

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 7 年 3 月 21 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3491100339		
法人名	株式会社 ゆず		
事業所名	グループホームみなりっこ		
所在地	広島県尾道市美ノ郷町三成912番地1 (電話) 0848-38-2039		
自己評価作成日	令和7年2月15日	評価結果市町受理日	令和7年4月25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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3491100339-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般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	令和7年3月17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）】

認知症の症状によって自立した生活を送ることが困難な利用者に対して、地域や家族との関係性が途切れることがないように支援している。毎月の利用者の様子は、担当職員からご家族が日用品を持参された際にお伝えしている。なかなか会いに来られない遠方のご家族へは、生活の様子や体調などを電話にてお伝えしている。年に一度程度、写真をCDにして渡している。「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を理念としている。食事作りを1階と2階ユニットで午前、午後で分担し、職員がゆっくりと利用者に関わる時間を持てるようにしている。また、定期的に人員を多く配置し季節の行事を行っている。誕生日のお出かけ、利用者の行きたいところ、ドライブ、買い物、花見、紅葉狩りなど施設内だけの生活にならないようにしている。地域の清掃活動にも利用者と一緒に参加している。

【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）】

事業所は地域との絆作りに尽力し、職員が河川清掃に協力、利用者は買い物・ごみ清掃・季節の外出行事や地域行事で外出している。家族の面会、地域住民の運営推進会議参加・ボランティアの来訪等、地域との相互交流や地域小学校と福祉教育を通じた交流等、世代間交流もある。又自分の思いに強く拘り離脱する利用者に対しても止めることなく同行し、事業所と連絡を取りながら安心してもらえる対応により「ここでもいい」から「ここがいい」と思える事業所作りに取り組んでいる。そのためタウンソーシャル連絡会等との連携や散歩の際に近隣のコンビニや給油所職員に挨拶し顔を覚えてもらったり、見守りネットワーク等の地域資源を活用している。安心してもらえる環境として昔の釜戸を使った炊飯やタイル張りの昭和風の浴槽等、馴染みのある生活空間もある。

自己評価	外部評価	項 目（ 1階 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	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。	「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。ただ、生活をして1日が過ぎていくのではなく日々職員が利用者と関わることで生活の中に動く機会を作り、美味しく食事がとれ、笑顔で過ごせるように管理者、職員共に理念を共有し、実践できている。	開設時に開設者が策定した理念を実践上の道標として掲示、周知に努めている。年2回の理念研修やカンファレンス等で職員の対応や利用者の行動変容を振り返る事で理念を検証し気づきを促している。年初に各職員が年間目標を策定、半期毎に管理者との面談を通して達成度を検証している。	
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。	町内会に所属し、地域の祭り、シティークリーニングなどの町内行事、毎年3月に開催の町内会総会にも参加している。ゴミステーションの清掃当番は、利用者と一緒にやっている。	事業所は町内会に加入し職員が地域清掃に協力、利用者は買い物・ごみ清掃・季節の外出行事や地域行事で外出している。また家族の面会、地域住民の運営推進会議参加・ボランティアの来訪等、地域との相互交流や地域小学校と福祉教育を通じた交流、中学生の職場体験等、世代間交流もある。	
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。	運営推進会議を2カ月に1回実施している。地域、行政、民生委員、地区社協に案内、参加して頂けるようお願いしている。認知症サポーター養成講座、キャラバンメイトへの参加、定例会に出席、情報交換している。		
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。	事業所の取り組みや利用者の日常の様子などを伝え、意見を頂きサービスに活かしている。推進会議のなかで、地域の方々が関心のある内容、勉強会を取り入れたいと考えているが、実施には至らず。	会議は隔月開催の対面会議で家族・地域包括支援センター職員等が参加し、活動・事故報告や質疑応答等を行っている。参加者から食事内容が知りたいとの要望があり、写真を提示した例がある。又参加できない家族には議事録を送付し、情報の共有をしている。	当初、地域・民生委員・地区社協等の参加もあったが、コロナ禍で中断した状況になっている。今後は多様な地域住民の参加促進や参加型の勉強会・地域での関心事等、議題の工夫を通して意見が出しやすくなる仕組み作りに期待したい。
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。	記録などで不明な点があれば、実際の記録を持参し相談を行っている。事故の届け出はその都度提出している。また、介護報酬改定時には、事前に重要事項の相談を行い、常時連携をとっている。	運営推進会議には地域包括支援センター職員が参加し情報を共有している。市町担当者とは日頃から相談・報告を行い、行政主催の研修会にオンライン等で参加したり、生活保護の利用者に対し担当課職員の訪問やタウンソーシャル連絡会等にも定期的に参加する等、関係構築を図っている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	身体拘束は基本行わない方針だが、夜間、転倒・転落の恐れがある利用者には、家族の了承のもとセンサーマットを使用している。使用後も、適時検討している。玄関の施錠は、夜勤者が1人になる時間帯のみ防犯のために行っている。日中は、自由に出入りができ、施設の周りや散歩ができるように環境を整えている。	年2回の身体拘束委員会や研修会等を通して職員は拘束をしない必要性を認識し具体的なケアの中で実践を重ねている。不適切なケアに対し職員間での声掛けを促している。日中は玄関を施錠せず見守り対応としている。	
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。	外部の研修に参加したり、事業所内で年2回の研修を行っている。現場での言動は、職員同士でその都度注意をするように促している。日頃から、おかしい言動が、当たり前にならないよう意識して、虐待防止に努めている。		
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。	以前は、成年後見制度を利用されている方がおられたが、現在はおられない。今後、必要性も含めて成年後見人と連携を図り、活用していく。		
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。	契約時に重要事項説明書を用いて、詳細に説明を行っている。不明な点については、その都度質問を受け、理解、納得を得よう時間をかけて説明を行っている。利用開始後も質問や疑問があれば、気軽に声をかけて頂けるようにお伝えしている。		
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。	重要事項説明書には、外部機関の窓口を記載している。玄関先に意見箱の設置も行っている。家族から職員が受けた意見、要望は速やかに管理者に報告している。その都度、対応、対策を考えている。職員間の共有も行い、その結果を家族に伝えるなど日々の業務のなかでも対応できるように努めている。	家族とは面会時・電話連絡時・運営推進会議等で管理者や職員が把握する様に努めており、職員は申し送りノートや介護記録等で共有している。運営推進会議で食事内容が知りたいとの家族要望に対して議事録で内容を提示したり、担当者会議の意見で居室の衣類管理の徹底に対応した例がある。	

