

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24年 2月 23 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3471300248		
法人名	因島汽船 株式会社		
事業所名	グループホーム 花園 4階		
所在地	広島県尾道市因島土生町1899番地31 (電話) 0845-22-2525		
自己評価作成日	平成24年1月19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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3471300248&amp;SCD=320&amp;PCD=34">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3471300248&amp;SCD=320&amp;PCD=34</a>
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成24年2月16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>廃用症候群にならない為に毎日のラジオ体操や屈伸運動、立位、歩行訓練をしている。外部からのボランティアの人に踊ってもらったり、ケーキ作りなどを月に1度は実施している。</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）】

<p>しまなみ海道の通る因島に位置するこのホームはデイサービス・老人ホームを併設した複合施設となっている。リビングからは海に浮かぶ緑の島が見渡せ、心安らぐ景色が広がっている。リビングと廊下は毎朝30分行う歩行訓練のコースとして利用されており、入居者の健康・体力の維持に特段の配慮がされていることが伺える。定期的に、地域のボランティアによるお茶会がおこなわれる他、小学生や幼稚園児の訪問を受けての演奏や手紙の読み上げ、肩もみ等、心温まる交流が行われている。又、同一地域内にある同業他社との勉強会や利用者同士の交流が継続的にに行われており、孤立しない・開かれたホームとして地域に根差した運営が実践されている。「笑顔の絶えない…家庭的な雰囲気」の理念の下、『声かけとそばに寄り添う』を大切にしている優しいケアが心掛けられている。</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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	ホームで決めた理念に基づいて、管理者を中心に全職員がその理念に基づいてのサービス提供や生活支援を行なっている。	事業所開設当初に作られた理念が事務所に掲示され、理念の一つである「家庭的な雰囲気」での支援が行われている。但し理念そのものの確認や振り返る機会は少なく、実践に結び付ける為の具体的な手法・工夫は見られない。	理念を共有し、理念に基づく運営をより深める為、スタッフ全員参加により、理念を具体化した行動目標（月間or年間）が設定され、それと同時にその達成度合いを確認・評価する目標管理が導入される事を期待します。又、現スタッフ全員参加で新理念・行動指針が再検討・構築されることも望まれます。
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。	地域の祭りや行事には積極的に参加している。又、地域の保育所や小学校の生徒をホームに招き交流会を行なっている。地域のボランティア団体もホームに招いて定期的に交流を持っている。	町内会に加入しており、秋祭りでは事業所が神輿の立ち寄りルートに入っている。地域の保育所や小学校の生徒を招いての交流は近年、定着し、入居者にとって特に嬉しい欠かせないものとなっている。公民館より文化祭の招待を受けるなど地域との交流は確実に深まりつつある。	
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。	人材育成の一環として、実習生の研修の場として受け入れを行なっている。例として生活・介護支援サポーター養成研修の体験活動研修生を受け入れた。		
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。	運営推進会議で取り上げられた、希望や要望、あるいは検討事項について職員間で話し合い、利用者の要望に沿うようにサービスを行なっている。例としてドライブや買い物等の外出の回数を増やした。	運営推進会議は2ユニット別々に開催されており、開催回数もバラツキがある。地域住民参加は少なく、出席者全員家族だけのときもあり、運営推進会議というより引き続き行われる家族会の比重が高いものとなっている。ただ、この場合、家族から質問・要望が多く発言され、活発な意見交換があり一定の効果は見られる。	運営推進会議に家族の参加が多い事は望ましい。ただ、地域との絆を深める、第三者の意見を取り込む、地域の情報・流れを取り込むの観点から、より幅広い地域代表者の参加は不可欠のものと思われる。地域代表者が参加し易くするために、定期的で2ユニット合同の開催が検討されることを期待します。
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組んでいる。	利用者の介護認定調査時に市の担当職員に利用者の暮らし振りや、ケアの質の向上、サービス提供などを話し合っている。	入居者の資格変更届け等、必要な連絡は都度行っている。又、スプリンクラーの補助金についても担当窓口と相談を重ねた。ただし、運営推進会議への行政担当者の出席はなく、普段はさほど密な連携関係にはなく、協力関係とまでには至っていない。	

