

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26 年 6 月 9 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3491100214		
法人名	株式会社 プロケアしまなみ		
事業所名	グループホーム長江		
所在地	広島県尾道市長江2丁目7-8 (電話) 0848-37-6101		
自己評価作成日	平成 26年 1 月 5 日	評価結果市町受理日	

※ 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	(社福) 広島県社会福祉協議会
所在地	広島県広島市南区比治山本町12-2
訪問調査日	平成26年1月31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）】

・認知症の方の気持ちになり、話をする。 ・一人ひとりの意見を聞き、出来る様に工夫する。 ・認知症についての勉強会、研修会に進んで参加する。

【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）】

グループホーム長江（以下、ホーム）は、尾道市中心部の住宅街に立地しています。同じ建物には、法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所があり、運営推進会議を合同で実施するなど、日常的に連携を図りながら運営されています。 介護保険を利用しない地域に住む高齢者の困難ケースについて、運営推進会議で市行政や地域包括支援センター職員、近隣の高等学校教職員、市社会福祉協議会職員、町内会会長と見守りや対応方法について話し合いを繰り返した結果、「小地域ネットワーク」の設置に至った事例があります。現在では、地域に住む高齢者の見守り活動とともに、高齢者の相談の拠点として、地域密着型サービス事業所としての特性を活かしながら、情報収集と地域資源の活用を積極的に行われています。 また、福祉の困り事等、誰でも立ち寄り、相談、情報交換できる場として「オレンジカフェ」の開設準備も進めておられます。
--

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
I 理念に基づく運営(1ユニット)					
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。	「みんな笑顔で」の理念を管理者、職員が常に共有・理解をし利用者様と一緒に取り組み実践につなげています。	理念は、入居者や家族、職員、地域住民が笑顔になるようにとの思いが込められています。ホーム開設から3年が経過し、現在の理念をより具体化できるよう検討されています。	
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。	今現在、利用者様自体の地域交流は出来ていないが職員が町内会の場に参加し、顔つながりを作ることから始めており、利用者様の地域交流につなげていきたいと思っています。	ホームは、商店が多くある住宅街に位置し、町内会活動に積極的に参加されています。地域住民とは、ゴミ出しなどで毎日挨拶を交わしておられます。保育園児との交流やボランティアの受け入れなど、地域の人との交流を図っておられます。	
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。	尾道南高校の生徒さんや、社協ボランティア、JA看護学生さん等に着て頂き認知症の方への理解や支援の方法を知っていただいています。		
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。	グループホームとしてのアピールがあまり強く出来ておらず、また利用者様を含め職員も地域との交流があまり進んでおらず運営推進会議が活かされていないので今後のアピールをどのようにしていくかが課題になっています。	会議メンバーは、町内会長、地域住民、民生委員・児童委員、市行政、地域包括支援センター職員、市社会福祉協議会職員、高等学校教職員、家族など多彩な顔ぶれとなっています。会議では、ホームの運営状況の意見交換や救命救急講習を消防署員に講師になってもらい実施するなど、会議がマンネリ化しない工夫もされています。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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。	市町担当の方とお会いしたときに事業所での現在の状況や取組みを積極的に伝えながら時にアドバイスを頂き協力関係を築くよう取り組んでいます。	認知症サポーター養成講座へ職員が講師として参加し、協力関係を築かれています。また、地域に住む高齢者調査のためのペットボトル水配りを市健康推進課が主催で実施し、ホームからも参加されています。	

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	○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。	高齢者虐待防止についての勉強会において身体拘束についても職員が理解し身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	職員は、外部研修に参加し、ホームで伝達研修を行い、身体拘束をしないケアについて理解を深めておられます。また、不適切な言葉がけがあれば、お互いに注意し合う姿勢を持ちケアに取り組まれています。	
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。	勉強会を実施し、虐待に対する職員の意識や理解をもち不適切または不快感の無いケアに取り組むよう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。	後見人との連携は蜜に取れてはいるが、成年後見人について職員間での理解は、あまり周知されていないので成年後見人制度についての勉強会を実施したいと思います。		
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。	入居時に契約書を元に重要事項を説明し同意を得ている。利用者、家族様の不安の無いようグループホームでの生活を説明し理解していただいています。		
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。	日々の中で利用者様、家族様から意見を出していただける環境、信頼作りを実施しているが意見箱等、活用された事は、まだありません。	家族からの意見は、面会時や運営推進会議で聞いておられます。家族からは、日々のホームでの過ごし方や整容等について意見や要望が出され、反映できるようケアに取り組まれています。また、契約事項の記載内容について、家族の意見を基により分かりやすい内容に変更されています。	