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	月に1度サブリーダー会議を行い、職員の意見や困りごと、提案を聞く機会を設けている。相談等あれば、随時電話やチャットも活用しつつ事務所で個別に話ができる機会を作っている。	事業所は申し送り・ユニット会議・サブリーダー会議・各種委員会・管理者との年2回又は随時の個別面談等で職員から意見を聞く機会を設け、介護方法・業務上の提案に対する支援体制をとっている。職員の提案により、利用者の呼称につき、慣れと親しみを区別し名字にした例がある。	
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。	2回/年は個別で面接を行い、個別に定める目標や目標の達成度を確認、助言を行っている。勤務希望に関しては、希望休みの回数を制限せず、希望が通るようにしている。また、小さい子どもを連れての出勤も可能で働きやすい環境に努めている。		
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。	個人の希望に応じた研修や認知症実践者研修、緊急時の対応、技術向上のための研修など、積極的に参加を促している。勤務作成時には、研修の予定に応じている。		
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。	ケアマネジメント連絡協議会主催の研修には、極力参加している。タウンソーシャル連絡会や尾道市キャラバンメイト連絡協議会にも定期的に参加し、常に新しい情報を入手するなど、質の向上に努めている。		
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。	入居当初は、不安が多いのでしっかりと関わりを持つことを心掛けている。本人、家族から生活歴の聞き取りを行い、できるだけ本人の家での生活に近づけるように心掛けている。入居前の情報収集をしっかり行い、職員に申し送り情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	入居相談や入居契約の際には、家族が不安に思っていること等の聞き取りを行っている。また、面会の際にも家族が本人に対して感じていることや、要望などを伺い、ケアに活かしている。直接意見を言いにくい方のために、玄関先に意見箱を設置している。		
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。	入居前に情報収集を行い、本人、家族の要望を聞いた段階で、グループホームでの生活が適切かどうかを検討している。その他のサービス利用の方が本人にとって適切な場合は、系列事業所(小規模多機能・看護小規模多機能)、他施設(介護老人保健施設、医療機関)の説明、紹介を行っている。		
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。	日常生活を送る上で、本人の出来ることを続けていただくように配慮している。洗濯、掃除、食事作りなどを一緒に行う事で、共に生活をする家族のような関係を築くことを心掛けている。		
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。	面会や、日用品の買い物等家族にも協力いただいている。本人に会う機会が多くなるような仕組みにしている。また、入居の際に、ご家族に協力していただけることをお聞きして、ケアプランにも盛り込んでいる。(外出支援など)		
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。	ご家族だけではなく、友人等も自由に面会できるようにしている。また、住み慣れた家への外出、外泊支援も可能なご家族には協力いただいている。地域の行事への参加も支援している。(祭り、敬老会)	訪問しやすい事業所を重視し、現在は居室等での面会が可能である。花見等、季節の外出行事や祭り・敬老会等の地域行事や家族からの手紙を受け取ったり、電話のやり取り、家族の協力で受診・理美容院等の外出・外泊を通して馴染みの顔や声と何気ない日常を楽しめる様に支援している。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	日常生活で、食事作りの手伝いや食器拭き洗濯物干し、洗濯たたみなどを行いながら会話などコミュニケーションが取れるように配慮している。また、お出かけや行事を行っており、利用者同士が関わりを持ち、楽しむ機会を作っている。		
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。	退居後もご家族の相談に応じている。必要に応じて、再入居の検討や家族の要望に応じて系列事業所や他施設への紹介を行っている。		
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。	本人の希望に応じ、お出かけ、買い物等の支援をしている。日常生活の中に楽しみが持てるように心掛けている。思いを伝えることが難しい方は、ご家族から希望など話を伺っている。	利用者毎に担当を決め、ゆっくり話す中で思いを汲み取り、申し送りノート等で共有している。馴染みのある事が不安なく継続できる様、自分のお金で好きな買い物をしている。意思の表出困難な利用者の家族情報をもとに好きな甘い物を食べに行ったら「美味しいね」と漏らした例がある。	
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。	入居前に本人の生活歴、サービス利用などを情報収集し、フェイスシートを作成し、職員間で情報共有している。できるだけ、今まで続けてきたことは入居後も継続できるように支援している。		
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。	日々の観察、記録を行い現状の把握に努めている。毎月モニタリングを実施し、1カ月の本人の生活の様子、身体状態の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	本人や家族、関係医療機関(主治医、看護師)、薬剤師、グループホーム職員、ケアマネジャーでサービス担当者会議を行い、検討した内容、意見をもとに介護計画を作成している。	介護計画の実施状況を居室担当者が毎月確認、計画作成担当者が集約して3カ月を基本に計画を見直している。立案の視点として生活機能の維持・改善や望む生活作りの支援に努めている。紙パンツから布パンツになったり、車いす利用者が見守りで杖なし歩行が可能になった例がある。	
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。	日々の様子は経過記録に記入し、職員間で情報共有できている。毎月モニタリングを実施し、現場に提示することで職員間で情報を共有している。3か月に1回カンファレンスを実施し、職員の気づきや意見を踏まえて支援内容の見直しをしている。状態変化の見られる利用者は、その都度緊急カンファレンスを行っている。		
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、その時々生まれにニーズに対応して、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。	本人のニーズが変われば、その都度対応を検討している。主治医以外の専門医(整形外科、精神科)への通院支援や、家族が遠方の場合、本人が自宅に帰ってみたい、と希望があった際の一時帰宅支援など、柔軟に対応している。		
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。	離所リスクが高い利用者がおられるため、職員と散歩の際に、地域の方に挨拶を通して顔を覚えて頂いたり、見守りネットワークを活用、登録している。町内会に所属し、地域清掃活動に利用者と職員で参加し、馴染みの関係を築いている。		
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。	かかりつけ医(主治医)の往診を受けている。ご家族が、受診対応されている方もおられる。受診後には、受診内容をお聞きして職員間で共有している。また、体調不良などの際には、密に連携を図り医師の指示に従っている。	利用開始前のかかりつけ医継続も可能だが、殆どの利用者は協力医をかかりつけ医とし、内科協力医から月2～3回、協力歯科医から月1回の訪問診療、皮膚科から適宜の往診、他科受診は主に家族が行っている。系列事業所訪問看護師の来訪等、適切な医療が受けられる体制を築いている。	

