

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	ケアを提供する時に大切にしたい事について、職員一人ひとり意見を出し合い、それを基に話し合い理念を作っている。出勤時や朝礼時に理念を唱和して、共有・実践に向けて取り組んでいる。	4年前に全職員で話し合い作成した事業所独自の理念である。ホールや事務所、スタッフルームなど目につく場所に掲示し、共有している。職員は理念に沿って利用者主体に考え本人の全体像を把握しその人を理解した上でケアに当たっており、また、日々理念を確認しながらケアの振り返りを行ない、実践に繋げている。	現理念を作成してから4年が経過しており、職員の入れ替わりも進んでいることから、地域や利用者のニーズ、状況の変化や等を考慮し、地域密着型サービスの意義や役割を考えながら、現状にあった作り変えも視野に入れて職員全員で話し合いの場を持つことに期待したい。
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	子供太鼓やさいの神、小学生との交流会等の地域行事に積極的に参加している。また回覧板を回したり、散歩の時に立ち話をする等近所の方とのふれあいを大切にしている。	日頃から近辺を散歩して近隣の方や近くの高校に通う学生と挨拶や会話を交わしふれあっている。また、中学生の職場体験の受け入れや、毎月ホームの見学会を実施したり、ニチイまつり(文化祭と夏祭りの2回)を開催して近隣住民に参加を呼びかけたりしながら、気軽に立ち寄れるホームを目指した取り組みも行っている。回覧板等で地域や学校の行事情報を入手し、地域の祭りに参加したり小学生や他事業所との交流会への参加、神社清掃に協力したりするなど、地域行事にも積極的に出向き交流を深めている。	
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	見学会や文化祭等の催しと合わせて、地域の方々に向けて認知症講座や悩み相談の案内を出している。		
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	運営推進会議の中で報告、話し合い、意見集約を行っており、サービスの向上に活かしている。	利用者代表・家族代表・市の介護保険課職員・地域包括職員・コミュニティーセンター職員・民生委員・地域代表・地域密着サービスの知見者などのメンバーで2か月に1回開催しており、現況報告・行事報告を行い意見交換している。うち2回の会議には市の介護相談員も参加し、利用者から聞き取りした内容を報告して利用者への理解をより深めることに役立てている。また、コミュニティーセンターに利用者作品を置く許可をもらうなど地域との交流促進に活かしている。参加できなかった委員の方には議事録を配布し会議の内容を伝えている。	
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	市の介護相談員を2ヶ月に1回受け入れている。また、市の集団指導やグループホームの意見交換会にも出席し協力関係を築いている。	市の介護保険課職員や介護相談員に運営推進会議に参加してもらい、報告や意見交換を通じて事業所の状況について把握してもらっている。また、日頃から不明点等があればこまめに相談し確認しているほか、市主催のグループホーム連絡会や研修会にも積極的に出席し、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	身体拘束廃止委員会を中心に適時勉強会を行い身体拘束について学び、身体拘束をしないケアを行っている。また、日々のケアの中でも利用者の行動を抑制しないような対応を心掛けている。	ユニット毎に身体拘束廃止委員会が設置されており、委員会が定期的に勉強会を実施し、職員は身体拘束をしないケアについて理解を深めている。また、委員が中心となり、日々のケアの中で言葉の抑制など拘束にあたる行為がないか常にチェックしている。見守りに努め安全確保し、柵類は使用の妥当性を検討し代替品で工夫するなど、自由を抑制しないケアの実践に努めている。	

