

1 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	2572300024		
法人名	社会福祉法人 近江ちいろば会		
事業所名	グループホーム ぼだいじ		
所在地	滋賀県湖南市菩提寺327-16		
自己評価作成日	平成26年9月1日	評価結果市町村受理日	平成26年10月27日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成26年9月24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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・毎月入居者全員のカンファレンスを行い、充分に話し合いモニタリングにつなげられている。 ・市高齢福祉課のサポートを受け、週2回の百歳体操やラジオ体操を行い体力の維持向上に努めている。 ・地域とのつながりや社会性を継続してもらって頂けるようにお茶の間サロン等、地域の行事に参加している。 ・グループホームでの看取りについては、ご家族と医療・事業所としっかり話し合い、確認し合った中で行っている。 ・認知症について、グループホームでの看取りについて相談窓口になり高齢化社会に貢献出来ている。 ・協力医院(整形外科・内科・認知症専門)との連携をとり、相談しやすい関係で体調の管理をさせて頂いている。

<p>当事業所は、近江ちいろば会の介護施設群の入口に位置し広いスペースを利用した平屋の木造建築物で利用者には住み慣れた自宅の住空間の雰囲気となっている。隣接する介護施設として小規模多機能型居宅介護事業所があり、互いの事業所が非常口で繋がっており非常時における職員間の応援体制を図っている。居室は和室と洋室の両タイプがあり利用者の生活様式に応じて利用できるようになっている。利用者は自宅にあった筆筒や仏壇を持ち込みゆったりとした生活を送っている。地域とのつながりを深めるため自治会主催の「お茶の間サロン」に利用者に参加して住民の方々との交流を深めている。法人内研修に地域住民の参加を呼びかけ、認知症の理解を深める勉強会を専門講師を招いて行うなど地域啓発も積極的に行っている。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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 (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
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	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:2,20)	○ 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
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	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が拡がったり深まり、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	66 職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
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	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
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	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. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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		

自己評価および外部評価結果【もみじ】

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	法人の理念及び、グループホーム独自の理念と実践十か条を掲げ、会議やカンファレンス時に職員で唱和して意識づけている。	「隣人愛の奉仕」を法人理念とし、グループホーム独自の理念と具体的実施内容「実践十か条」を毎年見直している。利用者それぞれの様子にあわせての寄り添いを実践することを通じて職員の意識付けを行っている。	
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	自治会の準会員になっており、お茶の間サロン(毎月)・奉仕活動・夏祭り等に参加している。また、自治会の方に運営推進会議に加わってもらっている。	毎月1回 地域主催の「お茶の間サロン」に利用者が参加し、事業所は地域住民に対して認知症講座を開催している。隣接公園において「子どもの見守り隊」として地元の子ども達とも交流している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	市からの依頼を受け石部高校に「認知症の理解」をテーマに講演をしたり、地域育成委員からの依頼で小学校の職場体験授業に向けての「認知症高齢者の支援の仕事」をテーマに講演をする機会を設けてた。集いカフェの取り入れ。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	グループホームの状況報告をし、ご家族の代表の方や地域包括職員、民生員等からの質問や意見を受け改善されるべき内容については改善をしている。	会議メンバーから「学びの場が必要」との意見を受け、「独り住いを見守る勉強会」を設け意見交換するなど地域交流の場を広げている。会議が小規模多機能事業所と合同開催となっている為、問題点や意見について議事録はどちら側か判りづらくなっている。	運営推進会議の合同開催は良いが、議事録の記載については事業所ごとに分けるなどわかり良い工夫をしてほしい。
