

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	3970100560		
法人名	医療法人 恕泉会		
事業所名	グループホーム ひまわりの家		
所在地	高知県高知市塚ノ原33		
自己評価作成日	平成30年7月25日	評価結果 市町村受理日	平成30年10月16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)】

統合疾患の患者でも認知症対応型共同生活介護が適切に受けられるよう、医師、看護師との連携を強化し、日常の変化に注意して、利用者の状態変化に素早く対応できるよう努めています。

また、認知症対応型通所介護事業所併設の申請をしており、交流機会を増やして、社会参加の促進と認知症症状の安定、現存能力の維持を目標としています。

※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.kajigokensaaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action=kouhyou_detai_1_2017_022_kihontrue&JiyosyoCd=3970100560-00&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30年8月28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)】

事業所は母体法人の系列医療機関、福祉施設と隣接し、多職種との協力体制があって、利用者、家族、職員の安心につながっている。日常的な散歩や機能訓練士の支援により体力向上を図り、利用者個々の持てる力を最大限発揮できるよう、日常生活を支援している。

利用者は、事業所内通貨「ゼヨ」を地域との祭り、フリーマーケット、クラブ活動で使用するにより、社会性の維持や脳の活性化につなげるとともに、地域住民との交流を楽しんでいる。また、その日の食材で利用者が献立を考えたり、家族の協力でサンマ焼き、ソーメン流し等を行うことで、季節感と家庭的な雰囲気大切に過ごしている。

課題であった、介護計画作成にケーシーズアプリを導入したアセスメント様式の検討や、記録の充実を行い、個別性のある介護計画づくりに活かしている。8月から新たにデイサービスセンターを併設し、認知症介護サービスの向上に取り組んでいる。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:

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	法人理念は毎週の朝礼の際に暗唱し、事業所理念と方針は施設内に貼り、利用者も見られるようにしている。	事業所独自の理念と、職員の心構え、事業所の方針を掲げ、職員は実践に取り組んでいる。日々のケアの中で職員間で声掛けし、気になることは職員会で話し合っ、理念の実践の意識付けをしている。	
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	地域の清掃活動、いきいき百歳体操、祭りなどの行事に参加し、交流している。	町内会に加入し、地域の清掃活動や敬老会、夏祭りに参加する一方、事業所の祭りには地域の出店や合唱団等も参加し、地域行事として定着している。近隣住民から季節の野菜のおすそ分けや、いきいき百歳体操への参加があり、日常的に交流がある。	
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	部外者向けの研修や、地域住民との交流の場を活かして、認知症高齢者との交流につなげている。	/	/
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	事業所での日々の取り組み状況が分かりやすいよう、パワーポイントで写真を映しながら報告し、利用者はもちろんの事、家族からも行事計画について意見をj得ている。	家族会と運営推進会議が同時進行で行われ、利用者、家族のほぼ全員が参加し、事業、計画についての報告と意見交換の場となっている。目標達成計画の取組み状況や、地域交流促進等の検討が少ない。また、地域代表者が長期欠員の状況にある。	運営推進会議と家族会は目的が異なることから、会議の在り方を検討するとともに、運営推進会議では地域代表の出席を促し、事業所運営課題や外部評価結果等を協議することを期待する。
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	不明な点は高知市介護保険課に報告、相談し、西部地域高齢者支援センター職員とも、勉強会などを通じて協力関係が維持できるよう取り組んでいる。	市介護保険課とは介護保険法の解釈、困難事例の相談や、今回のデイサービスセンター開設等を通して協力関係を深めている。市高齢者支援センターとは、運営推進会議や、グループホーム連絡会等で情報交換を行っている。	
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	身体拘束をしないケアは母体法人の方針であり、職員は定期的に身体拘束廃止の研修会に参加し、利用者の人権についても学習して、身体拘束は行わないこととしている。	職員は定期的に研修会に参加し、身体拘束廃止について理解を深め、拘束をしないケアを実践している。玄関に施錠せず、リスクについて家族と話し合っ同意を得ており、センサー類の使用もしていない。外出傾向のある利用者は会話や行動から兆候の把握に努め、早期に対応するようにしている。	

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
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	弱者への虐待はあってはならないことであり、職員に理解と周知を図るよう研修会に参加している。些細な事でも虐待につながる恐れがある場合は管理者が随時注意をし、虐待防止に努めている。		
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	市社会福祉協議会とも後見人制度利用者を通じて学ぶ機会を持ち、認知症高齢者が元気に生活できるよう、個々の能力に合った自立支援を行っている。		
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	再契約などでは郵送だけではなく、必要に応じて家族に十分時間をとって直接説明し、介護保険制度の説明も行っている。		
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	利用者、家族とは日々、会話する機会があり、その都度確認できた思いや要望をケアプランに反映させ、その内容に納得を得てから、書面に署名捺印をしてもらっている。	2ヶ月毎の家族会では、利用者の日々の生活の様子をスライドショーで利用者と共に楽しみ、行事計画について意見交換をしている。家族だけの話し合いの場も設け、利用者、家族との面談で意見、要望を聞いている。	
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	職員会、職員との個別面談を定期的に行い、意見が出しやすいよう、コミュニケーションに努めている。	年2回の個別面談と毎月の全員参加の職員会では、輪になって話しやすい雰囲気大切に、管理者が意見や要望を聞いている。利用者の受け入れ方や困難事例の対応を検討し、運営の改善につなげている。	
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	職員の努力が給与、職場環境等に反映される仕組みができている。母体法人内施設従事の50人の職員で構成されたチームが意見、要望を母体法人に申し立て、働きやすい職場づくりにつなげている。		

