

## 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	理念・運営方針を日々意識し業務遂行が行なえるよう事業所内に掲示。職員はいつでも内容を確認し、意識して実践できるよう取り組んでいる。	開設時に職員全員で理念の検討を行い、日頃から意識できるように理念をホーム内に掲示しています。また、年度初めに職員と検討の機会を設け、年間のホームの目標も設定し、理念を実践できるように心がけています。	
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	事業所広報を地域に回覧。地域へ向け介護学習会・認知症カフェ・近隣小学校との交流等を行い気軽に立ち寄って頂けるような工夫を行っている。(キッズスペースあり)センター全体で地域を巻き込んだ行事を開催し、地域の方のボランティア等の協力も得ている。その他、地域のお祭りや運動会に出掛けるなど地域との交流を深め活動を行っている。	毎月、事業所広報を地域に回覧したり、町内会の一員として地域の祭りや運動会に参加したり、小学校の文化祭にご利用者の作品を出展したり、月に1度の千手カフェ、事業所の文化祭などの行事にも地域の方にも参加して頂くなどして地域との交流を深めています。	
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・介護の日・千手オレンジカフェを利用し介護相談会や認知症講座(認知症予防食・認知症研修・簡易検査)を開催している。常時、見学の受け入れや広報誌の配布にて情報提供をしている。		
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	併設事業と合同で開催。利用者・家族代表・町内会長・地域包括支援センター職員・学識経験者・市担当者等で構成し2ヶ月に1回開催。行事活動・利用状況・取組内容・事故報告・ボランティア受け入れ状況等を報告。参加者から様々な意見を頂きサービスの向上に繋げている。	運営推進会議は併設の特別養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2カ月に1度開催しており、ご家族代表、町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、市の担当者等で構成しています。行事活動の報告や利用状況の報告を行い、参加者からも様々な意見を頂き、サービスの向上に繋げています。	
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に取り組んでいる	市の担当者に運営推進会議に参加して頂き意見の交換を行っているほか、定期的に介護相談員の方に来ていただき、必要に応じて相談や協議等を行う中で協力関係を築いている。	市の担当者には運営推進会議に毎回参加していただいているほか、市の介護相談員の方にも年に2回来て頂き、必要に応じて相談や協議等を行う中で協力関係を築いています。	
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	身体拘束について研修を年2回実施。職員間で知識・理解を深める機会を設けている。マニュアルをいつでも確認できるようにし、身体拘束を行わない検討・対策をしている。	年に2度は事業所内で身体拘束の研修を行い、身体拘束について理解を深めるとともに、日常業務の中でも言葉遣いで気になる点があれば注意したり、玄関の施錠も夜間のみとするなど、身体拘束を行わないように徹底しています。	

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	虐待防止についての研修を年2回実施。高齢者を取り巻く現状や防止策について学習。利用者への虐待を見逃さないように注意を払っている。	年に2度は事業所内で虐待防止の研修を行い虐待防止について理解を深めるとともに、日々のミーティングにおいてご利用者の様子等の情報を共有し、虐待が見過ごされることがないように注意を払っています。	
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	日常生活支援事業・成年後見制度を利用・活用されている方もいることから身近に学べる機会がある。		
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	契約の前には基本的に見学をして頂き、不安や疑問に思われたことに答えている。施設の特徴・入居基準・利用料など分かりやすい書類を準備し、各項目ごとに説明を行い不安等の解決を行っている。		
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	日々の生活や会話の中から利用者の思いや要望を確認し実現に向けて取り組んでいる。家族へは面会（カンファレンス）や行事で来られた際や電話で要望等を確認。声に出して頂ける関係作りに努めている。希望に応じて家族へメールを利用し意向を確認している方もいる。玄関には意見箱を設置。満足度調査も定期実施している。	ご利用者とは、日々の生活の中で意見や要望を確認するようにしています。面会時にはご家族との会話を大事にし、ご要望に合わせてメールを使用するなどし、意向を確認しています。9月の敬老会にもご家族に参加して頂くなどし、ご家族との良好な関係づくりに努めています。	
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	連絡ノートの活用や毎月のミーティング、日々の話し合い等で意見交換や提案を聞く機会を設け必要に応じて検討・評価を行い運営に反映させている。その他、年に2回個別で管理者と職員が面談する機会を設け意見や提案を確認している。	日々の話し合いや月1回の職員会議を開催する中で、管理者は職員の意見を聞いています。また、年に2回は職員との個人面談も行うなどし、職員の意見が取り入れられるようにしています。	
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	日々の業務の中で一人ひとりの職員の努力や実績、勤務状況の把握に努めている。毎月行われる職員連絡協議会にて職員の声を聞き反映させている。		
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	センター内で毎月研修を行っているほか園内全体での合同ミーティングや入職1年・3年・5年、中間管理職・幹部職の研修、訪問看護による研修、外部研修にそれぞれに参加し知識やスキルの向上に努めている。		

