

平成 28 年度

## 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	1475001440	事業の開始年月日	平成18年2月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	有限会社 啓和会メディカル		
事業所名	グループホーム啓和		
所在地	( 210-0837 ) 神奈川県川崎市川崎区渡田 2-7-13		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年1月19日	評価結果 市町村受理日	平成29年5月22日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

第1に、「笑顔あふれる毎日」を送って頂く為には、職員の個性あふれる笑顔が必要と考えます。その為に日々、基本的かつ最重要ポイントである、職員の接遇・コミュニケーションスキルの向上に努めております。

第2に、「心理的支援の視点」を大切にしています。これは認知症その人の周辺症状の緩和に効果があると共に、職員のヒューマンスキル向上の相乗効果も生み出すものと考えます。

第3に、「家族との協働の視点」を重要視します。現在の入居者のライフスタイルの形成に関して、これまでのご家族との関係性は、とても大きな影響力があります。そして、入居者QOL向上の為、ご家族による支援を大切にしています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年3月17日	評価機関 評価決定日	平成29年4月20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JR東海道線「川崎駅」東口からバスで約5分、バス停「渡田中学校前」下車、徒歩3分の住宅街の一角にあります。木造2階建て2ユニットです。一昨年建物内部をリニューアルしています。隣には系列法人のグループホームがあります。

<優れている点>

事業所は、個人の尊厳と良質なサービス提供などを理念＝目標としています。利用者の笑顔を引き出す為にあらゆる方法を試み、研修を重ね、カンファレンスで互いの意見を述べあっています。職員のスキルアップに伴い、職員、事業所に笑顔が生まれ、微笑みが利用者者に伝播しています。利用者の生活支援に力を尽くしています。利用者の希望を聞き出してドライブ・レクでホームセンターに買い物に出掛けたり、職員の大正琴による、音楽療法ボランティアが生まれています。施設長、管理者、計画作成担当者、職員のチームワークが優れ、各ユニット会議などで自由に意見が述べられています。ユニット間の交流も、利用者、職員ともに活発です。

<工夫点>

食事は生活の重要な要素のため、職員が調理について臨機応変に対応したり、食事の匂いを感じてもらおう工夫をしています。職員が弁当を用意して、屋外での食事を楽しんだり、近くの居酒屋に出かけることもあります。アジア出身の人を積極的に採用し、介護職の資格を取得させています。また、系列法人が日本語学校をスタートさせ、アジアと日本人の架け橋がこの事業所で実現しています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
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	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホーム啓和
ユニット名	たんぽぽ1階

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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○ 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
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
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
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, ほとんどいない

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	次のステップに向けて期待したい内容
<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。	玄関内の目に付きやすい位置に、事業所理念を掲示し、「地域社会と連携」や「地域福祉の推進」という文言を理念に掲げています。今年度は、事業所理念とユニット理念を、管理者と職員が共同して作成しました。その理念を休憩室に貼付したり、毎日の申し送りシートに文言記載をして、理念共有を図り、実践につなげています。	施設長と職員で作った各ユニットの理念などを玄関や休憩室に掲示し、申し送りノートにも記載しています。何のために介護しているのかを職員は絶えず考え、利用者の意見や個性を引き出す為に、チームとして考えています。利用者の笑顔を生み出そうと努めています。	
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。	地域住民との触れ合いの場として、近隣小学校との定期的な交流・町内会行事参加（新年会・初詣・節分祭・夏祭り・御神輿）・地域運営会議の招致を継続的に行っています。また、散歩時の何気ないご挨拶や、近所の薬局やコンビニでの日用品の買い物支援を通して、交流しています。今年度は、近隣の神社の清掃活動に、ご利用者と職員が定期的に参加を始めました。また、近所の居酒屋でご利用者と職員と一緒にお酒やカラオケや外食を楽しみました。	町内会に加入し、町内会行事に参加しています。新年会に施設長、主任が参加したり、利用者と一緒に節分や夏祭りに参加するなど地域とのつながりを大切にしています。また、利用者は毎月1回、近くの新田神社の掃き掃除をしています。ボランティア団体の傾聴ボランティアを定期的に受け入れています。	
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。	今年度は、地域運営推進会議参加者に認知症対応型デイサービスや居宅介護支援事業所の管理者を招致しました。また、家族会参加者にたいして、生活支援をしている写真集をお見せしながら、認知症の方々の各症状や症状に対するアプローチの方法を具体的に説明しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	会議では、法人および事業所の運営状況の報告・イベントの予定・地域行事の報告を行っています。また、ケアマネジメントの実施状況や事故・ひやりはっと・にやりほっとの報告をしています。更に、会議中に避難訓練を実施して、意見聴取をしています。	町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、利用者家族、成年後見人の参加を得て2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しています。利用者のプラス面、できることや生活歴を捉え、生活を楽しむ介護支援について話し合っています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市内福祉事務所のケースワーカーから入居問い合わせを頂いております。また、担当のケースワーカーの定期来訪では、介護や医療の必要度について報告しています。今年度は、健幸福寿プロジェクトに参加させて頂いています。更に、川崎市共催の「A Iとケア」の研修に参加しました。	生活保護世帯や支援困難者の受入について高齢者支援・保護課・包括支援センターと連携を取っています。市が開催する研修会の案内を事務所内に掲示し、職員の参加を促しています。施設長は「A Iとケア」など、先駆的な研修に積極的に参加しています。	

