グループホームあおば

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	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。	グループホーム独自の運営方針を、事務室、スタッフルームに掲げ、理念の実現･実行して行くようにしている。	あおばの理念（ゆっくり、いっしょに、たのしく）を職員が共有し実践することを、日々の取り組みとしている。	
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。	自治会に加入し、地域の会合･行事･会議･活動へ参加し、交流を深めている。近所、近隣の方から花･果物･野菜等を頂くことが有り、近隣の方々の理解も日々深まっている。	ホーム開設当初より、自治会に加入し、地域の会合、行事、活動等に参加して交流を続けている。近隣の方々から、親しく声かけがされ、お花や、果物、野菜が届けられている。	
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、地域の会合･会議等の機会に、地域の高齢者等の悩みや、対応策を聞き、アドバイスをしている。		
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。	運営推進会議は2箇月毎に開催しており、利用者へのサービス、取り組みを報告し、意見を聞きながら今後のサービス向上に活かしている。	運営推進会議が2ヶ月に1回、団地の集会所で、市役所の職員、町内会長、民生委員、職員の参加で開かれ、グループホームの状況報告、市役所からは認定調査について、地域の方からは介護体験、認知症新薬についての質疑があり、参加者の多くの意見を聞き、サービスの向上に活かされている。	
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。	廿日市市役所、廿日市市役所大野支所とも連絡を取り合っており、市主催の研修にも参加している。	市役所からは、毎回出席はないが、出席された時は、介護保険制度の情報の提供がある。市が主催している研修には参加される。	
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。	「身体拘束廃止に関する指針」を定め、ホーム内研修を行うことで職員の理解を深めるように努力している。。	全員ミーティングで、あおばの身体拘束のない指針に基づいて、研修が行われている。また利用者が落ち着くケアがされ、玄関と後部への庭への出入は、自由に開放されている。	
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注意を払い，防止に努めている。	グループホーム職員研修、グループホーム交流会等に参加し、虐待防止･身体拘束の防止に向けた意識の向上に取り組んでいる。		

グループホームあおば

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支援している。	地域福祉権利擁護事業や後見人制度について学ぶ機会はないが、制度についての理解はしている。現在、入居者には家族がおられるため制度を利用されている入居者はいない。		
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。	契約の締結、解約については、入居時に理解されるよう説明し、解約時においても納得されている。		
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。	「ご意見承り箱」を玄関に設け、意見･不満･苦情等を伺うように設置している。また、伺った意見･要望への対応についても定めている。	日頃から家族の苦情、要望を聞くように努めて対応されている。	
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。	スタッフ全員によるミーティングを開催し、運営に関する意見、提案を検討する機会を設けている。	ミーティングでは各自の意見、提案があり、記録されて、全員で共有し、運営に反映される。（寒くなってきたので、髪をきちんと乾かしてあげるように気をつける。勤務中はなるべく利用者の側にいて話しかける。）	
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。	管理者や職員の意見を尊重し、出来ることについては摂りいれている。また、勤務状況にも気を配り、時間外労働手当て等についても漏れなく支給している。		
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。	各種研修の受講を受け、日常生活の世話、機能訓練を行うようスタッフを育てている。		
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。	定期的に開催される「グループホーム交流会」に参加し、同業者との意見交流、勉強会等を行い、サービスの質の向上ができるよう取り組んでいる。		

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
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。	入居時に、本人の希望、家族の希望をよく聞き、入居後における不安、困ったことを聞く機会を作り、ケアプランにも採り入れ対応している。		
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。	家族が気軽に訪問でき、グループホームのスタッフとの信頼関係ができるよう、生活の様子や健康状態を常に報告している。		
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。	入居者と家族の要望を聞き、他のサービスを希望される方には、受診等希望に添えるように努力している。		
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。	食事作りや家事、作業などを一緒に行うことでコミュニケーションを図るようにしている。		
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。	家族と連絡を取り、また面会時に話し合い、支えて行く関係を築いている。		
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。	馴染みの人との関係意地のため、面会時には一緒に居室でお茶を飲んで頂いたり、外出の支援もしている。	面会には家族の方、学校の先生をされていた方の、生徒さんの訪問、近所の方の訪問があり、馴染みの方の関係が途切れない支援がされる。	
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。	このところコミュニケーションが難しくなった入居者の孤立が目立つ、入居者同士がより良い関係を築けるようコミュニケーションのきっかけを作ったり、関係が壊れないように努める必要性を感じる。		
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。	退去後においても出来る限りの支援をするため、面会等を行っている。しかし、徐々に疎遠になっている。		

