

## 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	理念は事務所、玄関、休憩室に掲示し常に確認できるようにしており、日々のケアに活かせるようにしている。	法人の理念と職員統一理念を目につく場所に掲示して共有と浸透を図っている。法人理念は開設時に、職員統一理念は2～3年前に作成されたものであり、理念の実践状況のふりかえりや理念の見直し等についての話し合いは行われておらず、会議等で理念について質問しても十分な返答が得られないことから職員への浸透が不十分であると感じている。	理念は一度作ったままではなく、地域や利用者のニーズ、事業所の状況の変化等を考慮し、地域密着型サービスの意義や役割を考えながら、現状にあった作りかえも視野に入れ職員全員で話し合いの場を持ち、共有して実践につなげることが望まれる。
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	回覧板を回していただき、入居者と一緒に次に回しに行ったり、地域の行事に呼んでいただき、参加することで交流をしている。	日頃から近辺を散歩して農作業中の住民と挨拶を交わしたり、利用者と一緒に回覧板を届けたりしているほか、近所の方が農作物を差し入れしてくれるなど、日常的に交流している。回覧板等で地域情報を入手し、小学校の文化祭や地域の文化祭に利用者作品を出展し見に行っている。また、自治会の清掃行事等に利用者と共に参加したり、地区総会や地域防災訓練へも参加しているほか、地域の「高齢者ケア会議」に協力し、共に暮らす地域住民の一員として、地域で必要とされる活動や役割を積極的に担っていくよう努めている。	
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	小中学生の訪問やボランティアの際に認知症についての話をさせていただき、理解を深めてもらえるようにしている。また、地域の方の相談は随時受け付けている。		
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	サービスの状況や取り組みを報告し、出席者からの意見を部署会議等で検討しサービス向上に取り入れている。	2か月に1回、自治会長・他法人グループホーム管理者・市の健康福祉課(高齢介護係)職員・市社協代表・地域包括職員のメンバーで開催し、活動状況や取り組み状況などについて報告して意見交換している。参加者から地域の防災に関する情報や研修会情報などをもらい、また有益なアドバイスも受けており、サービス向上に役立てられている。	
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に取り組んでいる	市の担当者や地域包括支援センターには運営推進会議にも参加していただいております、日頃よりご協力いただいております。	管理者が市職員に運営推進会議に参加してもらえるよう交渉し、今年度から参加してもらえるようになり、会議の場で事業所の実情や取り組みをより詳細に伝えられるようになった。また、日頃から市役所へ出向いたり電話で相談するなど連絡を密に取っている。「元気力アップサポーター制度」や「はいかいシルバーSOSネットワーク」にも協力し、関係を築くため積極的に取り組んでいる。	
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	内外の研修や学習会を通じて全職員が認識しており、身体拘束は行っていない。	今年度、身体拘束マニュアルの改訂・整備を進め、具体的な行為を詳しく掲載し、実践に即した判りやすいマニュアルが作成された。マニュアルを基に研修会を実施し、職員は「身体拘束しないケア」について理解を深め、実践につなげている。	

