

ホーム名：グループホーム安威ぼっぼ

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I. 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスとしての意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	朝の朝礼時にふれあいぼっぼの5か条の理念を唱和し、就業前に気持ちを戒め、理念に沿った就業を行っている。	基本的な理念は「人を大切に、繋がりを大切に」であり、繋がりとという言葉から入居者、家族、職員、関係者の方々だけでなく、地域との繋がりも連想され地域密着型サービスであることが意識されていると思われる。唱和されている5か条はより具体的に実践的な指標である。	地域密着型サービスとして入居者が地域とのつながりの中で暮らしていく、あるいは地域生活の継続を支援する、といった内容もふれあいぼっぼの5か条に含めてはいかがか。	
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人として日常的に交流している	自治会に入会しているので、回覧にて地域の祭りや行事などの案内を頂くと、できるだけ多くの利用者様と職員が参加させて頂いている。	地域との交流を通して事業所の理解を求めようとしている。地元の祭事や文化展（手芸作品を出展）への参加をしている。またボランティアの方々へのハーブ、ギター、大正琴、ペン習字などの受け入れもしている。近隣の方々には施設内の親睦会の報知も行い協力と参加も願っている。	地域との共存には認知症に対する真摯な理解が必須である。これからも外出時やイベントなどの機会ある毎に地域の方々との友好を深められ地道で時間をかけた活動をされるよう期待したい。	
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	R1・9・7に親睦会を催し、家族様や地域の方をお招きし、食事やゲームを通して認知症の方と関わりを持って頂き、認知症を理解して頂く機会を設ける。			
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	運営推進会議では、自治会長・民生委員・福祉委員・地域包括センター・施設長等に福祉関係の事や防犯・防災についてのご意見を頂いたり、施設への質問などあればお答えしている。	同敷地内のGHと1階の小規模多機能型居宅介護施設（現在休業中）と3施設合同で2カ月に1度開催する。自己評価欄に記載されている方々の他に介護相談員、入居者及び家族も参加されている。現状報告、身体拘束、近隣とのかかわり等多岐に亘る話し合いがされている。	運営推進会議の議事録をホームの状況報告の代わりとして公表するべく家族に送付していただきたい。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら協力関係を築くよう取り組んでいる。	分からない事があれば、市の窓口相談に行き、助言を頂く様にしている。介護支援相談員の方にも来て頂いているので、時折相談する事もある。	介護上の相談事や法令関係の問題、運営上の助言などは市の長寿介護課に求めたりする。市から派遣された介護相談員にも事故相談や解決策へのアドバイスを求めたりしている。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束しないケアに取り組んでいる	身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在は身体拘束はないが、3ヶ月に一回の会議を開催し、身体拘束についての研修や会議を行っている。	現在身体拘束は行っていない。センサーは使用しているが、センサー使用によって入居者が行動を制限されていると感じないよう、その人のしたいことを介助する対応をしている。2階からの階段柵を現在は設けておらず、見守りで対応している。夜間は階段の前にファイルキャビネットを移動させて入居者が落ちないように工夫はされている。	入居者にはキャビネットを移動させることが可能な方もいらっしゃるのとことなので、特に見守りを徹底していただきたい。	
7		○虐待防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所ないでの虐待が見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	虐待についての施設研修を行い、就業中でも職員間で利用者様への言葉遣い・援助の仕方など評価し合い、虐待のない施設を目指している。			

8	<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見人制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している</p>	<p>研修や利用者様の担当の司法書士の方から学んだり、話を理解に努めている。現在2名の方が、後見人制度を利用されており、入居に際して成年後見人制度が必要な方には、必要性を関係者と話し合い、それらを活用できる様に支援していく。</p>		
9	<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約または改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている</p>	<p>見学に来られた方には、安心してご利用頂ける様に説明させて頂き、入居後の施設生活については、利用者様や家族様に要望を聞き、介護支援専門員が施設計画を立て、生活してもらう事をしっかり説明する。</p>		
10	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>家族様からの要望・苦情はご意見箱に入れて頂き、2週間に1度意見箱内を確認し、要望・苦情があれば早期解決が図れる様に、職員間で話し合い、ご意見を頂いた方にご理解頂ける様にしっかり説明する。</p>	<p>施設を訪れる家族は多い。この機会に要望、意見を話される場合がほとんどである。話の趣旨は業務日誌に記録され職員間で周知される。また運営推進会議でも提案、議題として発言できる。</p>	<p>意見箱の利用を促すために投函口を大きくしその手前に紙とペンを置いておくのも一考かと思われる。</p>
11	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、それらを反映させている</p>	<p>毎月ミーティングを行い、業務に関する意見や要望があれば、代表者に職員の要望を伝え、できるだけ業務がスムーズに行える様に改善を図っている。</p>	<p>職員は朝礼や毎月のミーティング時、また日常的に管理者やケアマネジャーに意見や提案を述べる機会がある。申し送り事項等は業務日誌、決定事項ノートによって情報共有されている。</p>	<p>業務日誌や決定事項ノートによる職員間での情報共有を徹底させ、入居者との日常的な関わりの中での気づきやアイデアもノートに記入してどんどん情報共有していただきたい。</p>
12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>運営者は管理者や職員と就業環境について、個々に意見を聞く機会を設け、職員が各自向上心を持つ事ができ、職場環境・条件の整備が行える様に努めている。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際の力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている</p>	<p>外部研修・内部研修には積極的に参加を促し、研修終了後には研修内容の報告、施設内で伝達研修を行ってもらう。</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作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている</p>	<p>施設部会会議や地域ケア会議などに参加し、ネットワーク作りを行い、研修案内があれば、職員間に回覧し、できるだけ研修参加を促し、職員一人一人のサービスの質の向上に努める。</p>		

II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居面談時に在宅生活の状態や施設入居された時の要望を聞き、施設計画に生かし、毎月1回のモニタリングを行い、施設生活の要望や満足度をお聞きしている。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている</p>	<p>入居面談時に在宅生活の状態や施設入居された時の要望を聞き、施設計画書を作成し、家族様が面会に来て頂いた時に現状を伝え、相談が必要な時には時間を頂いてサービス担当者会議を行う。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>初回面談時に施設入居に際しての施設計画書に対して支援内容や他の社会資源が必要な場合は、プランに盛り込み援助が継続して行える様に援助する。</p>		
18	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>本人ができる事はしてもらいながら、職員は時により親と子・祖父母と孫の様な関係作り努め、何でも相談・話し合える関係に務める。</p>		
19	<p>○本人と共に過ごし支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>面会時や定期的に近況報告を行い、困っている事など家族様と一緒に考え支えていく関係づくりに努めている。</p>		
20	8 <p>○馴染みの人や場と関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>家族様に在宅生活時のご近所の方・趣味のお友達・同級生の方などが面会に着て頂ける様にお願いする事もある。</p>	<p>身内の方がよく来てくれたりかつての友人の方も来られたりする事もある。昨今では職員の方が馴染みの人にもなっている。施設では常に馴染みの人や場所との関係を維持していく体制にある。</p>	<p>本人の意思表示がない場合が殆どである。現実的には入居後にも新しい馴染みの場所（デイケアや近くの寺院）を模索してあげるのも事も必要かと思われる。</p>
21	<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>毎日の生活の中で、気の合った方とはお部屋への行き来もあり、リビングで一緒にコミュニケーションを取ったりテレビを観て過ごされ、飲み物をお出し楽しい時間を過ごしてもらおう。</p>		
22	<p>○関係を断ち切らない取り組み</p> <p>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</p>	<p>医療面の協力が必要になりやむなく退去となる場合は、次の受入先が見つかるまで、家族様に寄り添い相談や支援に努めている。</p>		

Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	利用者の意向を確認し個別のケアに取り入れている。困難な場合は、職員でミーティング等を行い本人の意向が取り入れられる様にカンファレンスにてケアプランにつなげている。	ケアプラン作成時に入居者本人の意向を聞き取りする対応を徹底している。理念の「ひとを大切に」という視点から、日々入居者の思いを引き出しやすいよう職員が入居者と話したいという態度で接するようにしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努める	本人様の環境背景や利用の経過などは、本人様や家族様と情報交換を行い、今後の施設生活の参考とさせて頂いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプラン通りの生活が送れているか個別記録をチェックし、生活に負担やストレスがないか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 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	更新介護認定、ケアプランの見直し、急なADLの低下時には、他職種と情報交換しサービス担当者会議、カンファレンスを開催しケアプランの作成を行っている。	サービス担当者会議には管理者、ケアマネジャー、リーダー、入居者本人、家族が参加し、意見や希望が反映されたケアプランが作成され、入居者本人・家族の同意を得ている。短期目標は毎月見直し、ケアプランは長期的には半年に1回、介護認定更新時、急変時に見直されている。	
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	個別記録よりADLの低下など見られる時は、すぐにミーティングを行い必要なケア内容を個別記録に記入し、ケアプランの見直しにもつなげる。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族様より要望がある場合は、職員間で話し合い、施設サービス計画書の変更が必要な場合は、速やかにケアプランを作成し、本氏・家族様に説明し、署名・捺印を頂き、施設サービス計画書を職員にも説明・目を通し理解してもらう。		
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	家事仕事のお手伝いを行ってもらい、自分で出来る事を増やしていく。希望があれば買い物計画や自宅へ戻る計画を経て、暮らしを楽しめる様に援助している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	月2回の往診日には、利用者様の情報や薬の残量などを伝えスムーズに往診して頂ける様になっている。急な体調の変化が見られる時には主治医に連絡し往診して頂き指示を頂く。	入居者9名のうち5名がかかりつけ医に受診している。かかりつけ医に受診する場合家族に通院介助をお願いするが、管理者或いはケアマネジャーが同行する、また重要な場合は家族と共に同行して受診結果情報の収集に努めている。4名が利用する協力医は希ファミリークリニックで月2回往診している。	