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
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>	施設で行なう年間研修計画で身体拘束の廃止を全職員に周知している。拘束以外の代替案を職員で検討するようにしている。	毎年、身体拘束について社内研修が行われており、全社員が参加し徹底されている。最近、ベットより転倒する事故があり、家族の了解の下、危険防止でベット位置を壁際に移動させる一時的処置を行った経緯はある。それを踏まえ、転倒しても危険の少ない低床ベットに順次、切替える対策が取られつつある。	
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>	施設で行なう年間研修計画で全職員に周知させている。日々のミーティングや申し送り時にそのような行為が無いことを確認している。		
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>	利用者の権利擁護については施設で行なう年間研修計画で全職員に周知させている。詳しい内容などは、広島県介護予防研修相談センターの相談窓口へ照会するようにしている。		
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>	入居契約時に重要事項にある各項目、利用料、介護サービスの内容、職員の配置等の説明を行なっている。改定等がある場合は運営懇談会を開催し内容の説明と同意を得ている。		
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>	運営推進会議や家族会を開催する時に、意見や要望を聞いている。運営推進会議のメンバーは外部者も出席している。そこでの意見や要望はホームで反映させている。	毎月、個々の入居者の生活ぶりや健康状態が家族に報告されており、その時に家族からの意見・要望が寄せられている。又、運営推進会議や家族会では出席した家族から忌憚のない意見・要望が出され、それらは職員皆で検討され、運営に活かされている。	

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
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。	年間6回はホームの職員全員で職員会議を開催し意見や要望を聞き、また小人数でのミーティングでもその機会を設けており、利用者へのサービス向上になるものは即時実施をおこなう。	日常的には朝・夕の申し送り時がミニミーティングとなり、気付きや意見、あるいは備品購入要望等が出されている。又、年6回職員会議が開かれ、職員が意見や要望を発言する機会が設けられている。隙間風を防ぐテープや手すりの設置等、職員の意見を反映した改善が行われている。	
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。	新たなポストを設けると共に試験、評価等による任用制度を導入する。		
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。	法人内研修は毎年6回定期的実施している。また、介護労働安定センターから講師を招いての研修を実施している。		
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。	地域にあるグループホームに利用者がお互いに訪問し交流を実施している。また、他事業所間で連絡会を定期的に事例検討や勉強会を行っている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○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。	入居前の面談において本人や家族から要望や不安なことなどを聞いている。入居後のホームで生活上の問題点や要望、不安なことを再度聞いて暮らしやすい人間関係や環境作りをいっている。		

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。	家族が求めている事を聞き取り理解してホームでどの様な対応をするべきか決定する。 実際の生活振りを観察し問題点などがあれば家族に報告して解決のため相談をしている。		
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。	介護計画を立案するうえで、本人や家族が望んでいるホームでの生活を十分に話し合う。 過去の生活暦や現在の身体的、精神的な状況を把握している。		
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。	本人の希望や思いはそれを実施し、不安があれば取り除き、喜びや楽しみ事は応援して行く。 利用者と職員の関係は運営理念にある、生活のパートナーと位置づけている。		
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。	利用者の日々の暮らし振りや体調面、精神面の変化などの情報を家族に報告して一緒に改善策や支援の方法などを話し合うようにしている。		
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。	地域で暮らす友人や馴染みの人がホームに尋ねてきている。	昔からの知り合いや家族の面会は、法人理念である「笑顔を大切に」を基本に気さくに・気軽に迎え、又来て頂けるよう心配りがされている。 入居者の要望で馴染みの美容室にお連れするなど、馴染みの関係が途切れない支援が行われている。	

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
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。	毎日のお茶の時間や食事のときは職員も一緒になり多くの会話を持つようにして、利用者同士の関係が円滑になるよう働きかけている。		
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。	利用者が退所した後も、家族等からの相談があれば応じるようにしている。この一年間においては事例なし。		
<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	○思いやりや意向の把握 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。	日々の暮らしのなかで、本人がしたいことや希望していることの把握に努めている。意思の疎通が困難な方には家族から情報を得るようにしている。	皆でゆっくりとくつろぎおしゃべりを楽しむ昼のお茶の時間には職員も一緒に会話に加わっている。「墓参りに行きたい、家に帰りたい」等、会話の中から、あるいは表情や動作から本人の思いを把握するよう努められている。	
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。	入居時の面談で、本人の生活歴や趣味や人間関係、好きなこと嫌いなことなどを本人、家族から聞いている。		
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。	一日の生活リズムを観察し特記事項などは生活記録簿に記録して、それを基にホームでのより良い生活ができるよう活かしている。		

