

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	運営理念については、毎朝申し送り時に唱和をして全員が意識するようになっています。理念の内容については研修で理解をし、実践できるように努めている。	法人全体の理念をもとに毎年のホームの目標及びユニットの目標を掲げており、理念の実践ができるよう、毎朝の朝礼で理念の確認をしています。	
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	町内の夏祭りや清掃活動、また防災訓練にも参加をして地域の一員としての交流を図っています。ホームのお祭りにも地域の方や子供達をお誘いし交流を図ったり、地域にあるスーパーや公園に出掛けて自然に溶け込めるように努めている。	地域の夏祭りに参加したり、事業所の夏祭りにも地域の方から参加していただくなどの交流の機会もあります。特別支援学校の体験学習の受け入れや地域の清掃活動にも参加するなど、積極的に地域とのふれあいが心がけられています。	
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	認知症介護実践者研修や介護支援センターの実習生の受け入れを積極的に行い、認知症の理解を深めることが出来るような機会を提供している。		
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か月に1回、開催しています。会議は町内会長、民生委員、地域包括のケアマネージャー、ご家族様、高齢者支援課の方に参加して頂き、意見交換を行い日々の運営やケアに繋げている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、町内会長、民生委員、ご家族、地域包括支援センター職員から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。	
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	変更申請や研修の申し込みなど様々な機会です市町村担当者と連絡を取るようになっています。事故報告なども即刻行い、実情を報告し後日には防止対策を提出している。	地域包括支援センター職員には運営推進会議にも参加していただいております。アドバイス頂いているほか、地域ケア会議でも事例検討の機会を持ち、連携が図られています。	
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「介護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	身体拘束については、内部研修の実施と『身体拘束チェックシート』を用いて定期的にケアの中で不適切な行為がないかを確認している。	玄関の施錠も夜間のみとし、事業所にて身体拘束についての研修を行い周知徹底をしているほか、2ヶ月に1度はユニットで確認する機会を持つなど、身体拘束をしないケアを実践しています。	

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
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	内部研修を行い職員全員が理解を深めるように努めている。また不適切な言動がないか、常に注意をしている。(チェックシート使用)	事業所にて虐待防止についての研修を行い周知徹底しているほか、身体拘束同様に2ヶ月に1度はユニットで確認する機会を持つなど、虐待の防止に努めています。	
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	権利擁護に関する研修を計画的に行い職員全員が理解できるようにしている。成年後見制度については研修の中で事例を用いて説明し理解を深めている。		
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	契約時には時間をかけてご家族と読み合わせをして、細部にわたり疑問点や不安がないように説明をして納得いただいている。		
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	年に1回、『ご家族アンケート』を実施して意見を聞いている。頂いた意見や要望については改善を図り、運営やケアに反映している。また面会時やケアカンファレンスなどでも直接お聞きしている。	年に1度ご家族へのアンケートを行っているほか、面会時や電話連絡の際などに気付いたことや要望は無いか確認しています。また、定期的にご家族会も開催し、ご家族との交流を図り意見を確認し、反映できるように努めています。	
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	年に1回、『職員アンケート』を実施して意見を聞いている。現場では定期的に面談をして、その中で課題や要望などを聞き運営に反映している。	年に1度の職員アンケートや管理者との個人面談も行き、個人の要望や悩みを聞いています。また、日常の業務の中で職員から改善提案があれば、毎月の全体会議やユニット会議の場で職員同士で検討が行われ、改善されています。	
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	職員の功労を称える永年勤続表彰制度や資格取得支援制度などを設けている。またキャリアパスの体系を明確にし、職員が働きがいを感じて職務に就けるように努めている。		
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	社内研修の年間計画を立て、計画的に行っている。また組織内での研修や外部の研修にも参加し、技術の習得と向上に繋がるように取り組んでいる。		

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
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	実践者研修などで情報交換を行い、その後のネットワーク作りを行っている。また互いの施設訪問の機会を作り更なるサービスの向上に繋げている。		
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	環境が変わることについては認知症を理解する中で慎重に行っている。事前に時間を十分に設け気持ちに寄り添いながら、困っている事や不安なことをお聞きし、安心して頂けるように配慮している。		
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	ご家族の生活に対する要望については、入居が決まった頃よりお話を伺い、十分な理解を得るように努め、信頼関係の構築に努めている。		
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	サービスを始める段階では、本人と家族に意向確認をし今後の生活の課題は何かを見極めるように努めている。		
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	ご利用者と職員は、日々の生活の中で家事仕事や買い物などを協働で行うようにしている。その際にご利用者が主体で動けるように支援している。		
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	日頃の生活の様子を毎月のお手紙等でお知らせし、変化などは直接電話にて伝えている。受診や外出や帰宅などもご家族の協力を得ながら、一緒に支えていく為の関係作りをしている。	担当者がご利用者個別に毎月の生活の様子をまとめたお手紙を送り、情報を発信しています。受診・外出・外食の支援もご家族の協力をいただくなど、一緒に支えあうことができるよう関係づくりに努めています。	
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	本人やご家族からの情報を大切に、親戚や友人、また馴染みの場所に外出できるように個別の支援も行っている。お盆や年末年始など大切な日には家族との関係性を保てるように支援している。	知人の方に面会に来ていただいたり、自宅へ出かけたり、なじみの美容室に髪を切りに行ったりと、ご家族にもご協力を頂き、ご利用者の要望に合わせた支援を行い、今までの関係継続支援ができるように努めています。	

