

1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和2年1月31日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4670300948
法人名	辛 卯
事業所名	グループホーム 和みの家
所在地	鹿児島県鹿屋市西大手町8190-1 電話 0994-40-7855
自己評価作成日	令和2年1月6日

※事業所の基本情報は、WAMNETのホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.wam.go.jp/
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人NPOさつま
所在地	鹿児島市新屋敷町16番A棟3F302号
訪問調査日	令和2年1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)】

*ご利用様、ご家族様に職員が、常に寄り添い、共に一体となって家族として接することが出来るよう設立の時から理念となっています。
 ①系列の協力病院の訪問診療、受診を毎月継続していただく。
 ②施設周辺尾環境がとても良い場所にあり、交通の利便も良いです。
 ③近辺に学童保育もあり、触れ合い等の交流も出来ます。
 ④施設では、季節毎の行事を実施、家族会を深め、家族との交流も深めています。毎月、ご利用様の状況をお便りで発信しています。
 ⑤職員の資質向上の為、施設内外の勉強会、研修会に上司の協力的支援あり働きやすい環境にあります。

事業所は、スーパーやレストラン、病院や銀行等の公共施設が充実した立地にあるため外出しやすく、また、母体医療機関の跡地ということもあり、地域住民ともよく連携が図れており、見学もあり差し入れをもらう機会も多い。

日常会話の中から利用者の思いや意向を汲み取ると共に、家族からは面会時に積極的に意見を尋ねるようにしている。また、年2回家族会を開催するほか、家族アンケートも取っており、率直な意見をもらい運営に反映させている。

入浴は基本的に週3回としているが、入浴しない日は毎日清拭をして体を清潔に保っている。昨年、A棟浴室にリフトを設置したことで、これまで浴槽に浸かれなかった方も浸かれるようになったため、利用者、家族にとっても喜ばれている。

年2回、夜間想定を含む火災訓練を実施した際は、町内会長の参加が得られたほか、緊急連絡網に地域住民の名前を登録させてもらうなど、連携を図ることができている。また、災害時用として、各居室に衣類やおむつ、タオル等を入れた非常持ち出し袋を準備し万一来に備えている。

開設当初の職員が考えた理念を掲示し、毎朝の申し送り時と職員会議、ケア会議でも唱和し意識付けを図っている。施設長は、グループホームは家庭の延長であると考えており、また、現状に沿った理念であることも重要と考えていることから、今後は理念の見直しを検討していく意向である。

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
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	申し送り時ミーティング、ケア会議時を唱え会議に入る、接遇など目標を掲げ、実践に生かしてる	開設当初の職員が考えた理念を玄関と事務所に掲示し、毎朝の申し送り時や職員会議、ケア会議で唱和して意識付けを図っている。今後は、利用者や環境の変化、法改定等に合わせ理念を見直したいと考えている。	
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	歩行者天国、サロン参加、水神祭り、学童保育と交流を持ち、さつま芋を乾燥し近所や慰問者に配布、悠々、市の夏祭り見学、健康祭り参加。時に近くの飲食店よりランチ、伊勢海老等頂く。	近くの学童保育によるお遊戯の披露があるほか、慰問ボランティアの来訪や、クリスマス会に地域住民を招待し交流している。また、市の夏祭りや健康祭りに参加したり、近所の飲食店から差し入れをもらう間柄ができています。	
3		○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている	ルンジカフェ実施、近所の方達に呼びかけ、認知症の症状等を理解して頂いています。また、徘徊模擬訓練などで支援方法など学ぶ（施設長、ケアマネ）		
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	行政、町内会長、民生員、地域、家族代表者の出席で入所者様の状況報告各会議での報告、地域者の意見、非常時の避難経路等、話し合う機会にもなっています。面会などで運営推進会議録を提示する。（2ヶ月毎）	会議には家族や民生委員、町内会長、行政職員等が参加し、事業所の活動内容の報告のほか、地域の避難場所に空きビルを活用する案が出ていることについてや、外国人の雇用の検討について意見が出るなど、毎回活発な意見交換ができており、サービスの向上に反映させている。	