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
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。	「グループホームとは？」という勉強会を実施し、その中で職員が運営に関する意見を交換する事が出来た。今後に反映していきたいと思っています。	職員ミーティングで出された意見や提案を管理者会議にも議題としてあげ、法人全体で検討し運営に反映できるよう取り組まれています。入居者への言葉がけの対応について、職員全体で統一したケアが提供できるよう見直し、改善を図っておられます。法人が設置するグループウェアを活用し、直接言いにくい意見や提案が伝えやすい環境を整えておられます。	
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。	職員個々に対する声掛けや話しをする場を密に設け、働きやすく向上心の持てる職場環境、条件の設備に努めています。		
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。	内部研修の開催はもちろんの事、外部研修がある場合は、その情報を職員へ告示し積極的に研修へ参加できるよう取組みキャリアアップの出来る環境づくりをしています。		
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。	他施設への見学を行い、そこでの情報交換や勉強会などに参加させていただいています。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
		○初期に築く本人との信頼関係			

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
15		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。	入居前面接の際、訪問させていただき本人様が抱えられている思いを傾聴し不安のない生活が送っていただけるよう信頼の有る関係作りをしています。		
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。	本人様の思いを基点に家族様の要望、意見を傾聴し本人・家族様がともに不安のない生活になるよう関係づくりをしています。		
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。	入居前にアセスメントを行い、本人、家族様が必要とされ納得していただけるケアプラン作りに取り組んでいます。		
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。	利用者様が「自分のしたいことを一緒に出来る」暮らしを職員が共有し生活の一員となれる関係を築くよう努めています。		
19		○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。	家族様の面会時や必要時、日常での生活を、こまめに分かりやすく伝えていき職員、家族、本人様が安心できる信頼関係をつくるよう努めています。		
		○馴染みの人や場との関係継続の支援		新馴染みのサービス提供員との信頼構築	

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
20	8	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。	なじみの方との面会も、こまめに来て頂けるような声掛け、環境づくりを支援しています。また面会簿の活用も行っています。	顔馴染みのある近隣住民との挨拶や世間話などを日常的に行われています。また、友人の訪問もあります。入居者には、日常会話からこれまでの生活歴などを把握し、関係が途切れないよう支援されています。	
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。	食事を囲む席順等、会話が多く持てたり孤立感のないよう、また同じ片同士の関係にならないように定期的に席替え等も行いながら利用者同士の関係作りがスムーズになるよう工夫しています。		
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。	今まで相談・支援をした実績は無いが、いつでも対応できるよう整えています。		
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。	計画作成を始め、管理者、職員が日々の暮らしの中で常に利用者様の言葉に耳を傾け本人様の希望、意向を把握しカンファレンス、ケアプラン作成を行っています。	訴えが少ない入居者には、職員から積極的に関わるよう指導されています。新任職員は、先輩職員の対応を見ながら実践に繋げられるよう努力されています。得た情報は、朝礼や記録などで職員全体で共有し、ケアに反映されています。	
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。	基本情報を元に、本人、家族様から話を聞き、その内容を申し送りやミーティング、カンファレンス時等に話し合いながら職員同士で共有しています。		
		○暮らしの現状の把握			

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
25		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。	サービス日課表をもとに一人ひとりにあった過ごし方を提供し心身状態の現状等も記録に、こまめに実施する事で把握に努めています。		
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。	面会時や定期的な連絡時には利用の状態について話し合い、家族様の意見も聞いて、カンファレンス、ケアプランの参考にしています。	ミーティングの議題や実施記録を基に、介護計画を作成されています。「腕を5回曲げ伸ばしする」など、具体的に分かりやすい表現で計画を立て、どの職員も同様の対応ができるよう工夫されています。	ケアに従事する職員全体で計画内容を共有し、日頃の支援に活かすことが重要となってきます。今後は、ケアマネジャーだけでなく、職員全体で介護計画の必要性について理解を深めながら支援に反映できるよう期待します。
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。	パソコンの「ほのぼのシリーズ」において生活全般における記録を個別に記入し気づきや特に申し送りたいこと等は、全体の事務連絡や申し送りにて記入する事でスムーズに実践に活かす事が出来ています。		
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。	利用者様の「帰りたい」と訴えに対し、家族承諾の上で自宅や、また馴染みの場所へ出かけたりと短い時間でも過ごす事の出来るよう取り組んでいます。		
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。	地域の幼稚園の方々に来ていただいたので、この関係性を継続していきたいと思えます。		
		○かかりつけ医の受診診断		従来からのかかりつけ医を受診する入居	

