

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成28年3月15日

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                                      |
|---------|--------------------------------------|
| 事業所番号   | 鹿児島県 第4670300682号                    |
| 法人名     | 社会福祉法人 幸伸会                           |
| 事業所名    | グループホームとも                            |
| 所在地     | 鹿児島県鹿屋市田崎町1307-1<br>(電話)0994-42-6860 |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月6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URL | <a href="http://www.kagoshima-kaigonet.com/kaigosip/Top.do">http://www.kagoshima-kaigonet.com/kaigosip/Top.do</a> |
|-------------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 福祉21かごしま |
| 所在地   | 鹿児島市真砂町54番15号      |
| 訪問調査日 | 平成28年1月28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15年に開設し、地域の皆様にご協力を頂きながら12年が経過しました。開園当初より継続していた夏祭りは、本年度台風の影響にて残念ながら中止となりましたが、敬老会を例年より盛大に行い、地域芸能として地域の皆様に参加を頂きました。また、町内会の花見を併設のデイサービスセンターにて開催してもらっており、町内会の皆様と利用者様の顔馴染みの関係づくりの良い機会となっています。

ホーム内においては、一日の生活の充実を図るため、レクリエーションや手芸活動を行っています。それ以外にも、中学生の福祉体験学習の受け入れや幼稚園の子供たちとの交流会、県下一周駅伝の応援やエアメモリアルinかのやの見物など地域の行事への参加、バラや紫陽花見物など季節に合わせた行楽を楽しんで頂いております。

食事については、必要に応じてミキサー食やゼリー等の提供を始め、乳酸菌など摂って頂くことで下剤ばかりに頼らず自然な排泄ができるよう工夫しています。何より楽しみとなるよう、弁当を持って外出したり、旬のものを取り入れた行事食など利用者の嗜好を取り入れ提供しています。

状態把握については、医師・訪問看護師と連携をとり、必要時には受診や連絡・相談、家族を交えてのカンファレンスも実施しています。

スタッフのスキルアップについては、毎月の職員会議や法人内の勉強会、外部の研修会等に参加しています。

### 【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)】

#### 【理念】

「ともに生き、ともに楽しむ、ともの家」という理念を掲げるとともに「人としてのふれ合いを大切に、地域に根差した家にします」という職員の心得も掲げ、毎朝の申し送り時に読み合わせることで理念の意識付けを図っている。また、日々のケアや利用者との関わりを大切に考え、利用者との会話やコミュニケーションを大切にしながら利用者や地域とともに生活している。

#### 【地域交流】

地域に根差した事業所となるよう、日頃から自治会長や住民を交えた交流が図れるよう行事を企画している。また、幼稚園児との交流会や中学生による福祉体験の受け入れなど積極的に行っている。回覧板を回す際や買い物に出かけた際にも挨拶を交わし会話をすることで近隣とも顔見知りの関係が築かれている。

#### 【災害対策】

夜間想定を含む年2回の災害訓練以外にも、毎月避難経路の確認やスプリンクラーの点検等を行うほか、年1回は職員全員が普通救命研修を受講するなど、災害対策への意識は高い。また、備蓄については、約4日分の食料を備えるとともにAEDを設置して、万一の備えに十分対応できるものとしている。

| 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |      |   |   |  |                   |
| 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                       | 利用者が地域の中で安心して生活ができる家づくりを目指している。   | 理念に加え「人としてのふれあいを大切に、地域に根差した家にします」という職員の心得を職員全員で決め、利用者や地域との関係を大切にしたい関わり方の実現に向けて取り組まれている。また、理念を玄関に掲示するとともに朝礼時に読み合わせることで職員全員の意識付けを図っており、日々のケアの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                      | 町内会に加入しており、利用者と一緒に回覧板を回している。町内放送（無線）で地域の情報を得ており、奉仕作業へも参加させて頂いている。町内の花見は場所を提供し利用者も参加している。中学生の福祉体験の受け入れも行なっている。 | 事業所主催の夏祭り等の行事には、町内放送により地域住民への参加を呼び掛けるほか、町内会の花見では併設するデイサービスを開放して地域の方と一緒に花見を楽しんでいる。また、幼児園児との七夕交流会やクリスマス会での交流、中学生の福祉体験学習の受け入れなど、地域住民や保育、学校関係との交流に積極的に取り組んでいる。                   |                   |
| 3                  |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<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生かしている。                   | 花見等の地域の行事やホームの行事を通して利用者と交流の場を提供することで認知症について理解を深めてもらっている。  |  |                   |
| 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 | 利用者代表、家族代表、町内会長、行政、市議員、民生委員に参加していただき、現状の報告を行っている。サービスの質の向上につながるための意見交換を行い委員の方からの情報も得ている。                      | 会議では利用者や家族代表のほか、町内会長や民生委員、行政職員を交え、事業所の取り組みや今後の活動計画の報告、町内会長や行政職員からの案内、連絡事項等を確認している。また、外部評価や実地指導の結果報告も適切になされている。会議のメンバーから、道路に面した事業所の出入り口が怖いとの意見が出されたため、速やかにミラーを取り付けるなどの改善を図った。 |                   |

