

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	2170102772		
法人名	医療法人 社団総文会		
事業所名	グループホームあだち 1F		
所在地	岐阜県岐阜市大池町58-1		
自己評価作成日	平成22年9月14日	評価結果市町村受理日	平成22年12月22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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170102772&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成22年10月29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)】

脳トレは、毎日の日課として定着していますが、最近では、クラブ活動が盛んに行われています。体操、カラオケ、工作、合唱、手芸など、さまざまな活動があります。今流行りのスタンプ制なので、利用者さんは、景品獲得のために張り切って参加されます。一番人気はカラオケです。前もって自分が歌いたい曲をリクエストしておきます。職員は、それぞれ得意な分野で、日々試行錯誤しながら利用者さんと一緒に楽しんでいます。

【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)】

母体は医療法人で、精神科医である院長の、「個人個人の思いを聴き、家庭的に暮らしていきたい」との思いが職員にも伝わり、家族のように親近感を持って接しているホームである。利用者のクラブ活動が盛んで、物を作り出す喜び、人に喜んでもらえる事をする喜び、カラオケなどで楽しく過ごす喜びなど、様々な工夫がなされている。また、ターミナルに関しては、医師や家族との連携を取り、職員は、「一日一善」を目標としてコミュニケーションを取りながら、最期まで事業所で安心して過ごせる支援を行っている。管理者の肯定的に物事を捉え、前向きに考え、常に向上心を持つ気持ち、職員にも伝わり、内部研修だけでなく外部の研修にも積極的に参加して行き、スキルアップに繋がっている。地域の他事業所との連携を取りながら、地域に根ざす事業所としての活動を積極的に行い、今後に期待できる事業所である。

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 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. 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、活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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
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	ホーム内の掲示板に運営理念、介護理念を掲示し、理念に基づいた介護ができるように意識付けしている。	管理者、職員は地域密着型サービスの役割を考えながら、法人の運営理念を具体的に、わかりやすいホーム理念に変え、共有している。日々の業務の中で確認しあい、ケアの実践に繋げている。	
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	自治会に加入している。文化祭に毎年作品を出展したり、敬老会に参加している。サロンに出掛けて地域の方と交流をもっている。	自治会に加入し、あだちたよりを回覧板でまわしてもらっている。地域の同業の事業所で広報誌を発行し、連自治会を通じて回覧してもらおう計画が進みつつある。	
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	地域のまちづくり協議会福祉部会に加入している。その中で現在、広報誌作りを検討中である。		
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ヶ月に一度の開催ができており、毎回活発に意見交換をしている。	運営推進会議は2ヶ月に一度、市の職員、民生委員、自治会長、家族などを迎えて開催している。いきいきサロンなど、地域行事への参加が増えてきた。	
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	主に電話での相談が多いが、推進会議の場でも情報を得ている。	市の担当者は運営推進会議に毎回参加しており、事業所の現状や利用者の様子を伝えている。日頃から連携を密にすることにより、困ったときにはいつでも相談できる体制が出来ている。	
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	身体拘束についての勉強会を開き、拘束をしないケアに取り組んでいる。	契約書に身体拘束をしないことを明記し、玄関に鍵はかけていない。フロア毎のエレベーターも職員引率の下、いつでも自由に行き来できる。車椅子利用の方にも、行動を抑制するような道具は一切使用せず、職員の目の行き届く範囲内で工夫した対応を行っている。	
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	勉強会を開き、虐待がないよう周知徹底している。		