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
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。	本人から聴き取れる場合は、直接本人から希望や意向を聴くようにしている。また、日常の会話からも本人がどのような希望や意向を持っているのかを推し測るようにしている。聴き取りが困難な場合も態度や仕草から思いを感じ取るよう努力している。	利用者の思いに関心を寄せ、日頃の生活の中での言葉、しぐさ、等をくみ取り、ふれあいの中から思いを察し、対応され、支援されている。	
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。	入居時に詳しくモニタリングしている。また入居後もなるべく本人、家族から情報を得て本人のこれまでの暮らしを把握するようにしている。		
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。	日々の状態を詳しくケア記録に記入するようにしている。また、スタッフが日常で気付いたことをミーティングやけあカンファレンスで話し合うことで複数の視点から総合的に把握するようにしている。		
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。	定期的なモニタリングにより本人、家族と話し合いながら介護計画を見直している。また、スタッフミーティングの場でスタッフ全員でカンファレンスを行うことでなるべく多くの人の意見やアイデアを介護計画に反映させるようにしている。	計画書はスタッフミーティングの時、全員のカンフアレンスにより、各自職員が検討され、全員で共有されたものが出来て、それをケアマネによってまとめられる。	
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。	一人ひとりのケア記録を作成して日々の様子など詳しく記録するようにしている。また、気付きや工夫などはカンファレンスノートに記入することで情報を共有し実践や介護計画に活かすようにしている。		
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。	現状では多機能性は備えていない。今後ニーズが高まれば検討したい。		
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。	徘徊のある方は本人や家族等の了解を得て地域の「ＳＯＳネットワーク」に登録するなどして、地域機関と協力しながら支援している。また、地域の老人会の会合への参加、ハーモニカ演奏、手品、など地域の方のボランティアにも支えられている。		
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。	入居時に、本人の及び家族と話し、希望を聞き、出来る限りの希望医療が受けられるよう支援している。	かかりつけ医による定期的受診をされ、利用者の希望で2名は、以前からの、かかりつけ医で受診されている。受診の際は職員が支援されている。定期受診を受ける以外は、家族に連絡をされている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価 実施状況	外部評価 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。	心身の変化等があった場合、気楽に相談できる提携医療機関があり、医師、看護職にも相談しながら対応している。		
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。	入院治療となられた場合には、主治医との連携を密にして、早期退院に向けた情報交換を行っている。		
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。	重度化した場合や終末期のあり方については、主治医及び家族との話し合いを持つようにしている。	入居前には医療連携体制を、家族としっかり話し合い状態に変化あった時、提携病院の医師と相談のうえで、医療行為が必要になった場合、医師の指示を受けて、対応される。	
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。	研修や訓練を受けている職員もいるが、まだ受けていない職員もいる。		
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。	避難誘導訓練を実施することで、職員が災害時の避難方法を身につけられるように努力するとともに、地域の協力も得られるよう働きかけている。また、消火器･長椅子についても町内会に登録し、非常時には、いつでも使用できるようにしている。	ホーム独自に（あおばの消防計画書）をつくられ、それに基づいて、防災管理、業務に必要な事項を定め、火災、震災の防止に努められている。年2回の消防訓練が行われ、近隣の方と連携して取り組まれている。	非常災害時の避難誘導等も、近隣の方々から協力を得られていることは特記したい。
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。	当ホームでは「親しみやすい言葉かけ」を重視しており、人格を尊重しながら「～ちゃん」と呼ぶことも認めている。	職員は一人ひとりの生活歴を尊重し、言葉掛がされている。	
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。	一人ひとりが自己表現できるように、本人を中心としたケアプランを作成するように努力している。		
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。	大まかな一日の流れはあるが、なるべく一人ひとりの意思や希望に添って、その日をどのように過ごすかを決めている。		

