

(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	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 南ユニット		
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28年11月1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12月13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)】

長岡市の川西地区に位置し、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。お祭りをはじめとした地域交流イベントも盛んで、平成14年の開設当初よりその一員として地域との交流に積極的に取り組んで来た。最近ではこちらから出向くだけでなく、近隣の方々から気軽に立ち寄って頂いての日常的な交流も定着してきている。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であり、センターとして、以前より認知症を理解して頂くために勉強会「まちなね」を地域の方へ向けて開催して来た。また、昨年度より長岡市より委託を受けて月に1回「まちなねオレンジカフェ」を開催し、その活動を広げ、地域の枠にとらわれずより多くの方から参加頂けた。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し、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話し合いを行い、情報共有を図ることで、ご利用者の意向を汲んだ対応に心がけている。入居後も一緒にご利用者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日々のご利用者の様子を伝えるようにしており、また、話しやすい関係が築けるよう努めている。

【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」は、閑静な住宅街の中に位置しており、近隣には郵便局や消防署、スーパー、昔ながらの商店街があり生活の利便性に長けた環境にある。建物の1階に当事業所があり、2階は地域交流スペースや高齢者向け住宅のユニバーサルハイツ(バリアフリー環境の居住)となっている。地域交流スペースでは市から委託された「オレンジカフェ」を開催し、地域の認知症支援や理解の普及に努めている。また、開設時から地域との付き合いを大切に近隣商店から食材を仕入れたり、夏祭り等の行事を通して交流を深めるなど、地域の一員としての関係を構築している。

事業所では法人理念を基に独自の理念を作成しており、利用者のこれまでの暮らしを尊重し入居後も生活の継続性を重視しながら、家庭的な雰囲気の中で生活できるように取り組んでいる。職員は、日頃から理念の振り返りを行い、年度毎に実践的な目標を立てて個別ケアに反映させている。また、毎日行うミーティングでは、利用者の状況の把握や相談を行うとともに、定期的に学習会を開催して資質向上に努めている。

開設から15年が経ち、これまでの経験や取り組みの実績を活かして今後益々利用者が地域でいきいきと生活できる支援や、そして地域の福祉の拠点として活躍が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
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’を基盤に利用者と共に作成した運営理念を各ユニットに掲示し、共有と意識づけを行っている。	法人の基本理念を基に事業所独自の理念を作成しており、それに基づいて年間の業務目標を立て具体的な実践につなげている。年度末には職員が個別に事業計画の振り返りを行い、管理者がそれらを取りまとめて法人の業務報告会で報告している。理念を事業所内に掲示するとともに、毎日のミーティングで理念に沿った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	町内の祭りやクリーン作戦など、地域の行事に参加するだけでなく、ご利用者と共に回覧板を届けに行ったり、郵便局に手紙を出しに行ったりする事で、地域との繋がりを実感しながら暮らして頂けるよう支援している。	開設当初から地域の商店を利用しており、買い物や配達等を通して日常的な付き合いを深めている。また、地域と事業所の行事でお互いが行き来し、小学生や近隣住民が気軽に立ち寄ってくれる関係が築かれている。毎月、2階の地域交流スペースで開催される「オレンジカフェ」には利用者や地域住民のほか、市内各所からの参加もあり、認知症に対する理解を深めながら交流を図っている。	
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	昨年度に引き続き、長岡市から委託を受け月に1度「オレンジカフェ」を開催し、地域の方から多数参加頂いている。最近では参加者同士の交流も盛んになって来ているようである。		
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	運営推進会議の議事内容を各職員に伝達し、必要に応じて職員間で検討を行い、サービスの向上に活かせるよう心がけている。	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。長年のメンバーは利用者や事業所内のちょっとした変化にも気付いてくれ、意見交換に活かされている。意見は職員間のミーティングで検討し実践につなげている。	長年のメンバーによる貴重な意見を大切にしながら、新たなメンバー構成や会議内容の周知方法を検討するなど、会議がさらに運営推進のための活発な意見交換の場となるよう工夫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	運営推進会議にて市町村の担当者、地域包括支援センターの職員へ事業所の取り組みを報告している。また制度上の不明点等あればその都度市の担当者へ質問し、回答頂いている。	運営推進会議を通して市の担当者とは面識があり、業務でわからないことがあれば、その都度問合せや相談を行っている。また、市が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)の委託事業を通して協力関係を築いている。	

