

(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	1570201002		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	グループホーム上除 北棟		
所在地	新潟県長岡市上除町西1丁目411番地		
自己評価作成日	平成30年10月25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30年12月19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)】

当事業所は「サポートセンター上除」というグループホーム・ケアプランセンター・高齢者バリアフリーアパートを併設した複合型施設のひとつである。長岡市の川西地区の住宅地に位置し、消防署や郵便局等の公共施設は徒歩圏内に、また、スーパーや商店街、学校も近隣にあり、生活の利便性が良い環境にある。平成14年の開設当初より地域との交流に積極的に取り組んできた。近年ではこちらから地域に向かうだけでなく、近隣の方々から気軽に立ち寄って頂いたり、日常的なボランティア様も受け入れ、双方向の交流が定着してきている。

また、地域の方に認知症を理解して頂くために、勉強会「まちなね」開催してきた経緯があり、平成27年度からは長岡市の委託を受け、月に1回「オレンジカフェ(認知症カフェ)」と装いも新たに活動を挙げ、地域の枠にとらわれずより多くの方から参加頂いている。

なお今年度は、「こども110番の家」への新規登録や、夏休み期間中に地域の学生を対象に、センター2階の地域交流スペースを学習スペースとして一般開放し利用して頂いたり、地域貢献活動の拡充にも力を入れている。

グループホーム職員は「その人らしい暮らし」「明るく家庭的な雰囲気」「家族や地域との結びつき」という事業所の理念を大切に、個別ケアを意識し、定期的のみならず必要時には迅速に職員間でミーティングを行い、情報共有やケアの見直しを行うことで、ご利用者やご家族の意向を汲んだ対応を心掛けている。

ご家族には入居後も一緒に本人様を支える役割を担って頂けるよう、面会時を中心にご家族に本人様の日々の生活状況等を報告し、必要な部分の協力をお願いしている。また、互いに話しやすい関係やスムーズな連携が行えるよう、信頼関係の構築に努めている。

【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)】

「グループホーム上除」を運営する法人は、長年長岡地区を中心に福祉事業を展開してきており、10年以上前からサポートセンター構想を掲げ、地域に根差した事業所づくりを目指している。

事業所は閑静な住宅街にあり、近隣には郵便局や消防署、スーパーなどがあり、昔ながらの商店街も残っている。建物は2棟からなっており、平成14年に作られた北棟は1階にグループホーム、2階が地域交流スペースで、平成19年に作られた南棟は1階に同じくグループホーム、2階は高齢者向けの住宅(バリアフリー環境のユニバーサルハイツ)になっている。

開設当初より地域との交流を大切にして、近隣の商店から食材を購入したり、行事の際は近くの仕出し屋から料理を取ったり、夏祭り等の行事を通じて関係づくりに努め、サポートセンター構想もあって地域に根差した事業所づくりを目指してきた。

事業所では毎年、法人の理念を基に事業所独自の理念と目標を作成して掲げ、利用者がそれぞれの意向や思いを反映した生活ができるように支援する体制づくりをしている。毎年の敬老会には家族にも参加してもらい、1年間の報告として行事や普段の様子をまとめたDVDを作成して上映している。家族がなかなか見ることのできない利用者の様子に家族からも好評を得ている。

開設当初は地域の会合等に使われていた地域交流スペースも、2階にありエレベーターもないため徐々に利用が減ってきており、運営推進会議などで活用方法について話し合った。その結果、子供の学習スペースとして開放するという提案があり、夏休みに中・高生のために開放し町内会等への回覧で周知した。延べで20名以上の利用があり、今後も開放を考えるきっかけとなった。

