

(様式2)

令和 2 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	1590101687		
法人名	社会福祉法人 遊生会		
事業所名	まいらいふ巻 (いなほユニット)		
所在地	新潟県新潟市西蒲区葉萱場56-1		
自己評価作成日	令和2年11月12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	令和2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)】

<p>(いなほユニット)</p> <p>・馴染みの暮らしをしていただくために、「生活歴」に着目したかわりを重視し、自立支援につなげている。 ・センター方式を取り入れ、お一人お一人の思いや願いをお聞きしながらサービス計画に反映させ、実施している。 ・法人の理念である「ご利用者様のお気持ちを最優先に」に基づき、職員が寄り添い傾聴し、コミュニケーションをとっている。</p> <p>・季節の行事を取り入れ、季節を感じていただけるように節目節目にイベントを計画し、楽しんでいただいている。一つの作品を作るときも、利用者同士が協力し合い、出来上がったときの達成感を通じてお互いの仲を深めている。 ・掃除や洗濯、食事の準備など、各人に家事の役割があり、やりがいを感じていただきながら活動的に過ごされている。</p> <p>・「認知症の人」ではなく、一人の人として尊重し、できる能力を發揮していただき、自立した日常生活が継続できるよう、月1回のユニットミーティングで話し合いの機会を持ち、チームアプローチしている。</p> <p>・「音楽レク」や「調理レク」など、利用者が楽しめるように室内での活動も工夫し、レクリエーションを通じて職員と利用者でコミュニケーションをとっている。</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>当該事業所は、それまで暮らしていた人と新しく家を建てて住まわれた人が混ざりあう住宅地域の中にある。法人は、最初に燕市に認知症型共同生活介護事業所を開設し、その後新潟市及び燕市に認知症対応型共同生活介護や短期入所生活介護、地域密着型特別養護老人ホームを開設している。法人は多くの事業を展開しており、高齢者ケアに関するノウハウや職員の質の向上、人員体制等において相互のフォロー体制等ができる強みを持っている。</p> <p>当該事業所を開設するにあたり、法人の代表者自らが事業の必要性和意義及び協力依頼に地区を回ったという。そのため、近所の住民からの事業所事業への協力体制があり、管理者を始め事業所も地域との関係性の深化を行っており、地域密着型サービス事業として機能している。</p> <p>建物は木造平屋造りで、職員にとって支援しやすい機能面と利用者にとって生活感を感じられるような設えとなっている。</p> <p>今回の訪問調査を通じて、利用者に対する職員のコミュニケーション力を大事にしており、接遇に対する職員の丁寧な取り組みをしていることが感じられた。</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	ユニット内に「法人の理念」を掲示しており、職員全員で共有し毎日の支援につなげている。また、事業所でも「支援の4つの柱」を立てて事業所内に掲示し、ユニットミーティング時や申し送り時、運営推進会議等で話題にし、振り返っている。	法人全体の運営理念である「ご利用者様のお気持ちを最優先に」と介護理念である「笑顔・思いやり・気づきの介護」を礎とし、事業所でも「4つの柱」を掲げ、利用者本位のケアの実現を目指している。	
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	日々の挨拶をはじめ、地域の防災訓練への参加、回覧板の受け渡し、ごみ拾いや古紙回収など地域とのつきあいを大事にしている。また、定期的に地域の様々なボランティアの方に来て頂き、交流を深めている。	町内会に加盟し、廃品回収や下水道掃除、草取りなどの地域の活動に積極的に参加している。管理者は近所の住民への積極的な関わりを行い、交流を深めている。	
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	野外での畑仕事や買い物への外出の際等に、支援の方法をお話することで、地域の方々に認知症に対する理解を深めて頂いている。また、運営推進会議でも、認知症についての理解を深めて頂けるように症状やケアのポイントをお伝えすることもある。		
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	2か月に1回のペースで開催している。自治会長、民生委員、地域包括支援センター、他のGH管理者、ご家族代表、利用者代表参加のもと、毎回有意義な意見交換がされ、サービス向上に活かされている。	運営推進会議を通して事業所の状況を報告しており、委員からのサービスのあり方についても意見をもらい回答している。委員も協力的で、提案事項に対して行政や関係機関への仲介をしている。	
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	相談のために区役所の担当者のもとへ出向いたり、電話でのやり取りをする機会があり、事業所の情報を発信するとともに、情報共有にも努めている。	管理者は、区役所の担当窓口積極的に顔を出すようにしており、直接相談（防犯や課題検討）を心がけている。生活保護担当ワーカーとも連携をとり協力している。	

