

(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	1590200299		
法人名	社会福祉法人 長岡三古老人福祉会		
事業所名	グループホーム新組 西館		
所在地	長岡市新組南町47番地		
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.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20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)】

当ホームは法人内に8事業所あるグループホームのなかで7か所目として平成21年8月に開設しました。当ホームは認知症対応型通所介護施設デイホームが併設されており、グループホーム共用デイの取り組みなどと合わせ地域の高齢者介護を支える一事業所としての役割を担っている。事業所としては小規模であるため、介護老人福祉施設中之島を管轄本体施設として、本体施設の施設長はじめ、総括主任や生活相談員、介護支援専門員などが昼食会を兼ねて足を運ぶ機会をつくり、ご利用者の様子やホームの雰囲気を感じ、職員の接遇態度やケア方法など、その都度意見をもらっている。研修体制は、毎月の本体施設での研修に参加するとともに、管轄内にあるグループホームと合同での勉強会も行っている。医療体制はデイホーム看護職員が兼務であり、ご利用者の体調不安や受診後のアドバイス、また感染症対策や医療的な知識などを、いつでも相談できる体制となっている。

昨年度行った、近隣保育園、幼稚園、小・中学校への挨拶回りによって、今年度も小学生の地域学習の受入れ、幼稚園児の歌と踊りの披露など受け入れをさせていただくことができ、少しずつ地域との交流や繋がりが定着してきていると感じている。今後も交流が継続し、事業所が地域の福祉の拠点となるよう取り組んでいきたいと考えている。職員の研修としてはより認知症介護に重点を置き、法人内グループホーム間での研修会や交換研修などを行いながら学びを深めている。

【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)】

周囲を田畑で囲まれた昔ながらの住宅地の一角に建っており、事業所からは遠い山々まで見渡せ、季節感と開放感に溢れた四季折々の景色を臨むことができる。

市内で複数の特別養護老人ホームや障害福祉事業所などを運営する社会福祉法人が運営しており、現在、開設7年が経過したところである。2ユニットのグループホームと認知症対応型通所介護の複合施設であり、開設時より本体の特別養護老人ホームと一体的に高齢者福祉の拠点として機能してきた。開設当初は、地域との連携に苦慮し、サービスの浸透も思うように進まなかった時期もあったが、職員全員が一体となり、地域への周知を推し進めたことにより、現在は、保育園、幼稚園、小中学校、町内会、民生・児童委員協議会、農協など多岐にわたるネットワークが構築されている。地域とのつながりを大切にしていこうとする理念の実現に向け、連携の活発化に取り組んでいる。

また、職員は利用者へ尊敬の念を忘れず、表情を穏やかに笑顔を絶やさずに自然に接することが、利用者が居心地よく楽しく過ごせるために重要であると意識し、家族と協力し合いながら一人ひとりの暮らしを支援していくことを実践している。

毎年実施するサービスの自己評価は、その意義を職員へ説明し、それぞれの職員が作成したものを管理者と計画作成担当者でまとめ上げている。外部評価についても、日頃のケアを見直し、外部からの客観的な視点を日常のケアにつなげる機会と捉え、前向きにサービスの質の向上に向けて検討していくこととしている。外部評価の結果は運営推進会議でも検討し、家族へ郵送するなど積極的に公表している。

