

## 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	3972100501		
法人名	社会福祉法人 ふるさと自然村		
事業所名	グループホームのいち		
所在地	高知県香南市野市町東町1652-1		
自己評価作成日	平成24年4月18日	評価結果 市町村受理日	平成24年6月29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)】

デイサービスや近隣にケアハウスがあり、災害時には協力体制がとれる状況となっています。また地域交流ホールでの合同行事(運動会、文化祭、ボランティアによるレク等)に参加し交流を行っています。

※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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3972100501&amp;SCD=320&amp;PCD=39">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3972100501&amp;SCD=320&amp;PCD=39</a>
----------	---

### 【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24年5月24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)】

事業所は近隣にホテルや営業所、スーパー・飲食店などがある利便性の高い場所に位置している。事業所は母体法人運営のケアハウスに隣接するとともに、デイサービスに併設している。施設間の強い協力関係のもとで、ケアハウスの地域交流ホールを利用し、利用者と職員が共に行事に参加して交流などを楽しんでいる。地域住民が少ない環境から、管理者は災害時における住民の協力が期待しにくいことも考慮し、利用者の安全な避難誘導を日頃から職員と共に検討している。日々のケアでは、利用者には下肢筋力をつけることを大切に考え、散歩に力を入れている。医療機関との連携のもとで、看取り介護も実践しており、今後も希望に応じて取り組む体制を築いている。職員のチームワークの良さが利用者の落ち着いた生活に繋がっており、その人らしくという理念を尊重し、利用者寄り添うケアの実践に日々取り組んでいる。

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:あさがお(2階)

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<b>○理念の共有と実践</b> 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	事業所独自の理念を作成。日々のサービスに取り組んでいる。申し送り時やスタッフ会等でも振り返り、意識づけを行っている。	朝礼の時などに理念を確認して意識づけを行っている。意識づけが不十分な場面があるときは、職員を利用者から離れた場所で注意し、利用者への尊敬と思いやりを持って介護に携わるように促している。	
2	(2)	<b>○事業所と地域とのつきあい</b> 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	デイサービスやケアハウスの利用者との各種行事(運動会・文化祭・敬老会・社交ダンス等)に参加し交流している。また地域のボランティア(傾聴・季節の野菜の収穫等)との交流を保つように努力している。	地域住民は少ないが、近くの幼稚園の運動会やクリスマス会での交流、シルバー人材センターでの芋掘り等、同法人運営のデイサービスやケアハウスの利用者との交流がある。地域の情報は運営推進会議で得る場合が多い。	
3		<b>○事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	認知症ケアの講習会に参加できたが、地域住民との講習会等は開けていない。3月に認知症キャラバンメイト養成講座に参加予定である。		
4	(3)	<b>○運営推進会議を活かした取り組み</b> 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	定期的開催し、サービスの実施状況等の報告や話し合いを行っている。また意見・要望を受けサービス向上に努めている。	会議では利用者状況や事故報告、行事や研修予定、避難訓練等を議題にして出席者(家族・民生委員・利用者・行政職員・職員)と意見交換を行い、助言をもらっている。評価結果も報告されているが、目標達成計画は話し合われていない。	目標達成計画についても議題にして、取り組み状況等を報告し、出席者から意見をもらうことで、より開かれた会議となることを期待する。
5	(4)	<b>○市町村との連携</b> 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	市担当者や地域包括支援センターに入居者の状況や入退居について報告・相談し意見を聞いている。	入居者の困難事例や職員勤務などについて相談し、意見や助言を貰う事で事業所の状況を伝え、関係を築いている。	
6	(5)	<b>○身体拘束をしないケアの実践</b> 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	研修会に参加した職員から、スタッフ会で報告を受け共有することにより、身体拘束を行わないケアに努めている。	職員は身体拘束についての研修を受け、理解している。転倒の危険がある利用者には、畳の部屋の使用や、躓きを解消する工夫をし、外出傾向のある利用者には、廊下のチャームで察知して付き添い、言葉の拘束が見られたときは、その都度注意することで、拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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		<b>○虐待の防止の徹底</b> 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	研修会に参加した職員から、スタッフ会で報告を受け共有することにより、意識的に取り組んでいる。		
8		<b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 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	入居時に、家族に説明している。今後は職員の理解を深めるよう勉強会などで取り組んでいく必要がある。		
9		<b>○契約に関する説明と納得</b> 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	事前面談も含め、利用者・家族の希望や疑問点を聞き、説明により理解・納得の上、同意をえている。		
10	(6)	<b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 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	利用者との関わりの中や、家族の面会時など、機会を捉えて意見要望等を出しやすい関係作りを心がけている。	利用者には、食事メニューや希望の外出先などを聞いている。家族会は年1回、忘年会やクリスマス会の時開いているが、参加者は3～4名と少ない。家族の意見は主に面会時や運営推進会議の場で聞いている。	
11	(7)	<b>○運営に関する職員意見の反映</b> 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	申し送り時やスタッフ会の際に職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。また必要があれば随時その日の職員を招集し話し合いの場を設けており、申し送りノートに詳細を記載しその他の職員にも情報が伝わるようにしている。	職員からの意見や提案は日々のケアの中や、毎月のスタッフ会では出されている。会の欠席職員には記録で周知し、意見を聞いている。現場で解決できないことは上司に伝え相談している。	
12		<b>○就業環境の整備</b> 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	個々の努力や勤務状況について把握し評価を行い、満足してもらえるように就業環境に配慮している。福利厚生事業により、就労意欲の向上につながっている。		

