

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	・「穏やかに過ごせる居場所を作り、笑顔で共に生活します」の理念を事業所内の研修、会議で唱和、更に玄関や休憩室に掲示し職員の意識づけに努めてケアに活かしている。	見やすい所に理念を掲示し、会議で唱和して共有している。開設時からの理念は職員に浸透しており、笑顔を大切に日々のケアを行っている。また理念を基に利用者の現状に合った毎月の目標を設定し達成に努めることで理念の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	・町内会に加入している、地域の回覧板を回してもらったり、ホームの行事を載せてもらっている ・地域の祭りに参加したり、避難訓練では近隣に声かけを行い見学をしていただいたりしている ・散歩、日光浴時などは積極的に近隣の方々と関わっている	町内会に加入し、回覧板で行事案内やホームの様子を情報発信している。町内会長とは交流があり、理解と支援を得ている。駐車場に子供みこしが来てくれたり、保育園児が訪問に訪れ利用者に喜ばれている。またお茶の間サロンに参加したり、散歩で近所の方と挨拶を交わすなど交流に努めている。	
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	・季節ごとの行事を家族や地域の方々に広報を行い参加をして頂くことで理解を深める機会を持ったり、運営推進会議において活動内容、お客様の状況を報告することで支援内容を伝えている		
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	・会議の中でお客様の様子や活動状況、事故トラブルを報告して構成員の方々から意見、アドバイスを頂きサービス向上に活かしている	市職員・町内会長・民生委員・地域包括職員・家族などが参加し開催している。警察の方が参加してくれたこともあり周辺の情報を得ることができた。防災訓練の報告をして意見交換したり、民生委員から地域のお茶の間に誘ってもらうなどサービスに活かしている。	
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	・運営推進会議の構成員になって頂いている ・事故発生時には報告を行なっている(骨折、入院) ・日々の相談(レンタルに関して、変更申請など)を行い助言・指導を頂いている	運営推進会議で現状や取り組みを伝え、アドバイスをもらっている。また日頃から何かわからないことがあれば聞いている。市主催の地域密着型の事業所連絡会に参加し、協力関係をきずいている。	
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	・身体拘束委員会を中心に年間計画の中で研修会を行い、全職員が拘束に対する理解や知識を深めてお客様の情報を共有して、拘束のないケアに取り組んでいる ・ベッド柵など拘束に値いしないか常に意識している	定期的に研修している。マニュアルを確認し、事例をもとに話し合うことで正しく理解している。言葉がけが拘束にあたらぬか職員同士で注意し合い拘束をしないケアに努めている。鍵はかけず、見守ることで自由に過ごしてもらっている。	
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	・高齢者虐待について研修年間計画に位置付け実施、マニュアルを現場に設置し常に確認できるようにしている ・事例を通して知識を深めて防止に努めている	研修で学んでいる。事例検討を行ったり、何が虐待にあたるのか、どのように対応すればよいかを職員間で話し合っている。また常に利用者の立場に立って考えることで防止に努めている。日頃から職員の話をよく聞くことに心がけ、ストレスの軽減に努めている。	

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
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	・成年後見人、権利擁護を利用されているお客様がいるために弁護士、社会福祉協議会の担当者とは連携をとっている ・職員とも情報を共有している		
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	・契約に関しては、十分な時間をかけて質疑応答を盛り込みながら行い、理解・納得して頂き、署名・捺印を頂いている		
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	・家族会を開催してご家族の意見や要望を聞く機会を設けている。それ以外にも来訪の折や電話でも意見を伺うようにしている ・お客様には日々の関わりの中で、確認できたことを共有している ・顧客満足度調査も実施して運営に反映している	家族会の開催やアンケートを実施し、意見を聞く機会を設けている。面会時には様子を伝え意見を聞いている。また必要があれば家族と面談しゆっくり話を聞いている。もらった意見や要望は、記録に残して職員間で検討し運営に活かしている。	
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	・業務中、終了後問わずに話が出来ると雰囲気作りを行い、時間を作ったりして職員の思いや意見を聞いている ・職員の思い・意見に関してはリーダー同士共有して業務の改善を図っている(ユニットの移動・シフトの時間など)	月1回のホーム会議で意見を聞いている。また日頃より意見を聞くことに心がけ、状況に応じて個人面談を行っている。また献立委員はイベントの時のメニューについて、行事レクリエーション委員はイベントに向けて購入したい必要物品についてなど、各委員会からの意見や提案は出来るだけ取り入れ運営に反映している。	
