

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23 年 12 月 14 日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3470204276		
法人名	(有)ネクストライ		
事業所名	グループホームきらら		
所在地	広島市中区猫屋町8-11 TEL082 - 293 - 3112		
自己評価作成日	平成23年11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	http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3470204276&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 医療福祉近代化プロジェクト
所在地	広島市安佐北区口田南4 - 4 6 - 9
訪問調査日	平成23年12月14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)】

その人らしさを大事に日々明るく楽しくの理念に沿い、1人1人を尊重したケアを提供していくように努めています。又、地域活動への参加や、近所のグループホームとの交流、外出行事、ボランティア、実習生の受け入れ等も積極的に行い、風通しを良くし、更なるサービスの質を向上できるように努めています。利用者の方の中で、「買い物に行きたい」等の要望にはできる範囲で実施しています。

【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)】

グループホームきららは、広島市の都心部の大変交通の便利の良い所にあり、鉄筋コンクリート3階建ての1階部分がグループホームになっています。日中は出来るだけ居間に集まりお互いの交流をすすめたり、外出や外食、他の事業所との交流など積極的に取り組んでいます。介護経験豊富な管理者を中心に職員全員が、入居者お一人ひとりを大事に日々明るく楽しく過ごされるよう心をこめた介護に努められています。
--

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
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。	毎月のミーティングの前に必ず理念を読み、理念に沿ったケアを提供できるように努めている。理念はフロア一内で見えるところに掲示しており、いつでも確認できるようにしている。	理念に基づき、家庭的な環境の中でお年寄りの生活に合わせたゆとりある生活ができるよう、本人とスタッフならではの絆をつくりあげて行くよう努めている。	
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。	定期的に近所に散歩に行ったり、近所のスーパーに買い物に行っている。毎朝事業所の前の道路の掃除を行い、通行人に挨拶をしている。町内会に入っており、町内会の活動にも参加している。推進会議の際は、民生委員、ボランティアコーディネーター、近所のグループホームの方にも参加していただいている。	町内会へ加入し町内の行事に参加している。盆踊り、防災訓練、餅つき、亥の子などにも参加している。近所での買い物や喫茶店へ行くことはお付き合いにもなっている。	
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。	ボランティア養成講座のボランティア実習生の受け入れをさせていただいた。他地域ではあるが、認知症サポーター養成講座を行なった。		
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。	利用者の状況や、サービスの内容等伝えている。会議の際があった意見については、実行に移すようにしている。	運営推進会議は、民生委員、町内会長、包括支援支援センター、中区ボランティアコーディネーター、管理者、職員3名、利用者代表、近所のグループホーム代表が参加し2カ月に1回開催している。行事案内や入居者の現状、待機者数を報告し、事故報告に意見を貰ったりする。ボランティアを紹介して貰ったり、他ホームとの交流を支援して貰ったりしている。	
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。	地域推進会議への案内や参加、会議の報告等は行なっている。確認したいことがある時には、必要時相談している。	運営推進会議への案内、会議への参加、法令について不明な点を照会したり、事務処理の相談等行っている。	
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。	身体拘束については、毎回ミーティングの際話し合いを行い、正しく理解できるように努めている。表玄関については、施錠を行なっているが、裏庭にでるガラス戸については、施錠をしておらず自由に出入りできている。	身体拘束について研修し職員は身体拘束についてよく理解して居り、身体拘束は行ってない。表玄関は交通量の多い道路に直接面しているため施錠しているが、新聞を取りに出る人もある。裏庭はガラス扉であるが施錠せず、自由に出入りできる。	
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。	研修の機会については積極的にもつようにしている。又、言葉遣いや、介護方法等については、ミーティングで話し合いを行い、虐待防止に努めている。		

