

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	全職員で話し合い、ご利用者様の「思いに寄り添いながら」支援している。玄関・ユニット・事務所に掲示し会議等で「唱和」し振り返りしている。	開設時に全職員で話し合い作成した事業所独自の理念である。理念の見直しについての話し合いも行ない、現行理念を引き続き使用し、より浸透を図る事に決定している。玄関・ホール・事務室など目につく所に掲示すると共に、毎月のホーム会議時に唱和と実践状況の振り返りを行ない、共有と意識付けを図っている。また、理念に沿った月間目標を毎月話し合いの上で作成し、実践につなげている。職員は理念に基づき、利用者を家族のように思いながら寄り添って支援に努めている。	
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	自治会に加入し、「回覧板」に広報誌を入れて情報発信している。また、散歩・買い物等で地域住民との交流をしている。	自治会に加入しており、回覧板に事業所広報誌を載せてもらい情報発信するとともに納涼祭や敬老会、5周年祝賀会等の事業所行事への参加を呼び掛け、参加を得ている。町内会が主催する地域の高齢者が集い喫茶やレクリエーションを楽しむ「ひまわり会」に参加し交流を深めている。また、日頃から散歩や買い物等で地域の方々と挨拶や会話を交わすことで顔馴染みとなっており、住民のお宅へ立ち寄りさせてもらい茶菓をごちそうしてもらう事もあるなど、馴染みの関係が深まっている。地域ボランティアや中学生の体験学習の受け入れもやっている。	
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	「広報誌」で認知症の方の理解や協力を得られるように発信している。		
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カ月に1回開催している。町内会長・地域包括支援センター・近隣のグループホームの職員やご利用者様から「提案や情報」を戴いている。	町内会長、地域包括支援センター職員、地域の他のグループホーム管理者2名等が参加し、定期的に開催している。ホームから各種活動状況を報告し、意見交換を行っている。参加者からは外出先の情報や地域の防災に関する情報やアドバイスを頂き、サービス向上に役立っている。	利用者、家族にも参加を呼び掛けているが、今のところ参加が得られていない。家族も参加しやすいよう工夫し、情報交換にとどまらず、家族や事業所が抱える課題等についても話し合い、多様な意見を頂戴することで更に有意義な会議となることに期待したい。
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	分からない事は連絡し相談している。「にいがた市元気力アップサポーター制度」に事業所登録し、市との協力関係を築くよう努めている。	市の担当者とは不明点等があれば連絡を取り相談し、時には市役所へ出向いて相談している。市からの情報提供メールも受信している。また、区の「ケアマネの会」が主催し市職員も参加する会合に参加したり、「にいがた元気力アップ・サポーター制度」や「にいがた救命サポーター制度」等の市の取り組みに事業所登録するなどして、市との関係づくりに努めている。	