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	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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、他施設事業所の情報提供等の利点など活用し、サービスに取り組んでいます。高齢福祉課、安心安全課と連携を密にして災害に備えています。	行政職員とは、運営推進会議で意見交換をするほか、介護保険関係書類の提出や相談事がある時等に出向き意見をもらっている。また、毎朝メールを確認したり、行政主催の研修会で顔を合わせる等、日常的に連絡を取り合い連携を深めている。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	各棟の身体拘束廃止委員会担当者による検討会議でマニュアルの事例（議題）で等、不適切な言動等、その都度注意し合うチーム作りを実施する。外に出たがる行為ある時は一緒に散歩に出る。	身体拘束廃止委員会を設置し、毎月の職員会議で研修を実施している。特にスピーチロックに関しては、気付いた時はその都度、職員間で注意し合うと共に、声の調子を変えるだけでも優しい印象になることを話し合っている。また、職員間で連携して見守りをする事で、鍵をかけない自由な暮らしを支援している。		
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	毎月の会議で接遇を掲げ、その人らしい尊厳を尊重します。言葉使いなど、不快に思える言動はスタッフ同士で注意できる関係を構築している。			
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	研修、勉強会等で成年後見人制度を理解し、利用者の精神的不安解消等に権利擁護の理解を深め学びながら支援します。			

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
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	入所前の情報提供、家族の聞き取り、ご本人様の状態等を含めて面談実施、施設での生活面の説明、利用料金説明させて頂き双方納得の上での契約を交わします。		
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	日常の面会、毎月の生活状況、医療状況等お便りしている。季節毎の行事、家族会を年2回実施、要望等、施設生活でのアンケートして頂く。玄関に意見箱、運営推進会議録提示し参考にしていきます、環境、々に生かしています。	家族が面会に訪れた際は、必ず意見や要望を尋ねるほか、年2回、家族アンケートを取り、率直な意見をもらっている。事業所での様子を毎月「現況報告書」を作成し、家族に送付することで、感想や意見を出しやすくしており運営に反映させている。また、体調に変化が見られた場合は速やかに家族に報告するなど、日頃から連絡を密に取っている。	
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	ミーティング、ケア会議、運営推進会議参考にして個人面談等で働きやすい雰囲気作りでしている。	毎日の申し送り時や職員会議で意見を聞くほか、相談事がある時は個別に話を聞いている。休日取得については、毎月希望を尋ね、可能な限り対応している。また、研修についてもなるべく職員が平等に参加できるよう配慮している。	
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	スタッフが資格取得できる環境作りを行い、外部での研修、講習、等に積極的に勉強できる環境を提供されます。資格取得後は手当てを支給される。		

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
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、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</p>	<p>自主研修、勉強会、外部での研修会等に参加時、スタッフ同士の情報交換、意見交換行い、切磋琢磨している。</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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り組みをしている</p>	<p>研修、勉強会等で成年後見人制度を理解し、利用者の精神的不安解消等に権利擁護の理解を深め、学びながら支援します。</p>		

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
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	事前訪問して、ご本人様の意見不安要因（生活する上での困ってる事、希望、要望等）伺い納得されるような説明を行い、不安なく施設生活になじんでいただく環境づくりを行う。		
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	事前訪問等を行い、情報提供、入所前の生活状況等を傾聴サービスにつなげる。施設利用料金の説明等、不安のないよう配慮する。		
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	ご本人様、家族様の情報を元にアセスメントを行い、サービス提供の目標を決め、ケアプランを作成する。		
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	簡単な手作業をスタッフと楽しみながら出来ること（タオル畳み、お盆拭き、切り干し大根づくりを腰掛けてハンガーにかける）手伝いや、共通の話題作り等、思いやりを持って接することで信頼関係を築く		

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
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護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	毎月のお便り等で状況報告する。面会時は自室に誘導、ゆっくりお茶を飲みながら話ができる環境を提供する。		
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	レゾカフェ、町内サロン、故郷訪問病院受診等で馴染みの人と会ったりして喜ばれたりします。夏祭り見学、健康祭り等で近所の方たちと会う事もある。	地域包括支援センターが主催するサロン会に参加したり、墓参りなど家族の協力により出かけている。また、故郷訪問として、花見等ドライブを兼ね、生まれ故郷を見て回るなどしている。希望があれば個別の外出にも対応したいと考えている。	
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	リハビリ、レクリエーション等で、仲良くなったり、気の合う人と朝から晩までホールのソファ等で会話、テレビ視聴しています。日中、1～2時間は居室で休むも殆どホールで過ごされて孤立感は見られないです		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	ターミナルケア等で入院が長引いたりするとやむ得ず退所する事もある為、面会、他界された時はお通夜に参列し最期のお別れをさせて頂いてます。		

