

(様式2)

平成 27 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	1572400172		
法人名	医療法人社団 萌気会		
事業所名	萌気園グループホーム「ふきのとう」		
所在地	新潟県南魚沼市市野江甲2-3		
自己評価作成日	平成27年12月15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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/15/">http://www.kaigokensaku.jp/15/</a>
----------	---

### 【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28年2月17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)】

<ul style="list-style-type: none"><li>・家庭的な雰囲気</li><li>・関係づくりによる安心・安全で安定したサービスの提供</li><li>・食事へのこだわり(季節感、地元の行事食、形態を変えて同じものを食す、一緒に作る)</li></ul>
---

### 【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>事業所の運営母体である医療法人は、高齢者だけでなく子どもや障がい者の施設も運営しており、地域の皆が安心して暮らせるコミュニティづくりに取り組んでいる。</p> <p>当事業所はグループホームの制度化とともに設立していることもあって、地域に溶け込むことができている。事業所の行事では多くの地域住民が訪れるなど日常的な関わりを持ち、さらに事業所や地域の防災訓練に参加し合うこともあって、協力体制も構築できている。平成27年度は事業所として『あいさつ・声かけはマンツーマン』という基本を大切にスローガンを掲げており、日常的に振り返ることで利用者と正面から向き合うよう取り組んでいる。</p> <p>また、協力医のバックアップにより、積極的な看取り支援を実践している。職員が不安に感じることに對しては都度勉強会を開催し、チームで利用者に寄り添うケアを実践している。</p> <p>利用者の重度化も進みケアの難しさを感じる部分があるも、地域に根ざした拠点としてさらなる飛躍が期待できる事業所である。</p>
---

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念・ふきのとう理念を元に、会議で話し合い理解を深め、今年度のスローガンを決めて実践している。	法人理念に基づいて職員間で話し合い、事業所理念を掲げている。さらにより具体的なケア目標として、利用者との基本的なコミュニケーションについて「3つの約束」およびスローガンを策定して実践している。毎日のミーティング等で随時振り返りを行うことで、個別ケアの意識を高めている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日常のあいさつや近所付き合い、互いの行事参加などで交流している。	より多くの方に訪れてもらえるよう、様々な行事を企画しており、新年会には多くの近隣住民に来ていただいた。野菜の差し入れも多くあり、地域の祭りや神事、認知症カフェにも招待され、積極的に参加している。	
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	運営推進会議や行事の他に、介護相談会を実施し理解をしていただけるよう発信している。		
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	会議を通して地域の方にふきのとうを理解していただき、知己の方の意見を生かして環境整備や行事、防災訓練等に生かしている。	会議は、利用者・家族、地域包括支援センター職員、民生委員、区長、近隣住民、近隣施設管理者と事業所職員を構成メンバーとして年間6回開催している。事業報告を行って意見をもらっており、災害時の連絡先に区長をはじめとする近隣住民を加えたほうがよいのではという意見により連携を図ることができた。会議議事録をファイルに綴り、玄関において自由に閲覧できるようにしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	毎月、市の会議に出席。随時連絡を取り相談やアドバイスをいただいている。	市の担当者とはメールや電話で都度連絡を取り合い、関係を構築している。また、毎月行政が主催する連絡会議に出席することで、情報を得るとともに事業所間での連携も図っている。	

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
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	市のマニュアルを元に周知して、理解を深めている。そのうえで拘束はしないケアの方法を検討している。	職員の代表が市主催の研修および法人内研修に参加しており、ミーティング時等にその内容について伝達講習を行っている。日常のケアが身体拘束にあたらないかについて検討することで、全職員が身体拘束排除について理解を深めている。	
7	(5-2)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	マニュアルや市の研修会の復命等で学び注意喚起している。職員全員の再認識の必要性も感じている。	管理者が外部研修に参加し、その内容について事業所内で伝達講習を行っている。事業所内の具体的な事例について議論し、その対応について「自分の家族だったら」と意識しながら検討を行っている。	
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	知識として勉強はしているが、実践に至っていない。		
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	ケアマネージャーからの情報も踏まえ、家族が理解・納得していただけるよう説明している。		
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	運営推進会議を利用したり、1～2カ月に一回自宅を訪問して意見や希望をうかがい反映されている。	利用者の意見は日常の関わりの中から聞くようにしている。家族に対しては面会時や毎月の自宅訪問時に積極的に聞くよう心掛けている。寝たきりの利用者の生活場所について、家族からの希望を受けて事業所内で検討し、意向に沿うよう対応した。	
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	毎月職員会議を実施、日々のミーティングで意見を反映させている。	管理者は毎月行われる事業所内会議で出された職員の意見を吸い上げ、法人に上申することで反映できるよう努めている。会議では遠慮することなく意見が言える環境が整っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	委員会活動、担当など個々にまかせている。高齢の職員についても、時間調整や勤務日数の調整で継続して働いている。		