| 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 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br><br>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。   | 行政担当者へ相談等もできている。生保の援助を受けている方の受け入れを行い生保担当者との連携も取れている。また本年度は実地指導もあり、指導をいただいて質問、意見交換ができた。   | 行政職員とは運営推進会議や認定申請時等で顔を合わせるほか、支援方法の相談のため電話や訪問して指示を仰ぐなど緊密に連携を図っている。また、生活保護担当者や地域包括支援センターの職員とも研修会や業務案内等で連絡を取り合っている。本年度に関しては、実地指導を受けたこともあり、より詳細な支援方法、運営方法を確認することができた。  |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><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。 | 身体拘束廃止委員会、施設内研修会等で具体的な禁止行為や、拘束が与える弊害についての周知を徹底している。身体拘束に結びつくかもしれない事例を具体的に検討し、報告書を回覧して全職員が把握できるようにしている。また、身体拘束に関して常に目に付く場所（トイレ）に張り紙をして、意識するよう努めている。 | 同法人の各事業所の代表らで構成する身体拘束廃止委員会では、毎月話し合いが行われ、更に話し合われた内容を各事業所に持ち帰り報告確認している。日頃より職員は利用者の言動に気を配り、見守りを徹底させており、利用者が外出しそうな様子を察知した際には、さり気なく声をかけたり、ついて行くなど本人の行動に合わせた対応に努めている。また、近隣には事業所の特性を伝えることで万一の時には連絡がもらえるようにしている。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><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                                       | 来客者、職員用トイレや事務所に高齢者虐待に関する対応、体制、通報相談に関する文書の掲示をしている。ホーム自体の身体拘束廃止委員会や職員会議の中でも勉強会を行い意識し考えるよう努めている。  |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><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。                                 | ホームでの職員会議内において計画的に勉強会を行い、参加できない職員は、資料の回覧を行い全員が学べるようにしている。うららユニットに社会福祉協議会の福祉サービス利用援助事業を利用している方がいる。  |  |                   |

| 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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br><br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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。                     | 問い合わせの段階で、ホームの見学を勧め、本人、家族からの質問や相談を受けた後申し込みを頂くようにしている。契約時には重要事項やホームの理念を含めホーム長と管理者にて契約を行っている。          |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><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。                 | 利用者の希望は日々の記録に残し職員間で共有している。家族の意見等については意見箱を設置したり、面会時や家族会等で伺っている。                                       | 利用者の意見は日常の会話や様子等から把握するとともに家族からは、年2回の家族会や事業所主催の行事に参加された際に聞き取るようにしている。また「とも便り」や「担当者便り」、法人の季刊誌の送付により事業所の実情を家族に伝え、意見や感想をもらっている。26年度は200件を超えるヒヤリハットを記録し「事故防止対策委員会」にて話し合い、職員全員が内容を共有し事故防止につなげている。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br><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。                                 | 毎月の職員会議で意見を求め、申し送りに参加してない職員へも伝わるよう会議録を回覧して周知している。必要に応じ個々の職員の意見や提案は個人面談を行い、リーダーや管理者、ホーム長で随時聞き反映されている。 | 職員の意見については、毎日の申し送り時や様子の変化を感じた時などには随時個別に意見を聞きとるようにしている。また、年2回個別面談を実施し自己評価表の確認とともに意見や提案を確認している。職員が積極的に研修や資格取得できるよう事業所独自の奨学金制度を設けたり、可能な限り希望日に休日が取れるよう調整するなど働きやすい環境に配慮している。                     |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br><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。 | 定期的にDO-CAPシートを作成しており、シートを活用して面談を行い、今後の目標やそれに向けてのアドバイス、本人の仕事に対する想いを聞く機会がある。                           |   |                   |

| 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 |
| 13   |      | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>          | <p>施設内研修への参加で全職員に学ぶ機会を設けている。施設外研修については法人の年間計画に基づき、希望や推薦で参加している。研修後は報告書を職員全体に回覧することで情報の共有体制が整っている。</p> |      |                   |
| 14   |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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り組みをしている</p> | <p>大隅地区介護事業所連絡協議会主催の活動や会への出席を行い、情報交換を行っている。また、病院の医療相談室や各居宅介護支援事業所等あいさつに伺いネットワークづくりを行っている。</p>         |      |                   |