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		<b>○職員を育てる取り組み</b> 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	法人内研修は定期的開催されている。外部研修も含めて参加の機会を設けたり、スタッフ会で研修報告を行っている。		
14		<b>○同業者との交流を通じた向上</b> 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	定期的に同業者が集まる研修会に参加し、スタッフ会で研修報告を行っている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>○初期に築く本人との信頼関係</b> 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	事前面談時には本人の生活状況や心身の状態など聞く機会を設け、本人の思いを受け止め、沿っていけるように努めている。		
16		<b>○初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	事前面談時には、これまでの経過や家族の希望、不安、要望などを聞く機会を設け、家族の思いを受け止め、沿っていけるように努めている。		
17		<b>○初期対応の見極めと支援</b> 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、家族が必要としている適切なサービスを見極め、必要であれば他のサービス利用も含め対応している。		
18		<b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b> 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	本人の得意分野(料理、裁縫、園芸など)で力を発揮してもらえるように、声掛け環境作りを行っている。		

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><b>○本人を共に支えあう家族との関係</b></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>面会時には入居者の近況報告以外にも、家族自身とのコミュニケーションも持ち、共に利用者を支えていけるような関係作りを目指している。</p>		
20	(8)	<p><b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b></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>家族や友人への手紙・電話の仲介や、住み慣れた自宅周辺へ出かけたりしている。(特定の入居者)</p>	<p>入居前に生活していた場所に出かけたり、馴染みの理容師に来てもらっている。墓参りや知人の見舞いには家族と行き、年末年始に家族と外泊する利用者もいるなど、家族を含め関係が途切れないように支援している。</p>	
21		<p><b>○利用者同士の関係の支援</b></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>利用者同士が関わり合い、支え合って生活できるように、一人ひとりの個性を理解し、関係性を取り持つ支援をしている。</p>		
22		<p><b>○関係を断ち切らない取組み</b></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>退居後も声掛けを行ったり、家族からの相談があればすぐに対応している。</p>		
<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)	<p><b>○思いや意向の把握</b></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>生活歴や得意分野から話題提供し意向を把握するように努めている。困難な場合には日々の行動や表情から思いを汲み取ったり、家族から情報を得るようにしている。</p>	<p>個々の利用者の記録や言葉から、思いや意向の把握をしている。意思疎通の困難な利用者には行動や表情から汲み取ったり、家族から情報を得て把握している。</p>	
24		<p><b>○これまでの暮らしの把握</b></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>生活歴やサービス利用の経過等について、家族やケアマネ等からの情報把握に努めている。</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		<b>○暮らしの現状の把握</b> 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	日々の生活状況や心身の状況を、職員全員が総合的に把握し、本人の持てる力の発見に努めている。		