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
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	法人内・外含め、各スキルにあった研修会への参加。一年の目標や課題に取り組んでいる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域のグループホーム協議会など、意見・情報交換、研修会などを実施している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人の不安を和らげ、安心して過ごせるようコミュニケーションを多くとり、関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所について良く説明し、問題解決や理解を深め入所に至っている。入所後も関係づくりを心掛けている。		
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	本人・家族の話やケアマネジャーのアドバイスをいただき、支援を決めて実践している。		
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	ユマニチュードを取り入れながら、本人の理解を深め関係づくりを行っている。		
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	自宅への訪問、ふきのとう便り、面会などを通して本人と家族の関係が途絶えぬように関わっている。	衣類や日用品については家族に持参してもらうようにしており、受診についても家族に付き添いをお願いしている。面会時に近況を伝えるほか、毎月写真や担当職員からのコメントを載せた「ふきのとう便り」を個別に作成し、自宅へ届けることで情報の共有を図っている。行事についてもできる限り家族に参加してもらえるよう工夫しながら企画している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	外出・来訪・家族への働きかけなど可能な限り支援している。認知症カフェや地域行事に参加して知り合いと再会している。	地域の「認知症カフェ」等で同級生や知り合いに会う機会がある。近隣住民を招待する行事を企画し、馴染みの人との繋がりを継続できるよう支援している。墓参りなどは家族の協力を得ながら実現に向けて取り組んでいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個別援助に配慮しながらも、フロアでの入居者同士の交流や、職員の関わりで関係づくりを支援している。		
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	お手紙や近況確認などを必要の応じて行っている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	意向確認はなかなか難しい状況、家族の意見や日々の様子から検討する。本人の生活パターンやリズムを大切にしている。	日常のかかわりの中で都度意向を聞いている。意向の表出が困難な方に対しては日ごろの表情等を確認して本人本位に検討したり、家族に聞くことで把握しており、実現に向けて取り組んでいる。	
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	本人・家族・関係者からの情報や、日々の気づきを職員間で共有して把握に努めている。	入居時に家族や担当の居宅介護支援専門員より情報を得ている。入居後は、日常の関わりの中で気付いたことを記録し、職員間で情報共有している。	重度化が進んでいるなか、利用者からの情報が得にくい状況ではあるが、より一層の情報収集方法の工夫と、生活歴を活かした介護計画の作成に取り組むことを期待したい。
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	本人の生活リズムを大切にしている。ミーティング等で情報を共有して状態を把握している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人・家族・関係者の意見を踏まえて計画を作成している。日々の変化やミーティングの情報で柔軟に対応している。	概ね6ヶ月ごと、または状態変化時に全職員と主治医の意見を基にして計画作成担当者がアセスメントを行って介護計画の原案を作成しており、サービス担当者会議にはできる限り多くの職員が参加できるように配慮している。3ヶ月に1回職員の意見を参考にしながら計画作成担当者がモニタリングを実施している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録の他に、日誌・連絡ノートを活用しミーティングで情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	対応できる内容であれば柔軟性のある支援を行っている。		
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	地域行事参加やボランティア・他事業所と共同して支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	2回/月の往診、必要時の受診を行っている。入居者に変化がある時は診療所へ報告し指示を仰ぐなどの連携している。	本人および家族の希望で主治医を選択できるが、現在は、すべての利用者について事業所の協力医が主治医となっている。専門医への受診は基本的に家族に付き添いを依頼している。利用者の異変時はFAXを活用して医師からの指示を仰ぎ、病状については主治医から「病状説明書」を発行してもらい家族と職員が情報を共有している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護との連携。FAXや電話での診療所看護師や同一敷地内の事業所の看護師へ相談を行い支援につなげている。		