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
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	グループホーム協議会での勉強会に参加し、制度について知識が得られるよう努めている。 行政とも話し合っており、制度を活用できる体制になっている。		
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	契約書、重要事項説明書、運営規定等で利用者や家族に説明している。		
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	玄関にご意見箱を設置し、ご意見等を自由に述べていただけるようになっている。 苦情受付窓口担当者、第三者委員等が相談、苦情に対応する仕組みになっている。	内部の相談窓口以外に、外部の第三者委員等の苦情窓口のポスターも大きく掲示してある。玄関の意見箱や、家族の訪問時に要望や意見が無いかを尋ねているが、なかなか意見として出てこないのが現状である。	利用者や家族の意見や満足度などを把握するためにも、開設当初に行ったアンケート調査など、さらなる向上に向けて今一度、全職員で検討を希望する。
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	毎月の全体会議の場で話し合う機会を設けている。	管理者、各階の責任者、職員と常に話し合いの場を持ち、連携が取れている。毎月の全体会議でケアの統一以外にも困ったことや、提案事項など意見が出しやすい雰囲気職場である。開設当初からの職員が多い。	
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	毎月査定を行い、管理者が実績を報告し、職場環境等について話し合っている。		
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	職員に研修を紹介し、受講できるよう支援している。		
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	同一法人内の他の事業所の職員と情報交換をしたり、相互訪問している。研修等へ行った時に他事業所の職員と情報交換している。		

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
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	入居前に本人と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	入居前に家族と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	精神科医である代表者と、施設長、管理者が本人と家族と入居前に面談し、必要な支援について話し合っている。		
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	職員が本人と馴染みの関係になっており、対等な立場で共に支え合っている。		
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	本人の要望、様子などを家族に電話で常時伝え、面会時に話し合いを持ち、相談している。		
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	面会をお願いしている。本人がよく行っていた喫茶店などへ行っている。家族にもお願いし、連れて行っていただいている。定期的にお墓参りに行っている方もいる。	馴染みの喫茶店・寿司屋・昔から行っているスーパーなど、個別の外出は家族に協力してもらい、行っている。昔からの友達が尋ねて来られる事もある。利用者の思いを大切に、馴染みの関係が途切れないような配慮をしている。	
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	気の合う利用者同士で外出したり、会話を取り持つなど、常に職員が全体を見て配慮している。 行事やレクリエーションを通して交流の場を多く持てるようにしている。		

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
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	退所された本人、家族からの相談などがあれば対応できる体制になっている。		
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	代表者である精神科医の往診に同席し、本人との会話の中から思いや要望などを聞き取り把握に努めている。他の職員と情報を共有し、対応について話し合っている。	利用者一人ひとりの特性や気持の波を的確にとらえ、その時々思いを把握できるように努めている。個々の暮らしのスタイルや希望が最大限に尊重され、その人らしい暮らしが実現できるよう支援している。	
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ている	入居時に家族から聞き取り、本人からの聞き取りと照らし合わせて把握している。入居前にケアマネージャー等から情報提供をしてもらっている。		
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	毎朝定時にバイタルチェックを行い健康チェックをしている。職員同士で情報を共有し、現状の把握確認をしている。毎日の申し送りでも確認しあっている。		
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	計画作成担当者が毎月モニタリングをし、代表者、訪問看護師、内科主治医、ケアマネージャー、職員、家族、本人でサービス担当者会議を開催し、話し合っている。	アセスメントに基づき、本人、家族の思いや意向を取り入れながら介護計画を立て職員全員で共有している。定期的なモニタリングとそれに基づく介護計画の見直しを行い、一人ひとりの機能の維持に努めている。	
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	介護記録日誌に介護計画の内容についてナンバーを記入し実践している。全体会議の場でケース会議を開き、職員で介護計画の見直しや確認をしている。		
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	家族が付き添えない時の通院援助、入退院の援助、入院中の身の回りのお世話、家族のいない方の諸手続き代行、粗大ゴミを処分するなどの支援をしている。		

