

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	新しく独自の事業所理念を作成し、職員全体が周知、確認できるように掲示しその理念をもとにケアの実践に取り組んでいる。	職員間で話し合い新しい理念を作った。入居者に対し何をすべきか一目見て実践・評価できるような理念は文章化せず、「家族」「チームワーク」「安心」「笑顔」という短いキーワードとした。各ユニットに掲示して共有し、「本人の今」を大切に日々の介護に取り組んでいる。	
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	ゴミ拾いや盆踊りなどに毎年参加している。また地域の文化祭にも利用者で作成した作品を出品している。今年も出品予定である。	自治会に加入し回覧板に広報紙を入れさせてもらっている。盆踊りやクリーン作戦など地域行事に利用者と一緒に参加している。また保育園への訪問や傾聴ボランティアの受け入れなど交流している。	回覧板を活用し地域の方に向けて情報を発信したり、近所の方に事業所に立ち寄ってもらえるような行事を企画するなど今後も地域と接点をもつ努力を継続されることに期待したい。
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	広報を作成し地域の方にも見てもらえるようにしているがまだ理解や認識は十分ではない。		
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	運営推進会議では今のホームでの状況を伝え課題や問題について意見を頂き改善や取り組みに活かしている。	市役所の担当職員・地域住民・有識者・家族・利用者などが参加し、活動報告や意見交換を行っている。外出時の行先を教えてもらったり、看取りケアなど事業所の取り組みについて話し合いアドバイスを受けサービスに活かしている。	
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	運営推進会議の委員に市役所の高齢福祉課の担当者になっておりホームの実情や問題点などを伝え意見を頂いている。	運営推進会議を通じて市の担当者に現状を把握してもらっている。また何かあれば市役所に出向き相談したり助言をもらっている。市の研修にも参加している。	
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	夜間は職員が一人の為施錠をしているが、日中は見守りを十分行う事で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	研修で学んでいる。行動を抑制するような言葉がけはしないよう注意している。自由に過ごしてもらうことを大切に、見守ることで安全を確保している。施錠はしていない。看取りケアを行う上でやむを得ずベッド柵が必要となることもあるが、話し合い改善できるよう工夫している。	
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	社内研修や全体会議で折にふれ学ぶ機会を設けている。日々の業務の中でも常に虐待防止を意識し言葉、行動共に気を付けて利用者として接している。	研修で学び、行動や言動に注意を払い防止に努めている。職員の精神的負担に対し、話をよく聞き大変さや辛さを皆で共有したり、お互いにフォローしあうことで軽減できるよう配慮している。	

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
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	一部の職員は研修に参加しているが全職員が理解しておらず今後活用できるよう学習や研修を行っていききたい。		
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	契約時は十分な時間を設け説明し理解してもらっている。家族からの不安、疑問などがあれば説明し納得を得ている。		
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	12月に行っている家族会でのアンケートや面会時に家族の意見を聞いている。	面会時に意見を聞いている。面会の少ない方には随時電話で様子を伝え、意見を聞いている。また忘年会・敬老会には家族を招き、家族会を開催しアンケートを実施している。外出を増やしてほしいなど意見や要望があればは全職員で周知しサービスに反映している。	
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	ユニット会議や全体会議などで職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	月1回の全体会議やユニット会議で意見を聞いている。行事やイベントの提案・環境整備・業務整理などについて各委員会や係から意見や要望を聞きサービスに活かしている。管理者は常に職員から意見を聞くことに心がけ、本社の統括責任者もホームを訪れ現場の職員の声を聞く機会を持っている。	
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	介護福祉士やケアマネージャーの手当てを作り個々のスキルアップの機会や環境を作っている。個々の事情に合わせて時間の短縮など職員が長く働ける環境作りをしている。		
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	色々な社内研修が企画されており職員は自分の学びたい研修や実習を受けている。		
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	研修や各委員会で顔を合わせる機会があり交流している。		