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	・日々多忙な業務の中、職員が過重労働にならないように配慮し、常にメンタルヘルスに留意している ・キャリアアップ制度(時給アップ)を導入している		
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	・法人外の研修を広報して参加できる機会を設けている ・法人内の新人研修やステップアップ研修、ホーム内の研修も実施している ・必要時には個別の指導も実施している		
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	・長岡市主催の研修会、連絡協議会に参加して交流の機会を作っている ・他のホームへの見学訪問を行いレクの取り組みや食事の状況等参考にさせていただいている		
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	・事前訪問や見学などで本人のお話を傾聴して思いを受け止めて安心していただけるような関係づくりに努めています		

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	・入居の申し込み時や事前の訪問や見学などでご家族の思い、困っていること、要望を出来るだけ聞きだせるように十分な時間を作り、安心できる関係が作れるように努めています		
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	・在宅時の担当ケアマネジャーから情報を収集して、ご本人・ご家族からの情報と併せて必要な支援を見極めて対応を行なっている		
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	・一緒に喜び、楽しみを作り出して共に楽しめる雰囲気作りに努めています ・一緒に畑仕事を行なって過去の経験を教えて頂き職員や他のお客様と共有して関係を作っている		
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	・面会時、行事の参加時、家族会、電話などで積極的に情報交換を行ない、本人と家族との絆を大切にしながら関係作りを図っている ・定期的にお便りを作成して情報を提供している	2ヶ月に1回居室担当職員が様子を手紙に書き、写真と共に家族に送付している。また必要時電話で様子を伝えたり、行事に誘いホームに来てもらう機会を作っている。遠方に住んでいる家族も月に1回は面会に来てくれており、本人とゆっくり過ごしてもらっている。ホームで過ごすことで症状が落ち着き、家族が在宅介護する自信が持てたことで退所された方もいる。	
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	・ご家族の協力で馴染みの美容室や自宅に連れて行ってもらったり、自宅で通っていた習い事を継続している。知人が訪ねて来られた際にはゆっくりといただけのように、お茶をお出しして時には会話の橋渡しを行い関係性が途切れない様に努めている	入居時家族にシートに記入してもらったり、面会時話を聞いて把握している。近所の方や同僚、一緒に旅行に行った仲間など知人・友人が遊びに来てくれて当時の話をして楽しんでいる。お茶の間サロンに出かけ知り合いと会ったり、馴染みの美容室に行くなど関係を継続している。書道や押し花など家族の協力を得て習い事を継続している方もいる。	
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	・利用者同士の関係をしっかりと把握して、常に職員が間に入り、声かけを行いながら利用者同士が関わりあえるように支援している ・1日2回お客様と一緒に日記書きを行い、お客様同士日記を読み返して1日を振り返りそれを話題にしたりして関係性を保っている		
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	・退去された方に関してはご家族の要望により、相談援助を行なったり、ご本人の経過の把握に努めている		

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	
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	・センター方式のアセスメント表への記入、日々の介護記録などにより職員が把握に努めている ・居室担当者が中心にその人らしい生活ができるように取り組んでいる	利用者の希望・意向は時間の経過や環境の変化等により常に変化することを認識し、日々の会話の中で希望や意向を聞くようにし、常に最新情報の把握に努めている。言葉にするのが困難な方には、日頃の動作等から推測して対応し、その際の表情などから把握している。また、何をすることも本人に確認し自己決定できるよう働きかけている。把握した情報は介護記録やアセスメント表に記録して共有し、介護計画に反映させ実現するよう取り組んでいる。		