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
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。	身体拘束に関する資料をユニットに配備し、その理解・情報共有化に努めている。また、利用契約書内に、身体拘束を原則行わない旨を明示しています。尚、緊急やむをえない場合はご家族の同意を得て時間帯を定めた対処をしております。更に拘束の緩和・撤廃に向けて取り組んでいます。	見守り可能な時間は玄関のロックを外しています。ユニット間の往来は自由です。高次脳機能障害の利用者に、病気への理解を深めながら対応しています。車いすに安全ベルト着用であっても、食事時間は普通の椅子を使用したり、外で歩く時間を作っています。	
7		○虐待の防止の徹底 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。	高齢者虐待防止法に関する資料を配備し、学ぶ機会を提供しています。また、虐待の種類やその具体的事例集を配布しています。更に虐待防止に係る一斉点検を定期的を実施しています。新人研修の際、虐待に関する説明をしています。		
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。	実際、地域運営推進会議や定期訪問、イベント参加など、職員や管理者と日常的に関わる後見人がいる為、具体的な業務内容などを体験的に学んでいます。又、川崎安心センターの金銭預かりサービスを利用している入居者様もいらっしゃいます。更に、入居契約前に金銭管理者が不在のご利用者には、成年後見制度や安心センターの活用をお願いしています。		
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。	重要事項や契約内容については、丁寧な説明と合意形成を心がけ、書面ごとに、不明な点がないかを利用者・ご家族へ確認作業を行うようにしています。また、集団事業所講習会の内容については、ご家族に関わる部分は電話や手紙等でご報告しています。更に報酬改定による自己負担額の変更の際は書面にてご報告をしています。		
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。	ケアプラン内容に対する、ご意見・ご要望のお伺いを立てたり、定期的な利用者面談を行い、そのニーズ調整・デマンドの発掘に努めています。また、それらをサービス計画へ具体的に反映させるため、職員・関係機関・関連職種との連携を行っている。第三者に対しては、苦情窓口の説明を契約時に行っています。	施設長は利用者や家族とできるだけ面談を行い、話を聴くように努めています。カラオケが得意な利用者のために、スタンドマイク付き最新機器を購入したり、酒好きな利用者が職員と一緒に近所の居酒屋に飲みに行くなど支援しています。また、家族から玄関マットの汚れが目立つという意見には職員が日課として清掃するように対応しています。	

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
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。	毎日の申し送り、毎月のユニット会議主任・計画作成担当者会議、不定期の施設全体会議を通して、現場職員の意見や提案を聞いています。その際、重要な提案については、管理者会議時に上司に対して、意見具申を行っています。また、幹部会や理事会等を通してグループホーム部門全体の改善案を提示しています。	毎月行われるユニット会議では、壊れかけた什器の整備、オムツの発注先の変更、感染症予防グッズの購入など、職員からの様々な意見や提案が活発に出ています。ユニット会議の報告は主任から施設長に速やかに行こなわれ、できることはその場で決済し、実現しています。	
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。	定期的な人事評価を行い、給与および賞与への反映を行っています。また、事業所の業績に対しても、該当事業所職員に対して、特別手当にて給与反映を行っています。さらに外部研修費は、法人負担を原則としています。内部研修は、時間外労働として手当の支給があります。また、法人開講の初任者研修の講座に無資格者を積極的に受講できるよう、幹旋しています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	外部機関の講師や初任者研修開講を通じて新人・中堅職員向けの研修を実施しています。管理者研修・認知症介護実践・リーダー・指導者養成研修などの受講機会を提供しています。また、研修参加者の研修報告の場を用意し、職員全体の質向上・情報共有化に努めています。更に、ケアマネ資格取得支援を実施しています。		
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つくり、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組みをしている。	集団事業所講習会・管理者研修・認知症介護実践者研修・リーダー研修・指導者養成研修への参加機会があります。研修先での同業者・同じ立場・キャリアの方との交流を積極的に推進しています。また、コンサルティングを通じて、他法人の介護現場の見学をする機会を与えてもらっています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 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。	インテーク及びアセスメント時には、情報収集に徹するのではなく、まずは本人との信頼関係の構築に重点を置いています。その為に、身だしなみ・表情・言葉遣い・姿勢には注意しています。また、これからの暮らし方について本人とともにサービス内容を検討していく事を大切にしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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、関係づくりに努めている。	ご家族から本人へのサービス要望だけに限らず、ご家族自体の生活課題のアセスメントを行う事を心がけています。認知症の人への支援は、その方の家族支援と不可分な関係であるため、ファミリーサイクルの知識を学びながら、家族の介護力の可能性にも目を向けるよう、心がけています。基本姿勢は、ご家族様の力を引出し、インフォーマルサービスとして施設サービス計画書に記載できるような関係を目指しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 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。	初期アセスメントにより、支援内容をの優先順位を意識しています。例えば、退院後そのまま入居の方には訪問診療・訪問マッサージの利用・服薬管理や介助の確認・外部機関通院の有無等を丁寧に確認していきます。金銭管理者がいない方や身寄りが遠方の方には金銭預かりサービス・成年後見制度の説明をしています。メインとなる生活支援サービス以外にも目を向けるようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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。	共同生活・家庭的な雰囲気作りという視点を忘れないようにしています。今年度は、職員とご利用様で近所の居酒屋でお酒を飲みながらカラオケを唄ったりして、共に楽しい時間を過ごしました。また、職員がご利用者に「ありがとう」と思わず言えるようなサービスを目指しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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。	ご家族には、本人の過去の生活歴を記入して頂くシートを入居時に配布しています。それを基にケアプランの作成を行い、ご家族の同意を得るようにしています。また、イベント時は家族の思い出作りの場として頂くため、積極的な参加をお願いしています。さらに「自宅へ帰る」という外出支援をご家族にお願いするケースもあります。ご家族は私たちにとって貴重なインフォーマルサービスであり、本人にとって1番の支援者だと考えます。		
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。	生活歴の継続的な情報収集を心がけています。その中で、親友宅での外泊・外出・外食支援、お墓参り支援、親子の再会支援、馴染みの理容師による訪問理容支援、自宅へ帰る支援、ご家族と外食する支援、自宅にある馴染みの物を施設に持ち込んで頂く支援などを行っています。	いけばなの家元だった利用者を元生徒が訪ねてきています。利用者のこだわりを大切に、馴染みの美容院への外出や自宅へ帰る支援などを行っています。生活保護の利用者には福祉事務所を通して、親子の再会や墓参を支援をしています。	