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
30	11	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。	かかりつけ医には月2回、往診にきて頂き、定期的に連絡を行っています。また必要時には受診介助も行っています。	者もおられます。外来への受診は、家族付き添いが原則となっていますが、必要に応じて職員が同行されています。母体病院の医師による往診が週1回あります。	
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。	こまめに報告をし受診、往診の対応に取り組んでいます。また記録にも残し、情報を共有を行っています。		
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。	入院中もこまめに面会に行き状態や状況を確認し家族とも連絡しています。情報交換も看護職員を中心に病院関係者と話し関係作りを行っています。		
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。	現在、ターミナルケアを行っています。看護、介護職員、家族様、かかりつけ医と話し合いを行い、情報を共有し施設全体で取り組んでいます。	平成25年12月に看取りの支援をされています。終了後には、デスカンファレンスを実施し、職員全体で振り返りを行われています。気づきや経過などを話し合い、次に繋がるよう取り組まれています。看取りについて、日々のケアの中で日常の延長であることを職員に指導しながら、チームとして支援できるよう努力されています。	
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。	看護職員を中心に応急救護についての研修会を行っています。また事故のマニュアル化も統一して早めの対応に努めています。		
		○災害対策			

事業所は2階建ての建物内にあり、〈〈〈

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	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。	防火管理者を中心に災害対策のマニュアルを作成し、訓練等、行っています。地域への協力要請はしています。	年2回、訓練を実施されています。うち年1回の訓練には、消防署員の立ち会いもあります。訓練では、救命救急講習も実施されています。	事業所は3階建ての建物内にあり、災害発生時には建物内の他サービスとの混乱などが予測されます。防災訓練を自治会や消防団の協力を得ながら実施し、協力内容の役割について検討されることを提案します。

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。	ミーティングや研修等を通し、利用者様に対し優しい言葉遣い、プライバシーを損ねない言葉遣いをするよう職員に伝えています。	「必ずノックをして入室する」「呼称は名字で行う」など、具体的な対応方法を示しながら指導されています。また、ミーティング時に接遇についての正しい理解を職員に伝えながら、支援に反映できるよう取り組まれています。	
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。	日々のケアを行う前には、まず利用者様に尋ねてから自己決定と本人様の思い、希望を聞いて行動するようにしています。		
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。	業務優先ではなく、利用者様のペースに合わせた日常生活を送るようにしています。		
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。	本人様の意見を聞いて服を選択して頂いたり、個別の鏡やくしを用意して朝は身だしなみを整えていただくよう実施しています。		
		○食事を楽しむことのできる支援		食事け手作りのおもを提供されています。	

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
40	15	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。	食事作りには利用者様にも参加して調理、セッティング等行っています。	食事は、作りの工夫と提供を心がけています。入居者は、お茶を入れたり、果物の皮むきをしたり、一人ひとりの能力が発揮できるよう支援されています。入居者の誕生日には、個別で外食を楽しんだりするなど、「食べる」ことが楽しみに繋がるよう努められています。	
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。	食事量・水分量をこまめに記録しています。バランスよく食べて頂くようメニュー表へ記録しています。		
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。	自力にて行える方へは積極的に毎食後行っています。介助が必要な方へはハミングッドなど使用し口腔ケアを実施しています。		
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。	排泄記録表に目を通し排泄パターンの把握に努め必要時はNSと相談し便通剤や浣腸等、自然排泄へ実施しています。	排泄介助を行う際は、入居者に了承を得るなど、プライバシーにも配慮しながら支援されています。入居者の表情は仕草などのサインを見て、声かけによる誘導が行われています。	
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。	水分は1日1500mlを目安にし提供、体を動かす様に体操など取り組んでいます。		
		○入浴を楽しむことができる支援			

