

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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	各ユニット事務所内に理念を確認意識しながら働ける環境を作っています。毎月のユニット会議でも目標についての振り返りを行い話し合いをします。	理念の実践ができるように、4半期毎に、ユニット別に目標を設定し、毎月の会議の際に定期的に振り返りの機会を設けています。	
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	周年祭や季節行事には近隣の幼稚園や小中学校、大学から参加いただいています。そのほか地域のボランティアにお願いし催し物も行います。	市内の大学生のブラスバンドに事業所の納涼祭に来ていただいているほか、近隣の保育園とは定期的に交流の機会を持っています。また、地域のボランティアに定期的に来てもらったりする等、地域との交流に努めています。	
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	運営推進会議や行事の案内を町内会長や民生委員に送り、都度説明を行っています。		
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	偶数月で定期開催し実施しています。地域包括センターの方、民生委員が参加し意見などの話し合いを行っています。	運営推進会議は地域包括支援センター職員、ご家族などから出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。	調査時点で今年度の運営推進会議では町内会長及び民生委員の出席が無く、ご家族以外の参加が無かった回もありましたので、今後出席していただけるようにされることを期待します。
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	サービス運営について疑問があれば電話で問合せをしたり、市役所に直接相談しています。市町村主催の研修なども参加しています。	地域包括支援センター職員には運営推進会議に参加して頂いているほか、地域ケア会議に参加したり、疑問な点については市の担当者に連絡し相談するなどして、連携を図っています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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	毎月の会議で身体拘束を行っていないか職員間で確認を行っています。各階にもマニュアルを設置して年間の研修計画で定期的に研修を行っています。また、看護師、DS相談員を含む委員会を組織して3ヶ月に1回会議を開催しています。	身体拘束は今のところ行なっていませんが、事業所内研修や委員会での検討の機会を設け、職員の理解度を深めています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、身体拘束をしないケアを実践しています。	

自己	外部	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	(5-2)	○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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	毎月虐待が行われていないか確認し、各階にもマニュアルを設置して年間の研修計画で定期的に研修を行っています。また、看護師、DS相談員を含む委員会を組織して3ヶ月に1回会議を開催しています。	虐待や身体拘束については事業所内研修や事例検討を行い、委員会で定期的に確認する機会を設けています。また、職員にもチェックシートを使用し確認する機会を持つなど、虐待の防止に努めています。	
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	新規採用時の初期研修時に日常生活自立支援事業や成年後見制度について、上越市のパンフレットを使用し研修を行っています。		
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、解約はセンター又はご自宅で内容を説明しながら締結しています。改定や同意書が必要なときは面会時、電話、文章等で説明を行っています。高齢者世帯や要望があった場合はご自宅に訪問し説明させていただきます。		
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	苦情相談窓口の掲示や意見箱の設置と、ご家族には面会時や電話にてサービスについてのご意見を聞かせていただいています。家族や利用者からの意見等は申し送りノートのや朝、夕の申し送りにて職員全員に周知します。	運営推進会議の場だけでなく、面会時や電話連絡の際に気付いたことや要望は無いか確認しています。ご家族とのやりとりは申し送りノートに記載し、職員間で共有できるようにしています。	
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	契約の更新時にセンター長が面談を行い、職員の意見や提案を聞いています。管理者は日々の介護現場やユニット会議で意見や提案を聞いています。	毎月のユニット会議にて情報の収集を行なっているほか、定期的にセンター長が個人面談も行って、職員の意見や提案を聞く機会としています。	
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	給与査定時に各職員から自己評価や目標を提出してもらい、それを参考に評価を行なっています。また、同時に個人面談を行い、目標に対しての達成度や、業務への姿勢についても評価しています。		
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	年間計画に基づいた毎月の社内研修を中心にトレーニングを行っています。社外研修は人員の関係などもあり出席は思うようにできていませんがスケジュール調整を行いながら多くの職員に色々な知識を身につけていけるように努めています。		