26	(10)	<b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b> 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	本人や家族の意見を聞き、職員の気付いた事などを意見交換しながら話し合い作成している。	モニタリングは職員の意見を聞いて計画作成者が行い、カンファレンスは家族の意見も踏まえて職員と共に行っている。定期的には短期3か月、長期6か月毎に見直し、入院や状態変化が生じた時はそれに応じて見直しを行っている。	
27		<b>○個別の記録と実践への反映</b> 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	ケアプランに基づいて、日々の様子やケアの実践、結果、気づきを記録している。記録を基に見直しを行っている。		
28		<b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b> 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、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努めている。また同意を得て、在宅支援診療所、訪問リハビリを活用している。		
29		<b>○地域資源との協働</b> 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	ボランティア(音楽、傾聴、季節のお楽しみ会など)や近隣の園児との交流により、日々の暮らしを楽しむことができるよう努めている。		
30	(11)	<b>○かかりつけ医の受診支援</b> 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	入居前までのかかりつけ医や、希望する医療機関への受診に対して情報提供などの支援を行っている。また協力医療機関の月2回往診や随時往診を行い支援している。	利用契約時に説明のうえ、希望する医療機関への受診支援を行っている。事業所には協力医療機関から月2回の内科訪問診療があり、看護師・医療機関との連携がとれている。他科受診には家族や職員で対応し、結果は口頭や文書で共有している。	

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		<b>○看護職との協働</b> 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	看護職員を配置しており(4回/W)、利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護職員がいない場合は、確実な連携を行っている。		
32		<b>○入退院時の医療機関との協働</b> 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。	入院時には情報提供を行い、面会時等には病院関係者との情報交換に努め、早期退院に向けて環境等を整えている。		
33	(12)	<b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	本人、家族の気持ちを大切にしながら、苦痛がなく穏やかに終末期を過ごしていけるよう、本人、家族、医師、看護師、職員などが方針を共有し、早期から話し合いを行いながら支援している。	看取りのマニュアル(方針)を入居時に説明している。看取りが近いと判断された時には、再度家族と話し合い意思の確認を行っている。事業所では医療機関、看護師と連携した看取り事例があり、家族の希望に沿って今後も支援することとしている。	
34		<b>○急変や事故発生時の備え</b> 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	マニュアルを整備し取り組んでいるが、今後も実技を繰り返し行い、実践力を身に付けていくことが必要である。		
35	(13)	<b>○災害対策</b> 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	年2回の防災訓練を実施している。事業者間(デイサービス、ケアハウス)との協力体制はとっているが、地域住民の参加による訓練はまだ実施していない。	年2回の訓練には、地域住民に協力を依頼しているが、住民参加はまだ得られていない。同一敷地内にあるケアハウスやデイサービスとは協力体制が整っている。災害に備え食料(食品セット・水・缶詰等)や衛生材料品などを備蓄している。	運営推進会議でさらに訓練の実情を議題にし、災害対策をはじめとした近隣との関係構築に、民生委員や市職員のアドバイスを受けながら継続的に取り組むことを期待する。
<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)	<b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b> 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	理念に沿って、利用者の尊厳を守れるような言葉かけや対応を心掛けている。	トイレ誘導の際には声のトーンを下げて声かけするなど、利用者の羞恥心に配慮している。事業所外では利用者のことを話題にしないように注意している。	

