

ホーム名：グループホーム サンシャイン					
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として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	基本理念を策定し、介護職員室や事務所等に掲示し、折に触れて啓発している。	理念は「心豊かな生活を仲間とともに」をパンフレットに記載。「入居者とともに生活を楽しむ礼節のある対応」を事務所や職員室に掲示している。	理念は入居者・家族だけでなく来訪者にホームの姿勢を指し示すものである。職員はそれを心に留め職務に励むことになる。両方の理念を一つに凝縮したものを皆で考え、玄関にも掲示し来訪者にもアピールされたい。
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	地域行事（盆踊り大会や敬老大会など）や地域団体主催によるふれあい喫茶に参加。また、ホームにもボランティアとして行事時等には参加していただいている。	自治会に加入しており、「自治会便り」は届けていただいている。大道南小学校の敬老会には招待される。地域の盆踊り大会、ふれあい喫茶にも参加している。コーラスボランティアが2ヶ月に1回来てくださる。	ボランティアと一緒に歌ったり、ジャズの弾き語りがあり楽しいひと時である。地域に出かけることは地域に暮らしていると実感出来る時である。将来的には地域に貢献できるホームへと発展させたいと管理者は考えている。今後の活動に期待する。
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	地域交流の場で、活かす機会はあるが、特別に機会を設けてはおらず、十分には活かしていない。		
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、行った施設行事や、職員が参加した研修等を報告している。また、事故報告やひやりはっとも報告し、いただいた意見はサービス向上に活かしている。	運営推進会議は2か月ごとにホームから歩いて5分の大道南会館で開いている。会議の委員は年間を通じてお願いしている。家族は固定しないで出られる方に出てもらうことにしている。	ホーム内会議は部屋が無いこともあり出来ていない。また家族もほとんど出ていただけていない。会議内容のわかる議事録を残されたい。市職員にも参加を呼び掛け、議事録も届けて次回の参加につなげられたい。出席者にホームを見学をしていただくことも検討してほしい。
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。	運営推進会議に、地域包括支援センターの担当者が参加している。また、その都度必要時に区役所担当者と連絡を取っている。	区の介護課には相談に行っている。介護保険の実施現場として行政の意見と法令の改定のことなど情報を得、助言もいただくために、連絡を取りやすい関係を構築している。	地域包括支援センターと市町村行政側の立場と視点の違いを理解し、運営推進会議への行政の参加に努力してみていただきたい。
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しないケアに取り組んでいる	サービス基準を正しく理解し、入居者の安全を守るうえで必要最低限の対応を行っている。	直接身体拘束になるようなことは現在していない。玄関は出るときは施錠、入る時はいつでも入ることが出来るロックを行っている。ホームから出ていきたい様子が見受けられたらそのまま散歩をすることにしている。職員は身体拘束・虐待の外部研修に参加している。	玄関施錠も広義的には拘束になる。職員数・ホーム内事情・地域事情など玄関の施錠は難しい問題である。研修を受けたことを職員みんなで共有し、広義的な身体拘束・虐待の理解を時にはみんなで話し合っただき、さらなる研鑽を期待する。
7		○虐待防止の徹底 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ない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	ニュースになった事件などは、朝礼や職員会議時に触れて、注意喚起を行っている。また、虐待防止の研修にも参加している。		

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人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	以前入居されていた方に利用者がおられたため、職員が関心を持つとともに学ぶ機会を持ったが、退居されて以降は、学ぶ機会が作れていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	入居時に、ご本人やご家族に説明を行い理解・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	意見箱を2カ所設置している。	意見箱に意見が入ったことがなく、よく来られる家族から要望を聞く機会はあるが、だんだんホームを訪ねる家族が少なくなっている。ホームの様子・入居者個人の様子を個別に掲載したサンシャイン便りを発行し、毎月家族に送っている。	家族もホームにお任せという感じでホームに出向く方が少なくなっている。入居者の認知症が深くなっても、家族が来られると表情が変わって安らかになるとの意見もあり、家族の力は大きい。家族がホームに出向いていただける方策も考えてみてほしい。
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、それらを反映させている	月1回行っている職員会議で、職員からの意見を聞いている。また、その都度気付いた際に聞き検討の結果、反映させていく場合もある。	毎日の日勤帯でリーダー制を取り入れて伝達方法を確立した後、連絡漏れ、見落としがなくなった。職員の意見は管理者が全部一旦受け入れ、判断して反映している。	リーダー制導入は、漫然と日常業務を行うのではなく、より良い運営につながる検討の結果と考えられる。職員の意見の反映は、やり甲斐につながっているのか離職率は低い。さらなる研鑽を期待する。
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	個々の状況に応じた整備に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際の力量を把握し、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	外部研修を中心に参加を進めている。外部研修の参加者が、職員会議の場で、内部研修として実施している。		
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、相互訪問の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	大阪市GHネットワークに参加し、総会や講演会にも参加している。また、東淀川区GHネットワークの定例会に参加している。		