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
<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	本人の話を傾聴し本人に寄り添い安心できる声掛け、環境作りを行っている。本人から得た不安、要望は職員で共有しケアに繋げている。		
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	家族とは出来るだけ話をするのでお互いの信頼関係が深められるように努めている。面会時には毎日の様子や利用者の様子や気持ちを伝え関係作りを行っている。		
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	現在は行えていないが、今後支援できるように努めていきたい。		
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	本人の出来ることを見つけ役割を持つことで共に支え合い暮らしていく関係作りを築いている。		
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	面会時や月一度のお手紙などで情報を提供し家族の協力が必要な時は家族の協力が得られる様本人を共に支えていく関係づくりに努めている。	月1回居室担当職員と看護師が日頃の様子や健康面について手紙で情報を提供している。家族との関係継続は理念にも挙げており、契約時には家族の協力が得られるよう説明を行っている。行事に家族を招き一緒に過ごす機会を設けたり、家族の協力を得て外泊や外出をするなど関係継続の支援に努めている。	
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	馴染みの場所への支援はなかなか支援できていないが、友人、親戚が面会に来られた時は笑顔で迎え訪問しやすい雰囲気作りに努めている。	入居時に本人や家族から馴染みの人や場所について情報収集している。自宅周辺や行ったことのある場所にドライブに出かけ、思い出話をすることで情報を得ることもある。友人や知人の訪問があればゆっくり過ごしてもらい、継続して来てもらえるよう声をかけている。	
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	気の合う利用者同士がコミュニケーションが取れるように場を取り持ったり一人ひとりが孤独感を持たないように配慮している。		

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
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	今現在は行えていない。		
<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	本人の意向を確認した上でケアプラン立案に努めているが、困難な場合は家族や職員とのカンファレンスを開き本人本位のケアが行えるようにしている。	日々の関わりの中から思いや意向を汲み取るよう努めている。把握が困難な場合は、家族から聞いたり、本人の立場に立って推測し職員同士で話し合い確認した上で対応し、その際の表情や反応を見て把握するようにしている。	
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	入居前の本人の生活歴を家族に記入をお願いし情報収集に努めている。入居後も面会時に家族から情報を得られるようにしている。	入居前に自宅を訪問し、居室の様子や暮らしぶり、地域環境等を確認するとともに、家族から「暮らしの情報」について記入してもらい把握している。サービス利用の経過についても、前の介護支援専門員から情報提供を受け、把握している。入居後も情報収集に努め、家族との会話などから新たな発見があることから、特に注意深く話を聞くように心がけている。	
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	心身状態の変化を日々観察し変化があれば申し送り簿や申し送り等で情報の共有を行っている。		
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	毎月のモニタリングで本人の課題を見極め本人、家族の意向を取り込んでケアプランを作成している。	職員はケアチェック表を用いてケアプランの実施状況を毎日チェックし、1か月に1回モニタリング評価票を作成して計画作成担当者に提出している。6ヶ月に1回、または変化があればその都度、モニタリング結果等を基に本人・家族にも参加を呼びかけサービス担当者会議を開催し、関係各者の意見・要望や提案を取り入れながらケアプランを作成している。	
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	個別に生活記録や介護支援経過に詳しく記入し申し送り時に口頭で情報を共有しより良い支援ができるように努めている。		
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	本人や家族の状況や要望に出来るだけ応えられるように外出などの支援は行っているが多機能化しているとは言えない。		