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	訪問看護と連携体制を取り、24時間連絡が取れるようにしている。利用者の急変や状態変化、事故(転倒・外傷)などがあれば、連絡相談している。看護師から必要に応じて主治医へ申し送り、指示を受けている。主治医の指示に従って受診など対応している。		
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、サマリーを作成し情報提供を行っている。不明な点があれば、連絡いただくようにも伝えている。入院後も定期的に地域連携室に連絡し、現状の把握と退院後のサービス利用について速やかに対応ができるようにしている。		
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。	重度化した場合や終末期について、入居契約の際に、施設でできることについては説明を行い理解を頂いている。また、入居時時点で終末期の医療についての事前調査を行っている。終末期と主治医が判断された際には、改めて家族と話し合いの場を設け、支援に取り組んでいる。	要望があれば看取りを行い、数例の経験をしている。契約時に重度化対応指針を説明、書面にて事前の意思確認をしている。重度化した際には家族等、関係者で話し合い、書面による同意のもと支援を行っている。次に繋げるべく、事後の振り返りで職員の受け止め方を共有している。	
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。	消防署の協力を得て、心肺蘇生の研修を施設内で実施している。また、急変時の対応の勉強会を行っている。		
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。	年に2回の火災訓練を消防署の協力のもと実施している。(日中想定・夜間想定) 避難方法についても消防署より、説明、助言を頂き理解している。水害、自然災害に対しては尾道市のガイドラインに沿って避難を進めている。	事業所は消防署の立ち会いを含め、年2回避難訓練を夜間想定、利用者も参加して行っている。事業所は洪水警戒区域であり、災害時は市のガイドラインに沿って避難をする方針である。BCP(業務継続計画)の机上訓練は実施済み、防災用品や三日程度の備蓄を整備している。	定期的な避難訓練は実践的に行っているが、地域との協力体制の構築に乏しい。町内会に加入しているが、運営推進会議等での地域住民との接点の少なさが課題となっている。BCP活用や運営推進会議での情報交換や地域住民等との連携も踏まえた協力体制の構築を期待したい。

