

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	年に1回理事長より理念に基づいた福祉の研修を受けており、理念を理解し念頭におきながら共通認識のもと実践につなげている。	法人の基本理念「愛と希望」をもとに基本運営方針を定め、理念に関する職員研修を実施するとともに、職員とともに年度のユニット目標を検討し振り返りの機会を設け、理念を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	入居者様が地域に出向くことは少ないが、市の催事やRUN伴・認知症カフェ・民謡流しに職員は参加している。敬和学園大学のふれあいバラエティーやあやめこども園の運動会に入居者様は参加している。	近隣のこども園の園児とは、ホームの畑でさつまいもの苗植えや収穫を手伝ってくれたり、運動会の見学に出かけるなどの交流が行われています。また、大学生のボランティアの受け入れやボランティアフェスティバルにご利用者の作品を出展したり、地域のボランティアの方にも定期的に来て頂くなどして地域との交流に努めています。	
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	発信していく事はなかなか困難であるが、見学に来園した時には、ご家族様の対応についてアドバイスをさせてもらうこともあり、入居申請に関係なく、相談にのれるように窓口を広げている。		
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、施設内での行事や日々の報告をさせて頂いたり、ご利用者様も参加していただいております。困難な問題があればアドバイスをいただき、サービス向上に努めている。	2ヶ月に1度、包括支援センター職員、敬和学園大学学長、民生委員、ご家族代表、ご利用者代表に参加してもらい、ご利用者の状況報告、ホームでの活動報告などを行い、意見交換をし、ホームの運営に繋げています。	
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取り組んでいる	新発田市役所高齢福祉課介護計画指導係には、相談事や心配な事は確認させていただきながらアドバイスをいただいている。些細なことも相談にのってくださるので、安心して運営できている。	市の職員には運営推進会議にも参加いただいているほか、必要に応じて運営の相談に乗ってもらうなど、連携をとりながら運営を行っています。	
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	身体拘束廃止委員会を立ち上げ、各ユニット玄関に掲示している。ユニット会議や職員会議でも身体拘束の確認を行い、廃止に向けての取り組みを行っている。	玄関の施錠も夜間帯のみとするなど、身体拘束を行わない方針で運営しており、身体拘束廃止委員会での検討や職員の理解を深める為の研修も行っています。	

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
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	毎年研修で学ぶ機会を設けている。御利用者様のケガ(アザ・出血)についても原因を追究し見落されない環境を作っている。	職員会議でも職員の言葉遣いや態度に関して周知徹底を行い、職員の理解を深める為の研修も行い、虐待の防止についての職員の理解を深めています。	
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	研修を通じて理解を深めており、実際に利用している方もおられ、連絡をとりながら利用者様の生活向上に活かしている。		
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	年1回の家族会を開催し、改定については説明させていただいている。年度内の改定に関しては、重要事項説明書を配布し、承諾いただくようにしている。又来園時に詳細を説明させていただくようにして、理解・納得させていただいている。		
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	定期的に介護相談員や傾聴ボランティアの訪問があり、意見を表せる環境を作っている。ご家族様の面会時にご意見があれば伺うようにし意見を反映させるようにしている。玄関に職員全員の顔写真を掲げている。これも要望の一つである。	日常の面会時や電話でのご家族とのやりとりにて要望の確認をしているほか、ご家族代表には運営推進会議にも参加していただいています。また、定期的に介護相談員や傾聴ボランティアの訪問があり、意見を言いやすい環境も設けています。	
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	常務理事・管理者と年に数回の面談する機会を設けている。検討すべき内容は、上層部で検討し職員に反映できるようにしている。	日常のやりとりや毎月のユニット会議で職員の意見や要望の確認を行っています。また、常務理事・管理者は職員と個別面談も行なうなど、職員の意見を確認できるようにしています。	職員会議録の確認印を押し忘れていた方もいましたので、今後改善されることを期待します。
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	常務理事も可能な時は会議等に出席するようにし、職員の日々のケアに対する考え方や勤務状況、努力や実績等把握しながら向上心を持って働ける様に環境・条件の整備に努めている。		
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	社協主催の研修内容と職員の力量を考え、不足部分を補えるように学べる機会を設けている。又職員全体で受ける研修も取り入れて、資質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	同業者が集まる研修には参加できるようにしている。他施設へ問い合わせたり、時には相談にのっていただける事業所もあるので、今後も関係を維持していきたいと考えている。		
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	リーダー及び計画作成担当者が入居前に自宅へ伺い、自宅の状況確認と生活習慣や様子等把握し、要望を聞きながら安心して入居していただける様にしている。		
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	入居前面談で、ご家族様からの質問事項にはお答えしている。要望等については随時お聞きして、ご家族様の思いを受け止めて反映できるようにしている。		
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	入居前面談で生活様子をお聞きしているのので入居当初の「その時」必要な支援をケアプランに取り入れて1カ月サービスを実施。その間に生活を観察し、新たな目標等を定めて計画していくようにしている。		
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	帰宅願望があるご利用者に対しては、職員もここで生活していることを説明し、共に過ごしていることを感じていただける様に、洗濯物干しや、たたみものなどの家事を一緒にしています。ご利用者同士の会話を多く持てるように環境を提供しています。		
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	家族の来訪時には、ご利用者の現状をお伝えしたり、心配事があれば共に相談しながら解決している。ご家族にも協力していただくこともあり、ご利用者の安心した生活につなげられるような姿勢で絆を大切にしている。	年に2回事業所広報を作成しご家族に送付したり、毎月日頃の活動の様子や状態をまとめたお手紙をお送りするなど、ご家族とも情報が共有できるよう努めています。	
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	行きつけの場所や、病院等には継続していただけるように支援している。友人・知人の面会もあり、関係が途切れないようにして頂いている。	ご家族の協力も得て買い物支援や外食支援、行きつけの理美容室への利用支援なども行って頂いています。また、知人や親族の方に面会に来て頂いたり、ご自宅に帰られる方もいるなど、これまでの関係が継続できるよう支援しています。	