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	ご本人からの情報収集は、初回面談時、家庭訪問時、入居時とできるだけ回数を多く持つようにしている。	
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、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご家族も同様に、お話しできる機会があればその都度お伺いし入居者の安心へつなげるようなサービスへとつなげている。	
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	必要であれば、地域包括支援センターへの相談や、各関係福祉事業所や医療とも連携していく。	
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	時間帯によっては、職員が業務に追われることもあるが、食事を同じテーブルで囲んだり、屋上の家庭菜園を楽しんだりしている。	
19		○本人と共に過ごし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	一部のご家族を除いては、なかなか面会等には来られないが、サンシャインからの発信として、毎月のお手紙で、ご本人の様子を報告している。必要に応じて、電話にて様子をお伝えしている。	
20	8	○馴染みの人や場と関係継続の支援 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	なじみの人や場所がある方に関しては、介護計画に盛り込み入居後も継続できるよう支援している。	馴染みの関係先や、希望の場所へ行ったことはあったが年を重ね行動範囲の減少で遠くには行けない入居者が増えている。お正月に家に帰る方は少ないがいる。お誕生月には入居者の行きたい所を開いて可能な限り応えている。
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	入居者それぞれの性格を把握し、それに合わせて職員が間に入り、孤立しないよう支援している。	
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	必要に応じて対応している。	

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	本人から、訴えのあった希望等に関しては、可能な限り対応している。訴えのない方には、アセスメント時に聞き取りを行い意向を伺っている。	入居者は何をしたいかとの意見が出にくくなってきているが、入居者から思いが出たら出来る限り副えるようにしている。	先にさきに手を出したり、口を出すことが至れり尽くせりの介護かと思うが、其のことが「入居者が思いを表出する機会」を奪っていないか、職員で検討していただきたい。職員が入居者の思いや意識を引きだしてあげていただきたい。
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る	入居前には必ず家庭訪問し、自宅の様子やこれまでの生活について詳しく伺い聞き取りを行っている。		
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	毎日、担当職員がその日の様子を介護記録に記入している。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族様や主治医など、一堂に会して会議には参加していただけないが、各自に意見をお伺いしている。サンシャイン内では、職員会議でサービス担当者会議を開催している。	介護計画は毎月サービス会議で介護計画書に基づいて見直し、6ヶ月で作成している。介護計画作成は家族・医師の参加が望ましいと介護計画担当者は考えているが、その機会はできていない。日々の介護記録と、往診のまとめとして月1回医師から提出される診療情報提供書も取り入れて作成し、家族に送って確認を得ている。	かかりつけ医の運営するデイケアに入居者6名が毎週1回通っている。その利用時の記録等を取り入れ、日常生活での機能回復などきめ細かな介護計画書の作成を願う。
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	介護記録は、その日の担当者が記入し、気づきや工夫を記入している。気づきに関しては、申し送りやサービス担当者会議・職員会議で介護方法について話し合い、情報を共有している。		
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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	一人ひとりにあった支援を、サンシャインのなかで可能な範囲で取り組んでいる。		
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	多種多様ではないものの、地域資源は大いに活用している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	入居者やそのご家族の希望によって、嘱託医ではなくご病気の主治医をそのまま入居後も継続される方もおられた。その場合も、主治医と連携し、その方に応じた支援を行っていた。	現在は入居者全員が、協力医である清水クリニックがかかりつけ医となっている。月2回の往診及び、同クリニックの看護師による訪問看護が週2回ある。毎週1回、訪問歯科医による往診もあり、治療・義歯作製・調整などホームで行われている。	かかりつけ医による往診時の記録は、診療情報提供書として月1回まとめてホームに提出されている。今後も、医師・訪問看護師・ケアマネジャー・職員の連携を良くし、家族への報告も忘れず支援を継続して行って頂きたい。