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
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	傾聴ボランティアの来訪や地域の小学校との交流など豊かに暮らしを楽しむことができ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	ホームの協力医は決まっているが家族の希望により入所前からのかかりつけ医への受診を継続している利用者をおられる。かかりつけ医への受診は家族が同行し情報提供している。	本人・家族の希望するかかりつけ医としているが、協力医は看取り対応や毎月の往診の実施、24時間対応など利便性が高いため協力医をかかりつけ医として選択する利用者が多い。専門医での受診が必要な場合も協力医が紹介状を用意し、受診状況も把握しており、適切な医療が受けられる体制となっている。専門医へは家族による受診介助としているが、緊急時や困難時は職員が代行している。	
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	介護職は日常の関わりの中の小さな変化でも速やかに看護師み報告、相談し状態変化の早期発見と適切な処置や受診に繋げている。		
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。	入院時には情報提供書を作成し病院に提出している。早期退院に向けて看護師と病院関係者や家族との情報交換に努めている。		
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	早い段階かや看護師を通して、家族、協力医との話し合いをもちホームできるケアの理解をもらい、家族の意向に添えるように支援している。	詳細な「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。法人として看取りを行なう方針であり、当事業所も開設時より看取りを行なっていて、協力医の手厚い協力体制もあってこれまでに27例の看取りを行っている。また、ターミナルケアの研修を実施して本人の苦痛軽減や精神的ケアについて学んだり、看取りケアについてユニット会議等で全職員で検討して方針を統一している。医師と職員が連携し、安心して納得した終末期を迎えられるよう、支援に取り組んでいる。	
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	急変、事故マニュアルは作成しているが、実践力は不十分と思う。今後訓練回数を増やす必要がある。	年1回、消防署の協力を得て救急救命法の訓練を実施している。新人研修でも救急救命法について学んでいる。また、常勤看護師の指導により、病状毎の変化の観察ポイントや対応方法について学び、急変時に備えている。実践力が不十分であることを課題として認識しており、今後訓練回数を増やすことを検討している。	

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
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	避難訓練を年2回日中と夜間の火災を想定して行っているが地震や水害などの訓練は行えていない。	年2回、併設施設と合同で昼夜を想定した火災避難訓練を実施している。うち1回は消防署員の立会いのもと実施されている。併設のショートステイと連携し、職員の協力体制や互いの施設への避難方法を確認しながら実践的な避難訓練が行われている。地域住民への協力依頼や地震・水害時の訓練はまだ実施されておらず、今後の課題としている。	職員だけの対応の限界を具体的に確認し、日ごろより地域住民との連携を図りながら、事業所の災害時対策に関する理解を求め、協力体制を構築して行く事が望まれる。また、地域のハザードマップ等も確認しながら、自然災害に対する訓練を実施することが望まれる。
<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	人生の先輩としての敬意を表しプライバシーや尊厳を傷つけないように一人ひとりにあった声掛けやケアを行っている。	職員は接遇やプライバシー確保について初任者研修や本社の研修に参加し、人格尊重やプライバシーを損ねない対応について学んでいる。相手の気持ちを大切にし、こちらの都合を押し付けるようなことはせず、相手の同意を得ながら物事を運ぶようにしている。また、会議の場などで適切な言葉かけや対応が行われているか振り返りを行い、実践に努めている。	
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	利用者との日々の関わりの中で思いや希望が容易に自己決定できるような声掛けや対応を行っている。		
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	個々のペースに合わせて睡眠、食事、排泄の支援を行っているが、時には職員側の都合が優先することもあり改善していかなければいけない。		
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	身だしなみの支援は行えているが、おしゃれの支援は行えていない。		
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	調理の準備や片付けなど出来る事を無理なく行う事でやりがいを持てるように支援している。濃い味付けが好みの方には出来るだけ好みに添えるように支援している。	本社の栄養士が栄養バランスを考えて立てた献立を基本に、利用者の好みや法人の農場で採れた季節毎の野菜を取り入れながら職員がアレンジし、ホーム内で個々の味付けの好みにも配慮しながら調理し出来立ての食事を提供している。利用者は準備や後片づけなど出来る範囲で行い、職員と利用者が同じテーブルを囲んで同じものを会話を楽しみながら食べている。外食やおやつ作りも適宜取り入れ、楽しむ工夫を行なっている。	
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	栄養士が立案した献立を元に職員でメニューを作成し一人ひとりの状態に合った量、形態で提供している。摂取量のチェックで不足と思われる方には個別の支援も行っている。		