31	<p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるよう支援している</p>	<p>毎日のバイタルチェックや体調の変化がないかチェックし、急な体調変化があれば、看護師に相談し受診が必要な場合は受診援助を行う。訪問看護との連携も行っている。</p>		
32	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>利用者の状態に変化があった場合にはすぐに看護師に連絡し、主治医と相談の上、入院となった時には、看護サマリーや介護サマリーを作成し、入院先の病院の地域連携室宛に持参する。退院時にも地域連携室と連絡を取り、退院前には面談に行き、看護サマリーや診療情報提供書を頂き、職員に伝達し受け入れ態勢を整える。</p>		
33	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>主治医より利用者が看取りの時期であると指示があった場合は、主治医と家族様と本氏の状態を話し合ってもらい、重度化した場合や終末期に入院を希望されるか、延命治療を希望しないのかを判断され、看取りの契約を結び、医療と家族様と連携を取りながら看取りを行う。</p>	<p>入居時に施設での生活支援や重度化した場合の当該施設で可能な介助支援を説明する。主治医の指示により終末期を迎えた場合、家族と最終的な話し合いをし、意向に沿うようにしている。独り身の方には後見人が代理となる。今年、去年は看取りはいなかった。</p>	<p>終末期へ向けては家族との間で齟齬が生じないようにこれからも医療機関・主治医・施設関係者を交えて十分な話し合いをされるようお願いする。</p>
34	<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>急変時や事故の時に備えて、緊急連絡の手順マニュアルを作成しているので、管理者に連絡があればすぐに看護師に連絡し主治医に連絡し、指示をもらう。救急搬送が必要な場合は、家族様にも連絡し、直ぐに病院へ来て頂ける様をお願いする。職員には消防署にて開催される救命講習の参加を促している。</p>		
35	<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>消防署と連携を取り、年2回消防訓練を実施している。シチュエーション別の対応等も行っている。地域の消防団や地域の方に消防訓練への参加をお願いし、非常時に協力体制がとれる様にしている。</p>	<p>避難訓練は年2回実施していて夜間想定も行っている。災害時には消防署と共に地域の消防分団、自治会長との連携・協力体制の整備に努めている。建物の2階に施設があるため歩行困難者の階段での降下介助訓練も行なっている。またとりあえずバルコニーへの避難も考えている。</p>	<p>消防署への連絡はホットラインなので問題ないが、地域の消防分団、自治会長の連絡先をわかりやすく書いて張り出していただきたい。</p>

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者様の個々の情報を把握し、利用者様の生活歴などを受け入れ、尊厳を大切に言葉掛けを行う。	内部研修を通じ職員に入居者の人格を損ねない支援を指導している。基本指導は「その人の立場に立って物事を考える」事である。改善加算の算定が後押ししている。また排泄時の誘導としては本人が困らないような話し掛けを心がけ、プライバシーの保護に努めている。	市や包括などを情報源として利用し外部研修の受講も試みられてはどうか。
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	利用者様の希望が職員に言い出しやすい環境を作り、自己決定が必要な時は、短い質問にて返答できるように尋ねる。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	利用者様一人ひとりの生活ペースを把握し、施設サービス計画書に沿った援助ができる様に職員間で話し合い提供している。		
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	利用者様により、起床時や入浴後にお化粧をしたり、身だしなみを整えてもらう。本人様の好きな服を選択してもらったり、季節に合った服が少ない場合は、ご用意してもらっている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	手作りの食事の時は手伝ってもらい美味しく頂いてもらう。日常は一人ひとりの食事形態に合わせた食事を提供し出来るだけ完食を目指す。食事後の後片付けは当番表に基づき行ってもらう。	日祝日、年末年始以外給食サービス業者から鍋やタッパーで運ばれてくる調理済み食材を盛り付けて提供している。入居者は配膳やメニューの読み上げ、洗い物を手伝ったりする。鍋やたこ焼き、お好み焼き等を楽しむこともある。	
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、集会に応じた支援をしている	食事量や水分量を記録し観察を行っている。水分量は1日1000～1500cc摂取を目指している。水分制限のある方もいる為、水分量の配分には注意を払っている。		
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	職員が毎食後に声掛け誘導し、見守り援助を行う。その方に応じた口腔ケアを実施している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄パターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	自立に向けた取組を行っている。利用者様の排泄パターンを理解しトイレでの排泄が継続できるように援助している。	当施設が採用している「いばらき体操」や階段を上る訓練をしている。排泄パターンを基本とし、一人ひとりに適した範囲で行い脚力の衰弱防止を図っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日、体操や散歩等を行い、便秘の方には、水分の多めの摂取を促したり、腹部マッサージを行い、前かがみにて便器に10分間位座ってもらい便秘解消を図っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、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	入浴日は週2回曜日を決めて入浴してもらっている。バイタル測定し体調不良時には曜日交換をしたり、シャワー浴にて対応している。便失禁時にも清潔保持をする為に、出来るだけシャワー浴対応を行っている。	各入居者1名ずつ週2回入浴する。車いすの方にも冬場はリフトを使用して沐浴してもらっている。入居者本人次第で必要な方には同性介護としている。入浴を拒む人には無理強いしないで少しずつその気にさせるよう対応している。	