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	法人では、身体拘束に関するマニュアルを作成している。3カ月に1回、『身体的拘束適正化委員会』を開催し、日々のケアを振り返り、気を付けるべき点について話し合っている。行動制限が生じないよう施錠はせず、利用者一人一人の理解に努めている。	法人主催の研修に事業所代表が参加し、事業所内で報告研修を行うなど身体拘束への理解を深めている。また、利用者の不安定に対して、薬に頼らないケアを医師とともに実践している。	現在玄関のドアは、外からは自由に開くが、屋内から外へ出るときは職員が電磁ロックを解除する仕組みとなっている。安全管理責任との兼ね合いの難しいところであるが、事業所内で検討を重ねて頂くとともに、身体拘束に関する理解をさらに深めていただくことを期待したい。
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	利用者の「人権」や「尊厳」について学ぶため、法人内での虐待防止研修が設けられている。日々の支援やケアの見直しを行い、加えて職員自身のメンタルケアについても注意を払っている。	その人の立場になって考えることが虐待防止につながるという考えのもと、管理者は職員の不適切な援助行為に対して個別に対応している。また、職員が不調にならないよう適宜話を聞いたり、気持ちの切り替えができるよう勤務調整をするなどの声かけをしている。実際の虐待事例に添った内容で、定期的に検討会も行なっている。	
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や社会福祉協議会との交流の中で意見交換をしたり、研修会に参加したりしている。制度を活用されている利用者や後見人との関係が良好に保たれるよう双方の支援に努めている。		
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	契約時は十分な説明を行い、ご理解ご納得いただけるよう努めている。また利用開始にあたり、細かな事項については別紙に記載し、細かく聞き取っている。計画作成担当者はケアプランを説明している。		
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	利用者、家族双方とのコミュニケーションを図り、ケア内容や日々の様子について、ささいなことも言いやすい関係作りに努めている。意見や要望、それらに対する回答は、広報誌で公表することとしている。	管理者は、家族等に対しサービス提供についての意見を積極的に求める姿勢で、職員とともに関係性を大切にしている。外出の機会が増えることを望まれたとき、家族の方からもボランティアの提案や調整をしてくれたことがある。	
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	管理者は、毎日の朝礼と申し送り、月1回のミーティング、連絡ノートなど様々な方法で職員からの意見や提案を受け付けている。また、管理者はそれらの意見等を、管理者会議を通して代表者に伝えている。管理者会議の内容は、職員ミーティング等で職員に伝達を行っている。	法人内異動の職員から、前事業所と比較しての提案なども、伸ばせるところを取り入れようという姿勢がある。管理者は職員一人ひとりに積極的に言葉を掛けることを意識し、都度職員からの意見や要望については面談している。	

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
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	代表者は、定期的に事業所を訪れ、職員と言葉を交わし就業環境の現状把握に努めている。また、管理者との面談を通じて、職員個々の努力や実績を聞き取り、それらを処遇に反映し、モチベーション向上につなげている。		
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	個々の能力やレベルに応じ、本人のキャリア形成や資質向上に役立つ研修を受ける機会を多く設けている。また、受講費用を法人が全額負担するなど、介護福祉士などの資格取得を強力にサポートしている。		
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	利用者の入退居を機会として、同業者の施設見学の受け入れなどを通じ、交流を図っている。また、代表者は、管理者に対し、情報交換やネットワークづくりを目的とした定期的な同業者への挨拶回りを推奨している。		
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	入居前の事前面接において、入居後に安心して暮らしていけるように、本人の要望や不安に感じていることなどをしっかり聞き取り、的確に対処している。		
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	入居前に必ず見学していただき、その際に家族の要望や不安などを十分にお聞きしている。それらは、必ず記録し、情報を共有している。入居後も共に利用者を支えあえるよう、家族との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	生活歴や地域性、身体状況等、利用者に関する様々な情報をベースに、その時に必要としている支援は何かを見極めるようにしている。必要に応じ、近辺の他のサービス利用を紹介することもあり、柔軟に対応している。		
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	敬う気持ちを忘れず、人生の先輩方からたくさんのお話を学ぶ姿勢で接している。日々、励ましあったり相談したりして共に過ごしている。家族のように利用者が言いたいことを言える雰囲気がある。		