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	法人内の研修や学習会で学ぶ機会を持っている。何が虐待につながるのかを理解し、見過ごされることがないように注意し、防止に努めている。	今年度、虐待防止マニュアルの改訂・整備を進め、高齢者虐待防止関連法や事例も掲載し、判りやすいマニュアルが作成された。マニュアルを基に研修会を実施し、職員は「虐待防止」について理解を深め、実践につなげている。また、管理者は虐待が見過ごされることがないように利用者の皮膚状態などにも注意を払い、防止に努めている。	
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	現在利用している入居者はいないが、研修や学習会などで理解を深めるよう努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書等の他、ホームでの生活についても丁寧に説明し、利用者や家族の声にもしっかりと耳を傾けることで納得していただける努力をし、相互に信頼関係を築けるようにしている。		
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	利用者や家族が意見や要望を話しやすい環境作りに努めている。また、意見を伝えやすいように意見箱も設置している。外部の窓口もお知らせしている。	利用者には日々のかかわりのなかで要望を聞いたり、察するよう努めている。家族には面会時や定期的な電話連絡時などの機会に積極的に声掛けて意見を寄せてもらっている。利用者の「トイレが少し寒い」との声を受けヒーターを設置したり、家族の「職員の顔と名前が一致しない」との意見を受け玄関に職員の写真を掲示するなど、要望等には柔軟に対応している。	
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	月に1度の部署会議にて、職員の意見や提案を聞く機会としている。意見を全員で話し合い運営に反映している。	月1回、部署会議を開催し、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大切と考え、意見を出しやすいよう工夫して会議を運営しており、活発な意見交換が行われている。職員意見を受け、玄関の下駄箱にプライバシー保護用のカーテンを取り付けたり、利用者の外出機会がより増えるよう年間行事計画を変更するなど、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	介護業務に関わる資格取得や研修の参加には事業所として支援している。		
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	内部学習会を月1回実施している。また、外部研修にも参加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
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	南区内で行われる研修会などに積極的に参加し、他の事業所とも情報交換している。		
<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	事前面接時に本人や家族の身上を把握するとともにその思いや不安を受け止め、納得のいく説明や事前見学にて交流を図るなど、安心と信頼がえられるように努めている。		
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	家族の意向とホームに望むこと、ご本人への思いなどを引き出し、安心と信頼が得られ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、ご家族の状況や希望を、様々な観点から必要性を検討し、他のサービス事業所とも情報交換しながら対応している。		
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	ゆったりとした環境の中、お互いに寄り添い作業を一緒に行ったり、行動や会話から学び認め合い感謝しあっている。		
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	ご本人の情報を共有し、ご家族の状況にも配慮しながら、それぞれができる協力をお願いしている。	毎月、様子を知らせる手紙と多数の写真を送り、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。毎月の行事には家族に参加を呼び掛けたり、季節毎の衣替えの協力依頼をするなどしてホームに足を運んでもらい一緒に過ごす時間が増えるよう工夫し、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	家族や知人が来られた際はゆっくり過ごしていただき、また来ていただけるように支援している。	これまでの生活での馴染みの人や場については、入居時のアセスメントで本人・家族から聞き取り、把握している。入居後も把握に努め、入手した情報は個人記録に記入し、情報共有している。把握した情報を基に、馴染みの場所へ連れていくなど支援している。「もう話が通じない」と再訪問をためらう知人にまた来てもらえるよう説得するなど、関係が途切れないよう支援に努めている。	

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
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	気の合うもの同士が声を掛け合う関係が築けている。孤立しがちな利用者には職員との関わりを通して周囲とのコミュニケーションを図っている。		
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	サービス終了後も相談に乗れるように声をかけている。他施設に移られた場合でも施設間での協力ができるように努めている。		
<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	日々の生活を通じて個々の言動や表情などから思いや気持ちを推測すると共に、家族の希望や意向を聞きながら検討している。	日々の関わりの中で、話をする機会を多く持つよう心がけて接し、その人の本心を聞き取るよう心掛けている。思いがうまく伝えられない利用者には、本人の表情や行動から汲み取ったり、本人の行動を家族に確認して行動の意味を理解したりしながら、本人本位に検討している。把握した情報は記録し、職員間で共有している。	
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	入所前や入所後も利用者、家族から情報を得たり、必要があれば以前利用していたサービス事業所からも情報を得ている。	入居前に自宅を訪問し生活環境や過ごし方を把握するとともに、本人・家族から詳細に聞き取りを行い、これまでの暮らしの把握に努めている。自宅ではベットから降りる方向やトイレへの経路なども確認し、ホームで自宅に近い環境が作れるよう注意深く観察している。また、サービス利用の経過等は前の介護支援専門員や介護施設などから情報収集している。利用を開始してからも把握に努め、得た情報は記録し共有している。	
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	ミーティングや記録等により、個々の現状を伝え合い把握している。		
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	本人、家族、介護職員や必要があれば医療機関からも意見を集約し、担当者会議にて計画の評価と意見検討することで、その方にあった計画の作成を行っている。	モニタリングは3か月毎に居室担当者が中心となり、全職員の意見を聞きながら実施している。介護計画の見直しはモニタリング結果を基に6ヶ月毎、または必要時に担当者会議を開催して実施している。担当者会議は計画作成担当者・居室担当者・本人・家族(欠席の場合は電話照会)が参加して開催され、それぞれの意見・要望や提案を反映し、その人の現状に合った計画を作成している。	
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	生活の様子や状態変化など個別の記録や申し送りシート、連絡ノートを用いて全職員が情報共有できるようにしている。また、介護計画作成の際にも活用している。		