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
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に支援している。	権利擁護の研修については、数名研修にて学んでいる。一部利用者の方で、社会福祉協議会が行っている、「かけはし」による金銭管理の支援を受けている。		
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。	本人、家族に十分説明し、理解。納得を図っている。		
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。	意見や要望に対して、職員全員で共有し、運営に反映するように努力している。必要に応じて、推進会議で意見を聞くこともある。	家族の面会時を利用して意見を聴いたり、本人との交流を通じ要望をくみ取り運営に反映するようにしている。	
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意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	ミーティングの際意見を聞き、反映させている。	ミーティングや会議の時自由に意見をのべ、運営に反映させるようにしている。	
12		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。	処遇改善交付金を利用し、給与水準を高めたり、代表者は、職員の生活の安定を第一に考え運営している。勤務を組む際には、希望休を確認し、勤務を組んでいる。		
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。	内部、外部研修については、必要に応じて参加できるようにしている。		
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。	異業種交流会への参加や、他事業への推進会議への参加、研修の機会を設け、サービスの質の向上への取り組みを行なっている。		

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
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。	本人の不安なことをしっかり受け止め、安心確保している。		
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。	家族からの不安や、要望の方が多いので、初回にはゆっくりと話を聞き信頼関係を築くようにしている。		
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。	初回アセスメントの段階で必要な支援を判断するようにしている。医療ニーズが高いときは、主治医、訪問看護との連携を図り支援している。		
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。	一緒に食事をする事を基本に、利用者の方と一緒に行動するように努めている。		
19		本人と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。	家族にも適宜本人の状況を伝えて、必要に応じて家族にも来ていただき、絆を大切に支えるように努力している。		
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。	今まで行っていた場所に来る範囲で行っていただく事や、知り合いの方等の面会も制限せず対応している。	昔住んでおられたところ、思い出の場所などへのドライブしたり、知人の訪問など積極的に支援している。	
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。	日中はフロアーにでいただき、関わりを持つように努めている。レクリエーションや行事等の参加で関わりを深められるように支援している。		
22		関係を断ち切らない仕組み 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。	利用終了後も、家族からの相談がある場合は、相談、支援を行なっている。		

グループホームきらら

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
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。	アセスメント表や、本人との日々の会話の中から、意向を聞きだし、できるだけ本人の希望に沿うように支援している。	担当者が、本人との会話の中から、喫茶店に行きたい、買い物をしたいなど意向をくみ取り、出来るだけ要望に添うようにしている。	
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。	アセスメント、本人、家族と話を聞き、把握に努めている。		
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。	日々の健康チェック、状態観察により、心身状態の把握に努めている。		
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。	介護支援専門員が中心となり、本人、家族、職員の意見を反映させ介護計画を作成している。又、月に1回はモニタリングを行い、本人にとってより良い支援ができるように努めている。	本人、家族、職員の意見を聞き介護支援専門員が中心になって介護計画をたてるようにしている。よりよい介護が出来るよう、モニタリングを毎月1回行っている。	
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。	日々個別記録に経過を記録している。又、ケア内容についても、この方法が良いと思ったことについては、職員が閲覧できるノートに記入し、情報の共有を図っている。		
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。	必要に応じて、他サービスの提供等行なっている。		
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。	町内会活動への参加、ボランティアに来ていただきお茶会を開いてもらう、近所のスーパーへ買い物に行く、近所の喫茶店に行く等し、安全に楽しく生活出来るように努力している。		
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。	受診については、入居時にどこにかかれるか確認はするが、現在往診してくださっているところにかかりつけ医となってもらっている。適宜、連携を図り適切な医療が受けられるように支援している。	かかりつけ医については本人の要望を聴くようにしているが、特に要望のない場合、現在往診して下さっているところで受診して貰うようにしている。2週間ごとに往診し、問診、投薬等適切な治療が受けられるよう配慮している。歯科についても訪問診療で対応している。	