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	電話や手紙で、また、面会時に本人の様子を伝え、家族の意向を伺っている。家族が支援できることはお願いし、本人の満足にもつなげている。家族からの相談や困りごとがあればお聞きし、解決に向けて協力している。	多くの家族は、利用者を事業所に任せっきりすることなく、家族としてできること(通院、外出、外泊、法事への参加)に関わっている。お金に関して不安のある家族に対しては、行政や関係機関と協働して関わり、利用者の生活継続を支援している。	
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	友人や知人との面会を喜ばれており、居室でゆっくりお茶を飲みながら談笑されている。利用者が家族や知り合いに手紙を書いたり、電話で話したり、行きつけの美容室に行ったりできるよう支援している。	西蒲区外からの利用者もおり、全ての人とはならないが、馴染みの人からの訪問を受ける利用者も多くおり事業所として歓迎している。以前から利用している理容院などは継続して利用できるよう働きかけている。	
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	日々の暮らしの中で人間関係を把握し、良い関係が保てるように、見守りや支援をしている。心配事のある利用者には、他の利用者が聞き役になって励ましたりすることがある。利用者同士に尊敬や感謝の気持ちが生まれている。		
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	これまでの生活が継続できるよう、退居後も転居先のケアマネジャーや相談員に対して必要な情報を提供し、相談や支援にも努めている。		
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	計画作成担当者と居室担当者が中心となり、定期的なアセスメントを行っている。利用者の話を傾聴し、表情や言動からその思いを汲み取っている。また、月1回、個々のケースカンファレンスを行い職員で情報を共有している。	センター方式のアセスメント表の一部を使用し、そして日々の関わりや会話の中から思いや意向を引き出して、把握に努めている。日々モニタリングを行い丁寧に対応している。	
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	事前面接ではよく聞き取りを行い、フェイスシートへ記入する。転居前のケアマネジャーや担当者、また家族からの情報も参考にしていく。家族へは「私の暮らし方シート」への記載をお願いしている。	利用開始時には管理者や計画作成担当者が中心になって、それまでの生活歴をまとめている。利用後の生活の中で新たに気がついたこと(新聞を読む、買い物が好き、日記を書き続けている等)は、アセスメントシートに反映させている。	
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	心身状態をはじめとした現状を把握するため、支援経過、受診ノートや申し送りノートの記載内容を読み込むとともに、職員相互で口頭での細かな情報伝達を行っている。		

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
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	センター方式を活用し、本人からの要望や家族の意向に沿った介護計画を作成している。またサービス担当者会議では意見・要望などを話し合っている。3カ月ごとに介護計画に対するモニタリングを行っている。	介護計画は利用者、家族等から要望や意向を聞いて作成している。一部の利用者には介護計画の説明をしている。定期訪問してくれるナースパートナー（訪問看護）からの意見も計画に反映している。計画通りサービス提供がされているか、日々チェックしている。	
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	日々の生活の様子その他、心身状態の変化や体調変化のある時は特に細かく記録し、申し送り時やミーティングで職員間での情報共有を行っている。それらは、適切に実践や計画の見直しに結びついている。		
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	訪問マッサージ等外部サービスの紹介や外出支援、他者との連絡の仲介など、職員間でできることを話し合いながら、できるだけニーズに沿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	各団体や個人の方からのボランティア訪問を受け入れている。また、地域の行事などに参加したり、個々の嗜好や要望に応じて行事予定などを紹介している。		
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	かかりつけ医への定期的な受診（往診もあり）の際は、バイタル状況や心身状態を詳細に伝え、適切な医療を受けられるよう支援している。かかりつけ医とは緊密な連携をとるよう努めている。	かかりつけ医は事業所の役割と使命を理解しており、連携がとれている。普段の受診は家族から支援してもらっており、事業所は連絡票を作成して適切に受信でき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	24時間対応体制の訪問看護ステーションと契約しており、月に4回訪問がある。健康チェックシートを提示し健康状態をみてもらい、気になることは相談している。なんでも相談できる関係が築けている。		
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。	病院関係者との関係は良好である。事例は少ないが、入院中職員が面会に行き、情報交換を行い、早期退院に向けて話し合いをしたこともある。		