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	職員は、法人内外の研修に参加している。		
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	市のグループホーム連絡会などの研修、懇親会に参加し、他事業所との意見交換、連絡先交換などをして、サービス向上につなげる取り組みをしている。		
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	入所前に面接し、本人の生き立ちなどを家族からも情報収集して、アセスメントしている。入所後も安心できるよう、本人の要望等には可能な範囲で対応している。		
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	入所申込みがされた時点で直接会い、家族の思いや話を聞いて、事業所との協力体制、信頼構築に努めている。		
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	健康管理はもちろん、歯科衛生士、理学療法士などを含め、その時点で必要とされるサービス提供に努めている。		
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	難聴者でも他者とのコミュニケーションが取れるよう支援し、関係性ができる事で一緒に外出などをして、間が深められるようにしている。		

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
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>家族に電話する際には本人と代わったり、行事の案内を出して、利用者と面会できるようにしている。</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>家族とも話しをして、昔からの友人などが面会に来られるよ伝えている。</p>	<p>利用者は、友人、知人とは携帯電話で話すことが多いが、稀に訪問もある。外泊し、家族と一緒に自宅で過ごしたり、馴染みの店に買物に行く等して、馴染みの関係の継続を支援している。地域でのいきいき百歳体操参加等を通じて、新たな馴染みの関係作りにも努めている。</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>難聴者でも他者とのコミュニケーションが取れるよう支援し、席替えや模様替えを行なって関係ができる事で、一緒に外出をなどして間が深められるようにしている。</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>退所後も事業所や母体法人の行事に招いたり、再会した際には、本人に変わりがないか等を確認している。</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>居室などで個別に利用者から話を聞いたり、日々の生活の中でも要望の聞き取りしている。</p>	<p>本人、家族との面談の中で、各々の思いや意向の聞き取りをしている。利用者の日常の行動や何気ない動作から職員が感じ取ったことはケーシーズアプリに記録し、職員全体で話し合っ、ケアプラン作成に活かしている。</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>居宅介護支援事業所、家族、本人、それまでの利用施設、受診病院などから、情報提供書以外の情報も取り入れている。</p>		

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	利用者一人ひとりの生活ペースを把握し、ケアプランに沿ったサービスを提供して、毎日の表情やバイタル測定などで変化に注意しながら、職員間で情報共有をしている。		
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	ケアマネージャーはもちろん、職員一人ひとりが本人、家族と話しをして、本人が望む生活サービス提供をケアプランに反映させている。	利用者、家族と面談してアセスメントシートを作成し、日々の職員の気付きも記録して、職員全員でカンファレンスを行い、ケアプランを作成している。モニタリングはケースーズアプリに記録して職員全員で評価し、ケアプランの3ヶ月毎の見直しと、状態変化時の随時見直しにつなげている。	
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	ケースーズアプリを活用する事で職員の気づきをアセスメントに活かし、情報共有のうえ職員会で話し合っケアで実践し、ケアプランの見直し等に活用している。		
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	医療機関受診時の家族同行等が困難な場合や、家族が遠方であるなどの個々の状況に対応して、必要とされる支援を柔軟に行い、サービスの拡大につなげている。		
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	消防、警察、地域住民、ボランティアなどとは、行事や催しを通じて協力関係にあり、地域の飲食店に赴く事で、地域交流につなげている。		
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	利用者のかかりつけ医は入所前と変わりなく、疾患に応じた医療機関受診を家族、利用者に判断してもらっている。	本人、家族の希望でかかりつけ医を決定している。基本的に家族が付き添っているが、やむを得ない場合は職員が同行している。必要に応じて診療情報提供書を持参し、受診結果は家族と情報共有のうえ、記録に残して職員間でも情報共有している。	

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時間体制で連絡が取れる体制にあり、受診の際には、看護師から主治医への報告等もある。		
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	利用者入院時には、着替え等の必要な物、情報提供書を迅速に医療機関に届けている。		
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	現在も重度化しつつある現状の利用者では、家族と相談してケアプランなどにも反映させ、今後についてケアマネージャー、管理者と話す機会を設けている。	入所時に看取り(重症化)の指針を周知し、本人、家族の意思を段階的に確認しながら、医師、看護師を交えて話し合っている。重度化の過程で入院処置が必要となったケースばかりで、これまで事業所での看取り実績はないが、対応し得る体制は整えている。	
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	慌てず、速やかに適切な対応が行えるよう、緊急時対策マニュアルを職員に周知するとともに、日々確認できるよう、すぐ見える所に掲示している。		
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	地震緊急マニュアルを作成、活用して、避難経路図も掲示して、地域との連携を取った防災訓練にも参加している。	年2回の避難訓練は、火災、地震を想定して、併設の施設、利用者、消防署、地域の消防団員、住民が参加して実施している。事業所は地域の避難場所になっており、地域住民には利用者を見守ってもらえる協力体制がある。食糧、飲料水は7～10日分の備蓄がある。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの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	居室で自由に過ごせる時間はあり、入室の際には必ずノックをし、入浴の際にも本人の希望があれば同性職員が介助している。	利用者個々の人格を尊重した対応を心がけ、本人の気持ちを大切にしている。日々のケアで気になる対応があったときは職員同士で注意し合い、管理者は母体法人内の研修に参加して、個人情報保護について周知徹底している。	

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	食事や、飲み物、日々の過ごし方など、自己決定ができるように選択肢を設けて支援している。		
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	利用者の行動には口出しせず、見守りことで日々自由に過ごせるよう配慮している。本人らしい生活が送れるよう、ケアプランに沿ったサービス提供をしている。		
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	毎朝の整容、美容部のクラブ活動へ参加する事等でネイルや化粧をし、外出の際には服などを購入している。		
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	日々の献立は決めず、その日、その日に利用者が食べたい物を家庭的な雰囲気で行い、提供している。	食材の買い出しには利用者と週2、3回出かけ、その日の食材に応じて、利用者自身が献立を考えている。準備から後片付けまで個々の能力に応じて職員と一緒に関わり、家庭的な雰囲気を大切にしている。	
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	摂取量はチェック表に記載して管理し、個々に必要な補助食品等を活用している。		
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	歯科衛生士の指導を受け、義歯使用者は洗浄液を活用するほか、他の利用者も口腔ケアを行う事で口腔内の清潔に努めている。		
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	排泄チェック表を活用し、声掛けで排泄誘導をしている。	個々の排泄チェック表をもとに排泄パターンを把握し、声掛けで排泄支援を行っている。居室にトイレがあり、車椅子利用者もトイレ排泄に努めている。意思表示が困難な利用者にも、時間をみてトイレ誘導している。	

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
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	排泄チェック表を活用し、声掛けで排泄誘導している。乳製品や食物繊維の野菜などを提供し、個々の排泄を促している。		
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	本人の希望する曜日に個々に入浴をすすめて、一人に時間をかけ、入浴剤でリラックスできよう支援している。	利用者の希望に合わせて入浴日、入浴時間帯を設定し、全員週3回は入浴している。拒否傾向の利用者がある場合には、入浴の声掛けを工夫して対応をしている。リラックスできるように、入浴剤を使用している。	
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	安眠できるよう室温管理をし、個々の臥床時間は本人に確認している。		
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	毎日、薬を用意する際に説明書の確認をしている。頓服薬や臨時薬は申し送り周知し、利用者の状態変化は看護師、医師に報告している。		
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	入所前から利用者がしていた事が継続できるようにするとともに、役割を持ってもらい、可能であれば役割を増やす事で、生きがいや自立支援につなげている。		
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	家族との急な外出や、事業所行事での外出の際には、本人の意思を確認し、希望に沿った外出支援をしている。外出先が決めきれない利用者には、職員が候補地を提案している。	事業所周辺は坂道で、利用者個々の能力に応じた道を選んで、散歩や食材の買い物支援をしている。外食、花見等のドライブでは、2、3回に分けて全員が参加するようにしている。テラスに出での外気浴も、日常的に取り入れている。	

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
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	自己管理ができる利用者には、所持金から外出先や併設施設の売店での支払いをしてもらっている。		
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	要望があれば、直ぐに電話をしてもらっている。携帯電話を持つ利用者もあり、必要な時のやりとりができる状況にある。		
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	ホールでは、圧迫感のないよう、家具の配置に注意している。家族や、近隣住民が持ってきてくれる季節の花を花瓶に生けて飾っている。	玄関を挟んで左右に食堂兼居間、ホールがある。食堂兼居間は広く、対面式キッチンで食事作りに利用者が自由に参加できる。広いテラスでは外気に触れ、バーベキューやサンマ焼きを楽しんでいる。ホールでは定期的に演奏会やいきいき百歳体操が催されて、憩いや交流の場となっている。	
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	事業所2階に談話室を用意し、利用者はいつでも利用できる。		
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	家庭で使っていた家具の持ち込みを勧めている。写真を飾ったり、利用者各々が落ち着けるよう居室の工夫をしている。	入所時に自宅で使い慣れたものや、愛用品の持ち込みを勧めており、タンスや衣装ケース、家族写真、個々の愛用品が持ち込まれ、その人らしさが窺える。利用者が掃除したり、家族との衣替えがしやすいよう整理整頓され、居心地の良い居室となっている。	
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	個人の使い慣れた食器を使用してもらい、部屋の入口には馴染みのある花の名前を表札代わりに使用している。居室内で安全に移動ができるよう、必要に応じて手摺りをつけている。		

ユニット名:

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	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. 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				