

(様式2)

平成 30 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	1590100069		
法人名	株式会社東日本福祉経営サービス		
事業所名	グループホームおやの家		
所在地	新潟県新潟市江南区亀田向陽1丁目8番7号		
自己評価作成日		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.mhlw.go.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31年1月22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)】

・グループホームおやの家は、亀田駅東口徒歩3分に位置し、公共交通機関をご利用しやすく、知人やご家族の訪問の際、便利だと喜ばれています。また、医院や薬局が周辺に整っていることも、ご家族の安心に繋がっています。

・建物内に併設されている介護付有料老人ホームと連携しながら、新年会、節分、敬老会、夏祭りなどを共同で行い、季節を感じながら、より多くの方との交流が図れ、良い刺激となっています。

また、運動会、歌合戦なども合同で行い、事業所の垣根を越え、チーム対抗で行える行事を計画し、意欲を促しています。

・職員間でも虐待や身体拘束などの研修や、リスクマネジメント、防災、研修、行事、感染症対策などの各委員会を併設施設と合同で設置し、連携しながら委員会活動を行っています。

・外部講師の他に、併設施設の施設長や経験豊富な介護職員、看護師などを講師とし、多様な経験や知識をもとにした研修を受ける事でより広い知識を得る事ができています。

また、法人内の各事業所の中堅職員が定期的に本社に集まり、介護技術や接遇などの能力を高める為、集合研修を行っています。

・地元の中学生や高校生の職場体験、ボランティア活動等も定期的に受け入れ、ご入居者が地域との交流を図れるように取り組んでいます。

・近隣の保育園から定期的に園児が遊びに来られ、出し物などを披露して頂いています。

・介護やご入居者に関わる記録すべてをタブレットに入力し、データ化しています。データ化により、バイタルや排泄記録、食事摂取量などをパソコン上で抽出する事で容易に把握ができ、ご入居者の体調の変化を見落とすことなく健康管理が行えています。また、職員もタブレット上で記録の閲覧、伝達事項の確認等がスムーズに行え、職員間の申し送り徹底、情報共有の強化ができています。

【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)】

建物の1階に当事業所があり、2階から4階が併設の介護付き有料老人ホームとなっている。併設の有料老人ホームとは合同で委員会活動や会議、研修会を行い、緊急時には協力が得られる体制がつけられている。また、夏祭りや敬老会などの行事も共同で行っており、夏祭りには利用者の家族だけでなく近所の子どもたちや地域住民が多く訪れて交流の場となっている。

事業所内はダイニングとリビングがそれぞれあり、用途に合わせて使い分けをしている。個々の居室のほか利用者がくつろげる場所を設けており、ゆったりと過ごせる造りとなっている。

近くの高校のボランティア部や中学生の職場体験の受け入れなど、福祉体験の場所として事業所を開放している。運営推進会議に地域住民の参加協力が難しい中で、こうした活動を継続して行いながら、管理者を中心に地域との交流を深めて協力が得られるように働きかける努力を行っている。

