

1 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	3990100061		
法人名	社会医療法人 仁生会		
事業所名	グループホーム いろは丸		
所在地	高知市一宮西町1丁目5-17		
自己評価作成日	平成28年10月15日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月6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)】

うちのグループホームへ利用者さんが入居する事になり、その後の家族の方ができるだけ生活の様子を知る事ができ、安心していただけるように伝達手段とその内容に力を入れている。

普段の生活の中や、外出レクリエーションに出かけた時等になるべく多くの写真を撮り、「いろは丸便り」として毎月家族に送ったり、その他の法人内の広報誌にも記事や写真を多く載せて、「いろは丸」の利用者の生活状況をアピールしている。また、そこに載せきれなかった多くの写真をDVDにまとめ、家族会の時に家族に観ていただいている。月々の請求書等の送付時に、利用者の各担当者が普段の様子を手紙にして、状況を伝えたりもしている。

※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	http://www.kaijokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&JkyosyoCd=3990100061-00&PrefCd=39&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	高知県社会福祉協議会
所在地	〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ
訪問調査日	平成28年11月25日

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は3階建の建物の2階と3階にあり、1階がデイサービスになっている。天気の良い日は近くの公園で散歩が楽しめる環境である。

「利用者のその人らしさの尊重、能力の活用、馴染みの人との交流、良質なケアのための自己研鑽」等を理念に掲げ、年度当初には理念に基づく事業所の年間目標を立て、半期ごとに職員が理念に基づいてケアができていくか自己評価し、常に良質なケアを提供できるよう研鑽に努めている。

日々の生活では、利用者が調理や洗濯物干し、掃除などできることを職員と一緒にしたり、趣味の活動を続けられるよう事業所が支援することで、今までの生活習慣の継続と自立した生活ができるよう支援している。また、地区の一斉清掃に利用者と一緒に参加したり、近くの神社の「ふれあい祭り」に利用者の作品を展示するほか、隣接小学校の運動会や音楽会に招待されるなど、地域との交流とつながりを大切にしている。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:(イ)

自己評価	外部評価	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
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	事業所の理念をもとに、毎年目標を立て、実践に繋げている。	「利用者のその人らしさの尊重、能力の活用、馴染みの人との交流、良質なケアのための自己研鑽」等の理念をもとに、年度当初に理念に基づく事業所の年間目標を立て、半期ごとに職員がケアを自己評価し、理念の実践につなげている。	
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	日常的なあいさつをスタッフに徹底し、地域の清掃活動にも参加している。毎月開催されるコミュニティ会議への参加も行っている。	町内会に加入し、地区の一斉清掃に利用者と一緒に参加している。隣接小学校の運動会や音楽会に招待され、利用者と職員と一緒に参加している。又、毎月地区のコミュニティー会議や忘年会に職員が参加し、地域の一員として付き合いを大切にしている。	
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	利用者に同行して、施設周りを歩く時には利用者と一緒にあいさつをして、言葉を交わす事もある。隣にある小学校との交流にも交流の仕方を思案しながら、努力している。		
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	2か月に1回の運営推進会議を開催し、その2か月間の報告と今後の予定などを報告し、参加者に意見をいただき、サービスの向上に努めている。	会議は2か月に1回開催し、利用者の日々の様子や取り組みについて報告している。が、会議参加者は行政、家族のみで、地域住民の参加がなく、事業所の報告が中心となり、活発な話し合いに至っていない。議事録は欠席した家族に送付している。	会議メンバーに民生委員、町内会長、地区防災組織、消防署、駐在所等幅広く参加を依頼し、地域との協力関係のもとで活発な話し合いが行われることを期待したい。
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	高齢者支援センターの方にも、運営推進会議に参加していただき、事業所の実情や取り組みを伝えている。	運営推進会議に地域包括支援センターが参加し、事業所の取り組みについて理解を得ている。市の担当課とは、事故対応や介護認定についてその都度報告、相談し、助言を得ている。その他関連課とも事業所への訪問等を通じ、連携している。	
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	基本は身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「虐待予防、身体拘束予防」のマニュアルに沿って、毎月のフロア会で内容を確認し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。日中、玄関は施錠せず、利用者の外出には、職員と一緒に散歩し、気持ちに寄り添って対応している。利用者のリスクについて家族と話し合い、了解を得て交番にも協力を仰いでいる。	

