

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1493300030
法人名	有限会社 優心会
事業所名	グループホーム あかり
訪問調査日	平成24年2月14日
評価確定日	平成24年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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	1493300030	事業の開始年月日	平成19年2月1日
		指定年月日	平成19年2月1日
法人名	有限会社 優心会		
事業所名	グループホーム あかり		
所在地	(〒226-0021) 横浜市緑区北八朔町1106番地2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成24・12・28	評価結果 市町村受理日	平成24年4月14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	
----------	--

【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"> ・自立支援 ・その人らしさのある生活 ・地域、家族とのつながり

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名			
所在地			
訪問調査日	平成24年2月14日	評価機関 評価決定日	平成24年3月31日

【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>①グループホームあかりは、有限会社 優心会の運営である。優心会は先発のグループホーム「サロン・ド・せや」（瀬谷区）及び後発の小規模多機能型居宅介護施設「六丁目のつどい」それにこのグループホーム「あかり」を運営している。「あかり」は東急田園都市線青葉台駅よりバスで約10分の閑静な住宅街にあり、ホームの周辺には小鳥のさえずりが聞こえる造園林があり、更に、木々の狭間から青葉台の町並みが眺望できる恵まれた環境にあり、入居者はこの環境の中で散歩を楽しんでいる。ホームの理念は「家庭的雰囲気の中で、穏やかにその人が持つ能力を發揮しつつ、その人らしく地域に生きる自立支援を心がけ、地域住民との交流を図る」としており、これの実現を図るべく、職員は常に理念をネームケースに入れて携帯し、毎朝礼時に唱和し、職員間で共有を図り、介護時に悩み迷いが生じた時などには理念に立ち戻り、日々のケアに実践している。</p> <p>②自治会に加入し、地域の祭り、敬老会、運動会、流しソーメン等への参加に加え、地域の避難訓練にも参加し、日々の散歩時には、行き交う方に声をかけて挨拶を交わす等、日頃の活動の中からホームを知って頂くよう努めている。また、ホーム独自の行事も企画し、昨年の「あかりフェスティバル」では、自治会の協力も得て、流しソーメン朝市などを行い好評を得、近くのグループホームの方なども来て頂いた。神奈川県主催するリーダー研修、実践者研修、開設者研修の研修生の受け入れも行っている。</p> <p>③介護の内容については、基本的には自立を促す方針であり、本人を誘い、ADL維持の為に出来ることは自分自身でやって頂くと共に、レクリエーションの充実を図るよう進めている。レクリエーションの充実と共に外出の機会を増やしたいと考えており、個人差の問題も考慮しながら画一的ではなく、「やりたいことがやれる」体制を検討している。お買い物は好きな方が多いので、レベルの同じ程度の方を組み合わせるレベルに合った外出をする、お買物の日を決める、自治会館のカレーサロンに参加する（職員は作る側での参加もする）等、外出の機会を出来るだけ増やして行きたいと考えている。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム あかり
ユニット名	1F

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。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3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。 (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
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
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
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
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
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。 (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

