

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	利用者一人ひとりの思いに寄り添い、穏やかに生活できるように支援していきたい。「理念」は、玄関、ユニット、事務所に掲示し全職員が暗記している。また、会議等での唱和で振り返っている。	開設時に全職員で話し合い作成した事業所独自の理念がある。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。	
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	散歩、買い物等で地域住民と交流している。また、月1回の広報誌で行事や活動を回覧板で紹介している。	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等の事業所行事への参加を呼び掛けている。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や挨拶や会話を交わすことで顔馴染みとなっており、地域と馴染んできている。中学生の体験学習の受け入れも行っている。	
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	月1回の広報誌に認知症の理解等を発信している。		
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か月に1回開催し、利用者の状況、活動報告、職員状況等、助言、情報を頂いている。	町内会長、民生委員、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てている。	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 市町村担当者とは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	分からない事は区役所に聞いている。	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。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、新潟市が高齢者の社会参加を目的として創設した「にいがた元気力アップ・サポーター制度」に事業所登録するなど、市との関係づくりに努めている。	
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	不定期であるが身体拘束の勉強会をおこなっている。	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。また、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、拘束しないケア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、拘束しないケアに取り組んでいる。	

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	不定期であるが勉強会を行ない、「高齢者との敬意をはらい」、言葉使いや対応に努めている。	身体拘束と一緒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。また、管理者は「認知症ケア専門士」であり、折に触れて適切な対応を指導している。職員のストレス解消にも工夫して取り組んでおり、職員はチームワーク良く互い声を掛け助け合いながらストレスを溜めないよう業務に当たっている。	
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	現在必要ないので、行っていない。今後、学ぶ機会を作り、活用していきたい。		
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	利用者に耳を傾け要望を聞いている。 また、家族には面会や電話で意見を聞くようにしている。	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。特に午前と午後のお茶の時間には一緒にお茶を飲みながらじっくりと話を聴いている。家族からは、主に面会時に意見・要望を聞いている。把握した意見・要望等は検討し、出来ることは速やかに対応している。	
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	職員会議、ホーム会議、運営会議等で意見交換している。	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、普段から直接、意見や要望が言い易い雰囲気作りがなされている。	
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	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	職員一人ひとりのレベルを把握しながら行なっている。		

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
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、介護支援専門員とのネットワーク作りで情報交換している。		
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	事前面談で、本人、家族からの意向等を聞かせて頂き、安心安全に生活でき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	事前面談時に時間を十分とり、経緯、要望等を家族の立場から聞かせて頂く。そして、安心できる支援を行い信頼関係が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	本人、家族の思いを大切に支援でき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	「できること、できないこと」を見極め役割をもってささえあう関係作りを心がけている。		
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	毎月状況報告書を家族に送り、ホームでの行事、様子等を伝えている。	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渡し、利用者の様子を伝え絆の維持を支援している。また、各種行事を企画し家族にも参加を呼び掛け、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。	
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	知人、友人の馴染みの方が「遊び」に来やすい雰囲気作りを行なっている。	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、共有している。入居前から利用していた馴染みのスーパーで買い物したり馴染みの飲食店に連れて行く等、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。	