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
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	高齢者虐待防止関連法等についての研修を行い知識を学び虐待防止に取り組み、入浴時に身体チェックをして虐待が見過ごされる事が無いよう注意している。	研修で学んでおり、日々のケアが虐待にあたらないか職員同士がお互いに確認している。入浴等に青アザの有無確認等の身体チェックを行ない、虐待が見過ごされる事がないよう注意を払っている。管理者は法人のストレスマネジメントの研修を受講しており、職員のストレスに配慮した適切な対応をとっている。	
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	研修等に参加し、必要性のある方へは提案、情報提供を行っている。職員へはホーム会議にて情報共有している。		
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	契約時において十分な説明を行い理解、納得して頂いている。疑問点についてもその都度説明し、理解を得ている。また、改定時には家族会にて説明し、理解を得ている。		
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	苦情相談窓口を明示し、意見箱の設置や家族会、顧客満足度調査を実施し、意見を表せる機会を設け運営に反映させている。	面会時に利用者の様子を伝え意見を聞くとともに、家族会の開催や顧客満足度調査の実施、運営推進会議にも参加してもらうなど意見を表せる機会を設けている。出された意見は職員で話し合い、運営に反映している。トイレの設置数についての意見があり、増設は困難であるためトイレ誘導の方法を工夫して対応した例がある。	
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	毎日の申し送りやホーム会議、各委員会で意見の提案を聞く機会を設け、運営に反映させている。業務時間の見直しを実施した例がある。	月1回、ホーム会議を開催し、職員が意見や提案を表出する場としている。そのさい、管理者は職員が自分から意見を言うことが重要と考え、議題の検討のほかに意見交換のための時間を設け発言を促しているため、活発な意見交換が行われている。職員意見を受け、業務時間帯を調整して仕事負担を平均化したり、業務効率が良くなるよう棚を設置したりするなど、出された意見・提案には柔軟に対応している。	
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	各拠点において管理者が独自性を持ち、職員個々の勤務状況を把握、個別面談を行い、職員が自信を持ち、安心して働ける環境作りに努めている。		
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	採用時の新人研修・ホーム内での研修・支店での研修等、必要な研修を受ける機会を確保している。		

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
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	市の意見交換会及び同業者研修会への参加や、川西地域のグループホームの親睦会での交流を通して意見交換を行っている。		
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	事前訪問や見学等で本人の話を傾聴し、思いを受け止め、安心を確保するための関係を築いている。		
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	事前訪問や見学等で家族の話を傾聴し、思いを受け止め、関係づくりに努めている。		
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	申し込み時や事前訪問の時に本当に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。		
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、共に楽しめる雰囲気作りに努めている。又、家事等、過去の経験から色々教えて頂き共に生活する者同士の関係を築いている。		
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	定期的に居室担当者が季節毎の行事や外出等のお誘いご利用者のホームでの様子を手紙で家族に郵送している。面会時や家では見られないご利用者の表情を見て喜ばれる家族もおられ、入居が長くなると疎遠になりがちだが、良い関係が築けるよう支援している。	2ヶ月に1回、様子を知らせる手紙と写真を送り、また電話などで利用者の日々の様子を伝え、日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努めている。また、行事には家族にも参加を呼び掛けたり、面会時はお茶を出して利用者と一緒に過ごしてもらえるよう配慮したりしながら、本人と家族の絆の維持を支援している。	
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	自宅への一時帰宅や、親族や知人に会いに行く等、ご家族の協力を得て外出されている。知人が来られることもあるが、ゆっくり過ごしてもらえるように支援している。	センター方式を活用し、入居時に家族などから聞き取り把握している。入居後も把握に努め、面会に来た知人から新たな情報が得られたこともある。家族の協力で自宅や美容院など馴染みの場所に出かけたり、手紙の返事を職員が手伝って書くなど関係継続できるよう支援している。外出行事も馴染みの場所へ行くようにしている。	

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
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把握し、時には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合えるような支援に努めている。		
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	継続的に関わりを必要とする方がいれば、必要に応じ相談し支援に努めている。		
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	センター方式を取り入れており、居室担当者を中心に日頃の言動や会話から希望や意向を把握し定期的な書き込み、状況の変化があれば、その人らしい生活に結びつけられるように検討し取り組んでいる。	日々の関わりの中で把握している。お茶の時間にゆっくり話を聞いたり、居室にいる時や夜寝つけない時など1対1の場面を捉え思いを聞いている。意思の疎通が難しい方は、家族など関係者と相談しながら本人の立場に立って検討している。	
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	ご家族、ご本人、ケアマネージャー等関係者から情報収集し、センター方式できめ細かく把握に努め、さらにシートを埋めていくことで、これまでの情報について継続して把握することに努め、その人らしさを大切に自分らしく暮らせるよう支援している。	入居時センター方式のシートに家族から記入してもらったり、以前利用していたサービスの関係者から情報収集している。また、入居前に自宅や利用中の施設を訪問して日々の暮らし方や生活環境を確認し把握している。入居後も把握に努め、知り得たことはセンター方式に追記し共有している。	
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	日々の生活の中で一人ひとりの現状を把握し、介護記録やセンター方式を利用し、職員全員が把握できるように努めている。		
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、もしくは必要時、その都度モニタリングを行い、ユニット会議でカンファレンスし問題、リスクがある場合はご家族と相談し介護計画書の変更、作成を行っている。	計画作成担当者は日頃から職員の意見や家族の要望を聞くことに努め、3ヶ月に1回モニタリングを行ない、サービス担当者会議を開催して必要時計画を見直している。計画に沿って日常生活支援シートを作成し、統一したケアを実践している。	
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	介護記録や定期的に行っているカンファレンスで情報を共有しながら実践や介護計画書の見直しに活かしている。		

