

(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	1590200620		
法人名	社会福祉法人長岡三老人福祉会		
事業所名	グループホームわしま 海・里共通		
所在地	新潟県長岡市小島谷3399番地		
自己評価作成日	平成30年9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.kaignkensaku.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11月28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)】

<p>長岡市和島地域(旧和島村)は4,000人ほどの人口規模ながらJR越後線に2つの駅を持ち、国道沿いにある道の駅周辺には美術館や資料館、交流施設等が並び、歴史ある2つの酒造や見渡す限りの田園風景が緩やかな時の流れを感じさせてくれます。また、事業所は和島支所(旧役場)や公立体育館、郵便局、診療所、地域唯一の小学校が隣接する区画にあり、旧和島村の多世代交流による人材育成を目的とした「共育の里構想」が今に活かされ、それらを有効に活用できる素地に恵まれた立地にあります。</p> <p>利用者の暮らしへの支援や認知症ケアについては、当法人では9つ目のグループホームとなる運用経験と平素からの連携、長年積み重ねてきた実績を利用者と地域に還元していくことを基盤的指針としています。また、隣接する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、デイサービスセンターと連携して、地域の在宅介護を支えつつ、必要に応じて入所系サービスへスムーズに移行できる体制を法人全体で整えています。</p> <p>一昨年度見直した事業所の理念をもとに、今年度は、ご利用者の趣味や嗜好を把握した上で、一貫性のある継続した活動を行うことができるようなサークル活動に力を入れています。また、地域とのつながりを大切に、ご利用者が地域の一員として暮らせるような支援として、地域行事への参加や学校との交流を図り、職員は地域のボランティア活動に参加することで和島地域について理解を深め、地域の方から施設を知っていただける機会となるように取り組んでいます。</p>
--

【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)】

<p>市内で複数の介護保険施設などを運営する歴史ある社会福祉法人が、通所介護事業所を運営する地域のニーズに応え、地域密着型複合施設の中に平成27年に開設した事業所である。事業所は2ユニットで、地域密着型特別養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護事業所に併設している。事業所の周辺には、駅や小学校、社会福祉協議会、様々な公共施設が歩いていける距離に並び、地域住民から十分に周知されている場所に立地している。</p> <p>平成29年4月より、複合施設の理念として『ともに、生きていく』と掲げ、利用者と地域とともに生きていく事業所として、複合施設全体で地域との多世代交流を推し進めている。保育園との交流に始まり、特に「共育の道」を隔てて建つ小学校とは開設以来、密接な相互交流を行っており、小学校での児童との密な交流は中学校卒業まで継続し、施設機能が地域の福祉教育の中心を担うまでに発展している。公共施設で開催される地域のイベントに参加する際は、職員が運営スタッフとなるなど地域住民との顔の見える交流が活発化し、事業所の存在感は地域に根付いている。</p> <p>事業所は開設4年を迎え、今年度新たな気持ちで自己評価に取り組んだ。職員は自分たちのケアと向き合う好機と捉え、これまでの取り組みを客観的に評価した。自己評価の完成までの過程で、利用者が主役であるために丁寧に支援していくことを改めて確認し、自らが提供するケアで利用者と家族が「良かった」「楽しい」「幸せだ」と思える瞬間で事業所を溢れさせたいという思いを強くしたところである。</p>
--