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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	互いに必要に応じて連絡をとっている。また、市の高齢福祉課のサポートを受けながら、週1回のいきいき百歳体操を実施、3ヶ月に一度体力測定を行っている。	高齢福祉課のサポートで週2回百歳体操を実施するとともに、「介護・医療・福祉連携懇談会」を地域包括支援センター主催で市内の福祉施設及び医療関係者と2カ月に1回開催し、市との情報交換をしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	マニュアルを作成している。玄関の施錠については、入居者様の安全を確保する為以外の施錠していない。	日中は玄関の施錠はしていないが、事務所から人の出入りが見えるようになっており見守りが行き届いている。玄関の利用は2カ所あるが、事務所から人の出入りが良く見える1カ所に統一している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	法人内外の勉強会で学ぶ機会があり、虐待が行われないよう職員同士の連携をとっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	マニュアルは作成してあるが、職員全員が活用出来るまでは理解できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時は管理者が対応し、十分に時間をかけて理解を頂けるまで丁寧に説明を行っている。		
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なら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	直接申し受けたり意見箱の設置をしており、細やかに管理者に伝えるようにしている。また、ケアプランの説明時に意見、要望を聞く機会を設けている。また、パソコン上のメールでの意見等の連絡方法を取るようにしている。	利用者、家族等の意見については、「介護支援経過」により都度把握しているが、他に玄関口に「意見箱」の設置や最近では直接管理者宛てメールを伝達手段に利用して早い対応を図っている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	代表者とは年間2回、管理者には常時伝える機会が設けられている。また、カンファレンスや全体会議で意見交換の出来る体制を作っている。	代表者との年2回のターゲットプラン作成時の話し合いや毎月のカンファレンス、全体会議を通じて職員からの意見を聞き「実践十か条」に反映している。会議や打ち合わせは職員が意見を述べやすい環境にある。	
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	少しずつ改善されている。しっかりと休める場所の環境づくりができていない。		
13		○職員を育てる取り組み 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	法人内外の研修を受ける機会や職員に応じた研修を受ける機会がある。尚、随時OJTを行っている。ただし、法人外の研修に多くの時間をなかなか費やせない職員体制である。		
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作り、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り組みをしている	定期開催されるほほえみネットこなんの研修で身近な同業者と交流の機会がある。また、介護 医療連携懇談会にも参加をし連携を保てる体制作りをしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	入居前には、本人と面接を行い入居の説明や少時間の体験をして頂いている。また本人の要望を聞き、安心して暮らして頂けるよう、本人の意向に添うように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居前時には、一緒にアセスメントを行い、家族の要望を聞き不安なことなどを解消できるように努めている。また来所時に、こちらから話しやすい環境を作り、本人に細かな変化があった場合に連絡し合えるように関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	時間をとって話し合い必要な対応をしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活を通して、人としての関係を築ける様に言葉づかい等に気をつけながら、暮らしを共にしている。		
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おかず、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	本人の様子などをお伝えし、支援の方法を相談している。また、行事などにお誘いして、共に過ごせる時を作るように努めている。		
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	身内や友人との時間を持ったり、手紙や電話ができるよう支援している。また、家族に対しても、その大切さを説明して、理解してもらえるように努めている。	同じ敷地内の介護施設を訪問した知人がグループホームに立ち寄り利用者を訪ねて来た時は、リビングや居室に案内して心穏やかに交流を深める支援をしている。利用者の要望により馴染みの美容院への付き添い支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	仲良い関係は見守り、不快な関係に気付いた時は、中和に入り、早期に解決するように努めている。パーテーションを置き個別支援出来る様に工夫をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	サービスが終了しても、納涼祭等の行事であったり、ご飯作りにボランティアとして来て下さる家族がおられる。また、これまでの関係性を大切に、その都度、職員が声をかけさせている。		
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	毎月個々の担当者が記録をまとめ、本人に必要な支援の内容を検討するカンファレンスを行っている。	介護請求ソフト(ほのぼのNext)を活用し、職員が利用者、家族からの希望、意向をその都度入力し職員間の情報共有をおこなうとともに、カンファレンスで内容を確認し検討して日常業務に生かしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時には、センター方式を利用してアセスメントを行っている。また、ケアマネより出来る限りの情報の収集を行っている。		
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	日々のケース記録を共有し把握するようにしている。また、その日の申し送り事項については口答にて伝達している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	課題取り組みを1か月間モニタリングその後評価を行い、カンファレンスで検討を毎月行っている。また、3ヶ月毎にケアプランを見直し、家族に確認してもらっている。	介護計画モニタリング表により目標達成度チェックを行い担当者会議での要点を記述しカンファレンスで検討している。3か月毎の見直し内容について家族の署名捺印をもらっている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	時系列に分けケース記録にケアポイントが明記し細かく記録し職員間で情報の共有をし、介護計画につなげている。		