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		<b>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</b> 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	利用者が思いを表したり、自己決定出来るような言葉掛けや場面作りに努めている。		
38		<b>○日々のその人らしい暮らし</b> 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	一人ひとりのペースを理解し、本人の希望も聞き出しながら個別の支援ができるよう努めている。		
39		<b>○身だしなみやおしゃれの支援</b> 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	自分で身だしなみができるように見守り、声掛けを行っている。支援が必要な方には一緒に考え取り組んでいる。		
40	(15)	<b>○食事を楽しむことのできる支援</b> 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	個々の得意な事を活かしながら、野菜のカット、皮むきや味付けを職員と一緒にやっている。食後には皿洗いなども取り組む。	献立は、週2回業者から配達される食材を見て職員が作成し、定期的に法人内の栄養士に点検を依頼している。楽しい食事になるよう、食事の都度職員が検食している。利用者は野菜の調理や米とぎ、食事の片づけなど出来ることをしている。	
41		<b>○栄養摂取や水分確保の支援</b> 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	その日の体調(下痢、腹痛、発熱)に合わせてメニューを変更したり、食事形態を工夫している。また栄養士による点検・指導を受けている。		
42		<b>○口腔内の清潔保持</b> 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、口腔ケアへの声掛けを行い、一人ひとりの状況に合わせた介助を実施している。		
43	(16)	<b>○排泄の自立支援</b> 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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を実施している。またネットパンツも使用している。	おむつ使用者はいない。排せつパターンを把握して利用者の好みにより、リハビリパンツや尿パット、ネットパンツなどでトイレ誘導を行っている。尿パットなどの使用量が減った利用者もいる。	

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		<b>○便秘の予防と対応</b> 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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れたりと、適度な運動や水分摂取を心がけ便秘予防に取り組んでいる。		
45	(17)	<b>○入浴を楽しむことができる支援</b> 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	出来る限り、本人の希望に沿った時間に入浴ができるよう支援している。	基本的に夏は二日毎、冬は三日毎、汚染時にはその都度入浴している。夜間浴は行っていない。希望に応じて午前・午後の入浴時間としている。入浴拒否の利用者には、気分に合わせて声かけを行い入浴を促している。	
46		<b>○安眠や休息の支援</b> 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	出来るだけ日中は活動して頂き、生活リズムを整えるようにしている。体調や希望を考慮し、休息がとれるよう支援している。		
47		<b>○服薬支援</b> 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	各利用者の薬の説明書をファイルし、薬の情報が手元で確認できるようにしている。薬の変更時等には申し送りを行い共有している。		
48		<b>○役割、楽しみごとの支援</b> 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	一人ひとりの生活歴や好みを元に、日々の生活の中で役割(料理、裁縫など)や楽しみが見出せるな場面作りを行い支援している。		
49	(18)	<b>○日常的な外出支援</b> 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、野菜の収穫、馴染みの場所などへ希望に合わせてながら外出している。	リフレッシュと下肢筋力向上を目指して、事業所周辺を日常的に散歩している。事業所には車椅子対応車両があり、月1回は三宝山や龍河洞等にドライブに出かけている。	

