

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念をフロア内の見える所に掲示し、共有をしている。地域の商店を利用したり、日々の生活の中でも笑顔を引き出せるように努めている。	理念を普段から意識できるように事業所の玄関や共有スペースへの掲示、業務日誌にも掲載しています。また、年度のはじめには目標も設定し、理念が実践できるように努めています。	
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	馴染みの商店に利用者も同行して頂いたり、行事には地域の方からも参加して頂きながら交流を図っている。地産野菜を調理、提供し郷土料理を味わって頂きながら地産地消に努めている。	地域の方から野菜を頂いたり、保育園のお遊戯会や運動会に見学にも出かけました。事業所の納涼祭やちまき作りの際には地域の方に参加して頂いたり、地域のお祭りや運動会に参加するなどし、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	行事の参加を求めて実際の現場をみて頂く機会はあるがなかなか地域の方に支援方法は活かせていない。施設長、管理者中心にキャラバンメイトの活動を行った。		
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	会議では、地域の方々からの参加もあり質問や要望について出来るだけ応えられるよう行っているが、利用者の家族からの出席率は低い。不参加の家族には会議録も送付している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、区長、老人会長、民生委員、市の担当者、地域包括支援センター職員、ご利用者、ご家族、職員に参加してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、不参加のご家族にも内容が分かるように議事録を送付しています。	
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	おおむね2ヶ月に1回の運営推進会議に参加して頂き情報交換を行ったり、管理者、ケアマネージャー中心に今後のサービス向上について話し合いや連携をとれるよう取り組んでいる。	市の担当者、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、不明な点について連絡を取り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	施錠については緊急時や夜間以外行わず、その他の拘束についても会議などで話し合いを行っている。対象となる具体的な行為については今後も話し合いを行っていきたい。	開設時に身体拘束のマニュアルを作成し周知徹底をしているほか、玄関の施錠も夜間や緊急時以外はしないようにし、言葉の遣い方についても気づいた時に指導するなど、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逃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	日頃から入浴時などに身体チェックを行い、職員の意識を高め防止に努めており、利用者同士の言葉の攻撃防止にも力を入れている。言葉遣いや虐待について内部研修で学ぶ機会を取り入れていく必要がある。	入浴時などに身体チェックを行っているほか、ご利用者同士の言葉の攻撃の防止にも力をいれて職員に周知徹底しており、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	現段階では対象となる方はいないが、管理者が主に行っている。介護職員が学ぶ機会が少ない為今後勉強する機会が必要と思われる。		
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	管理者が主に説明を行っており、契約時等もご家族へ不明な点などを聞いている。職員へも定期会議や報告書等で理解できるようにしている。		
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	面会時や受診時、行事等に参加して下さった際に家族と意見交換ができるよう職員から話しかけるようにしている。利用者の話を傾聴し何かあれば記録に残すようにしている。	運営推進会議の場だけでなく、ご利用者の誕生会の際にご家族にも来て頂いたり、面会時や受診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。	
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	定期会議で意見交換を行ったり、日頃から何かあれば話し合いを行っており、代表者や管理者と話しやすい関係性である。	日常の業務の中で職員から改善提案があれば、申し送りノートに記入してもらうようにしており、毎月の会議の場で職員同士で検討が行われ、改善に繋げています。また、職員会議では職員からも気になるテーマを挙げてもらい検討する時間を設けています。	
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	職員同士が気持ちよく働けるよう事業所内を清潔に保ち、職員の要望も受け入れ勤務時間などの体制づくりを行っている。		
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	先輩職員から指導を受けながら研修記録等を活用し行っている。働きながら資格取得できるよう支援をし、外部の研修にも積極的に参加している。		

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	近隣の事業所と集まり運動会を開催したり、行事の情報の共有をしている。市が主催する研修に参加したり、飲み会等に参加し、意見交換やサービスの質の向上などの為に他事業所との交流を図っている。		
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用当初は混乱や不穏状態が見られる事が多いが、その方の訴えなどに耳を傾けた上で、安心して生活ができるよう担当者を中心に話し合いを行い、時には家族からも協力して頂いている。		
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	入居してからの様子を必ず伝え、家族から話を聞くようにしている。ケアプラン作成時には家族の意見や要望も取り入れている。		
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	関わる方々からの情報を踏まえ、利用者本人と家族への支援を見極め、情報交換を行いその人らしい生活が送れるよう支援している。		
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	普段の生活の中の会話などを通じて利用者と親しみやすい関係を築くようにしている。その他にも利用者同士の関係性にも気を付けながら支援している。		
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	利用者と家族が疎遠にならないよう毎月手紙を書き、本人の状態や行事の参加の声かけを行い、面会や外出等ができる機会を持って頂くよう支援し、受診も家族から対応してもらっている。	事業所広報を2ヶ月に1度送付しているほか、担当職員より毎月個別にお手紙をお送りし、事業所での生活の様子をお伝えしています。受診・外出・外食の支援もご家族の協力をいただいております。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	キーパーソンを中心に家族と事業所で連携を取り合い、外出や外泊、面会などをお願いしている。友人との電話や手紙のやり取りも行っている。	ご家族にも協力して頂き、馴染みの商店へ買い物に出かけたり、行きつけの美容院に来て頂いたり、友人に面会に来て頂いたり、お墓参りに出かけるなど、今までの関係継続支援に努めています。	

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	食席の配置や馴染みの場所で穏やかに過ごして頂けるよう気を配り、孤立や対立がないよう職員が間に入り、リクリエーションなどを通じて交流を持って頂いている。		
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	サービスの利用が終了しても、本人のいる施設等に面会に行ったりしている。ご家族へは相談などがあれば随時行き、ご家族から連絡を頂く事もある。		
<b>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</b>					
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	日々の生活の中で本人が話した事や言葉に気を留め、カルテなどに記入をしている。センター方式を活用し本人の意思を尊重できるようカンファレンス等で情報共有できるよう努めている。	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、その情報は職員会議で共有され、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には参加が可能なご家族には参加していただき、要望を確認しています。	
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	入居前の事前調査などから生活歴やご自宅、サービス利用時の様子などフェイスシート、センター方式の様式を活用して情報共有している。	入居時に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、ご本人の生活歴や嗜好を確認しています。また、年に1度は担当者がセンター方式の見直しも行き、定期的に新たに得られた情報の追加も行っています。	調査時点でセンター方式の更新の時期と介護計画の見直しの時期がずれていましたので、同じ時期に見直されるようにされることを期待します。また、追加された情報がいつ追加された情報かも分かるように記載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	生活記録にて一日の過ごし方や日々の変化に気づけるよう努めている。生活の中で変化があった場合には職員間で情報共有できるよう記録、申し送りの徹底に努めている。		
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	担当者が主体となり評価表を作成しカンファレンスを行っている。ケアプランの更新の際には本人、家族、職員、ケアマネージャーとで担当者会議も開催している。必要に応じ主治医とも連携をとり話し合いも行き、作成している。	ケアプランの検討はご本人・ご家族も交え実施し、6か月毎の短期目標、1年毎の長期目標を決定しています。モニタリングも担当介護職員により毎月実施し、その内容をもとに毎月のカンファレンスで職員間で検討が行われています。	調査時点で、毎月のモニタリングの内容が介護計画に活かされていないところや、継続判定のチェックが漏れているところもありましたので、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
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	介護計画書をもとに定期的に評価を行い、職員間で情報の共有を行ったり、ケアの見直しを行っている。		
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	利用者、家族の状況やニーズに合わせて相談、助言を行いながら臨機応変に対応している。職員間で情報共有できるように申し送りノートを活用し対応している。		
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	管理者が主になり職員に情報提供し、地域の公共施設を活用し外出を行っている。地域の方々から季節の食材を頂き、その食材もメニューに取り入れ献立をたてている。		
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	受診は基本的に今までの経緯がわかるかかりつけ医へ家族付き添いのもと行って頂いている。受診が困難な場合は連携している医院へ往診、ヘルパーへ依頼し受診して頂く事もある。	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、受診時は原則ご家族が付き添いますが、往診にも来て頂いており、手紙や電話にて医師と状況の確認が行われています。	
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	体調の変化などが見られた場合、家族に報告し医療との連携をとるようにしている。必要に応じ看護、職員間で話し合いをし状況に応じて病院と連携を取り適切な治療が行われている。		
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。	管理者、ケアマネージャーを中心に医療機関との連携を図り、情報交換や今後の対応について伺っている。なお得た情報は職員へも伝えるように報告書等を活用し、情報提供、共有を行っている。		

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
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	事業所として契約時にターミナルケアを行えない事の説明を行っているが、必要に応じてご家族、協力医院との連携を図り、方針やマニュアルを作成しできる限りの対応を行っている。	事業所でも重度化した場合の対応に係る指針を作成し、契約段階で管理者はホームの方針を伝えていきます。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、支援していきたいと考えています。	
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	緊急時の対応などマニュアルがあり、避難訓練や応急救護の訓練(AED)を行っている。訓練の回数や経験が少なく、特に新人職員にはまだ不安が見られる。	消防署職員に事業所に来てもらい救急法の講習も受けており、急変時に適切な初期対応ができるようにしています。	
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	利用者や地域の方々にも参加して頂きながら避難訓練を行っているが、地域の方との連携がうまくいか不安がある。また、職員間での緊急連絡網訓練も行っている。	年に2回、日中の火災や地震を想定した避難訓練を行なっています。地域の方にも協力を得られるよう、ご近所の方にも事業所の避難訓練に参加して頂きました。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の今まで培ってきた誇りや人格を受け入れながら、プライバシーや自尊心を傷つけないよう心がけを行っている。また会議などで議題にあげ定期的に学ぶ機会を設けている。	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の場等で徹底されています。また、広報でのご利用者の写真の掲載やホームでの掲示についても書面で同意を得ています。	
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	本人より入浴や食事の拒否があったりした場合には、無理に進めず本人の意思を尊重するよう心掛けている。食事の好き嫌いは本人の希望や好みに合わせ個別対応している。		
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	出来る限り行っているが、業務等が忙しいと職員のペースになりがちになってしまう事がある。余裕のある時などは、本人の希望により出来る事をして頂いている。		
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	衣類は家族から用意いただく事が多いが、入浴時や外出時などご自分で好きな衣類を選んでもらっている。行事などの時に職員が利用者へお化粧し、お洒落を楽しむ事もあり、馴染みの床屋へ散髪に出掛けられる事もある。		