開設時より管理者・職員のたゆまぬ努力によって確実に地域に根差してきており、さらに地域になくならない事業所になってきている。

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)	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	法人の基本理念「自分や家族、友人が利用したいと思うサービスの提供」を基盤に、ご利用者とともに作成した事業所の運営理念を各棟に掲示し、意識づけと共有を図っている。	法人として毎年その年度の理念を決め、それを基に事業所独自の理念を作っており、それに基づいて年間の業務目標を立てている。年度末のミーティングで次年度の目標について職員の声を聴いてそれを反映させ、年度初めのミーティングで職員に業務目標を伝えている。法人理念、事業所理念とも事業所内に掲げ、毎日や毎月のミーティングで話し合いを行っている。	
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	町内のクリーン作戦などの地域の行事に参加するとともに、近隣のスーパーで買い物をしている。また、行事等で近隣の仕出し屋さんから料理を運んでもらったり、地域の方から野菜等を頂いたり、日常的に地域のボランティアを受け入れ双方の交流を大切にしている。	開設当初から地域の商店を利用しており、利用者と一緒に買い物に行ったり、配達をしてもらうなど日常的な関係ができています。行事の際は近くの仕出し屋を利用するなど地域との交流を心がけている。現在、2名のボランティアには定期的に傾聴に来てもらっており、保育園の園児が年2回来訪して交流している。町内会にも加入し、年2回のクリーン活動にも利用者と共に参加している。	
3		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	長岡市から委託を受け、月に1回「オレンジカフェ」を開催し、地域の方から多数の参加を頂いている。最近では、参加者同士での交流も盛んになってきている。		
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	運営推進会議の議事内容を職員間に伝達し、必要に応じ、事業所ミーティング等で検討を行い、サービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回、利用者、家族、元民生委員、市役所職員、地域包括支援センター職員、医師等の参加で開催されている。事業所のダイルームで行うことで委員が利用者の様子の変化にも気づくことがあり、また、長年参加している委員からは運営に対してのいろいろな意見も出されている。今年はその意見から、夏休みに事業所の2階にある地域交流スペースを中高生に学習の場として開放した。	

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
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	運営推進会議にて市の担当者、担当の地域包括支援センター職員に事業所の取り組み等を報告し、意見や助言を得ている。また、制度上の不明点等ある場合には、市の担当者に確認を行っている。	市とは、運営推進会議や地域包括支援センターを通じて連携を図っており、市の主催する研修会への参加や認知症カフェ(オレンジカフェ)の委託事業を通じても連携関係がある。市の介護相談員の受け入れなど、市の制度も活用している。	
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	年間事業計画に基づき、事業所内で身体拘束に関する学習会を実施したり、ミーティング等でご利用者のケアを振り返り、不適切ケアを含め確認・意識づけを行っている。事業所の玄関の施錠は、防犯目的で夜間のみとしている。	事業所として年に2回研修会を行い、職員に事業所としての考え方を示している。マニュアルを今年度の初めに見直し、また、3ヶ月に1度は検討会を開催して必要に応じセンサー使用などを見直ししたりしている。	
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	年間事業計画に基づき、事業所内で虐待に関する学習会を実施したり、ミーティング等でご利用者のケアを振り返り、職員の言動や態度、不適切ケアを含め確認・意識づけを行っている。	年間の研修計画の一環として法人内の事業所管理者が講師となって年1回研修会を行っている。普段から言葉づかいや態度など対応で気になった点は職員間で話し合うようにしており、管理者も気になる点などは、ミーティング等で全体に話したりしている。職員にはストレスチェックを行ったり、産業医との面談や管理者へ相談しやすい環境があり、ストレスケアに配慮がされている。	
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	事業所ミーティングにて権利擁護に関するミニ研修を行い、諸制度の理解に努めている。現在、北棟では実際に日常生活支援事業や成年後見制度を利用しながら生活されている方がおり、担当者の方と必要な連携や情報共有を行っている。		
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	事前訪問時や契約時に疑問な点や不安な点を確認し、契約書や重要事項説明書の説明に時間を掛け、ご理解・ご納得を頂いた上で入居ができるよう心掛けている。 (※今年度、新規入居者・該当者なし)		