31		○看護職員との協働 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支援している	職場内に看護師はいないが、週2回訪問看護に看護師が来所されており、その際に相談を行っている。緊急であれば電話でも相談している。		
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、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。又は、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	病院関係者との情報交換等は嘱託医とともに、連携を取っている。		
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	重度化した場合の指針を作成し、契約の段階で説明を行っている。	事業所の対応や看取りに関する考え方について、“グループホームサンシャインにおける「重度化した場合の対応に係る指針」”として作成し、契約時に説明を行っている。看取りに関するホームの方針は、終末期介護を前提にしない。重度化した場合の対応については、提携医療機関等の指示を仰ぎつつ転居先に委ねるが、その折には最大限の支援を行う旨を約束している。	終末期介護を前提としていない事を契約時に説明し、同意書を入居者・家族より提出頂いている。そのことは家族も終末期の方針を早い段階から考えていくことができる。重度化した場合に次の受け入れ先を家族とともに探す最大限の支援を事業所をお願いする。
34		○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	職員へは日頃から事故発生時の対応について周知しているが、定期的に訓練は行っていないため十分とは言えない。		
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	避難訓練や地域との協力体制は十分に築けてはいない。	前回の避難訓練では台所からの出火を想定し、誘導の仕方を内部訓練で当日の職員のみで行った。災害備蓄品(飲料水・スポーツ飲料・トイレトペーパー・食品等)を屋上物置に保管している。各居室、スプリンクラーを設置している。防火管理者は所長となっている。	道路から少し奥まった場所にホームがある。火災・地震・津波等、災害時の対応を消防とよく相談しておかれない。また、職員は普段から防災の意識を持ち、いざという時の訓練も日頃から実施されたい。1階自立支援ホームの入居者と協力して訓練をすることも検討されたい。

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	適切な言葉かけを行うよう努力しているが、まだ十分ではない。	人権研修などで学んだ事は職員にも伝え、人格の尊重やプライバシーの確保に努力している。職員にはトイレ支援時などでの声かけに注意をするよう指導しているが、十分ではないと管理者は感じている。	入居者は人生の大先輩であり、学ぶことは多い。言葉や態度で傷付ける事のないように、敬いの念を持って支援にあたって頂きたい。
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	さまざまな場面で、自己決定ができるよう働きかけている。		
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	基本的には、ひとりひとりのペースで支援をしているが、時間帯によっては難しいことがある。		
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	衣類の数が少なく、おしゃれまでは支援できていないのが現状。		
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	月に一度、手作りのおやつや食事を入居者とともに作る機会を設けている。その日は、準備から片付けまで一緒になって行っている。普段の食事では、一部の入居者が職員と一緒にいる。	毎回の食事は、外出支援確保の為、外注により冷凍品で届く。ご飯・汁物（具のみ届く）はホームで作る。月に1度手作りの日を設け、焼きそば・もんじゃ焼き・ところてんなど入居者の希望の品と一緒に作っている。おせち料理もホームで手作りし、一人ひとり重箱に詰めて正月気分を楽しんだ。	7割方出来上がった外注食品を利用している。入居者と共に職員も食べるので味などが確かめられ、また家庭的でもある。男性にはやや量が少ないかもしれない。献立や量・味付けに関して入居者の要望を聞きながら今後も楽しい食事の時間とされたい。手作りの日を増やすことも検討していただきたい。
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、集会に応じた支援をしている	食事量・水分量ともにチェックを行い、1日に一定の水分量が摂れるようすすめている。主治医より注意を受けている方に関しては、その方に応じた支援を行っている。		
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	毎食後、職員が見守りや介助をしながら口腔ケアを行っている。また、週1回訪問歯科に来ていただいている。		
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。	認知症の進行に伴いおむつ使用者は増えているが、失禁回数が増えないよう定期的に誘導を行い、入居者自身が尿便意を訴えられてももちろん誘導しており、極力トイレでの排泄ができるよう支援している。	トイレは3カ所設置され、男性用トイレが便座トイレと並置されている個所もある。現在夜間の紙パンツ利用者は3名、昼間布パンツにパットをつけて対応している人が4名おられる。尿量が多い人には、外国製の尿取パットを試験使用し効果的である。	自立排泄やおむつを使わない生活は身体機能の上からも大切である。男性用トイレも1か所設置されていることは男性入居者の自立排泄に有効といえる。パットやリハビリパンツを工夫使用し朝までぐっすり眠られる支援や、出来るだけ長く自立排泄ができる支援の継続をお願いする。
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	多めの水分摂取をすすめ、身体を動かし排便を促している。場合によっては腹部のマッサージ等試みているが、それでも排便しない場合は内服薬に頼っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	現状は、曜日・時間ともに決まっている。しかし、その枠内で個人の状況にできるだけ合わせている。	火・木・土曜日を入浴日とし、昼食後1時半から1人20分程度で入浴している。立位がとれなく、2人対応で支援している人が1人おられる。循環型風呂であり、全員入浴後に清掃を行なっている。	入浴を嫌がる入居者はおられないとの事である。入浴用介護用品なども利用して、本人及び職員の身体的負担を和らげるような支援も取り入れていかれると良いと思う。入浴時の会話も、本人を知る貴重な時間とされたい。