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
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	地域の自治会の方に公民館でのサークルやサロンの紹介をさせていただき、利用者におすすめしている。ちぎり絵のサークルに参加している方もいる。		
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	本人、家族の同意の上で主治医を決めている。家族の意向で他の医療機関へも受診できるようにしている。	本人、家族の意向により、入居前のかかりつけ医の受診を継続している利用者もいる。嘱託医とかかりつけ医との間で診療情報の共有を行い、適切な対応ができています。	
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	24時間体制の訪問看護と連携しており、いつでも相談ができる体制になっている。介護支援専門員が看護師であり、いつでも相談できる体制になっている。		
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。	入院時に病院へ介護サマリー、主治医紹介状を渡し情報提供している。職員が交代でお見舞いに行き、担当のドクターや看護師から状態を聞いている。退院時に看護サマリーなどをいただき、退院後の生活がスムーズに送れるよう配慮している。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	代表者が本人、家族との面談で終末について意向を聞き、取り決めをし、内容を文書化して家族の署名捺印していただき、主治医に提出している。職員間で方針を共有している。	嘱託医、24時間対応の訪問看護のバックアップ体制が整っており、ターミナルケアに対し前向きである。看取りの経験もあり、全職員が「一日一善」を目標に、終末期にある利用者へ、毎日語りかけやスキンシップによるコミュニケーションを心がけている。	
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	勉強会を開き、訪問看護師、主治医から指導を受け訓練している。		
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、防災訓練を行っている。夜間を想定した訓練も行っている。勉強会を開き、避難方法について確認しあっている。地域との防災ネットワーク構築中である。	定期的に防災訓練を行い、職員全員で災害時の対応について共有している。地域のまちづくり協議会に加入し、地域住民にホームの存在をアピールし、災害時に協力しあえるような関係づくりを積極的に進めている。	

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
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	運営理念にも取り上げ、常に配慮している。勉強会を開き、コンプライアンスルールを掲げて職員間で意識付けをしている。	個別対応を基本方針としており、利用者の生活環境や生活歴を考慮し、それぞれの特性に配慮した対応をしている。職員の表情、声が穏やかで、一人ひとりに寄り添う介護を実践している。	
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	職員が本人の様子をよく観察し、話しやすい雰囲気作りに努め、本人の思いをじっくり聴いている。		
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	利用者の希望や状態の合わせて出来る限り利用者のペースが守れるようにしている。		
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	利用者の好みに合わせている。近所の洋服店へ出掛けて本人の好きな洋服を買うこともある。美容師に随時来てもらい希望者にカット、毛染め、顔そりをしてもらっている。行きつけの美容室へ家族と一緒に行く方もある。		
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	食事の下ごしらえ、盛り付け、配膳、下膳、食器拭きなど役割分担があり、利用者自らすすんで行っている。	買い出し、盛りつけ、片づけなど、利用者のそれぞれが出来ることを活かしながら、希望する役割を担っている。食事の内容は利用者の好みをとりいれ、家庭的な献立で、プランター栽培した野菜が食卓にのぼることもある。	
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、習慣に応じた支援をしている	栄養バランスを考えて献立を立て、大まかな摂取量を記録し、把握している。水分摂取量も記録し、水分不足にならないように配慮している。刻み食、とろみ付け等、利用者の状態に応じて摂取しやすい形態を工夫している。		
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	職員が誘導したり声かけをして一緒に歯磨きや入れ歯の洗浄を行っている。週1回酵素洗浄を行っている。		

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
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	介護記録に排泄の時間、量、状態を記録し、利用者の排泄パターン、状態に応じてトイレ誘導をしている。利用者の状態により、夜間はポータブルトイレを使用し、おむつを使用しない支援を行っている。	終末期の寝たきりの人以外は、昼間は布パンツにパッド・リハビリパンツで過ごしている。夜間も無理に起こすことはせず、トイレに起きる利用者に対しさりげなく声をかけ、見守りを行っている。	
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	繊維質の食材を使うように心がけている。お茶の他に飲み物を提供したり、ヨーグルトをよく食べている。便秘予防体操や、腹部マッサージをしている。		
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	勤務時間、業務内容の都合により入浴日、時間帯が決められているが、入浴拒否される方はタイミングにあわせて支援している。	入浴支援は週3回、昼間に行っているが、入浴時間の範囲内で利用者の希望を聴き、柔軟に対応している。入浴拒否の利用者に対しては、本人の思いを尊重しつつ言葉をかけ、不安にならないよう、入浴を勧めている。	
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	本人が休息したい時に自由に休んでいる。布団干しをこまめに行い、環境を整え気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	薬状書を介護記録日誌にファイルし、いつでも確認できるようになっている。主治医の往診時に指示を仰ぎ、薬剤師からも説明を受けている。症状の変化がみられる時は速やかに主治医に報告している。		
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	さまざまなレクリエーションを行い、参加していただく中から楽しみを見つけられるよう支援している。また、花の水やり、掃除、食事の支度など、役割を持って生活している。居室で自分の好きなものを食べることができる。		
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	散歩、外食、買い物などに出かけている。地域の敬老会や文化祭、運動会にでかけることもある。お墓参りに家族と一緒に出かけられる方もある。お正月には初詣に行き、梅、桜、紅葉などを見に出かけている。	天気の良い日には、10～20分間、ホームの周囲の散歩を日課としている。希望する人は、近所のバリアフリーの喫茶店に出かけたり、2～3ヶ月に1回程度、回転寿司に出かけたりしている。個別の外出は、主に家族の協力を得ながら行っている。	