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	契約時に「重度化対応・終末期ケア対応方針」について説明し、同意の署名捺印をいただいている。また、普段の会話の中から重度化した場合の対応について、本人の気持ちを聞いて記録したり、サービス担当者会議等で家族と話し合ったりしている。	事業所としてサービス提供できる利用者の状態像を明確にしており、利用者の重度化が見込まれる段階で、家族等へ次の生活の場に関する支援を開始している。	
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	地域の消防署で心配蘇生法の研修を受けている。ホームにはAEDが設置されており、緊急時は職員が使用できるようになっている。今後も定期的に訓練は欠かさず行っていく。	職員全員が救急講習を受講しており、急変時に備えている。また、急病・骨折等の事故に誰もが対応できるようフローチャートで対応を明確にしている。	
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	年2回、防災訓練を行っており、消防署員からも指導・助言をいただいている。今後も地域の防災訓練に利用者とともに参加していく予定である。また、夜間想定や地震想定などパターンを変えて防災訓練を計画・実施していく。事業所内には自家発電の設備も備えており、災害時に備えて3日分の食糧・水の備蓄を行った。	防災訓練は地区長はじめ近隣住民も参加して行われている。利用者の状態や事業所の間取りも理解してもらっており、協力体制が築かれている。	前回の評価後に地域自主防災計画に沿ったマニュアルを作成した。大規模災害発生時には、法人内の特別養護老人ホームへ避難することになっていることから、事象別のマニュアルに応じて実際避難訓練を試みることで災害対策をさらに強化することを期待したい。
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	人生の先輩であるという尊敬の意識を持ち、言葉かけは目を見て話し、謙虚に接するよう心掛けている。不適切な対応があった場合、職員同士が注意し合ったり、管理者からもその場で注意をしている。	法人内研修に事業所の代表者が参加し、伝達研修を行っており、職業倫理やプライバシーへの配慮等学ぶ機会がある。管理者は、接遇面での職員の対応については丁寧に働きかけ、職員もさらなる向上を目指している。	
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	本人が思いを表しやすいよう傾聴を心掛けている。また、わかりやすく納得できるような言葉で説明し、自己決定できるように働きかけている。		
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し、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	一人一人のペースや思いを大切にし、家事活動を提案したり、ゆったり話をしたり、本人に寄り添いながら生活の支援を行っている。		
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	化粧水で肌のケアをされている方や、長い髪を束ねる方がおり、見守り中心に支援している。季節に合った洋服、着たい服を選べ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
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	キッチンで一緒に食事準備(皮むきや野菜切り)したり、食席で下ごしらえや盛り付けをしたりするなど、役割分担して行えるよう支援している。食器拭きなどの片付けも毎日手伝っていただいている。敬老会では、テイクアウトした天重を召し上がって頂き、行事ならではの食事を楽しまれた。	現在、コロナ禍の状況で休止しているが、買い出しには利用者も同行して食材を確認している。また、新聞のチラシを見て食材の話題にあげたり、おやつと一緒に作ったりして食べる楽しみを生活に取り入れている。ユニットごとに違うメニューで提供しており、利用者の嗜好に合わせた食事作りが行われている。	
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	健康チェックシートに食事量、分量を記載し、一日のトータルがわかるようになっている。食べられる量や好き嫌い、糖尿病食等、個々の状態により対応している。		
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	毎食後声かけにより、自室で口腔ケアを行っていただいている。お一人でのケアが困難な方には、一部介助を行っている。コップ、歯ブラシの定期洗浄は必要に応じて職員が行っている。		
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	排泄チェックシートを記載し、排泄パターンを把握することでトイレで排泄できるように支援している。ほぼ自立の方が多く、ご自分でトイレに行かれている。歩行不安定の方がいるが、ご自分でトイレに行きたい気持ちが強く、付き添いを行うことで自立できている。	排泄誘導は自尊心を傷つけないように言葉がけに注意して、チェックシートを活用して一人ひとりのタイミングで支援している。排泄パターンを把握し支援した結果、おむつを使用しなくなった利用者もいる。	
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	食物繊維の多い食事の提供と、十分な水分補給をしていただけるよう、取り組んでいる。午前中には定期的に体操を行い、排便を促す努力をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	その日の体調や心身の状態を考慮し、希望の時間帯をお聞きしながら入浴して頂いている。また、好みの入浴剤を入れて入浴を楽しんで頂けるようにしている。	ゆったりとお風呂を楽しむことができるように心がけて支援している。前回の外部評価で、利用者の希望に応じた入浴回数への検討があげられていたが、現在足湯を取り入れることで、利用者の満足感を高めている。利用者が入りたい時に入っていただけことを理想として、体制整備を進めている。	