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	ご利用者と一緒に作成したものをリビングに掲示いつでも目に入り振り返られるようにしている。また折に触れ言葉にし、理念に立ち返って意識して日頃のケアで実践できるよう繰り返し伝えている。	開設時に職員で話し合い理念を作った。理念は玄関、リビング、スタッフルームに掲示されており、利用者が装飾をした。地域や家族へは、事業所の広報誌「新組そよ風日誌」に理念を掲載し周知を図っている。職員は、朝夕の申し送りなどの際に理念を唱和し、理念に照らし合わせたケアが実践されていること話し合い確認している。	
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	地域のお祭り(神楽舞、子供神輿、賽の神など)への参加や、コミセンでの作品展に出品し見学に出かけるなど、地域の一員として活動参加するよう努めている。また、日頃のつきあいから季節の野菜をいただくなどの交流がある。	地域の行事での相互交流のほか、事業所にある畑を活用した野菜作り、ボランティアによるお茶飲み、外出時の手伝いなど地域住民との交流を図っている。保育園、幼稚園、小中学校へも挨拶に出向き継続的に意見交換を行い、運動会への参加、総合学習の受け入れなど行っており、幅広い世代との積極的な交流を推し進めている。	
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	広報誌の発行や、運営推進会議を通しての説明報告を行っている。また、地域からの依頼を受け、住民会合・サロンに参加し認知症ケアについてなど話をさせていただく機会がある。		
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	運営推進会議では委員の方々にご利用者の日頃の様子(活動状況、事故報告、ご家族からの依頼内容など)をお伝えしている。昼食会や避難訓練にも参加して頂き、その中から、気付く事など意見をいただいている。	利用者・家族の代表、地域の班長、コミュニティーセンター長、農協支店長、地域包括支援センター職員、市担当職員を委員とする運営推進会議を2か月に1回開催している。親しみやすい会議とするため「そよ風の会」と命名した。会議は併設するデイサービスと合同で開催し、事業所のリビングを使用し、実際の利用者の日常を見てもらい伝えながら、運営について意見交換を行う機会としている。防災について積極的な助言を受け、避難訓練に反映させている。	

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
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	運営推進会議に市の担当者より出席いただき活動報告など行っている。市主催の管理者研修には管理者が参加するなど積極的に取り組んでいる。また、介護相談員の方の受入れを行い、日頃の様子を見ていただいている。	地域包括支援センター職員や市担当職員が運営推進会議に参加しており、また市の介護相談員が利用者から直接意見聴取するなど、事業所や地域の実情、ケアサービスの取り組みについて共有し、理解を得ている。事業所の取り組みについて随時意見交換ができる関係が築かれており、運営推進会議で使用する資料に対するアドバイスなどももらっている。	
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	本体施設を中心に研修会があり、参加している。玄関の施錠はしていないが、安全面を考えチャイムを使用している。お一人で行き出される方にはチャイム音で確認し見守り、必要に応じて付添いながらの対応を行っている。	身体拘束をしないことを職員に周知し徹底している。徹底を図るため、本体施設と合同で行う研修に全職員が参加し、禁止となる具体的な行為などについて学び、理解を深めている。本体施設では月1回「身体拘束廃止委員会」を開催しており、事業所の職員も参加し、ケアの検証を行っている。事業所では、利用者に対する言葉遣いが行き過ぎないように内部研修を行い、ケアの振り返りを行っている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修会に参加し、虐待防止への理解を深め、ミーティングや申し送りでも不適切な対応が無いか、職員同士で話し合っている。	本体施設での研修に虐待防止研修を取り入れ、職員全員が虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。本体施設の施設長や相談員などが昼食時に訪問し、職員のケアについて意見交換する機会を設け、事業所内での行き過ぎたケアがないように注意し防止に努めている。	
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	法人内の研修会で学ぶ機会はあるが、活用の支援については管理者が主であるため、今後、職員も一緒に学ぶ機会を設けていきたい。		
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	契約時、解約時に書面にて提示し、ご家族、ご本人に十分に説明し、理解、納得を図っている。		

