

平成21年度

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	1473600938	事業の開始年月日	平成17年5月1日	
		指定年月日	平成17年5月1日	
法人名	(株)アイシマ			
事業所名	グループホーム なでしこ			
所在地	(245-0016) 泉区 和泉町 1927-7			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成21年10月7日	評価結果 市町村受理日	平成22年1月15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	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473600938&SCD=320
----------	---

【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)】

利用者、その家族が、一番心配すると思われる医療面での体制が、整っています。内科・精神科・訪問看護・訪問歯科による往診が行われていて、健康状態を維持、管理がされています。
施設の敷地内には広々とした庭園が設けられています。その庭園を利用した催しものも行われるほか、日常的に散歩や、畑の野菜の収穫や、みかんや金柑の収穫で利用しています。その収穫したものを、日頃お世話になっている近隣の方にもお礼とし、お渡しするなどし、地域との交流も深まっています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ｸﾞﾞ ｽﾌﾞﾌﾞ 3階		
訪問調査日	平成21年11月12日	評価機関 評価決定日	平成21年12月1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)】

当ホームは、横浜市を中心に多数のグループホームや病院、訪問看護ステーションなどで構成される法人のひとつであり、そのノウハウを活かした安定した運営が特徴です。
横浜市営地下鉄「立場駅」からバスにて5分の閑静な住宅地に位置し、近隣には下和泉地区センターがあり、活動の拠点にもなっています。
地域とのつながりを大切にし、敬老会や運動会、防災訓練などの地域行事には積極的に参加しています。ホーム内においては、ホームに閉じこもらないように朝夕の散歩や、利用者の楽しみとして毎週一度の「お刺身の日」や、毎月2回のグループ法人経営のレストランでの食事会及び音楽療法を行っています。またホームの広い庭を利用して花見や野菜づくりなども行われています。
開設以来からの職員も多く馴染みの職員による継続したケアを提供しています。さらに家族との繋がりを大切にして開設当初より年2回開催されている家族会では人事異動や運営推進会議の報告、監査や外部評価の結果を伝え運営面の透明性を図っています。毎月発行される「なでしこ便り」と日々の様子を綴った「1行ノート」を送って交流連携に努めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

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
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	職員が毎日使用する「連絡ノート」「業務日誌」には理念が貼られ、目立つ場所にも提示されています。会議等でも理念に基づいたケアができているか話し合っています。	理念は玄関等に掲示されています。利用者の自立に向けた働きかけ、「あい」と「まこと」の精神。地域社会とのつながりを大切にしたいケアなど理念の実践がうかがえます。	
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	自治会に加入し、自治会の敬老会、お祭り、清掃などに参加しています。散歩の時には挨拶などをして交流を図っています。	職員と利用者は散歩時の挨拶や運動会や敬老会、地域の防災訓練などに参加して馴染みの関係を作っています。近隣の小、中学生に庭を開放して交流連携に努めています。	
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	行政から委託された介護教室を開催し地域の方に参加してもらっています。		
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	運営推進会議では活動の報告や話し合いを行っています。地域の活動に地域の住民として受け入れられ、敬老会、お祭り、清掃などに参加しています。	運営推進会議は3ヶ月毎に地域内5事業所と共催されています。地域との有事の相互協力の約束を交わしたり、散歩や行事等の交流を通じてホームの理解者が増えています。	ホームは運営推進会議に積極的に参加しています。今後は市側の協力を得て2ヶ月毎の開催が期待されます。
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	行政の担当のケースワーカーには、利用者のごことで報告や相談をしています。泉区認知症高齢者グループホーム連絡会の研修にも参加しています。	泉、戸塚区グループホームブロック会に毎月参加して学習や意見交換しています。11月に交換研修に参加が決まっています。また、利用者を通じて区と交流連携しています。	

