

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念を事業所内の目につきやすい玄関やリビングに掲示して理念に沿ったケアが確認できるよう工夫。毎朝ミーティングで理念の共有とケアの実践について利用者一人ひとりの状態に合わせケアを行っている。		
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	事業所自ら町内会に加入。地域の夏祭りや小学校の運動会に参加して地域とのつながりを保っている。また幼稚園や小学校との交流活動も行うことができた。2ヶ月毎に認知症カフェを開催し地域との交流につなげている。		
3		○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている	在宅で認知症介護に悩む家族の電話相談で認知症介護のアドバイスを行っている。鹿屋市認知症キャラバンメイトのメンバーとして認知症サポーター養成講座の講師や徘徊模擬訓練に参加協力している。また、鹿屋市の認知症相談窓口「かのやオレンジのまど」として地域の相談を受けたり「オレンジカフェ」も行い交流の場づくりに貢献できた。		
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	地域合同消防訓練の立ち合いで訓練を評価してもらうことで効果的な訓練に繋がっている。事故報告についても現場で事故原因を検討することでスタッフの安全対策の意識改革ができた。家族会での相談や要望も運営推進会議の場が第三者の立場で検討できるので助言のいい機会となっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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	大隅地区介護事業所協議会の事務局を行なっていることもあり、日頃から市町村の意見交換会に参加するなど連携が保っている。事業所の取り組みも事前に相談したり連携に努めることができた。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	朝ミーティングや職場内研修で身体拘束について具体的な例や心身への影響を説明している。また認知症の進行やBPSDの要因となることもあり利用者一人ひとりの状況によって指導・教育している。入居時、身体拘束については、ご家族へ説明を十分行い身体拘束をしないケアの理解につなげている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	職場内研修（年1回）や新人研修（随時）を行い周知、防止に努めている。また管理者が虐待につながるケアをミーティング時などでも説明し虐待防止の意識を持って業務に取り組んでいる。		
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、市社会福祉協議会の自立支援事業を利用している方はいないが、利用の必要性のある方がいるので活用に繋げたい。入居時に家族へ制度の説明、助言を必ず行なっている。職員へも職場内外研修で権利擁護の学習をとおして適切な支援ができるように指導・教育している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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</p>	<p>入居の際、契約書について、十分な説明を行なっている。契約書は、家族と事業所の双方で1部ずつ保有している。変更の際は、運営推進会議や家族会に変更内容を説明し意見交換を重ね変更するようにしている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p>	<p>年2回家族会を行い意見や要望、苦情なども含め意見交換の機会を設けている。参加家族、全員の意見を求めている。意見については運営推進会議にも報告。また職員会議や朝のミーティングの時、書面で周知し反映させている。直接言いにくい人のため意見箱を玄関に設置し、意見が述べられるように配慮している。</p>		
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>朝のミーティングや職員会議などでスタッフの意見を聞き運営に反映させている。なかなか意見が言い出せない職員もいるので、業務外の食事会など交流の場を設け意見が言いやすい雰囲気作りに努めている。</p>		
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>スタッフ全員の自己評価を行い、責任者がその評価を分析している。分析の結果スタッフの努力している点や改善点に応じて給与（昇給、賞与）に反映している。また、資格取得を奨励し取得後の手当での支給額も説明している。毎年、有給を使い職員旅行や個人的な旅行でリフレッシュできるようにしている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>職場内外研修の年間計画を作り人材育成に努力している。職場内研修は毎月1回行っている「感染症対策、介護技術、虐待防止」など専門講師を招きスキルアップを行っている。また、介護・看護に関する専門誌の貸し出しも行い、職員自ら学習する意欲を大切にしている。</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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</p>	<p>県や地域の大隅介護協議会に加入。協議会主催の研修会を通して他施設と交流する機会が保てている。また、他事業所と合同で市役所カフェを年3回行い他事業所の取り組みを聞く機会もありいい刺激となっている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用者の立場で慣れない環境による精神的な不安や戸惑いなどを理解するように心がけている。精神的な不安を和らげるコミュニケーション（手を触れ合ったり、話を良く聞き親切丁寧な接し方など）に努力している。また、自分の意思を思うように伝えられない利用者に対してもジェスチャーなどを交えながら関係性が構築できるように努力している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族が面会に来訪される都度、ご本人の生活の様子も分かりやすく説明し、想いや願いを十分聞くように心掛けている。また、体調不良がある度、連絡し安心していただけるよう信頼関係の構築にも心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	利用者と家族が何を望み求めているのか？アセスメントを行う段階で確認している。外部のリハビリや訪問看護など他のサービス利用についても説明を行い要望に対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族の役割としての面会、外出や地域行事の参加など説明して本人・家族の意向に沿ったサービス計画ができるように心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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	一緒に支え合うパートナーという考えを説明し、双方の協力関係が必要不可欠であることを十分理解してもらっている。利用者の尊厳を家族とスタッフの協力により一緒に支え合うという意識で支援している。		
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	本人の家族や友人などの自由な面会を進めている。これまでの友人、知人や近所の方など面会に訪れ関係性の継続支援に努めている。家族と外出の機会もつくり馴染みお店などに行き楽しみも保てるよう努めている。		