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	普段からご利用者やご家族が意見・要望を表出しやすいよう、コミュニケーションや雰囲気作りを大切にしている。事業所玄関に「ご意見箱」を設け、また「介護サービス満足度アンケート」を実施し、意見・要望等を事業所ミーティングや運営推進会議にて報告・検討し、改善に努めている。	利用者からは普段の関わりの中で聞き取ったり、担当職員が直接利用者から聞いている。家族には面会時に聞き取ったり、電話の際にも意見を聞いている。毎年行っている満足度調査を年度ごとに集計・分析を行って課題を抽出し、ミーティングなどで改善策の検討を行っている。これについては、アンケート結果とともに運営推進会議で報告したり、家族に送付している。例えば、家族からの職員の名前がわからないとの意見に対しては、事業所の入り口に職員の顔写真の掲示を行った。	
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	毎日の昼礼や毎月の事業所ミーティングにて、職員に運営に係る意見・提案等を表出できる機会を確保し、実践・改善に努めている。また、日々随時、意見・提案等を受け付けており、意見の出しやすい職場作りに努めている。	毎日の昼礼時に利用者の状況報告や連絡事項を共有しながら、日々の課題についての検討や提案などを行っている。月1回のミーティングでも課題検討を行っており、業務改善等の意見も職員から挙がっている。統括している園ごとの職場連絡協議会からサポートセンターの代表として出席している職員も交えて話し合いを行い、出された要望の結果はミーティング等で返答されている。	
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	法人全体で「人事考課制度」を運用し、職員の業務評価・昇給・昇格等の基準を明確にし、向上心を持って仕事ができるよう、労働環境を整備している。		
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	事業所内で定期的に各種研修を行うだけでなく、園内や法人内の研修、外部の研修に参加する機会を確保し、職員が順番に参加できるよう配慮している。外部研修参加者には、他職員への伝達研修を行ってもらい、事業所全体で学ぶ姿勢を大切にしている。		
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	市主催の管理者研修会や多職種交流会、園内の4グループホームの合同研修会、他施設の行事や運営推進会議に参加する等の機会を通じ、ネットワーク作りやサービスの質の向上につなげられるよう努めている。		

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
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	入居前の事前訪問ではご家族やケアマネジャーからの情報をもとに、本人様が不安にならないような対応ができるよう心掛けている。入居後は本人様の思いや意向を確認しながら信頼関係が築けるよう関わりや、環境作りを行っている。		
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	入居前には事前訪問や契約時に、ご家族の思いや考え、不安や悩みを伺い、可能な限り理解に努めている。入居後もご家族と連絡を密に取り、本人様の生活状況や経過等を報告しながら、関係作りに努めている。		
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	事前訪問やケアマネジャーからの情報をもとに、本人様やご家族のニーズの把握に努め、多職種による「入居判定会議」を通じて、必要なサービスを検討したり、入居後も継続的にアセスメントやモニタリングを行い、必要な支援を検討している。		
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	ご利用者の強みや持てる力に着目し、家事作業をはじめできることや得意なことを日々の生活の中で活かせるよう支援し、ご利用者が一方的に介護を受ける存在にならないよう心掛けている。		
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	ご家族に外出や外泊、受診の付き添い等を依頼し、本人様との絆や関係性を保って頂くとともに、職員だけでなくご家族も一緒に本人様を支える協力関係であるという認識を大切にしている。	家族には主に通院の付き添いや外出・外泊等のお願いをしながら協力関係を構築している。介護計画に家族の役割を入れることで、事業所とともに利用者を支える対等な関係づくりを図っている。広報誌を送る際も利用者の近況を担当職員が書き添えるなど、少しでも利用者の最近の様子を伝えるようにしてる。	
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	友人が面会に来られたり、なじみの美容院に出掛けたり、自宅等に外出や外泊をする等、入居前からの関係性ができる限り保てるよう、支援を行っている。面会に来られた際には、自宅に遊びに来られたようにゆっくり過ごして頂けるよう配慮している。	つながりのあった場所との関係を出来るだけ切らないように、受診のついでに理美容院に寄ってもらったり、外食やお盆のお墓参りなどを家族にお願いしている。以前住んでいた場所が遠くの方には、介護計画に入れて家族の役割としてお願いしている。	
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	ご利用者同士の関係性の把握に努め、一人ひとりが孤立せず関係性が良好に保てるよう、職員がコミュニケーションの仲立ちや橋渡し役を担っている。		