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	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。	本人様の入浴したい日、時間帯を考慮し入浴できるよう声掛け、計画を行っています。	入浴は、曜日や時間がある程度決めて支援されていますが、要望があれば柔軟に対応されています。また、色々な種類の入浴剤を用意し、その日の気分に合わせて選んでもらい、気持ち良く入れるよう工夫されています。	
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。	眠りたい時間に合わせて寝るように本人様のペースに合わせています。夜間は安心できるような環境づくりに努めています。		
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。	カルテ、薬ケース等に薬についての目的が表示してあります。事務所内へは薬の本等も置いてあり、いつでも確認する事が出来ます。		
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。	もともと主婦だった女性利用者様が多い為、洗濯物や台所作業等をしていただいています。手作業を好まれ、ちぎり絵は毎月取り組んでおられます。		
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に支援している。	月1回のペースで買い物やドライブ、外食などに出かけています。	買い物へ出かけたいという希望があれば随時対応されています。意思表示の難しい入居者には、家族に情報を得ながら、本人の行きたい場所に出かけられるよう支援されています。また、ドライブを兼ねて自宅を見に出かけることもあります。	
		○お金の所持や使うことの支援			

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		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。	施設にてお預かりしている金銭の中で本人様の希望の品を購入していただいています。		
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。	電話連絡の時等は、本人様にも会話を楽しんでいただいています。手紙のやりとり等も出来るように努めています。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	お花や季節ごとの貼り絵を設置、または外出した際の写真を掲示し居心地の良いように工夫しています。	リビングは陽当たりが良く明るい空間となっています。対面キッチンから全体を見渡すことができ、食事の支度をしながら入居者との会話を楽しんでいます。廊下の壁には、日本画や行事で撮った写真が掲示されています。	
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。	ソファを2箇所設置しくつろげる環境を提供しています。また人間関係などを考慮してテーブルの位置等も考えています。		
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。	家族様からの昔の写真や本人様が在宅にて使用されていたものを持ち込んでいただき、安心感の持てる環境づくりに工夫しています。	居室には、テレビや写真、人形など、使い慣れた物や馴染みの物を入居者は持ち込まれています。ベッド使用が難しい入居者には、畳を設置し布団を敷くなど、一人ひとりの状態に合わせて環境を整えておられます。	
		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり			

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
55		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。	廊下、居室、入浴、トイレなどに手すりを設置しトイレ、入浴場には分かりやすいように表示を行っています。		

V アウトカム項目(1ユニット)			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 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や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	○	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、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

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
I 理念に基づく運営(2ユニット)					
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。	職員の出入り口玄関に理念を掲げ、職員が意識できるよう理念を共有している。		
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。	利用者様が地域と関わるということは出来ていない。近所の保育園児との交流を継続して行っていく予定で取り組んでいる。		
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。	尾道南高校の生徒さんや、ボランティアの方々に来ていただき、利用者様とふれあっていただく中で、認知症の方の理解や支援の方法を知っていただいています。		
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。	運営推進会議の中で、グループホームとしての話し合いはほとんど出来ていない。今後、グループホームが地域とどのように関わられるのか考えていく。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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。	市の担当者と接触する際、顔なじみになれるよう、関係を築く努力をしている。		
		○身体拘束をしないケアの実践			

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	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。	身体拘束について職員に理解してもらえるよう、施設内で研修を行った。拘束について一人一人が考えながら、身体拘束をしながらでもケアができるよう取り組んでいる。		
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。	上記、身体拘束の研修の中で、虐待についても勉強を行った。どういったことが虐待になるのか考える機会を与え、自身の介護を振り返るよう努めた		
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。	成年後見人と連絡をとり合い、状況を伝えている。勉強会については行っていない。		
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。	入居時に契約書を元に、重要事項を説明し同意を得ている。グループホームでの生活の説明を行い、利用者や家族の不安を取り除けるよう意識している。		
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。	利用者、家族共に日ごろから思いや希望を言いやすい関係づくりを心掛けている。外部者へ表せる機会は設けていない。		
		○運営に関する職員意見の反映	「ダブル・プレイ」についての勉強会を遂		