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
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>会議、ケアカンファレンスで身体拘束をしないケアについて全職員で話し合い取り組んでいます。</p>	<p>身体拘束防止マニュアルがあり、ホームで高齢者の権利擁護や身体拘束の勉強会を行っています。転落の危険がある方には布団やじゅうたんを使用する工夫もみられます。</p>	<p>外出支援に努め、音楽療法の時には施錠開放を行っています。今後カギをかける事の弊害について利用者家族や運営推進会議での働き掛けなどさらなる取り組みが期待されます。</p>
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>会議、ケアカンファレンスを通して虐待について話し合いを行い、虐待防止に努めています。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</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>成年後見人制度の勉強会に参加しています。当事業所では成年後見人制度を利用している入居者様がいます。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>時間をとり丁寧に説明をおこなっています。利用者の状況によって起こりうるリスク・事業所の対応可能な範囲等、あらゆる場面を設定、説明をして納得を図っています。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者、家族が相談できる環境作りに努めています。利用者の日常の行動から察するよう、家族には相談窓口を設けています。</p>	<p>ホーム内に苦情相談先が掲示されています。職員はケアの場面や家族の面会時にコミュニケーションに努め「何かしてほしい事はありますか？」と声かけしています。</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
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	月1回以上の勉強会や会議があり、常に意見を反映させる体制ができています。	管理者は職員と1対1になる場面で積極的なコミュニケーションを心がけ意見や要望を汲み取れるように努めています。また、希望のお休みが取れるように配慮しています。	平成21年度から情報公表制度が加わり、より整備への取り組みが期待されます。
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	管理者、主任による人事考課表を通じて、上層部への報告をし、賞与等の査定をしています。		
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	月1回の勉強会や、研修案内による研修会を受講し、介護知識の向上に努めています。		
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	他のグループホームと勉強会、交換研修を行い、サービスの質を向上できるように努めています。		
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	相談から利用に至るまで専門の部署を設け、本人との信頼関係を築けるよう努めている。		

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
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	相談から利用に至るまで専門の部署を設け、家族との信頼関係を築けるよう努めています。		
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	相談時、本人やご家族の思い、状況等を確認し、必要であれば他のサービス機関と連携をとって対応しています。		
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	共に生活するひとつの家族と捉えさせえています。本人から学ぶこともあり、尊敬と感謝の気持ちを持って支えあっています。		
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	出来るだけ家族からの情報を得るように努めています。面会時には会話を多くし、少しでも多くの情報を頂ける様にしています。又、日頃の状態も知って頂ける様に心掛けています。		
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	昔の友人が訪ねて来てくれています。長い付き合いの友人と文通をしている方もいます。	利用者が礼拝に通うためのボランティア支援や遠方の兄弟や友人との交流のために文通や電話の支援を行っています。地区センターでの敬老会への参加支援もしています。	

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
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	関係が希薄になっている利用者同士をさりげなくドライブや散歩に誘ったりして関係の修復に努めています。		
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	退所した利用者の家族がお手伝いをくれたりしています。ホームの近況等を伝える手紙を出しています。		
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。	出来る限りの希望や意向を尊重しています。又言葉の少ない利用者には、声がけ多くして言葉や表情を読み取り真意を理解するようにしています。	職員は普段のケアの場面で利用者から意向や希望を聞き取っています。把握が困難な場合には表情やそぶりで汲み取り、把握出来た内容は記録して共有しています。	
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	生活歴のわからない利用者には散歩の途中や、庭での外気浴の時、食事の時の会話等気付いたことを気付きノートに記入し、それまでの暮らしの把握に努めます。		
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	本人の現状を把握するため、生活・心理面で出来ること出来ないことを書き出し、本人の心身状態の把握に努めます。		