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	法人理念である企業理念、運営理念を毎朝の朝礼で唱和している。 併設事業所と合同での朝礼で、『輪読』を実施し、サービス提供に対する心構えを見つめなおす機会を設け、職員間で共有している。	「心温まる介護、心豊かな介護、心からの笑顔」の三つの心が企業理念であり、併設の有料老人ホーム職員と共に毎朝復唱し、法人、事業所としての介護や、考え方を振り返る機会としている。管理者は開設当初に作られた事業所独自の理念を見直すことを検討している。	現在までの取り組みやケアを振り返り、事業所として大切にすべきことや基本的な方針等について、利用者の意見等も踏まえて職員間で話し合い、理念の具現化に向けて取り組むことが期待される。
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	併設事業所との合同で行う大きな行事の際には近隣住民への案内の配布や自治会への回覧を行っている。運営推進会議への出席を自治会長へ打診し、調整を図っているが、日程が合わず、まだご参加頂けていない。地域の高校生や保育園児を招いたり、中学生の体験学習の受け入れを行い、交流している。散歩や買い物などで地域の方と挨拶を交わしている。	併設の有料老人ホームと合同で夏祭りを開催しており、近所の子どもたちや地域住民が多数参加している。また、近くにある高校のボランティア部や中学生の職場体験の受け入れも行っており、福祉体験の場として地域に事業所を開放している。	
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	定期的な施設実習の受け入れのほか、中学生の体験学習を毎年受け入れ、福祉の職場体験を支援している。認知症の対応についてはご相談を頂いた場合に応じている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	近隣のグループホーム施設長、地域包括支援センターの職員、近隣の特別養護老人ホームの施設長、ご入居者、ご家族の方々にご参加頂き、意見交換の場を設けている。自治会長に直接挨拶に伺い、会議参加への打診をして日程調整中。	初代自治会長、現自治会長、近隣の他法人の福祉施設の管理者、地域包括支援センター職員、併設の有料老人ホームの施設長がメンバーである。だが、自治会長の参加が難しいため、地域の理解や支援を得るために会議へ参加してもらえよう、メンバーからもアドバイスを得て、日程調整等の働きかけ等を行っている。	事業所として運営推進会議をどう活かしていくかを職員全員で話し合い、メンバー構成も含めて再検討してはどうか。利用者や事業所に対する地域の理解が深まり、利用者のサービスの向上につながるような話し合いの場として運営推進会議を活用することを期待したい。
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	地域包括支援センターの職員に運営推進会議の構成委員として参加して頂くほか、他事業所での運営推進会議に参加した際にも他の包括支援センター職員を交えた意見交換を行っている。8月の指定更新申請時、新潟市の担当者と電話等でやりとりを行い、質問や相談を行っている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員が参加しており、日頃から電話でも質問や相談をしている。申請書類等はできるだけ市役所へ管理者が届けて顔の見える関係づくりに努めている。法人本部に地域担当課長がおり、行政との窓口担当を担っている。	

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
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	ホームの玄関は、日中(7:00~20:00)は解錠されており、ドアホンチャイムの音で出入りの把握をしている。身体拘束についての研修や廃止委員会を開催している。身体拘束の実施はないが、スピーチロックや不適切ケアなども同等の拘束であると意識できるよう定期的に周知している。	併設事業所と合同で「身体拘束適正化対策委員会」を開催しており、管理者が当事業所代表として出席し、委員会での話し合いの内容を事業所の会議で伝達している。身体拘束廃止のための研修では、特にスピーチロック(言葉での行動制限)に力点をおき、「ちょっと待ってね」の声掛けをしないための取り組みを実践している。	
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	虐待について年2回の研修を実施したり、不適切ケアとなりかねない対応をアンケートで抽出したり、知識や意識を高めている。身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催し、指針や現在のサービスを振り返る事で意識向上に繋げている。	併設事業所と合同の「身体拘束適正化対策検討委員会」で虐待防止の研修を実施している。不適切ケアに関する職員アンケートを実施し、アンケートの結果を集約して職員へフィードバックしたが、アンケート結果の活用までには至っていない。	再度、職員にアンケートの目的を伝え、結果をフィードバックすると共に、日々のケアに活かすようホーム会議で話し合うなど、アンケート結果を活用することが望まれる。職員間でどんなケアや対応が不適切ケアにあたるか、具体的なケアの場面を想定しながら話し合い、不適切ケアを注意し合える関係づくりに期待したい。
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に努めている	現在、成年後見人制度の利用者はおられないが、制度についての理解や利用に繋がるよう、パンフレットを玄関フロアに置いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては重要事項説明書を用いて理解が得られるよう説明している。改定時は文書での定時の他、来訪時に管理者が説明するなど、利用者代理人に同意を頂いている。		
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	苦情相談窓口については併設介護付有料老人ホームと共用の玄関案内板に掲示し、意見箱を玄関に設けている。利用者ご家族代表の方に運営推進会議に出席をお願いし、毎回ご意見を頂いている。3月に匿名アンケートを実施を予定している。	意見箱を事業所入り口に設置し、年度末には家族を対象とした匿名のアンケートを実施している。アンケート結果は集計し、家族へ書面にてフィードバックしている。利用者とは普段の関わりの中で、意見等を聞くように努めている。	アンケートの内容をより具体的にし、家族が答えやすいように工夫するなどアンケートの内容を見直してはどうか。アンケート結果は事業所内に掲示して利用者へも広く周知し、意見が言いやすい環境づくりにつなげることを期待したい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の合同全体会議とホーム会議で職員の意見や要望を収集し、ホームの運営に反映させている。半年に1回は個別面談を実施し、運営方針についての意見を把握している。中堅職員1名が毎月1回本社の研修会に参加し、知識の向上を図りながら本社職員と意見交換を行っている。	職員は管理者と半年に一度個人面談を行い、また、法人の統括施設長に直接相談できる体制もある。併設の有料老人ホームとの合同会議と事業所の会議を毎月実施しており、利用者対応など普段の業務内容について意見を言える機会がある。	

