

## 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	各所に理念を掲示してどこでも職員が共通の理念の元で業務が出来る様にしています。年2回の職員面談で理念に添って業務にあたっているのか話しあっています。他に、法人でアンケート調査などもやりながら意識づけをしています。	事業所の理念が職員で話し合いの上作られています。事務所やユニットのリビングに掲示するとともに、職員間で検討し年度でスローガンを設定するなどし、職員一人ひとりが理念の実践ができるように取り組んでいます。	
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	地域の小学校の郊外授業を受け入れたり、祭行事に近隣の方々に参加いただいています。地域のお祭の際には神楽舞を披露していただいたり、保育園児から子供神輿を引いていただいています。地域の方々にはボランティアとして受け容れています。	地域のボランティアの方に定期的に来て頂いたり、地域の祭りの際に神楽に寄ってもらったり、近隣の小学校・中学校の生徒に体験学習で来ていただいたり、事業所の納涼際には地域の方にも参加して頂いたり、近隣の保育園児にも寄って頂く機会があるなど、地域との交流を行っています。	
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	シンパシー茶屋を月1回開いています。啓発活動(ラン伴など)を行い認知症になっても住み慣れた地域づくりを目指している。市民むけにサポーター養成講座を開催しました。		
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	地域密着型特養と合同で行なっています。2ヶ月に1回運営推進会議で報告、相談をして何でも話せるようにしています。会議録に残し会議の場などで話し合っています。	運営推進会議は法人が運営する地域密着型特別養護老人ホームと合同で、2ヶ月に1度、民生委員、地域包括支援センター職員、ご家族代表に参加していただき、ホームの利用状況、行事報告、意見交換が行われ、ホームのサービスの質の向上に繋がっています。	
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	市の担当者には運営推進会議に参加していただいています。介護保険に関する情報は随時メール等で連絡が入るようにしています。市の認知症カフェのモアメンバーで参加しています。	市の担当者には運営推進会議に参加していただいております。認知症カフェの開催についても協議を行うなどして連携を行っています。	

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
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	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事務所内に掲示しています。内部研修に参加し意識付けさせています。	「抑制しないケアについて」の事業所としての指針を事務所に掲示し、職員に身体拘束をしない方針を徹底しています。玄関の施錠も夜間のみとしており、事業所内でも身体拘束に関して職員会議で周知する機会を設けたり、日頃の言葉遣いについても管理者より気になる際は指導するなどして、職員の理解も深まっています。	
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	事業所では、マニュアルがいつでも閲覧出来るようにしています。また、研修に参加させたり、新しい職員には管理者やリーダーがついて指導にあたっています。	事業所で虐待防止に関するマニュアルの作成もしているほか、事業所の会議にて不適切なケアについて徹底する機会も設けています。	
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	管理者や計画作成者が、その都度ご家族に提案や相談をしています。研修等にも積極的に参加しています。		
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	契約時にご家族に説明し、十分理解納得したうえで署名・捺印していただいています。また、不安な事や疑問に対してもその都度説明しています。		
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	意見箱の設置のほか、日頃の面会時にご家族との話の中で意見や要望を確認しています。面会時に頂いた意見等は申し送りノートに記入し、職員全体で共有しています。家族会を開催して、意見が言いやすい環境を作っています。	意見箱の設置のほか、日頃の面会時にご家族との話のなかで意見や要望を確認しています。面会時に頂いた意見は申し送りノートに記入し、職員全体で共有できるようにしており、ご家族の意見や要望を確認できるようにしています。	
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	職員意見箱を設置して意見を反映出来る様にしています。年に二回は管理者が職員と個人面談の機会を設け、いろいろな意見をいただいています。法人でアンケート調査を行い色々な意見を吸い上げ、運営の改善を図っている。	日頃のコミュニケーションの中で職員からの意見や提案を確認しています。月に1度はユニット会議を実施し、職員からの意見や提案についても反映できるように検討しています。また、半年に一度は管理者が職員と個人面談の機会を設け、より率直な意見の確認ができるようにしています。	