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	運営推進会議に家族から参加していただき、意見をお聞きしたり、市の介護相談員の方々から、利用者の意見、要望を伺う他、意見箱設置し、ご家族にはお声掛けしている。	入居の契約時には、苦情相談窓口や第三者委員について周知し、その活用を案内している。また、家族アンケートを年1回実施し、潜在的な意見や要望の収集に努めている。家族が面会に来た際には、利用者と共に事業所での暮らしについて意見を聴取している。家族から有事の際の安全な避難経路の確保について意見があり、それをもとに、リビングの掃き出し窓へのスロープの設置や車椅子の台数増を検討している。	
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	毎日2回の申し送りなどに職員の意見や提案を聞く機会を設け反映させている。また、提案や意見は管轄管理者へも報告している。管轄管理者は週1回昼食会で直接職員と話す機会を設けている。	朝夕の申し送りやミーティングなどを活用して職員の意見や提案を聴取し、随時検討している。決定したことは、業務日誌や連絡ノートを活用して職員に周知している。本体施設の施設長は年1回職員と面接しており、業務の振り返りと共に目標の到達度を確認しながら意見や提案の収集に努めている。	
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	適宜、現場の状況を確認し、職員や職場環境等の把握をし、環境や条件の整備に努めている。また、職員個々の状況に応じ、柔軟な勤務時間の対応をしている。		
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	本体施設での研修会の他、法人内外の研修会への参加の機会を設けている。また、資格取得への支援や自己学習への支援の機会の確保にも努めている。法人内グループホームでの合同勉強会を行い職員交流と学ぶ機会を設けている。		
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	法人内グループホームの職員で月1回の会議を設け情報交換を行っている。また、法人内グループホーム間での施設間研修や講義研修を行い、知識等を得ることでサービスの質の向上を目指している。		
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	入居前にご家族や各関係機関から情報もらい、ご本人、ご家族との面談を通して意向や生活状況を把握するように努めている。また、不安をなくすためにも、事前に見学していただくなどして、安心を確保するよう関係づくりに努めている。		

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
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	入居前に面談し、生活状況や要望、不安などをお聞きしている。また、施設の見学をしていただくことで状況や雰囲気などを感じていただいている。その他、関係機関などから情報をもらい参考にしている。		
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	各関係機関との情報交換や本人、家族との面談での状況を把握し、職員間や本体施設、法人内の関係機関と相談し、必要なサービスにつなげられるよう努めている。		
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	全てこちらで行うのではなく、出来ることは一緒にして頂けるような声掛けを工夫し、会話や同じ作業で時間を共有し関係を築くようにしている。生活の主体はご利用者であることを常に意識してケアにあたっている。		
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	定期受診付添への協力、行事への参加協力、誕生会へのお誘いなどを通じ、ご本人とご家族のつながりを大事にし、共に支えていく関係づくりに努めている。ご家族の意見や要望をお聞きし、支援していけるよう努めている。	家族へ事業所での暮らしぶりを伝えるため年4回「新組そよ風日誌」を送付している。その際、居室担当職員が作成した手紙を添え、利用者本人の最近の様子を家族に伝えている。家族から事業所に関わってもらえるよう、外出行事や事業所のイベントの機会に協力を仰ぎ、共に本人を支えあう関係づくりに取り組んでいる。	
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	ご家族や馴染みの方やご友人の面会の際には、ゆっくり寛いでいただける環境作りに努めている。また、ご家族への電話やおたよりの発送、希望時には自宅への外出など行っている。	家族や友人の面会の際は、居室でゆっくりと過ごせるように支援している。家族と協力し自宅への外出などにも取り組んでいる。自宅に柿の木のある利用者に対しては、職員と一緒に収穫に出かけるなど、一人ひとりが馴染みのある人や場所との関係を継続できるように支援している。	
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	なじみの方との関係の他、気の合わない方との関係にも配慮しながら支援している。また、孤立しなよう職員が間に入ったり、席を工夫するなどの対応をしている。		