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
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	身体拘束の勉強会を不定期であるがおこなっている。(ポスター等を貼って全職員が意識できるように工夫している)	定期的にホーム会議の中で勉強会を実施しており、全職員が身体拘束をしないケアについて学んでいる。「身体拘束ゼロへの手引き」に掲載されている11項目の「禁止の対象となる具体的な行為」も周知徹底されている。管理者・リーダーは日々の業務の中で職員自身の気づきを高めるよう指導し、また職員も「一日の振り返りシート」で気付いた事や疑問点などの振り返りを行い、利用者の自由な暮らしの実践に取り組んでいる。玄関は施錠しておらず、外出したがる利用者には抑制せず一緒に付近を歩くなど工夫して対応している。	
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	勉強会を行ない「高齢者との敬意」をはらい、言葉使いや対応に努めている。(ポスター等をはって全職員が意識できるように工夫している)	身体拘束と同様にホーム会議の中で勉強会を実施しており、高齢者虐待防止関連法も含め虐待防止について学んでいる。注意喚起の資料も掲示している。管理者は「認知症ケア専門士」であり、折に触れて適切な声のかけ方や対応を指導し、また職員も「一日の振り返りシート」で気付いた事や疑問点などの振り返りを行い、虐待の防止に取り組んでいる。職員のストレスにも配慮し、一人で抱え込まないよう気を払い、チームワークで対応するよう職員へ周知している。	
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	成年後見制度を利用しているご利用者様2名。 学ぶ機会があれば職員から参加してもらおう。		
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	説明を行い、同意を得て署名捺印を頂いている。		
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	職員会議・ホーム会議で意見交換している。また、出勤時に「振り返りシート」を書いてもらい意見交換している。	利用者からは普段の関わりの中で要望等を聞くようにしている。午前と午後のお茶の時間や、調理など利用者が作業している時など、利用者が本音を出し易いタイミングを把握し、意見・要望の引き出しに努めている。家族からは、主に面会・受診で来所した時に意見・要望を聞いている。把握した意見・要望等は「振り返りシート」に記録して共有し、検討のうえ出来る事は速やかに対応するようにしている。	
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	職員会議やホーム会議で意見交換している。(出勤時に「一日の振り返りシート」を書いてもらう)	管理者以下全職員が参加するホーム会議を毎月行ない、意見や提案を聞く機会を設けている。個人面談も年2回実施されている。必要時には一般職員のみで職員会議を開催し、意見・提案等は議事録にまとめてホーム会議での検討材料とし、管理者を交えて意見交換し運営に反映させている。また、普段から意見や提案が言い易い雰囲気作りがなされているほか、「一日の振り返りシート」を活用した意見の吸い上げも行われている。	

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
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	常時、職員の声に耳を傾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	経験年数等、職員一人ひとりのレベルを把握しながらおこなっている。		
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	近隣のグループホーム、ケアマネとのネットワーク作りで、勉強会や情報交換をしている。		
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	ご本人の思いを良くお聞きし、当ホームで「安心・安全」に生活できる様に努めている。		
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	ご家族様の思いをお聞きし、安心なサービスが提供できるように努めている。		
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	ご本人、ご家族様が「何をしたいのか」という気持ちを察知して、ご本人本位のサービスを提供す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	ご本人のできることを行って頂き、コミュニケーションを取りながら一緒に行うようにしている。		

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
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	ご本人・ご家族様の思いを聞きながら、支えていく様に努めている。	毎月、状況報告書と利用者の行事時や日々の様子の写真を載せた広報誌を家族へ送付し、利用者の様子を伝え情報共有している。また、各種行事を企画し家族にも参加を呼び掛けたり、一緒に外出・外泊を働きかけたりして、共に過ごす機会が増えるよう取り組んでいる。家族が面会に来た際は笑顔で丁寧に対応しており、訪問し易い雰囲気作りがなされている。本人・家族の思いをしっかりと聞き、双方の思いを慮りながら、絆の維持支援に努めている。	
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	友人・知人の方が面会にいつでも来れるようにしている。 馴染みの写真や置物を飾って関係が途切れないようにしている。	センター方式を活用して本人や家族から馴染みの人や場について情報収集し、把握している。収集した情報を基に、馴染みの場所の写真を話題にして忘れないようにしたり、入居前から利用していた馴染みのスーパーや飲食店へ出かけるなど、家族の協力も得ながら関係継続の支援に努めている。友人・知人が訪ねてくれた際にはこころよく受け入れ居室等でゆっくりとして頂くよう配慮しており、自宅の近所の方や友人等、多くの方が来訪している。	
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	仲の良いご利用者様同士が気がねなく、お話しができる様に支援している。		
22		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	退去された方をお招きし茶話会や記念行事等に参加して頂いている。		
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	ホームで生活されていく中で、ご本人の思いを聞く様に努めている。	利用者が本音で話せるような環境作りが心がけている。居室など1対1になれる場所でゆっくり会話したり、調理やお茶飲みの時の何気ない会話の中から思いを引き出している。また本人にとって話しやすい職員がなるべく関わられるよう配慮している。訴えの少ない方には表情や声をかけた時の反応を捉え思いを把握している。	
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	御本人を始め、受診の付き添いや面会に来られた時にご家族様からお聞きする様にしている。	入居前に自宅を訪問して生活環境を確認したり、センター方式を活用して本人や家族から情報を得ている。また利用していたサービスの担当者から情報提供を受けている。入居後に知り得た情報もセンター方式のシートに追記することで、職員間で情報共有し、これまでの暮らしが継続できるよう支援している。	