自己評価	外部評価	項 目（ 1階 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	利用者を尊敬した言葉がけを心掛け、プライドを損なわないよう配慮した対応を行っている。馴染みの関係になることで、馴れ馴れしい言葉がけになってしまうことがある為、職員同士で注意しながら対応している。	研修で職員の幅広い知識の習得と資質向上を図る体制がある。尊厳に配慮してケアに関わり、利用者への言葉かけも自己点検表で自己覚知を図り、不適切な対応にはその場で気づきを促して職員間で話しやすい雰囲気作りに努めている。排泄・入浴場面では羞恥心に配慮した言動に努めている。	
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。	日常生活のなかで、自分で選択する場面を設けている。 着る服、おやつや飲み物を選んで頂いている。 買い物に行った際に、選んで購入して頂いている。会話の中から、〇〇に行ってみたいとの言葉があった時には、できるだけ、その時に行動している。		
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。	個々のペースに合わせて生活していただいている。 ※ただし、生活が不活発で廃用性のリスクがある方に関しては、日中はできるだけ、離床時間が持てるように声掛け対応している。		
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。	起床時には、整容、整髪、髭剃りなどして頂いている。定期的に有償ボランティアによる散髪、希望があれば髪染めを行っている。 服も本人の好みの物を着られるように配慮、選ぶ楽しみを持って頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事作りの前に食べたいものを聞いたり、食材を見て頂きメニューと一緒に考えたりしている。野菜の皮むき、下ごしらえなどの準備は、日常的に手伝っていただいている。また、片付けの食器洗いや食器拭きなど手伝っていただいている。	毎日の献立は季節や食材を勘案し、職員による三食手作りで、日・月曜日は各階で、他曜日は各月で互いの階の昼夕食を作っている。利用者も皮むき・片付け等、できる役割を担い、時々、昔の釜戸を使った炊飯や誕生日に回転寿司に行ったり、退所日に好きなラーメンを提供した例がある。	