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
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	毎食後口腔ケアの声掛け、介助を行っている。夕食後には義歯を預かり消毒洗浄を行っている。		
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	日中は出来る限り一人ひとりの排泄パターンを理解してトイレ誘導を行っている。尿意、便意がない方でも定期的にトイレ誘導を行うことでトイレでの排泄に繋がっている。	トイレでの排泄を大切にしたい支援を行なっている。一人ひとりの排泄パターンにより定時誘導し、その際の排泄有無の確認を行ないながら少しずつパターンを調整し、より本人に合った排泄パターンを把握し失敗の減少を図り、排泄の自立に繋げている。リハバン・パッド類の使用については本人の皮膚状態等にも配慮し、一人ひとりに合わせて検討し、使用している。	
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	排便チェック表を記入することで一人ひとりの状態を理解し水分摂取や便通に良いスムーズーを提供している。		
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	曜日を決めず一人ひとりの体調や希望に合わせた入浴の支援を行っている。入浴時間を長くとり職員との会話も楽しみになっている。	1日おき、午後からの入浴を基本としているが、希望があれば毎日入浴や時間帯の変更にも対応している。ゆったりと入れる大き目の浴槽であり、手摺りやチェア、滑り止めに適切に設置し安全性に配慮している。入浴を拒む人には無理強いをせず、時間をおいて声掛けしたり、部分浴や清拭に切り替えるなど本人の気持ちを大切にしたい支援をしている。	
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	日中でも本人の希望や体調に合わせて臥床や休息ができるように支援している。夜間は温度、光などに配慮して安眠できるように配慮している。		
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	個々に内服している薬の内容が書かれたファイルがあり誰にでもわかるようにしているが、十分に理解しているとは言えず、学習が必要である。		
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	一人ひとりに合った役割を持てるように支援しているが、生活歴や力を活かした役割や楽しみを行えていないので今後の支援に努めていきたい。		

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	ホームでの行事で外出する事はあるが、その日の希望に添っての外出は行えていない。日を決めて買い物やドライブなどの支援を行っている。	日頃から天候が良ければ近隣や施設の広い敷地内を散歩している。春から秋にかけては外出行事として新発田城、紫雲寺記念公園、五十公野公園などへ出かけ、桜やチューリップ、あやめ等、季節の花を楽しんだり、系列グループホームや保育園に出かけ交流会を行ったりしている。ホーム専用車が無いため急な外出希望には対応できていないが、予め日を決めていれば系列施設から車を借りることができ、個別の外出希望にも対応している。	
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	お金の所持は支援していない。		
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	手紙のやり取りは行えていないが、本人宛に届いた手紙、宅配物が届いた時はお礼の電話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	リビングからは畑、田んぼが見え季節感が味わえることができる。季節ごとの装飾物や手作りカレンダーなどで季節感を感じられる。	リビングは広くてゆったりしており、大きな掃き出し窓から広い中庭が見渡せ開放感がある。リビングには畳コーナーがあり、ソファも複数個所に設置されていて、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。各所に行事時の写真や季節毎の利用者作品等を掲示したり、職員が窓ガラスをステンドグラス風に装飾して明るい雰囲気になるよう工夫したりして、楽しく居心地の良い空間づくりを行なっている。	
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	食堂、リビングが広く利用者一人ひとりが思い思いの場所で過ごしている。時にはパーテーションを使用し一人の空間を提供している。		
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	入居前から使用していた家具などを持ってきて頂き居心地良い居室になるように支援している。家族が書かれた油絵を飾っておられる方もいる。	居室は掃除が行き届き清潔感がある。本人・家族の希望に応じて馴染みの家具や写真・装飾品等を持参してもらい、その人らしい居心地の良い居室作りを支援している。ターミナル期には、寝たきりになり見えるのが天井だけになってしまうことに配慮し、目を楽しめる工夫を行なっている。	
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	場所が認識できるようにトイレ、居室に貼り紙をしたり、歩行の妨げになるようなものを排除するようにしている。		



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				