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	職員全員で見直しを行った新しい理念に基づき、今年度の目標を立て実践してきた。リビングやスタッフルームに掲示し、共有を図っている。	一昨年、事業所の理念を新しく作りかえた。理念には、利用者と事業所が地域で共に生きていくためのよりよい暮らしを考え、その実現に取り組んでいこうとする強い思いが込められている。管理者は年2回の部署会議の際に職員と理念の実践状況について話し合って共有するとともに、実現に向けた具体的な行動について相談し実践につなげている。	
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	広報誌などで情報を発信し、事業所の掲示板でも活動の様子を紹介している。事業所の行事に参加していただいたり、地域の行事にも積極的に参加することで、地域との繋がる機会を設けている。職員はボランティアとして積極的に地域の行事に参加している。	日常的に地域へ積極的に出向いて交流の機会を増やし、地域の人達と馴染みの関係づくりを進めている。近隣の保育園や小学校、中学校、公共施設とは相互交流が盛んに行われており、つながりを深めている。地区のイベントでは職員が運営スタッフとして参加するなど、年々地域の理解者が増えて事業所の存在感も高まっている。	
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	オレンジカフェや小学校での訪問授業による認知症に関する啓発活動を行っている。また、「秋の敬老・感謝ふれあい演奏会」の開催を通じて、地域の方とも交流を重ねている。		
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	構成委員は利用者、家族、地域住民、行政、他法人からの委員で構成し、今年度は新たに関わりの深い機関から2名追加し、事業所からの報告は写真を交えて行い、意見交換にて得られた意見を各部署に伝達している。	今年度から新たなメンバーとして小学校校長、社会福祉協議会支所長が加わり、地域交流についての意見交換がより手厚くできるようになった。会議では事業所の事業報告や活動の様子などについて説明があり、運営について話し合いを行っている。避難訓練時に地域の協力が得られたり、有事の際の地域の協力体制が確保できたなど、意見をサービスの質の向上に活かしている。	運営推進会議には利用者が参加しているが、体力などの理由により冒頭のみ参加にとどまっている。利用者一人ひとりが主役になることを支援すると理念にも謳っていることから、利用者一人ひとりがその人らしい役割を持って参加できるよう運営推進会議の持ち方を検討してほしい。

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	運営推進会議の構成委員に加わっていただき、定期的に意見交換や助言を頂いている。事業所にて行政と社会福祉協議会の職員と共に研修会を行い、学習する機会を設けている。	事業所の隣に行政の支所があるため日頃から行政とは連絡を密にとっている。事業所と行政の連携を発展させ、認知症や高齢者が暮らしやすい疾患などをテーマに事業所と行政と社会福祉協議会の職員が意見交換会を行っており、関係機関同士の顔が見える関係づくりを進めてより暮らしやすい地域づくりに取り組んでいる。	
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	施設内研修に参加し、同事業所の職員が講師となり、「介護技術」「身体拘束」について習得している。また、「魔の3ロック」などわかりやすい標語で周知している。	「身体拘束廃止委員会」を設置し、毎月、実際のケアの中で身体拘束が行われていないことを確認している。年2回、禁止の対象となる具体的な行為など身体拘束に関する研修を実施して正しいケアについての理解を深めている。日常的にも利用者への丁寧な言葉かけを徹底するとともに、職員間での会話にも注意することに努めている。	
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	施設内研修の中で「職業倫理」「虐待」「不適切ケア」について習得している。今年度は2回、外部講師からの研修を行い、全職員で学ぶ機会を設けている。マニュアルはスタッフルームに保管し、いつでも確認できる状態になっている。	年2回、虐待防止に関する研修を実施している。研修では高齢者虐待防止関連法について理解を深めるとともに、不適切ケアが見過ごされることがないように提供するケアを振り返り、話し合っている。今年度はケアのグラウンドルールを取り決め、「ありがとう」と感謝の気持ちを伝えることに取り組んでいる。研修時には虐待チェックリストを活用し、その結果をもとに根拠を示しながら不適切ケアが提供されていないことを確認している。	
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	地域包括支援センターの社会福祉士らと協力して相談に応じることとしている。職員は、成年後見制度についての研修に参加し理解を深め、活用できるようしている。		
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	入居手続きの際は身元引受人となる家族と事業所内で面談して、重要事項や入居後の関わりについて説明を行っている。丁寧な説明を心掛け、不安なく納得して頂けるよう努めている。		