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	食事量、水分摂取量を確認し、都度記録 に残している。食事摂取量が少なくな った場合は、個別で別紙記録を行い、主治 医に報告、相談している。水分摂取量が 少ない方には、少量ずつ回数を増やして 飲んで頂けるように対応している。食思 が低下した場合は、嗜好品の提供をして 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、 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、口腔ケアを実施している。本人 での歯磨きが難しい方には、職員 が声掛け、仕上げ磨きを行い、口腔内を確 認している。また、拒否がある方に関し ては、声を掛ける職員を代えたり、時間 をおいて、声掛けして対応している。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを知り、日中 は、個々の時間で声を掛けトイレでの排 泄を支援している。2人介助が必要な方 もトイレ誘導を行っている。 また、可能な方に関しては紙パンツから 布パンツへの切り替え等、その都度検討 している。	排泄記録表で利用者の排泄パターンを把 握・共有している。排泄の自立支援とし て入院中の紙おむつから紙パンツへの移 行や跳ね上げ式の前手すり座位姿勢 を支え、夜間排泄時の転倒防止の為、居 室にポータブルトイレやセンサーマット を設置する等、状態に合わせた対応を 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。	生活の中にできるだけ動く機会を作るよ うにしている。食物繊維を摂れるように 工夫、寒天を使ったゼリーなども提供し ている。食事と運動の工夫だけでは改善 が難しく、必要に応じて、頓服用の下剤 を内服していただいている。		
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。	週3回、午後浴を行っている。湯の温 度、入浴の順番等の希望にも対応してい る。拒否の方には、タイミングや声をか ける職員を代えるなどしている。また、 入浴日を変更して対応している。	週3回の午後浴を基本に利用者の体調や 入浴習慣に合わせ好みの湯温や時間等、 柔軟に対応している。1階は半埋め込み 式浴槽にタイル張りの昭和風、2階は据 え置き型の現代風となっている。必要に 応じて清拭で対応することもある。好み の入浴剤や冬至の柚子湯等で寛いでも らっている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	本人の体調を考慮しながら、日 中は、できるだけ活動していただ き、夜間帯は良眠できるように支 援している。ただし、フロアーで 傾眠が強く態勢が崩れるようであ れば、居室や和室で休んでいただ く時間をもっている。		
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。	内服薬の管理は、薬剤師が配薬を 行っている。服薬の際は、誤薬が ないように、必ず全員分があるか 確認し、服用時は、職員2人で名 前、日付、服用時間を確認してい る。カルテにて、薬情が閲覧でき るように配慮し内容を必要時に確 認できるようにしている。		
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。	食事作りや、おやつ作り、洗濯物 干し、花植え、水やり、釜戸を使 ったご飯炊きなどを職員と一緒に 行い、生活の中に役割をもって頂 いている。また、昔の事を思い出 し、会話が弾み、気分転換になっ 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。	日常的に散歩、買い物、ドライブ などができるように支援している。 また、季節毎のお出掛け(初詣、 花見、紅葉狩り、誕生日)を企画 している。家族の協力を得て外食 、自宅への帰宅も行っている。地 域行事への参加(敬老会、祭り) の際には地域の方々に協力いただ いている。	利用者の希望で近隣への散歩・ 買い物、花壇の苗植え、家族協 力も得ながら受診・一時帰宅等 で外出している。地域行事、季 節の外出行事、懐かしい向島の ラムネを飲みに行ったり、前に 住んでいた近くの海岸でお菓子 を食べる等、普段は行けないよう な所で「非日常」を楽しむこと もある。	
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。	自己管理が可能な利用者に関し ては、自分で財布を持っていまし ていただく。なくしてしまう可 能性もあるため、家族の了承を得 ている。本人の希望に応じて、 職員と一緒に買い物に行き、好 きな物を買えるよう支援してい る。		

自己評価	外部評価	項 目 (1階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	施設の電話の利用、本人の希望に応じて、家族へ電話ができるように支援している。また、誕生日などご家族からの電話にも対応している。 本人が、携帯電話を持っておられる方は、掛けたい時に話ができるように支援している。また、頻度に関しては家族に聞いたうえで対応している。		
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。	玄関、廊下、エレベーターホールに、ソファを置いている。エレベーターホールのソファに座ればテラスの花が見られる空間を作っている。和室もあり好きな場所で過ごしていただけるよう配慮している。 廊下を歩けば、利用者と作成した季節の壁画を貼っている。	テラスの花、小窓の小物、季節行事の飾り付けや利用者とする作品で季節の移ろいを感じられる様配慮している。昔の釜戸を使った炊飯やタイル張りの昭和風の浴槽等、生活感のある空間である。下の川や対岸の寺が見える窓際のソファで利用者が落ち着いたり、会話に繋がることがある。	
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。	共有のフロアーには、ソファを配置し、座る席を自分で選択していただきコミュニケーションが図れる空間を作っている。一方で、人間関係を踏まえて座る位置の配慮もしている。 和室、廊下に長椅子を設置、一人でゆっくりと過ごせる居場所を作っている。		
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。	入居の際には、使い慣れた家具、テレビやラジオなど馴染みの物を持って来ていただいている。また、写真や時計、カレンダーもあることで自宅に近い環境で過ごして頂けるよう工夫している。	居室にはベッド・エアコン等を設置し、テレビ・ラジオ等、使い慣れた物や自分で編んだ編み物等、好みの物を持ち込み居心地よく過ごせる様にしている。必要に応じてポータブルトイレや床センサーマット等を設置して転倒防止を図ったり、扉までの導線確保の環境整備を行う時もある。	
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。	自室の場所が自分でもわかるように、居室前に職員作成の表札を設置している。また、トイレの場所も「お手洗い」とわかるように大きめに表示を付けている。敷地周辺に川や畑がある為、フェンスを設置している。		