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	・ご本人、ご家族、担当ケアマネジャー、他関係者から情報を収集して、センター方式のアセスメントシート、日常生活支援シートに記入して職員が情報を共有して把握に努めている	医師からのアドバイスもあり、認知症の方への対応には生活歴を深く知る事が大切であることを認識し、センター方式を活用して把握に努めている。入居前に自宅を訪問し生活環境や過ごし方を把握するとともに、本人・家族から詳細に聞き取りを行ない把握している。サービス利用の経過等は前の介護支援専門員や施設などから情報収集している。入居後も継続的に把握に努め、親戚や知人が来所した際には積極的に話しかけ、家族も知らないような情報を得たりもしている。把握した情報は介護記録やアセスメントシートに記録して共有している。		
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	・ご本人、ご家族、担当ケアマネジャー、他関係者から情報を収集して、センター方式のアセスメントシート、日常生活支援シートに記入して、又日々の介護記録にて職員が情報を共有して把握に努めている			
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	・3ヶ月に1回、若しくは必要時にモニタリングやカンファレンスを実施して、その人にとってどのようなケアが必要か？を考えて、家族に相談を行ないながら介護計画書を作成している	定期的なモニタリングと介護計画の見直しを行なっているほか、センター方式等を活用して利用者の日々の様子を注意深く観察し、変化や要望があればその都度カンファレンスやサービス担当者会議を実施して介護計画の見直しを行なっている。サービス担当者会議には家族にも出来る限り参加して頂き、また必要時には医師にも参加を仰ぎ、それぞれの意見や要望を反映させ、現状に即した介護計画を作成している。介護計画書には過ごし方や係わり方を詳細に記述し、またカンファレンス等で全職員に周知され統一したケアが行われている。		
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	・日々の介護記録の内容を中心に、また変化があればカンファレンスを行いケアの見直しを行なっている ・職員の見落としがないようにチェック体制をとっている			
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、その時々にも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	・その時々に合わせてケアを行いご本人やご家族の希望を取り入れた支援を行なっている(主治医から提携医に臨機応変に受診や家事代行サービスの導入) ・ご家族に相談して対応して頂く事もある			

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
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	・民生委員、ボランティアの方々、福祉用具の相談員など協力して、安全で豊かな暮らしが送れるように支援している		
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	・ご本人の状態に合わせて適切な医療が受けられる様に、又継続できるようにご家族と相談しながら支援している ・受診時には生活の様子・バイタルチェック表を提供して連携を図っている ・緊急時にはご家族と相談して提携医より往診、又は受診を行い連携を図っている	本人・家族が希望するかかりつけ医となっており、家族による受診同行を基本としている。受診の際には医師向けの情報提供書を用意し、必要時には職員も同行し状態の説明を行なっている。受診結果や医師との相談内容等の医療に関する情報は「受診・健康管理記録」で一元管理し、情報共有している。提携医をかかりつけ医としている方は月1回往診がある。医師には何かあればいつでも連絡し、指示をもらうなど連携している。	
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	・週1回の訪問看護を受けている ・日々の体調管理や主治医との連携の体制を強化して、今以上にお客様が健やかな生活が送れるように努めている		
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。	・入院時は週1回の訪問を行い病院との情報交換やご家族の相談を受けている ・退院に向けては再三のカンファレンスを行い、お客様が不安なくホームの生活が送れるように支援している		
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	・入居の際に重要事項説明書にて重度化した場合や終末期の対応・方針をご家族には説明を行なっている ・個々の対応としてもご家族、主治医と相談して方向性を打ち出している	「重度化した場合における対応に係る指針」が用意されており、契約時に本人・家族の意向を確認の上でホームで対応し得る範囲を説明し、本人・家族と話し合い出来る限り意向に沿うよう方針・対応方法を決定し、同意を得ている。入居後も状態変化に応じ、家族や本人のニーズをくみ取りながら家族・本人・看護師・主治医など関係者と話し合い方針を決め、家族の安心に繋がるよう出来る限りの支援に取り組んでいる。	