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
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。	長谷川式スケールや日々の観察による気づきの共有により、認知症状の進行具合の把握と、利用者同士の性格や相性を考慮した、座席配置を臨機応変に行っています。また、少人数のグループワークを通して、関わり合いを大切にしています。		
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。	長期入院による転院や、介護療養型施設への転院等による、施設退所後ご家族の許可を得て、お見舞いにかかせて頂いています。また、訃報の際、本人へのご挨拶をさせて頂く場合もあります。また、当施設短期利用後のご利用者に御挨拶に行く事もあります。		
<b>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</b>					
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。	個別アプローチを心がけ、担当者からの情報収集をケアプランの反映に生かしています。ニーズの把握については、非言語的メッセージをキャッチする事を大切にしている。本人と意向とご家族の意向にズレがある場合は、ご家族へ本人本位の意味を考えて頂く場を用意することもあります。時間をかけて本人の「感情」を引き出す事で見えてくる思いもあります。現実的に思いを具現化できなくても、「思いを口にする」という行為自体はとも大切だと考えています。	認知症が進んだり、失語した利用者は意思や権利を主張することが難しいため、スタッフが権利の主張や自己決定をサポートしています。ケアプランに本人の気持ち欄があり、スタッフが書き込んでいます。言葉の変換が難しい利用者が、何気なく思いを口にする事、利用者のできることを見つけ、支援することを大切にしています。	
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。	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・福祉事務所・ご家族様等・小規模多機能型居宅介護等の関係者から、情報収集をしています。その際、所定のアセスメントシートへの記入をお願いしています。また、居宅サービス計画書・居宅のケアマネが収集したアセスメントシートも活用しています。更に、ご家族さま参加のカンファレンスを開催し、入居後に改めて入居者様の生活歴を伺うこともあります。		
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。	1日の過ごし方については、本人より収集できない場合、ご家族にシート記入をお願いしています。心身状態については、ICFの視点・ひもときシートを活用等により、多角的な状況把握に努めています。		

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
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。	入居者様ごとに担当職員を配置しています。担当者にはフェイスシートでケア目標の設定・アセスメントを行ってまいります。3か月に1度、DBD・HDS-Rのスクーリングをしてもらいます。医療ニーズは、主治医やご家族を招いてサービス担当者会議を開催し、その意見を介護計画に反映します。	居室担当職員は日課票を毎日個別に作成しています。モニタリングは担当職員と主任で行い、介護計画は利用者一人ひとりに合わせて作成しています。生活を改善するため、自分で楽しいと感じる生活が送れるよう支援しています。	
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。	個人記録に1日の観察した様子を記入しています。また、特変や異常が見られる場合は、臨時往診・救急対応・ご家族連絡を行い、記録化しています。更に、身体拘束やケアサービスの実施状況欄を記録紙に設けて、個別に記入しています。それを基に介護計画や身体拘束実施の振り返りをしています。		
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。	今年度は生活支援サービスとして、近所の居酒屋で職員とご利用様が一緒にお酒やお食事、カラオケを楽しむという支援をしました。他には、近所の神社境内で、清掃活動にご利用者と職員が一緒に参加しています。拘縮悪化や身体的なADL低下に対してエアマットや訪問マッサージの導入しています。家族の介護力を活用して、定期的に外出時の歩行訓練をお願いしています。また、親友宅への外泊支援・成年後見人首長申し立ての間接的支援・社会福祉協議会ボランティアセンターに、将棋ボランティア募集掲載のお願いをしています。更に、傾聴ボランティア団体との定期的な交流を図っています。		
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。	川崎大師への外出から玄関前のベンチでの日光浴まで、ひとりひとりの身体的・心理的な状況にあわせて、外出支援を行っています。近隣への買い物同行支援や、美容室への同行支援等もを行っています。また、親友宅への定期的な外泊支援、傾聴ボランティアを活用しています。他には、ご家族との外食・一帰宅支援を行っています。		
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。	2週間に1回、訪問診療を主に利用して頂いております。特変時は臨時往診をお願いし、迅速に対応してもらいます。見学・契約時に、私どもの提携先医療機関を紹介しております。場合によっては、入居後も他医療機関への定期通院をされてるご利用者様もいます。また、精密検査等が必要な場合は総合病院への紹介状を書いて頂き、通院同行をしております。	訪問医の受診を主としていますが、希望があれば家族の付き添いで、継続してかかりつけ医に通院する事が出来ます。家族の付き添いができない場合は職員が代って対応することもあります。介護タクシーなどを使うこともありますが、時間が合えば系列事業所の送迎車を使用しています。	