グループホームきらら

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。	週に1回は訪問看護による健康チェックを受けている。その際職員より看護師に、利用者の状況を伝え、適切な医療・看護を受けられるように支援している。緊急時や、医療面での判断が難しいときは、適宜看護師に連絡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。	入院時には、必要な物品等があれば適宜持っていき、安心して治療ができるように支援している。随時、病院との連携を図るように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人・家族に入居の段階でも意向を確認するが、医師が終末期と判断があった段階で再度相談し、終末期ケアに取り組んでいる。実際に看取りも行った。	入居の際に、本人家族と重度化や終末期について話し合っているが、医師が終末期と判断された場合再度確認し対応するようにし、看取りも行った。	重度化や終末期のあり方について書面に置いて置かれることが望まれます。
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。	急変時の対応はできるようにしている。定期的な訓練まではできていないので取り組んでいきたい。		
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。	年に2回は定期的に避難訓練を行なっている。職員にも周知徹底を促している。災害時の協力について、となりの大家さん、町内会長にも協力依頼している。	年2回避難訓練を行っている。隣家の大家さん、町内会長にも協力をお願いし、職員には周知を図っている。	
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	言葉遣いについては、特に気をつけるように管理者より職員に伝えていることもあり、前回に比べ良くなっている。今後より良い言葉かけができるようにしていきたい。	言葉かけをする時、人格を尊重した言葉遣いをするよう日常的に管理者が職員に意識付けを行っている。介護にあたってプライバシーに配慮するよう全職員が気配りしている。	
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。	本人の思いや希望はしっかり聞き、自己決定できるように促していくように努めている。		
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。	職員の決まりや都合の部分もあるが、本人のペースに合わせ生活できるように日々支援している。		

グループホームきらら

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
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。	着替えの準備や整容等自分では難しい人には支援している。自ら化粧をされる方もおられる。必要に応じて、好きな衣類を買いにでかける事もある。		
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。	利用者の方にも、声かけを行いできる範囲で食事作りに参加してもらっている。食器の片付け等出来る方は、積極的にして下さっている。	食事は職員が当番で作り、一緒に食べ朝食、昼食、夕食の3食とも、検査係が味、量、硬さについて記録し美味しいものを提供するよう心掛けている。また、利用者には、もやしの根っこ取り、皮むき、後片付けなど一緒にして貰っている。誕生会、正月、お花見、敬老会など行事食を作ったり、2カ月に1回程度外出に出かけ楽しい食事が出るようにしている。	
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。	利用者の個々の状況に応じて、水分の促しや、食事の量等調整している。嚥下が難しい方には、キザミにする等食べやすいように対応している。		
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。	拒否される方もおられるが、毎食後声かけて歯磨きをしていただく、介助にて歯磨きをしていただくようにしている。		
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。	定期的トイレ誘導を行い排泄できるようにしている。落ち着かなくごかれる方には随時声をかけ、排泄介助を行なっている。	昼間はトイレ誘導し、オムツの方はいない。入院中オムツをしていた方も誘導により改善され、トイレでの排泄が可能になった。	
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。	水分補給を十分に行うこと、レクリエーションや体操に参加していただく事。介助が必要な方は、排便チェック表をつけ、排便コントロールを行なっている。		
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。	入浴日は決まっているが、時間帯の固定はなく、本人の状況に応じて入浴していただいている。	入浴は週3回にしている。様子を見て午前、午後の入浴になる。	
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。	日中でも眠たそうな様子の時には、寝ていただいたり、自由に居室に帰り休んでいただくようにしている。夜間も眠くなったときに、寝てもらうように努めている。		
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。	薬剤師による薬の管理も行っており、安全に服薬できるようにしている。服薬確認も行い、状態観察も常時行なっている。		