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
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	半年に1回、全職員の人事考課を行い、各職員の勤務状況を把握、評価し、賞与に反映させている。資格(介護福祉士)手当の厚遇をし、条件を整備させている。必要時には個別面談を実施し、労働時間等の相談に乗っている。		
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	法人で行う研修に参加したり、毎月併設介護付有料老人ホームとの合同での研修会を実施し、常にモチベーションの向上を意識できる環境が整備されている。新人職員へのOJTを行い、未経験の職員でも時間をかけて業務が習得できるよう配慮している。		
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	併設介護付有料老人ホームと委員会活動や研修、勉強会などを行い、交流することで職員がお互いに切磋琢磨できる環境を作っている。 法人が介護労働組合に参加しており、他法人との交流会やイベントなどを職員向けに開催している。年始に行われる地域の介護サービス事業所の交流会に管理者が参加することで地域でのネットワークづくりを図っている。		
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	入居前には事前面談を必ず行い、直接ご本人と対話し、希望や思いなどを傾聴している。 ご本人では発信できない部分は担当ケアマネジャーや専門職等に情報収集し、課題点を抽出している。		
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	入居申し込み時や事前面談時にご家族の不安や要望を聞き、その解消に向けてより良いサービスに繋がるよう取り組んでいる。面談時等にはご家族からの意見や要望を発信しやすい雰囲気作りに取り組んでいる。		
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	事前面談時には入居前の環境や介護量を把握し、これまでに困っていること、今までの介護内容などから、これからの対応を検証するようにしている。法人内に訪問介護やデイサービス、入居施設等も展開している為、必要時には説明や提案を行っている。		

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
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	介護者と要介護者という関係性でなく、ご本人の意見を取り入れられる対等の関係性を築いている。ご本人ができる事を見つけ、尊重しながら、できないところだけさりげなくお手伝いするという意識を持ち、取り組んでいる。		
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	面会に来られた時には日常生活の様子を伝えると共に情報共有に努め、意向を伺い共に支えていく関係を築いている。受診付き添いや外出支援などの協力をできる範囲でお願いする事で、ご本人との関わりを積極的に持って頂いている。月に一度生活の様子をお便りにてお伝えし、ご本人の様子が分かりやすいように取り組んでいる。	入居前に事業所独自の「ケアチェック表」のアセスメント表を活用して家族が支援していることを確認し、入居後も継続して買い物や受診の支援の協力を得ている。また、毎月、事業所での利用者の様子を写真と共にお便りにして家族へ伝え、家族との関係構築に努めている。	
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族をはじめ、友人、知人などの関係を把握し、話題にとりあげたり、面会時には積極的に関わる事で、各々の関係を大切にしていけるように支援している。外出や外泊は推奨し、出かける事でより広い関係性を保てるよう尊重している。	家族と一緒に入居前に通っていた床屋へ行ったり、自宅や親せきの家へも行っている。入居時に家族等から得た情報はフェイスシートに記載し、職員間で情報共有するとともに、関係性の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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日頃の生活を観察しながら、それぞれの利用者が馴染みの関係になれるような関わり方を持って頂き、孤立しない関係づくりを支援している。男性の利用者様が1名おられるが、分け隔てなく交流できるよう配慮している。		
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	サービス終了後に電話や訪問があった際には最近の様子を伺い、必要な時には相談に応じている。		
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	各利用者様に担当職員を割り振り、重点的に意向や要望、課題などを収集できるようにしている。意思表示の難しい方はご家族に協力して頂き、表面化しない意向の把握に努めている。	担当職員が普段の関わりの中で意向や要望を聞くようにしている。意志疎通の困難な利用者に対しては表情、しぐさから思いを読み取るようにしており、家族にも確認をして思いや意向の把握に努めている。	