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
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>ケアカンファレンスで介護計画について話し合い介護計画を作成しています。</p>	<p>介護計画は本人、家族の希望を聞きながら、アセスメント、モニタリングを行い3ヶ月毎作成しています。毎月のカンファレンスで個別検討を行い、変化があれば随時変更しています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個人ファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更は申し送りノートにて行っています。個人ファイルや申し送りノートにて介護計画の見直しを行っています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>医療連携体制が整っています。月2回の主治医の往診、週1回訪問看護師、2週に1回の歯科往診が健康管理を行っています。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>必要に応じてボランティアの方に協力して頂いています。地域ケアプラザの図書館を利用している利用者がいます。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>入所前にかかっていた病院に本人の希望で通院したことがあります。しかし諸事情により紹介状を書いていただき近隣の医療機関に変更しました。本人は納得され満足しています。</p>	<p>内科、精神科、歯科医の往診を受けています。主治医の変更も本人の納得の上で行い、耳鼻科や眼科へ定期的な受診支援も行っており、医療連携ノートで共有しています。</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
31		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護ステーションとの契約により、週1回健康管理、医療面での相談、助言を受けています。訪問看護及び内科医は24時間対応での相談が可能になっています。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時、お見舞いに行き、状況の把握に努めています。主治医やソーシャルワーカーと相談し、早期退院にむけて努めています。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した利用者の家族や主治医、施設職員が話し合いを行っています。施設側より本人の様子、主治医からは今後おこりうるリスク等の説明を行っています。家族の今後の意向も聞いています。</p>	<p>入居時に「看取りの指針」の説明をしています。看取りの実績もあります。状況の変化に応じて主治医、看護師、職員、家族、利用者による話し合いを行い支援しています。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>外部研修の内容やマニュアルを用いて定期的に行っています。</p>		
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>年2回ホーム内で避難訓練を行っています。職員の見やすい場所に非難順を提示しています。地域で行われている避難訓練にも参加しています。</p>	<p>避難方法や体制図が掲示されています。避難訓練は年2回実施されています。自動通報装置、災害対策マニュアル、備蓄が整備され、スプリンクラーは現在申請中です。</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
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	言葉かけ、対応には十分に注意し、失礼が無いように心掛けています。接遇について研修会に参加したり、勉強会でも話し合いが行われています。	法人の接遇マニュアルに沿って対応しています。個人情報 は事務室で集中管理されています。パソコンはパスワード管理を行っています。	
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	本人の意思を尊重するため、むやみな声かけや介助は行わず、見守りというもケアのひとつであることを意識して努めています。		
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	日課とするものとは別に日中は本人の過ごしたい形を優先しています。無理強いはしない、その人らしい生き方ができるように支援しています。		
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	二ヶ月に1回程度、訪問美容を利用している利用者がいます。その他の方は施設職員がホーム内でカットをしています。		
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	調理、盛り付け、配膳、お茶入れ食器洗いをそれぞれの出来る力にあった内容を毎日職員と行っています。季節や行事に合わせた食事提供も行っています。	配膳、下膳、食器洗いなど職員と一緒にしています。法人内管理栄養士が献立チェックを行っています。食材は旬のものを提供し職員と利用者は、おしゃべりしながら同じ食事を食べています。	

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
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	チェック表を用いて食事量、水分量を把握しています。食事、水分摂取量の少ない利用者には形態を変えたりし摂取していただけるよう努めています。		
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	口腔チェック表を用いて確認しています。一人一人に合った口腔ケアを統一しています。		
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	排泄チェック表を使用し、排泄のパターンを把握し事前にトイレ誘導し、利用者が気持ちよく排泄できるよう支援しています。	バイタル表で、体温、血圧、食事、排便、排便困難時の処置、排尿、水分摂取量など記録共有され、排泄パターンや状況、睡眠状態にも配慮しながら自立に向けて支援しています。	
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	一人一人の排便のペースを把握し、その人それぞれに合った予防と対応をおこなっています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の身体状況や都合に合わせて男性、女性と分け入浴日としています。希望があればいつでも入浴できるように準備しています。	最低、2日に1度入浴してもらえるように一人ひとり支援しています。入浴時間や温度の希望にも応えています。拒否の場合にも時間や介助者を交代して支援しています。	