| 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 |
| <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<br><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 | 必ず本人の自宅、入院先、施設等相談時の生活の場を担当ケアマネに同行して頂き管理者や看護師にて訪問している。初対面ではなかなか本人の意向を引き出す事は難しい為、可能ならば利用前にホームを見学して頂き接する中で希望や不安を聞き取るように努めている。 |      |                   |
| 16                         |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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            | 申し込みの時点では必ずホームへ来て頂き、家族の求めていることや家族から見た利用者の状況を聞くようにし、ホームの設備や雰囲気を含め、職員のホームでの役割りを説明し理解のもと申し込みを頂くようにしている。                       |      |                   |
| 17                         |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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        | 相談に来られた家族の気持ちを受け止め、本人、家族の思いを伺い、グループホームの利用が望ましいかどうかも含め検討している。関係機関への情報収集や必要な援助についての相談を行うようにしている。                             |      |                   |
| 18                         |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><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                           | ともに生きているという観点でケアを行っている。  |      |                   |

| 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 |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を介護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         | 利用者を精神的に支えているのは家族の存在である事を理解してもらい、面会や受診の同行などできるだけ協力頂けるよう働きかけている。    |   |                   |
| 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                     | 家族との連絡や調整を行い、馴染みの人や場所との関係性が途切れないように支援している。                         | 入居前に担当していた介護支援専門員や医療機関のソーシャルワーカーからの情報のほか、本人や家族からの聞き取り等「生活調書」を参考にしながら「情報提供書」や個人台帳に記録して情報を共有している。また、電話や手紙の取り次ぎ、美容室、買い物等訪問の手助けなどは、家族と職員が協力して外出につなげている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士のより良い関係を考え食卓の配置などを工夫している。レクリエーションや話題作りを行い交流して楽しんでもらえるようにしている。 |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 利用中止後も家族と良い関係が保てており、訪問も頂いている。再利用の相談も受けている。                         |   |                   |

| 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 |
| <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<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。  | 普段のケアの中で本人の「こう暮らしたい」という気持ちを優先している。また、利用者の出されるサインに気づき、その気持ちの把握に努めている。                 | 利用者の思いや意向については、日常の会話等から汲み取るとともに表現の難しい場合は、表情や仕草などから察したり、入居前の情報や家族から聞き取ることができた情報を参考にしている。入浴時は職員と利用者がマンツーマンになることから、より深い意見を聞き取るよい機会となっている。                                  |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活暦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                                       | 入所時に担当ケアマネからの情報収集に努めるようにしている。また、利用者本人から可能な限り話しを聞くことで把握に努めている。                        |   |                   |
| 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   | ケース記録の中に日常の中での心身の変化や、想いを残し現状把握に努めている。  |   |                   |
| 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 | 介護職員、看護師の日々のケース記録の中で把握した事や面会時に家族が気付かれたこと等を参考に計画を作成している。また、必要に応じ主治医からのアドバイスも含め作成している。 | 利用者や家族の意見を基に日頃接する中で気付いたことや日々の記録のほか、主治医、看護師の意見を参考にしながら職員全員で話し合い介護計画を立てている。また、3ヵ月毎にモニタリングを実施し、利用者や家族、介護支援専門員らと現状に即した計画になっているか話し合い、入院等で状態に変化がみられた時等は、計画を見直し担当者会議を経て交付している。 |                   |



| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br><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       | 日々の記録を行いながら、変化については朝礼での申し送りをし、情報の共有に努めている。また、個人記録を基に職員の意見を聴きながら介護計画の見直しを行っている。              |  |                   |
| 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、その時々にも生じ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 | 急な病院受診や外出・外泊などその都度臨機応変に家族と相談しながら対応している。家族の希望があれば宿泊の受入体制もある。                                 |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らし方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           | 幼稚園児との交流会や福祉体験学習の中学生を受け入れ、一緒に外出するなど交流を図っている。また、初詣や花見など地域の神社や広場を利用している。                      |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br><br>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    | 入所される際に、以前からのかかりつけ医の受診を継続していただくようお願いしており、家族の協力も頂きながら実施している。かかりつけ医と連携を取りながら、必要な時は専門医を受診している。 | 入居前のかかりつけ医を把握し、入居後もこれまでのかかりつけ医による診察が受けられるよう家族と職員が協力し合い対応している。基本的には家族による受診としているが、職員が同行することも多く、その際は、病状等医師や看護師と話した内容を「受診ノート」や「ケース記録」に記録して申し送り時に職員に伝達している。 |                   |