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
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	入居時にはこれまでの暮らしやサービス利用までの経緯などの情報収集の為、ご家族や専門職、ケアマネジャーなどから話を伺い、記録に残している。施設入所されていた方でも、写真で自宅や部屋の様子を見せて頂くなどして、これまでの生活の様子をイメージしやすいよう努めている。	入居前の担当居宅ケアマネジャーや利用していたサービス事業所からも情報を得ようとしている。入居前に自宅訪問できなかった時は家族から自宅の本人の居室を写真に撮ってもらい、自宅やこれまでの生活の雰囲気を写真を見て理解するように努めている。	
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	日々の様子を観察し、一人ひとりの心身の現状把握に努めている。職員全員が共通認識を持ち、それぞれの個性に沿った支援をしている。		
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	本人、家族の意向や希望を踏まえ、介護職員の意見を聴取しサービス計画を作成している。サービス計画作成時は介護職員でカンファを行い、意見を収集。ご家族やご本人と課題を共有し、方向性についての同意を頂いている。ホーム会議にて毎月カンファレンスを行い、現状の支援についての確認を行っている。	担当職員が毎月、サービス実施状況や本人の様子を記録しており、それを基に計画作成担当者が3ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎に計画の見直しを行っている。計画見直しの際には職員によるカンファレンスを開催しているが、利用者や家族の参加には至っていない。介護計画の説明は家族が面会にきた際に行っている。	介護計画作成時のカンファレンスには利用者や家族が参加できることが望まれる。介護計画書を利用者や家族へ説明し、意向を確認するプロセスを丁寧に行って利用者や家族と共に計画を作成していくことを期待したい。
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	タブレットを用い、個別の介護記録を細かく入力している。内容の周知は申し送り機能でタブレット上にて行い、気づきや工夫は連絡ノートにて共有している。介護計画に沿ったケアが出来ているかタブレットで日々確認をし、見直ししている。		
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	定期的な歯科往診や訪問理容のほかにも、併設事業所と連携することで、体調の変化による急な往診を内科、歯科とも実施している。また、合同での行事に参加することでホーム外との交流を盛んに行っている。		
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	近隣の公園や駅などへ散歩に出かけたり、地元の高中生や中学生、保育園児などの来訪があり、活力を得られるような交流を支援している。地域のクリーン作戦には今年は参加できなかった。		

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
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	毎月の定期往診を基本としながらも、特変時には主治医、及び協力医療機関に連絡し、指示を仰いでいる。希望者にはこれまでのかかりつけ医を継続し、今まで通りの健康管理ができるよう支援している。	入居前のかかりつけ医を継続できるが、希望があれば事業所の協力病院に変更もできる。受診支援は家族を基本としているが、事業所での様子を画面にして医師へ情報提供したり、利用者の状態に応じて職員も同行して医師へ状態報告するなど、柔軟な支援体制がある。	
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	看護職の配置がない為随時、主治医や協力医療機関との連携、ご家族との相談を密に行いながら対応している。介護記録をデータ入力により随時抽出できる為、スムーズに医療機関への情報伝達ができている。併設介護付有料老人ホームの看護師を講師とした研修会に参加し、知識向上に繋げている。		
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。	入院時にはお見舞いを兼ねて、状態把握を早期に行い、病院との情報交換を図り、早期退院に向けた相談支援を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	症状が重症化する前にご家族と相談しながら、どうしたらより良い支援が出来るか話しあっている。重度化が進んだ場合はホームでできること、困難なことをオープンにし、併設施設とも連携しながら今後の方針についての話し合いを行っている。現在看取りは行っていない。	事業所の方針として看取りケアは行っておらず、入居時に、重度化したときの対応とあわせて家族へ説明している。利用者の状態変化の都度、家族へは説明を行い、併設の有料老人ホームなど住み替えてできる施設等の情報を提供するなど、家族の相談に応じている。	
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	救命救急とAEDの研修を平成30年2月に実施している。事故、急変時用マニュアル、非常災害用マニュアルを整備。フローチャート、連絡網等を見える場所に掲示している。	救命救急法とAEDの取り扱い法の研修を毎年実施しており、緊急時対応の連絡先のフローチャートも整備している。また、緊急時には併設の有料老人ホームの職員の協力が得られる体制ができている。「リスクマネジメント委員会」で、事故の集計と分析を行って再発防止に努めている。	併設の有料老人ホームと合同で研修を行っているが、さらに窒息や骨折、火傷など、事業所で日常的に起こりうる事故を想定したシミュレーション研修など、初期対応の訓練を日頃から行い、職員の実践力の向上を図る取り組みに期待したい。
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施している。近隣の特別養護老人ホームと非常時の協力体制を築いている。平成30年度前期の避難訓練は地震災害時に発生した火災想定で訓練を行った。その時に江南消防署にも災害時の広域避難場所までの避難方法を検討するよう助言あった為、今後検討している。	年2回実施している避難訓練は昼間と夜間を想定しており、利用者も参加している。そのうち1回は消防署の立ち会いのもとで実施している。地域住民の参加には至っていないが、避難訓練開催時には地域住民へもチラシを配布し、周知に努めている。備蓄は3日分の用意がある。	