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
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。	職員全員で本人の生活態度を観察し、家族の思いも聞いてサービス担当者会議でアセスメント、カンファレンスを行い介護計画書の作成をしている。	基本パターンとして4か月に一度、介護計画は見直しが行われている。担当者により日々、生活援助チェック表が記録され、その内容を家族に説明する時、意見や要望を聞くようにしている。介護計画の素案は担当者によって作成され、サービス担当者会議で関係者の調整を経て最終案が作成されている。	
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。	業務日誌、生活記録簿、申し送りノートに毎日記録し、職員は全員その情報を確認している。その情報を基に計画書の作成や見直しを行なっている。		
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。	週間予定、月間の行事などの計画を作成しているが、今日これがしたいとか行きたいとかの希望があれば臨機応変の対応へもある程度はできている。		
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。	利用者が安心して楽しい生活が送れるように地域のボランティア団体の協力が得られている。お茶の会や音楽会は定期的に行なわれている。		
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し、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。	歯科医や救急指定病院などの協力病院や、本人のかかりつけ医で十分な医療等が受けられるようになっている。	協力医はもとより、入居者の昔からのかかりつけ医への通院も職員対応としている。午後から行きたい等の時間指定等の希望も出来る範囲で対応しており、適切な支援が行われている。	

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
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。	看護職員を配置おり、毎日の健康管理をしている。健康面に異変がある時はかかりつけ医に連絡、及び病院での受診の同行をしている。		
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。	入院時には施設で作成している看護添書や健康管理票、身体のアDLが記載してある資料を医師に提示している。入院中も容態の把握のため面会に行き、医師や担当看護師から情報を聞いている対応可能な段階でなるべく早く退院できるようアプローチしている。		
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対応、および見取りに関する方針を文章にして本人、家族に説明し同意を得ている。終末期のケアも主治医の協力により実施してえている。	入居契約時に重度化・看取りに関する方針を家族に説明し了解を得ている。「最期は病院で迎える」を基本方針としているが、本人・家族の希望があれば主治医の指示を仰ぎながらギリギリまで終末期ケアを実施しており、結果的に看取りを行ったこともあり、柔軟な対応がされている。	
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。	緊急時の対応マニュアルを作成している。施設内研修で毎年定期的に実地指導を行なっている。また年に1度は消防の隊員からの人工呼吸法や胸部圧迫による心肺蘇生やAEDの使用などの訓練をうけている。		
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。	非常災害時の対応マニュアルを作成している。職員に研修を実施している。また避難誘導訓練や消化訓練を消防署との合同訓練を実施している。	年2回行う消防訓練のうち一度は消防署指導で避難訓練を実施している。関連施設を含め、同一敷地内に夜間4名の職員がおり、非常連絡網も作成されている。訓練の為の研修も行うなど防災に対する意識は高い。事業所の近所(200m弱)に消防署があることも安心材料の一つである。	



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
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。	プライバシー保護マニュアル有。定期的に施設内研修においてその意味の周知をさせている。それを基にホームでのミーティング時に利用者の誇りやプライバシーを侵害しないよう言動に注意している。	「ちゃん付け禁止、さん付けで呼ぶ」を基本としているが、違和感のないよう、入居者が使い慣れた「方言」は積極的に使うようにしている。お風呂は同性介助、部屋に入る時は本人の了解を取る等、誇りやプライバシーを損なわない配慮がされている。	
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。	本人の希望や要望を聞きだすために、職員から質問をしている。意思の疎通が困難な方には表情を読み取ったりし、些細なことでも本人が決める場面を作っている。		
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、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。	一人ひとりの生活のペースを大切に、それに合わせた対応を心がけている。その日の様子を見ながら、本人の希望を聞いたり相談しながら過ごしている。		
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、個々の生活習慣に合わせて支援を行なっている。ホーム内で着る服の相談や、髪の毛のカットなどは予約により美容師に来てもらっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者と職員が同じテーブルで一緒に目を配り、気を配りながら食事をしている。食器の後片付けなども一緒にしている。	3食とも食事は外部業者を利用しているが、ご飯とみそ汁は事業所内で作っている。米とぎや野菜の刻み等、意欲・能力により出来ることは利用者によってもらっている。食事会や外食、年一回実施するバイキング等、食事が楽しめる支援がされている。	

