	入居の際に重度化についての指針を説明するほか、利用者の状態変化に応じて段階的に説明を行っている。重度化が進み入院した場合は、1ヶ月しか居室を確保できないが、関連法人間で密接に連携して住替えのバックアップを行っている。現在まで看取りの実績はないが、今後を見据えて看取りに関する研修を企画している。	

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
34	(12-2)	○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	救命講習、AEDの使用について、センター内研修にて学ぶ機会を設けている。また、医療の基礎知識の研修会の開催。急変・事故発生時の動きをフローチャートをもとに確認(夜間帯を含む)している。既往歴、疾病に対し、起こりうるリスクを医師の指示、看護師の助言から観察する視点をミーティングで確認し合っている。	前回の外部評価結果を受けて急変・事故発生時のフローチャートを見直し、事務室の電話付近に掲示した。毎日併設事業所の看護師の訪問があり、日常的に起こりうる利用者の突発的な事態への対応について気軽に相談する中で実践力を高めている。また、関連事業所間の委員会で事例を持ち寄って検討したり研修を企画するなど、緊急事態への備えも行っている。	
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	消防計画に基づき地震想定避難訓練や夜間想定での避難訓練を計画し実施。消防署立ち合いの訓練も実施している。また、車椅子を使用する段階昇降訓練、救助袋を使用した訓練も実施し常に防災意識を持ち、迅速に行動できるよう努めている。	年間の防災計画に沿って毎月何かしらの訓練が行われている。訓練の反省を活かしてマニュアルの避難完了の目印を訂正したり、町内会を通して地域との協力体制や役割分担を明確にするなど、防災体制を着実に進展させている。また、有事に備えて事業所独自に備蓄も用意している。	
<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	ご利用者の尊厳やプライバシーが確保できるよう努めている。排泄介助の声掛けは他者に聞こえないような関わりや入浴場面では希望により同性介助での対応等、ご利用者に確認して行っている。ご利用者が行うことで失敗経験から自尊心を損なうことのないようさりげなくサポートできるよう配慮している。	利用者の尊厳の保持に関して、個人情報保護法だけでなく認知症や倫理、接遇についても研修を行っている。日々の生活場面では、排泄誘導の声掛けは他の利用者に聞こえないように配慮したり、排泄用品を他者に見えないように運んだり、入浴時は同性介助などの対応が行われている。職員の声かけや対応は優しく丁寧に行われている。	
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	一方的な言葉かけや押し付けにならないよう、本人の意思を確認し自己決定できる言葉かけを大事にしている。食事作りや洗濯物たたみといった場面でもお願いするだけでなく、ご利用者から声をかけてくれたり、一緒に行っていただけるきっかけ作りも大事にしている。		
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	大まかな日課は設けているが、一人ひとりの生活のペースを大事にしている。朝はゆっくりと休んでいたいという方や居室で一人で過ごす時間を大事にしたい方、天気が良く散歩に出掛けたい方など、その時々意向を大切に、出来るだけ希望にそった生活が過ごせるよう努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	化粧品を持参されている方、ご家族から在宅で継続していた頭部マッサージや整髪料、ヘアスタイル等その人らしい身だしなみが行えるよう支援している。行事や、外出時には化粧やおしゃれをしていただいたり生活にメリハリをつけることも大事にしている。		

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
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	ご利用者個々にできること、意欲を引き出すことができるような関わりを大事にしている。冷蔵庫の中身と相談しながら作るアイデア料理やその日に食べたい献立を一緒に考え買い物に出掛けるリクエスト料理など、ご利用者と一緒に準備から片付けまで行うようにしている。	週1回ずつアイデア料理とリクエスト料理を献立に取り入れ、利用者と広告を見ながら料理を考える機会を設けている。また、季節ごとにチマキやおはぎ、たい菜漬け、梅干し等を利用者とともに作ったり、秋には外で秋刀魚を焼くなど、季節感を感じられるよう取り組んでいる。忘年会では割烹から料理をとったり、新年会にはホテルで食事会を行うなど、家族と共に普段とは違う食事を楽しむ機会も設けている。	
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	食事・水分量を毎回チェックしており、その日の体調や咀嚼、嚥下状態等の確認も行っている。ご利用者の体調に応じて食事形態の変更や、こまめな水分補給、補食の対応も行っている。献立は管理栄養士からアドバイスをいただき法人内グループホームで月交代で作成している。水分1日1,500mlを目標にしている。		
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	ご利用者個々の状態に応じ、毎食後の口腔ケアを行っている。義歯使用されている方で自己管理が難しい方は夕食後に洗浄・消毒を兼ねお預かりしている。口臭や歯の痛み、義歯調整、噛み合わせが悪い時などは、本人、ご家族と相談し歯科治療を検討している。		
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	その日の排泄状況が見てわかりやすいよう排泄チェック表を使用し排泄パターンを把握している。失敗なくできるだけトイレで排泄できるよう、排泄状況や本人の状態を見ながらトイレへの声掛けを行っている。	一人ひとりの排泄に関する癖やその人なりのサイン、パターンを把握して、適切な排泄誘導を行っている。トイレが設置されている居室もあるが、全体的に清潔で片付いており、気になる臭いもなく、快適に排泄できる環境になっている。	
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	1日の水分摂取量を1,500ml以上を目標とし、できるだけトイレで自然な排便ができるように努めている。寒天を使用したゼリーや朝茶、夜間トイレ後の水分補給等、適宜水分を促し水分量のチェックを行っている。自然排便を働きかけるため、食事・水分・運動・排便といった高齢者の基本ケアを見直し取り組んでいる。		
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	固定した曜日は決めておらず、個々の意向や体調を考慮した中で入浴を楽しめるよう支援している。1対1での関わりの中でゆったりとコミュニケーションを図れ、普段胸に抱えている思いを聞かせていただく場ともなっている。身体的な面で檜の浴槽に入るのが困難な方には1階デイサービスにあるチェアインバスに入浴することも可能となっている。	利用者の希望に合わせて、午前、午後、夜間のいつでも入浴できる体制になっている。入浴拒否のある利用者に夜間の入浴を勧めたところ、スムーズに入浴されたことがあり、職員側の都合を押し付けていたのではないかと気付かされた事例があった。入浴拒否があっても、すこしでも気持ちよく入浴できるように、無理強いしない対応を行っている。	