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	ニーズの把握に努め、本人 家族と話し合い必要や要望に応じ対応しているが、重度化により柔軟な対応が難しい場合がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	季節の花の鑑賞ドライブや喫茶店に行ったり、お買い物やなじみの美容院への外出支援については支援が来ている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人や家族の望まれる病院やかかりつけ医に行ってもらい、受診時は情報提供書を用意している。	18名中7名の利用者がかかりつけ医に受診している。家族の都合がつかない時や急な場合は職員が対応し結果を家族に報告している。毎月1回協力医の訪問診療を受けている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	看護師には常時、報告連絡相談し、指示をもらい必要に応じて見てもらっている。また、法人の訪問看護師に必要な情報を伝え、適切な看護を受けられるように支援をしている。		
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、又、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。あるいは、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。	入院時は、管理者と看護師が主治医や関係者に状況の確認を行い、家族と相談の上、早期に退院できるよう努め入院中の訪問をし状況把握に努めている。		
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	重度化や終末期の意向確認を家族と行っている。また、主治医から病状を説明をってもらい、家族に看取りケアの意向確認の話し合いの場を設けるようにしている。また、事業所で出来る事の説明をし方針を共有している。	契約時に事業所の方針を説明し、「看取り指針の同意書」に家族の署名捺印を貰っている、同時に「看取り意向確認書」「緊急時の意向確認書」を取り交わしている。確認書の記入に際し、協力医による利用者の病状の説明を行っている。	
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	マニュアルは用意できているが、定期的な訓練は行っていない。		
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	火災時の避難訓練は実施しているが、水害や地震においては出来ていない。	自衛消防隊による災害避難訓練を3カ月に1度実施し、特に夜間を想定した訓練をすることにより職員の意識付けを図っている。年2回は消防署の立ち合いで実施している。地域住民が参加した訓練は行われていない。	隣接の「ぼだいじみんなの家」との職員同士の応援体制はできているが、地域住民の災害時応援体制構築を早急実現してほしい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	個々の認知症の症状に合わせて利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。また人権研修に参加しスキルアップに努めている。	利用者に対しては尊敬と親しみを込め、尊厳を傷つけないよう利用者の立場になっての声掛けに留意している。個人情報パソコンに入力され職員で共有し、書類は事務所、倉庫に保管している。	
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	個々の症状に合わせて、意向を聞いたり選択してもらっている。		
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	入居者との関わりの時間を増やせるように努めているが重度化により、安全を優先し十分に対応できているとはいえない。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	個々の服装や身だしなみのこだわりを理解し、大切にしている。		
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	週2回の食事作りを行っている。水曜日の昼食作り・金曜日の夕食作りを、買い出しを共にして頂く事から行っている。	施設の配食サービス利用以外に週2回は利用者の好みを聞き買い物、食事作りをしている。カレーやお寿司は人気があり利用者がそれぞれ分担して調理し、出来た食事を職員と一緒に楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事は全員記録しており、水分については必要に応じて記録している。栄養バランスが不足してしまう方においては家族と相談し本人の摂れる形を取り入れている。		
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	歯磨きの声掛け、歯ブラシ渡し、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ等個々に応じて支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	トイレでの排泄を基本にしているが、失禁が多くなされてからは、家族に相談した上で、リハビリパンツ、パットを使用しながら、排泄チェック表から排泄パターンを読み取り、トイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。	排泄チェック表により排泄パターンを個人別に把握している。リハビリパンツ、パット利用者は現在8名いるが、職員は状況に応じて声掛けをして誘導している。	
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	水分摂取、飲み物、食物繊維、便秘薬、腹部マッサージ等、主治医や看護師、家族と相談し個々にあった支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間などはできるだけ希望に沿えるようにはしているが、重度化や自己選択が難しい方については安全を優先した入浴の支援をしている。	週3～4回、8時～19時の間で入浴介助をしている。浴室スペースは2畳程度と狭い。檜の気持ちの良い浴槽となっているが深いので重度化する利用者場合は職員が2名で対応している。	入浴介助用のパートを増員配置しているが、車椅子対応等が可能な浴室の改善を期待したい。
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	日中帯は、休みたい時に休んでもらっている。夜間は、出来るだけ良い睡眠がとれるよう支援している。		