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。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			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。 (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. 全くいない
66	職員は、活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
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
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
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	家庭的雰囲気の中で、穏やかにその人が持つ能力を發揮しつつ、その人らしく自立支援を心がけ、地域住民との交流をはかる。 入職時の理念の共有、各スタッフの「理念」の所持、職員会議時理念の共有確認。 玄関に掲示	「家庭的雰囲気の中で、穏やかにその人が持つ能力を發揮しつつ、その人らしく地域の一員として自立支援を心がけ地域住民との交流をはかる」をホームの理念とし、入職時に理念を説明、共有し、玄関に掲示すると共に、印刷された理念を全職員が常に携帯し、毎朝礼時に唱和し、共有認識を図り、介護時に悩み、迷いが生じた時等に、理念を読み返して日々のケアで実践している。	今後の継続
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	自治会加入 散歩時地域住民の人と挨拶の交流 地域の一員として催しに参加 夏祭り・花見会・敬老会 避難訓練参加(夜間想定地域との避難訓練) ホームの開放 見学者歓迎	自治会に加入し、地域の祭りや盆踊り、花見会、敬老会などに加え地域の防災訓練にも参加し、交流をしている。また、入居者の散歩時にはこちらから声をかけて挨拶をし、笑顔でのお返しを受けてホームを知ってもらっている。更にホームではボランティアの受け入れと、見学会などを計画し、開放している。毎年実施している「あかりフェスティバル」はご近所の方をお招きし、流しソーメンなど盛大に行っている。今年では丸5周年に当るのでより盛大なものにしたいと考えている。	今後の継続
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	地域の方々への開放 緊急の困り事に協力体制 キャラバンメイトとしての活動見学者に対しての認知症教室を行っている。 ボランティアの受入		
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	ホームの内容の把握 利用者・スタッフ等外部評価、行事の声掛け 緊急時の自治会連絡会 消防班の協力体制 横断歩道のお願ひ 地域の方々との夜間想定避難訓練	運営推進会議は2ヶ月に1回、自治会長、事務局長、保健衛生委員長、老人会々長、民生委員、包括支援センター職員、家族、事業所管理者、職員のメンバーで開催し、ホームの状況、今後の行事計画を報告し、参加者から意見や提案などを頂いている。入居者の希望に沿えるボランティアの要請や災害時協力のお願ひをして、会議の結果は議事録で職員間の共有を図っている。防災については緊急時の自治会連絡会、消防班の協力体制、夜間想定訓練など話し合っている。	今後の継続
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	市・区の会合に出席 高齢者支援担当への情報提供現場の立場から、地域ぐるみの取り組み協力。	横浜市のグループホーム連絡会に加入し、会議には出席している。緑区の5つのグループホームが集まり「より良い連携」についての連絡会を2ヶ月に1回程度開催し、意見交換を行い、区役所、ケアプラザからの情報を収集し、研修情報等も得て職員が参加している。加えて高齢者支援担当へ現場の立場から情報の提供も行っている。また、地域ぐるみの取り組みへの協力(含むキャラバンメイトのサポート)も行っている。	今後の継続

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	身体拘束は、ホーム全体として絶対に行わない。 日頃の指導より確認を行う 職場の回覧等で全体意識の向上、 施錠は物騒なため夜間のみ行う。 日中は開放 職場内研修	身体拘束については、職員がその弊害を充分理解し、ホーム全体として絶対に行わない方針であり、研修も行っている。玄関の施錠は見守りと寄り添いで対応する事で施錠はしていない。但し、夜間は防犯上、家族の了解を得て施錠をしている。職員の研修については、職場内研修の充実を図り、職場の回覧等で全体意識の向上と日頃の指導を行うようにしている。	今後の継続
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	虐待絶対禁止 虐待防止法の資料の職場回覧、掲示 虐待の実例を会議等で指導 入浴時の身体観察、言葉遣いの徹底 職場内研修		
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	成年後見制度等の説明、成年後見制度の資料回覧 研修会の参加を勧めている。 成年後見制度のパンフ掲示 職場内研修		
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	契約時は丁寧に内容説明し、納得の行くまで説明する。 スタッフも全て理解し、説明出来るように指示している。 契約書・重要事項説明書の、解説説明会の勉強会を行っている。		
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	ご意見ノートを設けている ご意見や、苦情に対するマニュアル作成。 来訪時、家族と必ず話し合いをする。 ユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告	家族の意見の反映は運営推進会議や家族会での意見及び家族の来所時に意見、要望を聴くようにしている。 ご意見ノートを設け、意見を記入し、カンファレンスで検討の上、運営に反映させ、結果は家族に報告している。ご意見や、苦情に対するマニュアルを作成している。利用者の意見については、日々のケアの中で吸い上げ、実現可能なものについては即実現するよう努めている。	今後の継続

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	全体会議等で意見交換や、スタッフの声を反映している。 スタッフからの議題の提供、司会 スタッフ対管理者の面談有り 2ヶ月に1回懇談会 利用者の声の代弁	職員の意見は主に2ヶ月に1度の全体ミーティング等で提案として意見を出してもらい、反映できるよう努めている。面接・面談は申込み制で、最低でも年1回、管理者と職員の間で行っている。面談会以外でも時折のお茶や食事会などを通じて、気軽に話し合える関係が築かれていて、意見要望などを聴いて運営に反映している。	今後の継続
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	昇給・資格手当・年末始奨励金支給・夏冬賞与・夜勤手当 健康診断(年2回) 夏冬休み 研修等への声掛けや、希望を募る。		
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	グループホーム連絡会加入 グループホーム相互研修 研修への勧め 勉強会		
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	連絡会のつながり良好関係、 相互研修、情報交換 ブロック会参加		
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	個々の要望を、できるだけ叶える。 困っている事、不安な事を本人と話したり、様子観察して行く中から察知し、本人との関係を作って行く。		

