

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成23年2月23日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3970500322		
法人名	株式会社 いこいの里		
事業所名	グループホーム いこいの里さくら貝		
所在地	高知県土佐市宇佐町宇佐汐浜2841		
自己評価作成日	平成22年11月8日	評価結果 市町村受理日	平成23年3月18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)】

入居者一人ひとりの個性を大切に、毎日楽しく、そして生きがいを持ちながら生活ができるよう支援をしている。また、地域とのつながりを大切に、日常的に地域へ買い物に行ったり、地区の行事に参加したり、ホームも入居者も地域の方々に支えられている。利用者の好きなことや楽しみごと、夢も叶えるようにふる里を訪ねたり、好きな歌手のコンサートに行くなど、普段の生活に彩りをプラスできるよう、利用者の笑顔がいっぱい見られる毎日を目指している。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://kaigo.pippikochi.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3970500322&SGD=320
----------	---

【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22年11月18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)】

事業所からの景観は素晴らしく、利用者や職員の気持ちを和ませる自然豊かな海沿いの環境に立地している。広い庭では地域住民がゲートボールを楽しんだり、ボランティアによる習い事や春、秋の遍路さんの接待、地元の中学生職場体験の受け入れなど、地域との関わりに積極的に取り組んでいる。また、日々の支援では、これまでの生活の継続を大切に考え、居室づくりの工夫、ふるさと訪問など、家族とも話し合いながら支援している。若年の利用者への職員対応にも様々な配慮があり、利用者間の助け合いや、それぞれが役割をもって笑顔の暮らしができるよう支援している。

自己評価および外部評価結果

ユニット名: あさり

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	地域と支え合い、信頼関係を築くための理念を掲げ、毎日朝夕の引き継ぎ時に理念を唱和している。また、月1回のスタッフ会では理念を振りかえり、理念の共有と実践に努めている。	目につく壁面に理念を掲げ、管理者はじめ職員は理念の共有に努め、実践につなげている。職員会では常に日々の介護に理念が反映されているかを話し合いながら確認している。	
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	地域の行事、保育所や小・中高校の行事に参加したり、日常的に地域の量販店を利用している。また、併設のデイサービスセンターの行事や各教室にも参加して交流している。	地域の小学校の運動会や高校の吹奏会に招待されて交流したり、町内会の行事にも参加している。また、敷地内の前庭を週2回程度ゲートボール場に開放したり、春と秋には地域住民との一緒にお遍路さんの接待をするなど、地域に溶け込んでいる。	
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	2カ月に1回の便りを地域に配布し、ホームの理解を深めてもらうよう努めている。また、小・中学生の職場体験を受け入れ、理解や支援の方法を学習してもらっている。	/	/
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2カ月に1回運営推進会議を開き、報告や要望のほか意見交換をしている。話し合いの内容を家族やスタッフにも伝え、改善できるところは対応するよう努めている。	評価結果の課題への対応や運営状況について報告し、参加委員から意見等がだされ双方向的な会議となっている。	
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員の参加があり、運営状況を伝え、意見なども出してもらっている。市町村からの問い合わせ等にも協力している。	日頃から入退居の利用者の情報交換を行ったり、認知症サポーター講座で相談を受けるなど協力関係を築いている。	
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	ホーム内外の研修に参加したり、ユニット内で話し合い、意識を高めるようにしている。今後も、身体拘束をしないケアについて学習を継続していく。	身体拘束に関する研修に出席し、各ユニットに書類を回覧したり、職員全体会で伝達している。家族と話し合い了解を得ながら、ホールと玄関にはチャイムを設置したり、2階居室の窓は転落防止のため開閉を制限している。外出傾向のある利用者も把握できており、一緒に散歩したりドライブするなど気分転換を図りながら支援している。	身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、日々何気なく使用している言葉遣いなども含め、その都度職員同士で注意し合ったり、事業所の学習会で拘束をなくす手引書などを活用するなど、さらに職員の理解を深める取り組みを期待したい。

