

(様式2)

平成 29 年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1590101372		
法人名	社会福祉法人苗場福祉会		
事業所名	グループホームこもれびの家		
所在地	新潟市中央区本馬越2丁目15-34		
自己評価作成日	平成29年10月20日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成29年11月18日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

平成27年5月1日に開設をし2年が経ちました。
本年度も引き続き『お客様が主役となるホーム』を目指します。
お客様お一人お一人をもっと知りたい、理解したいという思いのもと
昨年度よりもう一歩踏み込んだアセスメントを行えるよう職員の
力量向上に努めています。
また季節の行事や お客様と一緒にお菓子作りをしたり
外出したりと定期的に企画を立て実施しています。
そして施設や町内の行事に積極的に参加し、地域の方との交流を多く取れるようにしていきたいです。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は、新潟市の中心市街地から住宅街や田園地帯が広がる地域に立地する地域密着型のサービスを中心とした複合型施設の中にある。平成27年5月に開設した特別養護老人ホームに併設して開設し、3年目を迎えた。運営母体は長年に渡って県内外に多くの介護福祉施設を運営している社会福祉法人である。

建物は3階建てで、外観は周辺地域の中に違和感なく溶け込んでおり、都会的な設えが目を引く玄関ホールと内部のモダンな内装が全体的な清潔感を印象付けている。施設内には当事業所のほか小規模多機能型居宅介護事業所やショートステイも併設しており、複合施設のメリットを活かしながら連携して地域に貢献しようと取り組んでいる。

運営推進会議の開催や防災協力のみならず1階の共有スペースには地域交流室やボランティア室を設置し、地域との交流を積極的に行うとともに地域の交流拠点としてさまざまな活動を受け入れている。

管理者・職員は地域密着型サービス事業所であることを十分に認識しつつ、「利用者が主役となる」事業所を目指して利用者一人ひとりをよく理解するためのアセスメントも十分に行い、利用者の笑顔を引き出す取り組みにも力を入れている。複合施設全体で開催する「夏祭り」などのイベントには地域の方が大勢足を運んで利用者と交流しており、新たな馴染みの関係も作られている。法人のスケールメリットを活かした様々な研修体制と情報分析が事業所の実践力を支えている。

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	「お客様が主役となるホーム」を目指し、住み慣れた地域でお客様が健康で安心して自分を出していける場所となる為に、お客様の体調管理や職員育成に取り組んでいる。	法人で掲げる理念を事業所の理念にもしっかりとつなげている。事業所では理念に基づいた目標を年度ごとに設定し、事業所単位の目標も設定している。部署会議での共有や、個人ごとの目標設定を評価する仕組みがある。	
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	毎年行っている「くりの木まつり」や、体操教室、認知症カフェに参加し、地域の方との交流を図っている。	地域交流スペースを地域のサークル活動に貸し出したり、認知症カフェの運営にも取り組んでいる。普段から利用者が散歩する際は地域の人と声を掛け合ったりして関係づくりに努めている。	
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	現在、認知症の人の理解や支援方法を地域に向けて活かしてはいっていない。		
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	2か月に一回の運営推進会議を実施し、お客様やご家族様、地域の方との話し合いを行い意見等をいただきサービス向上に活かしている。	利用者、家族や自治会長、民生委員といった地域の方の協力が運営推進会議の場で活かされている。事業所からの転倒事故の報告に対しては介助方法にも意見が得られるなど、メンバーと良好な関係が築かれている。	
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	地域包括支援センターの方に運営推進会議に参加していただいている。	行政職員も参加する地域ケア会議に事業所の職員が出席しており、地域のニーズに応える施策にも参画できている。所轄の行政職員とはいつでも相談できる関係になっており、事故報告を含む様々な報告や相談を行っている。	
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	高齢者虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、委員会主催で年1回の勉強会を行っている。	身体拘束廃止委員会を組織しており、その主催の勉強会で身体拘束の廃止について学んでいる。不適切なケアについても学ぶ機会を設け、職員は身体拘束を行わないケアを身に付けるよう努めている。	

