

(様式2)

平成 28 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28年9月12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	http://www.kaigokensaku.jp/15/
----------	---

【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28年10月7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。

【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)】

「グループホーム川崎東」は、長岡市で総合的に福祉事業を展開する社会福祉法人を母体として、平成24年から事業を開始している複合型の高齢者総合福祉相談センターの中にある事業所のひとつである。複合型高齢者総合福祉相談センターの建物は、住宅・文教地区に位置しており、以前は産婦人科医院であった建物を改築・増築して活用しているため、死角はあるものの、温かみのある、採光の良い造りとなっている。

管理者は、利用者の「思い」を把握することを大切にしており、常に利用者の「思い」に向けるケアの視点が職員間に浸透している。職員一人ひとりが、利用者にとってのその人らしい生活を考え、職員間で話し合っ具現化し、利用者一人ひとりの思いを深くとらえた質の高いケアを実践している。利用者の実情に即した介護計画を作る意味で、介護計画の短期目標は3ヶ月間、長期目標は6ヶ月間で設定し、モニタリングは毎月実施している。

事業所では家族を「支援のパートナー」として位置付けており、開設当初からの積極的な取り組みによってお盆や正月、お彼岸等での外泊・外出及び昼食の外出なども家族の協力を得て自然な形で行われてきた。複合施設の理念である『家族愛＝その人にとってかけがえのない大切な存在、社会愛＝人と人、地域のつながりとひろがり、支え愛＝川崎地域と共に歩み、支え合う姿勢』を大切にしながら、利用者の思いに寄り添ったケアの実践や家族との関係作りに取り組んでいる。

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
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	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。	開設当初に全職員でグループワークを通じて「一人ひとりの思いや感じる心を大切にし、その人らしい生活が送れるよう支援します」という理念を作成した。職員は利用者のその時々感情を大切にし、その人らしい生活について考えて取り組んでいる。理念を玄関・事務室に掲示すると共に、日々の業務の中で理念の振り返りや共有化を図っている。	
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	ご利用者と作ったちまきやおはぎなどを近所の方にお裾分けに伺ったり、地域の納涼会やコミセンまつりに参加。折り紙や踊り、紙芝居など地域の方々がボランティアに來所されたりと地域との付き合いの幅を広げている。また、近隣の美容室やスーパーへの買い物、散歩など日常的に地域の方と関わる機会を大事にしている。	住宅街に位置し町内会にも加入していることにより、地域住民とは自然な形で日常的な交流が行われている。町内クリーン作戦には地域の一員として利用者と共に参加しており、近隣の小学校ともマラソン大会応援や文化祭招待等の定期的な交流も図られている。月1回開催の「オレンジカフェ」では、毎回20名近い地域住民が参加しており、交流している。	
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	長岡市の委託事業を受け「認知症カフェ」を毎月開催している。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。地域の方々の認知症についての相談を受けることもある。		
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	会議では、グループホームの現状報告や苦情・事故報告を行い、意見交換を実施。運営推進委員よりいただいた意見を、グループホーム全体、又は個別に改善できるものか検討している。会議の内容を年4回発行する通信に要点を記載すると同時に、家族を交えた行事等でお伝えしている。	概ね2ヶ月毎に開催されており、メンバーは、利用者及び家族、町内会長、民生委員、行政職員、地域包括支援センター職員となっている。事業所からの連絡・報告事項だけではなく、避難訓練時の「利用者見守り隊」の組織や不審者への防犯対策等の具体的な提案や検討が行われている。会議の内容は全職員に周知すると共に、家族にも報告して情報共有と共通認識が図られている。	
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にも参加している。	市の集団指導や地域密着型サービス管理者研修への参加の他、認知症介護実践者研修及びリーダー研修等のスキルアップ研修を県から委託されている法人であることから、行政とは顔の見える関係が築かれている。事業所の体制上の事項や加算等について気軽に助言を仰ぐ関係ができています。	