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
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	事業所にてサービス評価を実施し、利用者には聞き取りを行い家族にはアンケート用紙を送付し匿名で回収することになっている。今年度は、利用者と職員に対して同じ内容で行い、その結果は事業所内に掲示し、運営推進会議でも報告を行っている。	毎年、利用者と職員に同じテーマでアンケートを実施し、集計結果を各ユニットに掲示すると共に利用者、家族へ公表している。職員は年2回の部署会議を活用してアンケート結果について話し合い、重点項目を挙げて運営の改善に取り組んでいる。家族が面会に多く訪れる事もあり、家族に直接事業所について意見を聞き、改善可能なことは積極的に運営に反映させている。	
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	職員の意見は計画作成者を通して管理者へ報告し、意見や提案を反映できる体制が取れている。必要に応じてミーティングや部署会議を開き、利用者に関することや業務上の課題について検討している。	両ユニットのスタッフルームに連絡ノートを設置しており、職員が気付いたアイデアや意見を自由に書き込むことができるようにしている。職員のアイデアや意見は計画作成担当者が集約し、毎日のミーティングなどで実現に向けて話し合っている。利用者の暮らしに合わせて勤務形態を変更するなどの意見は積極的に運営に反映させている。	
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	年に一度、就労全般に関する意向を文書で示す機会があり、勤務の配属や資格取得の希望等、記載することができる。		
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	認知症介護実践リーダー(実践者)研修の受講を始め、グループホーム協会主催の研修や、定期的な施設内研修、部会での研修会に参加している。その他、資格取得に向けた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定例で開催している。現状報告や意見交換を行い、情報を共有している。グループホーム協会の全国大会に参加し、他事業所の取り組みや抱えている問題等、意見交換する機会が持てた。		
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	入居前の暮らしや利用者の状態などの情報を、家族や介護支援専門員などの関係者から提供してもらい、職員間で情報共有している。自宅に訪問し、入居後も同じような生活を継続できるよう、環境を確認したり、不安や疑問等を解消できるよう説明を行っている。		

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
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	入居申し込みの際、要望や不安なことをお聞きしている。事前に自宅に訪問したり、入居後も計画作成者や個別担当の職員を中心に、話しやすい関係づくりに努めている。個別担当の職員を決める際はご利用者との関係性を見ながら検討している。		
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	入居後は在宅時の介護支援専門員に相談したり、併設の小規模多機能型居宅介護や法人内の他の事業所に協力を求めることとしている。医療的なケアが必要な方に対しては、他のサービスについても検討してもらえるよう情報提供している。		
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	理念に基づき、利用者それぞれが「主役」になれる場面について検討し、実践に繋げている。利用者それぞれのやりがいや役割について、振り返りを行いながら実践している。		
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	利用者の暮らしを共に支えていく為に、ユニット内に写真を掲示したり、面会や行事への参加等の機会を活用して、家族に日々の生活の様子を伝えたり定期受診の付き添いへの協力も得ている。今年度は年6回広報誌を発行し、ご家族宛に個別担当より日頃の様子を記載してお送りしている。	家族へ広報誌を送付する際は活動時の写真や担当職員の手書きのコメントを添えて事業所での暮らしぶりを伝えている。面会時には飲み物を用意して利用者と一緒にゆっくり過ごせるように配慮している。季節ごとの衣類の入れ替えや年末の大掃除、デイキャンプなど家族に関わってもらう仕組みを工夫し、共に支えあう関係を築いている。	
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	自宅への外出・外泊については、家族の協力を得て実施している。地域への関わりにおいては、これまで楽しんでた行事等へ参加したり、行きつけの理美容店に通うなど地域との関係継続に努めている。	利用者や家族との会話の中で、馴染みの人や場所の情報を集め、人や場所とのつながりが途切れないように支援に努めている。祭りに参加した際は、昔の知人に声をかけられることもあり、大切にしてきた人や場所、行事との関係をつなげ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	リビングでは気の合う方同士でくつろげるよう、座席については利用者同士の関係に配慮し、予め職員が間に入って大きなトラブルにならないようにさりげなく介入している。		