| 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                       | ホーム内に看護兼介護職員がいる。また、毎週金曜日に訪問看護から健康管理にきてもらっており、必要に応じ介護職員は相談しアドバイスを得られる体制がある。                           |   |                   |
| 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。または、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。 | 入院直後から面会を行い状況把握をすることで、医療相談員や担当看護師、主治医と連携を行い一日でも早い退院ができる様に努めている。また家族とも情報交換しながら退院後、スムーズに迎えられるよう連携している。 |   |                   |
| 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、早い段階から本人や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  | 契約時に家族へホームの看取りの方針を伝え意向は確認している。また、看取りの時期が近付いた時には家族、主治医も含め今後について話し合いを行い方向性を決めている。                      | 入居時に「重度化対応体制に係る事業所の方針」「看取りに関する意思の確認および同意書」にて確認するとともに入退院やADLに変化がみられた場合にも再度確認してもらうことで変化する思いを汲み取るようにしている。また、研修についても外部研修、内部研修ともよく実施しており、これまでに看取りの実績はないものの、日頃より必要性を感じているため、繰り返し勉強する機会を設けている。 |                   |
| 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、すべ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   | 緊急時マニュアルに基づいて行動する。職員全員が毎年、普通救急講習を受け、緊急時に対応できるよう備えている。AEDも設置しており、救急搬送に備え、救急隊への情報提供カードを作成している。         |   |                   |

| 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 |
| 35   | 13   | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>マニュアルによる毎月の自主訓練、年2回の総合防災訓練、内1回は消防署立会いでの訓練を実施している。近隣の方にも協力をいただけるように、同意を得て緊急連絡網に登録している。地域の消防団にも訓練に参加していただいております。台風時は巡回もいただいております。</p> | <p>夜間想定を含む火災訓練を年2回実施するとともに、毎月避難経路の確認や消火器の使用法、スプリンクラーの点検等の自主訓練を実施している。訓練には地域住民にも参加を呼び掛け、緊急連絡網に登録してもらいなど、万一の際に協力支援が得られるよう連携を図っている。また、事業所にAEDを設置するとともに年1回職員全員が普通救命研修を受講するなど緊急時のスキルアップを図っている。</p> |                   |

| 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 |
| <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   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br><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                 | トイレへの案内の際、声掛けや対応については、プライバシーに注意するよう職員間で心掛けている。毎月の身体拘束廃止委員会で振り返るようにし、問題があればホーム全体で協議を行う。 | 職員倫理や接遇、プライバシーについては、日頃から十分気を配って対応しており、外部から講師を招いて勉強会を開催するなど利用者一人ひとりの人権を尊重することの大切さを理解し確認し合っている。さり気なくトイレ誘導したり、居室のポータブルトイレにカバーをかけるなど、羞恥心に配慮した対応を心掛けている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><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                      | 利用者の話やサインに注意し、個々に合わせたタイミングで説明を行い不安の解消を図り、本人の状態を見ながら自己決定を待つように努めている。                    |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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 | 状況に応じて、本人の希望する役割が持てる支援を行っている。  |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している                                    | 特に起床時など身だしなみに配慮している。希望に応じて家族にも相談しながら支援している。なじみの美容室で散髪される方もいる。                          |   |                   |

| 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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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   | 安心して召し上がれるようアレルギーや嚥下状況を考慮し個々に合わせた形態、内容で提供している。また、食事が楽しみとなるように季節の行事食も取り入れたメニューを考えている。個々の状態に応じて、下ごしらえなど活動して頂けるようにしている。 | 献立は同法人の管理栄養士が立てたものを参考に作成している。近所からお裾分けして頂いた食材や旬の食材を取り入れるほか、おせち料理や運動会弁当、彩りにこだわったお花見弁当、冬はすきやきを囲むなど季節感のある食事となるよう配慮している。また、タコ焼き機を使ったおやつ作りなど、食べることの楽しさを意識した工夫が日常的に行われている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><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        | 個人記録へ食事摂取量・水分摂取量の記録も全員しており、体調変化の把握に努めている。個々に合わせてトロミ剤、寒天など使用し、摂取しやすいように努めている。   |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>口の中の臭いや汚れが生じないように、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                | 個々の口腔状態や自己の能力に応じて口腔ケア用品も利用し、必要な支援を行うようにして肺炎防止に努めている。歯科医の往診の協力も得ている。  |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><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 | 個々の状態を検証し、排泄しやすいその方に合った用具（普通パンツ・リハビリパンツ）や尿取りパット（失禁量を考慮し適切なもの）の使用や排泄のパターンの把握で誘導の工夫を行っている。                             | 水分摂取量と併せた排泄チェック表を利用者全員記録し、排泄状況や時間、トイレに行きたい素振りを見せた時等にトイレに誘導している。日中はおむつやリハビリパンツを履いている方でも極力トイレで排泄できるよう支援しており、ポータブルトイレやおむつの使用を減らす努力をしている。                               |                   |

