

(様式2)

平成 29 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	1571300449		
法人名	社会福祉法人遊生会		
事業所名	まいらいふ吉田		
所在地	新潟県燕市吉田旭町4丁目5番21号		
自己評価作成日	平成30年2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.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3月30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)】

少人数の中で「家庭的な関係」「馴染みの関係」を作り上げ、高齢者認知症・若年性認知症の人が混乱しない安心して、楽しく自立的な普通の生活ができるようにすることを何よりも優先します。また家庭や地域の連携・交流を積極的に心掛けていきます。利用者のできない事よりできる事に焦点を当て、できない事をできない時にお手伝いさせていただくように心掛けています。またこの支援が効果的に行えるよう日々認知症介護に関する知識及び、技術向上の為に内部研修・外部研修に参加しております。

【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)】

開設13年目を迎える事業所である。建物は鉄筋4階建てで、1階、2階が利用者の居住スペースとなっており、3階には見晴らしの良い広いベランダや会議室、休憩室があり、利用者はベランダで洗濯物を干したり、市街地を眺めたりしている。事業所の周辺には大きな桜の木や藤棚のある公園があり、地域の憩いの場となっていることから、利用者の散歩時には保育園児や地元住民との交流が自然と生まれている。地域の会館で月1回行われるイベントには利用者と一緒に参加し、また、春と秋には弥彦地区の日帰り温泉へ地域の方と一緒に出かけることが恒例となっている。

利用者はそれぞれが食事づくりや後片付け、洗濯物干し、洗濯物たたみ、掃除など出来ることを自らの役割として担い生き活きと取り組んでいる。利用者も職員も和気あいあいと家族のように触れ合っている。民謡やカラオケ、腹話術など多彩なボランティアが定期的に来訪して利用者も楽しく時間を過ごしており、家族も来訪してカラオケなど一緒に楽しむこともある。

職員は、法人内研修以外にも市から案内のあった研修や外部研修にも参加して研鑽に励んでいる。事業所では若年性認知症や精神障害を抱えた人の入居も受け入れており、試行錯誤の関わりの中で理解を深め、よりよい支援につなげられるように勉強会等にも積極的に参加して学びを深めている。

外出支援にも力を入れており、日常的な散歩のほか、利用者が育った場所や自宅周辺へのドライブなど希望に沿って個別の外出も行った。バラ園や牡丹園、弥彦の菊祭り、食堂へも出かけて散策や食事などを楽しんでいる。

管理者・職員は、常に利用者を第一に考えて理念にある生活を実践するように努めている。また、事業所は自家発電設備を有し、災害時は市から第2の避難所としての指定を受けたこともあり、災害時には市や近隣地区と協働して力を発揮し益々地域に貢献することが期待される事業所である。

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	常に職員の見やすい場所に掲示し、職員ミーティングの際にも理念が実施されているか振り返り確認し、理念の共有、実践に繋げている。	理念は玄関に掲示して来訪者に周知を図っている。ミーティング時に理念について振り返る機会を設け、ケアの実践につなげている。また、新しく利用者が入居される際には、その都度理念等を確認している。	
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	定期的なボランティアの訪問も多く、利用者の大きな楽しみになっている。また地域の皆様にも馴染みの関係を構築している為、地域の行事にも多くの声を掛けて頂いて参加している。	近隣の方とは散歩時に声かけたり挨拶を交わすなど日常的に交流しており、事業所の草取りや畑仕事を手伝ってもらっている。地区の会館には広報誌の掲示の協力が得られ、月1回のイベントにも出かけている。また、年2回の日帰り温泉に地域の方と一緒に出掛けるのが恒例となっている。毎月来訪する様々なボランティアや、地区の小学生との交流など、幅広い世代との地域交流が行われている。	
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	燕市役所職員・民生委員・地域、家族代表の参加にて運営推進会議を行い認知症の人の理解に努めている。また管理者は地域や各事業所の会合や情報交換会に参加し認知症のケアの啓発に努めている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催、し活動報告・運営状況等を報告し意見交換・情報の共有を行っている。	会議は、利用者、家族、市の担当職員、民生委員、地域の代表者の参加で2ヶ月に1回開催している。花見の場所や、AEDの設置を地区の回覧版で広報すること、不審者対策で玄関にセンサーを設置することなどの提案があり、早速取り組んでいる。手作りのおやつを用意してお茶出しを利用者にしてもらおうなど、利用者が自然に会議に溶け込めるよう工夫している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議には毎回出席していただき、まいらいふの現状について把握していただいている。また、日頃より何かあれば相談している。	市へ提出物などを届けるときは利用者と一緒に届けており、また、市からはインフルエンザの注意喚起や研修案内などがメールで届き、運営推進会議に参加してもらうことでも連携を図っている。市から第2の避難所として指定を受けており、そのための準備として市と相談の上で目隠しできるスペースの確保や、3日分の水と食料を確保している。	

