

ホーム名:グループホームふれあい				
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービス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カ条の理念を唱和し、就業前に気持ちを戒め、理念に沿った就業を行っている。会議の中で理念について全員で共有している。	明瞭に表現されている理念は福祉事業所としての利用者に対する基本的な精神を謳っている。ふれあいぼっぼ5ヶ条はその具体的な支援の在り方を示している。就業前の唱和は職員の認識を新たに一日の支援活動の励みとなっている。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	自治会に入会しているのので、回覧にて地域の祭りや行事などの案内を頂いている。コロナ禍ではあるが、参加できるときには、利用者様と職員が参加させて頂いている。	地域と共存を図るために自治会に加入はしているが、厳しいコロナ禍の現状では事業所からの積極的な活動も躊躇せざるを得ないのが現状である。
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	毎年、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、認知症を理解頂く機会を設けていたが、コロナ対応のため、開催せず。	
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績、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。	運営推進会議では多岐にわたって地元で関係している組織の方々の参加も依頼されている。議題においても事業所内の支援上の問題点を検討し合ったりされる事も多い。また、情報交換の場としても重視な役割を果たしている。
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。	分からない事があれば、市の窓口にご相談に行き、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。	介護支援上の相談事や事故報告や、生保手続き変更、後見人の件、などの対処が難しい問題点について助言を求めたりしている。事業所は常に市の福祉課との密接な関係維持を図るように努めている。
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对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	身体拘束適正化委員を立上げ、拘束しないケアに取り組んでいる。現在はセンサー設置の利用者様が四名おられるが、拘束(監視)の為ではなく、利用者様の行動がしやすいように介助を行う為であり、どうしたら拘束の解除が出来るか考え共有に努めている。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。	身体拘束のない介助支援を実現されている。この徹底化の為に、身体拘束適正化委員による指導のもとでの安全なケアを実施されている。センサー設置の場合については自由を拘束するものではなく、むしろ安全に自由行動してもらう為の見守りであるとの考え方やあり、運営推進会議や家族からも積極的な理解が得られている。
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。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、生活を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>家族からの相談事は随時間かれ管理者やケアマネに報告される。また事業所からは月2回の診療結果を電話で報告する際、家族からの意見や要望を聞かれるようにされており運営に反映にできるように努めている。</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>職員の意見や要望はミーティング時を中心に問題点が提出され、話し合われて改善されるよう努めている。この態勢が機能しやすいように普段から職員が話しやすいような雰囲気づくりにも気配りをされている。</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>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>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。現在面会は、中止しているが、リモート面会の希望があればその都度対応している。</p>		
20	<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>現在は直接面会(リモートとガラス越しにて)はできないが、家族様に在宅生活時のご近所の方・趣味のお友達・同級生の方などの情報をお聞きし支援に努め、面会再開した時には来所して頂ける様に繋がりが切れないように努めている。</p>	<p>家族からの話しで、付き合いされていた人で会話が可能な馴染みの人が特定されれば、電話をして頂くように頼んだりしている。事業所は出来る限り、利用者の立場になって親しい間柄の方との関係が継続されるように努力されている。</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>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。	毎月一回のカンファレンス時に職員どうして利用者の立場に立って考え、どのような意向を持っているかが話し合われている。又月末にはモニタリングも実施されて利用者の正確な生活状況の記録も行っている。	
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。	介護計画方法を熟知されているケアマネの指導でモニタリング記録やカンファレンスが行われ、一人ひとりの利用者の観察記録に基づいて、適切な介護計画が作成されている。計画書は家族の署名捺印を得て実施されている。期間は一年とするも、健康状態の変化に対応させる為に、見直しは随時とされている。	
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスにとらわれない、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。現在はストップしているが、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、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。	原則的には入所以前からのかかりつけ医の受診も認められてはいるが、現在は家族の要望で、事業所の協力医(内科)による利用者全員の月2回の健康診断を受けられている。また、歯科も協力医であり月に一回の往診もされている。	

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 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</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>入所時に事業所が行なえる支援の全容を説明のされている。重度化に向かい始めた頃から再度、今後の方針が話し合われて延命による治療入院か、事業所内での看取り支援を選択されるかが家族を交えて話し合われる。家族の要望で終末までの支援が決まれば看取りプランを作成され家族の同意署名を受けている。</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 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>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の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回実施されている。利用者は高齢でもあり車椅子の方もいることから先ず煙に巻き込まれない場所への避難されるよう指導されている。消防は5、6分で到着され利用者の救出に当たる手順とされている。その他、消火器具の使用の仕方や点検なども実施されている。</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	○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。	内部研修を通じて人格尊厳やプライバシーの保護の大切さを認識させている。一人ひとりの生活歴を参考にされ家族にも相談されてその方に合った対応をされている。	
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	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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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おう。	給食業者からの配給料理である為、美味しく頂ける食事が提供されている。一緒に支度をする楽しさを味わってもらいたいが全員は難しいようである。誕生日会のおやつの中には、たこ焼き、お好み焼、ぜんざい、ホットケーキなどを作ったりして楽しんでもらっている。	
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、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800～1500cc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に、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。	個々の生活リズムから得られる様子や排泄チェック表など基本とする方法でトイレ誘導をされている。現在5人の歩かれています方にも、トイレ内では排泄の職員の援助を受けられており、まだ自立に向けての段階といえよう。	
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、体操や歩行等を行い、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	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。	リフト式の浴槽を設備されており、利用者にとっても職員にとっても利用しやすい浴室である。一回の入浴時間を30分から40分かけおり、また洗髪もされている。入浴中は利用者も気分がリラックスされており職員との会話も弾んで楽しめている。	

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>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。</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</p>	<p>往診後、薬の変更があった場合は、看護師よりどのような薬でどのよう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。</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>今年度は絵手紙とペン習字を定期的に行い、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たり、ケーキを作ったり、美味しいおやつを食べ気分転換を図ってもらう。</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。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</p>	<p>今年度は外出は極力行っていないが、天気が良い日には個別に庭に出たりして、室内にこもらないよう気分転換を図ってもらっている。</p>	<p>コロナ渦の現状では外出支援は難しい情勢である。安全な状態で庭ぐらに出ても極めて制限的なものといえる。当面は感染の危険の防止に務められている。</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>本人の希望があれば、家族様に協力していただき、かばんと財布をお預かりし本人に手渡ししている。今年度は外出にてお金を使う支援は出来ていない。</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している</p>	<p>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。</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)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</p>	<p>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。</p>	<p>共用空間としてのリビング、居室、浴室、トイレ、廊下などはリモートによる観察が実施され全般的に清潔な印象を受けることができた。また、壁には作品が掲示されており温かさが感じ取られた。利用者の1人が楽しそうに手を振っておられたのが印象的である。空調や採光については自己評価から情報を頂いている。</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>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。</p>		
54 20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>入居時に家で使用されていた筆筒や椅子や写真など、大切にされていた物を持参して頂いている。</p>	<p>リモートによる観察で整理された綺麗な居室である事が感じ取られた。部屋は掃除機を使用されシーツ交換は週一回され清潔さは維持されている。</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」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</p>	<p>転倒予防と下肢筋力維持の為に、施設の廊下を利用して歩行や車椅子での自走を行ってもらっている。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。</p>		

## 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 (参考項目: 23,24,25)	○	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 (参考項目: 18,38)	○	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 (参考項目: 38)	○	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 (参考項目: 49)	○	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させている (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、安心して暮らせている (参考項目: 28)	○	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く (参考項目: 9,10,19)	○	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 (参考項目: 9,10,19)	○	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 (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