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
31		○看護職員との協働 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に支援している。	利用者さまの些細な変化や、気づき等を往診時同行する看護師や、クリニックの看護師、巡回訪問看護師、また医療連携体制加算により、夜間も含めて訪問看護師による24時間365日バックアップ体制があります。更に画像等で報告する必要がある場合は、ファイル添付にてデータ送信することもあります。		
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、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。	利用者様入院時は、医療ソーシャルワーカーに経過の確認をしています。お見舞いに定期的に訪れ、担当看護師から情報収集をしたり、名刺交換をしたりして地道な関係づくりに努めています。また退院に向けたカンファレンスを、ご家族・主治医・看護師・医療MSW等と共に開催をすることがあります。		
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。	契約締結時に、看取りに関する方針について説明を行なっています。入退院の繰り返しが頻繁になり始めた場合、本人の意思やご家族との話し合いの場を持ち、当施設で提供可能な医療サービスの条件等を丁寧に説明し、ご家族の要望を医療職へ報告、それをご家族へフィードバックして合意形成を図っています。場合によっては、主治医・看護師・ご家族と施設職員にてサービス担当者会議を開催して、方針を決めることもあります。	入所時に看取りの同意書をお渡ししています。マニュアルや指針を作成し、勉強会も行っています。重度化し体調の優れない利用者にとどのような介護が最良であるか、施設長と職員が会議で話し合い、事業所ですることすべてを活用してその人らしい生活の支援をしています。	
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。	救急対応マニュアルを配備し、それを随時活用するよう、指導しています。また、利用者様の個別の状況に合わせた観察するポイントを申し送る等して、意識付けを図っています。また管理者立ち会いの下、現場職員に119番通報訓練をしています。		
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。	定期的な事業所主催による避難訓練と消防士立ち会いによる総合訓練を行い反省と改善を繰り返すようにしています。また、非常災害時の物品の在庫確認や賞味期限確認等も行っていきます。今年度は地域運営推進会議にて、地域の方々立ち会いの下、避難訓練を行い意見聴取を行いました。	春と夏に年2回防災訓練を行い、マニュアル、地域ハザードマップを完備しています。東京湾、多摩川、鶴見川に囲まれているため、事業所の被害は微弱でも水害対策について特に検討しています。他に、地震の強度により、震災発生時の勤務外職員緊急出勤表があり、夜間でもすぐに駆けつける仕組みを整備しています。	町内会に所属しています。地域と災害時の連携を事前に話し合い、相互応援体制を構築する取り組みも期待されます。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	心理的虐待の事例集の配布、事業所理念・ユニット理念の作成を通して、職員側の意識向上に努めています。また、パーソンドセンタードケアやユマニチュードの資料を提供しています。	微笑むことを重視して利用者と接していません。このため、利用者が望めば行きたいところに同行して行くこともあります。帰りたいという願望が強い時には連れて帰っています。自立希望利用者がサービス付き高齢者住宅に移った事例があります。	
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。	判断力や意志決定能力が困難な入居者様に対し、職員が意図的な感情表現の表出に努める事で、入居者様の希望が見出される事もあります。一方で実現困難な希望を訴える入居者様については、面談を通して、優先順位付けや行動計画を、一緒に考えて本人の納得する着地点を探すよう、心がけています。「○○したい・したくない」という本人の言葉を引き出せるよう、質問法・ユマニチュード・うなづき・要約・おうむ返し等のスキルを使って、時間をかけて対応することもあります。		
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。	入居者様は職員同様、日々変化をしているという視点に立ち、利用者様に対して自らの価値観・思い込みで接しない様、コーチングにより、現場の状況に即した、新たな気づきを与えられるよう、努めています。「もし、自分が○○さんだったら・・・」と入居者様の立場に立つて考える習慣付けを、OJTを通して行っています。また、個別日課計画表を作成しています。介護計画作成時は、まず意向の確認を大切にしています。		
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。	外出時の上着選び、整容支援、美容院でのカット等、利用者さまの状況に応じて支援しています。		
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。	残存能力に合わせて、もやしのひげ取り、洗い物、味見、お茶出しのお手伝い等をしてもらっています。飲み物は紅茶・コーヒー・ほうじ茶・玄米茶、本人の好きなソフトドリンクを用意しています。本人が好きなおやつを買いに行ったりもしています。今年度は、お酒が飲めるご利用様と居酒屋に行き、お酒や中トロなど美味しい料理を食べに行きました。	食事は生活の一部のため、利用者も部分的に食事作りや後片付けを手伝っています。調理について職員の臨機応変な対応や、食事の匂いを感じてもらおう演出で、おいしく食べられる工夫をしています。遠足で職員が弁当を用意し、屋外での食事を楽しんだり、近くの居酒屋に出掛けることもあります。	

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
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。	嚥下状態や体調等に応じて、食事形態の調整や高カロリー飲料を活用しています。脱水防止の為に1日の水分摂取量を記録しています。栄養バランスは、高齢福祉向け食材をカロリー計算されたもので提供しています。また、個別のADLに応じて、食器の重量や取って付きか否か等に配慮しています。		
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。	毎食後、口腔ケアを実施しています。口腔状態に異常が見られた場合、提携訪問歯科へ速やかに連絡しています。また、利用者様ごとに、義歯外し・機械清掃・口ゆすぎ等の能力に応じて、支援を行っています。		
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向けた支援を行っている。	個人ごとの排泄表を活用し、排泄リズムの把握、効果的な誘導を行い、失禁を未然に防ぐケアに努めています。夜間帯はオムツ対応はできる限り避け、トイレ誘導にて排泄をして頂いています。	ある程度自立している利用者もいますが、入所が長期化するなかで利用者によっては排泄が難しくなっています。トイレでの排便を重視しており、利用者によっては職員2名体制になる対応でも、できる限りトイレで排泄出来るよう支援しています。	
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。	日中の活動量（体操・散歩・買い物・外出・歌う・入浴等）の維持や、食物繊維食品の摂取・乳製品の提供を心がけています。場合によっては腸内マッサージを行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	好きな時間に出きるだけ入浴できるように、週に2回以上の原則に従いながら適宜行っています。入浴剤を入れたり一緒に歌を唄ったりして、本人が楽しめるよう、支援しています。	外出や訪問理容がある場合は時間を変えて入浴しています。イベント風呂にも対応しています。拒否する利用者については職員との相性を考えたり、トイレの隣が風呂になっており、トイレから直接風呂に誘導することもあります。	

