

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	会社共通の基本理念をグループホーム入り口と各ユニットに掲示している。	理念の実践ができるように、毎月の会議の際に理念を確認するとともに、4半期毎に、ユニット別に目標を設定し取り組んでいます。	ユニット目標についても定期的に振り返りの機会を持ち、職員間で共有されることを期待します。
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	買い物・理美容・散歩・近隣レジャー施設の利用等、施設での抱え込みにならないように地域資源を活用している。ボランティアの受け入れや、保育園、小学校との交流も行なっている。	事業所の納涼祭には来ていただけるほか、近隣の保育園とは定期的に交流の機会を持っています。また、近隣の中学校の合唱部に来てもらったり、町内の清掃活動にも参加する等、地域との交流に努めています。	
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	「認知症サポーター100万人キャラバン」の告知を回覧板を利用し行なっている。介護教室のお知らせも行なったことがある。		
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	概ね2ヶ月に1回のペースで行なわれている。施設内で起きている問題点についての検討会や、家族や地域からの要望を聞かせてもらえる場を設けている。	運営推進会議は地域包括支援センター職員、民生委員、ご家族代表から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。	運営推進会議に地域の方の出席率を増やせるように継続的に参加を働きかけ、改善されることを期待します。
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	入居者の要介護度についての変化や、困難事例へのアドバイス等は受けている。	市の担当者には認定の更新や介護保険法の解釈、市町村減免等について連絡相談するなどして、連携を図っています。	
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	年間研修項目に入っており身体拘束についてはマニュアル化し、各ユニットに整備している。入り口自動ドアについては構造上、電源を切り対応している。	身体拘束は今のところ行なっていませんが、事業所内研修や毎月のリーダー会議で検討の機会を設け、職員の理解度を深めています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、身体拘束をしないケアを実践しています。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	年間研修項目に入っており虐待防止についてはマニュアル化し、各ユニットに整備している。入浴時に傷やあざ等がないか利用者に聞きながらチェックしている。	虐待や身体拘束については事業所内研修や事例検討を行い、毎月のリーダー会議で定期的に確認する機会を設けています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、虐待の防止に努めています。	
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	各職員の権利擁護の理解が深いとは言えないが、内部研修を行ない少しずつ制度について理解できるように取り組んでいきたい。		
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	入居前は数回に分けて利用者本人とご家族に面談または話し合いを行ない、重要事項の説明を十分に行ない、納得して頂いた上で契約を行なっている。		
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	面会によく来られるご家族はその都度、またケアプラン作成時に電話をし、要望を聞いている。運営推進会議でも発言してもらい、家族としての意見を聞かせてもらっている。	運営推進会議の場だけでなく、年に1度の家族会、面会時や電話連絡の際に気付いたことや要望は無いかな確認しています。	
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	全体会議、リーダー会議、ユニット会議にて情報の収集を行なっている。また、定期的に個人面談も行なっている。	毎月のリーダー会議、ユニット会議にて情報の収集を行なっているほか、定期的にセンター長が個人面談も行って、職員の意見や提案を聞く機会としています。	
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	給与査定時に各職員から自己評価や目標を提出してもらい、それを参考に評価を行なっている。また同時に個人面談を行ない仕事の評価について各職員に伝えている。		
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	研修参加や資格取得について、受験料や参加費等を助成できる制度がある。内部はもちろんだが、外部研修があった場合でも全職員に参加を呼びかけ、研修機会を設けている。		

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	同企業グループ内での交換研修は行なっているが、外部事業者との交流は少ない。		
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	入居前の調査で、ご家族や利用者の不安や困っている事について十分に聞き取りを行い、安心して入居できるよう説明をしている。		
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	電話での説明でなく可能な限り、面談し話しを聞くようにしている。ときには、介護従事者としての専門的なアドバイスをしながら、不安を取り除く努力をしている。		
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	利用者本人や、ご家族、その他、担当ケアマネージャーや看護師、介護サービス担当者話し合い入居を検討している。		
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	自立度の高い利用者でも、職員と一緒に物事を行なうことによって、馴染みの関係が築けるようにしている。介護する側される側ではなく、お互いが助け合いながら生活ができるよう心掛けている。		
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	入居後は今まで以上にご家族との関わり合いが大切になることを説明している。面会は強制しないが、出きるだけご家族の姿や声を聞かせて欲しいとお願いしている。	居室担当が毎月の様子を伝えるお手紙を送付しており、面会時などにも普段の様子を伝えながら、ご利用者の様子を知ってもらえるようにしています。また、事業所広報も2ヶ月に1度作成し、ご家族に送付されています。	
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	馴染みの場所への送り迎えや、電話、手紙や荷物の郵送援助を行なっている。ご家族からも以前の生活について入居後も定期的に聞き取りを行ない、把握に努めている。	知人の方に面会に来て頂いたり、生活暦を把握し、馴染みの関係が継続できるように個別外出の機会を設け、スーパーへの買い物支援、自宅への外出支援、お墓参りなどのご利用者に合わせた支援を行なっています。	