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	一人ひとりの性格を考え、気の合う人同士が交流できるように努めている。		
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、家族から相談があった場合対応している。		
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	本人に寄り添い、思いを聞くようにしている。	日頃からコミュニケーションを密にとり、「何かしてほしいことはありませんか？」などと声掛けしながら思いや意向を引き出すように心がけながら会話している。訴えの少ない方には入浴時や居室内等、一対一になれる場を好機ととらえ把握に努めている。把握した思いや意向は介護記録・業務日誌・申し送りノートに記録し、職員間で共有している。それに加えて1か月の予定表にも記入して掲示し、より共有できるような工夫も行っている。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前に自宅や利用中の施設を訪問して生活環境を確認するとともに、本人・家族から提供された情報や、職員がヒアリングした内容をセンター方式で記録し、生活歴や馴染みの暮らし方を把握している。サービス利用の経過についても前のケアマネージャーから情報提供を受けたり、病院や施設を訪問して聞き取りしている。入居後も日々のかかわりの中や面会者からの情報取得に努め、把握した内容はシートに追記し、職員間で共有している。	
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	一人ひとりの身心の状態、食事状況、水分摂取、排尿、排便状況を把握するように努めている。		
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	本人の希望、思いを聞き評価し、本人、家族、職員等で話し合いながら介護計画書を作成している。	介護計画は本人・家族・計画作成担当者・居室担当者が参加してカンファレンス(サービス担当者会議)を開催し、それぞれの意見・要望等を反映しながら作成している。家族が参加できない場合は作成した計画を説明し、意向等があれば反映している。モニタリングは計画作成担当者が中心となりモニタリングシートを3か月毎に作成して計画を評価している。状態変化時はその都度計画を見直し、現状に即した計画を作成している。	介護計画に関するスキル不足を課題と感じている。介護計画に関する勉強会等を実施してスキルアップを図り、本人がより良く暮らして行ける介護計画作りに役立てられる事に期待したい。
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	日々の様子、ケアの実践、結果、気づき、行事参加を介護記録に記入している。職員間で情報を共有し見直すようにしている。		

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
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	アセスメント(センター方式のシート)を活用している。本人、家族のニーズに対応し、既存のサービスに捉われない柔軟な支援ができるように努めている。		
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	一人ひとりの日常生活動作を把握しながら「できること」しえんしている。また行事を、広報誌を回覧板に載せたり、ブログで紹介している。		
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、家族が希望する「かかりつけ医」から受診して頂いている。 基本は家族付き添いが受診であるが、往診も可能である。異常時は連絡し往診または受診できる体制である。	本人・家族が希望するかかりつけ医となっている。家族同行の受診を基本としているが、困難な場合は職員が代行するようにしている。家族同行の受診の際、必要な場合は日常の健康状態等を報告する文書を用意し、医師に円滑に情報提供できるよう支援している。職員が同行して説明する場合もある。受診結果は受診記録にまとめて情報共有している。また、経営母体である生協と提携する診療所による定期的な往診や24時間対応等のサービスを、希望により受けることが出来る。	
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	訪問看護師からの助言をもとにケアを工夫したり適切な受診、往診ができるように支援している。		
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。	退院前に病院からの情報をもとにカンファレンスを行なっている。		
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	「最後のステージを迎えるケア」を家族に伝えている。家族から「看取り」の希望があったら、主治医、家族、職員でカンファレンスを行ないチーム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」が用意されており、契約時に説明し、本人・家族の意向を確認した上で同意を頂き、意向を尊重した支援につながるよう取り組んでいる。看取りの対応をしており、これまでに2例の看取りを行なっている。看取りに関する研修も実施している、また、入居後も状態の変化に応じて医療機関と連携しながら話し合いを行い、早めに方針を決め共有し、本人・家族の安心に向けて取り組んでいる。	
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	月1回の医師との勉強会や急変時等のマニュアルを目の届く所に置き全職員が把握できるようにしている。	急変時対応等のマニュアルを随所に設置しているほか、年に数回、定期的に急変対応訓練を実施し、緊急時に備えている。また、往診に来てくれる医師と「医療カンファ」を行ない、利用者の健康状態について相談し指示をもらい、文章化して回覧し共有している。バイタルに加えサチュレーションも毎日測定し、把握してある平常値と比較して体調の変化を早めに察知できるよう、健康管理に取り組んでいる。	