自己評価	外部評価	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
7		○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	法人の方の研修に「高齢者虐待防止研修」があり、職員は全員研修を受けており、お互いに声を掛け合い防止に努めている。		
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	在宅部研修の中に計画されており、制度の理解に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時にも、締結、解約または改定の説明を契約書・重要事項説明書を元に行うが、その際にも十分な説明を行い、理解・納得していただけるよう努めている。		
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	年に1度の家族会を開いており、利用者・家族の意見を抽出し、運営に反映できるよう努めている。	家族には面会等の機会に、管理者が意見や要望を聞いている。年1回の家族会には4～5家族程度の参加があり、家族だけで話す時間を設けている。事前の家族アンケートの内容も含め、出された意見を管理者がまとめ、運営に反映させている。	
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	月に1回のフロア会を設けている。	管理者は、職員が意見や提案を出しやすい職場環境をつくっている。毎月のフロア会や、日々の申し送りでも出されたケアに関する職員の意見・提案は、まず実行に移して検討し、課題解決に向けて取り組んでいる。	
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	年に2回の人事考課制度により、個々の職員と面接・評価等を行い、業務へ取り組むための目標等を設定して向上心を図っている。		

自己評価	外部評価	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	院内研修については年間計画表を作成している。院外研修は、研修センターやその他福祉関係者から届く研修のお知らせ等を自部署に掲示し、希望者の参加を促している。		
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	院外研修へ参加する事で、他施設のスタッフとの交流ができる。法人内のグループホームを互いの管理者・ケアマネジャーが訪問し、自施設との違いや新たな取り組みを発見する事で、自施設のサービスの向上へ繋げる事ができている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 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	面接の段階で本人と会い、現状を把握した上で本人にも聞き取りを行い、安心して生活できる関係性の確保に努めている。		
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	申請の段階で、申し込みの理由や希望欄に書かれた内容を、面接時に確認し自施設で支援できる事や、家族への協力の要請など、理解していただいて関係づくりに努めている。		
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	入居時の暫定ケアプランにて、本人・家族に説明し、納得していただいている。		
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	本人のこれまでの生活歴を把握し、できる事は自立支援し、役割を持つことで喜びややりがいを感じてもらい、馴染みの関係を築くよう努めている。		