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
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	本人の力に応じて本人に管理していただいている。できない方は職員と一緒に買い物をしている。		
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	家族の了解のもと支援している。		
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	落ち着いた色調の家具や壁紙を使用し、季節の花を飾ったり、空調、照明に配慮している。	限られたスペースの中で、車いすの移動がスムーズにできるようなテーブルの配置、テニスボールを利用した椅子の足カバーなど、心地よく生活するための工夫が見られる。リビングには利用者の協同作品のカレンダーが飾られ、アットホームな雰囲気を作りだしている。	既存の建物をリフォームしたホームであるため、構造的な制約はあるが、洗面所内の二つの洗面台を有効に活用され、洗面所を広く使うための工夫をされたい。
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	食卓テーブルの他にソファを置いて寛ぎながらテレビを見たり、利用者同士が交流できるようになっている。食卓テーブルは組み合わせるため、利用者同士の関係に配慮できるようになっている。		
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	入居時に本人と家族が相談して家具や物品を持ち込んでいる。	馴染みの家具や写真、カーテンが持ち込まれ、その人らしい居室づくりがなされている。部屋中に貼り絵の材料を広げて制作を楽しむ人、自作の折り紙作品で部屋を飾る人もあり、居室が一人ひとりにとって大切な空間であることがうかがえる。	
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	各所に手すりが付いており、安全に配慮している。トイレは車いす対応になっている。		

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	2170102772		
法人名	医療法人 社団総文会		
事業所名	グループホームあだち 2F		
所在地	岐阜県岐阜市大池町58-1		
自己評価作成日	平成22年9月14日	評価結果市町村受理日	平成22年12月22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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170102772&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成22年10月29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)】

脳トレは、毎日の日課として定着していますが、最近では、クラブ活動が盛んに行われています。体操、カラオケ、工作、合唱、手芸など、さまざまな活動があります。今流行りのスタンプ制なので、利用者さんは、景品獲得のために張り切って参加されます。一番人気はカラオケです。前もって自分が歌いたい曲をリクエストしておきます。職員は、それぞれ得意な分野で、日々試行錯誤しながら利用者さんと一緒に楽しんでいます。

【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)】

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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している (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
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	ホーム内の掲示板に運営理念、介護理念を掲示し、理念に基づいた介護ができるように意識付けしている。		
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	自治会に加入している。文化祭に毎年作品を出展したり、敬老会に参加している。サロンに出掛けて地域の方と交流をもっている。散歩の時には積極的に挨拶をしている。地域の喫茶店を利用者と一緒に行っている。		
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	地域のまちづくり協議会福祉部会に加入している。その中で現在、広報誌作りを検討中である。		
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ヶ月に一度の開催ができており、毎回活発に意見交換をしている。		
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	主に電話での相談が多いが、推進会議の場でも情報を得ている。		
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	身体拘束についての勉強会を開き、拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	勉強会を開き、虐待がないよう周知徹底している。		