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	2ヶ月から3ヶ月に1回避難訓練を行い、避難の手順を身につけている。	防災委員会が設置されており、委員会主導で2～3か月に1回、昼夜を想定した火災避難訓練を実施している。地域との協力体制については、地域住民や事業所の2階部分にある地域活動支援センター職員の避難訓練への参加を得ているほか、隣家に災害時の協力依頼がしている。地震対応の訓練も実施されており、ハザードマップの確認も行われている。	
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	一人ひとりの性格を理解し、言葉使いには気をつけて対応している。	尊厳の尊重・プライバシーの確保・言葉かけの方法などをテーマにした勉強会を実施し、職員は理解を深めている。大事な話は居室で1対1でじっくりと聞き、記録類の記入時は目に入らないよう配慮し、見守りしながら行っている。目上の人として尊重しつつ、その人一人一人に合わせた対応を行なっている。	
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	一人ひとりの意見を尊重し、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、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	一人ひとりの体調やペースに合わせて急がせないように心がけ支援している。		
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	季節や天候に合わせた支援をしている。		
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	「美味しい盛り付け」等を大切に、一人ひとりの「できること」を見極め、職員と一緒に調理や後片付けの支援をしている	栄養バランス等に配慮して業者が作成した献立をベースに、献立委員会が入居者の希望や事業所の畑で採れた旬の野菜などを取り入れながらアレンジし、出来立ての美味しい食事を提供している。入居者は買い出し・調理・味見・準備や後片付けなど出来ることを職員と共にしている。また、「くじら汁」「わらびの一本煮」など馴染みの食べたいものを提供したり、月2回の外食レクを実施し、入居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	献立、食材は業者に依頼し、栄養バランスの摂れた食事をして頂いている。水分量、食事量が少ない利用者に対して、個人に応じた支援をしている。		

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	毎食後、口腔ケアを行い、義歯の方は夜間洗浄剤対応している。		
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	日中と夜間でパットの使用の方法を変えて対応したり、定期的にトイレ誘導が必要な方には声かけを行なっている。	ほとんどの方が自分でトイレに行けるが、排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、仕草にも注意を払いながら失敗が起こらないよう支援している。適切な誘導により尿取りパッドの使用量が減った例がある。パッド類については本人に適した使用方法を検討した上で使用するようになっている。介助は必要な部分のみ行い、過介護にならないよう自立に向け支援している。	
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	排便のない利用者には、下剤をなるべく使わず、腹部のマッサージや牛乳などの食事で予防を行っている。		
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	入浴剤を入れて香りを楽しんで頂いたり、本人の希望に添うように入浴時間を変更している。	回数や時間帯は利用者の希望に沿った対応を行なっている。拒否する方には無理強いせず、夜間に入浴してもらおうなど工夫して対応している。入浴剤を使用したり、時には職員も一緒に入浴するなど、入浴が楽しめるような工夫も行っている。	
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	日中なるべく体を動かして頂き、夜安心して眠れるように支援している		
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	眠前薬を服用されている方には、ふらつきに気をつけたり、下剤等を飲まれている型にはトイレ誘導をする。		
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	料理が得意な利用者には調理を手伝っていただき、畑仕事ができる方には菜園で一緒に行っている。		

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
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うように努めている。	天気が良ければ近隣を散歩したり、庭の花や畑への水やり、玄関前にテーブルを出してお茶を飲む等、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が持てるよう、取り組んでいる。また、個人的な買い物や催事参加等、利用者の希望に添うよう支援している。月に2回は外食を行ない、花見など普段行けないような場所にも出かけている。外泊等も家族の協力を得ながら実現できるよう支援している。	
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	利用者の要望に応じて家族及び職員と一緒に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	利用者の要望に応じて電話や手紙等のやりと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	居室、リビングの温度や湿度調節を行い居心地の良い生活ができるように支援している。	リビング・ダイニングは広くてゆったりとしており、天窓が3か所取り付けられ採光と開放感が確保されている。清掃も行き届いている。季節の花や季節感のある利用者作品等を掲示し、落ち着いて過ごせる雰囲気づくりをしている。各居室の前には利用者毎の棚(ギャラリー)が用意されており、各自の思い出の品物や写真が展示され、表札の役割も果たしている。畳コーナーや廊下には腰掛けも用意されており、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。	
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	利用者の気分に合わせてリビングや和室、居室で過ごして頂いている。		
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	馴染みの筆筒や家具等を持ち込んで頂いている。	家族の協力を得て今まで使用していた家具や品物が持ち込まれており、使い慣れた物の中で落ち着いて過ごせる環境づくりがなされている。ベット・家具類の配置場所にも配慮し、一人ひとりの好みや生活スタイルに合わせた、その人らしく居心地の良い居室作りをしている。清掃も行き届き、清潔に保持されている。	
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なっている。		

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 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				