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	その方の状況に応じて日中の休息や夜間安心して眠れる様に支援している。その日の体調や状況に応じて対応出来るように努めている。		
47	○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や要領について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	往診後、薬の変更があった場合は、看護師よりどの様な薬でどの様な症状があれば看護師に報告が必要か、職員に申し送る。服薬介助は名前・日付・〇〇後を読み上げ飲み込むまで確認する。		
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	絵手紙や大正琴やギター、ボランティアが来訪された時には、利用者様が得意な事を引き出す事ができる様に支援している。時々和菓子や洋菓子を購入し、美味しいおやつを食べ気分転換を図ってもらう。		
49 18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	協力的な家族様は利用者様の気分転換できる様に、一緒に外食に行かれたり、1泊2日の外泊を計画して下さっている。季節の変わり目には、職員の運転にてドライブに出掛け季節を感じてもらえる機会も設けている。	定期的な外出支援として主に施設の周辺や園芸植物の水やりをしている。年に3、4回はレクリエーションとして花見に出かけたりする。家族の協力のもとで遠出に出かけたりする時もある。	建物から少し離れてはいるが、自然の緑の世界が広がっている所もあり手に触れる事も可能かと思われる。少しずつ試されてはいかかか。
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	外出希望される方には、外出計画を経て地域の夏祭りに参加し、自分で好きな物を購入して支払いをする機会を設けている。		
51	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している	希望があれば電話の利用の援助をする。手紙などが届いた場合は、本人に手渡し読んでもらい、「返事を書きたい。」と要望があれば援助する。		
52 19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	施設全体をバリアフリーにしている。食堂兼リビングには大きな窓があるので、自然の景色が見え採光も良い。施設の周りには自然が多く、季節の変わり目が良くわかる。季節が良く心地よい風が入る時には、窓を開け自然の空気を取り入れている。暑い寒い時期には空調を利用し、温度・湿度調整をする。	自然の採光がリビング全体を明るくしている。壁には適度な間隔で創作品が掲示され、多すぎない事が落ち着きを与えている。遠望がよく窓からの景色と最適な室温、程よい人の話し声が入居者の心に安らぎを与えている。	
53	○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	施設では共用空間はリビングしかない為、仲の良い利用者様同士はお互いの居室を行き来され、コミュニケーションを取られている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に家で使用されていた箆笥・大切にされていた物を持参して頂いている。	入居者の馴染みの家具、衣類、置物などが設置され生涯の生活の場として利用されている。居室の清掃やシーツ交換も定期的に変更され（シーツ交換必要時は即交換される）清潔さは維持されている。	季節に応じたカーテンの取り換えもよいのではないか。家族と相談されてみてはいかかか。
55	○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	施設の真ん中に階段があるので、転落予防と下肢筋力維持の為に、利用者様1名に職員一人が付き添い、階段の乗降練習をしている。居室清掃ができる方には職員が付き添い掃除機やモップ掛けを行ってもらう。		

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	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	①毎日ある ②数日に1回ある ③たまにある ④ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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聞いており信頼関係ができています	○	①ほぼ全ての利用者として ②利用者の3分の2くらいと ③利用者の3分の1くらいと ④ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねてきている	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 ③たまに ④ほとんどいない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	①大いに増えている ②少しずつ増えている ③あまり増えていない ④全くない
66	職員は活き活きと働いている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
68	職員からみて利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	①ほぼ全ての家族が ②家族の3分の2くらいが ③家族の3分の1くらいが ④ほとんどできていない