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
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	その方の生活習慣に合わせて（服薬時間、消灯時間、就寝前の水分補給）支援をしています。添い寝などをおこなうこともあります。		
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	最新の薬剤説明書をケースに入れて、服薬については日時、名前を読み上げ間違えることのないようにしています。症状の変化が現れた時は速やかに主治医に連絡しています。		
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	家族という事を意識してもらうため、食事の挨拶を順番におこなっています。日華として散歩、男性利用者には力仕事をお願いし、頼られていると実感してもらっています。		
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支援している	日に2回以上の散歩やホームの菜園での野菜収穫、図書館の利用などを行っています。外出の機会を無くさないよう支援しています。	天気の良い日は朝、夕お散歩や地区センター、スーパーなどに出かけています。ドライブや月2回法人経営のレストランへの外食やお花見などの外出支援を行っています。	
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	個人での金銭管理するのは困難な方が多いためホームで管理しています。必要に応じて職員と出掛けて、買い物をしていただき、本人にお金を払っていただきます。		

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
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	事務所内の電話を本人が希望すればいつでも使用できるようにしてあります。手紙も職員と本人と一緒に投函するよう努めている手紙の相手には職員が電話連絡し手紙が届くことを伝えています。		
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	玄関にはプランターの花、桃の木が植えています。季節によって玄関前の飾りには工夫をしています。	室内はバリアフリーで文字盤の大きな時計や手作りカレンダーがあります。ソファや椅子も置かれ、室内の換気や湿度にも配慮しています。部屋の内外に鉢植えの草花があり、季節を楽しんでいます。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	ソファが用意されており、利用者はゆったり過ごしています。ベランダには椅子が用意しており、食後そこで喫煙している利用者がいます。		
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	使い慣れた家具が置かれています。仏壇をお持ちの利用者には年間を通して飾れる花を庭やプランターで咲かせるようにしています。	ベッドの方や布団の方、じゅうたん、テレビや鏡台、タンス、家族の写真や趣味の品、仏壇を持って来られてる方もあり、それぞれ馴染みの品に囲まれて居心地良く過ごしています。	
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」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	必要な箇所には手すりが設置してあります。利用者の状態に合わせてベッドの位置や補助具を検討し実施しています。		

事業所名	グループホーム なでしこ
ユニット名	あい

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、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, 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

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
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	職員が毎日使用する「連絡ノート」「業務日誌」には理念が貼られ、目立つ場所にも提示されています。会議等でも理念に基づいたケアができているか話し合っています。		
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	自治会に加入し、自治会の敬老会、お祭り、清掃などに参加しています。散歩の時には挨拶などをして交流を図っています。		
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	行政から委託された介護教室を開催し地域の方に参加してもらっています。		
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	運営推進会議では活動の報告や話し合いを行っています。地域の活動に地域の住民として受け入れられ、敬老会、お祭り、清掃などに参加しています。		
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	行政の担当のケースワーカーには、利用者のことで報告や相談をしています。泉区認知症高齢者グループホーム連絡会の研修にも参加しています。		

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
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>会議、ケアカンファレンスで身体拘束をしないケアについて全職員で話し合い取り組んでいます。</p>		
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>会議、ケアカンファレンスを通して虐待について話し合いを行い、虐待防止に努めています。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</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>成年後見人制度の勉強会に参加しています。当事業所では成年後見人制度を利用している入居者様がいます。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>時間をとり丁寧に説明をおこなっています。利用者の状況によって起こりうるリスク・事業所の対応可能な範囲等、あらゆる場面を設定、説明をして納得を図っています。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者、家族が相談できる環境作りに努めています。利用者の日常の行動から察するよう、家族には相談窓口を設けています。</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
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	月1回以上の勉強会や会議があり、常に意見を反映させる体制ができています。		
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	管理者、主任による人事考課表を通じて、上層部への報告をし、賞与等の査定をしています。		
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	月1回の勉強会や、研修案内による研修会を受講し、介護知識の向上に努めています。		
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	他のグループホームと勉強会、交換研修を行い、サービスの質を向上できるように努めています。		
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	相談から利用に至るまで専門の部署を設け、本人との信頼関係を築けるよう努めている。		