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
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	高齢者虐待・身体拘束防止委員会を設置しており、委員会主催で年1回の勉強会を行っている。	法人全体で虐待に関する職員向けのアンケートを行い、不適切ケアや高齢者虐待について振り返るための勉強会を開催している。日常のケアの中で職員がストレスを強く感じる場面があれば替わりの職員がフォローするなど、虐待を予防するための対策が講じられている。	
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	権利擁護に関する制度についての知識を深める機会をまだ持っていない。		
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	契約書・重要事項説明書等の説明を行い、同意いただいた方に署名捺印をいただいている。		
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	運営推進会議でお客さまや家族の意見を伺う機会を設けている。また今年度も引き続きお客さまアンケートを実施し、意見や要望については書面にてお客さまやご家族様に報告を行う事を計画している。	事業所ごとに家族向けのアンケートを実施し、集計した結果は職員間で共有して次のケアに活かす仕組みがある。また、目安箱を設置して意見を出しやすいように配慮しており、寄せられた意見等は原則としてすべて公開している。	
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	部署会議やミーティングで職員の意見や提案を発言する機会を設け 職員間で積極的な意見交換を行っている。	すべての職員が出席する事業所内会議で意見を交換できる機会を設けており、それらの意見は管理者が受けて業務改善につなげている。	
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	年一回(12月)自己申告書で仕事(就業)に関する意向調査をしている。意向に沿った就業が出来るよう配慮している。		
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	事業方針において、年間の研修スケジュールがあり、職員のスキルに合わせた研修受講を計画的に行っている。		

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
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	本年度はまだ行えていないが今後は認知症カフェにお招きし交流をはかり勉強会等の活動に取り組んでいきたい。		
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	アセスメントや面談時にお客様の要望を確認できるように取り組んでいる。		
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	面談時にご家族様の要望も確認している。		
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	事前面談、医師意見書などを基に、各職種で判定会を設け、お客様にあったサービスがグループホームで行えるかどうかを判定している。		
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	お客様が一人で出来ることは行っていただけるよう支援している。		
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	ご家族様と密に連絡を取り、お互いに協力体制を作っている。	毎月、各利用者の担当職員のコメントを記載したお便りを家族宛てに送り、関係が途切れないよう工夫している。利用者の日頃の情報を発信していくことで、家族から協力を得られるなど家族との関係構築につながっている。	
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	お客様のご友人や親類が来所された時には安心して面会できる場所を提供しています。	センター方式のアセスメントシートを活用して本人と馴染みのある関係の人や場を把握するよう努めている。知人が迎えに来て一緒に外出したり、以前利用していたサービス事業所のフロアに遊びに出掛けたりしているが、そのときだけの関わりに止まっている。	馴染みの関係から得られたものを個別の支援に活かしたり、センター方式でアセスメントを行うなどの取り組みは継続して実施することが望ましい。それによる新たな効果に期待したい。

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
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	お客様同士でコミュニケーションをとることが難しい場合は、職員が間に入りコミュニケーションが取れるよう支援している。		
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	他施設へ利用が変更になられたお客様については、利用中の情報をシートにまとめ報告を行っている。		
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	モニタリングの時や普段のご本人の発言や表情に注目し一人一人の希望や意向を把握するよう努めている。	普段の関わりの中で得られた言葉やしぐさ、様子を付箋に記して当日のミーティングの際に伝達し共有している。職員は本人の話を傾聴するとともに、世間話から会話をすすめ、話しやすい雰囲気をつくるよう努めている。	
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	事前面談や、入居前までにセンター方式のシートを活用して情報収集を行っている。	入居する際は、フェイスシートの作成やADL(日常生活動作)の評価とともに、センター方式のアセスメントシートを活用して本人の暮らし方について把握するよう努めている。得られた情報は職員間に周知するよう取り組んでいる。	
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	ケース記録を使用し、お客様の状態把握を行っている。		
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	日程を決め、職員間でのモニタリングを行い、計画書を作成し、その後お客様、ご家族様との担当者会議時に提案を行っている。	計画作成担当者と担当職員が協力して介護計画を作成しており、本人や家族も参加する担当者会議で相談している。モニタリングにはすべての職員が参加して行っている。	
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	ケース記録の入力時 出来るだけ具体的な言葉や表情など記すよう努めている。それらの情報を基に担当者会議を実施して計画書の見直しをこまめに行っている。		