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	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。	「グループホームについて」の勉強会を通して、職員間で考える機会を設けた。これを継続し、今後もグループホームのありかたについて意見を反映させていけるよう努めたい。		
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。	職員に研修や、地域の講演会など積極的に参加できるよう推進し、意欲的に働ける体制がある。		
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。	職員の力量に合わせてステップアップできるよう、積極的に研修に参加する機会が設けられている。		
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。	地域の研修や講演会などに参加し、自施設でできること、すべきことを考えている。		
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。	サービスの利用開始時、本人が困っていることや要望をうかがい、利用初期の不安に寄り添えるよう、関わりを持ち信頼関係を深める努力をしている。		
		○初期に築く家族等との信頼関係			

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		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。	サービスの利用開始時に、家族の気持ちや不安を確認し、家族の要望も含めてケアの方針を考えたり、様子を報告する等して関係づくりに努めている。		
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。	サービスを提供する段階で、本人と家族から現状や要望、不安を聞いたうえでケアマネを中心にニーズを探り、支援につなげていくよう考えている。		
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「生活の場」であることを意識し、職員は出来ないところを手伝うよう、また、出来ることを減らしていかないように関わりをもっている。一部の利用者ではあるが、洗濯物たたみ、掃除等の家事を一緒に行うこともある。		
19		○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。	月に1度は、家族が面会にこられる利用者が多く、その際は必ず家族にホームでの様子や、健康状態を報告している。ケアの方針を見直す際、家族に相談をしている。		
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。	馴染みの友人がホームに訪ねて来てくれることがあった。多くの方は、これまでの馴染みの場所や人との関係はほとんどなくなっている為、家族に相談し、支援していくようにする。		
		○利用者同士の関係の支援	昔から知り合い同士だったという関係性が		

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。	ある利用者がおられ、自然と会話がみられる姿がある。ソファでくつろぐ際など、職員が間に入ったり、気の合う人と話ができるよう、利用者同士の関係性に配慮している。		
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。	今までに、相談・支援をした実績はないが、ご家族の希望に添えるよう対応を整えています。		
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。	日々の会話の中で、一人一人の希望や意向をくみとり、職員内で共有できるよう努めている。意思疎通が困難な利用者の方も、職員内で情報を共有し、その方にとってどのような生活が望まれるのかを話している。		
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。	利用者のアセスメントシートの情報に加え、本人と話をする中で得た、新たな情報は日々のケース記録に残している。また、家族の方との会話の中からも以前の生活の様子が聞けるよう努めている。		
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。	毎日のバイタル測定や、日々の心身状態の変化の把握に努め、引継ぎがある場合は職員間で申し送りを行い、状態の把握に努めている。		
		○チームでつくる介護計画とモニタリング			

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	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。	介護計画を作成するにあたり、本人・家族の意向を確認し、職員間で協議をし介護支援専門員が計画を作成している。		
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。	日々のケアの様子・気づきを記録に残し、パソコンで管理している。出勤時はパソコンで記録に目を通し、情報を共有している。		
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。	本人の状況やニーズに応じてサービス内容を検討し直している。家族に対しては、よく面会がある家族とは話し、ニーズを聞くよう努めているが、面会の少ない家族とのコミュニケーションは課題である。		
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。	近所の人たちとの交流は大切にしている。近隣保育園との園児との交流は継続していく予定。		
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。	本人や家族の希望がある場合は、希望の病院に受診していただき、ない場合は、ホームのかかりつけ医の月2回の往診にかかっている。往診の際、健康面での日々の気づきがあれば看護師を通して医師に報告するようにしている。		
		○看護職員との協働			

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		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。	利用者の健康面について特変に気づいた際は、その都度、看護師に報告し、指示をもらうようにしている。		
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。	医療機関との情報交換は看護師を中心に連携をもち、関係づくりを行っている。		
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。	家族・職員とも相談しながら、出来る限りの支援をしていきたいと取り組んでいる。終末期にある方の状態が変化する度、家族と連絡をとり合ったり、職員同士で話し合う機会を設けたりして対応した。		
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。	応急救護の研修会を行っている。救急対応のマニュアルを掲示し、対応できるようにしている。		
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。	避難訓練を行い、マニュアルを整備している。地域への協力要請をしている。		

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

		○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保			
--	--	------------------------	--	--	--