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
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	グループホーム協議会での勉強会に参加し、制度について知識が得られるよう努めている。 行政とも話し合っており、制度を活用できる体制になっている。		
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	契約書、重要事項説明書、運営規定等で利用者や家族に説明している。		
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	玄関にご意見箱を設置し、ご意見等を自由に述べていただけるようになっている。 苦情受付窓口担当者、第三者委員等が相談、苦情に対応する仕組みになっている。		
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	毎月の全体会議の場で話し合う機会を設けている。		
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	毎月査定を行い、管理者が実績を報告し、職場環境等について話し合っている。		
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	職員に研修を紹介し、受講できるよう支援している。		
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	同一法人内の他の事業所の職員と情報交換をしたり、相互訪問している。研修等へ行った時に他事業所の職員と情報交換している。校区内の他事業所を訪問し、情報交換している。		

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
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	入居前に本人と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	入居前に家族と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	精神科医である代表者と、施設長、管理者が本人と家族と入居前に面談し、必要な支援について話し合っている。		
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	職員が本人と馴染みの関係になっており、対等な立場で共に支え合っている。人生の先輩として、経験談などを聞き、生活に生かしている。		
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	本人の要望、様子などを家族に電話で常時伝え、面会時に話し合いを持ち、相談している。		
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	面会をお願いしている。本人がよく行っていた喫茶店などへ行っている。家族にもお願いし、連れて行っていただいている。定期的にお墓参りに行っている方もいる。		
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	気の合う利用者同士で外出したり、会話を取り持つなど、常に職員が全体を見て配慮している。 行事やレクリエーションを通して交流の場を多く持てるようにしている。		

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
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	退所された本人、家族からの相談などがあれば対応できる体制になっている。		
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	代表者である精神科医の往診に同席し、本人との会話の中から思いや要望などを聞き取り把握に努めている。他の職員と情報を共有し、対応について話し合っている。		
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	入居時に家族から聞き取り、本人からの聞き取りと照らし合わせて把握している。入居前にケアマネージャー等から情報提供してもらっている。		
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	毎朝定時にバイタルチェックを行い健康チェックをしている。職員同士で情報を共有し、現状の把握確認をしている。毎日の申し送りでも確認しあっている。毎日、日課の説明をしている。		
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	計画作成担当者が毎月モニタリングをし、代表者、訪問看護師、内科主治医、ケアマネージャー、職員、家族、本人でサービス担当者会議を開催し、話し合っている。		
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	介護記録日誌に介護計画の内容についてナンバーを記入し実践している。全体会議の場でケース会議を開き、職員で介護計画の見直しや確認をしている。		
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	家族が付き添えない時の通院援助、入退院の援助、入院中の身の回りのお世話、家族のいない方の諸手続き代行、粗大ゴミを処分するなどの支援をしている。		

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
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	地域の自治会の方に公民館でのサークルやサロンの紹介をさせていただき、利用者におすすめしている。		
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	本人、家族の同意の上で主治医を決めている。家族の意向で他の医療機関へも受診できるようにしている。		
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	24時間体制の訪問看護と連携しており、いつでも相談ができる体制になっている。介護支援専門員が看護師であり、いつでも相談できる体制になっている。		
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。	入院時に病院へ介護サマリー、主治医紹介状を渡し情報提供している。職員が交代でお見舞いに行き、担当のドクターや看護師から状態を聞いている。退院時に看護サマリーなどをいただき、退院後の生活がスムーズに送れるよう配慮している。		
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	代表者が本人、家族との面談で終末について意向を聞き、取り決めをし、内容を文書化して家族の署名捺印していただき、主治医に提出している。職員間で方針を共有している。終末期には代表者である精神科医の方針で、一日一善をケアプランに挙げ、実践している。		
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	勉強会を開き、訪問看護師、主治医から指導を受け訓練している。		
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、防災訓練を行っている。夜間を想定した訓練も行っている。勉強会を開き、避難方法について確認しあっている。地域との防災ネットワーク構築中である。		