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
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	集団レクばかりでなく個別の趣味や余暇時間の過ごし方を尊重し支援している。		
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	民生委員の方や町内会の方が積極的に施設の防災訓練や催事に参加、協力して下さっている。地域交流室での体操教室は近所の方々が多数参加されている。地元の小学校からは鼓笛隊と万代太鼓のみなさんが定期的に来て下さっている。		
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	協力医療機関以外のかかりつけ医に関してはご家族の協力を得て受診に行かれる。その際、こちらでの様子やバイタルを文書にし報告している。	協力医療機関を選択する場合を除き、基本的にはかかりつけ医を継続している。かかりつけ医との連携も行われており、かかりつけ医から医療情報が提供されることもある。受診の際は職員が立ち会ったり、文書で報告や相談を行っている。	
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	毎日バイタル測定実施し、状態観察に努めている。体調不良な様子が見られた場合には速やかに看護職に相談を行っている。		
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。	入院される際には情報提供を行っている。退院後に受け入れを行えるよう病院関係者からの情報収集を行い連携を図れるようにしている。経過や退院予定を担当看護師から連絡いただいている。		
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	今後は看取りケアについて行えるよう、現在準備中である。すでに看取りケアを行っているGHの事例を参考に職員の勉強会を行い知識を深めていく。	重度化に備えて、入居の際に事業所の体制や対応について説明している。看取り介護については、法人内の他事業所の事例を学ぶ機会を設け、実際の具体的な対応や家族への配慮などについて知識を身に付けている。	
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	各職員、年1回の救命講習の受講を計画している。	救命救急法など緊急時の対応について学ぶ機会を年1回設けている。実際の手順等や緊急時の連絡先等はスタッフルームに掲示しており、職員がいつでも確認できるようになっている。	

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
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回の防災訓練を実施している。そのうち1回は夜間想定で行っている。地域の方も参加していただいている。	防災訓練の際には地元の消防団が参加するなど、地域の協力が得られており、また、職員も地域の防災訓練に参加している。事業所の防災訓練では実際に地域の方が避難誘導に加わることを想定して、居室に利用者の状態像がわかる目印をつけて対応している。	
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	接遇の勉強会に参加し、不適切な言葉かけや対応をしていないか省みている。また、職員間での注意喚起も行っている。	法人の委員会が中心となって年2回の研修を行っている。利用者の氏名が記された書類は目のつくところに置かないようにし、利用者への言葉掛けや対応に配慮が不十分なときは、管理者が指導したり、アドバイスを行っている。	
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	お客様に確認をしてから、活動に参加していただいている。		
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	一日に流れは決まっているが、その中で個々のお客様の希望に沿った支援を行っている。		
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	季節や気温に合った服装や肌着を助言している。一方的に選ぶのではなく常にお客様の意向をお聞きしながら行っている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器の準備、食材の下処理、盛り付け、食事、後片付けを一緒に行っている。	調理業務を主とする職員を配置しており、調理形態にも幅広く対応している。毎月の行事食の企画や、嗜好調査を活用して栄養士にも関わってもらい、おいしく、楽しめる食事を提供しようと努めている。	調理の一部を利用者とともにしているが、今後は食材の選択から食事に至るまでの過程に利用者に関わる機会を設けるなど、食卓での楽しみにつながる支援を期待したい。

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
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・水分摂取量を記録している。その記録を基に、摂取方法や食形態を検討し、柔軟に対応している。(水分摂取がすすまない方にはゼリーやアイスクリームなども提供している)		
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	食後に口腔ケアを促し、磨き残しのあるお客様には職員が仕上げ磨きを行うプランとなっている。		
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	排泄の記録を残すことによってお一人お一人のタイミングやパターンを把握している。より良いタイミングとさりげない声かけでトイレでの排泄を支援している。	排泄チェック表を用いて排泄リズムや回数を集計するとともに、トイレでの排泄を念頭におき、利用者自身が一連の行為を可能な限り自分の力でできるよう支援している。	
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	排便チェック表をつけ、日々の排便状態を把握するよう努めている。水分と、運動、オリーブオイルなど便秘予防を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴を行う時には声かけを行い、お客様の意向を必ず確認してから実施している。無理強いせずお客様が入りたくなる工夫や声かけを行っている。	曜日などを定めず本人の意向に合わせて入浴を支援している。入浴を望まない場合は着替えや清拭、足湯などで代替している。家族からいただいたゆずを使ってゆず湯を行うなど、季節に合わせた楽しみにも取り組んでいる。	
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	夜間帯よく休めるように、日中の体操やゲームなど支援している。居室の温湿度、寝具、照明などの睡眠環境を整えている。		
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	薬事表ファイルを作り内服の際確認しながら与薬している。服薬の状態や様子を受診時に報告している。薬の副作用をインターネットで調べ回覧している。飲みこみが難しい時は薬の形態変更や服薬ゼリーの使用を医師に伺っている。		

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
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	家事作業、手芸、工作、アサガオの水やりなど楽しんでできる事を支援している。また、時代劇や歌謡番組などを録画しご希望の時に視聴していただいている。		
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。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	出張コンビニや近所のドラッグストアでの買い物支援している。お花見ドライブ、動物ふれあい施設、レストランで外食など外出企画を行っている。	日常的に職員と近所を散歩しており、近所の方とも挨拶を交わすなど気軽な関係ができています。気候のよい時季には少し足を延ばしてドライブにも出かけている。	
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	現在入居中のお客様は金銭管理が難しいため、お金を所持したり使ったりする支援は、計画書にあげている方のみとなっている。		
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	家族様やご友人などに電話を行えるよう支援している。		
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	共有の空間においては、環境美化、整備に努めている。また季節に合ったしつらえはお客様と一緒に制作している。	職員が分担して季節ごとに設えを行っており、季節に合わせたコンセプトで利用者の視覚に働きかけ、四季を感じられるよう配慮がなされている。モダンな内装と家庭的な雰囲気とを調和させるような工夫もしている。	
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	共有空間にはソファが置いてありそこでくつろいだり、テレビを見たりされる。また、テーブル席でお喋りされるときは必要に応じて椅子を追加したり席順を変える等の工夫をしている。		
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	自宅で使用されていた家具を持参されている方もいる。歩行不安定な方の居室には手すりを設置している。居室から共有空間までの動線が安全であるようレイアウトを考えている。	作業療法士の助言を活かして安全な生活動線を確保したり、センサー設置などの設備上の工夫がなされている。居室にはクローゼットが備え付けられており、収納には便利だが、持ち込みが少なく整理されている分その人らしい生活感を感じにくくなっている。	安全面への配慮は大切であるが、共同生活の中では居室は唯一ほっとできる自分だけの空間である。家族の協力を得ながら馴染みの物などにかこまれた居心地がよく住みやすいその人らしい居室づくりに期待したい。

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
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	「トイレ」の表示がお客様の目線よりかなり上だったため下の方に表示を作成した。また「トイレ」では認識できないお客様がいらしたためより分かりやすく「便所」という表記にした。		

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				