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	長期療養のために退居した場合には他の機会と併せて面会したり、併設の特養に入所した場合も面会に行くことで関係を途切れさせないように努めている。いずれ併設事業所へ入所することとなる場合は、担当者と協力して家族と連絡を取り合うこととしている。		
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	センター方式を活用し利用者それぞれの趣味、嗜好を把握した上で、いくつかのサークル活動を立ち上げ、継続した活動に取り組んでいる。作品は家族や地域の方に見て頂く機会を設け、やりがいや次の作品作りに向けた意欲に繋がっている。	暮らし方の希望や趣味、関心事は毎日の気付きとして連絡ノートで共有を図り、センター方式のアセスメントシートに整理している。その情報を基に本人本位に活動できることを検討し、実現に向けて支援をしている。いくつかのサークル活動を行い、利用者が希望する活動へ自由に参加できるようにしている。継続してサークル活動に参加することで新たに見えてきた希望や意向をまとめ、更に意欲的に取り組めるように活動内容を発展させている。	
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	入居の際は、利用者や家族からの聞き取りの他、自宅での生活の様子を確認することで情報を得ている。在宅時の介護支援専門員から生活機能や認知症の症状、ケアプラン等の情報を得ている。また、入居後も時々自宅へ行くことで、季節に合わせた衣類や必要な物を持って来て頂き、馴染みの暮らしが継続できるよう支援している。	これまでの暮らし方が現在と今後をつなげるものと位置づけ、料理や裁縫、畑仕事など自宅での役割が事業所でも継続できるように支援している。日常会話の中で把握した暮らし方は、センター方式のアセスメントシートに書き足していき、毎月の事例検討会で生活に活かせるように話し合われている。	
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	日々の生活の中で、掃除や洗濯物干し、食事の支度等、有する能力に合わせて役割を持って頂き、継続していけるよう働きかけている。その中での小さな変化に気付けるよう、職員間での情報共有に努めている。		
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	計画作成者が個別担当職員と共に利用者、家族の意向を伺い、必要に応じて主治医や施設の看護職員からも助言をもらい、話し合いながらケアプランを作成している。モニタリング会議は全職員で評価し、検討を行っている。	介護計画作成時には利用者と家族の意向を確認し、担当者会議を経て介護計画を完成させている。介護計画の内容には利用者や家族の役割を盛り込んでいる。3ヶ月ごとにモニタリングを行って実施状況を把握しており、状況変化やケア目標の変更が必要な際は、速やかに現状に即した介護計画に作り替えている。	

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	日々の様子については申送用のノートに記載して、その日のミーティングにも活かせるように努めている。		
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	買物や外出、畑活動等、他部署と連携した活動への参加、利用者や家族の状況に応じて、受診の送迎、付き添い等臨機応変に行っている。		
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	スーパーや直売所へ買い物に出かけたり、馴染みの場所や季節感の感じられるところへ外出することが、暮らしの中の楽しみとなっている。地元の理容組合から出張理容に来てもらっており、理髪してもらう利用者も多い。		
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し、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	入居してもかかりつけ医の変更の必要はなく、必要な医療は家族の協力を得て継続している。受診する際には、主治医宛での連絡票を作成し、必要に応じて電話での状態報告や職員の付き添いを行っている。急を要する場合は職員が付き添うこともある。	これまでのかかりつけ医を家族の協力により受診することを基本としており、受診の際は近況を連絡票にまとめ、診療してもらいたいポイントが円滑に伝わるように支援している。家族から要請があった時や症状が安定していない時など、必要時に職員が受診に同行することもある。また、症状によっては、専門医の受診を助言し支援するなど、利用者が事業所で安心して過ごせるように取り組んでいる。	
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	日々の様子で変わったことがあれば、看護師に報告し、助言をもらっている。必要であれば、看護師から医療機関へ状態報告し、受診等の指示を受けることもある。		
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。	入院時には医療機関に情報提供すると共に、担当ケースワーカーに連絡し、入院期間中は密に連絡を取り合い、定期的に面会に行くことで直近の情報収集に努めている。利用者、家族が安心して治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
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、重度化していく過程やその場合の事業所の対応について説明している。特に併設事業所に入所することのメリットや、その際の手続きについても補足している。協力医療機関や法人内の各種事業所とは定期的に情報交換の機会を設けている。	重度化や終末期のケアについて、柔軟な支援を行う考えや方針を、契約時に利用者と家族へ説明している。面会や介護計画の見直し時などを活用して利用者の状態を家族と共有し、利用者の状態により相応しい暮らし場所を相談している。事業所の生活で浴槽の出入りが難しくなったり、車椅子の使用が多くなった場合は、併設する特別養護老人ホームの生活相談員が同席して施設の説明を行うなど、暮らし方の選択ができるように支援している。	
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	「AEDの取扱い方法」や「感染症対策」について職員研修を実施し、その実践に心配や不安のある職員は、看護師に随時相談でき、助言をもらえる体制となっている。緊急時の対応マニュアルについても、定期的に全員で確認の機会を設けている。低血糖症状や薬についての知識等、利用者の状態に合わせて職員間で確認している。	急変や事故発生時の対応マニュアルをスタッフルームに設置し、マニュアルを活用した研修を年2回行っている。特別養護老人ホームの看護師を講師として、転倒、骨折、低血糖などの対応について確認している。法人内の他の事業所と事例の共有を図っており、事故などの発生時にはカンファレンスで職員に周知し、対応を検討している。	事業所での急変や事故発生事例が少ないことから、他事業所の事例を用いてカンファレンスを行っている。事例が少ないからこそ、転倒、誤嚥時などの際の対応の流れを確認する機会を持ったり、より実践的なマニュアルに見直すなど、発生時に備えて全職員に周知されるよう、さらな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	併設事業所を含め、事業所全体の避難訓練を実施している。地域の方や運営推進委員、消防署員の協力を得て実施し、訓練後のアドバイスもいただいた。車椅子の階段昇降訓練や防災設備の取扱習得などの訓練も定期的に行っている。	避難訓練の際は、運営推進会議や回覧板を活用して地域住民に周知し、地域の協力を得ながら取り組んでいる。地域住民へは事業所の防災設備や避難訓練の見学を実施し、有事の際は利用者の見守りを担当してもらうこととしている。消防署の立ち合いも受け、通報から到着までの具体的な行動についても打ち合わせている。今後は、地域の福祉避難所として機能していくことも計画されている。	
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	毎年実施している施設研修の際に、「プライバシー保護」「職業倫理」などについて習得している。また、「さしすせそ」等分かりやすい標語を掲示し、言葉かけには誇りやプライバシーを損ねないよう、その都度注意している。	施設長が毎年研修で、職員が守るべきもの、守らなければならないもの、そのための職員の役割を説明している。職員は、利用者が集団生活の中で自分らしい暮らし方を確保していくため、生活スタイルの尊重と個人情報保護の徹底に取り組んでいる。日常的には入浴や排泄時に羞恥心に配慮し、丁寧なケアと言葉かけに努めている。	