| 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 |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br><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                         | 水分・食事の摂取状況、体を動かすこと、食事以外に排便を促す食品（食物繊維、オリゴ糖、さつまいも、乳製品等）を用い便秘の状態についての記録を行い、困難な方については情報を基に医師への報告を行い適切な処方の検討をして頂いている。レクリエーションを行い活動の場を提供することで予防に取り組んでいる。 |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br><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している | 希望があれば、可能な限り毎日でも入っていただけるように努めている。機械浴も導入し、浴槽にゆっくりつかっていただけるよう支援している。   | 利用者の希望する時間に入浴できるよう努めて対応しており、ゆず湯や入浴剤を利用してゆっくりお湯につかってもらえるようにしている。また、リフトを導入したことで安全に浴槽に入ることができるようになり利用者の安心にもつながった。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br><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                          | 部屋以外でもご本人の安心する場所など希望により支援している。冷暖房は各居室に設置はあるが希望により夏場は扇風機、冬場は湯たんぽ、加湿器など安眠できる環境を整えている。  |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br><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                     | 日頃の経過や変化については定期的に主治医への報告で処方適切かの確認をし、処方の変更時は間違いがないよう責任を持って受診ノートに申し送り、情報の共有に努めている。疑問点については主治医や薬剤師へ確認を行い連携が図れている。内服のセット後の確認もしている。                     |  |                   |

| 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 |
| 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、一人ひとりの生活暦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                                | 興味のあることや得意だった趣味活動などについての情報収集を行い、楽しみごとを持てるようにしている。また、レクリエーションや手芸の機会を提供して気分転換等の支援を行っている。 |  |                   |
| 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に支援に努めている。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。 | ドライブ、外食、買い物、催し物など個々に応じて機会を設けている。家族の協力で外出される方もいる。                                       | 初詣や県下一周駅伝、花見、エアームリアル見学、ソーメン流しなど、季節や気候に合わせて外出を行っている。また、日常的に買い物に出かけたり、回覧板を回す際に会話を交わすなど近隣との交流も図っている。歩行が難しい方には、リフト車で出かけるなど可能な限り外出につなげ気分転換を図っている。 |                   |
| 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                                | 家族の希望で手元にお金を持っておられる方がいる。買い物に行くときは自分で払われる。他の方は買い物と一緒に出るときは職員で立て替えをしている。                 |  |                   |
| 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している  | 本人が希望された時にはいつでも、電話がかけられるように支援している。   |  |                   |

| 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 |
| 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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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 | 季節に合わせて手芸活動で作成した壁絵やカレンダーを飾っている。温度や湿度に注意し、排泄物等の気になる臭いや汚れがないよう清掃、換気を心掛けている。状況に応じて、楽しめるように音楽を流している。 | フロアの天井は高く、採光も十分であり、また、温度や湿度、換気等こまめに空調管理するなど快適に過ごせるよう配慮している。各居室は、フロアを囲むようにして配置されているため、フロアや事務所から様子を伺いやすく、また、孤立感の少ない造りとなっている。浴室は脱衣場との温度差が少なくなるよう、エアコンで空調管理し、浴槽リフトを導入したことで安心安全な入浴が実施できている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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   | ばんこ（畳台）の活用でちょっと横になったり洗濯物をたたむ際場所、仲の良い利用者同士の集いの場として活かされている。  |  |                   |
| 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   | 個々の必要に応じ居室に椅子やテーブル、テレビ、家族の写真、観葉植物、加湿器等がある。家具の配置については本人やご家族と相談し使用しやすいよう検討している。                    | 各居室はエアコンやベッドのほか、洗面台も設置されており、いつでも手洗いやうがいができるようになっている。また、日頃からテーブルや椅子など、これまで使ってきた馴染みの家具を持ち込むことで居心地良く過ごせる環境になっている。感染対策も兼ね、日頃から掃除や空調にも気を配り換気などこまめに対応している。                                   |                   |
| 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   | リビングやトイレ内には手すりを設置しており掴まって歩いたり、立ったりされている。照明の紐を延長し自分で調整できるようにしている。                                 |  |                   |



## 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。<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見られている。<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、生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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |      |   |  |      |                   |
| 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                       | 「ともに生き ともに楽しむ ともの家 ～人としての触れ合いを大切にし地域に根ざした家にします～」を理念とし、利用者の皆様が安心して生活できるよう、日々の生活や行事の中で、ふれあいを大切にしている。                                       |      |                   |
| 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                      | 町内会に加入し、町内会の奉仕作業への参加、散歩や回覧板を回す際など会話する機会が持てている。町内会の花見はホームで開催してもらっており、夏祭りなどでも多くの方々にお越し頂いている。中学生の体験学習の受入や幼稚園児との交流も行っている。                    |      |                   |
| 3                  |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<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生かしている。                   | 町内会の班会にて、介護保険施設や認知症等に関する話をさせて頂いたり、花見や夏祭りなど利用者と地域住民との交流の場を設けることで、身近に感じて頂いている。毎年受講している普通救命講習を活かし、「市民救命士がいる事業所」にも登録、緊急時対応についても貢献できるようにしている。 |      |                   |
| 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 | 利用者代表、家族代表、町内会長、行政、市議員、民生委員に参加してもらい、必ず2カ月に1回開催。その間の行事報告等行い意見交換を行い、サービス向上に活かしている。   |      |                   |