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
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	半年に一回は、法人共通の個人チェック表を使用して、管理者が職員と個人面談の機会を設け、いろいろな意見をいただき必要時には反映出来る様に法人と話しあっています。		
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	法人内で内部研修やOJTなどにいけるように勤務を調整しながら行なっています。介護職員初任者研修を法人内でやっています。		
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	GH協会などの研修に参加しています。他の事業所に研修に出向き質の向上に努めています。多職種連携などの研修会に参加し、ネットワーク作りや連携の強化に励んでいます。		
<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	ご利用開始時に、ご本人やご家族からの要望や不安な事をお聞きしています。生活歴など家族や知人、親戚などから訪問時お聞きしています。ご利用開始からしばらくは、気付きメモなどを活用して職員からいろいろな情報を集めプランに取り入れるなどしています。		
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	面接時には、ご自宅に訪問して、ゆっくり話しあえる環境をつくるようにしています。また、時間がある時はいつでも訪問して頂ける様にお話させていただいています。		
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	入居前にサービスを利用している所に出向き情報等いただいています。また、ご家族と介護計画をしっかりと話し合い、臨機応変にサービスを変更出来る様にしています。		
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	ご利用者の生活歴にそった声掛けに努め、役割を見つけ生きがいを見出せるように支援しています。職員は、やって頂いた事に常に感謝の気持ちをこめてお声掛けしています。		

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
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	面会時に積極的に報告、相談等お話をさせていただいています。ご家族には担当者から近況報告や事業所の広報をお送りして日常の様子がわかるようにしています。また、いつでも面会自由と説明しています。今後メールなども考えています。	毎月事業所広報とご利用者毎に近況報告を作成し、ホームでの生活の様子をご家族にも伝えています。定期受診や外出・定期受診などもご家族に協力を頂いており、職員と一緒にホームでの生活を支えていけるように取り組んでいます。	
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	ご家族だけでなく親戚・知人の方も自由に面会したり、外出出来る様にしています。できるだけ住んでいた地域に出かけるなど考えています。	知人の方が面会に来てくれたり、ご家族と一緒にお墓参りや行きつけの美容室に出かけたり、ご自宅で外泊されるご利用者もいるなど、馴染みの関係を継続できるよう支援しています。	
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	ご利用者同士がコミュニケーションが取りやすいように職員が間に入り、会話の内容を上げられるように努めています。また、ユニット間の行き来などを通して関係を深めるようにしています。		
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	他の施設や居宅のケアマネなど関係を築き支援体制がはかれるようにしています。退所後もご家族には相談や問合せには対応させていただきます。		
<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	ご利用者の言葉に耳を傾け、その都度申し送りやユニット会議で話しあい、情報を共有し可能な限りご利用者の思いに添えるように努めています。ご家族や親戚、知人等にもお越しくださったときお話を伺っています。	日々のご利用者とのやりとりにおいて確認した意向や要望は申し送りノートに記入し、職員間で共有しています。また、サービス担当者会議には担当職員も参加し、ご利用者・ご家族の意向を確認し、介護計画に反映しています。	ご家族とのやりとりについては支援経過に内容を記録し、状況を分かりやすくされることを期待します。
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	面接時には、ご自宅に訪問して住みなれた環境を見せていただき、普段通りの暮らしを支えていけるようにしています。サービス関係者から情報をお聞きする為、利用期間中出向いていくなどしています。	入居時にご利用者・ご家族から情報を確認し、フェイスシートを作成しています。また、ご家族にも協力して頂きご利用者の生活史についても作成しています。	センター方式を活用し、ご利用者の生活史についてより分かりやすいようにされることを期待します。
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	申し送りでその方の状態を把握、共有しその人にあった日々の生活を見守っています。ご利用者の担当者を決めて月のモニタリングをやってもらい現状の把握に努めている。		