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
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。	医療・家族と連携している。家族の承諾があれば病状説明への同行、退院カンファレンスへの参加もしている。看取り退院も実施。		
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、事業所です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	入所時に看取りが出来ることを説明、看取りについての指針を配布。家族・主治医・関係機関と協力して取り組むことにしている。	看取りの指針については入居時および状態変化時に提示して説明し同意を得ている。看取りの際は家族にできる限り面会に来てもらえるよう依頼している。対応する職員が不安に感じることにについては、振り返りや都度勉強会を開催することで解消できるよう取り組んでいる。	
34	(12-2)	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	法人内研修会・資料配布や勉強会の実施。発生時の振り返りを行い随時ミーティングで勉強している。職員間に差があることも課題。	マニュアルを作成しており、個別に起こり得る状況と対応方法について一覧にまとめ、適切に対応できるよう取り組んでいる。転倒、発熱時等の対応については、ミーティング時にシミュレーションを行うことで備えている。	
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練の実施。運営推進会議や地域・施設の防災訓練等を通じて築いている。	地域住民や消防団の協力を得ながら、火災を想定した防災訓練を年2回開催しており、年に1回開催される地域の防災訓練にも職員が参加している。連絡体制として職員および地域住民に一斉送信できる「ホットライン」を導入し、また、火災だけでなく、土砂災害についてもマニュアルを作成している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	配慮しているつもりだが、気がつくとき声が大きかったり配慮に欠けている事に気づき注意している。	トイレ誘導時は他者にそれとわからないようにしたり、入浴時も他の利用者と一緒にしないよう配慮している。利用者の呼び方について、本人の意向に沿ったものとなるよう検討している。	ミーティング時などで対応について都度検討をしているが、職員によって違う対応をしている状況がある。できる限り統一した対応であることが望まれる。
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	本人の希望や想いを理解できるよう努力している。ユマニチュードを参考に三つの約束で支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの生活パターンやペースに合わせて対応している。		
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	本人の希望や様子に合わせて支援している。(髪型、化粧水、クリームなど)		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節感のある食事の提供、皮むきなどの準備を一緒に行い、食事ができるのを楽しみにしている様子ある。嗜好を聞いて個別に提供する事もある。季節の野菜を積極的に取り入れている。	基本的なメニューは法人の管理栄養士が決定しているが、利用者の希望に沿ってアレンジしたり、特別食を提供することもある。野菜の下ごしらえを利用者と協力しながら行って、季節を感じたり、食欲が増す工夫をしている。利用者の状態に合わせて同じメニューを刻み食やミキサー食にするなどの対応もしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養士の献立を元に、個々の状態や嗜好に合わせてアレンジして提供している。食事形態の工夫も行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後一人一人に合わせた口腔ケアを行っている。義歯のある方はよる洗浄する。		
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	一人一人の排泄パターンに合わせて排泄介助を行っている。トイレでの排泄を心がけている。パットの大きさも使い分け、使用量が減っている。	日誌および「入浴・排便表」で個別の排泄パターンの把握に努めている。尿便意を伝えられない利用者に対しては仕草などを確認しながら誘導している。以前オムツを使用していた利用者にもトイレでの排泄を支援することで、湿疹等の皮膚トラブルがなくなった事例もある。	
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	食事の工夫や水分摂取量の確保。医療と連携して排便コントロールを行っている。トイレで排便できるようになった方もいる。		



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
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	入居者の体力的なことや往診を考慮して午前に入浴しているが、体調や失禁等にに合わせて時間を問わず随時入浴を行っている。本人の好みに合わせてゆっくり入浴している。	基本的には2日おきに午前中に入浴を支援しているが、希望があった際には回数や時間についても柔軟に対応している。入浴を楽しんでもらえるよう入浴剤や変わり湯を提供したり、洗身中は足浴を行うなど工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状態や希望に合わせて支援している。眠そうな時、入浴後、午睡など様子を見て実施している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	全ての理解は難しい、状態の観察を行い不安がある時は主治医・薬剤師に報告・相談等を行い連携を取っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりに合わせた手作業・テレビ・本などの提供や外出等を行っている。		
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支援している	「いつでも、無理なく、安心して」外出支援を行っている。お花見や外気浴、季節のイベントへ参加している。	暖かい時季は公園で昼食会を行ったり、外出に出かける等、基本的には全員で出かけるようにしている。豪雪地帯であるため冬季は外出が難しくなるが、そのぶん、多くの家族や近隣の方を招くことができるような行事を企画している。	家族やボランティア等の協力を得ながら、個別の希望に応じた外出ができるようさらなる取り組みに期待したい。
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	対象者がおらず、行っていない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話を出来る人はいない。手紙のやり取りについては支援している。手紙が認識できて書くことができる方は2名。		

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
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	整理整頓を心がけている。季節感があるように季節の花を飾ったり、お誕生日祝いのボードを設置している。室温・湿度も確認している。	季節にあった花を飾って季節感を演出し、より家庭的で落ち着いた空間となるよう、必要以上の飾りつけをしないよう心掛けている。畳スペースは利用者が洗濯物を畳むのに活用されており、また、トイレの案内板を利用者の目線に合わせることで、間違えることなく利用することができる。	
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	居室とフロアは自由に行き来している。希望に合わせて介助している。利用者同士の関係性も考慮して席の配置も工夫している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ベッド以外は使い慣れた物を使用している。居室内は整理整頓を心がけているが雰囲気づくりに配慮している。居室内は自由にしてもらっている。	全居室が畳敷きになっている。入居前にできる限り今まで使用していたなじみの物を持ち込んでもらえるよう働きかけており、家具の配置も本人が使いやすいようにし、それぞれの居室づくりを支援している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	移動の工夫、席の工夫を行っている。歩行出来る人は1階の居室、電気の紐の調整、ベッドの位置など。		

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				