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
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	運営理念にも取り上げ、常に配慮している。勉強会を開き、コンプライアンスルールを掲げて職員間で意識付けをしている。		
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	不定期ではあるが、利用者全員参加のもと、思いを話し、聴く場を設けている。		
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	利用者の希望や状態の合わせて出来る限り利用者のペースが守れるようにしている。		
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	利用者の好みに合わせている。近所の洋品店へ出掛けて本人の好きな洋服を買うこともある。美容師に随時来てもらい希望者にカット、毛染め、顔そりをしてもらっている。行きつけの美容室へ家族と一緒に行く方もある。		
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	食事の下ごしらえ、盛り付け、配膳、下膳、食器拭きなど役割分担があり、利用者自らすすんで行っている。		
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	栄養バランスを考えて献立を立て、大まかな摂取量を記録し、把握している。水分摂取量も記録し、水分不足にならないように配慮している。刻み食、とろみ付け等、利用者の状態に応じて摂取しやすい形態を工夫している。		
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	職員が誘導したり声かけをして一緒に歯磨きや入れ歯の洗浄を行っている。週1回酵素洗浄を行っている。		

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
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	介護記録に排泄の時間、量、状態を記録し、利用者の排泄パターン、状態に応じてトイレ誘導をしている。利用者の状態により、夜間はポータブルトイレを使用し、おむつを使用しない支援を行っている。		
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	繊維質の食材を使うように心がけている。水分補給を心がけ、お茶の他に飲み物を提供したり、ヨーグルトをよく食べている。便秘予防体操や、腹部マッサージをしている。		
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	勤務時間、業務内容の都合により入浴日、時間帯が決められているが、入浴拒否される方はタイミングにあわせて支援している。健康状態に合わせ、随時入浴日を変更している。		
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	本人が休息したい時に自由に休んでいる。布団干しをこまめに行い、環境を整え気持ちよく眠れるよう支援している。照明も本人の希望を取り入れている。		
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	薬状書を介護記録日誌にファイルし、いつでも確認できるようになっている。主治医の往診時に指示を仰ぎ、薬剤師からも説明を受けている。症状の変化がみられる時は速やかに主治医に報告している。		
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	さまざまなレクリエーションを行い、参加していただく中から楽しみを見つけられるよう支援している。また、掃除、食事の支度、配膳など、役割を持って生活している。居室で自分の好きなものを食べることができる。		
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	散歩、外食、買い物などに出かけている。地域の敬老会や文化祭、運動会にでかけることもある。お墓参りに家族と一緒に出かける方もある。お正月には初詣に行き、梅、桜、紅葉などを見に出かけている。		

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
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	本人の力に応じて本人に管理していただいている。できない方は職員と一緒に買い物をしている。		
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	家族の了解のもと支援している。		
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	落ち着いた色調の家具や壁紙を使用し、季節の花を飾ったり、空調、照明に配慮している。		
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	食卓テーブルの他にソファを置いて寛ぎながらテレビを見たり、利用者同士が交流できるようになっている。食卓テーブルは組み合わせさせて使えるため、利用者同士の関係に配慮できるようになっている。		
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	入居時に本人と家族が相談して家具や物品を持ち込んでいる。		
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	各所に手すりが付いており、安全に配慮している。トイレは車いす対応になっている。自分の居室が判りやすいように、居室のドアに名前を大きく掲げている。トイレへ入る時は札を掛けるようにしている。		

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	2170102772		
法人名	医療法人 社団総文会		
事業所名	グループホームあだち 3F		
所在地	岐阜県岐阜市大池町58-1		
自己評価作成日	平成22年9月14日	評価結果市町村受理日	平成22年12月22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 <http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170102772&SCD=320>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成22年10月29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)】

脳トレは、毎日の日課として定着していますが、最近は、クラブ活動が盛んに行われています。体操、カラオケ、工作、合唱、手芸など、さまざまな活動があります。今流行りのスタンプ制なので、利用者さんは、景品獲得のために張り切って参加されます。一番人気はカラオケです。前もって自分が歌いたい曲をリクエストしておきます。職員は、それぞれ得意な分野で、日々試行錯誤しながら利用者さんと一緒に楽しんでいます。