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
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	個人の性格と、周りの関係性を考えながら、職員が間に入り会話をし、孤立した生活にならないようにしている。最近では他者の居室に遊びに行く方もおられ、お互いに関わり支えている関係もみられている。		
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	契約終了後もご家族様からの了解をいただき、面会やお見舞いに伺わせていただいている。ご家族様から相談事があれば、いつでもご連絡頂くようにお伝えしている。		
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	日常の会話の中から暮らし方の希望や意向をくみ取り反映するように努めている。汲み取れない場合は生活状況や動作を通して希望に沿えるようにしている。	日々のご利用者とのやりとりにて要望を確認し、その都度対応するように心がけています。また、サービス担当者会議にはご利用者、ご家族にも参加して頂き意向の把握に努めています。	
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	過去の生活歴や既往歴などは、入居前の面談で伺い、ケアマネージャーからの情報をいただき職員間で把握するようにしている。	入居の際にご利用者、ご家族等から確認した情報をもとに、これまでの生活の情報をフェイスシートにまとめています。また、定期的にフェイスシートの見直しも行い、日々の生活の中で得られた情報も追加しています。	
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	日常生活の様子やご利用者様とのコミュニケーションの様子、基本動作をスタッフ間で共有できるように記録している。		
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	現在の身体状況・心理状態をアセスメントし、スタッフ間で共有しつつご家族やご本人の要望を聞きプランにできるだけ反映している。ご利用者から話を伺うことが難しい場合は、生活歴やご家族のお話からご利用者の特性を把握している。	ユニット会議にてご利用者の状態を確認し、モニタリングも毎月実施しています。また、サービス担当者会議も行い、ご利用者、ご家族とともに介護計画の見直しを行っています。	
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	個別に日々の様子を記録し情報共有している。実施モニタリング表で確認しながら、ケアの実践や結果・気づき等をサービス担当者会議で話し合いながら、介護計画の見直しを行っている。		

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
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	マニュアルや既存のサービスに捉われず、スタッフの提案した方法を試し、従来のケアと比較しながら、より良いケアにつなげている。		
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	ご利用者の要望に応じて、心身の力を発揮できるサービスを出来るだけ提供するようにしている。要望の無い方には、こちらからの提案で行うようにして、豊かな生活が行え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	可能な限り、かかりつけ医を受診していただくようにしているが、ご家族の都合やご利用者の心身の状況を考えて、協力医に変更している場合もある。かかりつけ医を受診の場合は、医療情報提供書をご家族にお渡しして受診していただいている。	医師、訪問看護、薬局と医療連携体制を構築し、ご利用者・ご家族の希望に合わせた医療機関にて受診しています。基本的に受診支援はご家族にお願いしており、必要に応じてホームからも医師へ情報提供を行っています。	
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	日々気づいた事を週1回の訪問看護師・薬剤師・医師に報告・相談し、指示を頂きながら支援している。		
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。	入院時はご家族と連絡を取りながら、スムーズに入院できるようにしている。職員はお見舞いに行くようにして、状況を把握し、職員間の情報共有に努め、相談員との連絡も行いながら、退院の受け入れに対して対応できるようにしている。		
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	身体状況が変化が著しい方には、ケアプラン説明時や面会時に時間をいただき重度化した場合や終末期に向けての方針と訪問看護・薬剤師・主治医の役割も説明しチームで取り組んでいることをお伝えしている。	契約時にホームとしての重度化対応や終末期ケアの対応に関する指針を作成し、ご家族に説明・同意が得られています。ご利用者の状態に合わせてご家族との検討の機会も持つなど、ホームで出来る支援は行っ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	誰もが対応できるように、個別記録に急変時や事故時の対応をマニュアル化して綴じてあり、緊急連絡網も作成している。訪問看護に連絡し、指示を頂き対応するように周知している。	急変時や事故時の対応をマニュアル化して綴じてあり、職員会議でも誤嚥・誤飲・骨折時の応急手当方法について確認する場を持つなど、職員が適切な初期対応ができるよう支援しています。	