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	利用者一人ひとりの特徴を理解し、一緒にリビングでテレビを見たり、歌を歌ったり利用者同士が関わり合えるよう配慮している。利用者同士の相性にも配慮し座る位置を考え楽しい関係性の確保に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	長期入院などで退居された場合、医療機関に出向き様子を伺い、家族へ再入居の方法やタイミングなど必要な相談や助言を行っている。他施設に移られた利用者の家族に退居後、いつでも何でも気軽に相談できることも説明している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居前に本人、家族にこだわりやしたいことなど、意向を情報収集している。入居後も定期的に家族と面談を繰り返し行っている。県外の家族など面談が難しい方には、定期的に電話連絡を行い把握できるよう努力している。		
24		○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	入居前に本人・家族に生活歴や暮らし方などの情報収集によって、これまでの暮らしを把握している。また、担当ケアマネージャーや病院の相談員などの関係者にも情報収集を行うなど把握に努めている。		
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	毎朝のミーティングで情報の共有に努め把握している。毎月1回ケア検討会で情報収集と共有の機会もある。また独自に月2回理学療法士の訪問を依頼して身体的な能力評価も行い状態がより把握できるような取り組みを行っている。		
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	ケアプランについては、本人の意向や状態（ADLや認知症の状態など）をふまえて本人、家族、主治医、計画作成担当者、訪問看護師など他職種を交え話し合い、本人、家族の意向に沿ったケアプラン作成をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>利用者台帳を作り健康管理表（体温、血圧、食事、水分など）やサービス提供に対する本人の様子（ケアの成功例や失敗例など）を記録し状況が分かるようにしている。また主治医や訪問看護師の医療情報についても記録して分かるように努めている。特に看取り期は、24時間シート（記録用紙）を活用して円滑な医療連携が図りやすいようにしている。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>本人や家族の状況、その時々にも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</p>	<p>医療連携の機能においては、訪問看護ステーションと契約しているので主治医の定期的な受診の際のアドバイスや異常時の早期受診に繋がっている。身体的なリハビリの目的で独自に月2回理学療法士を依頼してサービス提供している。食事面では、併設施設に栄養士を配置しているので相談助言ができる。口腔内のケアにおいては、訪問歯科との連携で定期的な健診及び治療等ができています。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らし方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</p>	<p>地域の町内会や小学校などの行事（夏祭りや運動会など）に参加協力をして地域資源との協働に務めている。地域消防分団と毎年、合同で訓練を行い協力関係が図られている。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>本人と家族の意向を踏まえながら、かかりつけ医の定期的な外来受診、往診を行っている。定期受診以外に受診の必要な場合、かかりつけ医と家族に状態を伝え指示通りに行っている。また、訪問看護ステーションと医療連携の契約を交わし、相談、助言が受けられる医療支援体制も整えている</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>日頃より看護職員、訪問看護師から利用者の病気や皮膚トラブル、ケガなど異変について観察ポイントなど指導・教育を受けている。異常時は受診のタイミングや主治医の受診の際に情報提供の仕方や確認など医療機関との連携に必要なことを報告、相談ができています。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。または、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</p>	<p>入院される場合は、その都度医療機関に対し基本情報など書面で情報提供を行っている。入院された後も医療機関に出向き医療相談員と面談し状況把握や退院調整を行なっている。長期入院で退居された場合、併設のショートステイ利用後、再入居の調整も行っている。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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</p>	<p>重度化や終末期の状態になる以前に重度化した際の指針をもとに説明を行ない、本人、家族の意向を確認している。その必要に応じて主治医より家族へ医学的な説明がありケア内容の検討や確認を必要に応じて繰り返し行なっている。今年度は、4名の看取りを行った。</p>		
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべ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</p>	<p>介護員は急変や事故発生に備え普通救命を全職員が受講している。看護職員の配置により指導教育を受けている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	毎年2回、防災訓練をマニュアルに沿って地域の消防分団や近隣住民の協力のもと合同訓練を行なっている。自動通報装置に町内会長や隣接の住民の連絡先を登録し災害時に迅速な避難できるよう協力体制ができている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	認知症による物盗られ妄想や帰宅欲求、入浴拒否などBPSDと決めつけず、本人の不安や混乱など想いを受容するよう努めている。利用者の方への声掛けは、丁寧な言葉づかいに心がけている。排泄で失敗されても他の利用者に気づかれないようトイレか部屋でさり気なく誘導して恥ずかしい思いをされないよう対応するように心がけている。		
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	利用者の理解力や判断力に応じた説明の工夫（例えば食べ物や飲み物を選ぶ場合、言葉だけでなく品物を見て触って味わってもらい）など、自ら選べるように努めている。決して一方的に押し付けたり無理強いするような対応はしないよう心掛けている。		
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	その日の体調や気分など状況に合わせて起床・食事・入浴のタイミングを調整している。（例えば病状が悪化して朝覚醒していない人は、食事時間をずらしたり、夜間の睡眠状況次第では、昼間の休憩時間を設けたりするなど）		
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支援している	その人らしい身なりや好み（髪型や衣服、化粧など）の情報を参考に個々に応じたスタイルが楽しめるよう心がけている。		