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	本人や家族の状況に応じて、柔軟に対応をしている。		
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	お祭りや文化祭など地域の行事に参加したり、ボランティアの方に来所してもらったりと、楽しく生活していただけ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	本人や家族が希望している医療機関で受診している。又、日々の状態を主治医へ伝えたり連絡を取り合っている。	本人・家族が希望するかかりつけ医での受診となっている。家族による通院介助を基本としているが、困難時や希望があれば職員が代行している。受診同行した家族に受診時の情報を専用書式に記入してもらい、医療情報を正確に入手し介護に繋げられるよう工夫している。また、必要時には医師へ利用者の状態を知らせる文書を用意したり、かかりつけ医に往診を依頼したりするなど連絡を密に取り、薬局の薬剤師とも協力関係を築きながら、適切な医療が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	看護師の配置がないため、変化があった場合には直接医師に相談をして対応している。		
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。	入退院時には病院の相談員や看護師と連携し、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	利用者や家族の意向を尊重し、関係機関と対応方法を話し合いながら、その人らしい終末期が迎えられるよう情報共有し対応している。	契約時に、重度化した場合や終末期の意向を本人や家族に確認している。事業所でできることと、できないことを説明しながら、意向を尊重した支援につながるよう取り組んでいる。状態変化時にはその都度、家族や関係機関と相談し、情報提供も行いながら意向を確認し、安心が得られるよう支援している。	
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	マニュアルの確認や研修を実施し、緊急時に対応できるようにしている。	今年度は「緊急時の対応」、「体調急変時対応」、「感染症対応（ノロ対応等）」などのマニュアルを新たに整備した。マニュアルは症状毎の観察ポイントや医師へ連絡する際の基準など、判断に迷うようなことを特に重点的に記述し、実践的な内容となっている。マニュアルを使用した内部研修や訓練を実施し、また、消防署の救急救命講習への参加やAED操作実習を行ない、緊急時に備えている。	

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回避難訓練を実施し、マニュアルの確認を行っている。地域の方にも協力を得られるように働きかけている。	緊急連絡網や緊急時対応、地震時の初期動作などを詳細に記載した防災マニュアルを今年度、新たに整備した。年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施し、その際にマニュアルの確認も行ない、職員は災害時の対応方法を身につけている。地域との協力体制については、自治会長や隣家住民等に協力依頼がしてあるほか、連絡網に入ってもらったり、避難訓練に参加してもらおうなどの協力も得ている。	
<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	職員1人ひとりが対応に十分注意をし、お互いに指摘し合えるように努めている。	利用者を敬う気持ちを持って接しており、誇りを損ねない言葉かけや対応を心掛けている。職員間でも互いにチェックし合い、また、管理者が会議など折に触れて再確認を指導し、周知徹底が図られている。記録類を利用者等の目に入らないように記入したり、居室へは必ず声掛けてから入るようにするなど、プライバシーへの配慮を徹底している。	
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	利用者の希望を確認し、自分で選択していただけるように配慮している。意思表示の困難な方には表情や雰囲気などからキャッチし、できるだけ本人の希望に沿った支援をしている。		
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	利用者個々のペースを保ちながら、本人の気持ちを尊重し、無理なく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	本人に選択していただいたり、家族に本人の好みを聞きながら、その人らしくいられるように対応している。		
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	一人ひとりの出来る事を見極めながら利用者と職員と一緒に準備や片付けをしている。	利用者は職員と共に準備や片付け等を出来る範囲で手伝い、力を発揮する場となっている。ホームの畑で利用者と共に栽培・収穫した旬の野菜も採り入れながら、施設長・管理者以下全職員が同じ食卓で同じものを会話を楽しみながら食べている。外食やおやつ作りなどの機会も設け、利用者の楽しみとなっている。	
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	各利用者の食事量、水分量を把握し、適切な食事形態にて支援している。その時の状態に合わせて個々に対応している。		