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	高齢者の虐待防止についての研修に参加し、意識を高め、虐待防止を徹底している。		
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	制度の活用については家族と管理者が話し合っている。また、職員理解を高めるためホーム内研修で、制度についての学習を行っている。		
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	契約時に十分時間をかけ質問や疑問点について説明し、理解と納得を得ている。改定の際にはその都度説明し、質問にも応じている。		
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	運営推進会議や家族会で意見、要望を聞くようにしている。日常的には面会時に家族と話し合っている。また、意見箱を一階ホールに設置しているが、家族からの要望はあまり出されていない。	面会時には家族の希望や意見を聞いたり、スタッフ会では利用者も同席し、行きたい所、希望等を聞くなど日々の生活に反映させている。家族会の際は家族同士で話し合う機会を設けたり、意見箱を設置しているが、今のところ苦情等はない。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のスタッフ会で意見を聞いているが、内容により反映されることと、できないことがあり、理解を得ている。	毎月のフロア会、リーダー会と段階を踏み、職員の意見や提案を受けている。ハード面の整備や物品購入などの意見が出され運営に反映させている。また、代表者や施設長に現場に足を運んでもらうなども意見が出されている。	
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	職場環境、条件についての要望等については聞き入れられないこともある。時間給制のため、努力や実績等が給与に反映されないため、意欲や向上心が損なわれているのではないかと。		

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	外部の講演会や研修会の機会を設けている。また、ホーム内研修も月1回行っている。研修後、報告書を作成しホーム内研修時に発表してもらい、共有している。		
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	研修会等の機会を通じて交流している。法人以外の事業所との相互訪問等の活動は行っていない。		
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	入居前の状態の情報を収集をしたり、ご本人の話をよく聞き、不安の軽減に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の状態や困っていること、要望等よく聞き、安心感を持ってもらえるよう努めている。		
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	本人、家族からの要望に応じたサービスの提供について検討し、可能な範囲での対応に努めている。		
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	日常の色々な場面で本人の意見を尊重しながら、利用者とスタッフが共に支え合って暮らしていく関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ホームの行事への参加や、面会時に家族と一緒に外出したり、外食するなど、共に支え合っていく関係を築いている。		
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	ふる里訪問等で支援している。また、友人が面会に来やすいようにしたり、一緒に外出できるようにしている。	希望により、行きつけの居酒屋へ同伴したり、遠方の利用者はふるさと訪問を実施している。また、知人、友人の訪問もあり、その際の配慮や、個別に馴染みの関係の継続ができるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う人と一緒に過ごせるように配慮している。また、それぞれの利用者の性格等を考慮しながら、利用者同士の交流が円滑にできるよう努めるとともに、言い争い等があった場合でもスタッフが仲介し、より深刻にならないよう配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居後も、見舞いに行ったり、家族と合った際には状況等を聞いている。		
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	日頃の暮らしの中での言葉等から意向を把握したり、カンファレンスにも参加してもらい本人の希望や意向を聞いている。	入居時にセンター方式を用いて情報収集を行い、その後も本人や家族から、折に触れ話を聞くなど、本人の希望や意向の把握に努めている。また、担当職員は家族に毎月手紙を書くなど情報交換をしながら利用者本位に検討している。	
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	アセスメントシートにより生活歴等の情報を収集し、これまでの暮らし方の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の生活状態、表情、体調、ケアプランに沿ったケアの様子等を記入し、スタッフ全員が個々の現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプラン変更時に本人、家族からの意見を聞くようにしている。しかし、家族からの意見は少ない。スタッフ会ではアイデアを出し合い、介護計画を作成している。	アセスメントシートの追加や見直しも常に行われ、カンファレンスには利用者も同席し希望を聞き、職員の気づきなども含め個別性を重視した介護計画を作成している。また、定期的に期間の見直しをしているが、状態の変化等に応じた見直しはできていない。	利用者の退院後の介護計画については、状態の変化に応じ介護計画の期間や支援内容、経過の観察など、介護計画策定のプロセスを十分踏まえ、利用者の現状に即した介護計画の作成を期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の生活の様子、表情、言葉、ケアプラン実施状況等を記録し、ケアプランのモニタリングやカンファレンス時の情報として活かしている。		
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	家族の要望や、実情に合わせた受診対応など、可能な限り取り組んでいる。		
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	地域のボランティアの方の協力により、お遍路接待や手芸教室など、種々な行事を実施したり、図書館の利用などしている。		
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	かかりつけ医による2週間に1度の往診があり、事故や体調の変化があった場合はすぐに連絡が取れるようにしている。また、家族の希望で他の医療機関での受診を希望する場合はその意向に沿うよう支援している。	利用者、家族の意向に沿ってかかりつけ医に受診できるよう支援している。通院介助は家族の同行を基本としているが、状況に応じて職員が柔軟に対応している。受診結果は業務日誌や看護日誌への記録とともに、申し送りにより共有している。	

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	週1回の訪問看護師の来訪がある。看護日誌により身体状況の情報を報告、相談し、指示等を受けている。24時間で連絡が取れる体制にしている。		
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。	入院時は、ホームでの生活や状態等について病院側に伝え、必要に応じ情報交換や相談に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ホームで対応できる範囲を説明し、その状態が近づいた場合、本人、家族、医師と十分に話し合い、可能な限り対応している。終末期ケアに向けての勉強会もしている。	入居時に看取りの指針について説明している。これまで看取りの事例はないが、利用者の病態の変化や家族等の意向に沿って医師を含めて話し合い、対応している。また、看取りの介護に備え、対応法や他の事業所での事例等を学習している。	
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	消防署の指導で年1回、救命救急法の講習を受けている。また、月1回、急変時の対応の実施訓練をしたり、毎日夜間の申し送り時には急変時の対応を口頭で確認している。		
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	火災避難訓練は月1回、地震避難訓練は2カ月に1回実施している。日中、夜間を想定した訓練も行っている。地域の方にも協力依頼を行い、火災訓練への参加を得ている。	避難訓練の際には、地域にチラシを配るなど協力を呼びかけ、地域住民の協力を得ている。施設内部の状況の理解や把握とともに、火災、地震、津波などを想定しながら取り組んでいる。非常用食料等の準備もしている。	
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	ユニットの理念にも掲げ、常に意識を持って声かけや対応に努めている。	介護時の動作や会話、声かけの際の声のトーン、トイレの戸締りなど、常にケアにおける細やかな気配りを大切にし、職員同士話し合いながら実践している。書類の管理や外出時の会話などについても遵守するよう話し合っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の希望を知り、外出計画を立てたり、日々の買物時に欲しい物を選び、買ってもらおうようにしている。意思表示できない方には、意向を汲み取るよう努めている。		
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	1日の流れはあるが、できるだけ入居者のペースに合わせてながら支援している。		
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	希望に応じて美容院でパーマをかけたり、白髪染めを行ったり、移動美容院でのカットも利用している。また、季節に合った服装になるよう声かけするなどさりげなく支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や片づけはその方のできることをスタッフと一緒にしている。また、食事の楽しい雰囲気づくりにも心がけている。	利用者のできる役割をそれぞれ担ってもらい、食事の準備や片付けなど一緒に行っている。また、介護の必要な利用者の横では職員はさりげなく介助しながら利用者と一緒に食事をしている。	
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	栄養バランスに留意しながら食事摂取量を個々に確認したり、個々に応じた随時の水分摂取とともに水分量の把握にも努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に口腔ケアを行っている。個々に応じて介助するなど支援している。		
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	排泄チェック表を用い、一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、誘導や声かけを行っている。また、利用者によっては、尿意の様子など観察しながらトイレで排泄するよう支援している。	各利用者の排泄パターンをチェックし、パッドや紙おむつ、布パンツなど、身体の状態に応じた適切な排泄用品を利用しながら、できるだけトイレで排泄するよう誘導し、自立に向けた支援を実践している。	

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	飲食物の工夫や水分摂取に気をつけたり、散歩に出かけたり、毎朝のラジオ体操への参加など働きかけながら便秘予防に取り組んでいる。		
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	できるだけ希望に合わせ、個人の状態によりタイミングを見計らっている。介助の必要な方が多いため時間帯が決められてしまうことがある。夜間の入浴も可能としているが事例はない。	午前中に入浴希望が多いなかで、様々なパターンでの時間帯の入浴など、利用者の希望を聞き柔軟に支援している。入浴拒否の利用者には言葉がけや個々に応じた工夫により少なくとも3日に1度の入浴を支援している。	
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	思い思いに居室で休んだり、ホールでくつろいだりしている。夜の入眠も本人の好む時間にしている。		
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	目的、副作用、用法、用量について分かるようにしている。服薬についてはスタッフが毎回チェックしながら支援し、服薬後の様子の観察や症状の変化など確認している。		
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	一人ひとりの趣味、好みに合わせ、歌や外出等、気分転換が図られるよう工夫している。また、本人の得意なことや、できることを活かせるようにしている。		
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	日常的に散歩や買い物に出かけ、できるだけ戸外にでかけるようにしている。個々の対応では本人の希望や家族の協力も得てケアプランに沿った外出支援をしている。ホーム全体で季節毎の外出も計画し実行している。	日常的に散歩に出たり、食材の買出しなど一緒に出かけている。歩行の困難な利用者や車椅子の利用者も一緒に出かけたり、事業所の広い庭で外気に触れるようにしている。車酔いのある利用者は近隣への外出とするなど、個々の状況や希望に合わせた対応をしている。	

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
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	家族と相談して現金を保持したり、買い物時に自分で選び、支払いするなど支援している。ホームで預かっている利用者も買物時にスタッフが付き添い、見守りながら支払いできるように支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人からの希望に応じて自分で電話したり、スタッフが取次ぐなどして支援している。家族が遠方にいる方は、時々連絡がとれるよう気をつけている。また、手紙のやり取りを支援している利用者もいる。		
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	共用空間は季節感を取り入れた工夫をしている。できるだけ生花を飾るようにしている。また、音や光、湿度などにも配慮している。	日当たりと眺望の良いフロアは不快のないよう片付いており、清潔に保たれている。また、季節を感じる果物を飾ったり花を売ったりしている。利用者の製作品やちぎり絵なども壁に飾るなど、居心地のよい共用空間づくりに配慮している。	
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	廊下に長椅子を置いて自由に過ごせるようにしている。		
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	入居時に使い慣れた品物を持ってきてもらうよう依頼し、写真、飾り物などで工夫もしている。居室の状況に応じてスタッフと利用者が相談しながら飾り付けなどもしている。	大好きな歌手の写真や家族写真のほか、手作りの表彰状や縫いぐるみも飾っている。また、使い慣れた化粧品や手鏡なども持ち込むなど、利用者一人ひとりの個性のある居室づくりに配慮している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	浴室、個室、トイレ、廊下に必要に応じて手摺を設置している。トイレは居室近くにあり、自由に使用できる。自分の居室も分かるよう、名前や場所の表示をしている。		

ユニット名:

あさり

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	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	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)		1. ほぼ全ての利用者が				
		○	2. 利用者の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

ユニット名: サザエ

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	地域密着型の理念を掲げ、毎朝、夕の引き継ぎ時に唱和している。また、毎月1回のスタッフ会にて日々のケアを振り返り実践につなげている。			
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事(祭り・清掃・運動会・お遍路接待等)には積極的に参加している。また、地域に施設機能を開放している。			
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	2カ月に1回の広報を地域に配布し、ホームを理解してもらうよう努めている。小中高校の職場体験を受け入れ、理解や支援の方法を学習してもらっている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2カ月に1回運営推進会議を開催し、利用者、家族、地域代表の委員にホームの運営状況を報告し、意見や要望などもらいながらサービス向上につなげている。			
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取り組んでいる	運営推進会議に地域包括支援センターの職員の参加があり、運営状況を伝え、意見なども出してもらっている。市町村からの問い合わせ等にも協力している。			
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束をしないケアに取り組んでおり、今後も全スタッフに身体拘束に関する理解を深めていくよう努める。			

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	虐待防止に関する研修などを通して職員に徹底している。身体的な虐待については入浴時や更衣時に確認し、見過ごすことがないようにスタッフ間で気をつけている。また、精神的虐待についても、日頃からスタッフの態度や言葉遣いに注意し合っている。		
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	ホーム内で制度について学習し、全スタッフが理解できている。制度の活用は家族と管理者が話し合っている。		
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	契約内容等を時間をかけて説明し、質問や疑問点にも納得してもらうよう努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議での意見交換や、家族会では家族のみで話し合う場も設けている。また、面会時にも意見を聞き、意見等は運営に反映させている。意見箱には特に要望等は出でない。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のスタッフ会で意見を聞いているが、内容により反映できることと、できないことがあり、理解を得ている。		
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	条件の整備について代表者に意見を出すのが、聞き入れてもらえないのが現状である。時には代表者自ら職員の意見を聞いてもらえる場面作りをして欲しいと思う。		