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
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。	本人の希望に応じて、援助している。		
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，利用者と職員が一緒に準備や食事，片付けをしている。	出来る方には料理の下ごしらえや配膳、下膳を手伝って頂いている。	年間の行事食（ひな祭り、花見、七夕、敬老会、クリスマス、おせち、誕生会）も多く、その時の行事におやつや、料理が作られる。利用者と職員は一緒にできる事をされて生活の関係づくりがされている。	
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。	食事や水分摂取量を記録して一人ひとりの状態をはあくするようにしている。一人ひとりの好みや習慣、希望に応じて個別に食事や飲み物を提供するなどして栄養、水分の摂取を支援している。		
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。	一人ひとりの能力に応じて声を掛けたり、介助したりしている。起床後と寝る前には適切に行っているが、毎食後に必ず行っているわけではない。食後ではないが日中も外出やトイレの後にはうがいをしてもらっている。		
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。	失禁のある方も紙パンツや尿取りパットのみで対応するようにしている。また、定時のトイレ誘導ではなく、一人ひとりの排泄パターンにあった援助を心掛けている。	排便については一人ひとりの状態に応じ、時間、量を医師と連絡を取り、下剤の調節、管理がされています。	
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。	普段より食物繊維の多い食物を献立に入れるようにしたり、水分摂取や運動を働きかけたりして手助けしている。また入居者の排便の状況を記録しており、必要に応じてセンナ茶を提供したり服薬の補助をしている。		
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，個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日と入浴時間は概ね決められている。夏季は週3回、冬季は週2回	高齢化により入浴を拒まれる方もあり、できるだけ入浴されるよう、工夫され、原則的には夏は3回冬は2回と決め、清潔保持に努められる。	
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。	自分で移動できない方は、様子を伺いながら適宜に居室やソファーへ誘導するようにしている。		
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。	入居者が飲んでいる薬の詳細な情報は一人ひとりのケアファイルの1番上にわかりやすくファイルしており、職員はいつでも確認することができる。また、常備している頓服薬なども用法を間違うことのないように詳細な情報を添えて保管するようにしている。		

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
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。	花の手入れ、生け花、菜園での野菜作り等、入居者が自分で役割を持てるように支援している。また、体操や塗り絵等のレクリェーションを提供している。		
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。	ご家族の協力があれば、散歩や買い物、屋外での活動ができるように支援している。	外食に出かけ回転寿司を食べたり、もみじ饅頭の工場に見学に行かれたり、気晴らしの支援がされている。季節に合わせ、気候の良い日にでかけられている	
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。	一人ひとりの能力に応じて所持する金額や保管する場所を決めるようにしている。また、買い物の相談などにも応じている。		
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。	本人宛の手紙は直接渡すようにしている。必要に応じて、手紙の内容を理解することが難しい方への説明や手紙を書いたり、出したりするときの援助をしている。自分で電話することが難しい場合は状況に応じて援助している。		
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。	共用の生活空間が違和感や威圧感を感じさせず、家庭的な雰囲気を有するよう配慮しており、調度や設備･物品･装飾にも家庭的な雰囲気を出すよう心掛けている。また玄関周りや建物の周囲に花を植えたり、室内に花を飾るなど季節感を採り入れるように心がけている。	キッチンとリビングは、出入りが自由に行き来ができ、家庭的雰囲気で、職員との会話が自由に楽しまれている。ソファーでは新聞を読む方、テレビを見る方、それぞれゆったりと過ごされている。	
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。	職員がリビングの座席を指定して名前を貼ったりせずに入居者が自由に思い思いの場所ですごせるようにしている。またリビングの片隅にソファーを置いたり、廊下や洗面所にもイスをおいたりして気軽に独りで休憩できるように配慮している。		
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。	備品や持ち物は安全上問題がない範囲で、なるべく本人が使い慣れたものを継続して使用できるように対応している。	安心してくつろげる配慮がされ、今までの使い慣れた身の回りの物が、持ち込まれています。	
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。	できるだけ安全に自立した生活が送れるように浴室やトイレを改修したり、手摺りや滑り止めを設置したりしている。また一人ひとりの状態に合わせて家具、備品の配置や室内の改良などにも配慮して自分でわかりやすいように配慮している。		

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，その時々の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，活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　グループホームあおば

作成日　　平成　24年　1月　12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組み内容	目標達成に要する期間
1	55	歩行時の転倒防止	転倒を防止する	歩行時はできる限り見守り、介助を行う	必要に応じ
2	46	夜間の建物内徘徊がある	夜間良眠をしていただく	医療機関との連携により、処方薬を使用	必要に応じ
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。