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
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	サービス利用終了後も、管轄特養や病院へ面会に行き、関係の継続に努めている。		
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	日々の関わりやご利用者とのコミュニケーションの中から意向を確認している。また、はっきり意思表示されない方は日々の言動や、関わりの中から少しでも本人の思いに添えるように努め、業務日誌への記録により職員で共有している。	利用者との日常会話の中から暮らし方の希望や意向を聞き取り、把握している。「出かけるのが好き」「祖先の墓参りに行きたい」など具体的な利用者の言葉を記録して介護計画に盛り込み、実現に向けた支援に取り組んでいる。意向の確認が困難な場合でも家族に要望や希望を聞き取り、その人らしい生活を職員間で検討し、支援に取り組んでいる。	
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	入居に際し、ご家族からセンター方式一部の記入をいただき、これまでの生活や暮らし方などを把握している。また、面会時のご家族との会話から情報をお聞きし、ミーティングで申し送り、業務日誌に記入して職員間で共有している。	利用開始時に家族と職員が共同でセンター方式の「Cシート」を作成し、馴染みの暮らし方や生活環境などの情報を整理している。食事の好みや髪の長さなど個性ある暮らし方の把握に努め、業務日誌に記載し職員間で共有している。日常会話などで新たに把握した内容も業務日誌に記載してまとめ、情報共有している。	平成28年度からセンター方式を活用したアセスメントに取り組み始めたところであり、利用者の思いや望む暮らしの実現に向けて取り組んでいる。現在は導入段階であり、今後さらに、できること・できないことや生活リズムをより詳細に把握するための「Dシート」を追加することを検討しており、利用者の力をより引き出す支援を目指している。今後もアセスメントの運用が順調に進み、定着することで、これまでの暮らし方などの情報のさらなる把握と整理・更新がなされ、支援に反映されることを期待したい。
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	一人一人の生活リズムを大切にしながら、本人が出来ることが継続できるよう支援している。また、看護と連携し身体状態もチェックし現状の暮らしの把握に努めている。		
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	ケアプラン作成時には、ご本人、ご家族に生活の意向をお聞きしながら、居室担当を中心に課題とケアの在り方を話し合い、チームで介護計画に反映している。	担当者会議の1か月前に日程調整をし、作成段階から利用者・家族を交えて話し合い、介護計画を作成している。医師や看護師、理学療法士などからも意見を確認し、介護計画に盛り込むようになっている。3か月毎にモニタリングを行い、新しい意向が確認された時や現状にそぐわない時は介護計画を作り直している。	

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
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	日々の様子や気づきを記録し、その日のミーティングで情報を共有しながら、実践、介護計画に活かしている。		
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	買い物や外出、希望でのご自宅での庭仕事など、その都度、意向をお聞きしながら柔軟な支援が行えるよう取り組んでいる。		
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	ご本人の心身の力が発揮できるよう、日常の買い物や季節感が味わえるような外出など、豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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関係を築いているが、身体状態やご家族の地理的環境等がかかりつけ医が難しい場合は近隣医療機関や協力医療機関と連携し支援している。また受診時に、日々の様子を記載した書面を用意し主治医へお伝えしている。	受診の付き添いは基本的に家族へ支援をお願いしており、受診の際は、暮らしの様子や病状などを「状況報告書」へまとめ、家族を通じてかかりつけ医へ渡してもらっている。症状が不安定な時などは、併設のデイサービス看護師が医師と連絡を取り合うなどしている。利用者の症状や状態によっては、往診や認知症専門医の受診を相談し、利用者が適切な医療を受けられるように支援している。	
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	日々の様子で気付いたことがあれば、看護に報告している。また看護も必要であれば速やかにご家族に連絡し、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院時には病院関係者と情報交換などを行っている他、早期退院に向け、面会での状態確認をすることで利用者、家族の不安を軽減したり、病院関係者に相談しながら関係づくりに努めている。		