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	研修の参加者が職員への伝達講習を行う。必要以上の付き添いはせず見守り重視で、自由に過ごして頂いている。ストレス解消の為、散歩、ドライブなどで気分転換していただいている。	毎年行われる法人の研修会に参加し、ミーティングで伝達講習を行っている。身体拘束に係る報道があった際には、その内容を職員間に周知して話し合う機会を持っている。利用者には事業所内だけで過ごしてほしいとの思いからストレス解消も含めてドライブや散歩に誘い気分転換を図っている。玄関は夜7時頃から朝6時頃までは防犯のため施錠している。	
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	法人研修で学ぶ機会を設けている。認知症でやってはいけない事「5原則」を心がけ防止に努めている。(否定しない・叱らない・無視しない・嘲笑しない・ばかにしない)	法人で年2回研修会を実施し、全職員が参加できるように配慮している。管理者は日頃から自分に置き換えて考えてほしいと職員に伝えており、不適切なケアと思われる時は利用者のいないところで注意をし、ミーティングでも話している。マニュアルも整備され、いつでも見られるように1階に設置されている。	
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	研修に参加し学ぶ機会を持ち知識を深めるよう努力している。		
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	契約の締結、解除の際には十分な説明をし、不安の無いように、疑問点を確認してから、捺印していただいている。		
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	定期受診、面会には家族に声を掛け様子を伝え意見、要望を聞いている。また電話でお話を聞く事も行っている。2ヶ月に1度家族宛にコメントを入れた手紙を送付している。	地域の「吉田かるた」や将棋、オセロゲームなど利用者の要望に応じて準備し、趣味活動の支援をしている。また、入浴日や食事の希望など生活における要望にも応えている。家族には日頃の様子を伝えながら、利用者のケアの方向性について一緒に考えてもらっている。	
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	毎月1回職員ミーティングも行っている。日頃から意見交換が出来るように心がけている。	常に利用者個々への対応について話し合いをしている。職員は利用者の出来ることを見出して生活の中で役割が持てるように掃除のモップを新たに準備するなどの提案をしたり、小さいことでもすぐに相談して「まずはやってみよう」と取り組むなど、常に前向きな姿勢がケアに活かされている。	

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
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	現場職員の意見を取り上げ、管理者会議などでも助言してくるている。また、今年度初頭、大胆な待遇改善を行い、それが職員のモチベーションアップや職場定着へと結実している。		
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	代表者は、法人内、外で研修の機会を与え、職員全てのスキルアップに繋げている。また、実務者研修の受講費用は法人が全額補助するなど、職員の向上心を支える仕組みが整っている。		
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	燕・弥彦地域密着型サービス情報交換会等への参加や他法人のグループホームとの交換研修、情報交換会などで刺激を受け、サービスの向上に努めている。		
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	面談等で本人の思いを聞き、本人が安心できるような、関係作りを心がけている。		
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	家族の心配ごとや相談にその都度お答えし、不安の無いよう、安心していただけるよう耳を傾け職員全員で考え取り組んでいる。		
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	本人・家族が必要としている事を見極め可能な限り柔軟な対応を心がけている。		
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	家事、ドライブ・散歩、将棋・オセロ等得意な事を楽しく共に行い、会話も方言を使いコミュニケーションを取り、利用者との関係を築いている。		