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
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	ご利用者個々の生活習慣に合わせた支援を行っている。夜間眠れず起きて来られる方には一緒にお茶を飲みながらお話しをしたり、消灯後も部屋でテレビを見て過ごしたい方にはゆっくりと個々の時間を過ごしていただくなど配慮している。居室の照明、室温はご利用者の意向を確認し調整しながら安眠を促している。		
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	処方箋をファイルし、薬の目的、用量などいつでも確認できるようにしている。薬の変更時には看護師に報告するとともに職員が情報共有できるよう記録し、臨時薬等は服薬チェック表にも表示している。ご利用者の状態は看護師に相談し主治医へも状態報告を行っている。		
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	一人ひとりのできることや得意なことを踏まえ、生活の中で役割を持っていただくことで個々の張り合いにも繋がっている。ご利用者の希望を伺って計画した外食や、散歩、買い物といった日常的な楽しみなど、ご利用者が楽しみ、気分転換を図れる機会を大事にしている。		
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	ご利用者の希望に応じて出掛ける機会を作っている。外出活動では、ご利用者の意見をもとに外出先を決めている。また、新年会ではホテルを使用したり、普段あまり行けない場所をご家族と一緒に参加していただく機会を作り、生活のハリと楽しみに繋がるよう支援している。個別活動で、自宅へのお仏壇参りやペットとの触れ合い等、利用者の思いを実践できるように努めている。	事業所が2階に位置しているため、閉塞感を感じないように、毎日ゴミ出しや玄関に新聞を取りに行くなど、短時間でも外気に触れる機会を作っている。食材は配達してもらっている物品もあるが、外出する人が偏らないように週3回買い物にも出かけている。また、利用者の希望を取り入れて年間行事を計画し、外食や公園への花見、隣の市にあるイングリッシュガーデンなど外出の機会を多くしている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	事業所として金銭管理を行えないことを契約時に説明し同意を得ている。自己責任のもと金銭を持参されている方もおり、買物や外出先でご自分で支払われている方もいる。また、所持されていない方でも買い物の際、現金をお渡しし金額を見て支払いしてもらえよう支援している。		
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	ご利用者の希望に応じて日常的に電話をかけることができる状態となっている。また、ご家族や知人から電話があった場合など、子機を使用し居室でお話できるよう配慮している。年賀状の時期には、ご希望があった方でご家族、知人宛に出せるよう支援している。		

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
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	共有空間において1日4回温度、湿度をチェックしている。季節に合わせた装飾や、日々の生活の様子や外出した時の写真を掲示したり居心地の良さともにご利用者間で会話が弾むきっかけとしての空間作りに努めている。	各居室の表札を必要に応じて利用者の目線の位置に直したり、トイレなどの場所がわかりやすいように表示方法を工夫するなど、混乱が少なくなるようにしている。また、空調の風が気にならないように席の配置にも配慮して、少しでも快適に過ごせるようにしている。気になる騒々しさもなく、全体的にゆったりとした雰囲気がつくられている。	
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	リビングから離れた所にソファを設置し、仲の良いご利用者同士でゆっくりくつろげるスペースがあったり、自由にユニット間を行き来できる状況となっている。		
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	入居時に自宅で慣れ親しんだ家具や置物、飾り等を持参いただくことで安心して過ごしていただくことができるよう説明している。ご家族に協力いただき持ち込んでいただける方もいるが、そうでない方もいる。更に居心地の良い居室となるよう居室担当を中心に利用者と一緒に自宅へ外出する企画など働きかけを行っている。	居室内の家具の配置は利用者の使い勝手が良いように本人とともに行っており、ベッドの向きを在宅時と同じようにしたり、加湿器を置くなどして本人が安心して快適に過ごせる居室作りをしている。	
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	各居室には名札を掲示し、ご利用者個々に暖簾を下げている方もいる。居室によってはトイレが設置してある所もありご利用者が安全に使用しやすいよう、ご利用者、家族と相談し扉を撤去し暖簾に切り替えている。		

**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 ↓該当する項目に○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				