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
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	男女、年齢、認知症の状態によって、職員が間に入りながら円滑に行なえるようにしている。リビングの椅子の配置も利用者の関係性を考慮し決めている。		
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	退去した1ヵ月後に手紙を送っている。今までのグループホームでの様子や写真を同封している。		
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	日常の会話の中で本人のニーズを聞きだしている。意思疎通が困難な利用者に対しては今までの生活歴やご家族の要望も踏まえ行なっている。	日々の生活の中での会話からご利用者の希望を見つけ、対応するようにしています。また、意思疎通が困難なご利用者に対してはどんな時に喜んでいるかなど様子を観察しながら、また介護計画に対するご家族の要望も確認し、支援を行なっています。	
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	入居前の事前訪問や、利用していたサービスの担当者から聞き取りを行なっている。入居後も面会やケアプラン更新時に聞き取りを行ない、記録した用紙で職員が情報共有している。	これまでの暮らしの把握は契約時にご家族やご利用者本人からの聞き取りを中心に行なっています。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし、生活状況の聞き取りを行なっています。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっています。また、作成されたアセスメントシートも6ヶ月に1度は見直し、情報の更新をしています。	
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	日常的な様子は個人記録に記入し、日勤帯の報告を夕、夜間帯の報告を朝に行なっている。また、利用者専用の申し送りノートがあり、状態変化があった場合は記入し、職員が情報を共有している。		

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
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	プラン作成には居室担当、ユニットリーダー、看護師、計画作成が中心になり作成している。家族の要望については面会時または、電話で聞き取りを行なっている。	計画作成担当者が居室担当とモニタリングを3ヶ月に1回行ない、同時に他職員からも情報を収集しています。6ヶ月に1度、期間に応じて介護計画の見直しを行うほか、転倒などの事故が起こった時や早急に対応を変えていかなければならない時など、随時職員間で話し合いをし、ご家族からの意見も取り入れながら対応を決めています。	調査時点で介護計画の作成日に記入モレがあったり、サービス担当者会議の出席者に間違いがある個所もありましたので、改善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	状態変化や利用者ニーズ等についての記録は日誌や個人記録、申し送りノートに記入し共有している。日々の変化には朝、夕の申し送りでその内容について話し合いをしている。		
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	1階がデイサービスなため、大浴場での入浴やデイサービスレクリエーションへの参加がいつでもできる。また、個別の要望にも、その都度、応じている。		
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	季節毎の行事を開催している他、町内の保育園や小中学校との交流も行っている。季節外行事としてボランティアによるイベントも行っている。		
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	2週間に1回、提携医師が回診に来ている。外部受診者については、ご家族又は職員で対応している。職員で対応した外部受診については結果を、ご家族、施設医に報告している。	受診支援は職員も状況に合わせて行っており、医師との状況の確認が行われているほか、ご家族へ内容の報告もしています。入居時に今までの主治医を継続するかそよ風の提携医に変更するか、ご利用者の病状によってご家族と決めています。提携医は月に2度、ホームで回診を行なっていただいています。	
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	利用者の身体状況は全て看護師に報告、相談している。体調の変化については看護師から主治医に報告し、常に連携をとっている。		

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
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。	入院後は週1回面会をし、利用者の容態や治療経過を看護師に確認している。退院の日が決まると、職員とご家族で担当医師から治療経過と退院後の留意点の等の説明を受けている。		
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、事業所です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	対応についてはある程度の基準があり、入居時に説明している。身体的状況・必要な医療・本人、ご家族の希望を踏まえ、その都度、検討、実施している。	実際にホームでも看取りを行ったケースもあり、重度化した場合のグループホームでの対応については法人で定めた一定の基準があり、入居時にご家族へ説明していますが対象者の身体的な状況、医療状況、ご利用者・ご家族の希望を踏まえその都度検討しています。	
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	入社時のオリエンテーションや年1回の救命救急研修で対応について学んでいるが、日常的に訓練をする必要がある。内部の看護師や提携医院から協力を得ながら行なっていきたい。	消防署員による救命救急講習のDVDが定期的に観たり、緊急時の対応について状況を想定した事例研修を行なうなどして、職員が実践できるようにしています。	定期的に普通救命講習を事業所内でも実施し、全ての職員が急変時に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	年2回避難訓練を行ない、消防隊員から避難についてのアドバイスを受けている。施設周辺の住民や町内会長、民生委員には火災が起きた場合の協力体制についてお願いしている。	年に2回、日中・夜間を想定した避難訓練を行い、管轄の消防署に避難訓練を通じて内部の様子と防火対策についての指導を受けています。また、近隣の方にも災害時は協力していただけるようお願いしており、避難訓練の案内もお送りしています。	職員のメールアドレスも事業所でも把握し、災害時に適切な対応がとれるように対応されることを期待します。
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	排泄時のトイレへの入室とその介助や、入浴、居室への入室等プライバシーに配慮している。利用者が居ない居室へ入室する場合でも一声かけるように心掛けている。	ホームでも職員研修を行い、ご利用者のプライバシーに配慮したケアが徹底されており、広報への写真の掲載についても契約時に確認が得られています。	
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	要望が上手く言えない利用者には、今までの生活からヒントを得た選択肢を職員が提案し決めてもらったり、ご家族から聞き取りを行ない本人に同意を得て決めたりしている。		