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		<b>○お金の所持や使うことの支援</b> 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	本人・家族の希望により現金を所持している方もいる。また家族の希望で現金をお預かりし管理しており、外出や買い物時には自身で支払いが行えるよう支援している。		
51		<b>○電話や手紙の支援</b> 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	希望時には随時、家族と連絡が取れるようにしている。		
52	(19)	<b>○居心地のよい共用空間づくり</b> 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	共用空間には季節を感じられるような花や飾りを置いたり、居間には畳がありくつろぎのスペースとなっている。	食堂兼リビングは採光と風通しの良い空間となっている。ベランダでは花や野菜をプランターに栽培し、壁面には季節に合った折紙が貼られ、テーブルではガラス鉢でメダカや金魚を育てるなど、季節感、生活感を出す工夫をしている。ソファやテレビは利用者の歩行を妨げないよう配置している。	
53		<b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b> 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	フロアーの隅(窓側)へ椅子を持っていき、日光浴などできるスペースを確保している。利用者が思い思いの場所で過ごせられるよう配慮している。		
54	(20)	<b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b> 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	入居に際して、使い慣れた家具や好みの物等を持参してもらえよう家族と相談しながら、居心地良く過ごせるように配慮している。	居室には仏壇・応接セット・使い慣れた椅子や机・化粧道具や漢字の脳トレ本等、利用者それぞれの思いや生活の品が置かれ、居心地に配慮された居室となっている。	
55		<b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b> 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	混乱や不安感を抱かせないように、状況に応じて居室やトイレなどに目印をつけるなど、出来る限り自立した生活が送れるように支援している。		

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	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、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. 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				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

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:もくれん(3階)

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<b>○理念の共有と実践</b> 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	事業所独自の理念を作成。日々のサービスに取り組んでいる。申し送り時やスタッフ会等でも振り返り、意識づけを行っている。		
2	(2)	<b>○事業所と地域とのつきあい</b> 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	デイサービスやケアハウスの利用者との各種行事(運動会・文化祭・敬老会・社交ダンス等)に参加し交流している。また地域のボランティア(傾聴・季節の野菜の収穫等)との交流を保つように努力している。		
3		<b>○事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	認知症ケアの講習会に参加できたが、地域住民との講習会等は開けていない。3月に認知症キャラバンメイト養成講座に参加予定である。		
4	(3)	<b>○運営推進会議を活かした取り組み</b> 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	定期的開催し、サービスの実施状況等の報告や話し合いを行っている。また意見・要望を受けサービス向上に努めている。		
5	(4)	<b>○市町村との連携</b> 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	市担当者や地域包括支援センターに入居者の状況や入退居について報告・相談し意見を聞いている。		
6	(5)	<b>○身体拘束をしないケアの実践</b> 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	研修会に参加した職員から、スタッフ会で報告を受け共有することにより、身体拘束を行わないケアに努めている。		

7		<p><b>○虐待の防止の徹底</b></p> <p>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</p>	<p>研修会に参加した職員から、スタッフ会で報告を受け共有することにより、意識的に取り組んでいる。</p>		
8		<p><b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b></p> <p>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</p>	<p>入居時に、家族に説明している。今後は職員の理解を深めるよう勉強会などで取り組んでいく必要がある。</p>		
9		<p><b>○契約に関する説明と納得</b></p> <p>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</p>	<p>事前面談も含め、利用者・家族の希望や疑問点を聞き、説明により理解・納得の上、同意をえている。</p>		
10	(6)	<p><b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b></p> <p>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</p>	<p>利用者との関わりの中や、家族の面会時など、機会を捉えて意見要望等を出しやすい関係作りを心がけている。</p>		
11	(7)	<p><b>○運営に関する職員意見の反映</b></p> <p>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</p>	<p>申し送り時やスタッフ会の際に職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。また必要があれば随時その日の職員を招集し話し合いの場を設けており、申し送りノートに詳細を記載しその他の職員にも情報が伝わるようにしている。</p>		
12		<p><b>○就業環境の整備</b></p> <p>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</p>	<p>個々の努力や勤務状況について把握し評価を行い、満足してもらえるように就業環境に配慮している。福利厚生事業により、就労意欲の向上につながっている。</p>		