自己評価	外部評価	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
19		○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	家族が来設した時には、生活状況や精神面・身体面の事等を報告し、家族にも協力の依頼ができるよう普段からコミュニケーションを取るよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	普段の生活の中で、本人が発する情報や希望を傾聴し、家族に伝えるなどの支援を行っている。	職員は利用者の日々の様子を「便り」で家族に伝え、関係が途切れないように努めている。家族同伴で行きつけの美容院に行ったり、馴染みの店への買い物や、自宅での外泊など、家族の協力を得ながらこれまで築いてきた関係が継続できるよう支援している。	
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	個々の利用者の特性を考え、テーブルの配置を変えたり、不具合の生じた時には、その都度話し合いをして席の変更をしている。		
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	自施設の場合、退居者は他施設への利用か死亡がほとんどで、その後の経過などを伺うことはほとんどないが、入院の場合はある程度の定期毎で家族に連絡し、状況の把握に努めている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 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	一人ひとりの希望・意向に沿えるよう様子を観察し、本人から言いやすい関係づくりに努め、困難な場合はその事情を本人に説明し、納得していただけるまで、検討を繰り返している。	入居時に利用者、家族から希望や意向を聞き、記録して職員で共有している。各利用者の担当職員が、利用者との日々の会話や来訪時の家族から暮らし方の意向を聞くとともに、意思疎通の困難な利用者には、表情や仕草を職員同士で検討し、思いをくみ取るよう努めている。	
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ている	情報提供書や聞き取りから得た情報と、常に本人・家族とのコミュニケーションを取るよう心掛け、経過の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日バイタルチェックを行い、体調の変化があった時にはカルテへ記録を残し、申し送りによって把握している。個々のケアプランに沿って支援し、現状の把握に努めている。		
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	毎月のモニタリングや申し送り、定期的なカンファレンスでの意見を検討し、現状に見合ったケアができるような介護計画としている。	利用者、家族の意向を確認し、6カ月毎に介護計画を見直し、カンファレンスで職員が意見交換して現状に即した計画を作成している。日々利用者の状態を観察し、利用者の担当職員が月1回のモニタリングを行っている。利用者の状態変化時は、その都度計画を見直している。	
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	日々の個別記録・伝達ノートを活用し、情報共有を図っている。介護計画に沿って記録を行うように徹底されている。		
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	必要に応じて、介護計画の内容を変更し、状況に応じたケアの支援ができるように努めている。		
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	隣にある小学校やボランティア、近隣商店への買い物、地域の清掃を通じて交流を図っている。散歩の時にはあいさつをし、馴染みの関係性を築いていけるよう努めている。		
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	入居前からのかかりつけ医を継続していただき、基本的には家族の同行をお願いし、情報提供をいただいている。心身状況により、本人または必要と思われた時には、受診の依頼をして、時にはスタッフも同行して受診を支援している。	利用者、家族の希望する医療機関をかかりつけ医とし、大半の利用者が母体法人の医療機関をかかりつけ医にしている。通院は原則家族が付き添い、事業所から家族に口頭や書面で情報提供し、受診結果を家族から得て、受診記録に記載し職員で共有している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	看護師とは24時間連絡可能な状態で、利用者の状態変化や急変時には状況を伝え、指示を仰いでいる。		
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	入院先の相談員と連絡を取り合い、常に家族と状況の把握をし、退院の目途が立った時には、退院カンファレンスへ家族に同行し参加している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入居時に「重度化に向けた指針」と「看取り介護」について説明している。	職員は母体法人の研修により、終末期の支援について理解を深め、利用者・家族と相談を重ね安心して納得のいく終末を迎えられるよう取り組んでいる。家族には入居時に重度化の指針に基づき説明し、同意を得ている。事業所での看取りの事例もあり、経験を活かしている。	
34		○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	救命についての研修の参加や、消防署が行っている「救急・救命講習」へ参加し、終了証の取得を順番に行っている。		
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	年2回の防火訓練を行い、昼夜の想定で避難の練習をしている。防災備蓄品については入職時、置き場所の説明を行っている。	年2回消防署の協力のもとで、火災訓練を実施している。地震・津波時は3階を避難場所とし、災害に備えて利用者も日頃から、できるだけエレベーターでなく階段を利用して下肢筋力の維持に努めている。訓練に地域住民は参加していない。水・食料・備品類は3日分以上を2階、3階に分散して備蓄している。	訓練への参加を近隣住民に呼びかけ、運営推進会議でも町内会長や地域の自主防災組織、民生委員等の参加を検討するなど、地域との協力体制を築く取り組みを期待したい。
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	声掛けなど、その都度気付いた時にスタッフ同士が注意するように指導している。	母体法人の「接遇研修」「高齢者虐待予防研修」において、利用者の尊厳について継続的に研修している。入浴や排泄介助のときの、利用者の羞恥心への配慮や、誇りを傷つけない対応に取り組んでいる。職員に不適切な言動等が見られた時は、その都度管理者が注意している。	

自己評価	外部評価	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
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	本人から何か訴えがあった時には、時間を取って傾聴するようにしている。訴えが難しい利用者からのサインをも逃さない様、職員間で申し送りを行っている。		
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、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	集団として対応するのではなく、一人一人の生活歴を認識し、施設内の生活であっても縛られた思いをされる事がない様に、対応や声掛けを行っている。		
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	日常的な身だしなみは、本人の意向を大切にしながら支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	それぞれの利用者ができる事に声を掛けて一緒に行い、食事と同じテーブルでいただいている。月1回は栄養士による「料理教室」を開き、食事の準備を一緒にする練習の場としている。	献立作成、食材購入、調理は、利用者の好みを取り入れ各ユニットで行っている。利用者は調理や配膳、下膳等できることに参加し、職員も同じテーブルで食事している。各ユニットで月1回栄養士が料理教室を開催し、普段調理に参加しない利用者も一緒に調理して食事を楽しんでいる。	
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	野菜を中心に肉・魚とバランスを考えながら、献立を考えている。個々の主食・水分量を決め、水分は1日分をトータルして管理している。体重測定は月2回行い、増減に注意している。		
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、全員に声をかけて口腔ケアを行っている。手助けが必要な方にはケアを行い、状態を確認している。家族の意向で、歯科往診により口腔ケアを定期的に行っている利用者もいる。		
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	現在のところ、全員がトイレでの排泄ができています。布パンツからリハビリパンツへの移行やパッドの使用については、職員間で十分に話し合い、本人・家族の同意のもとで行っている。	利用者個々の排泄パターンを把握し、各居室に設置しているトイレで排泄できるよう誘導している。夜間もトイレを安全に使用するため、ベッドの位置を調整するなど、自立に向けて支援している。利用者に適した排泄用品を見直すことで、自立につなげた事例もある。	