V アウトカム項目(1階) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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	○	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（ 2階 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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	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。	「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。ただ、生活をして1日が過ぎていくのではなく日々職員が利用者と関わることで生活の中に動く機会を作り、美味しく食餌が摂れ、笑顔で過ごせるように管理者、職員共に理念を共有し、実践できている。		
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。	町内会に所属し、地域の祭り、シティークリーニングなどの町内行事、毎年3月に開催の町内会総会にも参加している。ゴミステーションの清掃当番は、利用者と一緒にやっている。		
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。	運営推進会議を2カ月に1回実施している。地域、行政、民生委員、地区社協に案内、参加して頂けるようお願いしている。認知症サポーター養成講座、キャラバンメイトへの参加、定例会に出席、情報交換している。		
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。	事業所の取り組み。利用者の日常の様子などをお伝え、意見を頂きサービスに活かしている。推進会議のなかで、地域の方々が関心のある内容、勉強会を取り入れたいと考えているが、実施には至らず。		
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。	記録などで不明な点があれば、実際の記録を持参し相談を行っている。事故の届け出は、その都度提出している。また、介護報酬改定時には、事前に重要事項の相談を行い常時連携をとっている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	身体拘束は基本行わない方針だが、夜間、転倒・転落の恐れがある利用者には、家族の了承のもとセンサーマットを使用。使用後も適時必要か否かを検討している。玄関の施錠は、夜勤者が1人になる時間帯のみ防犯のために行っている。日中は、自由に出入りができ、施設の周りや散歩ができるように環境を整えている。		
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。	外部の研修に参加したり、事業所内で年2回の研修を行っている。現場での言動は、職員同士でその都度注意をするように促している。日頃から、おかしい言動が、当たり前にならないよう意識して、虐待防止に努めている。		
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。	以前は、成年後見制度を利用されている方がおられたが、現在はおられない。今後、必要性も含めて成年後見人と連携を図り、活用していく。		
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。	契約時に重要事項説明書を用いて、詳細に説明を行っている。不明な点については、その都度質問を受け、理解、納得を得るよう時間をかけて説明を行っている。利用開始後も質問や疑問があれば、気軽に声をかけて頂けるようにとお伝えしている。		
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。	重要事項説明書には、外部機関の窓口を記載している。玄関先に意見箱の設置も行っている。家族から職員が受けた意見、要望は速やかに管理者に報告。その都度、対応、対策を考えている。職員間の共有も行い、その結果を家族に伝えるなど日々の業務のなかでも対応できるように努めている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	月に1度サブリーダー会議を行い、職員の意見や困りごと、提案を聞く機会を設けている。相談等あれば、随時電話やチャットも活用しつつ事務所で個別に話ができる機会を作っている。		
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。	2回/年は、個別で面接を行い、個別に定める目標や目標の達成度を確認、助言を行っている。 勤務希望に関しては、希望休みの回数を制限せず、希望が通るようにしている。 また、小さい子どもを連れての出勤も可能で、働きやすい環境に努めている。		
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。	個人の希望に応じた研修や認知症実践者研修、緊急時の対応、技術向上のための研修など、積極的に参加を促している。 勤務作成時には、研修の予定に応じている。		
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。	ケアマネジメント連絡協議会主催の研修には、極力参加している。タウンソーシャル連絡会や尾道市キャラバンメイト連絡協議会にも定期的に参加し、常に新しい情報を入手するなど、質の向上に努めている。		
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。	入居当初は、不安が多いのでしっかりと関わりを持つことを心掛けている。本人、家族から生活歴の聞き取りを行って、できるだけ本人の家での生活に近づけるように心掛けている。入居前の情報収集をしっかり行い、職員に申し送り情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	入居相談や、入居契約の際には、家族が不安に思っていること等の聞き取りを行っている。また、面会の際にも家族が本人に対して感じていることや、要望などを伺いケアに活かしている。直接意見を言いにくい方のために、玄関先に意見箱を設置している。		
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。	入居前に情報収集を行い、本人、家族の要望を聞いた段階で、グループホームでの生活が適切かどうかを検討している。その他のサービス利用の方が本人にとって適切な場合は、系列事業所(小規模多機能・看護小規模多機能)、他施設(老健、医療機関)の説明、紹介を行っている。		
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。	日常生活を送る上で、本人の出来ることを続けていただくように配慮している。洗濯、掃除、食事作りなどを一緒に行う事で、共に生活をする家族のような関係を築くことを心掛けている。		
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。	面会や、日用品の買い物等家族にも協力いただいている。本人に会う機会が多くなるような仕組みにしている。また、入居の際に、ご家族に協力していただけることをお聞きして、ケアプランにも盛り込んでいる。(外出支援など)		
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。	ご家族だけではなく、友人等も自由に面会できるようにしている。また、住み慣れた家への外出、外泊支援も可能なご家族には協力いただいている。地域の行事への参加も支援している。(祭り、敬老会)		