13	<p><b>○職員を育てる取り組み</b></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>法人内研修は定期的開催されている。外部研修も含めて参加の機会を設けたり、スタッフ会で研修報告を行っている。</p>		
14	<p><b>○同業者との交流を通じた向上</b></p> <p>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</p>	<p>定期的同業者が集まる研修会に参加し、スタッフ会で研修報告を行っている。</p>		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15	<p><b>○初期に築く本人との信頼関係</b></p> <p>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</p>	<p>事前面談時には本人の生活状況や心身の状態など聞く機会を設け、本人の思いを受け止め、沿っていけるように努めている。</p>		
16	<p><b>○初期に築く家族等との信頼関係</b></p> <p>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</p>	<p>事前面談時には、これまでの経過や家族の希望、不安、要望などを聞く機会を設け、家族の思いを受け止め、沿っていけるように努めている。</p>		
17	<p><b>○初期対応の見極めと支援</b></p> <p>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</p>	<p>本人、家族が必要としている適切なサービスを見極め、必要であれば他のサービス利用も含め対応している。</p>		
18	<p><b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b></p> <p>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</p>	<p>本人の得意分野(料理、裁縫、園芸など)で力を発揮してもらえるように、声掛け環境作りを行っている。</p>		

19		<p><b>○本人を共に支えあう家族との関係</b></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>面会時には入居者の近況報告以外にも、家族自身とのコミュニケーションも持ち、共に利用者を支えていけるような関係作りを目指している。</p>		
20	(8)	<p><b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b></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>家族や友人への手紙・電話の仲介や、住み慣れた自宅周辺へ出かけたりしている。 (特定の入居者)</p>		
21		<p><b>○利用者同士の関係の支援</b></p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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>利用者同士が関わり合い、支え合って生活できるように、一人ひとりの個性を理解し、関係性を取り持つ支援をしている。</p>		
22		<p><b>○関係を断ち切らない取組み</b></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>退居後も声掛けを行ったり、家族からの相談があればすぐに対応している。</p>		
<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)	<p><b>○思いや意向の把握</b></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>生活歴や得意分野から話題提供し意向を把握するように努めている。困難な場合には日々の行動や表情から思いを汲み取ったり、家族から情報を得るようにしている。</p>		
24		<p><b>○これまでの暮らしの把握</b></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>生活歴やサービス利用の経過等について、家族やケアマネ等からの情報把握に努めている。</p>		

25		<b>○暮らしの現状の把握</b> 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	日々の生活状況や心身の状況を、職員全員が総合的に把握し、本人の持てる力の発見に努めている。		
26	(10)	<b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b> 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	本人や家族の意見を聞き、職員の気付いた事などを意見交換しながら話し合い作成している。		
27		<b>○個別の記録と実践への反映</b> 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	ケアプランに基づいて、日々の様子やケアの実践、結果、気づきを記録している。記録を基に見直しを行っている。		
28		<b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b> 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	本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努めている。また同意を得て、在宅支援診療所、訪問リハビリを活用している。		
29		<b>○地域資源との協働</b> 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	ボランティア(音楽、傾聴、季節のお楽しみ会など)や近隣の園児との交流により、日々の暮らしを楽しむことができるよう努めている。		
30	(11)	<b>○かかりつけ医の受診支援</b> 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	入居前までのかかりつけ医や、希望する医療機関への受診に対して情報提供などの支援を行っている。また協力医療機関の月2回往診や随時往診を行い支援している。		

31		<b>○看護職との協働</b> 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	看護職員を配置しており(4回/W)、利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護職員がいない場合は、確実な連携を行っている。		
32		<b>○入退院時の医療機関との協働</b> 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。	入院時には情報提供を行い、面会時等には病院関係者との情報交換に努め、早期退院に向けて環境等を整えている。		
33	(12)	<b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	本人、家族の気持ちを大切にしながら、苦痛がなく穏やかに終末期を過ごしていけるよう、本人、家族、医師、看護師、職員などが方針を共有し、早期から話し合いを行いながら支援している。		
34		<b>○急変や事故発生時の備え</b> 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	マニュアルを整備し取り組んでいるが、今後も実技を繰り返し行い、実践力を身に付けていく必要がある。		
35	(13)	<b>○災害対策</b> 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	年2回の防災訓練を実施している。事業者間(デイサービス、ケアハウス)との協力体制はとっているが、地域住民の参加による訓練はまだ実施していない。		
<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)	<b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b> 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	理念に沿って、利用者の尊厳を守れるような言葉かけや対応を心掛けている。		

37		<b>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</b> 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	利用者が思いを表したり、自己決定出来るような言葉掛けや場面作りに努めている。		
38		<b>○日々のその人らしい暮らし</b> 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	一人ひとりのペースを理解し、本人の希望も聞き出しながら個別の支援ができるよう努めている。		
39		<b>○身だしなみやおしゃれの支援</b> 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	自分で身だしなみができるように見守り、声掛けを行っている。支援が必要な方には一緒に考え取り組んでいる。		
40	(15)	<b>○食事を楽しむことのできる支援</b> 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	個々の得意な事を活かしながら、野菜のカット、皮むきや味付けを職員と一緒にやっている。食後には皿洗いなども取り組む。		
41		<b>○栄養摂取や水分確保の支援</b> 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	その日の体調(下痢、腹痛、発熱)に合わせてメニューを変更したり、食事形態を工夫している。また栄養士による点検・指導を受けている。		
42		<b>○口腔内の清潔保持</b> 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、口腔ケアへの声掛けを行い、一人ひとりの状況に合わせた介助を実施している。		
43	(16)	<b>○排泄の自立支援</b> 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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を実施している。またネットパンツも使用している。		

44		<p><b>○便秘の予防と対応</b></p> <p>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</p>	<p>繊維質の多い食材や乳製品を取り入れたり、適度な運動や水分摂取を心がけ便秘予防に取り組んでいる。</p>		
45	(17)	<p><b>○入浴を楽しむことができる支援</b></p> <p>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</p>	<p>出来る限り、本人の希望に沿った時間に入浴ができるよう支援している。</p>		
46		<p><b>○安眠や休息の支援</b></p> <p>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</p>	<p>出来るだけ日中は活動して頂き、生活リズムを整えるようにしている。体調や希望を考慮し、休息がとれるよう支援している。</p>		
47		<p><b>○服薬支援</b></p> <p>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</p>	<p>各利用者の薬の説明書をファイルし、薬の情報が手元で確認できるようにしている。薬の変更時等には申し送りをし共有している。</p>		
48		<p><b>○役割、楽しみごとの支援</b></p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの生活歴や好みを元に、日々の生活の中で役割(料理、裁縫など)や楽しみが見出せるな場面作りを行い支援している。</p>		
49	(18)	<p><b>○日常的な外出支援</b></p> <p>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</p>	<p>散歩、ドライブ、野菜の収穫、馴染みの場所などへ希望に合わせながら外出している。</p>		

50		<p><b>○お金の所持や使うことの支援</b></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>本人・家族の希望により現金を所持している方もいる。また家族の希望で現金をお預かりし管理しており、外出や買い物時には自身で支払いが行えるよう支援している。</p>		
51		<p><b>○電話や手紙の支援</b></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をしている</p>	<p>希望時には随時、家族と連絡が取れるようにしている。</p>		
52	(19)	<p><b>○居心地のよい共用空間づくり</b></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</p>	<p>共用空間には季節を感じられるような花や飾りを置いたり、居間には畳がありくつろぎのスペースとなっている。</p>		
53		<p><b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b></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>フロアの隅(窓側)へ椅子を持っていき、日光浴などできるスペースを確保している。利用者が思い思いの場所で過ごせられるよう配慮している。</p>		
54	(20)	<p><b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b></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>入居に際して、使い慣れた家具や好みの物等を持参してもらえよう家族と相談しながら、居心地良く過ごせるように配慮している。</p>		
55		<p><b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b></p> <p>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</p>	<p>混乱や不安感を抱かせないように、状況に応じて居室やトイレなどに目印をつけるなど、出来る限り自立した生活が送れるように支援している。</p>		

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	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、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. 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				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