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
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>相談から利用に至るまで専門の部署を設け、家族との信頼関係を築けるよう努めています。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>相談時、本人やご家族の思い、状況等を確認し、必要であれば他のサービス機関と連携をとって対応しています。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>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</p>	<p>共に生活するひとつの家族と捉えさせえています。本人から学ぶこともあり、尊敬と感謝の気持ちを持って支えあっています。</p>		
19		<p>本人と共に支え合う家族との関係</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</p>	<p>出来るだけ家族からの情報を得るように努めています。面会時には会話を多くし、少しでも多くの情報を頂ける様にしています。又、日頃の状態も知って頂ける様に心掛けています。</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>昔の友人が訪ねて来てくれています。長い付き合いの友人と文通をしている方もいます。</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
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	関係が希薄になっている利用者同士をさりげなくドライブや散歩に誘ったりして関係の修復に努めています。		
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	退所した利用者の家族がお手伝いをくれたりしています。ホームの近況等を伝える手紙を出しています。		
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。	出来る限りの希望や意向を尊重しています。又言葉の少ない利用者には、声がけ多くして言葉や表情を読み取り真意を理解するようにしています。		
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	生活歴のわからない利用者には散歩の途中や、庭での外気浴の時、食事の時の会話等気付いたことを気付きノートに記入し、それまでの暮らしの把握に努めます。		
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	本人の現状を把握するため、生活・心理面で出来ること出来ないことを書き出し、本人の心身状態の把握に努めます。		

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
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	ケアカンファレンスで介護計画について話し合い介護計画を作成しています。		
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	個人ファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更は申し送りノートにて行っています。個人ファイルや申し送りノートにて介護計画の見直しを行っています。		
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	医療連携体制が整っています。月2回の主治医の往診、週1回訪問看護師、2週に1回の歯科往診が健康管理を行っています。		
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	必要に応じてボランティアの方に協力して頂いています。地域ケアプラザの図書館を利用している利用者がいます。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 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	入所前にかかっていた病院に本人の希望で通院したことがあります。しかし諸事情により紹介状を書いていただき近隣の医療機関に変更しました。本人は納得され満足しています。		

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
31		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護ステーションとの契約により、週1回健康管理、医療面での相談、助言を受けています。訪問看護及び内科医は24時間対応での相談が可能になっています。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時、お見舞いに行き、状況の把握に努めています。主治医やソーシャルワーカーと相談し、早期退院にむけて努めています。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した利用者の家族や主治医、施設職員が話し合いを行っています。施設側より本人の様子、主治医からは今後おこりうるリスク等の説明を行っています。家族の今後の意向も聞いています。</p>		
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>外部研修の内容やマニュアルを用いて定期的に行っています。</p>		
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>年2回ホーム内で避難訓練を行っています。職員の見やすい場所に非難順を提示しています。地域で行われている避難訓練にも参加しています。</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
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	言葉かけ、対応には十分に注意し、失礼が無いように心掛けています。接遇について研修会に参加したり、勉強会でも話し合いが行われています。		
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	本人の意思を尊重するため、むやみな声かけや介助は行わず、見守りというもケアのひとつであることを意識して努めています。		
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	日課とするものとは別に日中は本人の過ごしたい形を優先しています。無理強いはしない、その人らしい生き方ができるように支援しています。		
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	二ヶ月に1回程度、訪問美容を利用している利用者がいます。その他の方は施設職員がホーム内でカットをしています。		
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	調理、盛り付け、配膳、お茶入れ食器洗いをそれぞれの出来る力にあった内容を毎日職員と行っています。季節や行事に合わせた食事提供も行っています。		