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
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	人格を尊重した介護、プライバシー確保のために訪室時にはノックのあと、声かけしてからドアを開けている。入浴や排泄介助時には羞恥心に配慮している。職員同士でご入居者の情報伝達を口頭にて行う場合は名前は伏せ、居室番号でやり取りするよう心掛け、プライバシーに配慮している。	職員は居室に入る際には必ずノックをすることを徹底して実践している。利用者に関する情報共有はフロアでは行わないなど、プライバシーに配慮している。入浴や排泄の介助では希望があれば同性介助の対応もしている。	
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	レクリエーションや食事前、談話会などの場で職員とコミュニケーションを図り、利用者の思いや希望がきちんと表出でき自己決定に繋が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	どのように過ごしたいか発信できない方もおられるが、その方の気持ちを汲み取りながら、より良い過ごし方ができるように可能な範囲で対応している。		
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	季節に合った身だしなみができるよう用意した衣服の選択を補助しながら支援している。訪問理容を推奨し、定期的な散髪や顔剃りで身だしなみを整えられるよう働きかけを行っている。 男性には毎日髭剃りの補助を行ったり、入浴時以外にも爪の確認などを随時行っている。		
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	テーブル拭きや配膳、下膳、洗い物、片付けなど危険の少ない家事を見定め、ご入居者の能力に合わせて個々にお願ひし、それぞれに役割意識を持てるように促している。食前には口腔体操や会話をし、食事が美味しく食べられるように配慮している。	母体法人の管理栄養士が毎日の献立を作成している。おやつやフルーツ、飲み物などは利用者が好みの物を食べられるように利用者の声を参考に購入している。利用者はテーブル拭きや茶碗拭きなど、食事の準備や後片付けを職員と一緒にしている。	
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	各人の咀嚼や嚥下能力や合わせ、ミキサー加工や刻んだりすることで食べやすくなるよう配慮している。食べられる量を個々にお伺ひし、意向に合わせた量の食事を提供している。お茶以外にもジュースやカフェオレ、紅茶など好みに応じて提供し、水分摂取を促している。		

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
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、一人ひとりに付き添い、ご自分のできる範囲で口腔ケアの動作ができるように声をかけ、見守りを行っている。必要な方は職員が介助している。定期的に歯科往診を依頼し、個々の診察に加え、歯科衛生についての相談を依頼している。		
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	チェック表を活用しながら排泄間隔の把握を行い、自立に向けた支援を行っている。個々の意向や尊厳に配慮しながら紙パンツやパットを選択し、使用して頂いている。おむつを使用せず、必ずトイレへの誘導を行っている。	便秘の方には服薬調整したり、頻尿の方には医療機関を受診してもらうなど、チェック表を活用して個々に合わせた支援をしている。専門医からのアドバイスで、塗り絵などの日常活動の提供などにより排尿の不安を取り除き、全員がトイレで排泄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	便秘予防の為、ヨーグルトは毎朝提供し、バナナなどのフルーツの摂取や水分補給を適宜促している。慢性的な便秘には主治医の指示を頂き、受診しての排便や下剤の内服などで便秘改善を図り、健康的に過ごせるよう配慮している。		
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	ご本人の意向やその日の体調、予定に合わせて、できる限りゆっくりと入浴できるよう支援している。曜日や時間は柔軟に対応できない事が多い。個浴での1対1での入浴介助を行い、思い出話や悩み事などを職員に表出できる空間になっている。	入浴は週3回、時間は午前と午後を基本としている。曜日や時間帯の取り決めはあるが、当日の本人の希望や外出等があれば柔軟に変更して対応している。職員が1対1で対応するため、利用者から意見を聞く良い機会となっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりその日の状況、状態に応じて休息できるよう、室温や明るさなど配慮している。日中でも居室で休んだり、リビングで休息したりと思いついた過ごし方を尊重している。夜中に目覚めた方には適宜水分補給を促すなど、気持ちよく眠りにつけるよう配慮している。		