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
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。	本人の生活リズムをできる限り尊重した個別の入眠支援を行っています。また、日中フロアでうたた寝しかけている利用者がいた場合、居室で休むよう声掛けし、1人1人の体調に合わせた休息の支援を行っています。		
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。	お薬の説明書を確認し、副作用や飲み合わせについて不明な点は看護師や薬剤師に適宜確認を取っています。また、誤薬防止の為、服薬のダブルチェックを行っています。更に、内服や塗布薬の処方履歴シートを作成し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。		
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。	たばこの好きな方・将棋好きな方・猫好きな方・読書好きな方・TV観賞が好きな方・買い物好きな方・お話好きな方・歌うのが好きな方など、楽しみ事に合わせたサービス提供を行えるよう、努めています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	体調や情緒などに気を配りながら、当日の状況に合わせた外出支援を行っています。また、外出時のメンバー構成にも配慮している。(移動手段や相性などを考慮しています。)遠出は車によるドライブを行っています。今年度は、三ッ池公園へ遠足に行ったり、ご家族と一緒に元木町公園へお花見に行きました。	天気や気候が良い時には、日常的に徒歩で行かれる公園や神社に出掛けています。気分を変え、玄関前で昼ごはんやおやつを食べたり、花火をして楽しんでいます。利用者によっては、生活用品や好きなカップラーメン、宝くじを買いに行く人もいます。	
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。	お小遣い程度なら本人管理も支援しています。また、本人管理できない方でも、買い物の際、レジでの支払い支援を行うこともあります。今年度は、TVや宝くじの購入を支援しました。		

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
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。	特別な事情がない限り、ご家族・友人等に電話を掛けて頂いています。またご家族からの連絡を入居者様に取り次ぐ事もあります。地域運営推進会議のお誘いのお電話の際冒頭だけ、ご利用者様にでもらうこともあります。		
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。	玄関前には植物とベンチを配置し、日光浴と花の水やりの支援をしている。温度・湿度計の日々のチェックを行っています。また、入居者様と一緒に花壇の植え替えを行なったりしています。居室ごとに温湿度計を設置しています。美空ひばりのライブ映像を流しています。	台所はリビングに近く、利用者と職員が話しやすい環境です。リビングの水槽には熱帯魚が泳いでいます。廊下も左右違う色に変えることで利用者が自分の部屋を間違えない工夫をしています。カーテンはピンク色を使うことで精神安定を狙い、穏やかな居住空間を作っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	玄関前のベンチ等、独りになれたり、気の合う入居者同士で過ごせるよう、工夫しています。昨年畳スペースを作り、仲の良い人同士で座って頂いたりしている。また、将棋好きなご利用者様が職員と一緒にあぐらをかきながら、将棋をさしたりしている。		
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。	本人にとって馴染みのモノ・手垢の付いたモノを、御入居時にお持込み頂くよう、お願いしております。リノベーションダメージを考慮し、本人の生活環境の変化を最小限に留める為です。	馴染みの物や愛用していた物を持ち込むことが可能で、珍しいものも持ち込んでいます。目が不自由な利用者については、移り住みの弊害を検討し、住んでいた家での配置の状態を再現しています。利用者に安心感があります。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	車椅子でも歩行でも可能なバリアフリー構造になっています。玄関から階段、廊下、トイレ、フロア、浴室等に手すりを配備しています。また、フロア・居室・トイレ・キッチン・洗面所・浴室等の段差は解消しています。リフォーム時には、車いすの方や背の低い方に合わせて、トイレのロゴマークや居室表札を貼付しました。他には車いす座位時に、座高の低い円背なご利用者様がいたので、高さ調節可能なテーブルを購入し、少しでも食べやすい環境になるよう配慮しました。		

事業所名	グループホーム啓和
ユニット名	ちゅーりっぷ2階

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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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ます。 (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
66	職員は、生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
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
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. ほとんどいない

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	次のステップに向けて期待したい内容
<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。	玄関内の目に付きやすい位置に、事業所理念を掲示し、「地域社会と連携」や「地域福祉の推進」という文言を理念に掲げています。今年度は、事業所理念とユニット理念を、管理者と職員が共同して作成しました。その理念を休憩室に貼付したり、毎日の申し送りシートに文言記載をして、理念共有を図り、実践につなげています。		
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。	地域住民との触れ合いの場として、近隣小学校との定期的な交流・町内会行事参加（新年会・初詣・節分祭・夏祭り・御神輿）・地域運営会議の招致を継続的に行っています。また、散歩時の何気ないご挨拶や、近所の薬局やコンビニでの日用品の買い物支援を通して、交流しています。今年度は、近隣の神社の清掃活動に、ご利用者と職員が定期的に参加を始めました。また、近所の居酒屋でご利用者と職員が一緒にお酒やカラオケや外食を楽しみました。		
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。	今年度は、地域運営推進会議参加者に認知症対応型デイサービスや居宅介護支援事業所の管理者を招致しました。また、家族会参加者にたいして、生活支援をしている写真集をお見せしながら、認知症の方々の各症状や症状に対するアプローチの方法を具体的に説明しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	会議では、法人および事業所の運営状況の報告・イベントの予定・地域行事の報告を行っています。また、ケアマネジメントの実施状況や事故・ひやりはっと・にやりほっとの報告をしています。更に、会議中に避難訓練を実施して、意見聴取をしています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市内福祉事務所のケースワーカーから入居問い合わせを頂いております。また、担当のケースワーカーの定期来訪では、介護や医療の必要度について報告しています。今年度は、健幸福寿プロジェクトに参加させて頂いています。更に、川崎市共催の「A I とケア」の研修に参加しました。		

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
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。	身体拘束に関する資料をユニットに配備し、その理解・情報共有化に努めている。また、利用契約書内に、身体拘束お原則行わない旨を明示しています。尚、緊急やむをえない場合はご家族の同意を得て時間帯を定めた対処をしております。更に拘束の緩和・撤廃に向けて取り組んでいます。		
7		○虐待の防止の徹底 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。	高齢者虐待防止法に関する資料を配備し、学ぶ機会を提供しています。また、虐待の種類やその具体的事例集を配布しています。更に虐待防止に係る一斉点検を定期的実施しています。新人研修の際、虐待に関する説明をしています。		
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。	実際、地域運営推進会議や定期訪問、イベント参加など、職員や管理者と日常的に関わる後見人がいる為、具体的な業務内容などを体験的に学んでいます。又、川崎安心センターの金銭預かりサービスを利用している入居者様もいらっしゃいます。更に、入居契約前に金銭管理者が不在のご利用者には、成年後見制度や安心センターの活用をお願いしています。		
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。	重要事項や契約内容については、丁寧な説明と合意形成を心がけ、書面ごとに、不明な点がないかを利用者・ご家族へ確認作業を行うようにしています。また、集団事業所講習会の内容については、ご家族に関わる部分は電話や手紙等でご報告しています。更に報酬改定による自己負担額の変更の際は書面にてご報告をしています。		
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。	ケアプラン内容に対する、ご意見・ご要望のお伺いを立てたり、定期的な利用者面談を行い、そのニーズ調整・デマンドの発掘に努めています。また、それらをサービス計画へ具体的に反映させるため、職員・関係機関・関連職種との連携を行っている。第三者に対しては、苦情窓口の説明を契約時に行っています。		



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
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。	毎日の申し送り、毎月のユニット会議主任・計画作成担当研究会議、不定期の施設全体会議を通して、現場職員の意見や提案を聞いています。その際、重要な提案については、管理者会議時に上司に対して、意見具申を行っています。また、幹部会や理事会等を通してグループホーム部門全体の改善案を提示しています。		
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。	定期的な人事評価を行い、給与および賞与への反映を行っています。また、事業所の業績に対しても、該当事業所職員に対して、特別手当にて給与反映を行っています。さらに外部研修費は、法人負担を原則としています。内部研修は、時間外労働として手当の支給があります。また、法人開講の初任者研修の講座に無資格者を積極的に受講できるよう、斡旋しています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	外部機関の講師や初任者研修開講を通じて新人・中堅職員向けの研修を実施しています。管理者研修・認知症介護実践・リーダー・指導者養成研修などの受講機会を提供しています。また、研修参加者の研修報告の場を用意し、職員全体の質向上・情報共有化に努めています。更に、ケアマネ資格取得支援を実施しています。		
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つくり、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組みをしている。	集団事業所講習会・管理者研修・認知症介護実践者研修・リーダー研修・指導者養成研修への参加機会があります。研修先での同業者・同じ立場・キャリアの方との交流を積極的に推進しています。また、コンサルティングを通じて、他法人の介護現場の見学をする機会を与えてもらっています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 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。	インテーク及びアセスメント時には、情報収集に徹するのではなく、まずは本人との信頼関係の構築に重点を置いています。その為に、身だしなみ・表情・言葉遣い・姿勢には注意しています。また、これからの暮らし方について本人とともにサービス内容を検討していく事を大切にしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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、関係づくりに努めている。	ご家族から本人へのサービス要望だけに限らず、ご家族自体の生活課題のアセスメントを行う事を心がけています。認知症の人への支援は、その方の家族支援と不可分な関係であるため、ファミリーサイクルの知識を学びながら、家族の介護力の可能性にも目を向けるよう、心がけています。基本姿勢は、ご家族様の力を引出し、インフォーマルサービスとして施設サービス計画書に記載できるような関係を目指しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 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。	初期アセスメントにより、支援内容をの優先順位を意識しています。例えば、退院後そのまま入居の方には訪問診療・訪問マッサージの利用・服薬管理や介助の確認・外部機関通院の有無等を丁寧に確認していきます。金銭管理者がいない方や身寄りが遠方の方には金銭預かりサービス・成年後見制度の説明をしています。メインとなる生活支援サービス以外にも目を向けるようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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。	共同生活・家庭的な雰囲気作りという視点を忘れないようにしています。今年度は、職員とご利用者様で近所の居酒屋でお酒を飲みながらカラオケを唄ったりして、共に楽しい時間を過ごしました。また、職員がご利用者に「ありがとう」と思わず言えるようなサービスを目指しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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。	ご家族には、本人の過去の生活歴を記入して頂くシートを入居時に配布しています。それを基にケアプランの作成を行い、ご家族の同意を得るようにしています。また、イベント時は家族の思い出作りの場として頂くため、積極的な参加をお願いしています。さらに「自宅へ帰る」という外出支援をご家族にお願いするケースもあります。ご家族は私たちにとって貴重なインフォーマルサービスであり、本人にとって1番の支援者だと考えます。		
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。	生活歴の継続的な情報収集を心がけています。その中で、親友宅での外泊・外出・外食支援、お墓参り支援、親子の再会支援、馴染みの理容師による訪問理容支援、自宅へ帰る支援、ご家族と外食する支援、自宅にある馴染みの物を施設に持ち込んで頂く支援などを行っている。		