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
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	さまざまな場面で自己決定ができるようにその都度確認していくが、傾聴する姿勢を心掛けるとともに、説明する場面ではわかりやすく伝わるよう配慮している。		
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	起床や就寝、入浴時間は入居前の暮らしにできるだけ合わせられるよう配慮している。また、利用者ごとの生活スタイルを尊重し、一つひとつの希望に添えるよう努めている。		
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	利用者に好みをお聞きし、希望に添えるよう支援している。理美容も馴染みの店でカットしてもらったり、昔から好んで着ていた服をご家族に用意してもらうなどしている。		
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	食事の準備や後片付けの際、嗜好や家庭の味、食べたい物など会話の中で随時確認している。季節に合わせた献立や、誕生日や祝い事のある日には、利用者の希望に合わせた特別な献立も用意している。	準備や後片付けは利用者の役割に合わせて職員も一緒に行っている。食材は事業所の畑で収穫したり、家族が差し入れた旬の野菜をふんだんに使っており、煮物、天ぷら、寿司など季節に合わせた食事が提供され、また、利用者の暮らした家庭の味を活かした馴染みの食事を提供している。食事の際は、利用者と職員と一緒にテーブルを囲み、和やかな雰囲気の中で食事を楽しんでいる。	
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	管理栄養士のアドバイスを得て作成した献立で食事を調理している。月1回体重測定を行い、体重の増減に合わせた食事量の検討など看護師、管理栄養士にも相談し決めている。栄養補助食品や食べやすい食事形態の工夫を行っている。		
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	毎食後歯磨きやうがいを働きかけ、口腔内の状態や本人の能力に合わせ必要な所は介助している。利用者の中には夜間に義歯を預かり洗浄している方もいる。状態によっては歯科受診や往診に繋げている。		