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
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	利用者の薬の目的・用法を記録したものを薬情報ファイルにし、適宜確認している。また、利用者別の医療情報カードを作成し、疾患や内服薬についての理解を深めている。体調の変化時には処方内容を含め主治医に相談している。 服薬管理マニュアルを整備し、誤薬防止として服薬時には薬袋の記載内容を読み上げ、職員間で確認し合っている。ご家族や主治医と薬の副作用や必要性について再確認し、よりよい健康支援をしている。		
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	ご入居者のその日の気分や体調を見極め、洗濯物たたみ、茶碗拭き、テーブル拭き、食事の配膳、下膳など日常にお手伝いをして頂いている。塗り絵や貼り絵、習字、読書などの活動を日常的に支援し、気分転換を図っている。飲酒や喫煙習慣のある方はおられないが、甘酒や焼き芋、季節の菓子類を提供し、季節感を感じる事ができるよう配慮している。		
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	天気の良い日には散歩や日光浴などに出たり、家族の協力を得る事でドライブや外泊などできるよう支援している。 花見や紅葉など季節ごとに外出計画を立てて実施している。 冬季など外出の難しい時期には併設事業所に散策に行くなどホーム外に積極的に出掛けられるよう支援している。	花見や紅葉狩り、外食ツアーのほか、近くの公園への散歩にも出かけている。外出は春や秋など外出しやすい気候の時期に限られてしまうため、冬期間などは併設の有料老人ホームへ遊びに行き、友人と会って交流する機会がつけられるように支援している。	車で遠くへ出かけることも楽しみの一つであるが、事業所の周辺や町内を散歩するなど日常的な外出についても検討してほしい。利用者の意見も参考にしながら職員間で話し合い、気軽に日常的な外出が楽しめるよう支援方法などを検討して実践することを期待したい。
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	原則、金銭管理は事業所の立替のため本人の所持や預かりは行っていないが、本人や家族の希望により特別なケースにも対応している。現在は1名の方が自己管理しており、買い物等の際、支払いを行っている。		
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	ご本人の思いを大切に、手紙や電話のやり取りが行え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	居心地の良い共用空間をめざし、日々清掃・整頓している。季節感を感じられる飾り付けをしたり、ご入居者の写真を掲示し、日々の活動を思い出させ、楽しみを感じられる工夫をしている。冬季は共有部に次亜塩素酸使用の空気清浄機を設置している。	事業所内にはリビングのコーナーとダイニングのコーナーがそれぞれあり、テレビを見たい人、ラジオを聞きたい人など、自由に過ごせる場所が選べる造りとなっている。それぞれのコーナーにはテーブルとイスのほか、ソファなども用意されており、利用者は思い思いの場所でくつろいで過ごしている。	
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	ダイニングでは、それぞれの関係性や状況にあわせて椅子を配置し、気兼ねなく過ごせるように配慮している。広いリビングでは椅子やベンチを余裕を持って配置し、思い思いの場所で、自由に過ごせる環境ができています。		
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	仏壇やテーブル、写真などを置いたり、好みの飾りを飾るなど、利用者が落ち着いて過ごせるような居室のレイアウトにしている。又使いやすさや安全にも配慮している。	居室には仏壇や神棚、タンス、こたつなど、使い慣れた物を持ち込んだり、家族の写真や自分の作品なども飾っている。管理者は家族へ使い慣れた物を用意してもらうように写真等も活用しながら働きかけ、本人が居心地良く過ごせる居室づくりに努めている。	
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	安全、安心に配慮しながら、できるだけ自立した生活を送れるよう配慮している。 職員がさりげなく見守りできるような環境づくりに努め、アイランド型キッチンや吹き抜けの中庭などを活用し、安全に生活できるよう支援している。		

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、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				