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
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	利用者同士の関係性を把握し、日頃の家事仕事や外出を通じて利用者同士が関係性を深め、お互いにその人らしく楽しく生活できるように支援している。		
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	契約終了後でも必要があれば今までの生活の様子や対応などのアドバイスや相談を受ける関係性を続けるように努めている。		
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	意向の把握が困難な場合でも、日頃の言動や行動からその方の思いや意向を把握するように努めている。ご家族には6か月に1度、直接意向確認を行いケアプランに反映している。	日々のケアの中での表情や会話の中から思いの把握が行われており、ケアプランの検討に活かされています。サービス担当者会議も3か月に1度開催し、検討の機会としています。	
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	入居時には、今までの生活歴や趣味・嗜好などを出来る限りお聞きして、ホームに入居されてからも変わらず「その人らしい生活」ができるように努めている。また、その得た情報は定期的に見直しを行っている。	ご本人やご家族からの聞き取りにてこれまでの暮らしの把握が行われ、ご本人の生活歴やなじみの暮らし方を確認しています。また、日々の生活で得られた情報についても6ヶ月に1度、定期的に情報の更新も行っています。	調査時点でアセスメントシートの作成日が介護計画作成後の日付になっていましたので、介護計画を検討する前にアセスメントシートを作成されることを期待します。
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	ご利用者の一日の過ごし方や心身の状況を記録に残し、申し送りをして職員全員が共有している。また、その方の有する力を把握し、行って頂くことで自立を目指している。		
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	3か月に1度モニタリングを実施し、サービス内容の見直しや現状の課題などを検討している。短期目標を3か月、長期目標を6か月として達成できるように話し合いをして作成している。	モニタリングは全職員が担当し、3か月に1度行い、サービス担当者会議には全職員が参加し計画の検討をしており、短期目標3ヶ月、長期目標6ヶ月の期間で介護計画の検討を行っています。	
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	介護計画のサービス内容に沿って実践の状況や変化を記録に残し、職員間で情報共有をしている。介護計画見直しの際の重要な情報になるので、見逃さないように努めている。		

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
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	画一的なサービスにならないように急な外出や受診やその時々発生する課題に柔軟に対応できるように努めている。		
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	地域で行われている行事への参加や、歌や踊りのボランティアの受け入れやホーム周辺のスーパーへの買い物などを通じて地域資源を活用している。		
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	ご利用者、家族が希望される医療機関に受診を行っている。基本家族対応となっているが、状況に応じて同行や送迎の対応をしている。また、希望者は月2回の往診の体制を取っている。	かかりつけ医はご本人の希望するかかりつけ医となっており、ホームに往診も来ていただいています。受診時は原則ご家族が付き添いますが、必要に応じ職員が同行し、医師との状況の確認が行われているほか、受診の状況をまとめた資料をご家族にお送りするなどの情報提供も行っています。	
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2日、看護師による健康管理を行っている。利用者の身体的な変化を看護師に伝え適切な医療情報が得られるように努めている。得られた情報は職員全員が共有している。		
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。	利用者が入院した際は、家族と情報を共有し経過を見て状態の把握に努めている。早期退院の為に情報交換も行い医療機関と連携を図っている。		
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、事業所の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	重度化した場合や終末期のあり方は、契約時に書面で説明をし同意を得ている。加齢による身体的な変化の対応は、事業所が出来る範囲の事を説明し必要時は早期に医療に連携を図ることを理解して頂いている。	契約時に事業所の方針を伝え理解を頂いており、事業所で定めた方針のもと、ご利用者の状態に応じて話し合いの場を持ち、ご利用者・ご家族の意向を確認し、ホームでできることを伝え、主治医と連携し支援しています。	
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	全職員が急変や事故発生時に的確に対応できるように普通救命講習を受講している。社内研修の計画にも取り入れて、初期対応についての実践力を身につけている。	職員には普通救命講習を受けてもらえるようにし、急変時に適切な初期対応ができるようにしています。また、ホームでも事故対応についての研修を行っています。	全ての職員が定期的に普通救命講習を受講するように改善されることを期待します。

