

(様式1)

## 自己評価票

作成日 平成21年6月5日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	0873300511		
法人名	有限会社カサブランカ		
事業所名	グループホームカサブランカ大宮	ユニット名	新館
所在地	〒319-2135 茨城県常陸大宮市石沢1595		
自己評価作成日	平成21年6月5日	評価結果 市町村受理日	平成21年10月6日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度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	
-----------------	--

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社会福祉法人茨城県社会福祉協議会		
所在地	〒310-8586 水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成21年7月9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）】

<p>■特に力を入れている点 基本理念の一つでもある「アットホームな雰囲気」を職員全員が意識して支援するように心がけている。入居者の方が、笑顔で一日、一日をゆったりと過ごしていただくことを大切にして支援させていただいている。</p> <p>■アピールしたい点 社員は実の家族同士であるため、このホーム自体が家族が集う場所という位置づけでもあり、そこで一緒に暮らす入居者の方との関係も他の施設とは異なった親近感が伴った介護となっている。その他にも、社員それぞれに子供（1歳～中学1年生まで）がおり、ホームで一緒に過ごしているため、子供の笑い声がこだまする環境であり、入居者、その家族の方にも大変喜ばれている。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 【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）】

--

自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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	理念に「アットホームな雰囲気」という言葉を取り入れ、利用者が家庭的な環境の下で過ごせることを目指している。また、朝礼、引継時に理念を読み上げるとともに意識してケアにあたっている。
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	地元の人々が野菜を届けてくださったり、買い物帰りに立ち寄ってお茶を飲んで来たりしていただいている。また、イベントの際には、近所の方にも案内を配り参加していただいている。
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	市民文化祭に利用者の作品等を出品させていただき、市民の皆様に理解を得られるように取り組んでいる。
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	開催の都度、利用者や当ホームの運営状況の報告を行い、質疑応答、意見交換を行っている。
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	利用者の入院に際して、市職員に相談している。また、生活保護者の方の手続き、オムツや病院受診に対しての相談、連絡を行っている。
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	管理者、社員を中心に職員全員が身体拘束をしないケアを実践している。また、どうしても身体拘束が必要な利用者の方に対しては、家族に状況を説明して、同意書をいただいた上で必要な時間のみの拘束になるように努めている。
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	管理者・社員は、社外研修の受講や資格取得（介護支援専門員、介護福祉士、社旗福祉士など）のための勉強などを通して、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持つようになっている。また、パートの方にも研修の案内等を掲示している。