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
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。	栄養士が作る献立にて栄養のバランスをとり，減塩食なども提供している。水分摂取量や食事量も毎食チェックしている。		
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。	歯磨きが自分で出来る方は声かけして見守り。出来ない方は職員が口腔ケアを行う。嚥下障害による肺炎の防止に努めている。		
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。	身体機能に応じて介助を実施している。トイレでの排泄を大切にしながら，パットやパンツ類も検討している。	夜間はパットやポータブルトイレも使用しているが日中は通常トイレを使用している。おおむね3時間おきに声かけ・トイレ誘導をし，自立に向けた支援が行われている。	
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。	毎日のラジオ体操と水分補給を行って便秘対策に取り組んでいる。水分補給の重要性について職員間で話し合っている。		
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。	入浴する日は一応決めているが，指定日に入浴しない利用者には別の日に入浴してもらっている。入浴時に服を脱ぐことを嫌がる利用者には言葉かけの工夫。チームプレイにより，その人に合わせた入浴支援を行っている。	入浴は週2回、午前中の時間帯で実施している。「お風呂入ろうか!」と声かけしているが、気が乗らない場合は順番をずらすなど柔軟な対応をしている。お風呂に入ると歌を歌う人もいるが、好きなだけ思う存分歌ってもらっている。バスクリンを使用する等、楽しく入浴してもらうよう配慮されている。	

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
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。	日中の身体的活動を促し、生活リズムを整えて夜間熟睡が出来るよう配慮。体調や希望を考慮しゆっくりと休息が出来るようにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	薬の効能、用法などは薬局からの薬手帳に記載があるので十分に確認している。症状の変化は毎日の健康管理において確認をしている。		
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。	得意な分野でその人の力を発揮できるように支援している。地域の行事参加などは利用者と相談しながら決めている。		
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。	毎週金曜日を外出日と決めている。ドライブや買い物等の外出支援を実施している。天気の良い日は屋上で過ごしている。	普段、天気の良い日は屋上で日光浴や体操を行っている。月2回は買い物やドライブに出かけ、利用者の希望により墓参りや実家に立ち寄ることもある。又、季節毎に花見や紅葉狩りで遠出ドライブも取り入れ、適度な外出支援が心掛けられている。	
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。	利用者自身で金銭管理をすることが良いとは理解しているが、現在の利用者のほとんどがそれを出来ないため、個人のお金は事務所で保管管理している。		

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
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。	家族や友人との電話は、利用者の希望により職員が取り次いでいる。手紙は毎月本人の思いを職員が代筆などして家族に郵送している。		
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。	ホーム内の壁に、季節ごとの塗り絵や貼り絵を作り、廊下に花見などに行ったときの写真を貼り、ベランダには季節の花を植えている。	リビングの一角には和室コーナーがあり、広くゆったり感がある。壁面には季節毎のぬり絵や張り絵が飾られ、温かみを感じさせる。大きな窓からは海に浮かぶ緑の島と空の景色が心を和ませてくれる。	
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。	独りになりたい時は自室でくつろいでいただき、気の合った利用者同士で話したいときは食堂で出来る。		
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。	在宅で生活していた時の写真やその他家庭にあった日用品が居室に持ち込まれている。	各居室、ベットは備え付けとなっているが、ダンスや椅子・冷蔵庫の備品、位牌や家族写真等の小物は、利用者の好みのものが自由に持ち込まれている。	
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。	トイレや浴室の入り口には案内板を設置、自分の部屋には表札を掛けて間違いがないようにしている。また、廊下や部屋の床は段差がない。動線も広く直線で動き易い作りになっている。		

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。	○	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と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る	○	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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	事業所で決めた理念があり、職員はその理念を基にした行動指針、各種マニュアルに沿って生活の支援を行なっている。		
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。	地域の祭りや行事には積極的に参加している。又、地域の保育所や小学校の生徒をホームに招き交流会を行なっている。地域のボランティア団体もホームに招いて定期的に交流を持っている。		
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。	人材育成の一環として、実習生の研修の場として受け入れを行なっている。例として生活・介護支援サポーター養成研修の体験活動研修の研修生を受け入れた。		
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。	運営推進会議で取り上げられた希望や要望、検討事項について職員間で話し合ってその要望に沿うようにしている。例えば外出の支援はドライブや買い物等は、回数を増やして気分転換をしている。		
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組んでいる。	入居者の認定調査時に市の介護保険課の担当者に利用者の暮らしぶりや、具体的なニーズなどを伝えて連携を深めている。		