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	入居者の行動に制限はしていないが、昼夜逆転の恐れがある時は、それを防止する支援を行っている。		
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、用法や要領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	主治医からの指導に基づき、処方薬について理解し、服薬の支援を行っている。		
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	入居時に個人の趣味や習慣ごとなどリサーチするが、現在も可能である場合は介護計画に挙げている。できない場合でも、張り合いのある日々となるよう別の内容で介護計画に挙げている。		
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支援している	希望に添えるよう可能な限り支援している。 年1回ではあるが、誕生日外出として個別外出の機会を設けている。	散歩や買い物などで、外出する機会を多く持つようにしている。車椅子での外出も積極的に行っている。近所の竹間公園へは、途中自動販売機で飲み物を買うのを楽しみに通う入居者もおられる。屋上での野菜プランターへの水やりも行っている。週一回、デイサービスに参加している入居者もおられる。	時には車でスーパーへ買い物に、また誕生日外出は各自希望の場所(寿司屋・餃子屋・大型スーパー等)やドライブなど、外出を楽しんでいる。デイサービスへの参加などホームとは違った日常生活も体験出来ている。様々な形で外出支援を、これからも積極的に行っていって欲しい。
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、お金を所持されない方が大半である。しかし、ご本人の希望により小銭程度をお持ちの方がおられる。その場合、時々管理の様子を伺い、確認している。		
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している	現在の入居者ではされる方がおられないが、今後希望があれば支援を行う。		
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）は、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	日々の生活で、不快に感じるものがなく快適な居住空間となるよう努力しており、なるべく季節感を取り入れている。	キッチンから皆の様子が見渡せるリビング配置となっている。掃除は朝、出来る入居者も時には手伝いながら行っている。廊下には入居者の手作り作品や書道作品が貼られ、目を楽しませている。リビングから全居室は目に届かず、注意が必要である。	屋上は広々とし、十分なスペースがある。野菜も育てられ、ベンチでの日向ぼっこや夕涼みにも活用されている。過ごし易い季節には、広い空間を利用してリビングでは出来ないゲームや楽しみ方で有効に使う方法を考えてみられたい。リビングは、大人の寛ぐ空間でありたい。
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、独りになったり、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	各居室は個室になっており、いつでも一人の時間が作れる状態である。またリビングでは、入居者の方同士が一緒に過ごしたり、テレビを鑑賞できるようにしている。		
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	ベッド・タンス以外に関してはなじみの物を持参していただいても可能であると入居時に伝えており、それぞれお持ちいただいております。居心地の良い居室となるよう工夫している。	各居室は、畳ベッド・クローゼット・タンス・キャビネット付き洗面台が備えられ、広さも十分である。布団は各自持参である。一日に一人分づつ順番にシーツを洗い、屋上で干している(記録を付けている)。其々馴染みの品が持ち込まれた居室となっている。	畳ベッドである為、布団を上げると座る場所も確保でき、また和の雰囲気も楽しめる。時計・カレンダーの無い居室もあった。見当識防止の為から、どの部屋にも設置をお願いする。
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	施設内はバリアフリーで手すりも各所に設置されている。居室前には個人のネームを貼りわかりやすくしたり、トイレに目印をつけたりしている。しかし、リビング付近以外は死角になっており目が行き届かないので危険である。		

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	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	①毎日ある ②数日に1回ある 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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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聞いており信頼関係ができています	○	①ほぼ全ての利用者と ②利用者の3分の2くらいと ③利用者の3分の1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きている	○	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	○	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全くない
66	職員は活き活きと働いている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいの ③職員の3分の1くらいの 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3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんどいない
68	職員からみ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ほぼ全ての家族が ②家族の3分の2くらいの ③家族の3分の1くらいの ④ほとんどできていない