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
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	家族とは面会時や電話した際に利用者の生活の様子を伝えて情報を共有している。さらに、定期的に発行するホームの便りに、利用者の作品を同封するなど、家族との関係を、強化している。	入居前の生活の様子や習慣などについて家族から情報を得てケアにつなげている。2ヶ月に1回担当職員が広報誌と共に日頃の生活状況報告やぬり絵などの作品、写真などを同封して家族へ送っている。たまに来られた家族とも一緒に写真を撮るなどして家族間の絆を大切にしている。	
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	地域の行事にも参加し買い物、散歩等屋外へ行く事を大切にしている、その事で知り合いに出会うことも度々ある為、ホーム外での暮らしも重視している。	事業所周辺から入居した方が多いため、買い物や散歩で同級生や知人と会うなど日常的に馴染みの人との交流があり、入居前の関係が継続できている。また、入居時の情報をもとに馴染みの場所との関係が継続できるように、自宅近辺や育った地域へドライブしたり、馴染みの飲食店に出かけたりしており、ほとんどの方が家族の協力で行きつけの美容院を利用している。	
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	見当識の低下している利用者も、利用者同士で教え合い助け合いながら生活されている。また、そのような関わり合いが自然な形で生まれるように、適宜、職員が介入するようにしている。		
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	必要に応じ、他施設への転居の相談に応じている。他施設に移られた場合には、ホームの利用者と面会に行くなどして、関係性の継続を大事にしている。		
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	利用者の立場に立ち相談や支援に努めている。利用者の希望、意向をくみ取り可能な限り思いに応えている。	職員は日常の関わりの中で利用者との親しみのある関係づくりに努め、時間をかけて本人の気持ちや希望を汲み取り、日頃のケアにつなげられるように取り組んでいる。家族とも常に相談しながら情報をもらい、利用者の気持ちの寄り添えるように対応している。	
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	センター方式を用い、利用者の生活歴や生活環境、本人、家族関係に情報収集している。	入居にあたっては必ずそれまで生活していた自宅や病院、施設を訪問して生活の状況を確認している。入居後は利用者との関わりの中で丁寧に話を聞いている。家族の協力を得てセンター方式のアセスメントシートに記録をしておき、追記した内容はカンファレンスをして職員間で共有を図っている。	

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
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	日々の支援の中で、一日の流れを把握し、引き継ぎや、連絡ノート等で全スタッフが共有できるようにしている。		
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	本人の思いを大切に、家人、職員、本人の関わりの関係者の意見を反映して、介護計画を作成している。毎月評価して必要に応じて、職員で話し合い見直しを図っている。	チェック表で毎日介護計画の実施状況を確認しており、担当職員を中心に身体的・精神的両面の気づきについて1ヶ月に1回カンファレンスを行っている。計画作成担当者が、3ヶ月に1回モニタリングを行い、家族や本人も交えて担当者会議で話し合い、職員の意見も加えながら家族や本人の意向や希望を十分に反映させ現状に即した介護計画を作成している。定期的な見直しのほか、状態変化時も見直しを行っている。	
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	日々の暮らしを記録し、気付いた事等職員間で情報の共有をし、さらにチェック表、連絡ノートも活用し、伝達の精度を高めている。それらは、介護計画の見直しに活かされている。		
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	家族の状況により、必要に応じて受診や外出の付き添いを行っている。いかに人員等の限られた資源を有効に使い、サービスに柔軟性を持たせてニーズに応えていくか、皆で知恵を出し合っている。		
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	地域の会館での行事への参加や地域ボランティアの活用など、地域資源を把握し、法人のが心身の機能を生かせる機会づくりに努めている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医へ家族が付き添いをして受診をしている。緊急時は家族の了解を得て職員が対応している。かかりつけの医院には適宜連絡をし、共に利用者を支える関係を構築している。	ほとんどの方が入居前のかかりつけ医を継続している。受診対応は家族にお願いしているが、受診時には事業所での生活がわかるように主治医宛の手紙を持参してもらったり、必要に応じて職員も同行している。訪問看護ステーションとも契約して月4回来所してもらい、また、24時間電話対応も可能で、その都度、相談・助言を得ている。	