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
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	施設内研修を通して身体拘束について学ぶ機会を設け、身体拘束を行わないケアを実践している。東階段出入口扉には施錠してあるが、行動範囲を制限するものではなく、建物構造上安全面に配慮したものである。西階段出入口は日中開錠又は開放しておりいつでも出られるようになっている。	複合施設独自のマニュアルが作成されている。同一法人の他の施設との合同研修会も定期的開催されており、何を身体拘束であるのかを、法令を含めて職員が理解できるよう取り組んでいる。	
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逃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	施設内研修を通して高齢者虐待について学ぶ機会を設けている。また、マニュアルをスタッフルームに保管し、いつでも確認ができる状態となっている。また、日々の関わりの中で不適切な対応や場がないか確認し合っている。	複合施設独自のマニュアルが整備されており、同一法人の他の施設との合同研修会でも毎年、虐待防止がテーマとして取り上げられている。何を虐待であるのか、繰り返し研修で学べるよう取り組んでいる。また、管理者は、特に職員のセルフコントロールやストレスチェックについて、ミーティング時等に時間を使って指導を行っている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	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、利用者、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。利用者、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、改定等の際はゆっく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。		
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	ご利用者に関心取りでのアンケート調査を実施し、意見・要望を聞かせていただく。日常生活の中でご利用者の意見・要望を最優先できるよう関わっている。また、ご家族向けアンケート調査を実施。結果をご家族、運営推進委員に郵送するとともに、ご利用者アンケート同様、ホーム内に閲覧できるよう開示している。	毎年度末に、複合施設独自に利用満足度アンケートを実施し、利用者や家族から要望を引き出す工夫がなされている。家族の要望をふまえて、メールを利用しての連絡や担当職員による毎月の写真付きの近況報告の送付など、具体的な取り組みも見られている。	
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。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。	夕方行っているミーティングの時間を活用して、意見交換等を行っている。職員からの意見やアイデアは利用者の生活改善に活かされており、食材の買物日の曜日変更や自然排便を目指したケース検討の発案等が具体化されている。	
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。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	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。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にもなっている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入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、自宅訪問し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、安心できるよう努めている。		
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	入所申し込みの際、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、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できて、何ができないのか、どこまでの支援があるかできるようになるのかをアセスメントした上で、利用者が主体的に行えるように努めている。また、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している。		
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	家族は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取り組んでいる。定期受診は家族より行っていただいている。行事等は家族へも案内を出し、一緒に参加していただき協力を得たりと、家族とのつながり、関係性を大事にしている。また、日々の生活の様子が伝わりやすいように、年4回広報誌を発行し、居室担当から本人の様子について記載した連絡票も同封している。	入居契約時に、家族は支援におけるパートナーであることを説明している。尿取りパット等も出来る限り家族に持参してもらい、定期的に顔を合わせて関係作りが出来るようにしている。正月やお盆等の自宅への外出も家族の協力を得て行い、利用者や家族との絆を大切にしながら、支援のパートナーとしての関係構築に努めている。	

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
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	友人やご近所の方が遊びに来られたり、居室でゆっくりと過ごしていただけるよう配慮している。また、家族と一緒に友人や親戚の所へ出かけたりされる方や馴染みの美容院に通われている方もいる。個別活動として、外出支援も行っている。	複合施設内のデイサービスや健康増進・介護予防事業所の利用者が当事業所を訪問したり、友人・知人が訪問した時は、湯茶の接待をして来訪を歓迎する雰囲気作りに努めている。また、馴染みの理美容院の利用や、個別外出での住み慣れた地域の祭見物や利用者の自宅へのドライブなど、馴染みの場との関係継続を支援している。	
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	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。同時に利用者同士の関係性でストレスを抱え込まないよう、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、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。		
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、家族、病院と情報交換を行い、フォローできる体制作りを行っている。		
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	日々の関わりの中で、利用者の思う心、感じる心を大事に受け止め、職員間で情報が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、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。	管理者・職員は、常に利用者の思いに目を向けている。センター方式のアセスメントシートを活用して6ヶ月毎に長期目標として本人の思いや意向を把握してシートに記入しており、その期間の中での新たな追記事項は、色文字で加筆補正するシステムになっている。	
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努めている。入居後も、利用者との日々の関わりでお聞きする話や、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。	入居以前のことは、それまでの担当居宅介護支援専門員や利用していたデイサービス等の事業所からの情報をもとに、また、入居後は家族や面会に来た友人・知人等から聞き取りを行い、センター方式のアセスメントシートに記入して、これまでの暮らしの把握に努めている。	
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	利用者一人ひとり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。		

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
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族との日頃の関わりの中で、思いや意見を伺い反映させるよう努めている。ケアプランのモニタリングは毎月実施。見直しは居室担当を中心にアセスメント、モニタリングを行いプランを作成。カンファレンスにて他職員にも現状を確認しながら検討を行っている。	アセスメントシートは先に居室担当職員が記入し、その後、計画作成担当者が看護職員等の意見をまとめて介護計画を作成している。常に介護計画は本人の状況に即したものとする観点から、短期目標は3ヶ月間、長期目標6ヶ月間で設定し、モニタリングは毎月行うこととしている。カンファレンスには必ず家族にも参加してもらい、利用者の実情を共有できるように努めている。	
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。		
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	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。受診時は利用者、家族の状況、状況に応じて送迎及び付き添いを行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	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、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。受診は基本的には家族の付き添いとなっている。緊急時、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、家族も安心に繋がっている。	家族の付き添いで、これまでのかかりつけ医への受診を基本としている。事業所で「主治医連絡票」を作成し、医師へ本人の状態を的確に伝えられるようにしている。受診後の不明な点については、再度医師へ電話連絡を入れるなど、医師との関係づくりに努めている。	
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	併設してあ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、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。		