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
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	ケア会議で個別のサービス、現状維持での把握を行う。日々の会話で思いや意向等の気持ちを大事にしながら、家族等の面会が途絶えた場合は電話、お便りで状況をお知らせする。	日常会話から思いを汲み取るほか、言葉による表現がスムーズにできない利用者においては、表情や仕草、家族からの意見も参考にしながら意向を把握している。知り得た内容は「スタッフ用伝達ノート」に記入し情報を共有している。	
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	入所前のご本人様、家族様の生活状況等を把握、ケアプラン作成を行っています。		
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	毎日の状況把握とケアプランに沿って、支援経過、モニタリングを行い把握する。		
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	介護保険認定更新時、短期目標の見直しを終了時にサービス担当者会議を実施（本人、家族、医師の紹介状）等スタッフで実施する。止むを得ず出席できない場合は事前に要望等を聞く。	本人家族の意向を基に毎月のケア会議において利用者全員のカンファレンスを行い、3ヶ月毎のモニタリングや主治医の意見も参考にしながら介護計画を作成している。また、日頃の様子観察を十分に行う中で状態に変化が見られた場合は、その都度計画を見直し、担当者会議を経て関係者に介護計画書を交付している。	

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
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	短期目標に照らし合わせ出来る面と、出来てない面を把握してモニタリングを行いケアプランに反映する。		
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	個別支援、グループ活動でケアのサービス向上に努める。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らし方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	町内会の行事（サロン会、水神様祭り、学童と触れ合い会、夏祭り見学、レゾカフェ、町内会より花苗等、慰問、鹿屋市回覧板、運営推進会、防災訓練で、地域）の協力を得ている。		
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	系列の病院、各、専門病院等の連携を図り、緊急時以外は、看護師の付き添いで受診する。A棟は病院から訪問診療をして下さり便利を図っています。	利用者全員が協力医療機関をかかりつけ医としており、A棟においては、毎月訪問診療も受けられるため、利用者や家族の安心につながっている。受診時の内容は「看護連絡帳」に記録しており、家族にも丁寧に説明している。	

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
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	毎日のバイタル測定で表情等確認、日勤、夜勤帯の申し送り報告行い連携を図る。		
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、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。または、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	病院のソーシャルワーカーより、情報頂き、家族の同意により綿密に連携行い、家族、本人様の納得されるよう努める。		
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、早い段階から本人や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	入所時の契約時に容態急変事の説明する。入院時は医師の説明を家族と共に聴き、その後の経過で、家族と相談の上方針を決める。	重要事項説明書の中に「看取り介護実施定義」を盛り込み、入居時に説明している。これまでは重度化した場合は、入院になることが多かったため、看取りの経験はないが、事業所としては医療機関に頼らない看取りには対応したいと考えている。	
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、すべ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	毎月の勉強会等で、マニュアルに沿って緊急時の対応の仕方を学び、訓練する。		

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
35	13	<p>○災害対策</p> <p>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている</p>	<p>毎月、災害対策マニュアル訓練を会議等で避難経路の確認を実施する、夜勤者同志による避難経路、火災通報装置等、確認を行っています。町内会の防災会議に出席する。</p>	<p>夜間想定を含む災害訓練を年2回実施するほか、毎日夜勤者が火災報知機や避難経路、通報手順等を確認してから業務に就いている。備蓄については、飲料水やレトルト食品、カップ麺等を約3日分準備しており、備品もライト付きヘルメットや防災頭巾、ランタンやエアマット等を備えている。</p>	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	入所以前の訪問、情報提供、入所の契約書ケアプラン等の守秘義務は勿論ですが、プライバシーを損ねるような言動は慎むよう皆で優しい言葉使い等毎月の勉強会で学び実践しています。	接遇や個人情報、プライバシーに関する研修会を毎月の職員会議とケア会議に組み込み、羞恥心に配慮したさり気ない声かけやポータブルトイレの管理等に気を配っている。また、ボランティア等来訪者には、守秘義務についてを説明し理解を求めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	個人的にアセスメントを行い、嗜好調査、好みの服選び、リハビリ等の自己決定できる雰囲気作りをする		
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	朝の朝礼から始まり、午前10時のレクリエーション、リハビリとケアプランに沿って実施するが、本人のペースも考慮し、無理なく誘導を促す。余暇時間は会話や、テレビ視聴等他者とコミュニケーションを図る。		
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支援している	入浴、清拭時は勿論好みの服選べるよう支援する。毎朝、お化粧される人もおられて他者の刺激にもなっています。		
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	1週間位の間隔で献立表に記載し、同じメニューにならないよう心がけています。、個人的にの嗜好調査等を行い行事食等に取り入れています。	特に献立は立てておらず、毎日利用者に食べたい物を尋ねメニューに加えている。お盆やテーブル拭き、調理の下ごしらえを利用者と職員が一緒に行い、同じ食事を会話を楽しみながら食べている。	

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
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	1日の摂取量を1,100～1,400kcalを目安で、栄養バランスを考慮しながら10時、15時のお茶とおやつを提供する。摂食量、水分摂取量をチェックで把握している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、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	食前に声かけ、誘導を促し、うがい、手洗い実施している。食後は口腔ケア、義歯洗浄を実施している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、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	定期誘導、個別誘導（時間を見て誘導）把握（排泄チェック表）日中はトイレ誘導行う。夜間はポータブルトイレ、尿とりパット使用、個人別に支援を行っています。	排泄チェック表を参考に、個々の排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄を基本とすることで、補助具に頼らない支援につなげている。また、これらの支援については、職員全員が統一した介護になるよう介護計画に組み込み、情報を共有して支援につなげている。	
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	排泄表で把握、排便チェックと水分摂取、食物繊維豊富なイモ類、ごぼうや、ヨーグルトなどで排便コントロールしています。足ふみ、お腹の周りをマッサージ、行う。医師の指示の緩下剤処方です。漢方薬ではセネ茶も飲用している。		

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
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援している	W3回の入浴です。入浴嫌いな人は言葉掛けを上手に工夫して風呂場に誘導しています。浴室まで行くと抵抗なく入る。浴槽に浸かるのが困難な人はリフト浴を使用する。	週3回入浴するほか、入浴しない日は必ず清拭を行うなど保清に努めている。ゆず湯や入浴剤を使うなど入浴を楽しむ工夫をしており、A棟にはリフトを備えているため、高齢化や重度化にも対応している。	
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	夜熟睡できず、日中、居眠りする時は、午前、1～2時間は休眠とり、昼夜逆転にならないよう努めています。		
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	受診後、処方箋を確認、薬の名前、用法等、理解した上で数人のスタッフと名前確認行う。服薬時は飲み込み確認まで行う。		
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、一人ひとりの生活暦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	お膳拭き、洗濯物(タオル、パジャマ)等や、食材の下ごしらえ(野菜、海老、干し大根)スタッフと一緒に手伝う。会話で野菜の絵カードを見て料理方法を尋ねると得意な料理を自慢気に話される。		
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に支援に努めている。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	近辺の水神様まで散歩に出かける。花見ドライブ、故郷訪問等、夏祭り見学、お風呂カフェ参加、A棟、B棟に、お互いに交流を図っています。家族は墓参り、外食等にお連れして下さり協力的です。	初詣や季節毎の花見、鹿屋市夏祭りや母体医療機関主催の健康祭り等を、年間行事計画に組み込み外出している。また、ストレスにつながらないように、日常的に散歩に出かけたり、菜園に水やりに出かけるほか、天候や体調等、当日の状況でドライブを計画し出かけるなど、臨機応変に対応している。	

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
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している</p>	<p>利用料金持参時、残高確認して足りない時は預かる（尿とりパット、病院代、薬代、散髪代等）。毎月の請求時に家族便りと一緒に預かり金の使用した領収書、残高のコピーを家族に送付する</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している</p>	<p>家族の声が聞きたい時は電話等での取次ぎを行う。面会の要請する事もあります。毎月のお便りに状況を連絡します。</p>		
52	19	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱を招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>起床時、消灯時の室温確認、寝具の整理、窓の開閉確認、毎朝、掃除の徹底、ホールは季節のお花、を飾り快適に、過ごせるよう配慮している。自室には家族写真や誕生日の色紙、装飾品等飾ります。</p>	<p>フロアの天井は高く、ソファーやテーブルが余裕を持って配置されているほか、利用者と職員が作った季節の作品も掲示されており、明るい印象を受ける。また、弱酸性次亜塩素酸を使用した加湿器を置いたり、こまめに換気を行うなど感染症予防にも努めている。立位が困難な方でも体重が測れるよう、車椅子対応の体重計を備えている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている</p>	<p>ホールに2人がけ、3人がけのソファーを設置、気の合った同志がおしゃべりされています。</p>		

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
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>使い慣れたタンス、アルバム、装飾品等飾りカレンダー、時計など見えやすい場所に設置してあります。用事のある時は遠慮なくナースコールを押すようお願いする。定期的に巡視して確認しています。</p>	<p>エアコンやベッド、クローゼットが備え付けられ、各居室に利用者毎の災害時用非常持ち出し袋も準備されている。高齢化や重度化に伴い、今後は全てのベッドを電動ベッドに替えていく予定である。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している</p>	<p>自分の行きたい場所、手すり動線に配慮し安全に歩行できる体制を整えています。</p>	/	/

V アウトカム項目

56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1 ほぼ全ての利用者の
			2 利用者の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	利用者と職員と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見られている。 (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している。 (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る。 (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，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