【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)】

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 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、活き活きと働いている (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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
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	ホーム内の掲示板に運営理念、介護理念を掲示し、理念に基づいた介護ができるように意識付けしている。		
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	自治会に加入している。 文化祭に毎年作品を出展したり、敬老会に参加している。サロンに出掛けて地域の方と交流をもっている。		
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	地域のまちづくり協議会福祉部会に加入している。その中で現在、広報誌作りを検討中である。		
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ヶ月に一度の開催ができており、毎回活発に意見交換をしている。		
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	主に電話での相談が多いが、推進会議の場でも情報を得ている。		
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	身体拘束についての勉強会を開き、拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	勉強会を開き、虐待がないよう周知徹底している。		

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
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	グループホーム協議会での勉強会に参加し、制度について知識が得られるよう努めている。 行政とも話し合っており、制度を活用できる体制になっている。		
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	契約書、重要事項説明書、運営規定等で利用者や家族に説明している。		
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	玄関にご意見箱を設置し、ご意見等を自由に述べていただけるようになっている。 苦情受付窓口担当者、第三者委員等が相談、苦情に対応する仕組みになっている。		
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	毎月の全体会議の場で話し合う機会を設けている。		
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	毎月査定を行い、管理者が実績を報告し、職場環境等について話し合っている。		
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	職員に研修を紹介し、受講できるよう支援している。		
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	同一法人内の他の事業所の職員と情報交換をしたり、相互訪問している。研修等へ行った時に他事業所の職員と情報交換している。校区内の他事業所を訪問し、情報交換している。		

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
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	入居前に本人と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	入居前に家族と面談し、本人の要望などをよく聴いている。		
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	精神科医である代表者と、施設長、管理者が本人と家族と入居前に面談し、必要な支援について話し合っている。		
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	職員が本人と馴染みの関係になっており、対等な立場で共に支え合っている。		
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	本人の要望、様子などを家族に電話で常時伝え、面会時に話し合いを持ち、相談している。		
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	面会をお願いしている。本人がよく行っていた喫茶店などへ行っている。家族にもお願いし、連れて行っていただいている。定期的にお墓参りに行っている方もいる。		
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	気の合う利用者同士で外出したり、会話を取り持つなど、常に職員が全体を見て配慮している。 行事やレクリエーションを通して交流の場を多く持てるようにしている。		

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
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	退所された本人、家族からの相談などがあれば対応できる体制になっている。		
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	代表者である精神科医の往診に同席し、本人との会話の中から思いや要望などを聞き取り把握に努めている。他の職員と情報を共有し、対応について話し合っている。		
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	入居時に家族から聞き取り、本人からの聞き取りと照らし合わせて把握している。入居前にケアマネージャー等から情報提供をしてもらっている。		
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	毎朝定時にバイタルチェックを行い健康チェックをしている。職員同士で情報を共有し、現状の把握確認をしている。毎日の申し送りでも確認しあっている。		
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	計画作成担当者が毎月モニタリングをし、代表者、訪問看護師、内科主治医、ケアマネージャー、職員、家族、本人でサービス担当者会議を開催し、話し合っている。		
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	介護記録日誌に介護計画の内容についてナンバーを記入し実践している。全体会議の場でケース会議を開き、職員で介護計画の見直しや確認をしている。		
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	家族が付き添えない時の通院援助、入退院の援助、入院中の身の回りのお世話、家族のいない方の諸手続き代行、粗大ゴミを処分するなどの支援をしている。		

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
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	地域の自治会の方に公民館でのサークルやサロンの紹介をさせていただき、利用者におすすめしている。		
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	本人、家族の同意の上で主治医を決めている。家族の意向で他の医療機関へも受診できるようにしている。		
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	24時間体制の訪問看護と連携しており、いつでも相談ができる体制になっている。介護支援専門員が看護師であり、いつでも相談できる体制になっている。		
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。	入院時に病院へ介護サマリー、主治医紹介状を渡し情報提供している。職員が交代でお見舞いに行き、担当のドクターや看護師から状態を聞いている。退院時に看護サマリーなどをいただき、退院後の生活がスムーズに送れるよう配慮している。		
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	代表者が本人、家族との面談で終末について意向を聞き、取り決めをし、内容を文書化して家族の署名捺印していただき、主治医に提出している。職員間で方針を共有している。		
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	勉強会を開き、訪問看護師、主治医から指導を受け訓練している。		
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、防災訓練を行っている。夜間を想定した訓練も行っている。勉強会を開き、避難方法について確認しあっている。地域との防災ネットワーク構築中である。		

