

| ホーム名：桃山台グループホーム |      |                                                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                    | 家庭的な環境のもと、各自の現状に合った生活支援に努め、一人ひとりの尊厳のある生活を支援出来るよう努めていきたい。                                | 「いつもほほえみをあなたに」という事業所の理念に基づいたケアを実践されている。管理者と職員は、日々のケアで得た気づき等を記録したミーティングノートを活用し、理念の共有に努めている。                                        | 事業所の理念に基づいたケア実践の行動指針や行動目標を立てられてはどうか。理念に基づくケア実践をつなぐものとして検討されることに期待したい。                                                                                                                                                       |
| 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                                                       | 近隣センターの行事（夏祭りやもちつき大会等）、併設するデイサービスで行う行事を通じて、地域の皆さんとの交流に努めている。                            | 地域の近隣センター主催の行事に利用者自身が参加できるよう支援している。又、近隣の市民ホールで開催されている高齢者向けティーサロンや広場での青空体操にも参加を検討中で、地域との交流や地域の理解を得られるよう努めている。                      |                                                                                                                                                                                                                             |
| 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                                                     | 運営推進会議において診療所や当ホーム、デイサービスが地域の高齢者の大きな助けになっていると評価いただいた。これからも地域貢献に努めたい。                    |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |
| 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                                  | 運営推進会議により多様な皆さんの参加を求め、地域の現状を知り、より求められる地域貢献を目指したい。                                       | 運営推進会議は、2カ月に1回開催されているが、地域に対する運営推進会議の理解と利用者家族や地域の方々の参加に苦慮されている。                                                                    | 運営推進会議の意義を地域と家族に理解して頂くため、検討テーマを用意し、そのテーマに沿った専門家（消防署員や警察官、医療従事者など）に参加頂き、地域の方々や利用者家族の参加を募ってはどうか。又、市内の他のグループホームの職員にも参加を呼びかけてはどうか。加えて、参加者が固定しない状況では、前回議事録を次の運営推進会議の資料として添付し、会議の冒頭に確認することで、参加者が変わっても取り組み課題の進捗状況等が参加者と共有できると思われる。 |
| 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取り組んでいる。                                              | 市の福祉指導監査室の指導を受けている。                                                                     | 実地指導や監査をきっかけとし、市の担当者と連携されている。その結果を、質の高いサービスを行なう事業所を評価する加算の根拠として、利用者のケアに活かされるよう努めている。                                              | 市内の他のグループホームとの連携を通じて、市との関係性を強化されていくことに期待したい。                                                                                                                                                                                |
| 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 | 拘束のないケアの実践を目指しているが、認知症等の重度化に伴い、ベッド上や車いすでの安全確保等、介護支援の難しいケースもあった。ミーティング、研修を通じスキル向上を目指したい。 | 生命保護を第1に、職員と協力医療機医師が家族と緊密に連携しながら、身体拘束のないケアの実践を心がけている。3ヶ月に1回の開催が義務付けられている身体拘束ゼロ推進会議を、運営推進会議を活用し、2ヶ月に1回のタイミングでの開催による取り組み強化を検討されている。 |                                                                                                                                                                                                                             |
| 7               |      | ○虐待防止の徹底<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ないでの虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                    | 意識のない虐待や尊厳を傷つける言葉を発していないか、常に注意しているが、今後ミーティングや研修を通じ、より向上させていきたい。                         |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |

|    |                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                          |                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 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>後見人制度を利用するケースがあり、経験のある同僚ケアマネ等の協力を得て対応した。合わせて、その体験を皆で共有している。</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>契約時は丁寧な説明を行うと共に、即日で署名捺印をもらわず、日をおいて署名捺印してもらうようにし、思考する時間を取り、契約するようにしている。</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>家族同士、また地域の方との交流は十分とはいえなかったが、今後は運営推進会議を利用し、外部との接点、関わりを強めていきたい。</p>          | <p>家族に対しては、請求書や運営推進会議の案内等を事業所訪問時に手渡す際、又は近隣のお住まいの家族には、訪問して直接手渡しする等の機会を通じて、月に1度は、家族と運営に関する話をするよう努めている。</p> | <p>郵送等で送付する書類に運営に関するアンケートを添付し、運営に対する意見収集のツールとして活用されてはどうか。</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>日常的な業務中の意見交換やミーティングを通じ、サービスの向上を目指している。</p>                                 | <p>日々のケアの中で、管理者と職員は、お互いに意見が言い合える関係が構築されている。月2回のミーティングでは、担当者が意見をまとめ、全員で共有できる体制がとれている。</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>代表者（医師）自身も毎日入居者や他の利用者と接しており、職員の日々の業務、サービス提供も常時見ておられる。</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>多様な職種の職員がおり、日々の業務を通じてスキルの向上に努めている。</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>地域包括支援センター、社会福祉協議会等との情報、協力をもらい、サービスを向上させていきたい。</p>                         |                                                                                                          |                                                               |

| 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   | 事業所内の支援センター（ケアマネ）、診療所（医師）、グループ管理者、最低3人以上で、それぞれの立場から利用者を支援し、信頼を得られるよう努めている。 |                                                                                                                                |
| 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、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 事業所内のケアマネやグループ管理者、代表（医師）が窓口になる事が多く、それぞれの立場から問題点を洗い出し、安心と信頼を得られるよう努めている。    |                                                                                                                                |
| 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          | 特に最初の数日は利用者と利用者家族を知る事に努め、隠されたニーズがないか接している。                                 |                                                                                                                                |
| 18                  |   | ○本人と共に過ごし支えあう関係<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                             | グループの基本である家庭的な環境作り、信頼関係に裏付けされた自立を踏まえた支援を目指している。                            |                                                                                                                                |
| 19                  |   | ○本人と共に過ごし支えあう家族との関係<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           | 家族の方には入所時から極力定期的な来所をお願いしています。日常生活の報告や、入所される前の生活情報の共有に努めている。                |                                                                                                                                |
| 20                  | 8 | ○馴染みの人や場と関係継続の支援<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                           | 友人の来訪や連絡を取り合う事や、GH下のデイサービス利用等で共有の時を持つ等の事例もあり、希望される事は極力協力できるように努めている。       | 併設している診療所やデイサービスとの繋がりの中で、診療所やデイサービス利用の馴染みの方との関係が継続するよう支援している。又、地域に対し、グループホーム利用者の理解を得ていくことも課題として捉えられており、利用者の立場になった関係継続支援に努めている。 |
| 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                      | グループ内にとどまらず、利用者同士の交流は、すべての職員が協力している。                                       |                                                                                                                                |
| 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      | 自宅に戻られた方もおられたが、併設の診療所受診時やデイサービス利用時等にのぞきに來られる。                              |                                                                                                                                |