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	家族の労を労い、家族の困っている事、要望に耳を傾ける機会を作る。 来訪時や電話でも話せる環境、関係作りを行っている。 福祉資源の提供		
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	家族の希望する内容をしっかりとらえて、何を求めているのか見極めて的確なケアにつなげている。 相談役、他の福祉資源の提供		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	家族的、家庭的な暮らしの中で人生の先輩として色々な事を教わったり、聞いたりして家族同様の雰囲気作りを行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	家族とは、何でも話せる環境作り、家族関係の大切さを支援して行く。 家族の一員として、一緒に支え合って行く。		
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	鏡台・ダンス・仏壇の持ち込み 友人らの連絡、訪問歓迎 会いたい人に多く会える機会を作る 行きたい所へ、叶えてあげる 本人の安心感を支援	これまでの本人とかかわりの場所や人間関係を把握し、これまでの関わりを維持する為、友人との連絡や訪問を歓迎し、会いたい人に多く会える機会を作り、行きたい所へ行く望みを叶えてあげるなど支援している。ホーム内に於いては馴染みの鏡台・ダンス・仏壇の持ち込みを含めて本人の安心感を支援している。特に、ここを第2の我が家として暮らせるようご近所との関係を大切にしている。	今後の継続

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	テーブルの席を定期的に交換 散歩・掃除を共同作業 仲間としての交流として、ディスカッションを行っている。		
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	入院したら、お見舞いやご家族へ電話で伺う。 いつでも相談に乗ることを話しておく 他施設への訪問		
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。	日常の話の中から、本人の思いや希望を探る。 C-1-2アセスメントで、本人の望みやしたいことを把握する。 本人主体のケアプランを作成 一人一人と話をしている中で、本人の思い、希望を知る。	意思表示が出来る入居者には、日頃の会話を通じて直接聴いて意向の把握を行っている。しかし、意思表示が難しい入居者には、寄り添いで表情や行動から汲み取るようにし、又、家族からの情報や生活歴で、一人ひとりの思いや意向を確認するようにしている。センター方式のC-1-2アセスメントで、本人の望みやしたいことを把握し、本人主体のケアプランを作成するようにしている。	今後の継続
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	家族から生活歴、馴染みの地、友人をセンター方式のシートを埋めつつ把握する。		
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	様子観察(行動・言動) ケアプラン 経過記録 日常生活の話し言葉の観察		

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	日頃の支援の中で、様子観察・経過記録を通してアセスメント・モニタリング・ケアカンファレンスを行い、家族への声も頂きプラン作成をする。 本人主体のケアプラン作成 その人に合った介護計画の作成を、全員で作っている。	介護計画は3ヶ月サイクルで見直している。見直しは居室担当が様子観察・経過記録を通してのモニタリングに沿ってアセスメント素案を作成し、家族への声も頂きケアカンファレンスを行い、一人ひとりに適した本人主体のケアプラン作成している。ケアプランは1ヶ月間の経過を確認し、課題・問題があるときは、管理者が宿題を提起し、3ヶ月しても課題・問題が解消しない場合には次期ケアプランに反映するようにしている。	今後の継続
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	経過記録から気づき、変化を知る。 ADL・課題シートをアセスメントにしよう 月1～2回ケース会議 ミニカンファレンスは毎日		
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	本人の希望、家族要望に出来るだけ支援できるよう、多機能的に取り組んでいる。 行政・医療・買い物・ドライブ・コーヒー店		
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	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 将棋ボランティア・絵手紙ボランティア		
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、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	月4回内科・歯科往診、家族の希望で かかりつけ医との連絡・情報交換 夜間・緊急時の支援	本人、家族の意見を尊重し希望の医療機関を決めている。協力医療機関は横浜新緑総合病院、山王クリニック。さいとうクリニック。(外科・内科)であり、近所のさいとうクリニックへは通院、山王クリニックは往診に来て頂いている。歯科は若葉台歯科医院の往診がある。ご家族が通院している主治医とは連絡・情報交換を密にしている。現状、医療連携は取っていないが取る予定にしている。	今後の継続