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
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	入居時に、重度化した場合などについてご家族と話し合い状態に応じて法人内の多様なサービスと連携し、相談させていただくことを基本としている。ご本人や家族と十分話し合い、本人を支えるチームとして共有できるよう努めている。	事業所では看取りを行わないことを基本とし、契約の際に利用者や家族へ重度化の指針を説明するとともに、希望により法人や本体施設がバックアップしていくことを伝えて理解を得ている。医療依存度が高くなったり、事業所での入浴が難しくなった場合などの重度化の際には、家族と相談の機会をもち、特別養護老人ホームなどへの住み替えを支援している。	
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	研修機会を設け学んではいるが、急変時の対応に不安を持つ職員は多く、看護師の協力を得ながら、起こりやすい急変等の具体的な対応方法についてマニュアル作成し、また実践研修を行っている。必要に応じて個人対応マニュアルを作成している。	法人や本体施設、事業所内などで毎年、救命救急講習や誤嚥・誤飲時の対応など急変・事故発生時の研修を行っている。利用者個々に主治医、既往歴、連絡先などをまとめた対応マニュアルを作成するとともに、救命や感染症など急変対応時に必要な道具をまとめて準備し、迅速な対応を取ることができるよう備えている。	
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	定期的に避難訓練を実施しており、消防署の立ち合いでの防災訓練も行っている。運営推進会議でも災害の対応について話し合い、避難訓練に合わせた運営推進会議を行って災害時の地域との協力体制に努めている。	併設するデイサービスと合同で年4回の避難訓練を行っている。そのうち年2回は消防署の立ち合いにより実施し、意見をj得ている。もともと水害の多い地域でもあることから、運営推進会議でも話題に挙げ、避難場所や避難経路の確認など有事の際の協力体制の構築を進めており、現在は避難訓練時の協力方法を話し合っている。本体施設とは協力体制が構築されている。	有事の協力体制について、地域や防災組織との連携を強固にするため、運営推進会議で話し合いを行っている。組織化を進め、地域の防災マニュアルや災害時組織図に事業所が明記される予定になっている。今後は事業所での避難訓練の際に実際に協力が得られるよう検討を進めていくことを期待したい。
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	その場の状況に応じ、プライバシーに配慮した声掛け、対応を行っている。また、施設統一の接遇の基本を振り返りながら、命令口調や指示口調ではなく、伺う口調で対応するように心がけている。言葉がけについては、その都度気になる点は注意喚起をしている。	本体施設での新人研修に接遇のプログラムが設定されており、全職員は法人の基本姿勢と共に習得している。接遇の基本マニュアルを事務室内に設置し、職員はいつでもマニュアルを確認することができ、接遇を振り返っている。利用者の居室に入室する際はノックをし間を空ける、排泄の話などのデリケートな話題は他者の前で控えるなど実際のケアで配慮し対応している。	
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	職員側の一方的な声かけではなく、ご利用者がどうしたいのかを確認しながら対応している。その際、簡単に返答できる声かけや、具体的な声かけ(二者択一)をすることで自己決定できるように働きかけている。		

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
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	買い物希望や外出希望など、その時の状況や気分、体調に応じ、できる限りご利用者の希望に添えるように、また、無理強いしないように気をつけている。		
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	ご本人のそれまでの好みやこだわりを大切にしながら、その人らしいおしゃれや身だしなみ、髪型などができるように支援している。		
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	食事の準備、後片付け、買い物などの他、畑で収穫した野菜と一緒に調理したり、季節の行事食をご利用者に教えていただきながら、共に楽しみながら行っている。また、食事日誌を記入し、ご利用者の意向把握や意見を聞き参考にしている。	法人のグループホーム間で献立を統一しているが、週のうち何回かは利用者と職員が食べたい物を相談し、トンカツや天ぷら蕎麦、お好み焼きなど希望の献立にしている。買い物、茶碗拭き、食材の下拵えなど利用者にも役割として参加してもらい、職員と一緒に食事作りを行っている。食事の際は利用者と職員と一緒にテーブルを囲み、談笑しながら食べており、家庭的で和やかな雰囲気がつくられている。	
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	食事量や水分量についてはご利用者お一人おひとりの状態や希望、医師の指示なども含め対応している。また、栄養バランスについては献立を管理栄養士に確認してもらい、一日トータルでのバランスにも気を付けている。		
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	毎食後、働きかけをしており、最後に職員が仕上げ磨きをしている。歯磨きの理解が難しく行えない方には食後のうがいを働きかけている。		
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	排泄表の記入により時間間隔を見ながら、できるだけトイレでの排泄が行えるよう支援している。夜間のトイレに心配のある方には一緒にパットを確認して安心して使用できるような支援を行っている。	トイレでの排泄を支援しており、排泄チェック表を活用して排泄間隔や習慣の把握と分析に取り組んでいる。おむつを使用している方も、尿取りパットへの変更を検討するなど、おむつを使わない支援の検討を行っている。また、食事前後や歯磨き前の誘導など一人ひとりに応じた時間やタイミングでトイレへ誘導するなど、自立へ向けたケアが提供されている。	