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
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	その時々一人ひとりの身体、精神状態に合わせたケアを提供している。ご家族の希望に添い柔軟な支援を行えるよう各関連機関との関係を構築している。		
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	暮らしに関わる民生委員、防災、ボランティア等と協力し、安全で豊かな暮らしを送って頂けるよう支援している。		
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	本人の状態に合わせて適切な医療を受けられるようご家族と相談し、生活の様子の記録やバイタルチェック表にて情報提供を行っている。	かかりつけ医に家族同行で受診し、文書やバイタルチェック表で情報提供している。受診結果は受診健康管理記録に記入し共有している。はじめての病院で受診する際には職員が同行し状態の説明を行なっている。協力医への受診同行は職員が行ない、状態変化時は電話で相談している。週1回看護師による健康管理が行われており、その際に専門科受診についてのアドバイス等も行い、適切な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	平成23年12月に医療連携体制加算を取得。訪問看護ステーションさんわとの連携を行い、毎週看護師が訪問し利用者の体調管理の支援・アドバイスを受けている。適切な受診・看護を受けられる体制が整っている。		
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。	病院、ご家族との情報の共有、相談を行い、早期に安心して退院できるよう支援している。また、ケースワーカーとの情報交換を行っている。		
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、吸引・胃ろう・点滴等で常時医療行為を必要とする場合等、重度化し医療依存度が高くなった場合は対応が難しくなってくることを説明している。重度化した場合に備え早い段階から今後の対応を話し合っている。	入居時家族に「重度化した場合における指針」について説明し承諾を得ている。また常時医療行為が必要な場合は対応が難しいことを説明している。状態変化に応じて家族・本人・看護師・主治医など関係者と話し合い方針を統一している。家族や本人のニーズをくみ取り、出来る限りの支援をしている。	
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	消防署の協力を得て心肺蘇生法の講習を受けている。緊急時対応の研修を行い、個人別の緊急連絡先・既往歴・薬の情報等をまとめたファイルを用意し、緊急時に備えている。	年1回心肺蘇生法の講習を受けている。緊急時対応ファイルに緊急時のフローチャートや応急手当マニュアル・個人別の情報を入れている。また意識障害・骨折・やけど・誤嚥などの対処方法についてリスクマネジメント委員会が中心となり研修している。利用者の重度化に伴い誤嚥のリスクが高くなっており、食事は本人に合った食形態で提供し事故防止に努めている。	