自己	外部	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
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	上越市内のサービス事業者で組織されており、上越介護サービス事業者協議会に参加しています。管理者は介護職員と兼務のため交流は少なく待機状況の問い合わせの時に話をする程度です。		
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	利用者の思いにより共感できるように、事前にご家族から利用者の生活状況をお聞きしてからご本人にお会いするようにしています。新しい生活に不安なく過ごして頂ける環境づくりを努めています。		
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	利用者の日常生活や生活歴を把握しご家族の望む支援を行えるよう電話や訪問をも行います。話し合いの場も多く設け情報を得ます。		
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	入居申し込み時点で担当のケアマネージャーや利用している介護サービスの担当者とも話し合い、グループホームの入居が妥当かどうか検討しています。		
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	出来ることをご本人と職員とで探しながら1つの家族という思いで不安なく生活できるよう支援しています。自分から行いたいと思う気持ちを尊重し本人のペースで行える支援をしています。		
19	(7-2)	○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	毎月のお手紙、そよ風だより面会を通し生活の状況の報告を行っています。不安な時があった場合はご家族に協力していただき電話や面会の対応を行っています。	居室担当が毎月の様子を伝えるお手紙を送付しており、面会時などにも普段の様子を伝えながら、ご利用者の様子を知ってもらえるようにしています。また、事業所広報も定期的に作成し、ご家族に送付されています。	
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	日常の会話の中から馴染みの場所などをお聞きし外出やドライブへ出かけたり電話など関係が途切れないよう支援しています。	知人の方に面会に来て頂いたり、生活暦を把握し、馴染みの関係が継続できるようにご家族にも協力して頂き外出の機会を設け、行きつけの美容室の利用、お墓参りなどのご利用者に合わせて支援を行なっています。	

自己	外部	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
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	リビングの席は年齢、性格、健康面など考慮し決めています。トラブルが起きそうなときは職員が話の間に入るよう心がけています。		
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	基本的に他サービスをご利用していれば、その事業所にお任せしていますが、在宅生活になり介護サービスを利用しなくなったような場合については、時折電話をして近況をお聞かせいただいたりしています。		
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	計画作成担当者と居室担当者が中心なりユニット会議での話し合いを通しニーズの把握に努めています。日常での会話の中でご本人の要望や思いを汲み取り支援しています。	日々の生活の中での会話からご利用者の希望を見つけ、対応するようにしています。また、意思疎通が困難なご利用者に対してはどんな時に喜んでいるかなど様子を観察しながら、また介護計画に対するご家族の要望も確認し、支援を行なっています。	
24	(9-2)	○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	事前調査でお聞きした利用者の生活履歴やアセスメントを職員間で情報共有し入居の準備をしています。今まで利用していた介護サービスからも情報を収集して利用者対応に役立てています。入居後もご家族や本人とコミュニケーションを取り情報収集に努めています。	これまでの暮らしの把握は契約時にご家族やご利用者本人からの聞き取りを中心に行なっています。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし、生活状況の聞き取りを行なっています。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっています。また、作成されたアセスメントシートも6ヶ月に1度は見直し、情報の更新をしています。	
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	日報や夜勤の記録、また申し送りノート等に記載し、朝夕の申し送りで利用者情報を共有しています。ケアプランでもその利用者の状態に合わせたプランの実施を毎日チェックしながら行っています。		

自己	外部	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
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	ユニット会議で意見交換を行いそれをもとに介護計画作成を行っています。ご家族の意見は面会や電話でお話を伺いプラン内容を説明しながら同意をいただいています。作成後はセンター長、管理者のダブルチェックを行いミスをなくします。	計画作成担当者が居室担当者とモニタリングを3ヶ月に1回行ない、同時に他職員からも情報を収集しています。6ヶ月に1度、期間に応じて介護計画の見直しを行うほか、転倒などの事故が起こった時や早急に対応を変えていかなければならない時など、随時職員間で話し合いをし、ご家族からの意見も取り入れながら対応を決めています。	調査時点で介護計画書の期間設定に誤りがあったり、ケアプラン実施記録にチェックミスがある箇所がありましたので、今後ミスの無いように改善されることを期待します。
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	日々の利用者状態は個別に記録し、日勤報告書、夜勤報告書等に記録しています。シフトが替わる際には申し送りが行われ、その日の利用者状態について報告が行われます。ケアプランの実施も毎日チェックしています。ユニット会議では意見交換を行い介護計画の見直しなど行っています。		
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	受診の代行や病院までの送迎など、ご家族の要望にできる範囲でお手伝いさせていただいています。利用者からの要望もできるだけ後回しにせず、当日の予定を調整しながら対応しています。DSのイベントの参加も行っています。		
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	レクリエーション等では近隣の施設やイベント参加、買い物や散髪などできるだけ、馴染みのあるお店を利用しています。		
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	新規入居者は主治医を施設医に変更するか話し合っています。施設医は月に2度回診があり、外部受診も家族に代わって行くこともできます。利用者の状態に変化があった場合は、看護師と主治医に報告し指示を仰ぎます。	受診支援は職員も状況に合わせて行っており、医師との状況の確認が行われているほか、ご家族へ内容の報告もしています。入居時に今までの主治医を継続するかそよ風の提携医に変更するか、ご利用者の病状によってご家族と決めています。提携医は月に2度、ホームで回診を行なっていただいています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師を職員として週1日程度配置し、日常的な医療処置や介護職員への指導・相談・会議への参加を行っています。主治医との連携も看護師が中心に行い、適切な医療対応ができるようにしています。体調急変時にも早急に対応できるようにしています。		