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
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	計画作成担当者を中心に、ユニット内で話し合い、ご本人やご家族から希望や意向をお聞きし現状にそつた介護計画を作成出来る様に努めています。担当者が月末にモニタリングを行ない、計画作成者とともにプランを見つめなおしています。	日常生活記録や申し送りノートをもとに、月に1回、居室担当者がモニタリングを行ったものを踏まえ、サービス担当者会議を行い、ご利用者・ご家族にも参加してもらい検討の機会を設け、介護計画の見直しが行われています。	介護計画の内容に合わせて毎月のモニタリングをされることを期待します。
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	生活の記録は24時間の様子を記入するようになっています。職員間で周知が必要な情報は改めて連絡ノートに記入するようになっています。		
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	臨機応変にその時々に応じてサービスを実践出来る様にしています。他のホームの情報など勉強して取り組むようになっています。		
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	地域の催し等には積極的に参加し楽しんで頂ける様にしています。シンパシー茶屋に出向き地域の方とのふれあいを考えています。		
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	基本的に入所前からの主治医に継続して受診して頂き関係を維持しています。御家族の受診介助が困難な時は職員が受診同行させていただきます。	ご本人・ご家族の希望するかかりつけ医での受診を基本とし、ご家族にも定期受診の支援を行っていただいています。ホームにも往診に来て頂いているほか、ご家族を介して口頭や書面、医師への電話連絡や職員も同行受診し、情報提供が行われています。	
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	事業所には看護師が2名おり、医療的な部分については相談して対応しています。看護師と介護職員が連携して異常時の早期発見、早期受診出来る様に努めています。		

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
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。	入院時には情報提供書を作成し、医療機関との連携を図っています。必要に応じて状態確認に出向き、退院に向けての対応をソーシャルワーカー等と協議しています。家族や本人の意向を聞いたうえで、居室の確保を行ないいつでも戻ってこれる体制にしています。		
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、事業所ですることが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	日々の生活の中で状態変化があればご家族に報告し、重度化していく状態に合わせた援助法を取り入れています。契約時には看取りについての方針をご家族様と話し合っています。	契約時には管理者よりホームの方針を伝えており、ご利用者の状態に合わせて必要時には医師も交え話し合いの場を持ち、ご利用者・ご家族の意向を確認し、ホームでできることを伝え、医療機関とも連携し支援しています。	
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	AEDを設置しており緊急時には使用出来る様に定期的に訓練もしています。緊急時の対応として救急隊に渡す情報提供書が作成されています。救命講習も法人内で受けています。患者等搬送乗務員適任者資格を所得している職員がいます。	ホームでも救命講習を行ったり、AEDの使用研修も行うなど、職員が適切に対応できるように取り組んでいます。	定期的に普通救命講習を実施し、全ての職員が適切な初期対応ができるようにされることを期待します。
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	火災を想定した訓練は隣接しているケアハウスと合同で行っています。風水害や地震対策など自然災害を想定した訓練もマニュアルを見直しながら行なうようにしています。緊急連絡網を使用して近隣の職員にはいち早く出動出来る様にしている。	日中・夜間の火災を想定した避難訓練や地震や水害を想定した訓練も隣接のケアハウスと合同やホーム単独で行われています。ホームでも非常用の食品や水も確保し、災害時に適切に対応できるようにしています。	
<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	運営方針に基づいて業務にあたるようにしています。申し送りなどには、イニシャルを使うなどしてプライバシーに配慮しています。	規定に基づいた個人情報の取扱いや羞恥心に配慮した対応が行われています。契約時には情報提供同意書を頂き、ホームで利用する情報についても確認が行われています。	
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	日々の会話の中での一言を大切にし、本人の意向に沿えるように努めています。		