| 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 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br><br>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。   | 運営推進会議の呼びかけ、事故報告等必要な報告時やサービスについての不明な点の確認等させて頂いている。集団指導への参加、また本年度は実地指導もあり、指導を貰いながら意見交換できた。生活保護受給者もおり、介護保険係だけではなく、複数の担当と連携している。                                    |      |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><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。 | 身体拘束をしないことを基本として、毎月の身体拘束廃止委員会の開催と事例による施設内勉強会等にて、対象となる具体的な行為や弊害について共通理解できるよう取り組んでいる。また、身体拘束廃止について職員トイレに貼り紙をし、意識付けを行っている。疑問に思うことについては、毎月の委員会にて議題として、複数の職員にて検討している。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><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                                       | 毎月の身体拘束廃止委員会と施設内勉強会、職員会議等にて勉強・意識付けを行っている。また、来客者用・職員用トイレ、玄関等に高齢者虐待に関する対応、体制、通報相談に関する文書を掲示している。また、直接申し出にくい場合を考え、玄関に意見箱を設置している。                                     |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><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。                                 | 施設内外での研修を通して、全職員が理解できるよう努めている。ユニットうららに社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用している方が1名おり、買い物の際など必要に応じて担当者で連絡を取っている。   |      |                   |

| 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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br><br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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。                     | 問い合わせを頂いた際には、パンフレットや料金表を配布、可能であれば直接施設見学をしてもらい、申し込みを頂いている。契約の際には、重要事項・理念等をホーム長や管理者にて説明を行っている。  |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><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。                 | 日常的な生活の様子については、毎月のホーム便り、2カ月に1回担当者便りを配布、また、面会時にはその都度近況報告を行っている。利用者からの意見については日々の関わりの中で、家族の意見については玄関の意見箱の活用、家族参加の行事を含めた年3回の家族会の中で意見を頂き、報告の場ともしている。   |      |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br><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。                                 | 毎月GH全体の職員会議と各ユニット会議を開催、意見を求めている。会議録については、全員が回覧するようにし周知を図っている。平成27年11月に管理者、計画作成担当にて全職員と個別面談を行い、それ以外でも必要に応じて、面談を行い反映している。                           |      |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br><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。 | 個別に面談する中で意見を聞きアドバイス、現状についてお互いに確認している。資格取得について、介護福祉士受験者に対しては実技練習を開催している。昨年度、うららユニットの浴槽をリフト浴に改装し、利用者の重度化が進む中でより安全・安心して入浴できる環境作りを行い、職員の負担軽減にも繋がっている。 |      |                   |

| 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 |
| 13   |      | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>          | <p>新入職員については法人の新入職員オリエンテーションに参加している。また施設内の研修会以外にも、老施協の研修や長期研修（ファーストステップ研修・ユニットリーダー研修等）等、希望を募り参加できる体制がある。また資格取得などについても、奨学金制度を設けている。</p>     |      |                   |
| 14   |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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り組みをしている</p> | <p>大隅地区介護事業所連絡協議会主催の認知症セミナーへの参加と作品出展を行い、周辺地域の同業者との協力・交流を行っている。また、活動や会への出席を行い、情報交換を行っている。また、病院の医療相談室や各居宅介護支援事業所等あいさつに伺いネットワークづくりを行っている。</p> |      |                   |

| 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 |
| <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<br><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 | 入所の意向を確認した後、入所日までに極力担当ケアマネ、家族にも同席してもらい、直接面談を行い、本人の話を伺い、不安の解消やケアプランへの反映を行っている。状態について事前に職員に周知することで利用者の不安が軽減される環境づくりを行っている。          |      |                   |
| 16                         |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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            | 事前の情報収集などの関わりの中で、小さな訴えも漏らさないようにし、失礼のない範囲で掘り下げている。また、家族とのみ話をする機会も設け、家族の要望を聞き取るようにし、不安の解消に努めている。また面会の際などにも近況を伝えながらコミュニケーションに心掛けている。 |      |                   |
| 17                         |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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        | 相談に来られた際に、本人、家族から思いを伺い、グループホームの利用が望ましいのか、また、フォーマルサービスに限らずインフォーマルサービスの活用も十分に検討している。サービス開始後は1カ月を目途にケアプランの見直しを行い再アセスメント行う中で検討している。   |      |                   |
| 18                         |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><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                           | 自立支援を目指す中で、出来る限り利用者本人でできることはお願いをするなど、生活の継続を念頭に置き、身体的に難しい方には、様々なことを教えて頂くなど、その知識、経験を活かし関係性のバランスをとるよう心掛けている。また、様々な活動を通して信頼関係を築いている。  |      |                   |