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
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	園内複数のグループホームと交流を図り、日常的に情報交換(毎月1回)や相互の事業所の見学、定期的な研修を行い質の向上に努めている。また、県内のグループホーム協議会の中でも中心的な役割を担っており交流や研修に参加している。		
<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	サービス導入前に自宅やサービス事業所へ訪問し、生活状況の確認や本人・家族との話し合いにより生活歴や本人の思いを理解し受け止め安心して生活して頂ける関係作りに努めている。		
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	サービス導入時の家族との面談で不安や要望等を確認している。本人に対する生活の意向を確認しサービス計画書に反映させている。		
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	サービス導入前の面談にて、本人・家族の困っている事を聞き取り必要な支援を見極め、必要に応じて他のサービスについての説明も行っている。		
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	花壇の水やり・たたみ物・お皿拭き・部屋の掃除・料理の手伝いなどその人に応じてできることをやって頂き、生活を共に支えていく関係作りを行い自立支援に繋げている。		
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	受診や外食、居室の環境作りなど状況に応じて家族が協力し出来ることは手伝って頂いている。メールや電話を活用し常にご家族と情報の共有を心掛けている。敬老会などご家族も一緒に参加していただける行事を企画し、共に本人を支えていけるような関係作りに努めている。	定期的に事業所の広報をご家族に送付しているほか、状況に合わせメールでのやりとりや電話連絡も行い、ご家族に情報の提供を行っています。ご家族の支援のもと定期受診に行かれたり、ご自宅に出かけるご利用者もいるなど、ご家族としての役割も担って頂けるようにしています。ご家族も共に楽しめる行事も企画し、ご家族の方にも参加していただける機会も設けています。	

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
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	馴染みの美容室の利用やいつも行っていたお店への外食等に外出して頂いている。知人や近所の方が面会に来て下さることもあり、これまでの関係が途切れないように努めている。知人や家族等との外出・外泊も積極的に行なっている。	知人の方に面会に来ていただいたり、ご自宅に出かけたり、なじみの美容室を利用される方もいます。ご利用者との会話の中からニーズを聞き出し、馴染みの関係が継続できるように支援しています。	
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把握し、食事の席を工夫したり、利用者間の仲介を行ったり外出行事を計画している。介助が必要な利用者に対し他の利用者が手助けする場面もあり、日常的に交流できる環境作りを行っている。		
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	入院等でサービスの利用が終了しても相談や支援に応じ、情報提供や他サービスの利用につなげている。		
<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	担当者を中心に生活の中で利用者の思いや考えを把握し、要望に対応できるよう心掛けている。連絡ノートを活用や、ミーティングにて職員間で利用者の情報を共有している。	日常の生活にて、ご本人の意向、思いを確認し、すぐに対応できるものは対処するようにしています。また、月に1度の会議にてご利用者のカンファレンスを行い、職員間で情報を共有し、意向に沿った支援ができるように努めています。	
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	契約時に本人・家族及びケアマネージャーから話を聞き情報収集を行っている。入居後、生活の中での会話・暮らしぶりからも情報収集するように心掛けると共に思いを記録に残し共有把握している。	ご利用者の情報については契約時にご本人とご家族及びこれまでのケアマネージャーから話を聞いて情報を収集しています。入居後にも生活の中から会話や暮らしぶりで情報を得て、居室担当職員が6ヶ月に1度、定期的に情報の見直し行っています。	
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	センター方式を活用し、1日の過ごし方や心身状況、有する力についてアセスメントしている。日々の記録にて現状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
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・家族の意向を把握し、計画書の作成や評価を行っている。必要に応じて主治医や訪問看護とカンファレンスを行い、課題などについて話し合いを行っている。介護計画書は、1ヵ月ごとにモニタリング実施。6ヶ月に1度サービス担当者会議にて現状に即した計画を作成。	介護計画は月に一度、居室担当職員が評価しています。また、6ヶ月に1度はサービス担当者会議を行い、ご利用者・ご家族の意向を確認し、現状に即した介護計画を作成しています。	調査時点でご利用者のモニタリングシートが他のご利用者のファイルに綴じられていたり、サービス担当者会議録に誤りがある箇所もありましたので、今後改善されることを期待します。
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	日々の記録や申し送りノートで職員間の情報共有を行っている。気づきや変化を記録し、モニタリングやミーティングを行う事で、より良い介護計画になるよう活かしている。		
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	集団生活と捉えるのではなく、その時々生まれるニーズに対応し個々の生活を尊重する支援を行っている。複合型の施設の特徴を活かし、他サービス事業所と連携し支援を行っている。		
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	ボランティアや尺八の会、行事で地域の方々に来訪して頂き交流しているほか、小学校の校外学習の場を提供している。近所の美容室や商店を利用したりと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	本人・家族の希望によりかかりつけ医を決め、定期的な往診や受診を行っている。基本的に定期受診は家族に依頼しているが、状況に応じ職員が支援している。家族が付き添う場合は本人の状態を伝え、適切な医療を受けられるように支援している。	基本的にはご家族に定期受診はお願いしていますが、往診にも来ていただいているほか、状況に合わせて職員が支援することもあります。ご家族が付き添う場合は、ご利用者の状態を書面にまとめご家族にお伝えし、適切な医療が受けられるように支援しています。	
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	訪問看護による健康チェックを週1回受けている。その際に利用者の相談に対応し、職員もケアのアドバイスを頂いている。又、書面と口頭にて情報の共有も行なっている。緊急時には電話での相談・指導や訪問を受けている。		