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
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、日中と夜間想定 of 火災避難訓練を実施し職員全員が対応方法を習得している。訓練には町内会長や地域の方にも参加頂き協力体制を築いている。	年に2回事業所にて日中・水害を想定した避難訓練を行なっているほか、地域の方にも避難訓練に参加して頂き、協力していただける関係を構築しています。	
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	ご利用者の人格を尊重し、決してプライドを傷つけることのないように声掛けには十分配慮している。プライバシーの保護についても定期の社内研修を行い、職員全員が再認識するように努めている。	言葉かけ等が馴れ合いにならないよう、ご本人の人格を重視したケアが行えるように職員会議や研修の場で徹底されています。また、写真の掲示やホームページへの写真の掲載についても同意を得ています。	
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	ご利用者が日頃から自分の思いや希望を言えるような雰囲気作りに努めている。更に、出掛けたい所や購入したい物等自分で決めることができるような働きかけをし、それが実現できるように支援している。		
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	一日の生活は決して職員の都合を優先にした動きにならないように配慮している。利用者様お一人お一人のペースを大切に、個々の生活が充実したものになるように支援している。		
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	季節に合った衣類はご利用者が自分で選び易いように整理整頓をし、その日のお洒落を楽しんで頂きます。起床時には整容の声掛けやお手伝いをしている。また定期的に馴染みの理美容院に行けるような体制を作っている。		
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	メニューがサンドウィッチやいなり寿司の日には、ご利用者と一緒に行いその後の後片付けも行って頂いている。また、野菜のカットや盛り付けなどを手伝って頂くなど、出来る力を活かせるような支援をしている。	ご利用者と一緒におはぎ作りやぎょうざ作りも行っています。また、ホームの畑での野菜の収穫をご利用者と一緒に行ったり、ご利用者の希望に合わせた回転寿司やレストランへの外食支援も行っています。	

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
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レシピを基に調理を行い、個々に合った食事量や食事形態を考慮しバランスの良い栄養摂取に配慮している。治療食が必要な方は個別に対応している。水分はチェック表にて確認し、一日の必要量が取れるように努めている。		
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、全員の方の口腔ケアを実施している。自力で出来ない方は、その方に合わせた用具を使用し口腔内を清潔にし、食物残渣がないように注意をしている。		
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	排泄支援が必要な方は、排泄表に記録をし排泄周期を確認して定時に誘導や声掛けを行っている。出来るだけトイレで排泄できるように促し、失敗を最小限にできるように支援している。	支援が必要な方には排泄チェックを行ない、一人ひとりに合わせた適切な誘導、支援をしています。職員のさり気ない見守りや声かけで気持ちよくできています。	
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	主治医や看護師の管理の下、便秘を解消することの重要性を理解し、適度な運動や十分な水分補給を行いながら、便秘の解消や予防に努めている。		
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	入浴については、時間帯や回数や温度などの希望をお聞きして、気持ちよく入って頂けるように努めている。また、誕生日の外出支援などで希望があれば日帰りの温泉施設へ出かけ、温泉気分を味わって頂いている。	ご利用者の希望に添った時間帯に合わせて入浴支援しています。ご利用者の要望に合わせて同性介助での入浴支援を行ったり、近隣の日帰り温泉に行き入浴を楽しむご利用者もいます。	
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	ご本人の生活スタイルを大切に、休息の時間を取っている。夜間帯眠れない時は、お話を伺ったり、温かい飲み物を提供しその後の安眠に繋がられるように支援している。		
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	服薬マニュアルに沿って、確実に服用して頂けるように支援している。また処方された薬の効用や副作用についても理解し、変化の有無を確認している。		

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
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	情報収集した過去の生活歴に合わせて、得意な事や好きなことを役割として取り入れ、張り合いを持って生活できるように努めている。個々に嗜好品や楽しみを把握し、外出などで気分転換をして頂いている。		
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	ドライブや買い物などで戸外に出掛け、季節を味わって頂けるように支援している。ご利用者が自分から要望が言えるような環境にし、希望があった時は時間調整を行い対応するようにしている。	ご利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、ご要望に合わせた外食へ出かけたりもしています。また、季節に合わせたお花見やあじさい見学、菊祭りや山菜取りなどの外出も実施しています。	
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	金品は事務所内の金庫に保管させて頂いている。買い物には個々の財布を持参して、支払いも自分で行って頂いている。また、希望があればご家族の了承の下、ご本人にも金銭を所持して頂いている。		
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	希望があれば、その都度電話や手紙のやり取りができるように支援している。ご家族への電話については、可能な時間帯や電話番号を予めお聞きして、慎重に対応す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	共用の空間については、行事の写真を貼ったり季節感を出すような装飾をしている。また明るさや温度や音などにも配慮し、入居者様が全員リラックスできるような空間作りをしている。	共有スペースや廊下には外出や行事のスナップ写真、ご利用者の書いた絵や作品などが貼られています。	
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	共有スペースには食卓テーブルやソファが配置されているが、気の合った仲間が気楽に寛ぐことができるような空間作りを工夫している。		
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	今まで住んでいた自宅により近い環境になるように、使い慣れた家具や道具を持ち込んでもらっている。居室内はご本人が居心地よく過ごせるように写真を貼ったりしてその人らしい部屋作りのお手伝いをしている。	居室には、ソファーやタンス、遺影など、自宅から持ち込んでもらっています。また、ホームでの写真やご家族の写真、カレンダーを飾るなどして、その人らしい部屋作りの工夫をしています。	

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
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	一人ひとりが自立した生活が送れるように、各所に手摺りを設置したり不必要なものは排除し、施設内は安全に移動できるように配慮している。トイレなども分かり易いように表示をしている。		

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くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				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、活き活きと働いている (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