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
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	日々の生活のリズムを整えるために大まかな時間割はありますが、出来るだけその人のペースに合わせた対応を心がけています。		
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	衣類など必要な時、本人と一緒に買物など出かけたりしています。また、誕生日プレゼントは居室担当がご本人の好みにあった物をプレゼントするようにしています。		
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	食事量や食べ物の嗜好は入所前に確認しています。ご利用者には出来る範囲でお手伝いをお願いしています。季節感を味わって頂くように行事などに食事メニューを盛り込んでいます。	ご利用者にもできる範囲で食事の準備や片付けも職員とともに行ってもらっています。ご利用者の要望に合わせて外出に出かけたり、干し柿作りやおはぎ作りをご利用者と一緒に行ったり、季節に合わせて流しそうめんもホームで実施するなど、ご利用者に食事を楽しんでもらえるように努めています。	
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	食事量や水分摂取には毎日記録し必要な栄養や水分が摂れるようにしています。その人に合わせた食事形態を提供しています。		
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	食事終了後は口腔ケアを無理強いせず行なっています。出来るだけ自分でやれるところはやっていただいています。年に1回口腔ケアの勉強会をDrをお呼びし開催している。		
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	排泄チェックにより、ご利用者の排泄パターンや仕草を職員間で共有し、ご利用者に合わせたトイレ誘導を行なっています。紙パンツから、状態改善時はきなれた普通のパンツにする様に努力している。	排泄チェックにより、ご利用者の排泄パターンや仕草を職員間で共有し、ご利用者に合わせたトイレ誘導が行われています。	
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	食事や水分摂取量に気を配りながら、看護師の方で便秘の調整をはかり、下剤の調整等もおこなっています。また、薬に頼らないように乳製品など飲んで頂くなど考えています。		

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
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	ご利用者の体調や希望に応じて柔軟な入浴支援をしています。入浴を嫌がられる方に対しては、無理強いせずタイミングや声掛けの方法など職員が成功事例などを共有して望んでいます。	ご利用者の体調や希望に応じて柔軟な入浴支援が行われています。季節に合わせてゆず湯を楽しんでもらったり、入浴を嫌がられる方に対しては、無理強いせず、タイミングや声かけの方法を職員で連携して対応がとられています。	
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	就寝前に居室の温度調整を行い、気持ちよく眠れる様に努めています。無理に就寝時間を決めずに寝ていただいています。		
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	入居されたときに薬の情報は職員に周知していただき、変更になった場合は申し送りで把握出来る様にしています。個人のケースファイルにも綴じております。		
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	季節ごとの行事のほか、誕生会などの年間行事担当を決め楽しみや季節感を持てるようにしています。仲の良い人同士でドライブや買物などに出かけたりしています。手芸クラブを行なっています。		
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	買い物などにも同行していただいたり、個別に外出などもしています。家族には外出の機会を設けて頂ける様にお話をさせていただいています。	天候に合わせた日常的な散歩や買い物に加え、ご利用者の要望に合わせた個別外出や季節に合わせてお花見やぶどう狩り、菊まつりや瓢湖見学などの外出を企画し、ご利用者に外出を楽しんでいただいています。	
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	基本的にはお金は事務所でお預かりし、必要な場合は家族に連絡をして購入しています。		
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	電話や手紙は自由にやり取り出来る様にしています。		



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
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	共用スペースにテーブル席、ソファ、畳の空間があり、好みに応じてご利用いただいています。季節に合った飾り付けや写真など掲示しています。	共有スペースにはソファが置かれ、ご利用者同士がくつろいでテレビを見られるスペースになっています。また、ご利用者の作品や写真などが程よく装飾され、居心地よく生活できるスペースとなっています。	
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	思い通りに過ごせる様にソファもいろいろな位置取りをしています。また、玄関前にもベンチを置き外での会話の機会を作り出しています。		
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	入居時にご本人やご家族に使い慣れたものや好みの物を持ってきて頂ける様に説明しています。可能な限り今までの自分の部屋の環境を崩さない様にさせていただいています。	ご利用者が「自宅の部屋」のように過ごせるよう、プライバシーに対する配慮や、ラジオやミシン等の使い慣れた物を持ち込んでもらうよう働きかけ、居心地よく過ごせる工夫が行われています。	
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	建物内部はバリアフリーになっており、廊下には手すりを設置、安全にお1人でも歩行出来る様にしています。		

**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くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				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	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、活き活きと働けている (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				