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	個々の薬を理解しており、いつでも処方せんなどで確認できるように備えてある。また、症状等気になる事は記録に留めている。また、日付、名前等を読み上げ確認してから手渡しで服用している。		
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・野菜や花作り・洗濯・ゴミ捨て・食事運び等の中で役割を持ってもらっている。音楽療法は毎月2回、ハーモニカや踊り等を毎月行っている。体操は毎日ラジオ体操と週1回の百歳体操は欠かさず行っている。		
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。又、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	その日という希望には、出来る時と出来ない時がある。但し予め日を設定して出かけてはいる。ご家族やボランティアさんにも協力していただき、出かけてもらっている。	天気の良い日は花壇の手入れをしたり、事業所近くの公園への散歩を楽しんでいる。月1回の地域の「お茶の間サロン」に出かけ地域住民との交流を楽しんでいる。季節毎には初詣や、家族も参加のお楽しみ食事会などの外出があり利用者に喜ばれている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金の自己管理が出来る方にはお金を持ってもらっている。また、家族に理解を求め、事業所預かりで必要に応じてお渡しし、支払いをして頂いている。		
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	電話は自由に出来る用意をしている。支援が必要な方にはできるようサポートしている。手紙については家族の協力の下、行っている。		
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	明りの調節が出来るようになっている。季節が感じられるよう、居室はもとより共有部分においても外が見える部分が多い。季節に応じた飾りをしている。	食堂兼居間は、中庭に面しており、ガラス戸から明るい日差しが入り、職員は何処からでも目が届くようになっている。中庭には季節に応じた草木が植えてあり落ち着いた雰囲気となっている。リビング、廊下には利用者やボランティアによる作品を飾っている。	
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	リビング、居室以外にも共有スペースがあり、廊下の途中にはベンチやテーブルセットが設置してある。		
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	新しいものではなく、本人の使っておられた馴染みのものを持ち込まれるようにしている。また、配置も出来るだけ従来の生活に近い形に出来るよう、配慮している。	居室6畳は洋室仕様と和室仕様があり、いずれも自宅にあった筆筒、仏壇、テレビ等の持ち込みができ、従来の生活リズムの継続ができるよう工夫している。全ての居室にはエアコン、火災報知器、スプリンクラーを設置している。	
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」「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	必要に応じて、トイレや居室の明示をしている。また、廊下や出入口に不要なものを置かないようにしている。		

自己評価および外部評価結果【さくら】

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	法人の理念及び、グループホーム独自の理念と実践十か条を掲げ、会議やカンファレンス時に職員で唱和して意識づけている。		
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	自治会の準会員になっており、お茶の間サロン(毎月)・奉仕活動・夏祭り等に参加している。また、自治会の方に運営推進会議に加わってもらっている。		
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	市からの依頼を受け石部高校に「認知症の理解」をテーマに講演をしたり、地域育成委員からの依頼で小学校の職場体験授業に向けての「認知症高齢者の支援の仕事」をテーマに講演をする機会を設けてた。集いカフェの取り入れ。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	グループホームの状況報告をし、ご家族の代表の方や地域包括職員、民生員等からの質問や意見を受け改善されるべき内容については改善をしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り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	互いに必要に応じて連絡をとっている。また、市の高齢福祉課のサポートを受けながら、週1回のいきいき百歳体操を実施、3ヶ月に一度体力測定を行っている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	マニュアルを作成している。玄関の施錠については、入居者様の安全を確保する為以外の施錠していない。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	法人内外の勉強会で学ぶ機会があり、虐待が行われないよう職員同士の連携をとっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	マニュアルは作成してあるが、職員全員が活用出来るまでは理解できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時は管理者が対応し、十分に時間をかけて理解を頂けるまで丁寧に説明を行っている。		
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なら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	直接申し受けたり意見箱の設置をしており、細やかに管理者に伝えるようにしている。また、ケアプランの説明時に意見、要望を聞く機会を設けている。また、パソコン上のメールでの意見等の連絡方法を取れるようにしている。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	代表者とは年間2回、管理者には常時伝える機会が設けられている。また、カンファレンスや全体会議で意見交換の出来る体制を作っている。		
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	少しずつ改善されている。しっかりと休める場所の環境づくりができていない。		