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	週一回、契約している訪問看護師に利用者利用者の健康管理の為来所してもらっている。又24時間緊急の電話対応も可能で、職員の安心につながっている。日常から利用者の状態把握し、看護師に適切に伝えて連携を密にしている。		
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。	利用者が入院した場合は、早期退院に向けて容態確認のために医療機関に出向いたり電話連絡を取り情報交換をしたりしている。これらの積み重ねで、病院関係者との関係づくりも着実に進んできている。		
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、重度化した場合の対応について、家族に説明し、意向を聞きながら方針を決定している。状態変化に合わせて家族、主治医等関係者と話し合い本人の為によりよい支援になるよう出来る限りの支援をしている。	入居時に家族に重要事項説明書で重度化した場合の対応について説明を行っており、状態変化時は早めに家族を含めて話し合いをして意向を確認している。現在看取りは行っていないが、利用者本人のことを一番に考え、事業所で出来る最大限の支援を行う方針である。	事業所で出来る限りのことに精一杯取り組んでいるが、重度化した場合の対応についての指針は特に書面化はされていない。利用者や家族が理解しやすく、安心につながるよう、重度化や看取りの指針を書面で整備し、家族への説明や話し合いに活かすことを期待したい。
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	緊急時の対応については、定期的な訓練が必要であると認識している。法人や消防署で開催される救急講習に参加し、救急手当などを学んでいる。	法人内研修に参加したり、業者によるAED使用法の研修を実施したり、また、消防署主催の救命救急講習に参加したり、市からメールで案内のあった研修にも参加している。訪問看護ステーションと契約し、定期来訪だけでなく、24時間電話対応もしてもらっている。	
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回の避難訓練(火災・地震)を行っているほか、普段から階段を使い移動してもらったり、ヘルメットのかぶり方など行っている。また、訓練には地域の方々にも参加協力していただき、普段から協力体制はできている。	マニュアルが整備されており、年2回実施している避難訓練には近隣の方の参加もあり、地域との連携・協力体制ができている。3階建てで自家発電設備のある事業所が市から第2の避難所として指定を受けていることから、備蓄も市と相談して準備している。	
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	利用者の立場に立ち、誇りを傷つけないよう配慮しながら、一人ひとりに合わせ親しみを込めた言葉がけを心がけている。利用者の好みの場所で過ごせるよう配慮している。	歯磨きやトイレ誘導には気持ちを配慮して声掛けを行うなど自尊心を大切にしている。個人記録等は、キッチンやフロアで記録しているが、他者の目に触れないよう配慮している。ファイルは鍵のかかる場所に保管し、個人情報の管理を徹底している。	

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
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	焦らず見守り、利用者が安心して話せるよう心掛けている。毎日の献立やおやつ、飲み物の選択も楽しみながら職員と決めている。		
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	将棋、オセロ、編み物、掃除等その人のペースで時間を過ごして頂く。ときには皆様にグルーブレクを行うこともある。いずれにしても、無理強いせず、本人の意向を重視するようにしている。		
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	利用者の行き付けの美容院を利用されている。起床時の更衣、入浴時の更衣は決定していただける方にはお願いし、難しい方には選択していただけ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	毎日の献立は、職員と話し合いながら決めて頂いている。食事準備は誰が何をするか役割があり、利用者の方から進んで声をあげてもらえる。	献立は職員が利用者の希望を聞きながら作成しており、食材は近くのスーパーに利用者と一緒に買い出しに行っている。パンは障害者施設で作っているものを購入し地域交流の機会としている。下準備や調理、盛り付けや配膳、後片付け等も利用者がそれぞれ役割を持って行っている。誕生会にはケーキを手作りして楽しんでいる。	
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	毎日の食事摂取量はチェック表に記入し、食事以外にも水分を勧め、ムセのある方には飲みやすい状態にして提供している。		
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	毎食後声かけを行い、口腔のケアを行っている。義歯使用者には、家族と相談し洗浄剤を使用していただき清潔を保って頂いている。		
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	排泄の自立に向け、可能な限りトイレで排泄していただけるよう支援を行っている。その為、チェック表を記録し排泄のパターンを把握できるようにしている。	オムツの使用を減らして出来るだけトイレでの排泄を支援しており、現在オムツ使用の利用者はおらず、夜間のみポータブルを使用している人が2名である。病院から入居した方にも何とかトイレで排泄ができるように働きかけてオムツからリハビリパンツに改善した事例もある。	