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	・ホーム内の研修においてケア委員会、リスクマネジメント委員会より様々な緊急時を想定しての勉強会を実施している ・消防署より講習会を開催、シミュレーションも実施している ・職員の緊急連絡網、お客様の緊急連絡先、薬情報をファイル化して迅速な対応が行える様にしている	定期的に消防署の指導による救急救命講習を受け、応急手当や初期対応、AED操作などの訓練を実施しているほか、リスクマネジメント委員会が主体となり看護師のアドバイスも取り入れながら定期的に急変や事故発生時の対応の研修・訓練を行い、緊急時に備えている。研修・訓練は事例や実体験を基に様々なケースを想定して行なわれており、実際の場面で適切な判断・対応が取れるよう実践的に行われている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回 火災を想定した避難訓練に加え、今年より水害、地震を想定した訓練を実施した ・近隣の方々にも訓練の呼びかけを行ない参加して頂いた 	火災・地震等災害発生時の具体的対応についての手順書があり、要所に掲示している。年2回火災の避難訓練を実施し、その他地震や水害を想定した訓練も実施している。家具類は固定され、しっかりと安全対策が施されている。今年度はより実践的な訓練となるよう、車イスで2階から降りる訓練も取り入れ全利用者が外に出るまでの訓練を実施し、職員の自信にも繋がった。地域との協力体制については、近隣住民に災害時の協力依頼がしてあるほか、ホームの避難訓練は回覧板で周知し参加も呼び掛けている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の好みや趣味、生い立ちに合わせた声かけを行なう(方言の活用など) ・職員間でどのような声かけでどのような反応があったか情報を共有する。プライバシーの保護に関してはトイレの声かけは配慮して行ったり、記録類はイニシャルにして本人として断定しにくくしている 	入社時の接遇研修や、定期的な認知症対応についての研修を受け、適切な接し方や言葉かけについて全職員が学んでいる。親しくなっても目上の方であることを念頭に丁寧な言葉かけを心がけている。また、本人の思いや大切にしていることなど全体像を把握した上で、その方に合った言葉かけや対応をしている。記録類は名前をイニシャルで記述して特定できないよう配慮し、個人情報 は事務所の棚に保管している。	個人記録類を利用者と同じテーブルで記録している。名前をイニシャルで記述するなど工夫をしているが覗き込む方もいることから、記録類の記述は利用者の目に入らないよう工夫して行い、より厳密にプライバシーを確保する取り組みを行なうことに期待したい。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意志を尊重して希望に沿った支援や声かけに心がけている ・常にお客様の意向を確認して出来る限り自己決定が出来る、選ぶことが出来る状況を作っている(飲み物、洋服、レクリエーションなど) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の生活リズム、気分に合わせて本人の意志を尊重して、それに沿って職員がサポートしている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に1回の訪問理美容を実施 ・洋服に合わせたコーディネートを勧めたりして身だしなみに関心が持てるように関わっている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の会話の中で希望のメニューを聞き、提供している(お寿司、お弁当、釜飯、などの出前を提供) ・お客様の能力に合わせて食事の準備・配膳・片付けを一緒に行なってもらっている 	利用者の好みやホームの畑で採れた旬の野菜を取り入れ、ホーム内で調理し出来立てのおいしい食事を提供している。利用者は野菜切りや洗い物など一連の作業を出来る範囲で職員と一緒にやっている。誕生日にはその方の好みの献立やケーキでお祝いしている。またおはぎやスイートポテトなどおやつを手作りしたり、月に4回ほど好みの弁当や寿司の出前を取るなどしており、利用者の楽しみとなっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間での情報を共有してどうしたら摂取して頂けるかを考えて対応を行なっている 刻み食、トロミ食、軟食、時に補助食品等 ・全体に薄味にして入るが更に塩分制限のお客様には味噌汁を薄めたりして対応を行なっている ・お客様の状態では居室で摂取できるように対応を行なっている 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後声かけを行い口腔ケアを行なって頂いている ・義歯の磨き残し、うまく磨けない場合は職員が手伝ったり、歯科医師のアドバイスを活用して砂時計を使い歯磨きが丁寧に行なえるようにしている ・義歯の清潔保持の為に就寝時に洗浄剤につけている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎回の排泄を記録に残して、排泄の間隔を見て時間が空いている場合は声かけを行なってトイレ誘導を行なっている ・立位保持が困難なお客様もできるだけトイレでの排泄を行なって頂いている 	排泄チェック表でパターンを把握し、なるべく失敗がないよう声をかけ誘導している。また夜間もトイレで排泄したいなど本人の希望に応じ必要な援助をしている。立位保持の難しい方もトイレで排泄できるよう支援している。排泄障害の研修も実施している。「日常生活支援シート」に一人ひとりの援助方法を詳細に記録してその人に合わせた統一したケアを行ない、快適な排泄を支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・献立の中に野菜を多く取り入れたり、水分量、乳製品も個々に合わせて提供している ・体操など体を動かす機会を持っている ・下剤を服用しているお客様は数日間排便がない場合、主治医と相談して調整している 		