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
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	運営理念にも取り上げ、常に配慮している。勉強会を開き、コンプライアンスルールを掲げて職員間で意識付けをしている。		
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	職員が本人の様子をよく観察し、話しやすい雰囲気作りに努め、本人の思いをじっくり聴いている。		
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	利用者の希望や状態の合わせて出来る限り利用者のペースが守れるようにしている。		
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	利用者の好みに合わせている。近所の洋品店へ出掛けて本人の好きな洋服を買うこともある。美容師に随時来てもらい希望者にカット、毛染め、顔そりをしてもらっている。行きつけの美容室へ家族と一緒にいく方もある。		
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	食事の下ごしらえ、盛り付け、配膳、下膳、食器洗い、食器拭きなど役割分担があり、利用者自らすすんで行っている。行事のメニューは、利用者の食べたいものを作っている。その日のメニューも、作り方を変えたりしている。		
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	栄養バランスを考えて献立を立て、大まかな摂取量を記録し、把握している。水分摂取量も記録し、水分不足にならないように配慮している。刻み食、とろみ付け等、利用者の状態に応じて摂取しやすい形態を工夫している。		
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	職員が誘導したり声かけをして一緒に歯磨きや入れ歯の洗浄を行っている。週1回酵素洗浄を行っている。		

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
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	介護記録に排泄の時間、量、状態を記録し、利用者の排泄パターン、状態に応じてトイレ誘導をしている。利用者の状態により、夜間はポータブルトイレを使用し、おむつを使用しない支援を行っている。		
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	繊維質の食材を使うように心がけている。お茶の他に飲み物を提供したり、ヨーグルトをよく食べている。便秘予防体操や、腹部マッサージをしている。		
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	勤務時間、業務内容の都合により入浴日、時間帯が決められているが、入浴拒否される方はタイミングにあわせて支援している。		
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	本人が休息したい時に自由に休んでいる。布団干しをこまめに行い、環境を整え気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	薬状書を介護記録日誌にファイルし、いつでも確認できるようになっている。主治医の往診時に指示を仰ぎ、薬剤師からも説明を受けている。症状の変化がみられる時は速やかに主治医に報告している。		
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	さまざまなレクリエーションを行い、参加していただく中から楽しみを見つけられるよう支援している。また、花の水やり、掃除、食事の支度など、役割を持って生活している。居室で自分の好きなものを食べるができる。		
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	散歩、外食、買い物などに出かけている。地域の敬老会や文化祭、運動会にでかけることもある。お墓参りに家族と一緒に出かけられる方もいる。お正月には初詣に行き、梅、桜、紅葉などを見に出かけている。外泊される方もいる。		

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
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	本人の力に応じて本人に管理していただいている。できない方は職員と一緒に買い物をしている。		
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	家族の了解のもと支援している。携帯電話を持っている方もおり、いつでも家族や知人にかけている。		
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	落ち着いた色調の家具や壁紙を使用し、季節の花を飾ったり、空調、照明に配慮している。季節に応じた壁面画を利用者に制作してもらい、フロアに飾っている。		
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	フロアの構造上、食卓テーブルを置くスペースしかないが、窓際に椅子を置き、日向ぼっこ等、思い思いに過ごせるよう配慮している。		
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	入居時に本人と家族が相談して家具や物品を持ち込んでいる。		
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	各所に手すりが付いており、安全に配慮している。トイレは車いす対応になっている。自分の居室が判りやすいように、居室のドアに名前を大きく掲げている。トイレへ入る時は札を掛けるようにしている。		