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
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	季節の食材を味わってもらえるようメニューに取り入れたり、誕生日など特別な日にはリクエストを伺ったりしている。野菜などの皮むきや芽取りなどの下準備、後片付けなど出来る事は行ってもらっている。食事の好き嫌いには個別対応を行っている。	ご利用者にも出来る範囲で野菜の皮むきや、食器拭き等も行ってもらっています。誕生日など特別な日にはご利用者の要望に合わせたメニューを提供したり、外出に出かけたり、ちまきづくりと一緒に楽しむこともありました。	
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	正確なカロリー計算はできていないが、利用者に合わせて塩分、糖分は医師の指示に従い特に注意をし対応をしている。水分量はいつでもお茶が飲めるようテーブルに出し、自由に飲んで頂いている。		
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	毎食後口腔ケアを行っており、自分でケアが不十分な場合には介助を行っている。また口臭などにも気を付け、舌磨きも行っている。		
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	リハビリパンツを使用している方も食事前後や本人の排泄パターンをチェック表から把握し、個別のトイレ誘導の支援を行っている。	ご利用者全員に排尿・排便のチェックを行ない、一人ひとりに合わせた適切な誘導、支援をしています。	
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	主に処方された下剤などで調整を行っているが、その他にも軽い体操や運動、散歩などで身体を動かして頂き、食事では食物繊維が多く摂れるよう工夫し便秘予防を行っている。		
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	出来るだけ本人の意向を伺うが、基本的に最低週2回は入浴して頂き、拒否がある方には希望やタイミングに合わせて支援をしている。夜間帯は職員体制的に常時行っていない。	ご利用者の希望に添った入浴支援をしており、拒否がある方にもタイミングを見計らい対応し、入浴して頂けるよう支援しています。	
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	日中に傾眠が見られたり、本人の希望があった時にはその方に応じて居室で休んでいただいているが、昼夜逆転などが起こらないように声かけを行い、個々の生活習慣に応じ対応している。		

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
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	全ては把握できていないが、特に眠気やふらつき、副作用がある場合には職員全体で把握し注意している。また薬セットされている箱に一目見てわかるよう写真などを活用し薬品名を記載するなど工夫をしている。		
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	本人の趣味など情報収集をし、個々にあった楽しみや役割を見つけ出し支援している。その他にもドライブ、散歩、日光浴、外食なども行っている。11月に開催予定の文化祭で展示する作品作りを個々に行っている。		
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	ご家族の協力も得て、散髪、外泊などを行っている。月の行事で普段行けない所へ外出をしたり、外でお茶をするなどし、強制的ではなく本人の意向も伺いながら行っている。	ご利用者と一緒に近くの商店やスーパーに買物に出かけているほか、季節に合わせたお花見やコスモス見学、もみじ見学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	本人の希望に添いながらご家族とも話し合い、必要最小限の金額で個人管理している。職員が代行で行ったり、一緒に近所の商店へ行き買い物をする事があり、購入時には職員が把握している。		
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	本人の希望がある場合には電話をしたり、手紙を書いたりしている。出来る方には年賀状なども書いて頂いている。		
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	その日の気温に合わせて室温の調節を行っている。動線の確保や清潔、整理整頓を心がけながら利用者と一緒に毎月季節の壁画作りやお花、観葉植物などを飾り居心地の良い空間づくりを工夫している。	リビングにはソファが置かれ、ゆっくりとテレビを見ながらくつろげる環境になっています。近所の方から頂いたお花を飾ったり、季節に合わせた作品を飾ったりと季節に合わせた装飾を意識しています。	



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
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	利用者の表情や行動を観察し、なるべくその方にあった食席やソファの配置などに気を配っている。		
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	家族にも相談し、居室で使用する家具などは今まで自宅で使用していた馴染みのある物を持ってきて頂き、家族の写真等を飾り居心地の良い環境づくりを心がけている。	居室には、タンスや机などの使い慣れた物を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。	
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	危険がないよう安全で自立した生活が送れるようにトイレの場所がわかりやすいように大きく表示したり、居室の扉も同じ為のれんを活用し目印にしている。タンスの引き出しにはシールを貼り個々の能力を活かせるようにしている。		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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く (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、安心して暮らしている (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			