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
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	トイレで排泄できるよう、利用者ごとの排泄パターンを記録し、得られた傾向に合わせた声かけや誘導を行っている。また、自分でできることは行えるように物品の配置を検討したり、トイレの場所が分かるよう表示を大きくしている。	排泄の自立に向けた支援を行うため、一人ひとりの排泄のパターンを分析し、その人の習慣や傾向を活かした支援に取り組んでいる。また、トイレ誘導を行う際は、タイミングを計り、自然な形でトイレに行けるよう取り組んでいる。	
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	こまめな水分補給を促すとともに牛乳等乳製品を1日1回以上提供している。食事は野菜を多く取り入れ食物繊維を摂取できるようにし、施設内の散歩など運動の機会も働きかけている。		
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	曜日や時間を固定せず、利用者の入浴間隔や気分、体調に配慮して入浴して頂いている。入浴する気分になれない時は、時間を置いたり、日を延期するなどして対応している。入浴したことを忘れてしまう方に対して、本人のカレンダーに印を付けたり、希望に合わせて入浴できるよう支援している。	曜日や時間を決めずに利用者の気持ちに沿った柔軟な対応を行っており、希望者には連日の入浴を提供している。気分が向かない利用者にも週2回の入浴を楽しんでもらえるように、かわり湯や香り湯など入浴気分を高めるような工夫をしている。また、入浴時には好きな音楽やラジオを聞きながらゆっくり心地よく入浴できるように支援している。	
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	照明や採光を調節し、昼、夜の感覚を大切にしている。また、入居前のその方の1日過ごし方やリズムに合わせていけるよう支援している。		
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	処方薬は処方箋と併せてお預かりし、指示通りに服薬できるよう毎日配薬ケースで保管している。飲み忘れのないよう2人の職員で確認し、確実な服薬に努めている。処方後の症状などについては、必用に応じてかかりつけ医に報告、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	利用者ごとに把握している趣味や嗜好を、毎日の生活の中に活かし、畑や料理、裁縫など役割を持ってできるよう支援している。利用者自身が自分の役割として習慣となっているものもあり、負担にならない範囲でお願いしている。		

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
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	その日の天候や利用者の気分に合わせて、散歩や外出、買い物に出かけている。併設事業所と一緒に出掛けたり、昔からの友人の所へ会いに行くなど、希望に合わせて支援している。家族の協力を得て、自宅へ外出、外泊することもある。外食や市外への外出の機会も設けている。	併設事業所の利用者と一緒に自動車を使用して菊祭りやサーカスを見に遠出をしたり、小人数で利用者の生まれ育ったなじみの土地へ出かけている。日常的には食堂のバルコニーへ出て気分転換を楽しむ、事業所周辺に散歩に出かけて道端に咲く花を楽しむ、支所の様子を見に寄る、小学校のうさぎ小屋に出かけるなど、近隣で四季にふれながら外出を楽しむ支援が行われている。	
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	事業所では金銭を預からないものの、買い物を楽しんだり財布を持っている安心感に繋がる利用者については、家族と協議した上で出納帳を使って管理し、必用に応じて使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	事業所の電話を使い、利用者から家族に掛けたり、掛ってきた電話を取り次いでいる。年賀状等が届く方もいる。		
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	植物やメダカの成長を楽しんだり、季節に合わせた装飾品と一緒に製作し飾ったり、日頃の思い出を回想できる写真を掲示することで、ゆっくり穏やかに過ごせるような環境づくりを心掛けている。定期的に換気を行い、新鮮な空気を取り込むようにしている。	利用者だけでなく家族や職員も居心地よく過ごしやすい共用空間にするため、株から芽を出しきれいな花が咲くなど季節の経過が楽しめる装飾の工夫に取り組んでいる。また、利用者同士の関係を和ませるため、他者の目線を気にせず話し合える距離感に席の配置を変更するなど、一人ひとりが心身ともにゆったりできる環境づくりをしている。	
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	テレビを見てくつろぐ場所や洗濯物を畳んだり干したりする場所、食事をする場所等、利用者が落ち着いて過ごせるようテーブルやソファの配置にも配慮している。併設事業所への行き来も自由にでき、そこで一緒に過ごすこともできるように職員間で連携を図っている。		

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
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	自宅で使っていたものや、好みのものを持ち込んでもらい、利用者独自の生活環境になるよう、家族に協力をお願いしている。家具やアルバムなど持ち込んでいただくことで、本人が落ち着けるスペースとなるよう配慮している。施設で撮影した写真や家族が持って来られた写真を居室に飾ることで思い出を回想できるよう工夫している。	居室を利用者が自分を大事にできる場所と位置づけ、それぞれが思い思いの時間を過ごしたり、家族や知人とゆっくり過ごせる場としても活用している。そのため、利用者の好みのものを飾ったり、使い慣れたものを持ち込むなど、利用者一人ひとりの暮らしやすさを検討し、落ち着いて過ごせる環境作りを支援している。	
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	居室の表札に名前を入れ、ご自分で作られた装飾品を飾ることや、持ち込んだのれんを掛けることで、自分だけの居場所がわかるように工夫し、自立支援している。トイレの表示を大きくしたり、浴室に大きなのれんを掛けて分かりやすくしている。		

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				