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
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	乳製品や、食物繊維の多い食品を提供している他、水分摂取にも心がけている。自然排便できるよう朝の体操や、入浴時にもマッサージ運動の声掛けをさせて頂いている。		
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	入浴日、入浴時間や温度、入浴剤の使用や種類等、本人の希望に合わせて柔軟に対応している。	原則週2回の入浴で、午前・午後など希望を聞いて対応している。入浴に気持ちが向かない時は時間をおいて声をかけるなど、無理強いせず利用者のペースに合わせている。入浴剤のほか、柚子湯などで季節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	昼食後居室にて休んで頂けるよう声掛けしているが、その時々状況に応じ無理強いせず、気持ち良く過ごして頂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	処方箋のコピーをケースに貼り、職員が直ぐに把握できるようにしている。誤訳のないよう、トリプルチェックも行っている。服薬時は、利用者が飲み終わるまで確認している。		
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	家族から本人の生活歴や趣味、嗜好を教えてもらい、個性を把握している。それらを、サービスに反映させ、利用者一人ひとりが得意分野で役割を發揮し、それが楽しみとな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	外出する上で、当ホームは環境に恵まれている。普段から近所や駅前の公園へ散歩したり、弥彦へドライブにげかけたりと外出の機会を確保している。また、地域のお茶の間にも誘って頂いている。	天気が良ければ、散歩しながら事業所前の公園の桜や藤棚、チューリップなどの花々を楽しんでいる。バラ園、菊祭り、牡丹園などへも季節ごとに出かけている。利用者の育った場所へのドライブなど、利用者個々の希望を聞いて出かけたり、家族の協力を得て外食や自宅へも出かけている。また、地域の行事にも積極的に参加している。	
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	家族と相談して、利用者のおこずかいを預かり買い物する時には利用者とは可能なかぎり一緒に出掛け、使え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
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	家族の協力の上、利用者が希望された時には、電話が出来るように支援している。		
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	共有の空間は、利用者が混乱しないように、落ち着いた家庭的な雰囲気となるよう工夫している。1階と2階の共有スペースも自由に使って頂き、時期ごとに季節感のある装飾品も飾りつけている。	3階のベランダからは近くの跨線橋を走る車や、市街地の様子、遠くの間々が望め、利用者は風景を楽しんでいる。2階ダイニングにはソファが置かれ、利用者同士と一緒に談笑したり、窓から見える事業所前の公園や、弥彦山を眺めながらくつろいでいる。ダイニングや廊下の壁には利用者の作品や写真などが飾られ、温かい雰囲気がつくられている。	
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	玄関や1階・2階フロアにソファを置き気の合う仲の良い利用者同士だけでなく、一人でもくつろげるよう、居場所づくりは細やかに配慮している。		
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	住み慣れた環境に少しでも近づける様にする為に、家族と相談し、使い慣れた家具の持ち込み利用者の趣味や大切な写真等置くようにしている。	家族の協力を得て、今まで使用していた馴染みの家具や椅子、ベッドなどを自由に持ち込んでもらい、利用者の身体状況に合わせて配置している。テレビを持ち込んだり家族との写真や装飾品を置くなどそれぞれに工夫している。備え付けのクローゼットには家族の協力で季節ごとの衣類の整理がなされている。毎日掃除を職員と一緒にやっている。	
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	一人ひとりの認知症の特徴や心身の状態を把握し、それらにあわせた環境整備を行っている。建物内で迷わずに安心して過ごして頂けるよう、トイレ、居室等の戸には、部屋名を明記して貼り紙している。		

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				