自己	外部	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
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した際には病院へ情報提供を行います。管理者、介護職員が定期的に面会を行い治療方法や経過を医師や看護師とカンファレンスを行います。退院時病院からの情報提供をお願いします。また、グループホームに帰ってからの指導も受けています。		
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、事業所ですべての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	看取りについての方針は入居時にご家族へ説明し同意していただいています。看取り介護を行うかどうか入居時にある程度の方針を確認させていただき、重度化する前に主治医、看護師、ご家族、介護職員でカンファレンスを行い看取りへの意向やケア内容について定期的に確認と同意をいただいています。	実際にホームでも看取りを行ったケースもあり、重度化した場合のグループホームでの対応については法人で定めた一定の基準があり、入居時にご家族へ説明していますが対象者の身体的な状況、医療状況、ご利用者・ご家族の希望を踏まえその都度検討しています。	
34	(12-2)	○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	事務所内に救命救急マニュアルを掲示しています。救命救急講習のDVDがあり、いつでも観ることができるようになっています。AEDの設置もあり研修も行っています。	消防署員による救命救急講習のDVDを定期的に観たり、AEDの研修や、緊急時の対応について状況を想定した事例研修を行なうなどして、職員が実践できるようにしています。	
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	年二回の避難訓練を行っています。10月は夜間帯を想定した訓練を行いご家族にも見学していただきました。	年に2回、日中・夜間を想定した避難訓練を行い、管轄の消防署に避難訓練を通じて内部の様子と防火対策についての指導を受けています。また、近隣の方にも災害時は協力していただけるようお願いしており、避難訓練の案内もお送りしています。	調査時点で非常食のリストの内容と実際の備蓄の状況が異なっておりましたので、定期的に確認し、リストを見直されることを期待します。
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	排泄時の声かけは周りの方への配慮も考えながら行っています。入浴も一人ひとりのペースに合わせて支援を行っています。	ホームでも職員研修を行い、ご利用者のプライバシーに配慮したケアが徹底されており、広報への写真の掲載についても契約時に確認が得られています。	
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	職員本位にならないよう心がけています。意思決定ができない方もいるのでコミュニケーションをとりながら何をしたいのか聞き出せるよう支援しています。		

自己	外部	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
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	食事と入浴以外は基本的に自由に過ごしていただいています。ご自分から何をしたらよいかわからないという利用者には職員がいくつかご提案しご自身で決めてご自分のペースにあったことを行っています。		
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	整容に必要なものはユニットでも用意しています。職員と買い物に行きご自身で選び購入しおしゃれを楽しむことのお手伝いを行っています。		
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	テーブル拭きや食器拭きは利用者が担当し毎日行っています。調理の下ごしらえなどは危険ないように職員と行います。誕生日会などイベントにはメニューを考え作り食べる楽しみを感じていただけるよう支援しています。	ご利用者にも出来る範囲で調理や味付け、後片付けも行ってもらっています。また、ご利用者と一緒にケーキ作りをしたり、レストランに外食に出かけたりする等、食事を楽しんで頂けるよう努めています。	
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	栄養バランスなど計算されたレシピは本社から送られてきますそれを元に調理を行っています。地元の食材や季節の食材を使用し1人ひとりに合った硬さや形状で提供しています。水分量や食事量にも注意しながら声掛けを行い召し上がっていただいています。		
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	食後の声掛けにより口腔ケアを行っています。ご自身で行えない方や磨きが不十分な方には職員が声掛けや介助を行います。		