13		○職員を育てる取り組み 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	法人内外の研修を受ける機会や職員に応じた研修を受ける機会がある。尚、随時OJTを行っている。ただし、法人外の研修に多くの時間をなかなか費やせない職員体制である。		
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作り、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り組みをしている	定期開催されるほほえみネットこなんの研修で身近な同業者と交流の機会がある。また、介護医療連携懇談会にも参加をし連携を保てる体制作りをしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	入居前には、本人と面接を行い入居の説明や少時間の体験をして頂いている。また本人の要望を聞き、安心して暮らして頂けるよう、本人の意向に添うように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居前時には、一緒にアセスメントを行い、家族の要望を聞き不安なことなどを解消できるように努めている。また来所時に、こちらから話しやすい環境を作り、本人に細かな変化があった場合に連絡し合えるように関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	時間をとって話し合い必要な対応をしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活を通して、人としての関係を築ける様に言葉づかい等に気をつけながら、暮らしを共にしている。		
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おかず、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	本人の様子などをお伝えし、支援の方法を相談している。また、行事などにお誘いして、共に過ごせる時を作るように努めている。		
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	身内や友人との時間を持ったり、手紙や電話ができるよう支援している。また、家族に対しても、その大切さを説明して、理解してもらえるように努めている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	仲良い関係は見守り、不快な関係に気付いた時は、中和に入り、早期に解決するように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	サービスが終了しても、納涼祭等の行事であったり、ご飯作りにボランティアとして来て下さる家族がおられる。また、これまでの関係性を大切に、その都度、職員が声をかけさせている。		
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	毎月個々の担当者が記録をまとめ、本人に必要な支援の内容を検討するカンファレンスを行っている。		
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	入居時には、センター方式を利用してアセスメントを行っている。また、ケアマネより出来る限りの情報の収集を行っている。		
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	日々のケース記録を共有し把握するようにしている。また、その日の申し送り事項については口答にて伝達している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	課題取り組みを1か月間モニタリングその後評価を行い、カンファレンスで検討を毎月行っている。また、3ヶ月毎にケアプランを見直し、家族に確認してもらっている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	時系列に分けケース記録にケアポイントが明記し細かく記録し職員間で情報の共有をし、介護計画につなげている。		
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	ニーズの把握に努め、本人 家族と話し合い必要や要望に応じ対応しているが、重度化により柔軟な対応が難しい場合がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	重度化により、外出する機会が少なくなったが、お買い物やなじみの美容院への外出支援については支援が来ている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人や家族の望まれる病院やかかりつけ医に行ってもらい、受診時は情報提供書を用意している。		
31		○看護職との協働 介護職は、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	看護師には常時、報告連絡相談し、指示をもらい必要に応じて見てもらっている。また、法人の訪問看護師に必要な情報を伝え、適切な看護を受けられるように支援をしている。		
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、又、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。あるいは、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。	入院時は、管理者と看護師が主治医や関係者に状況の確認を行い、家族と相談の上、早期に退院できるよう努め入院中の訪問をし状況把握に努めている。		
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	重度化や終末期の意向確認を家族と行っている。また、主治医から病状を説明をってもらい、家族に看取りケアの意向確認の話し合いの場を設けるようにしている。また、事業所で出来る事の説明をし方針を共有している。		
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	マニュアルは用意できているが、定期的な訓練は行っていない。		
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	火災時の避難訓練は実施しているが、水害や地震においては出来ていない。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	個々の認知症の症状に合わせ利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。また人権研修に参加しスキルアップに努めている。		
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	個々の症状に合わせて、意向を聞いたり選択してもらっているが、重度化により、本人の介助拒否があっても説明して行わなくてはならない状況が増えてきた。		