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	年度計画に沿って学習会を実施し、身体拘束について知識と意識づけを行っている。事業所の玄関の施錠は防犯の為の夜間のみとしている。	年間の研修計画に沿って月1回開催される学習会で身体拘束について学んでいる。例えば安全のためのセンサーの使用についても、日常から振り返りを行って行動制限の可能性はないか等、職員全員で話し合いながら身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	年度計画に沿って学習会を実施し、虐待について知識と意識づけを行っている。また日常業務においても、疑問を抱いた際はその都度職員間で確認を行っている。	年間の研修計画に沿って月1回開催される学習会で高齢者虐待について学んでいる。日常のちょっとした言葉遣いや対応で気になった場面を見逃さず職員間で話し合うようにしている。職員には、ストレスチェックや産業医の面談、管理者への相談等のストレスケアを実施している。	
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	年度計画に沿って学習会を実施し、権利擁護について知識と意識づけを行っている。		
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	管理者、生活相談員を中心に書面及び口頭にて説明を行っている。疑問点等あればその都度各職員が受け、申し送り、素早く回答できるように連携を図っている。		
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	ご利用者へは日々の関わりの中で意見や要望を出しやすいように雰囲気作りや声かけの工夫を行っている。今年度はご家族を対象に「サービス満足度調査」を行った他、ご家族との関係作りを職員1人1人が意識した。	利用者からは日常の関わりの中で聞いたり、担当職員が1対1で要望や意見の聞き取りを行っている。家族には面会時に声をかけたり、満足度調査(アンケート)を実施しており、結果は運営推進会議で報告し意見交換を行っている。今後は家族にもフィードバックできるよう取り組む予定である。	家族向けの満足度調査を実施しているが、結果やそれに対する取り組みのフィードバックが望まれる。さらに意見や要望を表出しやすい仕組み作りにも取り組んで今後の運営に反映させていくことに期待したい。
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	毎日行う昼礼の中で意見や提案を求め、運営に反映するよう努めている。また、定期的に事業所内ミーティングを行い、職員の意見を発せられる機会を設けている。	毎日、午後に行う昼礼時に利用者の状況や報告・連絡事項を共有しながら日常の議題について提案や相談を行っており、その後、月1回のミーティングで事業予定や内容の共有、議題の検討を実施している。また、年度末に管理者と職員の面談を通して職員の意見を聞く機会を設けている。	

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
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	積極的にコミュニケーションを図り、職員の状況について常に把握し、向上心を持って働けるように職場環境・条件の整備に努めている。		
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	園内研修や事業所内での学習会を実施し、職員の資質向上に努めている。日々の業務において不足と感じた職員に対しては、直接指導している。		
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や、法人内の4グループホームの合同研修、他施設の行事に参加する等の機会を通じて、ネットワーク作り、ひいてはサービスの質の向上に繋げられるよう努めている。		
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	入居前には事前訪問を行い、ご本人の思いや気持ちを伺うようにしている。サービス導入後は、ご本人との関わりを多く持つ事で信頼関係が築けるように努めている。		
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	事前訪問や電話にてご家族の思いや気持ちを伺うようにしている。サービス導入後もなるべく連絡を取り、ご本人の様子を伝えると共に、その都度ご家族の思いを受け止めながら関係づくりに努めている。		
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	ご本人とご家族の要望を伺い、多職種による判定会議を通して、ご本人の生活全体像から必要なサービスを見極め、調整を行っている。		
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	ご利用者の強みに着目し、できる事や得意な事を生活の中で活かせるように支援し、ご利用者が一方的に介助を受ける存在とならないよう心がけている。		