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
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。	施設内研修で身体拘束の廃止を全職員に周知させている。やむを得ない場合であっても拘束をしない代替案を話し合いそれを採用す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。	定期的な施設内研修で高齢者虐待防止法について指導をしている。虐待防止マニュアルを基に、日々のミーティングや業務申し送りの時にそのような行為が無かったことを確認している。		
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。	施設で研修を実施し、職員に理解をさせている。詳しい事は相談センターへの紹介を斡旋する。		
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。	契約前や契約時に必ず重要事項の説明を行なっている。利用料、重度化した場合の対応、看取り介護の方針、医療支援、職員の勤務体制等。		
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。	家族の来園時に意見や要望等を聞いている。運営推進会議の委員には外部者がいる。ボランティアとの交流会においても話し合いがある。		



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
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。	職員からの意見や提案を聞く機会は次のようにしている。 全員参加の職員会議、業務中でのミーティングなど。業務内容の改善や備品の購入に対応している。		
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。	年間2回の人事考課を行い、試験や評価による任用制度にて、職員が向上心を持って働けるようにしている。		
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。	法人内研修は毎年6回定期的実施している。また外部からの講師を招いて研修を受けている。		
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。	地域にあるグループホームで連絡会があり定期的に事例検討や勉強会を持ち、ケアの質の向上に励んでいる。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前の事前面談で、今までの生活状況や好きなもの嫌いなものなどの把握をおこない入居後も在宅での暮らしに近いものができる様に努めている。		

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。	利用者の入居後の生活に対する不安や、家族が求めている事は十分に聞き取り利用者の生活支援をしている。 家族には度々の面会をお願いし、ホームでの生活振りを報告して問題点があれば職員と家族が共同して解決し快適な生活が出来るようにしている。		
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。	本人や家族がホームでどのような生活や支援を望んでいるかを聞き、入居時の生活援助を始める。他のサービスの利用については積極的に対応していない。初期段階では早くホームでの生活に慣れてもらうようにしている。		
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。	運営理念にあるように職員と利用者は家族の関係で生活のパートナーとして考えている。		
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。	生活上の問題や不足している事があれば家族に連絡しその問題を解決するにはどうすればよいかを共に協議している。		
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。	昔から利用している美容院に行き続けている利用者もおり、一人ひとりの生活習慣を尊重している。		

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
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。	日中は出来る限り利用者を食堂に集まってもらい一緒にテレビ観賞やレクレーション世間話などする機会を作り出している。		
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。	退居した後でもその家族等から相談があれば応じている。		
<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	○思いやりや意向の把握 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。	生活の中で会話や問いかけを行い希望等の聞き出しをしている。それが困難な場合は行動や顔の表情などを観察して、職員から更に問いかけを行う。		
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。	入居時に本人及び家族から生活歴や趣味や仕事、生活環境などを聞き入居面談表に記載し、希望や要望も合わせて確認しそれを基に介護計画書作成の基礎とされている。		
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。	利用者の毎日の暮らし振りを観察し生活記録簿に詳細を記入して、その情報の中からその人の特性など理解して今後の生活援助や介護計画書の作成をいている。		

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
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>心身の状態や趣味、得意なことなどの情報を本人や家族から聞いて、その内容を基にしてアセスメント、カンファレンス、介護計画の原案作成を職員間で検討し計画書を作成後、本人と家族に内容の説明を行い同意を得、それを基にサービスの提供を実施している。</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>利用者ごとに生活記録簿に日々の暮らし振りを詳細に記入し、職員全員が内容を確認するようにしている。</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>月間、週間の行事や予定以外の要望にもある程度は応じている。サービスの多機能化は歯科医による居宅療養管理指導を受けた。</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>地域にある各種ボランティア団体がホームに来てくれて、お茶会やゲーム、楽しい昔話などをして交流している。</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し、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>歯科、救急病院などの協力病院や本人のかかりつけ医を決めており、ホームからの通院や受診の支援を行なっている。医師の住診も受けている。</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		○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。	利用者の体調や仔細な表情の変化を見逃さないように、病気の早期発見に取り組んでいる。バイタル等に異常があれば看護職員に報告して病院への受診に付き添う。		
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。	利用者が入院した時はホームで作成している看護添書、ADLの内容を医師に提示し情報を提供している。入院中も容態を把握するため面会に行き医師や看護師からの情報を聞いている。		
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。	重度化した場合の対応、看取りに関する方針を文章にて説明している。看取りケアを実施する場合は家族の了解、主治医の指示や協力にて行なうものである。		
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。	緊急時対応マニュアルを作成している。施設内研修で毎年定期的に指導がなされている。年に1回は消防の救急隊員から人工呼吸法や胸部圧迫による心肺蘇生、AEDの使用法の指導を受けている。		
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。	非常災害時の対応マニュアル有。毎年2回定期的に避難誘導訓練や消火活動訓練を実施している。		