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
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。	長谷川式スケールや日々の観察による気づきの共有により、認知症状の進行具合の把握と、利用者同士の性格や相性を考慮した、座席配置を臨機応変に行っています。また、少人数のグループワークを通して、関わり合いを大切にしています。		
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。	長期入院による転院や、介護療養型施設への転院等による、施設退所後もご家族の許可を得て、お見舞いにかかせて頂いています。また、訃報の際、本人へのご挨拶をさせて頂く場合もあります。また、当施設短期利用後のご利用者へも御挨拶に行く事もあります。		
<b>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</b>					
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。	個別アプローチを心がけ、担当者からの情報収集をケアプランの反映に生かしています。ニーズの把握については、非言語的メッセージをキャッチする事を大切にしている。本人と意向とご家族の意向にズレがある場合は、ご家族へ本人本位の意味を考えて頂く場を用意することもあります。時間をかけて本人の「感情」を引き出す事で見えてくる思いもあります。現実的に思いを具現化できなくても、「思いを口にす」という行為自体はとても大切だと考えています。		
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。	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・福祉事務所・ご家族様等・小規模多機能型居宅介護等の関係者から、情報収集をしています。その際、所定のアセスメントシートへの記入をお願いします。また、居宅サービス計画書・居宅のケアマネが収集したアセスメントシートも活用しています。更に、ご家族さま参加のカンファレンスを開催し、入居後に改めて入居者様の生活歴を伺うこともあります。		
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。	1日の過ごし方については、本人より収集できない場合、ご家族にシート記入をお願いします。心身状態については、ICFの視点・ひもときシートの活用等により、多角的な状況把握に努めています。		

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
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。	入居者様ごとに担当職員を配置しています。担当者にはフェイスシートでケア目標の設定・アセスメントを行ってまいります。3か月に1度、DBD・HDS-Rのスケーリングをしております。医療ニーズは、主治医やご家族を招いてサービス担当者会議を開催し、その意見を介護計画に反映します。		
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。	個人記録に1日の観察した様子を記入しています。また、特変や異常が見られる場合は、臨時往診・救急対応・ご家族連絡を行い、記録化しています。更に、身体拘束やケアサービスの実施状況欄を記録紙に設けて、個別に記入しています。それを基に介護計画や身体拘束実施の振り返りをしています。		
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。	今年度は生活支援サービスとして、近所の居酒屋で職員とご利用者様が一緒にお酒やお食事、カラオケを楽しむという支援をしました。他には、近所の神社境内で、清掃活動にご利用者と職員が一緒に参加しています。拘縮悪化や身体的なADL低下に対してエアマットや訪問マッサージの導入しています。家族の介護力を活用して、定期的に外出時の歩行訓練をお願いしています。また、親友宅への外泊支援・成年後見人首長申し立ての間接的支援・社会福祉協議会ボランティアセンターに、将棋ボランティア募集掲載のお願いをしています。更に、傾聴ボランティア団体との定期的な交流を図っています。		
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。	川崎大師への外出から玄関前のベンチでの日光浴まで、ひとりひとりの身体的・心理的な状況にあわせて、外出支援を行っています。近隣への買い物同行支援や、美容室への同行支援等も行っています。また、親友宅への定期的な外泊支援、傾聴ボランティアを活用しています。他には、ご家族との外食・一掃宅支援を行っています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	2週間に1回、訪問診療を主に利用して頂いております。特変時は臨時往診をお願いし、迅速に対応してまいります。見学・契約時に、私どもの提携先医療機関を紹介しております。場合によっては、入居後も他医療機関への定期通院をされてるご利用者様もいます。また、精密検査等が必要な場合は総合病院への紹介状を書いて頂き、通院同行をしております。		

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
31		○看護職員との協働 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に支援している。	利用者さまの些細な変化や、気づき等を往診時同行する看護師や、クリニックの看護師、巡回訪問看護師、また医療連携体制加算により、夜間も含めて訪問看護師による24時間365日バックアップ体制があります。更に画像等で報告する必要がある場合は、ファイル添付にてデータ送信することもあります。		
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、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。	利用者様入院時は、医療ソーシャルワーカーに経過の確認をしています。お見舞いに定期的に訪れ、担当看護師から情報収集をしたり、名刺交換をしたりして地道な関係づくりに努めています。また退院に向けたカンファレンスを、ご家族・主治医・看護師・医療MSW等と共に開催をすることがあります。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約締結時に、看取りに関する方針について説明を行なっています。入退院の繰り返しが頻繁になり始めた場合、本人の意思やご家族との話し合いの場を持ち、当施設で提供可能な医療サービスの条件等を丁寧に説明し、ご家族の要望を医療職へ報告、それをご家族へフィードバックして合意形成を図っています。場合によっては、主治医・看護師・ご家族と施設職員にてサービス担当者会議を開催して、方針を決めることもあります。		
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。	救急対応マニュアルを配備し、それを随時活用するよう、指導しています。また、利用者様の個別の状況に合わせた観察するポイントを申し送る等して、意識付けを図っています。また管理者立ち会いの下、現場職員に119番通報訓練をしています。		
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。	定期的な事業所主催による避難訓練と消防士立ち会いによる総合訓練を行い反省と改善を繰り返すようにしています。また、非常災害時の物品の在庫確認や賞味期限確認等も行っています。今年度は地域運営推進会議にて、地域の方々立ち会いの下、避難訓練を行い意見聴取を行いました。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	心理的虐待の事例集の配布、事業所理念・ユニット理念の作成を通して、職員側の意識向上に努めています。また、パーソンドセンタードケアやユマニチュードの資料を提供しています。		
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。	判断力や意志決定能力が困難な入居者様に対し、職員が意図的な感情表現の表出に努める事で、入居者様の希望が見出される事もあります。一方で実現困難な希望を訴える入居者様については、面談を通し、優先順位付けや行動計画を、一緒に考えて本人の納得する着地点を探すよう、心がけています。「○○したい・したくない」という本人の言葉を引き出せるよう、質問法・ユマニチュード・うなづき・要約・おうむ返し等のスキルを使って、時間をかけて対応することもあります。		
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。	入居者様は職員同様、日々変化をしているという視点に立ち、利用者様に対して自らの価値観・思い込みで接しない様、コーチングにより、現場の状況に即した、新たな気づきを与えられるよう、努めています。「もし、自分が○○さんだったら・・・」と入居者様の立場に立って考える習慣付けを、OJTを通して行っています。また、個別日課計画表を作成しています。介護計画作成時は、まず意向の確認を大切にしています。		
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。	外出時の上着選び、整容支援、美容院でのカット等、利用者さまの状況に応じて支援しています。		
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。	残存能力に合わせて、もやしのひげ取り、洗い物、味見、お茶出しのお手伝い等をしてもらっています。飲み物は紅茶・コーヒー・ほうじ茶・玄米茶、本人の好きなソフトドリンクを用意しています。本人が好きなおやつを買いに行ったりもしています。今年度は、お酒が飲めるご利用者様と居酒屋に行き、お酒や中トロなど美味しい料理を食べに行きました。		