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
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	ご本人とご家族との繋がりや関係性が保てるように、外出や外泊、受診の付き添い等をお願いをしている。笑顔で明るく接し、いつでも気軽に来て頂けるよう心がけている。	家族とは、主に受診付添いや外出等の協力を得ながら関係を構築している。家族が来訪した際には利用者の日常の様子や体調を報告し、遠方の家族にも電話連絡をして状況を共有している。家族来訪時のあいさつや見送りを大切にしており、お互いの信頼関係を築きながら支援体制を整えている。	
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	友人が面会に来て下さったり、馴染みの美容院へ行ったり、GWやお盆、年末年始に自宅へ外出・外泊する等、関係が継続できるように心がけている。	馴染みの人や場との関係は、入居時に家族から「フェイスシート」へ記入してもらい担当職員が把握するようにしている。日常では「気付きノート」や「連絡ノート」に情報を記入し、それらを活用しながら家族と協力して必要な支援を行っている。利用者の親類や知人の来訪時にはゆっくりと過ごしてもらえよう配慮している。	
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、一人ひとりが孤立しないよう、その関係性が良好に保てるように職員が橋渡し役を担っている。		
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	契約終了後も移動先の相談員等に情報提供を行い、生活の場が変わってもご本人が安心して暮らしていけるようサポートし、必要時にはご家族の相談に応じ、不安軽減にも努めている。		
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	担当職員が中心となり、コミュニケーションを図りながらその時々での思いや意向の把握に努めている。また、それが困難な場合はご家族に伺っているが、あくまでも本人本位に検討するよう心がけている。	入居時に家族からセンター方式のアセスメントシートに記入してもらうとともに、日常の関わりの中で思いや意向を聞き取っており、困難な場合は家族の面会時に確認している。その内容は「気付きノート」等に記入してミーティングで話し合い、職員間で共有できるようにしている。	
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	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て、これまでの暮らしの把握に努めている。	入居前に、関係者から得た情報や、家族から記入してもらったセンター方式の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。日常の関わりで知り得た情報は「気付きノート」や経過記録に記入するようにしている。	

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
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	個別記録や気づきノート等を用いて、職員間で情報を共有しながら現状把握に努めている。変化が見られた時はカンファレンスを行い、問題の早期解決を図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	可能な限りご本人に出席して頂き、ご本人の言葉で思いを語って頂けるよう配慮している。また、担当職員が中心となり、必要な関係者との連携やミニカンファレンスの開催により、現状に即した計画となるよう努めている。	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をもとに介護計画の原案を作成している。昼礼のミーティング時に参加職員で意見交換を行い、カンファレンスには本人の参加を促して関係者で話し合っている。日常の経過記録に介護計画の実施状況が確認できる項目があり、詳細なモニタリング・評価につなげている。	アセスメントのための情報収集については、センター方式のシートを活用しているが、日常の情報を含め多岐に亘る情報の整理・集約、更新の方法について職員間で話し合い、介護計画作成時により効果的に活用できるようにすることが望まれる。また、本人とともに家族が介護計画作成に参画できるよう工夫することで、よりよい介護計画の作成につながることに期待したい。
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	日々の様子やケアプランの実施、気づいた点等を個別記録に記入しており、モニタリングやアセスメント実施の際はこの記録を参照する等、情報を共有しながら活かしている。		
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	受診や外出の付き添い等、ご本人、ご家族の状況や要望に合わせて柔軟に対応している。		
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への参加等の機会を通して地域資源の把握に努め、ご利用者一人ひとりが楽しみを持って地域生活が送れるよう支援している。		
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	ほぼ全てのご利用者が入居前のかかりつけ医から継続して診察して頂いている。受診の際は医師へ情報提供を行い、ご利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者・家族の希望に沿って、入居前からのかかりつけ医を継続している。基本的に受診付添いは家族にお願いし、本人の詳細な様子は「診療情報提供書」を活用して医師に伝えている。必要時には電話等で医師と直接やりとりをして適切な医療を受けられるように支援している。	