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	協力医療機の担当Dr・看護師さんに相談し、緊急時には来所して下さる。		
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。	医療機関の担当Dr・看護師さん・相談員とは情報交換を密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。		
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、事業所です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	往診医・主治医と協力 医療機関とはいつも情報交換を行い、重度化・終末期のあり方等について本人や家族とは十分に話し合いをしている。スタッフも十分に話し合い、共有の支援を行う。	重度化・終末期のあり方等については、往診医・主治医との協力体制は確立している。重度化・終末期にさしかかった時には医師を交えて話し合い、方向性を決めるようにしている。往診医は終末期ケアをして頂ける先生で、本人や家族とは十分に話し合い、スタッフとも支援について十分に話し合い方向性に沿ったケアを実施している。	今後の継続
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 救急方法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用方法		
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	避難訓練 年2回(昼夜) 地域の緊急連絡の方法、避難用の毛布、応急箱の設置。 地域住民参加訓練 炊き出し訓練 自火報器設置・スプリンクラー設置	避難訓練は定期的に年2回、昼夜を想定して実施し、所轄消防署に報告している。又、マニュアルに沿って地域の緊急連絡の方法などを含めた研修も行っている。地域の防災訓練にも参加し、緊急時の協力を依頼している。設備として自火報器設置・スプリンクラー設置に加え、東日本大震災以降は非常食料(水、お米、缶詰等)、備品(懐中電灯、ランタン等)の備蓄も整えている。	今後の継続

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	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わない。 個人情報の取り扱い厳守 個人情報についての研修(職場内)	個々の人格を尊重し、その人の能力が発揮出来るよう支援している。その人の尊厳を守り、人格を損ねるような言動・行動を行わないよう努めている。プライバシーの確保については個人情報の取り扱いに充分注意し、守秘厳守を心がけている。個人情報については職場内研修を重ねている。	今後の継続
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	食事の献立は本人達の希望を聞く レクリエーションも、本人がやるやらないを決める。 本人が決定出来る様に、本人の声が出ることを待つ。 1人1人のペースを尊重する。		
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	散歩も一緒に行くのが嫌な人は、次の機会を作る。 本人が希望しない事はしない 本人のペースに合わせた暮らしを支援する		
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	おしゃれを勧める その人に合った髪型 着替えも本人が選ぶ 鏡を見て頂く 行事、外出時は化粧を勧める 洋服・下着、本人と一緒に買い物をする		
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	好みを聞き、近づけるようスタッフと一緒に献立を考える。 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳 →自立支援	食事は利用者の希望を尊重し、自分たちでメニューを決め、利用者と一緒に買い物に行き提供している。買い物には1F、2F一緒に行くがメニューはそれぞれである。メニューは利用者の好みを聞き、近づけるようスタッフと一緒に献立を考えている。利用者には調理、盛り付けの手伝い、食事の準備、配膳下膳など手伝ってもらい、自立支援を心がけている。	今後の継続

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	1日1400～1500kcal塩分控えめ 水分摂取の見守り 栄養は1日全体としてとらえる		
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	食後の口腔ケアの支援 義歯のポリデント 月2回歯科医の往診		
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	排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンを知る。 それによって声掛けの機会を知る。 リハパンの使用はあまり勧めない SOSの早期発見 自信回復	「排泄チェック表」により一人ひとりの排泄パターンを全職員で把握し、時間を見計らったトイレ誘導で適切な支援を行っている。排泄行動の自立支援を心がけている。自立する事で、オムツの使用量を減らし、リハパンの使用を遅らせ、自立を維持出来ることによる自信回復を目指している。夜間においても、睡眠時間の関係も考慮に入れて、声かけを原則として支援している。	今後の継続
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	排便・尿のチェック、排便の量のデータを取る 排便が3日間無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫 1日果物・野菜・水分を摂取		
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	本人の意思確認してから入浴となり、順番はあるけれど本人の都合で前後する。 無理強いはない 拒否の場合も時過ぎて声掛けするとか、スタッフの変更をする。	入浴については、本人の意思確認してから入浴して頂いており、一応、順番は決めてあるものの本人の都合で柔軟に対応するようにしている。無理強いはないで、誘い方をいろいろ工夫して対応している。例えば、拒否の場合も、少し時間が経ってから声掛けするとか、スタッフの変更をするとかである。1F、2Fともリフトが設置されているは、現状では1Fのみリフトを使用する利用者がいる。	今後の継続