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
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	チェック表を用いて食事量、水分量を把握しています。食事、水分摂取量の少ない利用者には形態を変えたりし摂取していただけるよう努めています。		
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	口腔チェック表を用いて確認しています。一人一人に合った口腔ケアを統一しています。		
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	排泄チェック表を使用し、排泄のパターンを把握し事前にトイレ誘導し、利用者が気持ちよく排泄できるよう支援しています。		
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	一人一人の排便のペースを把握し、その人それぞれに合った予防と対応をおこなっています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の身体状況や都合に合わせて男性、女性と分け入浴日としています。希望があればいつでも入浴できるように準備しています。		

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
46		<p>安眠や休息の支援</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>その方の生活習慣に合わせ（服薬時間、消灯時間、就寝前の水分補給）支援をしています。添い寝などをおこなうこともあります。</p>		
47		<p>服薬支援</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>最新の薬剤説明書をケースに入れて、服薬については日時、名前を読み上げ間違ふことのないようにしています。症状の変化が現れた時は速やかに主治医に連絡しています。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</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>家族という事を意識してもらうため、食事の挨拶を順番におこなっています。日華として散歩、男性利用者には力仕事をお願いし、頼られていると実感してもらっています。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</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。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支援している</p>	<p>日に2回以上の散歩やホームの菜園での野菜収穫、図書館の利用などを行っています。外出の機会を無くさないよう支援しています。</p>		
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>個人での金銭管理するのは困難な方が多いためホームで管理しています。必要に応じて職員と出掛けて、買い物をしていただき、本人にお金を払っていただきます。</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
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	事務所内の電話を本人が希望すればいつでも使用できるようにしてあります。手紙も職員と本人と一緒に投函するよう努めている手紙の相手には職員が電話連絡し手紙が届くことを伝えています。		
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	玄関にはプランターの花、桃の木が植えています。季節によって玄関前の飾りには工夫をしています。		
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	ソファが用意されており、利用者はゆったり過ごしています。ベランダには椅子が用意しており、食後そこで喫煙している利用者がいます。		
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	使い慣れた家具が置かれています。仏壇をお持ちの利用者には年間を通して飾れる花を庭やプランターで咲かせるようにしています。		
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」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	必要な箇所には手すりが設置してあります。利用者の状態に合わせてベッドの位置や補助具を検討し実施しています。		

事業所名	グループホーム なでしこ
ユニット名	まこと

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、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, 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

目標達成計画

作成日：平成 22 年 1 月 12 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	職員を育てる取り組みにおいて、未経験者も多く、1からの始まりを支援していくのに、業務に入って体で覚える形が多いのが現状なため、誤った言動が出てしまう	3人体制が強化されてきたこともあり、介護技術の一つ一つに理由を付け、丁寧に教育していく。また、新職員だけではなく、全スタッフが見直し改善をおこなっていく	目標を決め、そのケア方法について、毎月のユニット会議で皆で話し合い、考えていきゆっくりではあるが、一つ一つ皆で高めあっていく。	12ヶ月
2	29	地域資源との協働では、少しずつではありますが、ボランティアの方が来てくださったりしていますが、まだまだすくなく、もっとボランティアの方の受け入れを考えていかなければいけない	一年を通してボランティアの受け入れ件数を増やす。また将棋などの個別のボランティア等の受け入れも行っていきたい	一年間を通し、ケアプラザにてチラシを掲示させて頂いたり、ボランティアの呼びかけを行っていく。継続できるようなボランティアを一組でも増やす	12ヶ月
3	49	日常的な外出支援が偏ってしまっている。	もっと日常的な外出をする。(回覧板を回すなど)	回覧板を私に行く際には、満遍なく皆様に協力していただく	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。