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
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。	プライバシー保護マニュアル有。定期的に施設内研修においてその意味の周知をさせている。それを基にホームでのミーティング時に利用者の誇りやプライバシーを侵害しないよう言動に注意している。		
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。	思いや希望など、本人からは自発的に表現されないのが職員側から質問形式で問いかけるケースが多い。本人が言ったことを尊重し決定するようにしている。		
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、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。	1日の生活リズムはホームで概ね決めているが、利用者の要望があれば柔軟に対応はしている。朝市での買い物、チラシの特売などで買い物に出かけている。		
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。	今日着る服の相談やアドバイスをしている。髪の毛のカットなどは美容師にホームまで来てもらったり、馴染みの店に行く支援を行なっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	配膳前の料理の盛り付けや後片付けを職員と一緒にしている。		

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
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。	栄養士が作る献立で栄養のバランスを取っている。食事や水分の摂取量を毎食後管理して、水分不足で脱水状態にならないように配慮している。		
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。	毎食後は必ず歯磨きをしてもらっている。自分で出来ない人は職員が口腔ケアを全員に実施している。		
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。	排泄チェック表を利用し、事前のトイレ誘導を行い自力排泄をう促している。		
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。	繊維質の多い野菜や乳製品を食してもらっている。散歩や機能訓練、家事活動で身体を動かす機会を適度に設けている。		
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。	職員の勤務人数の関係で、入浴する日は一応定めており基本的には入浴日に入ってもらっているが、その日に入りたくない人は後日に入浴をしている。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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。	日中での身体的活動をしてもら い、夜には睡眠が十分できるよ うに生活リズムを整え、体調や 希望により昼寝や休息ができる ように配慮している。		
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。	薬の目的、副作用、用法、用量 は薬局からの薬手帳の内容を確認 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。	利用者ごとの得意なこと好き なことに力を発揮してもらえ るように、職員側からお願いを している。食事の盛り付けや 後片付け、洗濯物の整理など。 外出支援としては地域のスー パーなどへの買出しや花見や ドライブなどを行っている。		
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。	月に2～3回程度外出する日 を設けて実施している。また 天気の良い日は屋上で日光浴 や体操、歌をうたっている。		
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。	現在の利用者のうち自分で金 銭管理をしているのは4人。 他の人は管理することが既に 出来ない状態となっている。 自己管理の出来る人は買い 物や病院での支払いを極力自 分でしてもらおうように願 っている。		



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
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。	利用者のうち2人は自室内に電話を設置しており電話をしたい時、したい人に自由にかけている。手紙を自分で書く人は現在いないが月に1度、職員が代筆し家族等に送っている。		
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。	ホーム内の壁には季節の行事をした際の写真を掲示し、ベランダには季節の花を植えて観賞している。廊下幅は広く直線的で利用者にとって単純で安全な動線を確保している。		
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。	自分ひとりの時間が必要なら専用個室で過ごし、利用者同士での会話は食堂や畳コーナーがある。		
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。	入居前の準備として自宅にある家具や絵、飾り物等を部屋に入れるように依頼をしている。		
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。	利用者の居室のドアには表札を設置し、トイレや浴室にも案内板を設置し戸惑いや失敗がないようにしている。		

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。	○	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と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させている	○	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る	○	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2)

2 目標達成計画 別紙

事業所名 グループホーム花園

作成日 平成24年 3月 19日

順位	番号	現状における 問題点、課題	目標	達成に向けた具体的な 取組み内容	目標達成に 要する期間
1		<ul style="list-style-type: none"><li>・ 外出支援の回数が少ない</li><li>・ 家族の面会が少ない</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 月に2回以上は利用者の外出を支援する</li><li>・ 家族との交流を増やす</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 墓参り、自分の生家を訪ねたる。花見や買い物に出かける。昼食持参のドライブを実施する。</li><li>・ 電話で家族と話をする機会を作る</li></ul>	6ヶ月以内
2	3	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 運営推進会議の実施の方法</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 年に2回以上は2ユニット合同で開催する</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域住民の方に会議参加を呼びかける</li></ul>	1年以内
3	16	<ul style="list-style-type: none"><li>・ オムツ等の使用を今より少なくしてトイレでの自立排泄を行う</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ トイレでの排泄を多くする</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 排泄時間のチェックを行ない、定期的に排泄の誘導をする。</li></ul>	6ヶ月以内

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。