自己評価	外部評価	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
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	起床後、飲み物を飲んでいただき、腸の活動を促している。十分な水分の提供や排便を促す食材などを食事やおやつに取り入れ、提供している。散歩や体操の運動を促し、排泄チェックにて便秘が見られる場合には医師への相談も行っている。		
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、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯は設定しているが、その時に声をかけて本人の意向に沿わない時には、その都度日を変更する等して対応している。	入浴の基本的な時間帯等は設定しているが、利用者の希望を優先して入浴できるよう支援している。入浴を拒む利用者には、声掛けや対応を工夫して入浴につなげている。特に夏場は適宜シャワー浴ができるよう、個々の希望に沿って対応している。	
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	日中の様子を見て、座ったままウトウトされたりする時には、声を掛けて休息の時間を設けている。又、日中に何時間もベッドで入眠してしまわない様、体調を考慮しながら離床を促している。		
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	全員の服薬管理を行っており、薬品カードと薬は常に同じところに入っている。服薬支援時、毎回カードと照らし合わせ、確認を行っている。受診時に処方された薬の目的など、カルテに記録し、申し送りを行い、スタッフ全員の理解に努めている。		
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	一人一人のできる力や生活歴を把握し、家事や手作業などを個々に声掛けしている。職員も一緒にレクリエーションをしたり、月1～2回は車で出掛け花を見に行ったり、お茶を飲んだりして気分転換を図っている。		
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に支援している	毎日、本人の希望により施設の周りの散歩を行っている。家族の協力により、自宅へ帰ったり、外食を楽しんだりされている。	気候の良い時期は、近くの公園への散歩を日課にしている。月1回は外出行事を計画し、市場や季節の花見に出かけている。家族の協力や、買い物や美容院に行ったり、帰宅や外食を楽しむ利用者もいる。事業所近くへ定期的に行商に来る店へ出向き、買い物を楽しむ利用者もいる。	

自己評価	外部評価	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
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	お金の所持は、本人・家族の希望により応じているが、所持しているお金の管理は難しいことを理解していただいた上で応じている。外出レクリエーション等で、個々に買い物ができる時に家族に準備していただき、買い物ができるよう支援している。		
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をしている	本人からの依頼があれば、その都度応じている。		
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)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	台所・フロア・廊下は、1日2回の温度管理を行っている。フロアは、利用者が手作業で作成した季節ごとの作品や花等を飾り、楽しんでいる。玄関・階段は常に清潔を保つよう清掃を行っている。	居間兼食堂は日当たりが良く、明るく開放的で、壁には利用者の折り紙、食卓には季節の花が飾られて家庭的な空間になっている。昼食後はテーブルを囲んで、ゲームや会話を楽しむ和やかな場所になっている。	
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	現在、食堂兼居間としてフロアを使っており、一人になりたい時には自室で過ごされている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	ベッド・タンス等、自宅で使用されていたものを持参していただいている。本人の状況により、危険の予防の為、持ち帰りをお願いする事もある。	ベッド、タンス等自宅の使い慣れた家具の持参を勧め、利用者が居心地よく過ごせる配置にしている。各居室にはトイレが設置され、夜間も安全にトイレで排泄できるようベッドの位置を工夫している。寝具や衣類は、季節ごとに家族が交換に協力している。	
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	建物内部の床に段差はなく、階段・廊下には手すりを設置している。個室トイレ・風呂場にも立ち上がりや安全に考慮した手すりを設置している。		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
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 ↓該当するものに○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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	64	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
		○	4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
		○	4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
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 (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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名:(口)

自己評価	外部評価	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
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	事業所の理念を元に毎年、目標を立て、実践に繋げている。		
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	日常的なあいさつはスタッフに徹底し、地域の清掃活動にも参加している。毎月開催されるコミュニティ会議への参加も行っている。		
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	利用者に同行して、施設周りを歩く時には利用者と一緒にあいさつをし、言葉を交わす事もある。隣にある小学校との交流にも、交流の仕方を思案しながら努力している。		
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	2か月に1回の運営推進会議を開催し、その2か月間の報告と今後の予定などを報告し、参加者に意見をいただき、サービスの向上に努めている。		
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	高齢者支援センターの方にも、運営推進会議に参加していただき、事業所の実情や取り組みを伝えている。		
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	基本は身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		