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
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・夜間における初期消火の仕方・避難誘導の手順を防災訓練で行っている。	年2回、ホームにて夜間の火災や地震を想定した避難訓練を実施しています。また、非常用の食品や水も確保しており、災害時に対応できるように、緊急連絡網を使用した訓練もしています。	
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	「認知症の人への介護のポイント」「その人らしさって何だろう」の研修を行い、ご利用者のケアに対しての言葉かけや対応を行えるようにしている。	職員会議でも職員の言葉遣いや態度に関して周知徹底を行い、ご利用者の尊厳を大切にしたケアに努めています。また、契約時にはご利用者の写真の広報の掲載についても同意が得られています。	
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	日常生活の中で本人が思いや希望を話すことができたり、自己決定の支援を行えるような働きかけを行っている。		
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	ご利用者の希望を尊重するように職員間で情報共有し、一人一人のペースで生活でき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	定期的に美容室へ外出したり、美容師さんから出張していただきホームで散髪してもらっている。希望で白髪染を買ってきてホームでヘアカラーしている方もいらっしゃる。		
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	月1回「お楽しみ食」や「おやつ」に変化を出して提供している。行事食には普段食べないようなものを取り入れて提供している。	ご利用者の状態に応じて食事の準備や片付けなども手伝ってもらっています。ホームには畑もあり、ご利用者にも野菜の収穫を手伝ってもらっています。月に1度はお楽しみ食の機会を設けたり、外食にも出かけるなどし、ご利用者に食事を楽しんでもらっています。	

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	1日のカロリーや栄養バランスが考えられた献立で食事を提供している。又ご利用者1人1人の状態に合わせて食事形態や食器を変えて自分で食べていただけるような工夫をしている。		
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	起床時と就寝時は口腔ケアを行っていただくように促したり、介助している。口腔状態に応じたケアを行うようにしている。		
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	ご利用者の尿意・便意に合わせた支援を行っている。尿意の無い方には排泄パターンを確認して誘導を行い、失禁を減らすようにしている。	ホームに入居されて最初の2週間は排泄チェックを行いご利用者の排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせたトイレ誘導や声かけを行い、気持ちよく排泄できるよう支援しています。	
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	排便の研修を行い、排便のメカニズムを認知し、ご利用者の下剤の種類や飲む時間帯、水分摂取量、食事量等職員間で情報共有し、調整しながら便秘の予防に取り組んでいる。		
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	同性介助が良い方も数人いる為、希望に合わせた入浴を心がけている。1～2日おきに入りたい気持ちの時に入浴していただける様にお声掛けして「気持ちよかった」と思っただけの様に支援している。	入浴はご利用者の希望に応じて同性介助で支援したり、入浴を嫌がるご利用者にも声掛けやタイミングを工夫して、ご利用者に入浴を楽しんで頂けるように努めています。	
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	入眠までの習慣を把握して、ご利用者が安心・安眠できるように支援している。何か気になって入眠できない方には、傾聴したり、安心できるような声かけを行い、リズムが崩れないように対応している。		
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	薬剤師が介入しており、内服薬の変更時には、薬表に注意書きを記入したり、口頭で申し送りしている。週1回訪問ある為、ご利用者の状況変化に合わせて、情報を交換したり相談しながら行っている。		

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
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	入居時に「したい」ことを伺い、希望に叶うような対応ができるようにしているが、入居するとその希望があまり要求として出ない方がいらっしゃる。それでもなるべく楽しみや気分転換ができるような体制を整えて支援できるようにしている。		
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	希望に合わせて外出等行えるようにしている。天気のいい日には職員から声をかけて外出を促すこともある。庭や玄関前のベンチでひなたぼっこされ気分転換が行えている。	ご利用者にホームでの生活をより楽しんでもらえるよう、ご家族の協力も得て買い物支援や外食支援、行きつけの理美容室への利用支援なども行って頂いています。また、担当職員と一緒に買い物やドライブにも出かけるなどの支援を行っています。	
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	外出希望している方には、所持金をスタッフと共に持ち外出され、買い物を楽しまれている。		
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	希望に沿った支援が行えるようにしており、必要時はご家族に了解を得て、ご家族が自宅にいる時間帯にかけるように配慮している。		
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	生活感、季節感として展示物の工夫をしている。(四季折々の物)トイレの場所は使用する回数が多い事であり、トイレ・入浴場には表示がしてあり安心して使用できるようにしている。	フロアにはソファやピアノが置かれており、ご利用者同士がテレビを見ながらゆったりと過ごせるようにされています。共有スペースからは、ホームの中庭もよく見え、畑の野菜や季節の草花を見渡すことができます。	
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	食事席は決まっているが、その時の思いで自由に居室で過ごしたり、談話したり自由に生活されている。		

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
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居する前に自宅で生活している様子と同じように居室を作っていただくようお願いし、なるべく自宅にあるものを搬入していただき同じ空間になるようにしている。	ご利用者・ご家族とも相談し、仏壇やタンス等の家具やご家族の写真など、使い慣れた物、好みの物を持参し、居心地良く過ごせるように支援しています。	
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	日常生活の中で「できること」「わかること」を把握して、その力を活かして自立できるような支援を行っている。		

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、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				
			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				