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	排泄表を記入し、ご利用者お一人おひとりの便秘の状況に気をつけ、必要時は乳製品等で対応しているが下剤に頼っている方もいられる。また、体調に考慮しながら運動の働きかけと水分摂取の働きかけを行っている。		
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	希望にそったなかで、入浴した際の湯温や時間は意に添うように対応している。入浴されるまで気持ちが乗らない方もいられるため、声掛けなども工夫しながら行っている。安全に配慮しながらご自分で出来ることは行っている。	利用者の生活リズムに配慮し、週2回、午後からの入浴を基本としているが、回数や時間の希望には対応できる範囲で対応している。足浴などの部分浴も希望により対応している。入浴の際は、入浴剤を使ったり演歌を流すなど、利用者がリラックスできるような環境・雰囲気づくりに取り組んでいる。	
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	ご利用者お一人おひとりの習慣やその時の状態、希望に応じ、休息する時間を設けている。また、日中の活動量増やすことで夜間の安眠に努めている。		
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	服薬時には薬表を確認しながら、分からない時は処方箋を確認したり、薬の変更時は職員間で情報を共有し理解に努めている。		
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	些細なことでもご本人のできることを見つけていただいたり、長年してきた仕事や趣味などの働きかけをすることで、楽しみや役割を持った生活をしていただけるよう、支援している。		
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	季節に応じた外出や希望のあった場所への外出を月1回程度計画し行っている。また、個人的な希望に応じての買い物や近隣への外出にはすぐに対応している。お墓参りやご自宅への外出などはご家族に希望を伝え、協力いただけるよう働きかけている。	地域の散策、買物、図書館など利用者が希望する場所への外出が、家族やボランティアの支援を得て計画的に行われている。日常的にも外気に触れる機会が提供されるように、戸外へ出かけることを積極的に支援している。畑仕事、野菜の収穫、花畑の見学など事業所周辺の自然を活用し、利用者が季節感を楽しめ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
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	お金の所持は個人での管理とさせていただいている。ご利用者の希望で所持されて買い物時ご自身で使用している方もいる。その際、職員は必要な支援を行っている。		
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	本人から希望があれば、電話ができるよう支援している。手紙なども必要な支援を行い、ポストへ投函できるよう一緒に行っている。		
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	リビングの窓一面からは山々や田んぼが見え自然を感じる事ができ、明るい光が差し込んでいる。ゆっくり寛げるようテレビの音や職員の声の大きさに注意し、案内掲示(トイレや時計など)や装飾はご利用者にお聞きしながら、一緒に行い工夫している。	共有スペースのリビングは一面窓に囲まれ、山々や田畑などの景色を眺めてくつろぐことができる。リビングには、カウンターキッチンが備え付けられ、水や食器などの生活音、食事の準備や洗濯干しなど家事を行う利用者と職員の声を聞き、家庭的な雰囲気を感じながら過ごすことができる。	
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	ご利用者がソファや居間など、ご自分の好きな場所でくつろげるように配慮している。また、なじみの方同士での食事席や、時に気分転換に隣のユニットに遊びに寄せてもらう等の工夫をしている。		
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	ご家族にも協力していただき、なじみの家具や使い慣れた物をもってきていただくよう説明している。また、ご本人が安全に(動きやすく)、安心して過ごせる居室づくりに努めている。	事業所で暮らすことに必要なもの、好きなものを自由に持ち込めることを利用者と家族へ説明している。居室にはベッドなどの家具、仏具、衣服などが持ちこまれ、一人ひとりの暮らし方に合わせた居心地のよい個人のスペースが作られている。居室のドアには内鍵があり、利用者自身が施錠をし居室を管理することもできる。	
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	トイレや浴室の場所、ペーパータオルの使い方など、目で見てすぐわかるように工夫している。また、ご本人の状態に合わせ、安全と自立を考えた中で、ご家族と相談しながら必要な福祉用具の検討を行っている。		

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				