| 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 |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br><br>職員は、家族を介護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         | 日常的な病院受診の付き添いや送迎、自宅への外出・外泊、買い物や外食などの可能性を探り、ケアプランに反映している。面会時などには近況報告を行い、家族からも出来る限りなんでも協力しますから何でも言って下さいと言って下さる関係性がある。   |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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                     | 自宅への外出や法事、墓参りなど個別の要望に対応できるよう家族と調整している。また、昔からの顔馴染みを含めた面会なども頂いている。  |      |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br><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                 | 利用者同士の関係性を踏まえ、テーブル配置やグループ活動の際の並び等考慮している。必要に応じて職員が間に入るなどしてトラブル等のリスクを減らすようにしている。  |      |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br><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 | 住み替えをされる方については、事前に居宅や担当者と打ち合わせを行い、その都度本人、家族へ連絡、スムーズな住み替えが行えるようにしている。入院等による退所の場合は、退所後も定期的に状態を家族や担当者、面会等により得ている。また、希望があれば再入所に向けて調整行っている。退所後も家族がホームへ足を運んで下さることもある。 |      |                   |

| 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 |
| <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<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。  | 利用者一人ひとりから日常的なコミュニケーションの中から得られる希望や意向を汲み取り、困難な場合には、その時の本人の表情や家族から意見を伺うなどし検討している。          |      |                   |
| 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                                       | 入所前の状況について、担当ケアマネや家族から「利用者の生活調書」を用いて情報収集を行っている。利用後も必要に応じその都度、面会の際などに話を伺うなどしている。          |      |                   |
| 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   | ケース記録や病院受診記録等の中に日常の状態を記録し把握に繋げ、朝礼等で検討・共有している。また、3カ月に1回のモニタリングにて確認も行い、必要に応じてケアプランに反映している。 |      |                   |
| 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 | 日々のケース記録や病院受診記録、職員からの聞き取りから本人の状態把握を行い、本人、家族の要望やモニタリングや事故報告書、ヒヤリハットの情報を基に作成している。          |      |                   |

| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br><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      | 気づきなど本人の言葉をそのまま残すなど誰が見てもわかりやす記録を心がけている。必要に応じて朝礼やユニット会議にて検討・共有し、ケアの統一を図っている。   |      |                   |
| 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 | 急な病院受診や外出・外泊などその都度臨機応変に家族と相談しながら対応している。家族の希望があれば宿泊の受入体制もある。   |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らし方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          | 幼稚園児との交流会や福祉体験学習の中学生を受け入れ、一緒に外出するなど交流を図っている。また、初詣や花見など地域の神社や広場を利用している。  |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br><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  | 協力医療機関・協力歯科医院もあるが、基本的には本人・家族と昔から交流のあるかかりつけ医を継続して頂くようお願いしている。専門医等受診の際には、家族、かかりつけ医も交え十分に検討している。受診時の付き添いは家族にも協力してもらっている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 日常の健康状態の把握、主な受診の付き添いを行い、その内容を受診記録に残し、朝礼等にてその都度申し送りを行っている。介護職員も日常との違い等異変に気付いた場合には看護師に報告するよう統一している。週一回の訪問看護師にも一週間の状況や経過を報告、必要な助言をもらい連携を図っている。 |      |                   |
| 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。または、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。 | 入院時には必ず情報提供書を作成し情報提供し、看護師や医療相談員に以降のことを相談している。入院中も定期的に面会に伺い、入院状況報告書を作成し状態把握の共有を行っている。退院時には、サマリー等の情報、医師や看護師、医療相談員から注意点等伺っている。                 |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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  | 入所時の契約の際に、看取り介護の指針を説明、意志の確認を行っている。重度化が進む方については、その都度今後の方向性について話し合いを行い、利用者が必要としているケアについて様々な角度で検討するようにしている。                                    |      |                   |
| 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、すべ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   | 全職員が毎年普通救命講習を受講し、施設内研修会も開催、AEDも設置している。また、救急搬送に備え、救急隊への情報提供カード、緊急時マニュアルを作成している。  |      |                   |

| 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 |
| 35   | 13   | ○災害対策<br><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 | 毎月の自主防災訓練、年2回の総合防災訓練を実施している。緊急連絡網には、協力をお願いしている近隣住民や担当地域の消防団も含めている。また、運営推進会議では、台風災害時などの避難場所の確認など行っている。 |      |                   |

| 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 |
| <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   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br><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                | 特に排泄時の声掛け、必ずドアを閉めることなどの配慮を徹底している。スピーチロックや不適切なケアへと繋がる可能性が高いことなので、身体拘束廃止委員会や朝礼等にて確認を行ったり、必要に応じて個別面談を行っている。                             |      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><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                     | 本人の希望・要望を伺い、複数選択できる場合、自己決定できる方には判断を委ねるようにしている。また、思いを伝えられない方については、表情などから汲み取るように心がけている。  |      |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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 | 外気浴や散歩、塗絵などの手芸活動など好きな時間に行えるよう配慮している。しかし、職員の少ない時間帯など職員の都合に合わせてもらっている部分やその時その時の希望を伺えていないこともある。   |      |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している                                   | 外出等の前には事前に声をかけ着替えをして頂いたり、希望時には訪問理容や家族による染髪に出掛ける段取りを取っている。着替えの際には、本人に選んでもらい、色合いなどに注意し、モーニングケアも実施している。食べこぼしや髪の毛の乱れなどある方もおり、日頃から注意している。 |      |                   |
| 40                               | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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     | 食材の下ごしらえや片付けなど一緒にしている。好みや形態など工夫し安心して美味しく食べられるようにしている。また、季節の合わせた行事食を取り入れ、楽しんで頂いている。アレルギーのある方はいないが、嗜好に合わせて提供している。                      |      |                   |