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
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、利用者が入所されて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、利用者、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、地域と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。併設事業所の看護師と連携し、利用者の状態確認を行っている。状態に応じては法人内の各サービス事業所と連携し、利用者、家族の意向を確認しながら検討している。	契約時に、家族へ事業所の特色やできること・できないこと等の説明をし、同意を得た上で入居してもらっている。これまで看取りの事例はないが、利用者の状態が変化してきた場合は、家族と相談しながら利用者本人に生活上の負担が掛からないうちに特別養護老人ホーム等への橋渡しを支援している。看取りに関する研修も企画されている。	
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	施設内研修にて救命講習、AEDの使用についての研修を実施している。心配や不安がある場合は、看護師にいつでも相談、助言をもらえる体制となっている。	事故発生時の対応のマニュアルが整備されており、フローチャートも掲示されている。また、急変や事故発生に備えた定期的な研修も実施されている。事故・ヒヤリハット事例に関する振り返りや検討も行い、事故の防止に取り組んでいる。	救急救命講習等の定期的な研修が行われているが、糖尿病の利用者もいる中で低血糖発作の初期対応や、症例別の対応に不安がある。フローチャートの振り返りや確認も含めて、さらに急変・事故発生時の備えを充実させることを期待する。
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、車椅子を使用した階段昇降訓練、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。	マニュアルが整備されており、複合施設全体で合同の総合防災訓練を年2回実施している。レスキューシートを使用した2階から1階への移送訓練や職員通報訓練も定期的に行われている。前回の外部評価結果を受けて、地域との協力体制が築かれ、避難後の利用者を見守る組織ができている。	
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、利用者確認して行っている。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。	倫理、個人情報、認知症の理解、接遇について、複合施設独自の研修が繰り返し行われており、職員の意識の統一化に努めている。管理者は、ミーティングの際に、利用者前で仕事の話はしない等の利用者の尊厳に対する配慮を指示するなど、常に利用者の立場に立ったケアを心掛けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	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はなく、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、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と生活にメリハリをつけることも大事にしている。		
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	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と一緒に考え買い物に出掛けるリクエスト料理など、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。	同一法人の9ヶ所のグループホームが1ヶ月毎の当番制で献立作りを担当しており、同一法人内の管理栄養士から指導を受けている。食材は2日置きに利用者と共に近隣のスーパーへ買い出しに行き、食材準備や食後の食器拭き等も利用者の役割として行ってもらっている。また、畑で採れた食材を使用するなど食を楽しめるよう支援している。	
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。利用者の体調に応じてこまめな水分補給や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に、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、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いつついる。	排泄チェック表を用いて利用者一人ひとりの排泄リズムの把握に努め、それに応じてトイレへの声かけ等の支援を行っている。入居して以降、紙オムツから紙パンツや尿取りパット使用に改善した利用者の事例が多く見られる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	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等適宜水分量のチェックも行っている。自宅にいた頃からの習慣でクロレラや牛乳を宅配で個人購入されている方もいる。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てしまわずに、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。	ヒノキ作りの個人浴槽が整備されている。基本は午前入浴であるが、利用者の意向や体調に合わせて午後や夜間帯の入浴にも対応している。週2回以上の入浴ができるようにするとともに、職員との相性や利用者の表情を見ながら無理なく自然に入浴してもらえるよう工夫をしている。	
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	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。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。利用者の希望を伺って計画した日帰り旅行や外食といった非日常的な楽しみもあれば、散歩や買い物といった日常的な楽しみなど、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	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図書館の利用等、利用者の思いを実践できるように努めている。	食材の買い出しや町内会行事等での日常的な外出が行われている。また、集団での外出として、初詣、ホテルでの合同新年会、花見、お祭り見物、紅葉狩りなど季節毎の外出行事が企画されている。併設の「健康増進・介護予防事業所パワーステーション」の利用者と共に、職員も同伴の泊りがけ旅行にも出かけている。	

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	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るよう支援している。		
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	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、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家族、知人宛に出せるよう支援している。		
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	共有空間において定期的に温度、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ともに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。	2人掛けベンチを配置するなどして、利用者が休んだりくつろいだりできるようにしている。各ユニットの飾り付けは毎月当番制で行っており、華美にならない程度に行事写真や利用者の作品を掲示して利用者の目を楽しませている。	
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。家族に協力いただき持ち込んでいただけの方もいるが、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。	「自分の居室は自分で作ろう」の観点から、居室担当職員も自宅訪問を行って在宅時の暮しぶりを把握するようにし、居室づくりを支援している。希望者には内鍵の使用や外出時の施錠ができるようにしている。居室内で利用者同士が談話したりお茶会をするなど、居心地良く過ごせる居室づくりが行われている。	
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	各居室には名札を掲示し、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利用者が安全に使用しやすいよう、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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、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. 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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない