

## 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         | 1472000627   | 事業の開始年月日       | 平成14年12月1日 |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成14年12月1日 |  |
| 法人名           | 株式会社メディカルライフケア   |                |            |  |
| 事業所名          | グループホーム エレクト   |                |            |  |
| 所在地           | (〒259-1201)<br>神奈川県平塚市南金目833-1   |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |  |
|               |  | 通い定員           | 名          |  |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |  |
|               |  | 定員計            | 18名        |  |
|               |  | ユニット数          | 2ユニット      |  |
| 自己評価作成日       | 平成22年1月15日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成22年8月11日 |  |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

## 【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)】

本人の意思を尊重した出来る限りの支援。(携帯電話を持つての一人散歩など) 門戸開放。自立支援を中心に出来ることを出来る限りやってもらう。ゆったり・のんびりである。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                          |               |            |
|-------|--------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 社団法人 かながわ福祉サービス振興会       |               |            |
| 所在地   | 神奈川県横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成22年2月8日                | 評価機関<br>評価決定日 | 平成22年7月27日 |

## 【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)】

|  |
|--|
| <p><b>【事業所概要】</b><br/>この事業所は東海道線平塚駅からバスで30分ほどの、バス停から5分ほど歩いた静かな住宅地にある。付近には、農協、小学校、寺などがある。<br/>建物は木造2階建てでエレベーターが設置され、バリアフリーになっている。畑を借りて、ネギ、ジャガイモなどを育てて、食卓に並べて皆で味わっている。携帯電話を持って一人で散歩に行くなど、出来るだけ利用者、家族の意向を大切に柔軟に支援を行なっている。</p> <p><b>【医療連携体制】</b><br/>医療連携体制加算の届出をしており、協力医の往診が月2回ある。看護師が週2回(それぞれのユニットに1回ずつ)訪れ、健康管理を行っている。本人、家族の希望があり、ホームで看取りの対応が出来ると協力医が判断した時には看取りを行うことができる体制がある。</p> <p><b>【地域との交流】</b><br/>自治会に加入しており、お祭りなどの行事に参加している。職員が利用者と共に回覧板を届けることもある。年1回、「もらい湯ボランティア」を受け入れて小学生に入浴を楽しんでもらったり、小学校から文化祭に招待され利用者が参加し交流している。介護相談員が月に1回訪れ利用者の話を聴いている。</p> |
|--|

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ~ 22 | 8       |
| 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 ~ 35 | 9 ~ 13  |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| V アウトカム項目                    | 56 ~ 68 |         |

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所名  | グループホーム エレクト |
| ユニット名 | 1Fふくろう       |

| 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。<br>(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  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 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ます。<br>(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  |
| 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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3. たまに         |
|    |  |   | 4. ほとんどない      |
| 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。<br>(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       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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. ほとんどいない     |

| 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<br>地域密着型サービス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                      | ケアに関する話を通じて、その都度必要な場において話し合いをし実践につなげている | 利用者、家族へ「絆、愛、感動」を感じられるサービスを提供することなどを謳った法人の理念を共有している。これまでの事業所独自の理念は合言葉のような位置づけに変更された。理念について会議などで話し合っている。本人の要望を大切に、家族と同じ目線で支援するようにしている。 |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 自治会に加入し、地域の一員として活動に参加している               | 近隣の方と挨拶を交わし、回覧板を届けたりしている。野菜をもらうこともある。祭り際には駐車場に御輿が来ている。小学校から文化祭に招待されて参加している。小学生の「もらい湯ボランティア」を受け入れている。                                 |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 運営推進会議やその他地域の方の来訪時に話す場をつくらせてもらっている      |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 定期的開催し、徐々にサービス向上へ活かせるような会議に向かっている       | 会議は3カ月に1回行われている。事業所の現況などを報告している。自治会長から行事、自治会の出来事などの話を聞いたり、参加者から意見、助言などをもらい、自治会の避難訓練に参加するなどサービスに活かしている。                               |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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            | 介護相談員の受け入れなどにより、協力関係を築けるよう取り組んでいる       | 市介護保険担当職員と事業所の現状報告、相談などで連携している。市の地域介護スタッフ会議に市職員がオブザーバーとして参加しており、交流している。介護相談員を受け入れている。  |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 日々取り組んでいる  | 管理者は職員に日常の介護の中の、その場で身体拘束の話をしている。「身体拘束その他の行動制限マニュアル」を作成している。玄関の鍵（日中）やユニットの出入り口、居室の鍵はかけていない。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修会などに参加し、その都度確認できる機会を作っている                          |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 必要に応じて研修会などに参加し勉強する機会を作っている                          |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 常に説明は行い、疑問点などはいつでも受けられる体制にしている                       |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 契約時に申立て第3者機関の連絡先などの説明をし、ホームでは1年に一度アンケートを実施し運営に活かしている | 家族来訪時や運営推進会議などで意見等を聞いている。家族会の設置について家族の間で意見が分かれたが、双方の意見を反映させ、七夕祭りなどへの外出時には家族にも参加してもらうようにした。 |                   |

| 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 会議や日々の会話の中のものでも柔軟に対応できる体制にしている    | 管理者は、フロア会議や業務の中で職員から話を聞いている。管理者も職員と同じ業務に入っており、意見などを聞きやすい環境にある。「事業所に軽自動車がほしい」との職員の要望に応じて法人で軽自動車を購入した。 |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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2回自己評価表を活用し面談により就業環境の整備に努めている    |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 定期的な社内研修を実施することにより、統一した教育を進めている   |  |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている | いくつかの会議や集まりに参加できるよう勤務体制を整えている     |  |                   |
| 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<br>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        | アセスメント作成等を通して、話す場をつくり信頼関係構築に努めている |  |                   |

| 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                  |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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、関係づくりに努めている     | アセスメント作成等を通して、話す場をつくり信頼関係構築に努めている                   |                                     |                                    |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | その都度必要に応じて話し合いの場を持って対応に努めている                        |                                     |                                    |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 本人の得意・不得意を把握し、マイペースに過ごし参加自由なレクリエーションなどで支えあう関係を築いている |                                     |                                    |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 情報の共有を図り、一緒に支えていく関係を築けるよう努めている                      |                                     |                                    |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 制限せず支援に努めている  | 利用者の友人などが訪れた際には、居室などで自由に過ごしてもらっている。 | 利用者の馴染みの場所などに出かける機会を作るとさらに良いと思われる。 |

| 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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               | 職員が間に入るなどして関わりが持てるよう支援している         |  |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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 | 制限なく支援に努めている                       |  |                   |
| 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<br>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。                      | 傾聴や言葉以外での意思表示等からも思いを把握するよう努めている    | 利用者はどこに行きたいか、何を食べたいかなどを聞き、日常の中で意向の把握に努めている。意思の疎通が困難な方については面会を多くするなど家族との関わりを密にし、職員は利用者積極的に関わっている。 |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                   | 基本情報シートを活用し、家族本人から聞き取り暮らしの把握に努めている |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                 | 日常生活の中から情報収集し、現状把握に努めている           |  |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人、家族の要望を反映させた介護計画を作成している                            | サービス会議で、本人、家族、職員、医師、看護師の意見を反映させ介護計画を作成している。6ヶ月に1回、介護計画、アセスメント表を見直し、状態に変化があった場合は随時見直している。            |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日帳票へ記入し、情報の共有を図り日々のケアや計画の見直しに活かしている                 |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ご家族要望書等を利用し、出来る限りの要望に柔軟な支援をしている                      |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 介護相談員の受け入れなどにより、幅広い人との繋がりをもてるよう支援している                |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | 今までのかかりつけ医の継続もホーム提携医への変更も希望により応じており、毎月2回の往診により支援している | これまでのかかりつけ医を入居後も継続して受診している方もいる。かかりつけ医の受診は家族が同行することになっているが、家族が同行できない場合は職員が支援している。受診結果はその都度家族と共有している。 |                   |

| 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                             |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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に支援している                      | 医療連携を通して、訪問看護と契約し支援している                                     |   |   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | その都度、ご家族・関係機関とともに調整している                                     |   |   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | その都度、話し合いの場を持ち方針を共有できるよう努めている                               | 協力医がホームで看取りの対応が出来ると判断した時には看取りを行うことができる体制がある。入居時に「重度化及び看取りに関する指針」について同意を得て意向を聞いている。その後は状態の変化があった時に、家族と話し合っている。 | 入居後も、早い段階から繰り返し家族と話し合いを行い、方針を共有することが期待される。    |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | マニュアルの設置とともに必要に応じて研修やOJT教育にて対応している                          |   |   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 運営推進会議にて地域の方と災害対策の話をしたり、自治会の防災訓練に参加するなど定期的な避難訓練を実施し体制を整えている | 年2回、利用者と一緒に避難訓練を行っている。災害に備えて水、レトルト食品（ご飯）を備蓄している。  | 運営推進会議などを通して、災害時に地域の方の協力が得られるよう働きかけることが期待される。 |

| 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 |
| 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<br>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                | 個人情報保護法に遵守し、取扱いに気をつけている             | 言葉かけなど接遇研修をほぼ全員の職員が受講している。利用者を人生の先輩として敬うようにしている。個人情報の含まれる書類は事務所のキャビネットに保管している。      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | ユニット全体でコミュニケーションを図り、傾聴することを心がけている   |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 食事時間は決まっているがその他に関して本人のペースを尊重し支援している |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 希望により訪問利用を活用したり、本人の希望に対応できるよう努めている  |   |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 出来ることを出来る限り職員と一緒に取り組めるよう支援している      | 利用者は食事の準備から片付けまでを職員と一緒にしている。朝の時間に夕食の希望を聞いて献立に取り入れることもある。訪問時には、利用者は配膳をしたり、食器洗いをしていた。 |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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            | 個々に食事量を決めるなど、医療的な助言ももらいながら一人一人の状態に合わせて支援している |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                    | 個々に合わせた声かけなどで清潔保持を支援している                     |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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向けた支援を行っている     | 自然な排泄を基本としケアプランを検討し支援している                    | オムツを使用しないでトイレで排泄をすることを基本にして、なるべく「リハビリパンツ」を使用しないようにしている。排泄パターンを把握し、時間を見計らって誘導している。排泄が自立の方は8名である。   |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 医療面からの助言や食事、運動など自然な排便を基本とし個々に合わせて取り組んでいる     |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に応じた入浴の支援をしている | 個々に合わせた出来る限りの自立支援のもと、入浴支援をしている               | 2日に1回ぐらい、9時～16時に入浴している。自立の方は希望があれば毎日入浴できる。季節の柚子湯などを楽しんでいる。入浴支援は、利用者と自然な会話をしてコミュニケーションをとりながら行っている。 |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 日々の状況により、声かけで促したりケアプランにのせて支援している   |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 職員のダブルチェックのもとマニュアル通り支援している         |  |                   |
| 48   |      | 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  | アセスメントや日々の会話などから柔軟な対応で支援している       |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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に支援している | ホームで企画し出かけたり、その際ご家族に声をかけ協力して支援している | 戸外に出かけることを好む利用者が多く、散歩、外食、図書館などに出かけている。歩行が困難な方は車椅子で出かけている。富士サファリパーク、法人の他事業所と合同でホテルでの食事会などに出かけている。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 個々の状態に合わせて支援している                   |  |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 制限なく支援している                                |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 四季に合わせて装飾を変えるなど利用者とともに空間を作っている            | 玄関に鉢植えの花を並べ、休めるように椅子を設置している。リビングにはソファ、テレビがあり自由に過ごせる。壁には利用者が作った折り紙のこまなどを飾っている。換気、温度等にも配慮されていた。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | 食事の時以外は特定の席を設けず自由に居場所を決めてもらっている           |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時より今までの生活していたものを持ち込んで頂き、制限なく居室を使って頂いている | 馴染みのたんす、テーブル、椅子、ホットカーペットなどを思い思いに持ち込み、安心できるような部屋作りをしている。                                       |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | ここに合わせた暮らしの支援によって工夫している                   |   |                   |

| 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<br>地域密着型サービス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                     | ケアに関する話を通じて、その都度必要な場において話し合いをし実践につなげている |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 自治会に加入し、地域の一員として活動に参加している               |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 運営推進会議やその他地域の方の来訪時に話す場をつくらせてもらっている      |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 定期的に開催し、徐々にサービス向上へ活かせるような会議に向かっている      |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 介護相談員の受け入れなどにより、協力関係を築けるよう取り組んでいる       |      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 日々取り組んでいる  |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修会などに参加し、その都度確認できる機会を作っている                          |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 必要に応じて研修会などに参加し勉強する機会を作っている                          |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 常に説明は行い、疑問点などはいつでも受けられる体制にしている                       |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 契約時に申立て第3者機関の連絡先などの説明をし、ホームでは1年に一度アンケートを実施し運営に活かしている |      |                   |

| 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 会議や日々の会話の中のものでも柔軟に対応できる体制にしている    |      |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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2回自己評価表を活用し面談により就業環境の整備に努めている    |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 定期的な社内研修を実施することにより、統一した教育を進めている   |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている | いくつかの会議や集まりに参加できるよう勤務体制を整えている     |      |                   |
| 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<br>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        | アセスメント作成等を通して、話す場をつくり信頼関係構築に努めている |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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、関係づくりに努めている     | アセスメント作成等を通して、話す場をつくり信頼関係構築に努めている                   |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | その都度必要に応じて話し合いの場を持って対応に努めている                        |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 本人の得意・不得意を把握し、マイペースに過ごし参加自由なレクリエーションなどで支えあう関係を築いている |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 情報の共有を図り、一緒に支えていく関係を築けるよう努めている                      |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 制限せず支援に努めている  |      |                   |

| 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 職員が間に入るなどして関わりが持てるよう支援している         |      |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 制限なく支援に努めている                       |      |                   |
| 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<br>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。                       | 傾聴や言葉以外での意思表示等からも思いを把握するよう努めている    |      |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 基本情報シートを活用し、家族本人から聞き取り暮らしの把握に努めている |      |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 日常生活の中から情報収集し、現状把握に努めている           |      |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人、家族の要望を反映させた介護計画を作成している                            |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日帳票へ記入し、情報の共有を図り日々のケアや計画の見直しに活かしている                 |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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              | ご家族要望書等を利用し、出来る限りの要望に柔軟な支援をしている                      |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 介護相談員の受け入れなどにより、幅広い人との繋がりをもてるよう支援している                |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | 今までのかかりつけ医の継続もホーム提携医への変更も希望により応じており、毎月2回の往診により支援している |      |                   |

| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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に支援している                      | 医療連携を通して、訪問看護と契約し支援している                                     |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | その都度、ご家族・関係機関とともに調整している                                     |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | その都度、話し合いの場を持ち方針を共有できるよう努めている                               |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | マニュアルの設置とともに必要に応じて研修やOJT教育にて対応している                          |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 運営推進会議にて地域の方と災害対策の話をしたり、自治会の防災訓練に参加するなど定期的な避難訓練を実施し体制を整えている |      |                   |

| 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 |
| 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<br>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                 | 個人情報保護法に遵守し、取扱いに気をつけている             |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | ユニット全体でコミュニケーションを図り、傾聴することを心がけている   |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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 | 食事時間は決まっているがその他に関して本人のペースを尊重し支援している |      |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 希望により訪問利用を活用したり、本人の希望に対応できるよう努めている  |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 出来ることを出来る限り職員と一緒に取り組めるよう支援している      |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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                 | 個々に食事量を決めるなど、医療的な助言ももらいながら一人一人の状態に合わせて支援している |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                         | 個々に合わせた声かけなどで清潔保持を支援している                     |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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向けた支援を行っている          | 自然な排泄を基本としケアプランを検討し支援している                    |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 医療面からの助言や食事、運動など自然な排便を基本とし個々に合わせて取り組んでいる     |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 個々に合わせた出来る限りの自立支援のもと、入浴支援をしている               |      |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 日々の状況により、声かけで促したりケアプランにのせて支援している   |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 職員のダブルチェックのもとマニュアル通り支援している         |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | アセスメントや日々の会話などから柔軟な対応で支援している       |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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に支援している | ホームで企画し出かけたり、その際ご家族に声をかけ協力して支援している |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 個々の状態に合わせて支援している                   |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 制限なく支援している                                |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 四季に合わせて装飾を変えるなど利用者とともに空間を作っている            |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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通りに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 食事の時以外は特定の席を設けず自由に居場所を決めてもらっている           |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時より今までの生活していたものを持ち込んで頂き、制限なく居室を使って頂いている |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | ここに合わせた暮らしの支援によって工夫している                   |      |                   |

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所名  | グループホーム エレクト |
| ユニット名 | 2Fもり         |

| 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。<br>(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  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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     |
| 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。<br>(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     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。<br>(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     |
| 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、安心して暮らしている。<br>(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     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 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ます。<br>(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  |
| 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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3, たまに         |
|    |  |   | 4, ほとんどない      |
| 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。<br>(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       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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, ほとんどいない     |