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
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。	嚥下状態や体調等に応じて、食事形態の調整や高カロリー飲料を活用しています。脱水防止の為に1日の水分摂取量を記録しています。栄養バランスは、高齢福祉向け食材をカロリー計算されたもので提供しています。また、個別のADLに応じて、食器の重量や取って付きか否か等に配慮しています。		
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。	毎食後、口腔ケアを実施しています。口腔状態に異常が見られた場合、提携訪問歯科へ速やかに連絡しています。また、利用者様ごとに、義歯外し・機械清掃・口ゆすぎ等の能力に応じて、支援を行っています。		
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向けた支援を行っている。	個人ごとの排泄表を活用し、排泄リズムの把握、効果的な誘導を行い、失禁を未然に防ぐケアに努めています。夜間帯はオムツ対応はできる限り避け、トイレ誘導にて排泄をして頂いています。		
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。	日中の活動量（体操・散歩・買い物・外出・歌う・入浴等）の維持や、食物繊維食品の摂取・乳製品の提供を心がけています。場合によっては腸内マッサージを行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	好きな時間に出きるだけ入浴できるよう、週に2回以上の原則に従いながら適宜行っています。入浴剤を入れたり一緒に歌を唄ったりして、本人が楽しめるよう、支援しています。		

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
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。	本人の生活リズムをできる限り尊重した個別の入眠支援を行っています。また、日中フロアでうたた寝しかけている利用者がいた場合、居室で休むよう声掛けし、1人1人の体調に合わせた休息の支援を行っています。		
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。	お薬の説明書を確認し、副作用や飲み合わせについて不明な点は看護師や薬剤師に適宜確認を取っています。また、誤薬防止の為、服薬のダブルチェックを行っています。更に、内服や塗布薬の処方履歴シートを作成し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。		
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。	たばこの好きな方・将棋好きな方・猫好きな方・読書好きな方・TV観賞が好きな方・買い物好きな方・お話好きな方・歌うのが好きな方など、楽しみ事に合わせたサービス提供を行えるよう、努めています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	体調や情緒などに気を配りながら、当日の状況に合わせた外出支援を行っています。また、外出時のメンバー構成にも配慮している。（移動手段や相性などを考慮しています。）遠出は車によるドライブを行っています。今年度は、三ッ池公園へ遠足に行ったり、ご家族と一緒に元木町公園へお花見にいきました。		
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。	お小遣い程度なら本人管理も支援しています。また、本人管理できない方でも、買い物の際、レジでの支払い支援を行うこともあります。今年度は、TVや宝くじの購入を支援しました。		



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
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。	特別な事情がない限り、ご家族・友人等に電話を掛けて頂いています。またご家族からの連絡を入居者様に取り次ぐ事もあります。地域運営推進会議のお誘いのお電話の際冒頭だけ、ご利用者様にでももらうこともあります。		
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。	玄関前には植物とベンチを配置し、日光浴と花の水やりの支援をしています。温度・湿度計の日々のチェックを行っています。また、入居者様と一緒に花壇の植え替えを行ったりしています。居室ごとに温湿度計を設置しています。美空ひばりのライブ映像を流しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	玄関前のベンチ等、独りになれたり、気の合う入居者同士で過ごせるよう、工夫しています。昨年畳スペースを作り、仲の良い人同士で座って頂いたりしている。また、将棋好きにご利用者様が職員と一緒にあぐらをかきながら、将棋をさしたりしている。		
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。	本人にとって馴染みのモノ・手垢の付いたモノを、御入居時にお持込み頂くよう、お願いしております。リロケーションダメージを考慮し、本人の生活環境の変化を最小限に留める為です。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	車椅子でも歩行でも可能なバリアフリー構造になっています。玄関から階段、廊下、トイレ、フロア、浴室等に手すりを配備しています。また、フロア・居室・トイレ・キッチン・洗面所・浴室等の段差は解消しています。リフォーム時には、車いすの方や背の低い方に合わせて、トイレのロゴマークや居室表札を貼付しました。他には車いす座位時に、座高の低い円背なご利用者様がいますので、高さ調節可能なテーブルを購入し、少しでも食べやすい環境になるよう配慮しました。		

平成28年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム 啓和

作成日： 平成 29年 5月 18日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	町内会に所属しているが、地域と災害時の連携を事前に災害対策について話した事がない。	町内会への参加（防火部会に参加する）	①地域運営推進会議時、どのような取り組みを行ったほうがスムーズに連携が取れるのか（初参加の為）②防火部参加時、相互応援体制を取り組む体制、災害時の連絡先の確認を行う	12ヶ月
2	19	利用者が「出たい時に外に出れない」という心理的負担による、不穏が課題。	夜間帯は防犯の為、施錠する。 日中帯は気温・湿度・天候・職員配置人数によって、共用スペース扉の開錠を実施できる。	①各ユニット会議で話し合う②ご家族様への説明と協力依頼③共用スペースの開錠実施	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月