グループホームきらら

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
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。	買い物や散歩等希望者があれば、随時行くようにしている。又、病気による制限がなければ、自由におかしを食べてもらったり、時々ビールを飲んでもらったりもしている。又、日々のレクリエーションや、行事等も取り入れ気分転換を図っている。家事が好きな方には、洗		
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。	本人の希望により、買い物、散歩に行きたい場合は随時対応している。家族の協力にて外出(喫茶店に行く等)もしている利用者もいる。外出する機会を設ける為、外出行事も計画し取り組んでいる。	近所のお花屋さんへ毎週でかけたり、自販機でコーヒーを買うのを楽しみにしている利用者もある。家族にも援助して貰い、お花見や湯木の足湯、紅葉狩り、ドルミネーション、ヤマトミュージアム、植物園、土師ダムなど色々なところへ出かける。レンタカーを利用しサービスエリアなどトイレ事情も調べ、出来るだけ全員で行くようにしている。	
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。	お金については、原則、家族、職員で管理している。家族の了解と本人の希望があれば、使っていただけるように支援している。		
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。	本人自ら電話や手紙のやり取りの希望はないが、必要に応じて支援していく。年賀状を家族宛に送ることはしている。		
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。	食堂にはソファを置き、ゆっくり座って過ごせるようにしている。浴室についても丁度良い広さになっている。食堂も光が入り明るい空間になっている。トイレにはウォッシュレットがついており、清潔保持にも配慮している。季節に応じて掲示物をはり季節感をだしている。又、食卓には、花をかざっている。	食堂の採光は十分で明るく、ソファを置きゆっくりできるようにし、休養も出来るようにしている。食卓には花を掛け、玄関には季節に応じた掲示物を飾り(訪問時はクリスマスツリー)四季の移ろいを感じながら居心地良く暮らせるようにしている。	
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。	食堂にはソファが置いてあり、気の合った利用者同士で話ができるようになっている。		
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ものものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室に入る物であれば、今まで使っていた馴染みの身の回り品をもちこんでもらい、居心地よく生活できるようにしている。	家族の写真や置物など馴染みの身の回り品を持ち込み居心地良く過ごせるようにしている。	
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。	手すりや、スロープの設置を行い、自由に安全に生活できるようにしている。		

グループホームきらら

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。		ほぼ全ての利用者の 利用者の3分の2くらいの 利用者の3分の1くらいの 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		毎日ある 数日に1回程度ある たまにある 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族と 家族の3分の2くらいと 家族の3分の1くらいと ほとんどできていない

グループホームきらら

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		ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに 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		大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている		ほぼ全ての職員が 職員の3分の2くらいが 職員の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族等が 家族等の3分の2くらいが 家族等の3分の1くらいが ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームきらら

作成日 平成 23年 11月 14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	36	利用者に対する言葉がけも良くなってきているが、個人を尊重したケアを行う為にも、再度課題とする。	丁寧な言葉で利用者に接する事ができ、個人を尊重したケアができる。	きちんとした挨拶を行なう。言葉がけが雑にならないように、常時気をつけて利用者に接する。	3ヵ月
2	23	1人1人の意向についてまだ十分に把握できていない部分がある。	1人1人の意向を把握し、個別ケアの提供ができる。	各担当者が中心となり本人の意向を確認する。確認したことについては、介護支援専門員がまとめ実行する。	6ヵ月
3	20	馴染みの場所へ行く機会が持てていない。	馴染みの場所を確認し、できる範囲で行く機会をつくる。難しければ、その場所が解る取り組みを行なう。	馴染みの場所の確認、パンフレット等用いて懐かしんでもらう。近くであれば実行。家族との連携、協力。	1年
4	33	終末期ケアについて、実際看取りも行なったが、本人、家族にとってより良い終末期ができる必要あり。	看取りも含め、本人、家族の意向に沿った終末期を送ることができる。	本人、家族の意向の確認。随時意向の確認を行なう。医療との連携を図り終末期ケアに取り組む。	1年
5	4	現在推進会議にも様々な方が来てくださり、意見を下さっている。意見を反映し更なるサービス向上を図る。	運営推進会議を中心に地域との交流、サービスの質の向上へつなげることができる。	推進会議で積極的に意見をだしていただき、運営に反映させていく。	1年
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。