| 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><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        | 食事量・水分量は記録し、確認している。状態によって摂れないこともあるので、時間をずらしたり、生活全体の中で摂れるようにしている。特に飲み物は、個別に牛乳や乳酸菌飲料を取ってもらったり、複数の飲み物を家族に準備してもらったり、好みの温度などにも配慮し、水分ゼリーも提供している。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>口の中の臭いや汚れが生じないように、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                | 個別に毎食後声掛けや介助を行っている。必要に応じて協力歯科医院に往診してもらっている。気分により実施できない方もいるため、気分の状態を見極め、少なくとも一日一回、特に就寝前は行うようにしている。  |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><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 | カバータイプよりも紙パンツ、紙パンツよりも布パンツで過ごせるようにできる限りトイレへ案内、状態に合わせて二人で介助も行い、排泄間隔をみながらトイレへ案内している。頻尿の方がおり、転倒歴もあるため可能な限り付き添いを行い、安全にトイレでの排泄が継続できるようにしている。     |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br><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                 | 下剤の使用については主治医に相談し、状況をみながらなるべく減量できるようにしている。水分量の確認、乳酸菌飲料や牛乳など下剤ばかりに頼らず自然なもので排便できるように取り組んでいるが、下剤を使用している方もいらっしゃる。                              |      |                   |

| 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 |
| 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している                         | 基本的にはケアプランに沿った予定で声掛けを行い、希望や必要時には随時行っている。担当者会議の際に頻度、曜日については本人、家族の要望を伺っている。その時の体調や希望に沿って入浴時間をずらすなど配慮している。また、リフト浴も活用し、安心して入浴を楽しんで頂いている。 |      |                   |
| 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  | 室温や照明、寝具等個人に合わせて安眠できるよう工夫し、その時々状況によって休まれる時間も自由である。また、低床ベッドやL字柵等も取り入れ、週1回のリネン交換（汚染時は随時）を行い衛生的にし、気持ちも落ち着けるようバタバタせずゆったりと行動するよう心掛けている。   |      |                   |
| 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   | 最新の処方箋を綴るファイルを準備し、いつでも確認できるようにしている。内服の変更等があった場合には朝礼等にて情報共有を行っている。処方から服用までに3重の確認を行い誤薬予防に努めている。  |      |                   |
| 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、一人ひとりの生活暦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                                | 居室で植物を育てたり、休まれる前には必ず演歌を聴かれる方などおられる。また、全体でのレクリエーションや手芸活動、花壇の手入れや食材の下ごしらえなどして頂いている。  |      |                   |
| 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に支援に努めている。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。 | 外気浴や散歩などは日常的に行っている。エアメモリアル見物や霧島ヶ丘公園などへのドライブなど季節に合わせて外出を行っている。ご家族との外出も希望に沿って行い、送迎が必要な場合も計画的に実施している。                                   |      |                   |



| 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 |
| 50   |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>   | <p>現在金銭管理をされている方はいないが、必要なものや希望する物があれば、家族に相談し買い物に出掛けたりしている。</p>  |      |                   |
| 51   |      | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>家族から電話がきた際や、本人から希望があった際には直接本人にお話しして頂いている。年賀状など手紙は必要に応じて代読している。</p>   |      |                   |
| 52   | 19   | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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</p> | <p>室温や湿度にも注意し、手芸活動で作った季節の作品なども定期的に飾り替え、観葉植物なども飾り楽しんで頂いている。利用者同士の関係性も考えテーブル配置を行っている。馴染みのある音楽をかけてゆっくりとできる雰囲気づくりをしている。</p> |      |                   |
| 53   |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>   | <p>思った時に使用出来るようリビングにソファを設置し、くつろぐ場として使用して頂いている。また、自由に居室で過ごされる方もおられる。</p>   |      |                   |

| 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 |
| 54   | 20   | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>テレビや冷蔵庫を持ち込まれている方やオーディオなど持ち込まれている方がいる。昔の写真や家族写真などを飾っている。</p>   |      |                   |
| 55   |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>リビングやトイレ内には手すりを設置し、それを使用し歩行練習される方もいる。また、トイレの場所が分かりやすいよう居室前から見える位置に案内を作ったり、照明の紐を延長し自分で調整できるようにしている。</p> |      |                   |

## 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見られている。<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。<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、生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     |