自己 評価	外部 評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	日常生活で、食事作りの手伝いや食器拭き洗濯物干し、洗濯たたみなどを行いながら会話などコミュニケーションが取れるように配慮している。また、お出かけや行事を行っており、利用者同士が関わりをもち、楽しむ機会を作っている。		
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。	退居後もご家族の相談に応じている。必要に応じて、再入居の検討や家族の要望に応じて系列事業所や他施設への紹介を行っている。		
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。	本人の希望に応じ、お出かけ、買い物等の支援をしている。日常生活の中に楽しみが持てるように心掛けている。思いを伝えることが難しい方は、ご家族から希望など話を伺っている。		
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。	入居前に本人の生活歴、サービス利用などを情報収集し、フェイスシートを作成し、職員間で情報共有している。できるだけ、今まで続けてきたことは入居後も継続できるように支援している。		
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。	日々の観察、記録を行い現状の把握に努めている。毎月モニタリングを実施し、1カ月の本人の生活の様子、身体状態の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	本人や家族、関係医療機関(主治医、NS)、薬剤師、グループホーム職員、ケアマネジャーでサービス担当者会議を行い、検討した内容、意見をもとに介護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。	日々の様子は経過記録に記入し、職員間で情報共有できている。毎月モニタリングを実施し、現場に提示することで職員間で情報を共有している。3か月に1回カンファレンス実施し、職員の気づきや意見を踏まえて支援内容の見直しをしている。状態変化の見られる利用者は、その都度緊急カンファレンスを行っている。		
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。	本人のニーズが変われば、その都度対応を検討している。 主治医以外の専門医(整形外科、精神科)への通院支援。家族が遠方の場合、本人が自宅に帰ってみたい。と希望があった際にはの一時帰宅支援など柔軟に対応している。		
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。	離所リスクが高い利用者がおられるため、職員と散歩の際に、地域の方に挨拶を通して顔を覚えて頂いたり、見守りネットワークを活用、登録している。町内会に所属し、地域清掃活動に利用者と職員で参加し、馴染みの関係を築いている。		
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。	かかりつけ医(主治医)の往診を受けている。 ご家族が受診対応されている方もおられる。受診後には、受診内容をお聞きして、職員間で共有している。また、体調不良などの際には、密に連携を図り医師の指示に従っている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	訪問看護と連携体制を取り、24時間連絡が取れるようにしている。利用者の急変や状態変化、事故(転倒・外傷)などがあれば、連絡相談している。看護師から必要に応じて主治医へ上申し、指示を受けている。主治医の指示に従って受診など対応している。		
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、サマリーを作成し情報提供を行っている。不明な点があれば、連絡いただくようにも伝えている。入院後も定期的に地域連携室に連絡し、現状の把握と退院後のサービス利用について速やかに対応ができるようにしている。		
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。	重度化した場合や終末期について、入居契約の際に、施設でできることについては説明を行い、理解を頂いている。また、入居時時点での終末期の医療についての事前調査を行っている。終末期と主治医が判断された際には、改めて家族と話し合いの場を設け、支援に取り組んでいる。		
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。	消防署の協力を得て、心肺蘇生の研修を施設内で実施している。また、急変時の対応の勉強会を行っている。		
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。	年に2回の火災訓練を消防署の協力のもと実施している。避難方法についても消防署より、説明、助言頂き理解している。水害、自然災害に対しては尾道市のガイドラインに沿って避難を進めていく。		

自己 評価	外部 評価	項 目（ 2階 ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	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。	利用者を尊敬した言葉がけを心掛け、プライドを損なわないよう配慮した対応を行っている。馴染みの関係になることで、馴れ馴れしい言葉がけになってしまうことがある為、職員同士で注意しながら対応している。		
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。	日常生活のなかで、自分で選択する場面を設けている。 着る服、おやつや飲み物を選んで頂く。買い物に行った際に、選んで購入して頂く。会話の中から、〇〇に行ってみたいとの言葉があった時には、できるだけ、その時に行動している。		
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。	個々のペースに合わせて生活していただいている。 ※ただし、生活が不活発で廃用性のリスクがある方に関しては、日中はできるだけ、離床時間が持てるように声掛け対応している。		
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。	起床時には、整容、整髪、髭剃りなどして頂いている。定期的に有償ボランティアによる散髪、希望があれば髪染めを行っている。 服も本人の好みの物を、着られるように配慮、選ぶ楽しみを持って頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事作りの前に食べたいものを聞いたり、食材を見て頂きメニューと一緒に考えたりしている。野菜の皮むき、下ごしらえなどの準備は、日常的に手伝っていただいている。また、片付けの食器洗いや食器拭きなど手伝っていただいている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	食事量、水分摂取量を確認し、都度記録 に残している。食事摂取量が少なくなっ た場合は、個別で別紙記録を行い、主治 医に報告、相談している。水分摂取量が 少ない方には、少量ずつ回数を増やして 飲んで頂けるように対応している。食思 が低下した場合は、嗜好品の提供をして 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、 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、口腔ケアを実施している。本人 での歯磨きが難しい方に関しては、職員 が声掛け、仕上げ磨きを行い、口腔内を確 認している。また、拒否がある方に関し ては、声を掛ける職員を代えたり、時間 をおいて、声掛けして対応している。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを知り、日中 は、個々の時間で声を掛けトイレでの排 泄を支援している。2人介助が必要な方 もトイレ誘導行っている。 また、可能な方に関しては、紙パンツか ら布パンツへの切り替え等、その都度検 討している。		
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。	生活の中にできるだけ動く機会を作るよ うにしている。食物繊維を摂れるように 工夫、寒天を使ったゼリーなども提供。 食事と運動の工夫だけでは改善が難し く、必要に応じて、頓用の下剤を内服し ていただいている。		
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。	週3回、午後浴を行っている。湯の温 度、入浴の順番等の希望にも対応してい る。拒否の方には、タイミングや声をか ける職員を代えるなどしている。また、 入浴日を変更して対応している。		