近隣の市民ホールで開催されている高齢者向けティーサロンへの参加等を通じて、地域との交流や地域の理解を得られるよう努めていかれることに期待をしたい。

| 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  | <p>○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</p>                                              | <p>コミュニケーションを通して、これまでの生活、人生を知りよう努め、御本人の考え方、望みを理解するよう努めている。</p>             | <p>日々のケアの中で利用者が呟いた言葉や希望をアセスメントとしてメモを残し、利用者の思いや意向の把握に努めている。</p>                                                                                                                                                                   |
| 24                         |    | <p>○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る</p>                                            | <p>在宅のケアマネ、ヘルパーや御家族を通し、また御本人から情報を得て活用するよう心掛けている。</p>                       |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 25                         |    | <p>○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</p>                                                        | <p>一日の生活のリズムを作り、安定させるとともに、それが御本人の残存能力や生きがいに繋がっているか見守っている。</p>              |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 26                         | 10 | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>本人や家族の意見、医師、介護職員、リハビリ職員、看護師の意見を出し合い、計画していく。</p>                         | <p>併設している診療所と緊密に連携し、介護計画の見直しを行っているほか、職員が利用者や家族から知り得た情報は、計画作成担当者とも情報の共有を図り、介護計画に反映し、現状に即した介護計画を作成されている。</p> <p>市からもアドバイスがあったとおり、既存のアセスメントシートを活用して、アセスメントを強化されたい。<br/>アセスメント結果を可視化することで、長期目標と短期目標を設定するうえでの大切な根拠がより明確化するかと思われる。</p> |
| 27                         |    | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | <p>日々の生活の中での様子や変化は記録すると共に全職員が共有し、介護に生かすよう努める。</p>                          |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 28                         |    | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>               | <p>デイサービスで友人と共有の時間を過ごしたり、一時帰宅をサポートするなど、その場面場面に合ったご本人の希望に近いサービスを提供してきた。</p> |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 29                         |    | <p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>                         | <p>併設するデイサービスと協力し、地域の行事に参加したり、施設の行事に参加してもらっている。</p>                        |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 30                         | 11 | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>                     | <p>当グループホームは母体が医療機関であり、診療所を通じて医療サービスを提供している。</p>                           | <p>併設している診療所の医師がかかりつけ医であり、受診結果が日々のケアに反映されている。リハビリも併設施設で実施できるため、ADLの維持向上にもつながっている。</p>                                                                                                                                            |

|    |    |                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                           |                                                                                           |
|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>                        | 併設する診療所、デイサービスの看護職員とは常時情報を共有し、その協力・支援を受けている。                      |                                                                                                           |                                                                                           |
| 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>   | 代表が医師であり、必要と判断した場合は、直ちに入院等の処置をとっている。                              |                                                                                                           |                                                                                           |
| 33 | 12 | <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> | 重度化や終末に向けての対応は入所時より随時、御本人や御家族の希望・考えを確かめ、段階ごとの対応に努めている。            | 併設している診療所と緊密に連携し、重度化した場合の対応や終末期の看取り指針を策定し、本人や家族の希望に基づいた対応をされている。その結果、利用者家族からは、信頼も厚く、安心して任せられる事業所と認識されている。 |                                                                                           |
| 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>                                              | マニュアルを作り、日々急変や事故は起こりうるものとして意識して業務している。発生時は初期対応とドクターへの急報を第一に行っている。 |                                                                                                           |                                                                                           |
| 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>                                              | 防災計画は作成し、各職員に理解させている。地域の皆さんとの協力体制も作っていきたい。                        | 年2回、火災と地震を想定した避難訓練を消防署の協力を仰ぎながら行っている。さらに併設のデイサービス施設とも連携した避難訓練も実施されている。                                    | 年2回の避難訓練を日中と夜間を想定したケースで実践してみてはどうか。運営推進会議等で、地域とも連携した避難訓練を提案されてはどうか、地域との協力体制の構築にもつながると思われる。 |

| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |    |                                                                                         |                                                               |                                                                                                       |
|---------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36                        | 14 | ○一人ひとりの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                       | 重度化、ADLの低下等、認知症の進行等の中で、人格を尊重した支援を行なうよう話し合い、日々工夫している。          | 利用者のどんな発言にも耳を傾け、その発言には否定はしないよう職員一人ひとりが徹底されている。また、排泄の失敗があっても、他の利用者の目に触れさせないような配慮を当たり前として対応されている。       |
| 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                            | 自身で決めた事が一番意欲を持って実行できる事であり、御本人と職員が協働できるよう支援したい。                |                                                                                                       |
| 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、入浴、排泄等集団生活をお互いに譲り合い助け合いながら、尊重し特に必要を感じた時は話し合い、ケースごとに対応している。 |                                                                                                       |
| 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                                         | 個人差が大きいのが、望まれるかぎり本人の選ぶものを着用してもらう。                             |                                                                                                       |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている            | 基本的な献立は変えられないが、持病等の制限がない限り、各人の希望する食品（海苔、梅干し等）は提供している。         | 併設のデイサービスと共同で、衛生管理を徹底した食事が提供ができています。デイサービスが休みの日曜日は、利用者の希望に沿った食事を手作りし、支度過程から楽しんでもらえる工夫をしている。           |
| 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、集会に応じた支援をしている                 | 水分や食事量は常時記録しており、長期的な体調管理に利用している。                              |                                                                                                       |
| 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、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                          | 自力で可能な方、支援の必要な方、各人にあった介助を行っている。                               |                                                                                                       |
| 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。          | 日中と夜間、各人の身体能力に合わせ、体調の変化等、その日ごとにもっとも適している方法を考えている。             | 夜はオムツの方も昼はリハビリパンツを使用し、利用者が自分でできる能力を伸ばす細やかなケアを心がけている。かかりつけ医による体調の管理や、お尻の筋力を鍛えるリハビリの実施など、他にはない支援が行えている。 |
| 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                          | 排便は毎日チェックしており、便秘しやすい人にはヨーグルト等の食品や医師に相談し薬の処方など、便秘の日数に合せ対応している。 |                                                                                                       |
| 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 | その日の体調にもよるが可能な限り入浴したり、清拭で対応している。                              | 利用者一人一人の状態や希望に合わせて、入浴のタイミングや入浴方法を調整している。                                                              |

|    |    |                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                        |                                                     |
|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 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                                                                    | 室温や明るさ等、各個人にあった環境に注意し、よく眠れているか観察・対応している。                |                                                                                                                        |                                                     |
| 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                                                               | 服薬は常時医師と連携しており、日々の体調管理に生かされている。                         |                                                                                                                        |                                                     |
| 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                                                  | 行事への参加や役割を作る事や楽しみ・嗜好品の提供は常時行っている。                       |                                                                                                                        |                                                     |
| 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                      | リハビリの職員と運動可能な方は散歩等で定期的に外出してもらっている。                      | 近くの公園まで散策するなど、リハビリを兼ねた外出支援に努められている。<br>外出を希望しない利用者に対しても、ADLが低下しない対応をリハビリスタッフと連携して検討している。                               | 広く景色の良いベランダを外気浴等に有効活用し、季節を感じられる憩いの場としてさらなる活用に期待したい。 |
| 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                                                  | 入居者のADLや家庭の事情にあわせた支援を行っている。                             |                                                                                                                        |                                                     |
| 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                                                                            | 可能な人はご家族と定期的に電話連絡している。                                  |                                                                                                                        |                                                     |
| 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）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 | 限られた空間しかないが、可能な限り居心地の良いものにするよう努めている。                    | 限られた空間の中でも、利用者が家庭的な「自分の居場所」を認識できるような雰囲気づくりを行っている。<br>運営推進会議に初めて参加される方には施設を見学いただき、気づいたことや意見を、居心地のよい空間づくりに反映できるよう心掛けている。 |                                                     |
| 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                                                      | 居間兼食堂のテーブルの席は固定化している。                                   |                                                                                                                        |                                                     |
| 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                                          | 自宅で使っていた物、思い出の品等、スペースや移動が許す限り使ってもらい、居心地の良い居室を作ってもらっている。 | 利用者や家族の希望に合わせて、自宅で使用していた馴染みの物等を持ち込んでもらい、家庭的な第2の住まいとして意識いただけるように支援している。                                                 |                                                     |
| 55 |    | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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                                            | 車いすを使う事が多くなっているため、廊下や建物全体に物を置く場所に注意している。                |                                                                                                                        |                                                     |

| 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                                | ○ | ①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>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<br>②数日に1回ある<br>③たまにある<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいと<br>③利用者の3分の1くらいと<br>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<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>④全くない              |
| 66           | 職員は活き活きと働けている                                             | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②家族の3分の2くらいが<br>③家族の3分の1くらいが<br>④ほとんどできていない    |