自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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に支援している	管理者・社員は、社外研修の受講や資格取得（介護支援専門員、介護福祉士、社旗福祉士など）のための勉強などを通して、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持つようにしている。また、パートの方にも研修の案内等を掲示している。
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	管理者と介護支援専門員が契約等に立ち会うことになっており、利用者、家族の方が納得できるまで話を聴き、説明を行うようにしている。改定がある場合は、毎月郵送する請求書に改定事項の説明文、同意書を同封して対応している。不明点がある場合は、電話や来訪時に対応している。
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	玄関に意見箱を設置したり、家族会を組織したり、運営推進会議にも利用者、家族にも参加していただくことで要望等を取り入れる機会を設けている。他にも、苦情窓口の案内を重要事項に盛り込むなど外部者に対しても意見が言える体制としている。
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	社員ミーティング、月例ミーティング（職員全員）のミーティングにより、運営に対する意見を述べる機会があり、管理者はそれを反映するか判断して対応している。また、ミーティング時だけでなく、常時意見を出せる専用の用紙を設置している。
		○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	毎年4月に努力・実績・勤務態度を基に昇給を行っている。労働時間については、希望者に対して、既存の日勤パートの方でも夜勤をさせていただける体制を整えたりしている。やりがいについては、各イベントを担当制にして職員に企画から運営まですべて任せることにより責任感と自主性を尊重している。
13		○職員を育てる取組み  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	研修情報を掲示している。また、21年4月の介護報酬改定の関係もあり、介護福祉士を目指してもらうように案内を出したり、働きながら各自にあったトレーニングを行えるようにアドバイスを行っている。
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組みをしている	管理者はグループホーム協議会等の参加により、市内の他の同業者との交流、意見交換を行っている。社員は、一部であるが研修等に参加した際に同業界との人脈形成、相談等を行える関係作りを行うようにしている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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	家族の方に、利用者本人の過去の経歴や生活習慣をセンター方式シートに記入していただき、事前に性格や特徴、習慣をヒアリングすることになっている。入所後は、事前情報に本人の直接の訴え、観察を通して安心して生活できるためにどのように関わっていくか話し合い対応している。
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	入所希望段階から、利用者についての状況だけでなく、利用者を支える家族の方に対しても十分に話を傾聴するように心がけている。入所後も、利用者の様子を伝えたり、課題があれば家族と話し合っ解決策を見つけるように心がけている。
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	利用者や家族との面談を行っている際に、他の介護サービスに対する理解が少ないケースや要望や意向に沿えるサービスが他にも考えられる場合には、単に入所を勧めるのではなく、他のサービス等の説明も行った上で利用者や家族に選択してもらえるような情報提供を行っている。
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	利用者の方にも、掃除や洗濯、テーブル拭きや片付けなど、ADLに応じた対応を心がけてもらい「家族として共に生活する」という意識をもって対応するように努めている。
19		○本人と共に支え合う家族との関係  職員は、家族を支援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	面会の際には、本人と家族の時間を持ってもらうように配慮している。また、課題や解決すべき問題がある場合、家族にも相談して一緒に考えて対応していただくようにしている。そのために必要な本人の入所の様子や状況も常に連絡を取るようにしている。
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	今まで使用していた身の回りのものの持ち込んでいただき、可能な限り今までの生活が継続できるように努めている。友人や知人の方の訪問時であっても、本人を支える一人という意識を持ち職員が対応するようにするとともに、次回訪問を帰りをお願いするなど継続した関係を維持できるように努めている。
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	各利用者間の人間関係を職員が把握することで、トラブルを回避し、円滑に他の利用者と一緒に共同生活が送れるように配慮している。また、ユニットを超えた合同レクリエーションを企画して、孤立を防ぐなどの対応をしている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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	退所される場合には、利用者、家族の要望を実現できるように相談や他の事業所との連携を図り、対応している。また、退所後も電話や手紙をいただいたり、野菜をいただいたりすることもあり、その際に経過を伺ったり、相談や支援を行っている。
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。	センター方式シートにより本人の思いや要望を把握する努力をしている。また、日常でのちょっとした言動を介護記録に書き、活用している。困難な場合は、本人本位に検討するように心がけ、職員間で意見交換して独りよがりの判断にならないよう配慮している。
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	入所時に家族にセンター方式シートを記入していただき、生活歴や習慣などを把握するように努めている。
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	ケアプランの見直し（3ヶ月に1回）ごとに生活の中でできること、できないことを把握して、残存機能は可能な限り活かすようなプラン設計を心がけている。
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	各利用者ごとに担当者1～2名設定して、専属的に利用者の暮らし、ケアに対する意識に関して関心をもつようにしている。チームとしては、担当者、各館責任者、介護支援専門員、計画作成担当者により検討会を行い、最終的に月例ミーティング（職員全員）にケアプランの内容、設定理由などを説明し、アイデアや意見交換もその場で行っている。
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	介護記録や引継ぎノートにより情報共有を図れるようにしている。さらに、介護計画の見直しに関しては個別の「ケアプランの実施チェック表」の確認により、ケアプランの実践状況の把握、課題の抽出を行い、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	本人や家族の状況変化により、在宅に戻って生活される方や施設に移られる方が実際におり、本人や家族の方とよく話し合い、その時々にあった相談・支援を行うようにしている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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	社会福祉協議会、民生委員、老人会、区長などに運営推進会議に参加していただき、地域資源との連携を図れる体制作りをしている。消防とは、避難訓練等で協力していただいている。その他、利用者家族の美容院の利用、市民文化祭の出展、地元の幼稚園、小学校のボランティアの受け入れを行っている。
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	当ホームとの協力医院での受診、往診を基本としつつ、既存のかかりつけ医への受診にも本人、家族の希望を尊重して対応している。
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	朝、夕のバイタルチェックを中心に、異常値の方については日々看護職員に連絡して、看護職員による再計測、状態確認を実施している。看護職員=介護支援専門員を兼務しているため、各利用者の健康状態の把握だけでなく全般の状況把握をする体制になっている。
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、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。又は、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、医療機関に対して情報提供書を作成して提出している。入院中も家族の方と病院のソーシャルワーカーと連絡をとり、退院後の対応について、介護支援専門員兼介護職員の社員が連絡調整を行い、短期入院でホームに戻れるように支援している。
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	重度化した場合における（看取り）指針を重要事項説明書の中に入れて入所契約時に手渡している。実際に重度化した場合やターミナルケアが必要となった場合、本人、家族の要望を確認して、可能な限り意向に沿った対応を行うようにしている。
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	「介護事故防止及び対応マニュアル」を作成して、介護業務においては常に危険意識を持って対応している。応急手当や初期対応の訓練に関しては、今後研修を行う予定である。
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	年2回は、避難訓練を行い、天災、火災による災害時に対する訓練を行っている。特に火災については、消防計画を作成して、火災発生時の対応について詳細に行動計画が決められており、職員も理解している。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	
			実施状況	
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	誇りや人格を尊重することを意識しているが、実践できていない部分もある。現在、社員間ではケアミーティングを行って、本人本位の対応について話し合っている。プライバシーに確保については、トイレ誘導での声かけの仕方、オムツ交換での居室のドアを閉めるなどの配慮が足りない部分もある。	
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	意思表示が可能な利用者の方に対しては、直接希望や自己決定の内容について傾聴して尊重している。意思表示が難しい利用者の方については、コミュニケーションボードを利用したり、ボディランゲージにより希望や意思を確認するように対応している。	
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し、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	現状では、食事時間、洗浄など、職員側で決められたペースの部分もある。それ以外の時間については、居室で過ごされる方、趣味をされる方など、可能な限り各自のペースで過ごせるよう配慮している。現在、24時間アセスメントを行うなど少しずつ改善しており、今後個別ケアの実現に努めていきたい。	
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	2ヶ月に一度、美容師に来訪いただき、散髪を行っている。髭剃り持参の方は、随時行っている。また、毎日化粧をされている利用者の方もいる。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立に利用者だけでなく、日々コミュニケーションをとっている職員からも募集してメニューに取り入れるなどの工夫をしている。利用者の方には、ADLに合わせて、お膳下げやテーブル拭きなど、本人役割としてケアプランにも反映している。	
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	日々残食（食事摂取量）をチェックして、健康状態の把握に努めている。水分量は、チェックが必要な方は水分チェックを行っている。栄養面では、市の栄養管理士に定期的に相談するなどしてメニュー内容にも配慮している。	
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	利用者のADLに合わせて、本人に行っていた部分は見守りして、不足部分を支援している。毎週金曜日にポリデントによる洗浄を行い、衛生面、汚れや臭いにも配慮した対応をしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自 己 評 価
			実 施 状 況
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	一人ひとりの排泄パターンを把握して、声かけ誘導を行うようにしている。必要に応じて24時間排泄パターンシート（センター方式シートの一つ）を記入して排泄の自立やパターン把握に活用している。
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	排便チェック、水分量、食事摂取量、パターンを把握して、各利用者の健康状態を把握した上で極力自然排便が行われるようにバナナジュースを出すなどの工夫をしている。必要に応じて、服薬、摘便などの対応をしている。
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、個々に応じた入浴の支援をしている	一人ひとりの希望に合わせては行うことができていない。毎週火、金の午前中に入浴することになっている。
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	夜間は、安眠を妨げないように必要最低限のトイレ誘導、オムツ交換になるように排泄パターンを把握して対応している。日中は、本人の希望を優先して各居室でいつでも休めるように配慮しているが、健康状態の悪化や寝たきりにならないように本人に時間を決めて寝てもらうなどの対応をしている。
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	服薬管理表を常に確認できる場所に置いている。服薬に関して変更がある場合は、引継ノートに薬の種類や効能について記入して、全員が把握でき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	役割として食事の号令当番を行っていただいている。ADLや生活歴に合わせて、掃除や洗濯たたみ、雑巾作りなどを一緒に行っている。楽しみごとは、折り紙、貼り絵、塗絵、編み物、歌、居室でテレビを見る、散歩など利用者ごとにそれぞれ気分転換の方法を持っており、それを把握して支援している。
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。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	ホームの周りを散歩すること、イベントで出かける以外には、一部の利用者しか外出できていないのが現状である。外出支援サービスを現在検討中であり、今後力を入れて対応したいと考えている。