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
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回火災防災避難訓練を実施している。(うち1回は消防署立ち合い) 災害セットや水・食料等を備蓄している。	年2回昼夜想定で避難訓練を行なっている。地震や風水害のマニュアルも掲示し、どのような行動をとるべきか職員間で話し合っている。非常災害持ち出し用ファイルを作成し、ハザードマップやマニュアル・個人別の情報などを災害時に必要な情報をまとめたり、家具を固定するなどして災害に備えている。近隣の企業や住民の方には災害時の協力を依頼している。	
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	入居者一人ひとりに対し、尊厳を大切にしたい言葉かけを行っている。記録物は利用者の目に触れないように気を付けプライバシーを守っている。	入社時接遇や認知症ケアについて研修を受けている。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が心がけている。認知症についての理解を深めた上で対応することや、折に触れ感謝の言葉を伝えたり、教えてもらうなどその方を尊敬し認めることが人格の尊重に繋がると考え、実践している。記録類は入居者の目に触れないよう配慮している。	
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	本人の思いや希望を把握し、納得しながら暮らせるように支援している。レクリエーションや余暇活動の時間等、希望を取り入れ自由に過ごして頂いている。		
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	食事、入浴、排泄等、一人ひとりのペースを大切に、その日の希望に沿って「その人らしく」過ごせ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	入浴や着替えの時に着る服を選んで頂いたり、移動美容室で好きな髪型にして頂いたり等、本人の意思を尊重した支援を心がけている。		
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	一人ひとりの好みを聞き、それを参考にして献立を考え調理している。食前の台拭きや盛り付け、食後には食器拭きなどの片付けを一緒に行っている。	入居者の好みを取り入れ職員が献立を作っている。菜園があり、収穫した野菜も利用している。食事の準備は盛り付けや下膳など出来る範囲で一緒に行なっている。ホットケーキやお好み焼きを一緒に作ったり、お寿司やラーメンの出前を取ることもある。またテラスでバーベキューをするなど楽しむ工夫をしている。	
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	同じ食材を連日使用しない工夫をしている。水分量は介護記録を見ながら一人ひとりの摂取量を把握し確保でき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
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	毎食後声かけし、自分で出来る方は自力で行って頂き、自分で出来ない方は介助にて口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェック表にて一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるようにトイレ誘導や促しを行っている。	排泄パターンやしぐさなどのサインを把握し誘導している。自立していても場所が分からない方などはプライドを傷つけないようさりげなく誘導している。パットやリハパンの利用はその方に合わせて検討し、身体機能についてもできる・できないを把握して必要な介助をしている。	
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	排便の状態をチェックし、個々に応じた水分・食事を摂取している。レクリエーションに体操を取り入れなるべく身体を動かして頂けるよう工夫している。		
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	タイミングを合わせ楽しく会話をしながら、入浴の気持ち良さ楽しさを感じて頂けるように個々にそった支援をしている。また、「湯」の暖簾や入浴剤を使用し、温泉気分を出して楽しめる工夫をしている。	週2・3回は入ってもらえるよう支援している。希望があれば毎日でも対応している。入る時間もなるべく希望に沿えるようにしている。入浴剤を選んでもらったり、好みの湯温に調節するなど楽しく気持ちよく入れるよう心がけている。拒否する方にはタイミングを見て声をかけ無理強いせず入ってもらっている。	
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	一人ひとりの習慣、状況に合わせて、安心して休息、眠れるよう工夫している。		
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	薬の説明書を個人別にファイルし、理解に努めている。特に下剤での排便コントロールが必要な方は適切な排便を促すために下剤量の調整に注意している。		
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	掃除、食器拭き、洗濯たたみ等、役割を持ち生活を楽しめるように場面を作っている。箱折り・折り紙・塗り絵等の手作業や菜園での農作業の支援もやっている。		

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
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	一人ひとりの希望に沿って買い物や散歩等出かけられるよう支援している。また、普段行けないような場所も本人の希望を把握し、ご家族の協力を得て出掛けられるように支援している。	日頃から散歩や買い物に出かけている。普段行けないような場所もジャンボタクシーを手配し、千秋が原ふるさとの森・歴史博物館・丘陵公園のバラ園などに出かけている。またテラスにイスを出して日光浴をしたり、草取りや花の水やり・畑の手入れなど戸外で過ごすことを大切にしている。個別の外出は家族の協力を得て行っている。	
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	お金の所持は会社ルールとして控えていたが希望があれば本人、家族と相談の上、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	いつでも自由に電話をしたり、手紙のやり取りが出来るよう支援している。		
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	共用の空間は全体的に茶色を基調として家庭的な雰囲気を保ち、リビングには手作りの作品や季節の花や物を飾っている。和室にコタツを置いたり、廊下に椅子を設置する等、思い思いに居心地良く過ごせる空間作りをしている。	テラスに続く窓から光が差し込み明るく開放感がある。カーテンで眩しすぎないように調節している。畳コーナーにはコタツが設置してあり、寝転んで入るなど自由に利用している。季節の花を活けたり、共同作品を掲示して居心地良く過ごせるよう工夫している。また消毒・清掃・換気など頻繁に行い感染症予防に努めている。	
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	気の合った利用者同士、好きな場所へ移動したり、思い思いに過ごしている。		
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	ベッドやタンス等使い慣れたものや、手作りの作品、家族の写真等好みのものを活かして居心地よく過ごせるよう工夫している。	使い慣れた家具やテレビなど自由に持ち込んでもらっている。家族からプレゼントされた花かごなど、好みのものを飾り、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	一人ひとりの力を活かしたケアと環境作りを行い、自立して暮らせるよう工夫している。		

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				