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
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	少しの変化も見逃さないよう、日々の状態観察を心がけ、必要時は訪問看護と連携が図れている。また定期的なバイタルチェックでも健康管理がなされている。		
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。	相談員が中心となり、利用者の入院開始時より病院のケースワーカーと連絡を取り合い状況把握に努めている。また、退院時期や退院後の生活についても情報を交換し、連携が図れている。		
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、事業所ですることが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っている。状態変化が見られた際は、早い段階からご家族と話し合いを行い、その方向性や看取りの意向も含めて確認している。	重度化や終末期の指針を書面で整備しており、入居時に説明をして同意を得ている。その後も状態の変化に応じて必要な話し合いを行い、本人や家族の意向を尊重しながら看取り支援を含めたケアに取り組んでいる。管理者が昼礼時等に状況や支援方針の説明を行なって職員間で共有するとともに、法人のバックアップのもとで本人、家族にとって適切な支援を実践している。	
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	定期的に緊急時の対応についての学習会を行ったり、実際に緊急対応がなされた際に振り返りを行う事で実践力を高められるようにしている。	年間の研修計画に沿った学習会を行うとともに、救急救命講習会で緊急時の対応について学んでいる。日常的にも実際の緊急対応の振り返りを行いながら対応の再確認をして実践力を身につけている。また、看護師と24時間の医療連携体制をとっており、適切な支援を実践している。	発生した事故に対する対応策について振り返りや検討を行い、それを基に学習会も行っているが、事故発生時の備えとしては初期対応の実践的な訓練など、さらなる取り組みが望まれる。
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	災害マニュアルを整備すると共に、年2回避難訓練を行っている。そのうちの1回は消防署と地域の方の立ち合いのもとで行い、非常時に備えている。	年2回、避難訓練を実施しており、うち1回は消防署と運営推進委員、近隣住民の立ち合いで夜間想定訓練を行い具体的な意見交換をしている。消防署が近隣にあって緊急時にはすぐに駆けつけてもらえる環境であり、法人の他事業所との協力体制も整備されている。また、災害時の防災計画をマニュアル化し有事に備えている。	
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	共用の生活スペースであっても、ご利用者のプライドやプライバシーを尊重し、言葉かけの際は声の大きさや抑揚等の配慮をしている。	学習会や個別カンファレンスの際に、日常の何気ない言葉掛けや対応について話し合い「気付き」を得られるようにしている。学習会では、認知症ケアの実際の場面から相手の立場に立った支援について職員間で考え実践につなげている。	

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	日頃からその言動を観察する事でご利用者一人ひとりの特性を理解し、自己決定しやすいように選択肢をいくつか提案する等の工夫をしている。		
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	共同生活を送る場として食事、入浴等のおおよその時間帯は設けてあるが、ご利用者のその時々体調や気分に合わせて、ご本人のペースを尊重したケアを常に心がけている。		
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	ご自分で好みの服を選んで頂けるよう支援したり、ご家族と馴染みの美容院や買い物へ出かけたりと、その人らしいおしゃれを楽しめるよう配慮している。		
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	切菜や食器拭き、下膳等、ご利用者ができる事を一緒に行って頂いている。笹団子・ちまき作り、流しそうめんなど季節を感じて頂けるようなメニューを提案し、いつもとは違った雰囲気を楽しんで頂いている。	法人の栄養士が作成した献立をもとに、地元の商店の食材や事業所の畑で収穫した野菜を用いて食事を作っている。献立は季節折々の内容であったり、希望によってはカップラーメンを提供するなど柔軟に対応している。利用者は調理準備や片付けなどそれぞれができることを行っており、食事中は職員も同席して和やかな雰囲気である。	
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	こぶし園の管理栄養士が作っ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刻みやミキサー食に変更する等、臨機応変に対応している。また、必要に応じてチェック表を用いての個別対応も行っている。		
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	食後一人ひとりの口腔状態や能力に応じて声かけや見守り、介助を行い、清潔保持に努めている。義歯の方に関しては夕食後にお預かりし、洗浄を行っている。必要に応じて舌ブラシで舌を磨く等の支援もしている。		
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	排泄チェック表を活用して一人ひとりの排泄パターンを把握した上で声かけ、誘導を行う事で、トイレでの排泄に繋がるよう心がけている。	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、トイレ誘導などの必要な支援を行っている。排便に関してもできるだけ薬に頼らず、野菜ジュースやヨーグルトの飲用など工夫してトイレで自然な排泄ができるように取り組んでいる。	