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
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	利用者個々の力に応じた見守りや介助を行っている。対応が難しい方にも職員間での検討し、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	個々の排泄パターンをチェック表で把握し、トイレで排泄できるように誘導するようにしている。	排泄チェック表を用いて一人ひとりの排泄パターンを把握し、パターンに合わせて誘導することにより失敗を減らし、自立にむけた支援を行っている。在宅時はトイレに行く意欲がなくオムツを使用していた方が職員の適切な働きかけや支援によって自発的にトイレに行くようになり、リハビリパンツに改善した例がある。	
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	排便状況を把握し、必要な水分摂取や食事内容にも配慮している。その人に合った運動もお勧めしている。それでも便秘のある方は医師と相談しながら対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一人ひとりがゆったりと入浴できるように時間や順番などに配慮し、体調や状況に応じて柔軟に対応している。	週に最低限2回、午前中の中入浴を基本としているが、利用者の希望や状況に応じて、回数や時間の変更には柔軟に対応している。入浴を拒否される方には無理強いせず、本人の一日の生活パターンを見ながらその人に合わせたタイミングで入浴を促すなど工夫して対応し、無理なく楽しく入浴してもらえるよう支援している。	
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	個々の生活リズムに合わせて就寝できるように支援している。また、体調や疲労具合によって休んでいただくように促している。		
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	個々の服薬リストをファイルに綴り、職員がすぐに確認できるようにしている。また、個々の状態に合わせて服薬の支援をしている。		
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	家事などの役割だけでなく、その方の生活歴に合わせた役割や楽しみができるように支援をしている。		
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	その日の天候や利用者の体調を考慮して散歩やドライブなどしている。また、地域の行事などにも参加している。	天気が良ければ散歩やドライブに出かけたり、ホームの畑作業や観察を行うほか、駐車場に椅子を出してお茶を飲むなど、少しでも建物外に出て日に当たったり外の空気に触れられる機会を持つよう、支援している。また、個別の買い物や催事参加、外食等、利用者の希望に添うよう支援している。	

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
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	ご本人やご家族から希望がある場合は、所持や使用ができるように支援している。		
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	希望による支援はもちろん、さりげない働きかけでやり取りができ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	季節の草花を飾ったり、温度や湿度などにも配慮している。くつろげるようにソファも置いている。	ホールは広くてゆったりとしており、日当たりが良く天窓もあり開放感がある。空気清浄機や加湿器が配置され温度や湿度は適切に調整されており、掃除が行き届き清潔で快適な空間作りがなされている。また、季節感のある利用者作品や行事時の写真などで装飾し、生活感を採り入れている。	
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	ホールや廊下にソファや椅子を置き、思い思いに過ごせるようにしている。		
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	本人や家族に馴染みの品物の持ち込みを働きかけており、安心して過ごしていただけるようにその都度対応している。	馴染みの家具やベット・テレビ・仏壇など自由に持ち込んでいる。ベッドや家具類は自宅に近い環境になるよう配置し、居心地良く過ごせるよう配慮している。仏壇を持ち込まれた方には水やごはん、花などをお供えする習慣を継続できるよう職員がサポートするなど、安らぎを得ながら安心して過ごせるように支援している。	
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	利用者の状況に合わせて手すりを設置したり、危険と思われる箇所はその都度対応を検討し改善に努めている。		



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				