7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>法人の方の研修に「高齢者虐待防止研修」があり、職員は全員研修を受けており、お互いに声を掛け合い防止に努めている。</p>		
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>在宅部研修の中に計画されており、制度の理解に努めている。</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>契約時にも、締結、解約または改定の説明を契約書・重要事項説明書を元に行うが、その際にも十分な説明を行い、理解・納得していただけるよう努めている。</p>		
10	(6)	<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</p>	<p>年に1度の家族会を開いており、利用者・家族の意見を抽出し、運営に反映できるよう努めている。</p>		
11	(7)	<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、反映させている</p>	<p>月に1回のフロア会を設けている。</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>年に2回の人事考課制度により、個々の職員と面接・評価等を行い、業務へ取り組むための目標等を設定して向上心を図っている。</p>		

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>院内研修については年間計画表を作成している。院外研修は経験年数や能力に応じ、上司からの指示により参加している。</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>母体である仁生会にて他部署との研修会に参加したり、定例会等で情報交換を行っている。</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</p>	<p>面接の段階で本人と会い、現状を把握した上で、本人にも聞き取りを行い、安心して生活できる関係性の確保に努めている。</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</p>	<p>申請の段階で申し込みの理由や希望欄に書かれた内容を面接時に確認し、自施設で支援できる事や家族への協力要請などを理解していただいて、関係づくりに努めている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>入居前の面接で入居が適切かどうかの判断をし、本人の必要としている支援を見極め、他施設やサービスの紹介を行っている。</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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p>	<p>家事活動等、出来る事を一緒に手伝っていただき、本人の得意な事を生かし、役に立っているという気持ちを持てる様支援をしている。他利用者の感謝の気持ちを代弁して伝えている。</p>		

19		<p>○本人を共に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</p>	<p>家族が来設した時には、生活状況や精神面・身体面の事等を報告し、家族にも協力の依頼ができるよう普段からコミュニケーションを取るよう努めている。</p>		
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</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>普段の生活の中で、本人が発する情報や希望を傾聴し、家族に伝えるなどの支援を行っている。</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>個々の利用者の特性を考え、テーブルの配置を変えたり、不具合の生じた時には、その都度話し合いをして席の変更をしている。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</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>自施設の場合、退居者は他施設への利用が死亡がほとんどで、その後の経過などを伺うことはほとんどないが、入院の場合はある程度定期毎に家族に連絡し、状況の把握に努めている。</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)	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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>一人ひとりの希望・意向に沿えるよう様子を観察し、本人から言いやすい関係づくりに努め、困難な場合はその事情を本人に説明し、納得していただけるまで、検討を繰り返している。</p>		
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>情報提供書や聞き取りから得た情報と、常に本人・家族とのコミュニケーションを取るよう心掛け、経過の把握に努めている。</p>		

25		<p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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>毎日バイタルチェックを行い、体調の変化があった時にはカルテへ記録を残し、申し送りによって把握している。個々のケアプランに沿って支援し、現状の把握に努めている。</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>毎月のモニタリングや申し送り、定期的なカンファレンスでの意見を検討し、現状に見合ったケアができるような介護計画としている。</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>日々の個別記録・伝達ノートを活用し、情報共有を図っている。介護計画に沿っての記録を行うように徹底している。</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</p>	<p>必要に応じて、介護計画の内容を変更し、状況に応じたケアの支援ができるように努めている。</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>隣にある小学校やボランティア、近隣商店への買い物、地域の清掃を通じて交流を図っている。散歩の時にはあいさつをし、馴染みの関係性を築いていけるよう努めている。</p>		
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</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>入居前からのかかりつけ医を継続していたが、基本的には家族の同行をお願いし、情報提供をいただいている。心身状況により、本人または必要と思われた時には、受診の依頼をして、時にはスタッフも同行して受診を支援している。</p>		