自己評価	外部評価	項目	自己評価
			実施状況
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>本人、家族の希望でお金を所持している利用者もいる。以前、ホーム内のイベントで模擬店を出してお金を所持して使ったりと工夫をしたことがある。</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をしている</p>	<p>本人希望を尊重して、いつでも施設電話の利用が可能であり、手紙等も自由にできる環境である。電話については、相手先（大半が家族）と本人も含めて話し合って対応を決めている。年賀状を毎年出される方もいる。</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>食堂、廊下ではブラインドを利用して光を調節している。共用の場所には、鯉のぼり、七夕、クリスマスなどの飾りつけを行ったり、季節ごとに花を飾ったり、昔の音楽やビデオを流したりと居心地の良い空間作りには特に力を入れている。</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>食堂では、利用者ごとの相性や、個々の性格を把握した上で、テーブルを一箇所にまとめずに分散して配置するなどの工夫をしている。その他の共用スペース（廊下や屋外など）では、ベンチやイスを配置して独りになれる空間作りを行っている。</p>
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>家具、電化製品、布団など使い慣れたものはすべて持ち込みを可能にするなど、居心地良く過ごしやすい居室となるよう配慮している。必要なものがある場合は、家族と相談して持ってきてもらったり、購入したりしている。</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>廊下、トイレ、浴室などにはすべて手すりを設置しており、ADLに合わせて自立の支援を心がけている。また、階段での移動が困難な方のためにエレベーターを設置して安全に移動できるように配慮している。</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 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みられている (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
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ます。 (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