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
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	毎日の行動や体調を観察し、職員同士情報を共有し把握している。		
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	モニタリング・カンファレンスは3ヶ月に1回おこなっている。また、状態等の変化があればカンファレンスを行い、より確実に即した計画を立てている。	定期的に勉強会を実施し、全職員のアセスメント力を強化することで、現状に即した介護計画の立案に活かしている。適宜カンファレンスを行ない職員や家族の意見をとり入れ、モニタリングは3ヶ月に1回、計画は6か月に1回見直している。また退院直後など状態変化が予測される場合は毎月見直している。週間計画も作成し、計画に沿った統一したケアに努めている。	
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	個別の介護記録、介護支援経過を記録し、体調変化を把握し、共有して計画を立てている。		
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	センター方式のシートを活用し、3ヶ月に1回、モニタリングやカンファレンスを行い、見直して支援に取り組んでいる。		
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	地域の方に広報誌を回覧板に回してもらっている。また、近くのスーパー等買い物に行き気分転換をしている。		
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	かかりつけ医の受診には、ご家族付き添いでおこなっている。また、往診もかかりつけ医がおこなっている。	かかりつけ医に家族が同行している。健康チェック表などを活用し主治医に情報提供を行ない、受診結果は家族から聞いて受診記録に記入している。高齢などの理由で家族が同行できない場合や緊急時は職員が代行している。定期的な往診や歯科の往診・24時間診療に対応するサービスなどを希望により受けることができる。	
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	週1回訪問看護師が体調チェックを行い早期発見に努めている。		

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
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。	入院された時は、病院関係者と情報交換をしている。		
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	必要に応じてご家族・かかりつけ医と相談しながら全職員で支援できるように努めている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」があり、契約時に説明し同意を得ている。状態の変化に応じて本人・家族と話し合い方針を共有し、安心が得られるよう支援している。また看取りに関する研修を行ない、医療と連携することで、本人・家族のニーズに応えられるよう体制を整えている。	
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	急変時に備え勉強会等を行い、初期対応ができる様に努めている。	急変時対応マニュアルを随所に掲示している。AEDを設置し、救命講習を受講した職員が講師になり2～3ヶ月に1回は訓練を行なっている。往診時医師に利用者の健康状態について相談したり、平常時のバイタルサインを把握しておくことで、異常の早期発見が出来るよう努めている。	
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・防災訓練をおこなっている。(防災委員が中心で昼夜想定しておこなっている)	防災委員が中心となり、2～3ヶ月に1回昼夜想定で避難訓練を行なっている。地震や水害についても想定し訓練している。地域における災害対策が整備されており、情報の伝達場所・避難場所・ハザードマップなど必要な情報を掲示している。また地域との協力体制を築いており、地域の方に避難訓練に参加してもらっている。	家具の固定など、日頃より災害に備えて何が出来るか話し合われることに期待したい。
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	ご利用者に丁寧な声かけをするように心がけている。また、一人ひとりの性格を理解しながら、その人にあわせた対応をしている。	経験年数を考慮した研修を実施し、本人の気持ちを大切に一人ひとりに合わせた言葉かけや対応をしている。記録類は利用者の目に触れないよう管理し、カンファレンスの声が聞こえないよう離れた場所で行うなど個人情報に配慮している。また入浴時は肌の露出を最小限にするなどプライバシーにも配慮している。	
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	ご利用者様の思いをお聞きし、自分で決めて頂けるよう支援している。		
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し、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	ご利用者様の体調や行動に合わせて声かけをしながら急がせ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
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	季節や天候に合わせた洋服を声かけて選らんでいただける様に支援している。		
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	ご利用者様の食事の形態に合わせ、「美味しい盛り付け」を工夫しながら、その人ができる事を見極めながら支援している。	利用者は調理や後片付けなど出来ることは職員と一緒にしない、会話を楽しみながら一緒に食べている。食材と献立は宅配業者に依頼しているが、事業所の畑で収穫した野菜や枝豆・トウモロコシ、クジラ汁など利用者の好みや季節感を考慮してアレンジしている。また誕生日のケーキや弁当・外食など食事を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	献立、食材は業者に依頼している。食事量・水分量は召し上がって頂けるように声かけしながら支援している。		
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	毎食後、口腔ケアをおこなっている。ご自分で歯磨きされる方は声かけをおこなう。義歯の方は夜間洗浄対応している。		
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	排泄確認表を活用して排泄パターンを把握し対応している。また、定期的にトイレ誘導が必要な方には声かけをおこなっている。	排泄チェック表を活用してパターンを把握し、誘導している。オムツやリハパンの使用は、根拠を常に見直すことで使用を減らし、トイレでの排泄を大切にしている。また身体機能に応じて援助を行ない、自立に向けた支援に努めている。	
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	排便のない方には、なるべく下剤を使用せず、運動や食事、マッサージ等で予防している。		
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	ご利用者様の希望やタイミングにあわせ(1番風呂希望の方)入浴剤等を入れて香りを楽しんで頂くように工夫している。	希望する時間帯のある方・シャワー浴が良い方・入浴剤を楽しみたい方・一人でゆっくり入りたい方など利用者の希望に合わせて入浴できるよう、個々に沿った支援をしている。入浴を拒否された方が、他の利用者から声をかけてもらうことで入浴できた例もあり、無理強いせず気持ちよく入れるよう工夫している。	