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	簡単な調理、米とぎ、お盆、食器の準備など利用者の力に合わせて行なえるよう努めている。また、旬の野菜（竹の子、つわなど）を見て触れることで季節感や懐かしさから食欲が感じられるように工夫している。その他、盛り付けなどその人に合わせて工夫している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	併設施設の栄養士が栄養マネジメントを行っている。摂食量が少ない場合は補助食品を検討し提供できるようにしている。水分摂取についても利用者の病気や体調、季節などによって水分確保を行い体調不良にならないよう努めている。日々の食事や水分の摂取量も記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、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	一日2回（朝・夕）食後、歯磨きの声掛け、介助、入歯を洗浄に浸けなど徹底している。入れ歯は歯科医のアドバイスで週2回洗浄剤を使用して衛生的に保たれている。口腔ケアは、事業所内研修を行い専門知識の習得に努力している。歯科往診も年1回行いチェックしている。		
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向けた支援を行っている	排尿リズムの把握によりケアの検討が必要な方は24時間記録シートの活用で確認を行いトイレ誘導や声かけのタイミングなど努力もしている。紙オムツ使用でもトイレでの排泄を望まれる方は、トイレで排泄できるよう努めている。排泄ケアについては、加齢や病気、薬、認知症の影響か？など様々な要因を理解し適切な排泄ケアができるように支援している。		
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	毎日、排便チェックを行い記録している。便秘傾向の方は、運動、腹部マッサージや主治医へ相談・助言を得て対応している。またセンナ茶の使用も主治医に相談しながら便秘の予防に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、個々に応じた入浴の支援している	入浴が楽しめるように、利用者のペースに合わせ、ゆっくりくつろげるよう配慮している。また、入浴剤やゆずなど好みや日本の文化、季節が感じられるよう努めている。夜間帯の入浴は、職員体制や安全面から行っていない。		
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	安眠できるよう日光浴や適度な運動（屋外・内）散歩を行っている。体調や気分不良など休息が必要な場合は、夜間の快眠に影響のない範囲で休息が取れるようにしている。		
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	薬の効果と副作用など薬の使用目的を理解するため毎年1回薬剤師による職場内研修を行っている。また服薬情報も個々の台帳に整理し、服薬の変更があった場合、申し送りを徹底して観察できるように努めている。		
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、一人ひとりの生活暦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	残存機能と意欲を活かすため洗濯物を干したり、たたんだり、それぞれの力で役割やできる喜びを感じられるように努めている。塗り絵や工作の得意な方には、作成した作品を居室、リビングに展示して「作る意欲、楽しみ」が途絶えないよう配慮している。		
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に支援に努めている。また、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	天候が良い時は隣の公園へ散歩（週1～2回以上）に出かけている。家族が協力できる場合は、週1回～月1回でも外出につなげている。その他、地域行事や外食などなるべく家族と協力して外出できるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	職員は、お金が手元に無い不安や生きる上での大切さについて本人の立場で考え理解するように努めている。本人の希望で安心できる範囲のお金を所持していただいている。		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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している</p>	電話は目につきやすい場所にあり、いつでも使用出来るようにしている。中には携帯電話を所持されている利用者もおられ使用に支障がないよう努めている。いきいき館たよりを年2回家族に発行して生活の様子が分かるようにしている。		
52	19	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	季節によって日差しの強さをカーテンで自由に調整できるようにしている。玄関やリビングに季節の花や飾り物を飾り心地よく、くつろげるように工夫している。室温湿度計をリビングや居室に設置して過ごしやすい室温が保てるよう心掛けている。		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	リビングやローカなどのスペースを活用し、ソファを置き利用者同士で談話したり、又は一人で気兼ねなく、くつろいだりテレビを見たりできるようにしている。仲のよい利用者同士が居室で談話する場面もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	これまで使い慣れた（テレビ、ソファ、携帯電話など）物を持ち込んでいただき心地よく過ごせるように配慮している。		
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」や「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	室内は、手すりが取り付けられてあり、床も段差がなくバリアフリーになっている。リビングやトイレなどの生活空間は歩行器や、車椅子が使用できるスペースを確保し、自立した生活が送れるような設備になっている。また、居室やトイレ、お風呂など場所が分かりやすいように表示も工夫している。		

V アウトカム項目

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
57	利用者と職員と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
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
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見られている。 (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
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

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
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
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
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：9, 10, 19)		1 ほぼ毎日のように
		○	2 数日に1回程度ある
			3 たまに
			4 ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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

66	職員は，生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 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
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
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 ほとんどいない