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
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。	入院した際には病院に出向いたり電話にて、状態確認や病院関係者との情報交換を行っている。必要時には退院に向けて、ケアカンファレンス・サービス担当者会議を行い退院後の受け入れ体制を整えている。		
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、事業所です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	重度化した場合の対応に係る指針を策定し契約時に説明し同意を得ている。また利用者の状態に合わせてその都度話し合いの場を設け、主治医や訪問看護とも協力しながら本人・家族の希望に添った「看取り」を含む支援をしている。	ホームとしての重度化した場合の対応に係る指針を策定し、契約時にホームでの看取りも可能であることは伝えており、実際にホームで看取ったご利用者もいます。ご利用者の状態に合わせて話し合いの場を設け、主治医とも協力しながら、ご本人・ご家族の希望に添った支援をしています。	
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	定期的に訪問看護からの研修やセンター内研修を受けながら、急変や事故発生時には慌てず対応できるよう備えている。マニュアルや利用者個々の緊急連絡先を作成し対応できる体制をとっている。	職員が適切な初期対応ができるように心肺蘇生やAEDの使用の研修も行っているほか、緊急時にスムーズに連携が図れるよう利用者個々の緊急連絡表も作成されています。	
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	避難訓練を年2回実施。地域住民と共に避難訓練も行い消防署からの指導も頂いている。利用者が安全に避難できるよう普段から意識を持ち、マニュアルを作成してあるほか、消火設備や避難経路の確認、非常食の確保等行っている。	事業所にて年に2回、夜間を想定した避難訓練を行い日頃の備えに対する意識を高めています。避難訓練の際には地域の方にも声を掛け参加して頂いているほか、災害時に備えた非常用の食品や水の確保もされています。	
<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	利用者に対する言葉遣いに配慮し、否定的な言葉を使用せず、一人ひとりの人格を尊重した対応を心がけている。入浴・排泄介助ではプライバシーに配慮した声かけを行い、必要時には同性介助を行っている。	ご利用者に対する言葉遣いにも配慮する等、職員には利用者一人ひとりの人格を尊重することを徹底しています。また、広報への写真の掲載や運営推進会議時のご利用者情報の使用についても契約時に確認がとられています。	
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	日常生活の中で一人ひとりの思いや希望を把握しているほか言葉での意思表示が難しい方については表情や行動、アイコンタクトなどから意思を読み取れるよう努めている。		