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
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	昼間の活動(散歩・体操・脳トレ・癒しの音楽)を行い、夜安心して休んで頂ける様工夫している。		
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	一人ひとりが服用している薬の目的及び用量等は理解し、症状や変化に気をつけながら支援している。		
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	個別及び集団での役割を行い、気分転換が図れるように支援している。(料理・将棋・塗り絵・畑仕事・縫い物・パズル・講演会・生け花・書道等)		
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添えるようにつとめている。(散歩や買い物・庭の手入れ・畑作り・外泊・外食等)	事業所に面している遊歩道のベンチに座って過ごしたり、近所のコンビニや公園・文化会館などへ散歩や買い物に出かけている。筋力低下予防のためにも1日1回は外に出て歩くことを大切にしている。歩行に不安のある方も同じように外出できるよう配慮している。また鉄道博物館や北方博物館・天寿園など普段行けない場所へも出かけている。個別の外出は家族の協力を得ている。	
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	要望に応じて家族及び職員と買い物に出かけて購入している。		
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	要望に応じて電話や手紙等のやりとりが出来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	玄関・リビング・ギャラリー・廊下に季節の花や飾り物を置き、落ち着いて生活して頂く工夫をしている。また、温度・湿度調整を行い心地良く生活できるように支援している。	各居室の前にギャラリーがあり思い出の品や写真・季節の花を飾っている。リビング・ダイニングの中心にキッチンがあり、調理しながらでもテーブルの利用者とコミュニケーションをとることができる。掘りごたつのある畳コーナーもあり、思い思いの場所で過ごしている。職員は利用者同士の関係性に配慮し、穏やかに過ごせるよう支援している。	

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
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	ご利用者様の気分に合わせて生活できるよう支援している。		
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	家族の協力を得て馴染みの家具等を持ち込んでいく。	タンスやテーブル・テレビなど使い慣れた物を持ち込んでもらい、落ち着いて過ごせるよう環境を整えている。	
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	一人ひとりのできる事を声かけにて行えるように工夫している。(トイレ・浴室・居室の目印等)		

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				