31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>看護師とは24時間連絡可能な状態で、利用者の状態変化や急変時には状況を伝え、指示を仰いでいる。</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、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</p>	<p>入院先の相談員と連絡を取り合い、常に家族と状況の把握をし、退院の目途が立った時には、退院カンファレンスへ家族に同行し参加している。</p>		
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>	<p>入居時に「重度化に向けた指針」と「看取り介護」について説明している。</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>急変時の対応のマニュアルを作成している。救命についての研修の参加や消防署が行っている「救急・救命講習」へ参加し終了証の取得を順番に行っている。</p>		
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>年2回の防火訓練を行い、昼夜の想定で避難の練習をしている。防災備蓄品については入職時、置き場所の説明を行っている。</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)	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの性格や状況に応じた声掛けを行い、自尊心に配慮した対応に努めている。</p>		

37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>日頃から話しを傾聴し、コミュニケーションを図り本人の思いや希望を出しやすい関係づくりに努めている。</p>		
38		<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>本人の体調・気分を考慮しながら希望に添って支援している。</p>		
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>本人と相談しながら、季節、気候に合った衣類・小物等の提案、男性には髭剃りの声掛けを行っている。</p>		
40	(15)	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>	<p>それぞれの利用者ができる事を声を掛けて一緒にいき、食事と同じテーブルでいただいている。月1回は栄養士による「料理教室」を開き、食事の準備を一緒にする練習の場としている。</p>		
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>野菜を中心に肉・魚とバランスを考えながら、献立を考えている。個々の主食・水分量を決め、水分は1日分をトータルして管理している。体重測定は月2回行い、増減に注意している。</p>		
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、全員に声をかけて口腔ケアを行ってもらっている。手助けが必要な方にはケアを行い、状態を確認している。家族の意向で、歯科往診により口腔ケアを定期的に行っている利用者もいる。</p>		
43	(16)	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>現在のところ、全員がトイレでの排泄ができている。布パンツからリハビリパンツへの移行やパッドの使用については、職員間で十分に話し合い、本人・家族の同意のもと行っている。</p>		

44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>起床後、飲み物を飲んでいただき、腸の活動を促している。十分な水分の提供や排便を促す食材などを食事やおやつに取り入れ、提供している。散歩や体操の運動を促し、排泄チェックにて便秘が見られる場合には医師への相談も行っている。</p>		
45	(17)	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々にそった支援をしている</p>	<p>曜日や時間帯は設定しているが、その時に声をかけて本人の意向に沿わない時には、その都度日を変更する等して対応している。</p>		
46		<p>○安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>日中の様子を見て、座ったままウトウトされていたりする時には、声を掛けて休息の時間を設けている。又、日中に何時間もベッドで入眠してしまわない様、体調を考慮しながら離床を促している。</p>		
47		<p>○服薬支援</p> <p>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</p>	<p>全員の服薬管理を行っており、薬品カードと薬は常に同じところに入っている。服薬支援時、毎回カードと照らし合わせ、確認を行っている。受診時に処方された薬の目的などをカルテに記録し、申し送りを行い、スタッフ全員の理解に努めている。</p>		
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>一人一人のできる力や生活歴を把握し、家事や手作業などを個々に声掛けしている。職員も一緒にレクリエーションをしたり、月1～2回は車で出掛け花を見に行ったり、お茶を飲んだりして気分転換を図っている。</p>		
49	(18)	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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に支援している</p>	<p>毎日、本人の希望により施設の周りの散歩を行っている。家族の協力により、自宅へ帰ったり、外食を楽しんだりされている。</p>		

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>お金の所持は、本人・家族の希望により応じているが、所持しているお金の管理は難しいことを理解していただいた上で応じている。外出レクリエーション等で個々に買い物ができる時に家族に準備していただき、買い物ができるよう支援している。</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をしている</p>	<p>携帯電話を所持している方もおられ、電話を掛けたい要望があればその都度応じている。</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</p>	<p>台所・フロア・廊下は1日2回の温度管理を行っている。フロアは利用者が手作業で作成した、季節ごとの作品や花等を飾り楽しんでいる。玄関・階段は常に清潔を保つよう清掃を行っている。</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>現在、食堂兼居間としてフロアを使っており、一人になりたい時には自室で過ごされている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>ベッド・タンス等、自宅で使用されていたものを持参していただいている。本人の状況により、危険の予防の為、持ち帰りをお願いする事もある。</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」「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>建物内部の床は段差はなく、階段・廊下には手すりを設置している。個室トイレ・風呂場にも立ち上がりや安全に考慮した手すりを設置している。</p>		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
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 ↓該当するものに○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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	64	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
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 (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない