

(様式2)

令和 4 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(2ユニット共通)		
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	令和4年8月20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 外部評価機関「あいエイド新潟」		
所在地	新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	令和4年11月8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)】

「サポートセンター上除」内にあるグループホームで、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。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。近隣に、スーパー・商店街・学校があり、生活の利便性が良い環境にある。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」を開催してきた経緯があり、平成27年度からは長岡市より委託を受け、月に1回「まちなねオレンジカフェ(認知症カフェ)」と装いも新たに活動を拡げ、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。

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、個別ケアを意識し自立支援を実践している。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行っている。

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依頼。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)】

事業所は地域との関わりに力を入れている。事業所内に交流スペースがあり、学校が終わった児童に開放してそこで宿題などをした後で、利用者と顔を合わせる機会がつけられている。また、「オレンジカフェ(認知症カフェ)」や地域の集まりの場所として地域の方に足を運んでもらったり、さらに、食事の買い出しや事業所や地域双方の行事での交流、様々なボランティア活動の受け入れ、職員から学校に出向いての福祉体験学習の開催など地域との交流を積極的に行っている。コロナ禍で現在は中断していることもあるが、できうる限りの交流を行っている。利用者も地域出身の方が多く、地域とのつながりは強い。

また、個別ケアにも重点的に取り組んでいる。個別担当職員が中心となって利用者から日常生活での意向を聞き出し、利用者がやりたいこと、今までやってきたことが行えるようにきめ細やかな介護計画を作成し、支援を行っている。支援内容は日々確認しており、利用者の意向や状態に変化があった場合は迅速にミーティングを開催し、ケア内容の変更を柔軟に行っている。食事時間は利用者のペースに合わせて強要はせず、外出も本人の意向をもとに個別で行われている。看取りケアにも取り組んでおり、家族や医師、看護師など多職種と連携し、利用者一人ひとりがその人らしい暮らしが継続できるよう支援が行われている。

開設時に作られた理念を大切にして、グループホームが目指していることを職員全員が理解し、地域や家族の協力を得ながら、チームが一丸となって質の高いケアに取り組んでいる事業所である。

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)	○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」を念頭に置き、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。	開設時に作り上げた理念の考え方を大切にして、現在でも受け継いでいる。理念は利用者の手による書を誰でも見えるように掲示している。理念をもとに年度の事業所目標を作って運営を行っている。職員一人ひとりに理念は浸透しており、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	町内のクリーン作戦・町内会議など地域の行事に参加。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、近隣を散歩。日常的に地域のボランティアを受け入れ双方向の交流を大切にしている。 ※ボランティアの受け入れは現在コロナ禍のため中止。	地域とのつながりを重視しており、広報誌をこまめに発送するほか、町内会議やクリーン作戦に職員が参加したり、文化祭に作品展示を行っている。また、近くの公民館で「オレンジカフェ(認知症カフェ)」を開催したり、学校の介護福祉体験に職員が講師として参加するなど、コロナ禍ではあるが可能な限り地域とのつきあいを継続している。地域の方から、要介護状態になったらこのホームでお世話になりたいとの声を多くもらっている。	
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	長岡市から委託を受け、月に1回「まちのねオレンジカフェ」を開催。地域の方から多数の参加を頂いている。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	運営推進会議では、研修内容・事故報告(ヒヤリ・ハット含む)・行事内容等すべての事項を報告。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。	コロナ禍の状況に合わせ、対面や書面で開催している。事業所の取り組みは些細なことも含めすべて報告し、スライドを使って説明するなど工夫がされており、開催方法に関わらず多くの意見が出されている。発生した事故に対するケアのアドバイスや、防災で新たに準備した方が良い物など、多くの意見をサービス向上に活かしている。	
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。	市の担当者や地域包括支援センター職員が運営推進会議のメンバーとなっており、意見交換を行っている。市とは、コロナ禍での対応や制度の疑問点などの確認、生活保護利用者の状況報告などを行っている。地域包括支援センターとは、虐待事例の相談、地域への派遣事業に共同で参加するなど連携している。	

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
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	身体拘束防止に関する学習会(2回/年)を行い、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・意識づけを図っている。3ヶ月に1回、身体拘束検討会を合わせて実施している。事業所玄関の施錠は、防犯目的で夜間のみとしている。	開設以来、身体拘束は行わないことを家族に説明し実践している。やむを得ず介護用センサーを使う場合も、定期的にセンサーを外して介護ができるかを検討している。身体拘束防止の学習会の開催については職員が講師となり、自身でテーマや講義の進め方を考えて行っている。	
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。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。	虐待防止委員会やミーティングで虐待が行われていないか振り返っており、特に利用者への声掛けが適切にされているかを話し合っている。不適切なケアがみられたときは管理者が職員と個別に話し合っている。また、法人でストレスチェックを行った後、定時に職員が帰れるように職員同士で声かけを行うなど職員がストレスをため込まないための配慮がされている。	
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	現在、北棟で制度を活用している方の実例を通じ、諸制度の理解も含め、得られた情報等を職員間に伝達し、共有に努めている。 (現在、南棟では実際に日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用されている方は無し)		
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実施。		
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・要望を出しやすいう、コミュニケーションや雰囲気作りを大切にしている。玄関に「ご意見箱」を設置。「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。	担当職員がこまめに家族に状態を報告するなど連携を図り、意見や要望を出してもらえ関係づくりに努めている。意見箱の設置やアンケートも実施している。アンケート内容は基本的に変えず、前回からの比較も検討材料としている。出された意見はミーティングや運営推進会議で検討し、実施している。コロナ禍での面会の希望、利用者の自立支援など意見を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	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。	毎月のミーティングや毎日の昼礼で職員の意見や要望が出されている。昼食の時間の変更、記録の記載方法の変更、外注の検品方法や利用者のケアの方法など多くの意見が出されている。出された意見は前向きに検討して実施し、その後の取り組みは必ず評価して検証している。職員が意見表出がしやすい環境がつけられている。	