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
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	退院が困難になった方や他施設に転居された方には先方に必要な情報の提供を行い、契約終了後の生活が円滑に送れるよう支援を行っている。また、契約終了後も必要時の相談や、いつでも立ち寄って頂けるよう、雰囲気作りに努めている。		
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	担当職員を中心にケアプラン更新時だけでなく、日々ご利用者とのコミュニケーションを通じ、思いや意向等の把握に努めている。必要に応じ、昼礼や連絡ノートを活用し、職員全体で情報を共有している。意思の表出が困難な場合でも、本人様の意思を推し量りながら検討を行っている。	入居時に家族からアセスメントシートの記入してもらいほか、日常の関わりの中で利用者の言葉や行動から読み取っている。家族からは通院や面会時に聞いたり、行事等で来訪した際に聞いている。新たに得た情報はアセスメントシートに追記し、定期的に更新して。本人が訴えることが難しい場合には、家族・関係者から聞くとともに、職員が本人の立場になって考えてみることもある。	
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	事前訪問時に伺ったり、入居前に利用していた事業所からの情報、センター方式のアセスメント等を活用し生活歴の把握に努めている。また、入居後もご利用者・ご家族との日々の関わりの中から情報を得るようにしている。	入居前に自宅を訪問したり、関係者から得た情報や、家族に記入してもらったアセスメントシートにより、これまでの暮らしの把握に努めている。面会に来た知人等から新たな情報が得られることもある。日常のかかわりの中で得られた情報や新たに得た情報は「気づきノート」や経過記録に記入し、アセスメントシートを更新している。	
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	個別記録や連絡ノート、必要に応じ24時間シートも活用し、職員間で情報共有をしながら現状把握に努めている。変化が見られた際はカンファレンスを行い、課題の早期対応や早期解決につなげられるようにしている。		
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	担当職員が中心となり、本人様やご家族の意向を確認し、職員間でカンファレンスを行い、訪問看護師等の他職種に意見を求めることもある。また、ケアマネジメントの流れを整理し、ケアプランに関する研修会を行い、現状に即したプラン作成や質の向上に努めている。	担当職員が中心となってアセスメントシートや経過記録、センター方式アセスメントの「できること・できないこと」などを確認しながら、介護計画の原案を作成している。昼のミーティング(昼礼)や連絡ノートで職員全体に意見を聞いており、必要に応じて訪問看護や歯科医からも意見をもらうことがある。カンファレンスにはできる限る本人も出席してもらい関係者で話し合っている。作成された介護計画は棟ごとに毎日の実施状況をチェックし、3ヶ月ごとにモニタリングを行い、6ヶ月ごとにサービス担当者会議で話し合っている。	

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
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	日々の様子やケアの実践、気づいた点等を個別記録に残し、昼礼やミーティングでの情報共有の材料としたり、モニタリングや再アセスメント実施の際には個別記録を参照・活用するようにしている。また、記録に関するミニ研修を行い、適切な記録の方法や重要性の理解に努めている。		
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	緊急受診や外出の付き添い等、ご利用者・ご家族の状況や事情に合わせ、柔軟に対応している。また、ご利用者の希望に沿って、予定していた献立を変更したり、入浴日や時間を変更している。		
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	運営推進会議や地域行事・各種研修会への参加等の機会を通じ地域資源の把握に努め、ご利用者のニーズによって活用できる資源を検討している。		
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	基本的に入居前からのかかりつけ医から継続した診療をお願いしている。本人様・ご家族の状況によっては通院のみならず訪問診療も活用している。受診時にはご家族・主治医宛に報告書を作成したり、必要に応じ職員も同行し、情報共有・連携を図っている。	利用者や家族の希望によって、入居前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をお願いしている。本人の様子は、受診時に家族に伝えたり、必要があれば「診療情報提供書」を作成して渡したり、また、電話等で直接医師とやり取りする場合もある。できる限り、医師と連携し適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	園内の訪問看護ステーションと契約し、毎週の巡回訪問時の健康チェック、健康管理や医療に係る相談・情報共有を行っている。また、必要時や緊急時には24時間体制で連絡・相談ができる体制をとっている。		
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。	入院時には状態確認訪問を行ったり、電話や文書を用い、入院先の担当医や看護師、相談員との情報共有を密に行い、入院から退院までの流れが円滑になるよう努めている。また、多職種交流会に参加し、医療機関の関係者との情報交換や関係作りにも努めている。		