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ず、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・希望により出来る限り入って頂ける様にして、入浴の記録を残し、お客様が均等に入れる様に支援している ・入浴を拒否される方は職員が交代して、声かけを工夫し出来る限り入れる様に関わっている ・季節の入浴剤を使用し楽しんで頂いている 	楽しんで入浴してもらいたいと考え、一人ひとりの希望や習慣を予め把握し、その人の生活パターンに添った入浴支援を行っている。希望があれば毎日でも入浴が可能であり、時間帯や順番の希望にも対応している。拒否される方には無理強いせず、本人が希望する職員と交代したり声かけを工夫したりしながら気持ち良く入浴できるよう対応している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝時間はお客様に合わせて休んで頂いている ・足背に浮腫のあるお客様、心疾患のあるお客様はできるだけ午睡、又は日中でも横になれるように声かけを行なっている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の説明書はコピーを取り、随時職員が参照できるように複数の場所にファイルしている ・何故、その薬が必要かを職員に伝えている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・調理、洗濯干し、掃除などお客様の得意な事を日課とし取り組んで頂いている ・状況に応じて個別の関わり(調理・散歩)を持ち無理強いせずとも出来る限り活動に参加して頂き一緒に楽しみを見つけている 		

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	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の散歩やホームの敷地内の外気浴はお客様の希望時には行なっている ・皆様と共にお花見、神社参拝し地元の定食を食べたりと楽しんで頂いている ・個別では趣味、嗜好での外出をご家族から協力を頂き実施している 	日頃から天候が良ければ近くの公園や周辺を散歩したり、敷地内で外気浴を行なうなど戸外で過ごすことを大切にしている。普段行けないような場所へは、タクシー等を手配して出かけている。イングリッシュガーデンや悠久山で花見したり、スーパーで買い物ツアーの実施、長岡市民に馴染みの神社で名物料理を食べてくるなど希望を取り入れながら外出しており、利用者に喜ばれている。個別の外出は家族や知人に協力を仰ぎ、実現出来るよう支援している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様が個々でお金を所持することはトラブルの原因と考え行なっていないが、お小遣いを預かり必要な時には使えることを説明している 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご友人、お子様から手紙が届いた時は返事を書いて頂ける様に声かけを行なっている。また、その手紙をご自分で投函できるように支援している ・電話をかけたいという希望があった場合は対応を行なっている 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月季節感のある飾り付けを考えて手作り品や絵をお客様と一緒に作成したり、写真などを掲示している 	掃除が行き届き清潔感がある。環境整備委員会が主体となり、エアコンなど忘れがちな場所もこまめに清掃している。利用者も窓ふきなど出来る範囲で手伝っている。光や室温、湿度の調節もこまめに行い、快適に過ごせるよう配慮している。季節感のある飾り付けや行事の時の写真・共同作品などが掲示され楽しい雰囲気である。職員は利用者同士の関係にも常に気を配り、居心地良く過ごせるよう支援している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・気のあったお客様が居室を行き来出来る様に声かけを行なったり、居室に椅子やテレビやラジオを置き一人の時間も大切にしている 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様やご家族と相談して馴染みの家具を持って来て頂いたり、絵画や写真を飾り心地よい空間作りに努めている 	馴染みの家具やベット・テレビ・仏壇など自由に持ち込んでいる。部屋で過ごすことが多い方や共用空間で過ごすことが多い方など生活スタイルに合わせて、その人らしく居心地の良い部屋作りをしている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントを通じてお客様の能力を明らかにして「できる事」「わかる事」の把握に努めて、生活環境を調整している ・居室前に名札をつけて分かりやすくしたり、トイレ、浴室も認識しやすいようにし自立のお手伝いをしている 			

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない