

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	3992600050		
法人名	社会福祉法人 愛生福祉会		
事業所名	グループホーム ほうばい		
所在地	高知県幡多郡三原村宮ノ川1420-5		
自己評価作成日	平成29年9月5日	評価結果 市町村受理日	平成29年12月22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)】

村内に一つのグループホームで、昔ながらの”ほうばい”とゆったりとした建物と地産地消の食事を囲み、利用者は、毎日の入浴と、マッサージ師の施術を受けながら、和みとゆとりのある生活を送っている。 家族や地域とのつながりを大切にし、安心、安全な生活の支援をしている。

※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://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kihontrue&ji_gyosyoCd=3992600050-00&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29年10月13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)】

三原村で、唯一の地域密着型サービス事業所であり、地域生活の継続支援が出来る、本当の意味で「ほうばい」(仲間、友だち)の集う事業所となっている。
そのニーズから1ユニットから2ユニットへと増築され、管理者を含め他の市町村からの職員も働いている。明るく、仲良く仕事をしている様子が職員のヒヤリングの中で窺うことができた。
利用者の平均年齢が92歳という状況の中、高齢化が進み、外出することが大変になっているが、母体法人の協力により、三原祭りには全員参加できている。利用者の「ありがとう」の言葉からは、少しでも長い間元気で日々を楽しく暮らせるように寄り添いたいという職員の思いが感じられ、利用者本位の支援が実践されている事業所である。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:月ユニット

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	理念を事務所の前に提示し、いつも目にとめるよう心掛けている。新しい職員を含め各自徹底を心掛けており、自分のロッカーにも張っている。	地域での唯一の事業所としての役割を担っていることから、その理念を継続して、大切にしている。理念にもとづき、地域での生活の継続と家族と地域との関係性を重視し、職員は、「ほうばい」の仲立ちとしての役割を実践している。	
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	利用者と一緒に地元の商店に買い物に行ったり、イベントにも参加して、交流を深めている。日々の面会では顔見知りの人が多いため、多くのつながりがある。	平均年齢が92歳と高齢であるため、地区の清掃参加は職員のみだが、村と商工会主催の三原祭り等、地域のイベントには参加している。駐車場の確保等、関係機関に移動の便宜を図ってもらえる協力体制もできている。	
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	面会を通じて、利用者の状況や介助している場面を目の当たりにし、手を貸してくれる人もいる。外出時には、地域住民からの声掛けが増えている。	/	/
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	事業者の運営状況を知ってもらうと共に、意見交換をしている。サービス評価の結果報告も行い、支援の向上に向けての助言や指導をもらっている。	2ヶ月に1回、開催されている。利用者の状況や行事等の報告は行われているが、サービス向上に向けての話し合いが充分に行われているのか、記録の中からは、具体的なことが見えない。	利用者へのサービス内容を具体的に報告することにより、参加メンバーと事業所の改善課題を協議するとともに、議事録について、話し合った内容が明確に記録されることを期待したい。
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	電話や会議以外にも、日常的に担当者が事業所に足を運んでくれて、協力が得られている。運営状況や利用者状況を報告し、支援向上に向けての助言や指導をもらっている。	成年後見人制度等、支援内容以外の事業所からの相談にも対応してもらい、村との連携ができている。自己評価の報告も毎年行っている。	
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	母体法人の身体拘束対策委員会で勉強会やケース検討会を行い、各現場で身体拘束しないケアを徹底している。問題に直面した場合には、職員同士でその場で検討し、言葉使いにも留意して、身体拘束をしない見守りが途切れないようにしている。	防犯カメラを設置し、玄関は夜間のみ施錠としている。転倒防止のため利用者に応じたセンサーをベッドサイドで使用しているが、状態に応じて夜間のみ使用するなど、抑制にならない工夫をしている。母体法人で行われる定期的な合同勉強会には、職員代表者が参加し、ユニット会で報告されている。	

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
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	職員は言葉使いには特に注意し、利用者が人生の先輩であることを常に意識するよう、心がけている。どのような行為が虐待にあたるかについて、母体法人開催の勉強会で確認している。		
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	成年後見制度を利用している利用者があり、制度について勉強したり、後見人と密に連絡を取っている。家族との関係性も後見人も含め、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	契約時に十分な説明をし、不明な点がないか確認を怠らないようにしている。契約内容の改定があった場合も説明をし、不明な点を聞かれたら、職員全員が対応できるようにしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族の面会や電話、毎月の利用者現状報告で呼びかけして、気軽に話し合えるよう心掛けていく。家族会を定期的に開催し、意見交換を行っている。直接言いにくい意見には、意見箱を設置して対応している。出された意見や要望は、職員間で話し合い、統一した対応ができるよう努めている。	家族会は、毎年家族を案内した忘年会で行われているが、10家族の参加はあるものの、改めて意見や要望には至っていない。意見箱は設置しているが、一度も入っていない。直接要望があった、面会者名簿設置については、直ちに対応している。	
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	職員会、勉強会、申し送りなどを利用して、職員の意見を聞いている。提案があれば、出来ることから運営に取り入れている。運営委員会の会議録は、職員に開示している。	ユニット会等で、意見を言いやすい雰囲気で行っている。現在の課題は職員の確保が一番の問題であるが、母体法人を含め、職員も努力している。	
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	就業規則や賃金体制の見直し等を行い、働きやすい職場環境になるよう努めている。キャリアアップ制を導入。資格取得に向けた支援(費用支援、特別休暇扱い)も行っている。		

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
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	職員配置に余裕がないため、研修参加が難しい。		
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	村内に同じ施設がないため、法人内の事業所との交流を図りながら、情報交換やスキルアップに努めている。		
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	事前面談で、「心身の状態や生活状況」を把握し、本人の思いを聞いたり、施設見学にも来てもらったりして信頼関係を築いている。他施設より入所の場合には、詳細な情報提供を受けている。		
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	入所時には、これまでの生活状態や心身状態を聞き、相談内容や要望を明確にした上で、施設での過ごし方を聞いている。入所直後には、時間を多くとり話しを聞いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時には、当事業所だけでなく、近隣の施設や訪問介護、デイサービス等の利用も説明している。本人と家族の状況に応じたよりよいサービスを選択できるよう、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	介護計画にそって一緒に作業をし、農作物の世話、料理等では、利用者に習いながら行っている。		

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
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	面会時や、担当からの毎月の手紙や写真送付を通じて利用者の日々の様子を伝え、意見等を聞きながら家族の思いに寄り添えるよう努めている。		
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	以前に住んでいた自宅周辺にドライブに出かけたり、地元の商店で買い物をしたりしている。	自宅周辺へドライブをすることにより、昔の記憶が戻り会話が弾むなど、利用者だけでなく職員も喜びを得られている。美容院も送迎までしてくれるなど、馴染みの関係は継続できている。面会者は、他の利用者への声かけもしてくれるなど、地域住民との人間関係も継続できている。	
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	孤立したりトラブルが起らないよう、職員が調整役となって支援している。		
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	サービス利用が終了した利用者家族に地域で会うと、声を掛け合っている。退所後の入院先へも、面会に行っている。		
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	日々の関わりの中で、本人が希望を表出しやすい言葉がけや、対応に心がけている。思いをうまく表出できない利用者については、家族や関係者から情報を得て、把握するように努めている。	会話が成り立たない利用者が4名いるが、表情や仕草等から思いや意向を把握するようにし、思い込みがないよう職員同士で相談もするが、その結果は口頭での伝達に終わっており、記録されていない。	思いや意向の把握にセンター方式の必要性を感じながら、まだ取り組めていない。ケアプランを作成する上でも、情報収集の資料として活かし、利用者の変化とその対応を見える形にして活用できるよう、センター方式に取り組むことを期待したい。
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所前に家族から生活歴を聞くこと以外に本人から得た情報を、職員全員で共有し活用している。		

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
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	職員は担当制にしており、より深く利用者の状態を把握し、日々の申し送りにより職員間で共有している。		
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	日々の関わりの中で本人の意見を聞き、面会時には家族を交えてケア会議を行っている。また各担当者は、担当する利用者に合わせて、介護計画を作成している。	利用者は職員が受け持ち体制をとり、ユニット会で毎月モニタリングを行い、3ヶ月、6ヶ月の見直しをかけている。家族の希望を含め、利用者の表情や気づきから思いを汲み取り、プランに反映している。入院等状況変化があった場合には、見直しの必要性について検討している。	
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	ケース記録だけでなく、生活記録表、水分チェックリスト、排泄記録表、バイタルチェック表を記録し、情報の共有や介護計画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	利用者や家族の希望を聞き、また日々の関わりを通じてニーズを把握して、サービスを提供している。		
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	民生委員や消防署などと連携をとりながら、利用者が安全で豊かな暮らしができるよう支援している。地域のイベントでは、優先的に駐車場を確保してくれたり、会場までの車の乗り入れを許可してくれている。		
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	月2回協力医の往診があり、緊急時にも往診対応がある。また症状が出れば歯科診療も受けている。利用者と家族からの要望や症状の応じて、他科、他医院を受診できるよう支援している。	母体法人の協力で、月に2回の訪問診療と、隔週の訪問看護を受けながら、適切な医療を受けている。主治医が他の場合には、家族同伴での通院が行われている。緊急時、家族が行けない場合には、職員が付き添っている。結果は家族に報告し、職員間でも伝達されている。	

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
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	訪問看護や往診と連携し、適切な診療を行っている。利用者の状態変化を連絡表に記入し、適切な支援が行えるよう努めている。		
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、すみやかに情報提供して適切な治療につなげるよう努めている。入院中も病院と情報交換しており、退院後の治療方針についても主治医や本人、家族と話し合い、適切な治療が受けられるよう努めている。		
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	契約時に希望を聞き、事業所ができる対応を説明している。終末期を迎えた場合には、再度話し合い、本人、家族の希望に沿えるよう支援している。	開所後2名の看取りを行った。現在は状態が悪化した際に「私の医療に対する希望」という書類を、家族に書いてもらっている。最後まで事業所で見て欲しいという希望者が多いことから、事業所での看取りを考える必要性が生じており、協力医や訪問看護との協力体制と支援の方法を検討している。	
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	急変時の対応マニュアルを作成して、事故発生等に備えている。職員は救命講習に参加し、技術取得に努めている。		
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	消防署の協力を得て、年に3回防災訓練(地震・火事・水害)を行っている。村と福祉避難施設の協定を結び、協力体制を整えている。	夜間想定を含め、地震、火災、水害の災害訓練が年3回行われている。火災場所の設定も変えながら避難訓練を行い、地震については、携帯の災害メールを参考に行動するよう取り決めている。福祉避難施設として村と協定を結び、協力体制を整えている。	
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	排泄誘導や入浴支援時の言葉使いに気を付けている。他者の記録文書の中に登場する場合はイニシャル表記するなどして、プライバシーに配慮している。	利用者に応じた暗黙の声かけで排泄誘導されている。トイレは各居室トイレが使用され、トイレのドアが開いたままなので、室内の窓のカーテンを閉める気配りがされている。内容により、イニシャル表記での記録がされている。	

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
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	本人のペースに合わすよう心がけている。拒否がある時は強制しないようにしている。		
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	喫煙希望や個人の新聞購入の希望に応じるなど、利用者の希望や生活歴に沿って過ごせるよう支援している。		
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	訪問理容師を利用している。その日の洋服を、本人に選択してもらっている。		
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	地産地消や旬の食材の利用した献立を心がけている。職員も同じテーブルを囲み、同じものを食べ楽しく食事している。	刻み食やソフト食の利用者も同じメニューで作られており、その利用者に応じた食器に盛られ、自分で食べることを大切にしている。地元の食材で旬の栗の赤飯を炊き、職員も一緒に楽しく会話しながら食べている。	
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	利用者毎の毎食の食事量、1日の水分量、嗜好品を把握している。水分摂取量が少なかったり体調不良の時には、清涼飲料水で対応している。		
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、口腔ケアを行っている。十分できない利用者は介助している。ケア用品を消毒して、保清にも気を付けている。		
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	排泄記録表を活用しながら、自尊心を傷つけないよう配慮しながら言葉がけし、トイレで排泄できるよう支援している。尿意のない利用者にも時間誘導し、自立に向けた支援を行っている。	排泄の自立した利用者は2名のみで、紙おむつが3名、紙パンツが9名、布パンツの利用者も6名いるが、排泄誘導も個々の居室にと、プライバシーを大切にしている。入院時にはオムツになった利用者も、退院後には、元の紙パンツに戻した事例もある。	

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
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	排泄記録をもとに水分補給や運動、オリゴ糖、ヨーグルトの活用により、利用者の状態に合わせて自然排便を促す工夫をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	体調が良ければ、毎日の入浴を勧めている。仲の良い者同士入ったり隣の浴室を使用したり、個々の希望に沿った支援をしている。日々の状態により、多職員で介助したり、入浴剤を活用し 安全に入浴を楽しむ工夫をしている。	毎日の入浴の利用者が2名いる。寝たきりで清拭の利用者も、月に1回は実際に入浴する支援体制を実行している。シャワー浴の利用者が多いが、浴槽に安全につかれるように、利用者に応じて椅子を設置したり、工夫がされている。	
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	レクリエーションや家事などの活動を通して生活リズムを整え、夜間はゆっくり安眠できるよう支援している。睡眠剤を使用する場合は主治医と話し合い、日中の活動に支障を与えないよう考慮している。体調、希望に合わせて午睡の支援もしている。		
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	職員は、薬の効能、副作用を記した書類を確認し、理解している。介護職でできる用法、支援について検討している。		
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	家事作業が役割の位置づけとなるよう、支援している。レクリエーション(歌・体操・ゲーム等)での気分転換もできている。		
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	散歩、ドライブ、自宅訪問など、利用者のそれぞれの希望に沿って外出できるよう支援している。また、希望により家族との外出、外泊ができるように努めている。	一人ひとりの希望に沿って、買い物や自宅へのドライブ等が行われている。初詣も近くの神社に毎年出かけている。地域のイベントにも参加するために、職員もボランティアで協力し、どぶろく祭り、芸能大会、ヒメノボタンを見に行くなどの外出支援をしている。	

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
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	事業所で預かり、管理している利用者がある。買い物の支払時には、本人にってもらうよう支援している。		
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	希望により家族へ電話をかけたり、家族への要望がある時は手紙を書くよう勧めたりしている。切手購入、投函の支援を行っている。		
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	外の景色が見える通路にソファを置き、利用者が落ち着いて話せる空間を作っている。季節の花を飾ったり玄関に花を植えたりして、季節を感じてもらうように工夫している。外出が困難な利用者には写真等で楽しむ工夫をしたり、レクリエーションの歌で季節を感じてもらう工夫をしている。	空調には気を使い、エアコンの温度調整等を利用者の体感に合わせている。窓側にはゴーヤをはわせ、季節感を味わうことができる。2ユニット目の構造は、天井も高くし圧迫感がなく、広々としている。食事を作りながらも利用者が見渡せ、安心して過ごせる居場所となっている。	
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	様々な場所に椅子を置き、好きな場所で過ごせるようにしている。仲の良い利用者が一緒に過ごせるよう、誘導もしている。		
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	利用開始時に、本人らしい居室になるよう使い慣れた物品の持ち込みを依頼している。また、家族により持ち込まれた物を楽しく飾るよう、工夫している。	全居室トイレ完備で、排泄の面でのプライバシーが保たれている。ベッド以外は、自宅からの使い慣れた筆筒などが持ち込まれ、今の写真だけでなく、昔の写真が身近に見られるなどの配慮がされている。	
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	共用場所には障害物を置かないようにしている。利用者の「できること」を理解し、できないことを手伝うことで、自立した生活が送れるようにしている。		

ユニット名:

月ユニット

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：花ユニット

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	理念を事務所の前に提示し、職員はいつも目にとめるよう心掛けている。		
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	利用者と共に地元の商店に買い物に行っている。学校の廃品回収にも協力している。地域のイベントにも参加して、交流を深めている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域のイベントに参加する機会が多いため、利用者の状況や介助している場面を目の当たりにし、手を貸してくれる人もいる。		
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況、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催している。事業所の運営状況を報告するとともに、外部評価の結果報告も行い、支援向上に向けての助言や指導を得ている。		
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	村担当者との関係は良好。運営状況や利用者状況を報告し、支援向上に向けての助言や指導を得ている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	毎月職員会で勉強会やケース検討会を行っている。法人主体の研修にも参加している。		

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	言葉使いには特に注意し、利用者が人生の先輩であることを常に意識するように心がけている。母体法人主体の勉強会を定期的に行っている。		
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	成年後見制度を利用している利用者がおり、後見人と密に連絡を取っている。		
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	契約時に十分な説明をし、不明な点がないか確認を怠らないようにしている。改定があった場合も説明をし、不明な点を尋ねてきたときは、全職員が対応できるようにしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時や電話、毎月の手紙での呼びかけで気軽に話しあえるよう心掛けている。家族会を定期的で開催し、意見交換会を行っている。直接言いにくい意見には、意見箱を設置して対応している。出された意見や要望は、職員間で話し合い、統一した対応ができるよう努めている。		
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、勉強会、申し送りなどを利用して、職員の意見を聞いている。提案があれば、出来ることから運営に取り入れている。運営委員会の会議録は、職員に開示している。		
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	就業規則や賃金体制の見直し等をおこない、働きやすい職場環境になるよう努めている。キャリアアップ制を導入。資格取得に向けた支援(費用支援、特別休暇扱い)もおこなっている。		

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
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	職員配置に余裕がないため、研修参加が難しい。		
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	村内に同じ施設がないので、法人内の事業所yとの交流を図りながら、情報交換やスキルアップに努めている。		
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	事前面談で「心身の状態や生活状況」を把握し、本人の思いを聞いたり、施設見学にも来てもらったりして、信頼関係を築いている。他施設より入所の場合は、詳細な情報提供を受けている。		
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	入所時には、これまでの生活状態や心身状態を聞き、相談や要望を明確にした上で、施設での過ごし方の希望を聞いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時には、当事業所だけでなく、近隣の施設や訪問介護、デイサービス等の利用も説明する。本人と家族の状況に応じた、よりよいサービスが選択できるよう努めている。		
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	介護計画に沿って利用者と一緒に作業し、農作物の世話等では利用者に教わっている。		

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
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>利用者の日々の様子を、面会時や毎月の手紙や写真を通じて伝えている。意見、要望を聞きながら、家族の思いに寄り添えるよう努めている。</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>以前に住んでいた自宅周辺にドライブに出かけている。地元の商店で買い物をしたりしている。</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>ホールの座る場所を固定せず、利用者同士が気軽に話し合えるようにしている。また、孤立したりトラブルが起らないよう、職員が調整役となり支援している。</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>サービス利用が終了した利用者家族に地域で会うと、声を掛けあっている。</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>日々の関わりの中で、本人が希望を表出しやすい言葉がけや対応を心がけている。思いを上手く表出できない利用者については、家族や関係者から情報を得て、把握するように努める。</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>入所前に家族から生活歴を聞くこと以外に、本人から得た情報を職員全員で共有し、活用している。</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	担当制にしており、より深く利用者の状態を把握し、日々の申し送りにより職員間で共有している。		
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	日々の関わりの中で本人の意見を聞き、面会時には家族を交えてケア会議を行っている。また各担当者の考え方を職員会で話し合い、介護計画を作成している。		
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	ケース記録だけでなく、生活記録表、水分チェックリスト、排泄記録表、バイタルチェック表を記録し、情報の共有や介護計画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、その時々にも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	利用者や家族の希望を聞き、また日々の関わりを通じてニーズを把握して、サービスを提供している。		
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	民生委員や消防署などと連携をとりながら、利用者が安全で豊かな暮らしができるよう支援している。地域のイベントでは、優先的に駐車場を確保してくれたり、会場までの車の乗り入れを許可してくれている。		
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	月2回協力医の往診があり、緊急時にも往診対応がある。また症状が出れば歯科診療も受けている。利用者と家族からの要望や症状に応じて、専門医を受診でき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	訪問看護や往診と連携し、適切な診療を行っている。利用者の状態変化を連絡表に記入し、適切な支援が行えるよう努めている。		
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、すみやかに情報提供して適切な治療につなげるよう、努めている。入院中も病院と情報交換しており、退院後の治療方針について主治医や本人、家族と話し合い、適切な治療をしていけるよう努めている。		
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	契約時にターミナルケアの希望を聞き、事業所ができる対応を説明している。また終末期を迎えた場合には再度話し合い、本人、家族の希望に沿えるよう支援している。		
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	急変時の対応マニュアルを作成しており、発生時に備えている。救命講習に参加し、技術取得に備えている。		
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	消防署の協力を得て、年に2回防災訓練を地域の区長、利用者家族、住民の参加で行っている。三原村と福祉避難施設の協定を結び、協力体制を整えている。		
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	排泄誘導や入浴支援時の言葉使いに気を付けている。他者の記録文書の中に登場する場合はイニシャル表記するなどして、プライバシーに気を配っている。		

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	選択肢を提示して、本人のペースに合わせようとしている。拒否があるとき、は強制しないようしている。		
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	喫煙希望や個人の新聞購入の希望に応じるなど、利用者の希望や生活歴に沿って過ごせる支援をしている。		
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	訪問理容師を利用している。		
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	地産地消や旬の食材の利用した献立を心がけている。家庭菜園の野菜と一緒に収穫し、収穫物を食べている。職員も同じテーブルを囲み、同じものを食べ、楽しく食事している。		
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	毎食の食事量、1日の水分量、嗜好品を把握している。水分摂取量が少なかったり、体調不良のときは、OS-1で対応している。		
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、口腔ケアを実施している。自分できない利用者は、介助している。ケア用品を消毒し、保清にも気を付けている。		
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	排泄記録表を活用しながら、自尊心を傷つけないよう配慮しながら言葉がけをし、トイレで排泄できるよう支援している。尿意のない利用者にも時間誘導し、自立に向けた支援をおこなっている。		

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
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	排泄記録をもとに水分補給や運動や、オリゴ糖の活用により、利用者の状態に合わせた自然排便を促す工夫をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	体調が良ければ、毎日の入浴を勧めている。仲の良い者同士入ったり、隣の浴室を使用したり、個々の希望に沿った支援をしている。		
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	レクリエーションや家事などの活動を通して生活リズムを整え、夜間はゆっくり安眠できるよう支援している。睡眠剤を使用する場合は主治医と話し合い、日中の活動に支障を与えないよう考慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の効能、副作用を記した書類を確認し、理解している。		
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	家事作業をお願いすることで、役割の位置づけとなるよう支援している。レクリエーション係が年間計画を立て、今月の歌をみんなで覚えたりすることで気分転換している。		
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支援している	散歩、ドライブ、自宅訪問など、利用者のそれぞれの希望に沿って外出でき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
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	施設で預かり、管理している利用者がいる。買い物の支払いでは、本人にしてもらうよう支援している。		
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	利用者が希望するときは、家族へ電話をかけたり、家族への要望がある時は手紙を書くよう勧めたりしている。		
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	外の景色が見える通路にはソファを置き、利用者が落ち着いて話せる空間を作っている。季節の花を飾ったり玄関に花を植えたりして、季節を感じてもらうように工夫している。		
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	色々な場所に椅子を置き、好きな場所で過ごせるようにしている。仲の良い利用者が一緒に過ごせるよう、誘導もしている。		
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	家族が差し入れた物を、楽しく飾るよう工夫している。		
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	共用場所には障害物になるような物を置かないようにしている。利用者の「できること」を理解し、できないことを手伝うことで、自立した生活が送れるようにしている。		

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				