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
36	14	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。	施設内の虐待の勉強会の中で、言葉による虐待(否定する・行動を制限する声かけ)についても職員間で話し合った。利用者の気持ちを傷つけないような言葉かけや、行動に気を付けている。		
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。	「どこに行かれますか?」「どうされましたか?」等、疑問形で声かけをするようにしている。本人の意思を否定しないような声かけをしている。		
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。	起床・就寝の時間は、個々のペースに合わせている。日中のレクリエーションは、声かけをし、参加の有無は本人の希望にそって行っている。		
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に支援している。	利用者と一緒に整容を行っている。洋服が選べる利用者には一緒に選んで着ていただいている。		
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。	食事の準備を手伝っていただける方には、一緒に手伝いをさせていただくこともあるが、料理や片付けはほとんど職員が行っている。声かけをしながら、一緒に食事をとっている。		
		○栄養摂取や水分確保の支援			

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		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。	毎日摂取した食事量・水分量が分かるよう記録し、職員が把握できるようにしている。		
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。	毎食後、口腔ケアを行っている。介助が必要な方は職員が全介助を行っている。		
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。	職員が一人ひとりの排泄のリズムを知り、声をかけ排泄介助をしている。それに加え、本人からの希望時に随時トイレ誘導を行っている。		
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。	毎日排便チェックを行い、水分を摂っていただけるよう支援している。下剤を使用することもある。		
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。	曜日や時間帯を利用者に合わせるのは難しいが、入浴の声をかけた際に入浴する気分でない場合は無理強いをせず、入浴の日にちや順番を変えるようにしている。		
		○安眠や休息の支援	利用者に応じて、日中休んで頂いたり、		

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		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。	利用者に応じて、日中休んで頂いたり、リビングで過ごして頂いたりしている。日中、眠ることで夜間の不眠につながる利用者の方は、日中リビングで過ごされている。眠剤を服用されている方もいる。		
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。	薬の情報が書かれた紙を、すぐに見れる場所に保管している。薬が変わった時は、申し送りを行い、その後の状態を観察するように看護師から職員に指示している。		
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。	掃除・洗濯物たたみ・ゴミ捨て等、出来る範囲で役割をもって頂いているが、一部の利用者に限られている。施設内の行事やレクリエーションなど、声をかけている。		
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。	行事でドライブに行くことはあったが、外出する機会は少ないのが現状。どのように改善していくかが課題。		
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。	本人による金銭所持はなく、小遣いとして事務所でお金を預かっている。日常生活で必要な物品の購入は、その中から職員が支払っている。		
		○電話や手紙の支援			

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		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。	本人から希望があることは少ない。家族の了承を得て、職員立ち会いのもと電話をかけておられる方がいる。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	毎日、掃除を行い清潔を心掛けている。室温管理も気温に合わせて意識して行っている。季節ごとのイラストの塗り絵を毎月掲示している。		
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。	利用者のその時の状況に合わせて、リビングやソファや居室、それぞれの場所で過ごせるよう配慮している。		
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。	好みの物がある利用者は居室に置いておられる。写真を飾っておられる利用者もいる。		
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。	各利用者様の身体状況に合ったサイドレールを使用したり、ポータブルトイレを設置したり、安全な環境を整えている。		

V アウトカム項目(2ユニット)			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 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や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	○	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、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式3)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム長江

作成日 平成 26 年 6 月 20 日

【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	1	理念はあるが、リーダー職が意識して職員に伝えていないので今後は全員で統一していきたい。	みんな笑顔で認知症に対して笑顔を増やす。	リーダーが率先して職員に伝えていく。	3か月～6か月
2	35	避難訓練は行っているが、夜間での訓練はできていないので行いたい。	夜間の消防訓練を年1回は行う。	防火管理者が率先してマニュアルを作り、夜勤3人で実施して行う。	6か月
3	49	月1回のペースで、外出や買い物に出かけているが、もっと外出したいという声が出ている。	入居者の意見を聞き、発展していく。	気分転換したいという意見が出た時には、職員で調節をして買い物にいく。	1か月
4	43	排泄パターンをもっと把握しておきたい。失禁をなくしたい。	失禁の回数を減らす。	・観察をして排泄のタイミングを誘導する。 ・排泄表を確認し、間隔が空くようなら誘導する。	3か月
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。