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	入居者との関わりの時間を増やせるように努めているが重度化により、安全を優先し十分に対応できているとはいえない。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	個々の服装や身だしなみのこだわりを理解し、大切にしている。		
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	金曜日の夕食のみ好みを聞き買い物をして食事作りをしている。その他は、法人の給食を提供し、盛り付けのお手伝いをして頂いている。また、極端な食の好みについてはご希望に沿うようにさせて頂いている。 (魚嫌いに方には肉に変更など)		
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	食事量は全員記録しており、水分については必要に応じて記録している。栄養バランスが不足してしまう方においては家族と相談し本人の摂れる形を取り入れている。		
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	歯磨きの声掛け、歯ブラシ渡し、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ等個々に応じて支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	トイレでの排泄を基本にしているが、失禁が多くなされてからは、家族に相談した上で、リハビリパンツ、パットを使用しながら、排泄チェック表から排泄パターンを読み取り、トイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。		
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	水分摂取、飲み物、食物繊維、便秘薬、腹部マッサージ等、主治医や看護師、家族と相談し個々にあった支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間などはできるだけ希望に沿えるようにはしているが、重度化や自己選択が難しい方については安全を優先した入浴の支援をしている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中帯は、休みたい時に休んでもらっている。夜間は、出来るだけ良い睡眠がとれるよう支援している。		
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	個々の薬を理解しており、いつでも処方せんなどで確認できるように備えてある。また、症状等気になる事は記録に留めている。また、日付、名前等を読み上げ確認してから手渡しで服用している。		
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・野菜や花作り・洗濯・ゴミ捨て・食事運び等の中で役割を持ってもらっている。音楽療法は毎月2回、ハーモニカや踊り等を毎月行っている。体操は毎日ラジオ体操と週1回の百歳体操は欠かさず行っている。		
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。又、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	その日という希望には、出来る時と出来ない時がある。但し予め日を設定して出かけてはいる。ご家族やボランティアさんにも協力していただき、出かけてもらっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金の自己管理が出来る方にはお金を持ってもらっている。また、家族に理解を求め、事業所預かりで必要に応じてお渡しし、支払いをして頂いている。		
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	電話は自由に出来る用意をしている。支援が必要な方にはできるようサポートしている。手紙については家族の協力の下、行っている。		
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	明りの調節が出来るようになっている。季節が感じられるよう、居室はもとより共有部分においても外が見える部分が多い。季節に応じた飾りをしている。		
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	リビング、居室以外にも共有スペースがあり、廊下の途中にはベンチやテーブルセットが設置してある。		
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	新しいものではなく、本人の使っておられた馴染みのものを持ち込まれるようにしている。また、配置も出来るだけ従来の生活に近い形に出来るよう、配慮している。		
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」「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	必要に応じて、トイレや居室の明示をしている。また、廊下や出入口に不要なものを置かないようにしている。		

2 目標達成計画

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	35	隣接の「ぼだいじみんなの家」との職員同士の応援体制はできているが、地域住民の災害時応援体制構築を早急に実施してほしい。	災害時に地域住民の応援をして頂ける体制作りを行う。	運営推進会議で地区の区長・民生委員にこの旨を伝え、災害時にはお互いが連携を取り合っ協力体制がとれるよう話し合う。また、地域の防災訓練にも参加させていただく。	6ヶ月
2	45	入浴介助のパート職員を増員配置しているが、車椅子対応等が可能な浴室の改善を期待したい。	車椅子対応の方にとっても介助する職員にとっても、安全で気持ちの良い(楽な)入浴が出来るよう環境を整える。	シャワーチェアなどを新しい物に買い替えをし、車椅子から移乗介助しやすい環境作りを行う。又、隣接している小規模多機能型居宅介護の車椅子対応可能な浴室の使用を職員配置を考慮したうえで行う。	3ヶ月
3	4	運営推進会議の合同開催は良いが、議事録の記載については事業者ごとに分けるなどわかり良い工夫をしてほしい。	運営推進会議の議事録については小規模多機能型居宅介護事業所とグループホームを明確に出来る議事録を作成する。	運営推進会議に議事録をとる職員を配置し、各事業所ごとに話し合った内容把握が出来る議事録にしあげる。	1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No.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。