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
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	遅い朝食や居室での食事、外出等利用者一人ひとりのペースや生活リズム、要望の把握に努めその人らしく過ごして頂け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	地域の美容室を利用したり、外出できない方には出張して頂いている。衣類は本人が好まれるものを着用できるよう支援している。		
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	食事の嗜好や形態など、美味しく楽しく食べて頂けるよう工夫し、出来る範囲で利用者にも下膳や食器拭きを手伝って頂いている。ホームの畑で野菜を収穫したり、一緒におやつ作りをするなど食事が楽しみなものになるよう支援している。	ご利用者にもできる範囲で調理や食器拭きなどは手伝ってもらっており、メニューもご利用者の要望を取り入れて決めています。ご利用者と一緒に外食に出かけたり、ホームの畑で野菜を収穫したり、ちまき作りや笹団子作りを行うなど、食事が楽しみなものになるようにしています。	
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	栄養士が立てた献立を参考にして、食事を提供している。利用者が飲みたいときに飲めるようにお茶やコーヒーを準備し、一人ひとりの状況に合わせて声掛けや水分補給を行っている。食事量についてはケース記録に記載することで把握し、必要に応じて水分量も記載し把握している。		
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	一人ひとりの状態に合わせて、歯磨き・義歯の洗浄とうがいを行っている。本人や家族の希望に応じて訪問歯科による治療と口腔指導を受けている。		
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	24時間シートとケース記録を活用し排泄状況を把握している。表情や行動を観察しトイレ誘導や声掛けを実施。日中はオムツをはずしトイレ誘導を行なうなど一人ひとりに合わせた取り組みを行っている。	排泄チェック表を活用して、ご利用者の排泄パターンを把握し、ご自分でできるようパット使わないようにするなど、ひとりひとりに合わせた支援を行っています。	
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	ケース記録にて便秘状況を把握。その方にあった飲み物や食べ物を提供したり、活動を通じて予防に取り組んでいる。訪問看護や主治医と連携し対応方法についての指示・相談を行っている。		

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
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴を嫌がる利用者に対しては、時間や日にちを柔軟に変更。声掛けを工夫したり無理強いしないようにしている。状態に合わせて併設特別養護老人ホームの特殊浴槽を使用し入浴を行っている。入浴チェック表を活用し入浴されなかった方については理由を記入して職員同士が把握できるようにしている。	ご利用者の希望の時間帯に入浴できるようにしており、入浴を嫌がるご利用者に対しても同性介助で支援するなどし、入浴して頂けるよう支援しています。また、併設の特別養護老人ホームの特殊浴槽を使用して入浴されるご利用者もいるなど、状態に合わせた入浴支援もしています。	
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	身体状況や季節に合わせた寝具を用意するなど環境整備を行っている。疲れや眠気が見られる際には時間を問わず休んで頂くなど、身体に負担をかけず生活できるよう休息の時間を作っている。		
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	個々の薬の内容や用法・副作用について説明書にて確認している。症状の悪化や状態変化時には主治医・訪問看護に報告し指示を仰いでいる。		
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	張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、個々の生活歴やできることを理解し支援している。個々の要望に合わせ天候が良い日は散歩や回覧板を届けに出たり、買い物・外食等行い気分転換して頂け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	担当者が希望をお聞きし外出する機会を作っている。また「散歩に行きたい。お菓子を買に行きたい。」と要望が聞かれる時もあり、その都度対応している。地域の美容室も認知症を理解してくださり協力して頂いている。	天気が良い日には散歩やドライブ外出に出かけたり、ご利用者の希望に応じて外食や買い物に出かけたり、行きつけの美容室を利用するなどし、ご利用者に外出を楽しんでもらっています。	
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	希望に応じお小遣いを自己管理している。また外出時に本人が支払いを出来るよう支援している。		
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	希望に応じて電話や手紙、年賀状などやり取りが出来るようにしている。携帯電話を持たれている方や家族との手紙のやり取りへの支援も行っている。		

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
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	共有の空間は定期的に整理整頓・清潔にしておくよう心掛け、温度や湿度、明るさを調節している。食堂内もリラックス出来るよう音楽や季節感を取り入れて居心地よく過ごせるよう工夫している。	ご利用者が過ごしやすい快適な空間になるように、室温や湿度等に配慮しています。共用スペースにはご利用者の作品や季節のお花が飾られる等、季節感が感じられるようになっています。	
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	食堂でテレビを見たり話をする事も出来るほか、独りになりたい時にはソファや和室で過ごせるようにしており、思い思いの時間を過ごしていただけよう工夫している。		
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	本人の思い入れがある寝具や家具を持ち込んで頂いている。家族が居室の模様替えや整理整頓、リネンの交換等して下さっている方もいる。居室の整頓については過度に干渉せず、本人らしい空間となるようにしている。	可能な限り自宅でご本人の使っていたタンスやソファ、机や化粧台、知人やご家族との写真などの馴染みの物を持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるようにしています。	
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	利用者の状況や生活に合った安全な環境を作り、出来るだけ自立した生活が送れるよう支援している。		

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	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				