自己	外部	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
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	排泄チェック表を利用し声掛けやトイレ誘導を行っています。リハビリ内でなくトイレで排泄できるよう支援しています。チェック表からパターンやタイミングを把握し一人ひとりに合った介助を行います。	全てのご利用者に対して排泄チェックを行い、定期的なさりげないトイレへの声掛けによって失禁回数を減らしています。失禁がご本人の自尊心に悪影響が及ばないように出来るだけ時間で誘導し便器で排泄できるように心掛けています。	
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	水分量の確保や飲み物で自然な排便ができるよう支援しています。排便が困難な方はNSとの連携で腹部の張りの具合やチェック表を確認し服薬など行います。申し送りは必ず行って排便サイクルができるよう支援しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	概ね毎日14時00分頃から入浴の時間となっています。定期以外で入浴を希望された場合は入浴スケジュールを調整しながら、できるだけ希望通りに入浴していただいています。また、希望があれば1階デイサービスでの入浴も行っています。入浴剤などを使用し香りも楽しんでいただいています。	毎日入浴の要望を聞きながら行なっています。希望されない方には足浴・手浴・清拭で対応しています。また、入浴剤を入れたり、デイサービスの大きな浴槽で入浴するなどし、入浴を楽しんでもらっています。	
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	利用者の生活習慣に合わせた対応を行っています。室温や明かりなどに注意しています。		
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	利用者の日頃の様子は看護師へ報告し、回診時には主治医へ伝えられています。内服薬の変更に関しては申し送りや薬情報を見るようにし、職員間で情報共有に努めています。		
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	利用者各自の能力に合わせた日課があります。できることによりその日の活力になるよう支援します。散歩やドライブ季節の行事などで気分転換を図っています。		

自己	外部	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
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	月間行事では利用者全員でドライブ [※] や外食を行っており、その他に個別で本人の希望により外出等を行っています。事前に計画されていなくても、利用者の希望があれば、可能な範囲で当日でも対応するようにしています。	ご利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、天候がいい日は散歩へ一緒に行ったりもしています。また、季節に合わせたお花見や菊祭り見学、蓮見学やあじさい見学、ご利用者の要望に合わせて外食やドライブに行くなどの外出支援も実施しています。	
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	お金の所持については、入居時に利用者と家族で話し合っただき決めていただいています。預り金で買い物希望があれば職員と一緒に出かけ会計は職員が見守りしながら支援します。		
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	ご家族から手紙や電話がきますので思いに添える対応を行っています。また定期的に一言書いた年賀状や暑中見舞いを職員と一緒に書きお送りしています。		
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	ユニット入り口、廊下など共有スペースには共同作品や写真を飾っています。また、居室にもご自身で作った作品やご家族の写真など飾り居心地よく過ごせる工夫をしています。	建物の2・3階部分がグループホームになり、日当たりが良く、大きな窓から採光により、明るく開放感のあるスペースになっています。また、季節に応じた装飾が適度に行われ、落ち着いた生活空間が演出されています。	
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	リビングでは性格や気の合った利用者同士で話せる環境を作っています。ソファや畳の小上がりも自由に使ってくつろげるようになっています。		
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	入居時に想い出の品や使い慣れた品を持ち込んでいただき、少しでも住み慣れた環境に近づけるようにしています。また、自分の部屋と感じてもらえるようにご家族からのプレゼントや本人様の作品を職員と一緒に飾り付けします。	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっています。入居前に事前訪問した際、ご利用者の部屋を見せてもらいグループホームに入居したときにできるだけその部屋に似ているような配置をしています。	
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	車椅子や歩行器の利用者が多ですので導線上に危険なものがないか移動がスムーズに行くよう案内表示や居室入り口に名前表示をしています。自立したせいかつも送れるよう声掛け、見守りを行います。		

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 ↓該当する項目に○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くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				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、安心して暮らしている (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. ほとんどできていない