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
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、事業所です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	入居時に重度化した場合の対応や考え方について説明を行い、本人様・ご家族から意向を伺うとともに、入居後に状態変化等が見られ必要時には、そのつど意向を確認し対応を検討している。介護職だけでなく訪問看護師や主治医も交え、多職種で支援するよう努めている。	重度化や終末期の指針を書面で整備しており、入居時に本人・家族へ説明し同意を得ている。利用者の状態が変化した場合には、その都度家族への説明や意向の確認を行い、本人や家族の希望を尊重しながら看取りを含め方針を確認している。必要があれば訪問看護事業所にも参加してもらいサービス担当者会議を開催している。今年度は看取りの研修会を行って職員のスキルアップも図っている。	
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	事業所職員に赤十字救急法指導員の有資格者がおり、一次救命処置の研修や救急法に関する研修を受ける機会を確保している。また、必要に応じ「緊急時フローチャート」の見直しを行っている。	研修計画に沿って学習会を行うとともに、内部研修で救急救命法の講習会も実施して緊急時の対応についても学んでいる。訪問看護事業所による年3回の研修会をしており、緊急時だけでなく怪我の対応や体調不良時の観察方法なども学んでいる。また、訪問看護とは週1回の訪問と24時間の医療連携体制により、医療面での支援体制がつけられている。	
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	消防計画や災害マニュアルを整備するとともに、年間計画に基づき各種訓練を行っている。避難訓練は年2回実施しているが、うち1回は消防署員と地域の方から立ち会いのもとで行い、意見や改善点を聴取している。	年2回、避難訓練を実施しており、そのうちの1回は消防署や近隣住民からも参加してもらっている。消防署がすぐ近くにあるため、緊急時はすぐに駆け付けてもらえる環境にある。法人内の他の事業所との連携体制も構築されている。	マニュアルが整備されており、避難訓練には地域住民も参加して、地域や法人内の協力体制も構築されている。だが、災害が多様化している昨今、それに合わせた災害想定での避難訓練も実施することを望みたい。地震などどこでも起こり得る災害を想定した避難訓練など今後のさらなる取り組みに期待したい。
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	共同の生活空間であっても、ご利用者の自尊心やプライバシーに配慮しながら声掛けや対応を行っている。声掛けの際には声量や抑揚、表情や態度にも注意したり、本人様の状況によっては居室等、個別の場所でお話を伺うようにしている。	年1回研修を行い、職員それぞれの行動や言葉遣いについても不適切なものがないか確認している。日常の何気ない言葉かけや対応についても話し合い、お互いに気づきを得られるようにしている。	
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	ご利用者の会話や様子を観察し、個々の特性や能力を理解しながら、自己決定がしやすいようわかりやすい声掛けや筆談、複数の選択肢を提示する等の工夫を行っている。		

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
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	共同生活を送る場として、食事・入浴等のおおよその目安となる時間帯は設けているが、ご利用者のその日の体調や気分等に合わせ、柔軟に時間調整を行い、ご利用者の生活ペースを尊重したケアに努めている。		
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	ご利用者の意向を確認し、日常の衣類準備や衣替えの支援を行っている。衣類の汚れや乱れ等の最低限のことにも配慮している。また、ご家族の協力も得ながら、なじみの美容院や買い物に出掛け、その人らしいおしゃれを楽しめるようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者にも切菜や食器拭き、下膳等のできることを行って頂いている。ご利用者の体調や嗜好に合わせて分量や味付けを調節したり、代替品を用意したり、時には意向に合わせて急きょ献立を変更したりと、食事を楽しめるよう支援を行っている。店屋物や外食の機会も確保している。	食事の下ごしらえや食器拭き、下膳など利用者にはできることを手伝ってもらっている。法人の栄養士が作成している献立をもとに、季節にあった料理や利用者の好み、近所からのもらい物などを加味して独自にアレンジしている。外出行事や日常的な外出の中で外食に出かけることもあり、また、さんまを外で焼いて地域の人に提供する催しも楽しんでいる。	
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	園内の管理栄養士が作成した献立表をもとに食事を提供している。ご利用者の状態に合わせて食事・水分の形態を調整している。また、食事量を記録し摂取量の変化や体重増減等、健康管理の参考の一つとしている。		
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	ご利用者の口腔状態や能力に応じ、声掛けや見守り、介助を行い、清潔保持に努めている。義歯の方には洗浄を行っている。今後、歯科・口腔の専門職からの指導や助言も得ながら、口腔ケアを行っていく予定。		
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	排泄チェック表を活用し、ご利用者個々の排泄パターンを把握しながら、排泄の声掛けや誘導を行っている。ご利用者の状況に合わせた排泄用品の使用や、ADLが低い方でもできる限りトイレでの排泄を心掛けている。	排泄チェック表を活用して個々の排泄パターンを把握し、その人に合わせてトイレ誘導や声掛けを行っている。	