自己 評価	外部 評価	項 目(2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	本人の体調を考慮しながら、日 中は、できるだけ活動していただ き、夜間帯良眠できるように支 援している。 ただし、フロアーで傾眠が強く 態勢が崩れるようであれば、居 室や和室で休んでいただく時間 をもっている。		
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。	内服薬の管理は、薬剤師が配薬 を行っている。服薬の際は、誤 薬がないように、必ず全員分が あるか確認し、服用時は、職員 2人で名前、日付、服用時間を 確認している。 カルテにて、薬情が閲覧できる ように配慮し内容を必要時に確 認できるようにしている。		
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。	食事作りや、おやつ作り、洗濯 物干し、花植え、水やり、釜戸 を使ったご飯炊きなどを職員と 一緒にを行い、生活の中に役割 をもって頂いている。また、昔 のことを思い出し、会話が弾み 、気分転換になっている。		
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。	日常的に散歩、買い物、ドライ ブなどができるように支援して いる。 また、季節毎のお出掛け(初詣 、花見、紅葉狩り、誕生日)を 企画している。家族の協力を得 て外食、自宅への帰宅も行え ている。地域行事への参加(敬 老会、祭り)の際には地域の方 々に協力いただいている。		
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。	自己管理が可能な利用者に関 しては、自分で財布を持ってい ただいている。なくしてしまう 可能性もある為、家族の了承を 得ている。 本人の希望に応じて、職員と 一緒に買い物に行き、好きな物 を買えるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目 (2階)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	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。	施設の電話の利用、本人の希望に応じて、家族へ電話ができるように支援している。また、誕生日などご家族からの電話にも対応している。 本人が、携帯電話を持っておられる方は、掛けたい時に話ができるように支援している。また、頻度に関しては家族に聞いたうえで対応している。		
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。	玄関、廊下、エレベーターホールに、ソファを置いている。エレベーターホールのソファに座ればテラスの花が見られる空間を作っている。和室もあり、好きな場所で過ごしていただけるよう配慮している。 廊下を歩けば、利用者と作成した季節の壁画を貼っている。		
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。	共有のフロアーには、ソファを配置し、座る席を自分で選択していただきコミュニケーションが図れる空間を作っている。一方で、人間関係を踏まえて座る位置を配慮もしている。 和室、廊下に長椅子を設置、一人でゆっくりと過ごせる居場所を作っている。		
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。	入居の際には、使い慣れた家具、テレビやラジオなど馴染みの物を持って来ていただいている。また、写真や時計、カレンダーもあることで自宅に近い環境で過ごして頂けるよう工夫している。		
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。	自室の場所が自分でもわかるように、居室前に職員作成の表札を設置している。また、トイレの場所も「お手洗い」とわかるように大きめの表示を付けている。 敷地周辺に川や畑がある為、フェンスを設置している。		

V アウトカム項目(2階) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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 ③利用者の3分の1くらい 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	○	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

事業所名 グループホームみなりっこ

作成日 令和7年4月24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	3	運営推進会議へ、地域 の方の参加がないことが課題。	地域から、必要とされる施設。	運営推進会議を地域の方が関心のある身近なテーマを盛り込んだ内容で企画する。	12ヶ月
2	13	水害などの災害時に全職員が避難方法を身につけて行動できると地域との協力体制が課題。	災害の発生後もサービスの提供を継続し、生活の安心を目指す。	全職員対象の机上訓練と避難方法の訓練を行う。訓練時には、消防署の方に指導して頂く。	12ヶ月
3					
4					
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。