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
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連携の勉強会、園内の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。		
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	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。		

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。	受診の付き添い、日用品の買い物、部屋の整理などを家族の役割としてお願いしている。コロナ禍以前は、面会や外出などいつでも可能とし、利用者と一緒にゆっくり過ごしてもらっていた。現在は時間を決めて面会が行われている。担当職員から家族に小まめに連絡をしたり、3か月ごとに本人の写真をつけた近況報告を送るなど家族と関係が継続できるよう支援している。	
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	お知り合いの方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。	コロナ禍前は、家族以外の知人や友人の面会があったり、行きつけの理容室に行ったり、外泊・外出に出かけていた。現在は感染症対策を行いながら、個別に外出や墓参りの支援をしたり、近所の理美容店から事業所に来てもらっている。また、事業所のある地域出身の利用者も多く、可能な限りなじみの関係を継続できる支援を行っている。	
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。		
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。	利用者本人の性格や職員との関係性等をふまえて管理者が検討し、利用者一人ひとりの個別の担当職員を決めており、担当職員を中心に利用者の思いを聞き取っている。他の職員が聞き取った意向などは連絡ノートに記載し、職員全体で意向を共有している。様々な意見を職員で検討して、介護計画に反映させている。「おいしい物が食べたい」「トイレの介助に配慮して欲しい」などの意向が日常生活に反映されている。	

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
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。個々の台帳に生活歴を纏め記載。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。	入居前には管理者と職員とで必ず自宅を訪問して、自宅の状況を確認し、これまでの暮らしについて聞き取っている。その際、他の職員もイメージしやすいように写真を撮らせてもらっている。入居直後の初期支援を重視し、家族には「センター方式」のアセスメントシートの記載をお願いして生活歴や趣味などの把握に努めている。それらの情報をもとに入居後も、料理や草取り、掃除、整髪など今まで自宅で行ってきたことが続けられるよう支援している。	
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、必要に応じアセスメントシートを活用し、職員間で情報共有を行い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、ケアマネジメントの標準的な流れに沿い、プラン作成を行っている。現状に即したケアやより良いケアにつながるよう、必要に応じ、訪問看護師等の他職種にも相談・意見を求め、プラン作成の参考にしている。	「ケアマネジメント標準フローチャート」を基に、担当職員が中心となってアセスメントを行っている。計画作成者と協議を得て介護計画の原案を作成し、ミーティングで検討したうえで本人・家族から同意を得ている。本人の意向に基づき、その人に合わせた具体的な計画となっている。利用者の状態によっては看護師、リハビリ職員など多職種から意見も反映させている。支援内容が適切に実施されているかを毎日確認し、モニタリングは3か月ごとに担当職員が行っている。	
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も参照・活用している。		
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	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。		

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	入居前からのかかりつけ医から継続した診療を継続。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。	入居前からのかかりつけ医を継続して、通院は家族にお願いしている。本人や家族の状況により通院が難しくなった場合は、往診をしている医院への変更を相談している。その際、複数の医院の中から選択してもらっている。「訪問診療情報連携シート」など活用してかかりつけ医に情報提供を行い、適切に医療を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	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、多職種連携の勉強会に参加し、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。		
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等も交え、多職種で支援するよう努めている。	「一度受けたら最後まで見ていく」という方針で、入居時に重度化の指針を説明し、本人・家族の意向などの確認を行い、看取り支援を行っている。コロナ禍においても、終末期は家族が付き添える体制が取られている。かかりつけ医や訪問看護等との連携方法、状態に合わせての支援方法を決めて、職員の不安の軽減を図りながら看取り支援を行っている。看護師による看取りの研修や振り返りを行い、職員のスキルアップにも努めている。	
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	看護師より健康管理の研修をグループホーム間全体で実施。また、緊急時にスムーズに対応できるよう、「緊急連絡先ファイル」や「緊急時フローチャート」を整備（改訂）している。	近くに消防署があり、消防署のアドバイスに基づいて、応急手当をする前に救急車を要請している。救急隊が必要とする情報をもとに緊急連絡ファイルが常に整備されている。また、看護師を講師として急変時の対応についての研修を行ったり、フローチャートの確認を行い、事故発生時に備えている。	