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に応じた、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	昼寝励行 下肢血流防止 就寝・起床もゆったりしている 本人の希望を支持している 夜間眠れないときには添寝やスタッフと話したり、水分摂取を支援し、不眠のデータを取る。 室温調節		
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	服薬管理 1人1人の用量・副作用や変更があった場合は記録し、必読。 必ず手渡し、服用の確認。 薬分けは必ず2人スタッフで行う		
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	畑仕事が好きな人は好きに外に出て手入れをしているし、将棋の好きな人はボランティアの方に来て頂いている。 1人1人の好み、楽しみを把握し無理強いはない。		
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	悪天候以外は、毎日散歩や日向ぼっこを行っている。 希望で買い物ツアーやコーヒーを飲みに出したり、墓参りやドライブをしている。 気分転換 社会性の保持	気分転換や社会性の保持のため、外出は悪天候の日以外は、毎日散歩や日向ぼっこを行っている。散歩は細い、車の通らない路を選んで里山を歩いている。希望で買い物ツアーやコーヒーを飲みに出したり、ドライブで墓参り、公園などに行っている。ドライブの範囲は往復1～2時間程度を目安にしている。年1～2回は遠足を実施するようにしている。	今後の継続
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	買い物ツアーや外食会では、自分の物(衣料・小物等・オヤツ)は自分の財布から支払いし、社会性を支援している。		

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	暑中見舞い、年賀状は本人手作り。 家族からの電話をとっても支援している。 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し	/	
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	室温・臭い・照明に配慮 トイレ・洗面所は1日何回の清掃 季節の花、歳時記で季節感を味わってもらう ちぎり絵等で、季節を知る	玄関、階段、トイレ、風呂、全てに掃除が行き届き、異音、異臭なども無く、採光も良く、キッチン続きの食堂兼居間には空調管理も施され、入居者が思い思いに過ごせる様になっている。四季折々の入居者が作った作品の「ちぎり絵」、季節の花、歳時記に加え暮らしのわかるスナップ写真も貼られ、家族の来訪時には話題作りとして利用されるなど、寛げる空間作りがされている。トイレ・洗面所は1日に何回も清掃を行い清潔には充分気を配っている。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを作っている。 又、ベンチで好き同士話をしたり、ソファで話し合ったりしている。 部屋への行き来は自由である	/	
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	本人や家族と相談し、本人の好みの絵やダンス・仏壇・写真等を置き、居心地の良い環境作りを行っている その人らしい部屋作り	入居者各人の部屋には使い慣れた思い出の品が持ち込んで頂いている。本人の好みの絵やダンス・仏壇・写真等を置き、その人らしい部屋作り、居心地の良い環境作りを行っている。	今後の継続
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	バリアフリー作り、廊下の手すり・ドアは引き戸、履物はかかとのある物 個々の力の発揮として、調理手伝いや郵便物を取ってくる人、洗濯たみの人、買い物手伝い、配膳下膳の自立支援を行っている。	/	

事業所名	グループホーム あかり
ユニット名	2F

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。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3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。 (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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			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。 (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. 全くいない
66	職員は、活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
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
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
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	家庭的雰囲気の中で、穏やかにその人が持つ能力を発揮しつつ、その人らしく自立支援を心がけ、地域住民との交流をはかる。 入職時の理念の共有、各スタッフの「理念」の所持、職員会議時理念の共有確認。 玄関に掲示		
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	自治会加入 散歩時地域住民の人と挨拶の交流 地域の一員として催しに参加 夏祭り・花見会・敬老会 避難訓練参加(夜間想定地域との避難訓練) ホームの開放 見学者歓迎		
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	地域の方々への開放 緊急の困り事に協力体制 キャラバンメイトとしての活動見学者に対しての認知症教室を行っている。 ボランティアの受入		
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	ホームの内容の把握 利用者・スタッフ等外部評価、行事の声掛け 緊急時の自治会連絡会 消防班の協力体制 横断歩道のお願い 地域の方々との夜間想定避難訓練		
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	市・区の会合に出席 高齢者支援担当への情報提供現場の立場から、地域ぐるみの取り組み協力。		