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	講演会や研修には積極的に参加するよう支援している。また、毎月1回ホーム内研修も行っている。		
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	法人内の事業所との相互訪問を行うなど交流している。また、講演会や研修会の機会に他の事業所と意見交換をしているが、相互訪問等までは行っていない。		
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	入居時に、ご本人のこれまでの生活歴等の情報を収集し、それに基づき安心して生活が送られるような環境を確保している。		
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	入居前の状態や困っていること、要望等よく聞き、安心感を持ってもらえるよう努めている。		
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	本人、家族からの要望に応じたサービスの提供について検討し、可能な範囲での対応に努めている。		
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	日常生活の各場面(掃除・家事・買い物等)で利用者とスタッフが一緒に行い、共に暮らす者同士の関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ホームの行事等への参加を働きかけているが、家族によっては疎遠になっている現状もある。入居者の体調不良時には現在の状態を連絡し共有している。		
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	地域の量販店に買い物に行き、実家の周辺を回って帰居するなど支援している。また、友人が訪ねてきてくれることもあり、居室にてゆっくり過ごしてもらっている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	なにを行うにしても入居者同士と一緒に協力し合う場面づくりや皆が関わりが持てるようなプランも作成している。また、気の合う人と一緒に過ごせるよう配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居後も、ご家族に会えば声かけし、様子を聞いたり、入院中は見舞いに行き相談に乗っている。		
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	本人に希望を聞きケアプランに入れたり、把握が困難な場合はスタッフ会等で本人本位に検討している。		
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	本人や家族から聞き取った情報をもとにアセスメントを行い、個々を理解するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	体調や表情を見ながら変化等に応じてケアプランも中止し、現状の把握と共有のため業務日誌や看護日誌、経過表などに記録し、申し送りをしている。		
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	ケアプランの見直し時には、本人、家族の意見も聞き、カンファレンスを行いプランを作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の介護経過を記録し、申し送りやスタッフ連絡帳にも記入して情報を共有し、日々のケアやプランの見直しに活かしている。		
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	本人や家族の希望に沿って受診できるよう支援し、場合によってスタッフが付き添うなどしている。		
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	地域のボランティアの協力を得て、お遍路接待や手芸、折り紙、その他の行事を行うなど、暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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、家族の希望により、かかりつけ医に受診したり、往診を受けている。他の病院への受診は家族対応としているが、家族の都合に応じてスタッフが同行している。		

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	毎日看護日誌に記録するとともに、週に1回の訪問看護の際に入居者の身体状況を説明し、適切な受診や看護を受けている。また、24時間看護師と連絡を取れる体制にしている。		
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。	入院時にはサマリーを提供したり、面会時には病院関係者と情報交換を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ホームで対応できる範囲を入居時に説明し、入居者の状態に応じて、本人や家族、医師と十分に話し合い可能な限り支援している。また、看取りに関する外部研修やホーム研修も行うなど、支援に向けて準備している。		
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	消防署の指導で年1回、救命救急法の講習を受けている。また、スタッフ会時に実践訓練をしたり、急変時・事故発生時の対応マニュアルを朝夕の申し送り時に唱和するなど、意識づけをしている。		
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	運営推進会議の日に地震避難訓練を行ったり、運営推進会議を通して地域の方に協力を依頼している。災害時に備え3日分程の食料、水の備蓄をしている。		
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	個々に合わせた言葉かけを行うなど、人格を尊重し、プライバシーの確保にも努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	話せる方には希望を聞いたり、言葉に表せない方については表情や態度から読み取りながら、無理強いせず自己決定してもらうよう働きかけている。		
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、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	横になりたい時には横になり、座りたい時には座りたい所に座ってもらい、できる限り本人のペースに合わせ、一日を個々に合ったスタイルで過ごしてもらうよう支援している。		
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	本人の好みの服を着てもらい、入浴後には必ず髪を整えている。また、行きつけの理容室を利用している。		
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	力量に合わせスタッフと一緒に食材の皮むきや準備、片づけなど、できるだけ関わりを持ってもらうよう支援している。		
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	毎月、食事の摂取量の確認や体重測定をしながら調整するとともに、水分摂取についても個々に応じておやつ以外にも水分を摂ってもらうよう支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを行っており、歯磨きが困難な方や不十分な方についてはスタッフが手伝っている。また、必要に応じ義歯洗浄剤も使用するなど清潔保持に努めている。		
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	排泄チェック表を用い、個々の排泄パターンに合わせ声かけや誘導支援をしている。また、尿意の意思表示があった場合はその都度トイレに誘導したり、夜間も個々に応じて声かけや誘導などの支援をしている。		

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	散歩や毎朝のラジオ体操など体を動かすようにして便秘予防に取り組んでいる。食事は普通食であり、便秘気味の方にはなるべく水分を多く摂ってもらうようにしている。		
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	お風呂の好きな方は毎日入浴してもらうなど、入居者の希望に合わせて概ね2日に1度は入浴している。体調不良時などは全身清拭をしたり、本人が嫌がっている場合はスタッフが交代したり、時間を経て入浴してもらうなど無理強いすることなく入浴支援をしている。		
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	本人の意思や体調に応じて、居室で休んでもらうよう支援している。また、言葉で表現できない方は様子を見ながら対応している。		
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	個々の服薬内容や副作用が分かるようにしている。特に薬に変更があった場合は、症状等の観察をしっかりとるように努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ケアプランに基づき、個々が協力し、掃除、洗濯物の干しや取り込み、調理を行うとともに、好きなテレビやビデオを見たり、パズルを楽しんでもらうなど支援している。また、希望に沿って遠足や花見、みかん狩り等の支援もしている。		
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	希望により買い物や庭への散歩に出かけ、できるだけ外の空気に触れるようにしている。また、四季の花見や地域でのイベントや祭にも出かけている。		

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	現金を持っている方は施設内の自販機でジュース等を買ったり、買い物時や外出時に自分で支払うなどしている。ホームで預かっている方についても本人に支払ってもらう場面づくりをしている。		
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	本人からの希望に応じて自分で電話したり、スタッフが電話をして取り次いでいる。また、電話がかかってきた場合は取次くなど支援している。		
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	共用空間は家庭的な設備となっており、その場にあった工夫もしている。音や光も、その場その時に合わせるよう配慮している。ユニットは3階にあり、どこからでも庭や山を眺め季節感を感じることができる。		
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	リビングにソファを置き、廊下にも長椅子を置くなど、独りで好きな場所でゆっくりと過ごし、また、リビングでは気の合う者同士が会話を楽しんだり、テレビやビデオを見てのんびり過ごしている。時には訪室し合い会話も弾んでいる。		
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	自宅で使用していたタンスや布団を持ち込んでもらっている。また、縫ぐるみや家族の写真をはじめ、位牌なども置いている。		
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	浴室やトイレ、居室の廊下が分かりやすいように大きな文字でプレートを掛けている。また、流しの高さも利用者にあったものにするなど、一人ひとりが意欲的に生活できるよう配慮している。		

ユニット名:

サザエ

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	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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名: さんご

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	地域との関わりや信頼関係を築くホームの理念、ユニットの理念を作成し、始業前に読み上げ、達成に向けて取り組んでいる。月1回のスタッフ会で取り組みの状況を話し合っている。		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域とのつながりを大切にし、地域の祭りや町内会のほか、小中高・保育園の行事に参加するとともに、ホームで行う行事や教室に地域の方も参加もある。また、ホームの広報を量販店や消防署、地区の回覧板で配布している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議や小中学校の職場体験の受け入れ時に、認知症の症状や対応の仕方、考え方等を伝えている。認知症サポーター講座の講師として市民に認知症や運営状況などを啓発している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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カ月に1回開催し、事業所の状況報告を行い、利用者、家族、地域の代表委員から意見を聞き、話し合いの内容をスタッフや家族にも伝え、改善に活かしている。地域代表委員から情報を得て地域の行事等に参加している。		
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取り組んでいる	管理者から市町村に相談したり、市町村からの問い合わせ等に協力している。運営推進会議、認知症サポーター講座や各種会合にて気軽に相談できる関係を築いている。		
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	日中、玄関は開錠し、入居者の行動制限はしないなど、身体拘束をしないケアを徹底している。		