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
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	夜間帯は安眠できる環境を整え、見守りをしている。日中は自由に休んでいただいているが、体調をみて疲れやすい方には必要に応じ休息を促す支援を行っている。		
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	薬の情報についてまとめた用紙に目を通し、用法・用量等を理解している。また、主治医からの処方内容の変更があった場合、受診ノートを活用して記録し、口頭での正確な情報伝達に努めている。内服後の観察も注意深く行っている。		
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	特に「生活歴」に着目した関わりを個別に行っている。家事活動をはじめ、畑仕事など昔行っていたことを再現できることが、張り合いや喜びとなっている。		
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	散歩や日用品の買い出しなど、日常的に外出支援をしている。足湯や花見など季節を味わえる外出行事、知人や家族と外食を楽しんだりしている。	事業所には車両が2台あり、買い物や外出行事に活用している。多くの家族が外出等に協力的である。また、近間の散歩には地域の人が付き添ってくれる支援体制がある。事業所の道を挟んだ向こうに畑を借りて、外へ出るきっかけにもしている。	
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	本人、家族に了解を得て、預り金を事務所金庫に保管させていただいている。一緒に買い物に出かけるときは、それぞれお金をお渡しし、ご自分の意思で支払いができ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	ご希望時は本人が家族へ電話できるように、また、手紙についても本人が自分で書けるよう支援している。投函の際も職員と一緒にポストまで歩いていかれる方もいる。		
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	不快な刺激が生じないように注意し、なじみの暮らしが継続できるように落ち着いた環境作りに努めている。季節の花や野菜を飾ったり、作品の展示などで季節感を出している。ご飯の炊けるにおいが感じられるよう、キッチン是对面式で職員とも会話ができる仕組みをとっている。共同スペース(中庭)では、日向ぼっこをしながら利用者同士で会話を楽しむ様子も見られる。	今回の外部評価では、事業所の感染症予防のため、共用空間の見学ができなかったが、左記にあるように、季節感や家庭的な雰囲気が感じられる空間づくりに努めている旨の説明があった。	

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
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	食席は向かい合わせであり、気の合う方同士で会話ができるようになっている。また、共同生活室の窓際には長ソファがあり、お茶を飲まれたり新聞を読んだり、二人きりの会話を楽しまれたりしている。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具や小物等を持参し、自分らしいお部屋作りをしていただいている。家族との相談の上、床の生活に慣れている方は畳を敷いたり、読書好きの方は、たくさん本を持ち込んだりしていただいている。	今回の外部評価では、事業所の感染症予防のため、入り口に近い一室のみ広さの確認をした。左記にあるように、利用者が自分の居室と感じられるように支援している旨の説明があった。	
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	居室やトイレなどの場所の張り紙をして混乱のないような工夫をしている。建物内は自由に歩けるよう、動線の整備と環境づくりに努めている。		

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				