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
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	便秘傾向の方には、主治医や訪問看護師と連携を取り、緩下剤の相談や調節を行っている。また、薬剤に頼るだけでなく、乳酸菌飲料やヨーグルト等を活用したり、飲食物の工夫や配慮を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	ご利用者のその日の状態、気分や意向に応じて入浴日や時間、回数を調整している。またバスクリンを活用したり、「ゆず湯」など季節に合わせた変わり湯も行い、入浴を楽しめるよう工夫を行っている。	入浴は週2～3回を目安にしているが、利用者の希望や体調などに合わせて、臨機応変に入浴できるようにしている。入浴剤を使用したり、柚子湯などの季節感のある変わり湯にするなど入浴を楽しめる工夫もしている。	
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	ご利用者個々の生活リズムやパターンの把握に努め、意思表示が難しい方でも表情や様子を汲み取り、適切な休息や睡眠が確保できるよう支援している。また、落ち着いて休めるよう、居室環境の整備も心掛けている。		
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	処方のおくすりカードを都度更新し、内服薬の効果や副作用、用法用量を確認している。服用中は本人様の状態変化の有無に留意し、必要時には主治医や薬剤師に確認・相談している。誤薬防止のため、職員間・両棟でダブルチェックを徹底している。		
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	個別記録や連絡ノートを活用したり、昼礼や事業所ミーティング等にご利用者の情報を共有し、日々担って頂く役割や、本人様の嗜好に沿った支援の検討・実践につなげている。		
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	天候や体調に合わせ、日常的に散歩や外気浴、近隣へ買い物に出掛けられるよう努めている。数名のグループに分かれご利用者の意向に合わせたドライブに出掛けたり、個別での外出を行うこともある。また、外出にはご家族にも協力を依頼している。	雪のない時季は日常的に散歩や外気浴に出たり、回覧板を届けたり、買い物にも出掛けている。春と秋に外出行事を計画し、利用者の行きたいところを聞いて外出先を決めている。個別の希望に対応できない場合には、家族の協力を得るようにしている。	
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	ご利用者の希望や能力に応じ、現金を所持・管理して頂いている。お金を持つことで、ご利用者が安心感や満足感が得られ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
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、ご家族や大切な方に電話をしたり、手紙のやり取りができるよう支援している。近隣の郵便局へ一緒に手紙を出しに行くこともある。		
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	季節の花を飾り四季を感じて頂いたり、リビング壁の飾り棚に飾りや小物を置いたり、生活感のある空間作りに努めている。また、リビング以外に廊下にも椅子を設置して談話スペースを作り、気兼ねなく談話できるよう配慮している。また、ご利用者の意向を確認しながら、空調や照明等をこまめに調節している。	事業所は北棟と南棟に分かれており、それぞれが違う雰囲気の違いになっている。共用空間は、それぞれの雰囲気に合わせた飾りつけがなされ、季節感も感じられるような演出がされている。過剰な飾りはなく、落ち着いて過ごしやすい環境になっている。	
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	リビング以外にも廊下に椅子を設置し、一人で過ごしたり、気の合う方と一緒に談話ができる場所を確保している。また、北棟・南棟のご利用者同士が、自由に両棟を行き来し、思い思い過ごされている。		
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	ご家族に入居前のご自宅等で使用していた家具や調度品を持ち込んで頂き、その人らしい居室になるよう働き掛けている。また、本人様の状況や意向に応じ、居室の環境整備を行い、安全に居心地良く過ごせるよう配慮している。	居室には、利用者の馴染みの物が持ち込まれ、その人らしい雰囲気がつくられている。自宅から持ってきた趣味の物や、入居後に制作した作品などを飾り、本人が落ち着ける環境が確保されている。	
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	ご利用者個々のADL・IADLに合わせ、各居室は安全面に配慮しながら家具等を配置している。また、共有スペースの段差はできる限りなくし、廊下やトイレ・浴室等の必要箇所には手すりを設置している。		

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				