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
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	虐待に関する研修へ参加したり、虐待を発見した際は通報義務があることを職員に伝えている。ホーム内でも虐待につながる行為はない。		
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	職員対象に制度理解のための学習会をしている。支援が必要な事例について福祉事務所や社会福祉協議会等へ相談している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には、質問等には丁寧に応じ、変更点がある場合もその都度説明し、納得してもらいサイン等ももらっている。		
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	家族会や運営推進会議、面会時などに意見を聞いている。1階玄関口にも意見箱を設置している。家族会の時は家族のみで話し合う時間を設け、ホムに遠慮することなく意見を気軽に出示してもらおうよう配慮している。		
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	スタッフ会で意見や提案する機会はあるが、代表者に要望や悩みを伝える機会が少ない。経営面だけでなく、介護や利用者、スタッフに関心を持ってほしい。		
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	管理者以外は時間給制である。皆同額であり、熱意のある者と、そうでない者との不公平感があり意欲の向上が損なわれている面がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	研修案内をスタッフ間で回覧し、個人の力量に合わせた研修に参加している。また、研修報告書を作成し、伝達するなど共有している。		
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	各種研修会等にて他事業者と話し合ったり相談や意見交換したりする機会がある。研修会以外で交流する機会は余りない。		
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	入居前にご家族同伴又は介護者を交え、ご本人が必要としていることや要望などをじっくり聞き、関係を築いている。		
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、ご家族として、また、介護者として困っていることや不安な点など、じっくり聞き信頼関係を築いている。どのようなサービスが受けられ、家族の負担がどのように軽減されるのか、安心が得られるように説明している。		
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	本人や家族の意向に沿って、必要な介護や本人の望むことをくみ取りケアに活かしている。		
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	入居者にスタッフが助けをもらうことも多く、食事や掃除、洗濯物の整理などを一緒に行うことで、共に暮らす者同士の関係を築いている。		

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>入居者との面会や電話、好きな物の差し入れ、外食や外泊など、家族の協力を得ている。ホームとしても入居者と家族の関係を大切にしながら、共に支え合っていく関係を築いている。</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>本人のふる里を訪ねたり、行きつけの理容室を利用するほか、身内を訪ねたり、昔の仕事仲間に合いに行くなど、関係が保たれるよう支援している。</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>言い争いをしたり、大声で喧嘩をする時もあるが、良い面も互いに理解し生活している。一緒に歌ったり、かるたをしたり、入居者同士が楽しめる機会も作っている。食事やおやつの時など利用者同士の楽しい会話も聞かれる。</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>契約が終了しても地域で会った時には挨拶を交わし、入院中は見舞いに行ったり、相談事にも応じている。希望される方には広報も届けしている。</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>本人を交えてカンファレンスを行い、本人の希望や意向を聞いている。家族からの意見や情報をもとに検討している。普段の生活の中で本人が言っている事などをよく聞き、意向に反映させている。</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>家族構成や生活史などを収集し、本人の暮らし方を継続できるように努めている。カンファレンスではケアの経緯を話し合っている。</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	一人ひとりの過ごし方やできること、できないことなど、その経緯や経過、状況や気づきを記録し、現状を把握している。		
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	カンファレンス時に全スタッフと本人の意向を尊重しながら計画に反映させている。家族等には意向を毎回聞いている。担当者を中心に意見交換を行い、個人の希望を大切に、実現可能なプランを作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の生活の様子やケアプランの実施状況、気づいたことなどを記録し、モニタリングやカンファレンスに活用している。		
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	面会に来れない家族には利用者と一緒に会いに出かけたり、遠方でも受診対応している。また、入院時の洗濯物や物品購入など、家族の状況に合わせ可能な限り柔軟に対応している。		
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	地域の図書館の利用や地域の親しい友人と会う機会を作ったり、お遍路さんの接待、祭りへの参加、保育園や小中高校との交流、市町村広報でホームをPRするなど、入居者の暮らしが豊かになるよう支援している。		
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、家族の希望するかかりつけ医や専門医で受診している。体調の変化時や転倒時など医師と連絡をとり、適切な医療が受けられるよう支援している。		

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	週1回の訪問看護を利用しており、その他の時間は24時間連絡が取れる体制となっている。体調面での心配事など、小さな変化でも気軽に連絡している。		
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。	入院時には、ホームでの生活、注意点、配慮して欲しい点などを病院側に伝えている。また、治療内容や退院に向けての連絡調整など、家族も一緒に話し合い、円滑に病院、ホーム間の移動ができるよう努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることが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	ホームで対応できる範囲を入居時に説明し、入居者の状態に応じてその都度家族、医師と相談しながら、可能な限りの対応をしている。終末ケアへの心構えや必要な知識の習得など勉強会もしている。		
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	心肺蘇生法やAEDの使用方法の理解など、年1回は講習を受けている。月1回は急変時の対応方法を訓練し、夜勤者は対応方法を口頭で読み上げ再確認しながら勤務に就いている。		
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	火災訓練、地震訓練、津波の訓練を定期的に行っている。地域の方に火災訓練への協力を依頼し、参加を得ている。非常時に備、飲料水や非常食を3日分備蓄している。		
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	言葉遣いには特に気をつけるよう、スタッフへの意識づけを行っている。トイレ誘導の声かけの仕方、入浴時や排泄時の配慮など、特に気をつけている。		

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	おやつのお菓子を選んでもらったり、食事の希望を聞いたり、外食時には好きな物を選んでもらうなど、自己決定をしてもらう場面を作っている。自分で決められない方には、表情等からも判断している。		
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	ケアプランに沿って本人のペースに合わせている。入浴を拒む方には時間をずらすなどして無理に強要しないよう支援している。		
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	外出時には普段と違う服を着たり、バッグを持ったりお洒落をしている。行きつけの理容院を利用し、お洒落を楽しんでいる方もいる。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	その人に応じた役割があり、旬の野菜や果物を多く取り入れ、地域の行事に対応した料理など、献立を一緒に考えたり、調理の仕方などスタッフも習いながら一緒に準備や片づけをし、食事中も会話も楽しみながら過ごしている。		
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	食事量を毎回確認している。また、水分は食事やおやつの後、その他の時間に摂取するよう支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。介助の必要な方にはうがいと義歯の洗浄介助を行っている。		
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	排泄表を記録することにより、排尿間隔を把握し、尿意の訴えに応じたり、時間を見ながらトイレで排泄するよう誘導支援をしている。		

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	牛乳やさつまいもを飲食したり、適度な運動をすることにより、できるだけ自力排便できるよう支援している。こうした取り組みにより緩下剤を臨時的に使うこともなくなっている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日入浴できるよう準備しており、入居者の希望に沿って朝から夕方までの時間帯に入浴している。		
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	ソファで休息したり、居室で昼寝をしたり、好きな時に横になったり休息できるようにしている。夜の入眠も個人の好む時間に入床してもらうようにしている。		
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	個人の服用している薬の内容や量、作用、副作用を理解している。変化があった時など、すぐ確認し、医師や看護師と相談している。		
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	生活史や本人の得意なことなど、生活の中で活かせる場を多く取り入れている。外出や趣味の読書や編み物を楽しむほか、よさこい祭りやカラオケ、居酒屋、歌手のコンサートにも出かけている。		
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支援している	利用者の希望する場所へ外出している。家族や大切な人に会いに行く機会も作っている。花見や紅葉見物、みかん狩り、コンサートやカラオケ大会などにも出かけている。		

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	現金を持っている入居者は少ないが、預かっているお金で支払いをしてもらうなど、見守り支援をしている。		
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	家族から電話があれば、一緒に話したり、本人から電話することもある。手紙のやりとりをしている方は現在はいない。		
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	共用空間は入居者が使用しやすいよう、親しみやすい雰囲気となっている。不快な音や光はないよう配慮している。季節の花や装飾品を飾ったり、ベランダでは花を育てている。また、季節の果物を置き、好きな時に食べられるようにしている。		
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	居間のソファや、廊下にも畳やベンチを置き、ゆっくり休息できるようにしている。ベランダにも自由に出入れるようにしており、入居者それぞれにお気に入りの場所がある。		
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	入居時には、自宅で使っていたものをできる限り持ち込んでもらっている。家族の写真や好きな人のポスターなども貼っている。自分の作った手芸品を飾っている方もいる。		
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	トイレ、浴室には手摺を設置している。居室には本人が分かるよう表示し、手洗いも大きく表示している。夜間はトイレの電気を常時つけ、場所が分かるよう配慮している。		

ユニット名:

さんご

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	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	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				