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
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(BCP)や災害マニュアルを整備(改訂)するとともに、年間計画に基づき各種訓練を行っている。年2回の避難訓練のうち1回は消防署員と地域の方から立ち会いのもとで行い、意見や改善点を確認。 各種災害に伴う訓練や研修を実施。	地震、火災、雪害、水害など事象に合わせたマニュアルが整備されている。消防署のアドバイスに基づいて夜間を想定した避難訓練を実施している。利用者の避難を終えた部屋の表札を裏返しにするなど、迅速に適切な避難が行えるよう工夫している。地域の方には、災害時の避難場所での利用者の見守りをお願いしている。運営推進会議でも避難訓練について報告しアドバイスをもらい、災害への備えを強化している。	
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。声掛けの際には音量や抑揚、表情や態度にも注意している。プライバシー保護研修等棟を毎年行い、常に意識・注意するように心掛けている。	利用者には敬う気持ちを持ちながら、親しみやすく利用者が理解しやすいように話している。不適切な声かけになっていないか等の確認は定期的に行われている。名前の呼び方は利用者本人と家族に確認をとっている。プライバシー保護の研修も行われおり、記録物は利用者の見えないところで保管されている。	
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複数の選択肢を提示する等の工夫を行っている。		
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を実践している。		
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	意向を確認し、日常の衣類準備や衣替えの支援(衣類の汚れや乱れ等の最低限のことにも配慮)を行っている。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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。時には意向に合わせて、献立を変更するなど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。	管理栄養士がメニューを作成しているが、利用者の希望に合わせて臨機応変に変更することもある。利用者は、下ごしらえや調理、後片付けなど一人ひとりができることに取り組んでいる。夏祭りに屋台で調理をしたり、サンマを焼いて食べたり、個別にソバの出前をとって職員と一緒に食べるなど、食事を楽しむことができる支援を行っている。	

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
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	管理栄養士が作成した献立表をもとに食事を作成し提供。ご利用者の状態に合わせ食事・水分の形態を調整。使い慣れた食器の使用。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	口腔状態や能力に応じ、声掛け・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。必要に応じ、訪問歯科診療を活用し、歯科・口腔の専門職から指導や助言を得ている。		
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、ご利用者個々の排泄パターンを把握。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が低下してきた方でも、可能な限りトイレでの排泄援助を実践している。	トイレでの排泄を基本としている。夜間はおむつで排泄する方にも、日中は職員2人介助でトイレで排泄できるよう支援している。利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間に応じて誘導を行い、また、一人ひとりに合わせた排泄用品の使用を検討している。排泄の自立支援に取り組んでおり、入居してからおむつを使用しなくなった方もいる。	
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	秘傾向の方には、主治医や訪問看護師等と連携を取り、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。また入浴剤を活用したり、「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。	週2回入浴を基本としているが、利用者の気持ちやペースに合わせて入浴日や時間帯を決めている。着替えの確認から洗身の介助等、一連の動作を同じ職員がマンツーマンで支援し、安心して入浴ができるようにしている。希望に合わせて同性介助や、必要に応じて職員が2人で介助を行っている。本人の希望により入浴剤を使用したり、季節に合わせた変わり湯を行い、入浴を楽しんでもらっている。	
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。落ち着いて休めるよう、居室環境の整備も心掛けている。		

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
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「おくりカード」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で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。ケアプランにも位置付け役割が継続出来るように支援している。		
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	天候や体調に合わせ、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。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、ご家族にも外出の協力を依頼している。	年間計画に基づいてドライブに出かけたり、利用者の意向をもとに個別での外出が行われている。感染症対策を行ったうえで、家族に代わって職員が、自宅への外出やお墓参り等を支援している。また、天気のいいときは事業所の周りを散歩している。多くの利用者は外出を楽しんでいるが、希望しない方には無理強いせず一人ひとりにあわせて支援している。	
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。		
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	希望に応じ、ご家族や大切な方に電話をしたり、掛かってきた電話の取り次ぎを行っている。また、手紙のやり取りができるよう支援する。		
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	季節の花や小物を飾り四季を感じて頂いたり、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。	共用空間は、生活の場であるということを第一に考え、幼稚にならないように、居心地の良い雰囲気作りに努めている。リビングには生花が飾られ季節感を感じることができる。リビング以外の随所に椅子が置かれており、利用者がユニット間を行き来して会話を楽しんだり、廊下で日光浴を楽しみながら近所の方と挨拶したりしている。手すりにはテープを貼って視力に障害がある方が位置を確認しやすいようにするなど、安全に過ごせるよう配慮がなされている。	

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
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をを活かして、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。	エアコン、クローゼット、ベッドを事業所で用意しているが、それ以外は、自宅で使い慣れた家具や思い出の写真などを持ってきてもらっている。面会時に家族がゆっくり過ごせるよう部屋にソファをおくなど、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮されている。利用者自身で可能な方には居室の掃除をしてもらっている。	
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				