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
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	主治医や看護師と連携を取り、下剤等の調整を行っている。便秘傾向の方にはなるべく自然な排便を促すよう野菜ジュースや温ヨーグルトなど飲食物の工夫をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その日の気分に応じて時間や日を変更する等、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて配慮している。皮膚状態改善の為に回数を増やしたり、足浴を行ったりと、柔軟な対応に心がけている。	週2～3回を目安としているが、個々の希望に応じて臨機応変に入浴できるよう配慮している。昨年度より午後入浴も開始し選べる時間帯の幅が広がっている。一般的な家庭浴槽に手すりやシャワーチェア等の福祉用具が整えられているが、利用者の身体状況に応じて介助方法を工夫しながら対応している。	
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	個別ケアを意識し、ご利用者一人ひとりの生活リズムや心身の状態を把握する事で、安心して眠って頂けるよう環境整備に努めている。		
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	重要な薬(心臓病・糖尿病・てんかん等)を内服されている方をピックアップし、効能・効果・副作用等を再確認した上で、確実に内服できたかの確認もその都度行っている。不明な事は主治医や薬剤師にも確認・相談している。		
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	個別記録や気づきノートを活用して、ご利用者の日々の様子や気づいた事等の情報を職員間で共有し、個別ケアの実践に繋げている。		
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、日常的に散歩や買い物に出かけられるよう努めている。また、年に2回程度は2～3名ずつのグループに分かれ、行き先も決めて頂きドライブへ出かけている。	日常の散歩時に隣家へ回覧板を届けたり、隣接する郵便局へ足を運んだり、週1～2回はスーパーへ行くなど、気軽に外出している。個別の希望に対応できない場合は家族に相談して協力を得ており、春と秋には利用者や職員で行きたいところを考え、イングリッシュガーデンや新幹線の見学などへ外出している。	
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	希望や能力に応じて現金を所持、管理して頂いている。お金を持つ事でご利用者が安心感や満足感を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	ご本人の要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事もある。		
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	季節の花々を飾って四季の移ろいを感じて頂いたり、廊下に椅子を配置して談話スペースとする等、居心地の良い生活空間となるよう工夫している。	共有空間には季節折々の装飾が施されているが、子どもっぽい雰囲気にならないよう、また、利用者が楽しめるように配慮されている。ホールの対面キッチンからは生活音が聞こえる和やかな空間であり、廊下には椅子を設置して利用者が思い思いに過ごせるよう工夫している。	
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	リビング・廊下・玄関前にソファや椅子等を設置し、一人で過ごしたり、気の合う方と一緒に談話できるスペースがある。また、ご利用者同士と自由にユニット・居室を行き来されている。		
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	ご自宅で使用されていた使い慣れた家具を引き続き使用して頂く事で、その人らしい居室になるよう、また、居心地良く過ごして頂けるよう工夫している。	居室には自宅で使い慣れた家具等を持参できることを本人や家族に伝えており、各々が居心地よく過ごせるように環境を整えている。備え付けの家具はなく、ベッドやタンスも持ち込みであるため、個性のある居室となっている。	
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	ご利用者一人ひとりのADL・IADLに合わせて、各居室内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極力なくし、必要箇所の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				