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
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	ユニットで月間の行事が事前に決められてはいるが、利用者の要望に対してはその、その都度対応するよう心掛けている。介護側の都合で要望を受けれない時は、代わりに何か別の事で満足してもらえるようにしている。		
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	洋服を自分で選んだり、朝起きた後の洗顔や歯磨き、整髪の実行になっている。また個別に外出し、洋服を職員と一緒に買いに行く等の支援も行っている。		
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	一緒に調理が出来ない利用者にも旬の食材や食べたい物のリクエストを聞きメニューに取り入れている。キッチンに立ってない方には盛り付けや食器拭きを手伝って頂いている。	ご利用者にも出来る範囲で調理や味付け、後片付けも行ってもらっています。また、レストランやお寿司屋さん、ラーメン屋さん外食に出かけたり、ご利用者と一緒にご飯作りやお好み焼き作りも行う等、食事を楽しんで頂けるよう努めています。	調査時点でグループホームとしての以前の食事内容が把握されていないところもありましたので、しっかりと把握できるようにされることを期待します。
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	カロリーと栄養バランスが計算された調理レシピが本社から届き、それを元に調理している。食事量や水分量はその都度記録し、朝・夕の申し送りで食事の状況を伝えている。		
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	声がかけて自分でできる利用者はいいが、自力で行えない利用者に対して、拒否があると毎食後できない場合がある。食後以外でも様子をみながら無理強いせず行っている。		
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	排泄のタイミングは常に記録し、場合によっては声掛けをしている。ズボンやパンツを出きるだけ自分で上げ下げしてもらい、職員が手伝わず自力で排泄できるようにしている。	全てのご利用者に対して排泄チェックを行い、定期的なさりげないトイレへの声かけによって失禁回数を減らしています。失禁がご本人の自尊心に悪影響が及ばないように出来るだけ時間で誘導し便器で排泄できるように心掛けています。	
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	起床時に牛乳やお茶を飲んで頂いている。下剤の処方がされている利用者もいるが日中の体操や腹部のマッサージなどを行い排便を促している。		

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
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	デイサービスの大浴場や希望があれば近隣の入浴施設へ行ったりしている。入浴の時間帯は13時～16時と大体は決まっているが、可能な限り要望を聞くようにしている。	毎日入浴の要望を聞きながら行なっています。希望されない方には足浴・手浴・清拭で対応しています。また入浴剤を入れたり、デイサービスの大きな浴槽で入浴してもらっているほか、近隣の日帰り温泉へ出かけるなどし、入浴を楽しんでもらっています。	
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	日中はできるだけ起きて、夜間に良眠できるようにしているが、昼食後は少し休む時間を設けている。居室の温度管理や湿度管理に注意し風邪予防にも努めている。		
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	内服薬の説明書は個別にファイルし確認できるようになっている。新しい薬の処方や変更があった場合は看護師に確認し周知できるよう申し送りファイルにも記載している。		
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	出来る事、できそうな事を常に探求して自分の役割を認識していただけるよう支援しています。季節に合わせた料理や外出を計画し気分転換を図っています。		
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	天候や体調をみて外出している。ご家族にも協力をいただき自宅や希望の所への外出を行っている。	ご利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、天候がいい日は散歩へ一緒に行ったりもしています。また、季節に合わせたお花見や菊祭り見学、蓮見学やあじさい見学、ご利用者の要望に合わせて外食や自宅までドライブに行くなどの個別の外出支援も実施しています。	
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	お金の所持については入居時に利用者本人とご家族で話し合ってもらい決めてもらっている。買い物に出た先でも出きるだけ自分で支払いをしてもらっている。		
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	各居室に電話機は無いが、同じ階の事務所に設置してあるコードレス電話で会話をする事ができる。居室にも持っていきけるようになっており、プライバシーにも配慮している。		

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
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	その時期に合った飾りを利用者と一緒に作成し飾っている。リビングには外出や行事の思い出の写真を掲示している。	建物の2・3階部分がグループホームになり、日当たりが良く、大きな窓から採光により、明るく開放感のあるスペースになっています。また、季節に応じた装飾が適度に行われ、落ち着いた生活空間が演出されています。	
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	居室、リビング、リビングの小上がり(畳)で過ごされている。リビングで歓談したり、小上がりで洗濯物をたたんだり、居室で家族からの手紙をゆっくり読んだりしている。		
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	入居時に今まで使用していた馴染みの物を持ち込んでもらい、出来るだけ自分の今まで生活してきた環境に近づけるようにしている。入居後は居室担当の職員と話し合いながら、飾りつけを楽しんでもらっている。	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっています。入居前に事前訪問した際、ご利用者の部屋を見せてもらいグループホームに入居したときにできるだけその部屋に似ているような配置をしています。	
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	居室の掃除や洗濯、欲しい物があれば買い物に行く、行きたい時にトイレに行く等の日常生活の動作を、さりげない職員の介助で支援している。		

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				