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	身体拘束は、ホーム全体として絶対に行わない。 日頃の指導より確認を行う 職場の回覧等で全体意識の向上、 施錠は物騒なため夜間のみ行う。 日中は開放 職場内研修		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待絶対禁止 虐待防止法の資料の職場回覧、掲示 虐待の実例を会議等で指導 入浴時の身体観察、言葉遣いの徹底 職場内研修		
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	成年後見制度等の説明、成年後見制度の資料回覧 研修会の参加を勧めている。 成年後見制度のパンフ掲示 職場内研修		
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	契約時は丁寧に内容説明し、納得の行くまで説明する。 スタッフも全て理解し、説明出来るように指示している。 契約書・重要事項説明書の、解説説明会の勉強会を行っている。		
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	ご意見ノートを設けている ご意見や、苦情に対するマニュアル作成。 来訪時、家族と必ず話し合いをする。 ユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告		

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	全体会議等で意見交換や、スタッフの声を反映している。 スタッフからの議題の提供、司会 スタッフ対管理者の面談有り 2ヶ月に1回懇談会 利用者の声の代弁		
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	昇給・資格手当・年末始奨励金支給・ 夏冬賞与・夜勤手当 健康診断(年2回) 夏冬休み 研修等のへの声掛けや、希望を募る。		
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	グループホーム連絡会加入 グループホーム相互研修 研修への勧め 勉強会		
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	連絡会のつながり良好関係、 相互研修、情報交換 ブロック会参加		
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	個々の要望を、できるだけ叶える。 困っている事、不安な事を本人と話したり、様子観察して行く中から察知し、本人との関係を作って行く。		

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	家族の労を労い、家族の困っている事、要望に耳を傾ける機会を作る。 来訪時や電話でも話せる環境、関係作りを行っている。 福祉資源の提供		
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	家族の希望する内容をしっかりとらえて、何を求めているのか見極めて的確なケアにつなげている。 相談役、他の福祉資源の提供		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	家族的、家庭的な暮らしの中で人生の先輩として色々な事を教わったり、聞いたりして家族同様の雰囲気作りを行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	家族とは、何でも話せる環境作り、家族関係の大切さを支援して行く。 家族の一員として、一緒に支え合って行く。		
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	鏡台・ダンス・仏壇の持ち込み 友人らの連絡、訪問歓迎 会いたい人に多く会える機会を作る 行きたい所へ、叶えてあげる 本人の安心感を支援		

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	テーブルの席を定期的に交換 散歩・掃除を共同作業 仲間としての交流として、ディスカッションを行っている。		
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	入院したら、お見舞いやご家族へ電話で伺う。 いつでも相談に乗ることを話しておく 他施設への訪問		
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。	日常の話の中から、本人の思いや希望を探る。 C-1-2アセスメントで、本人の望みやしたいことを把握する。 本人主体のケアプランを作成 一人一人と話をして行く中で、本人の思い、希望を知る。		
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	家族から生活歴、馴染みの地、友人をセンター方式のシートを埋めつつ把握する。		
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	様子観察(行動・言動) ケアプラン 経過記録 日常生活の話し言葉の観察		

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	日頃の支援の中で、様子観察・経過記録を通してアセスメント・モニタリング・ケアカンファレンスを行い、家族への声も頂きプラン作成をする。 本人主体のケアプラン作成 その人に合った介護計画の作成を、全員で作っている。		
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	経過記録から気づき、変化を知る。 ADL・課題シートをアセスメントにしよう 月1～2回ケース会議 ミニカンファレンスは毎日		
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	本人の希望、家族要望に出来るだけ支援できるよう、多機能的に取り組んでいる。 行政・医療・買い物・ドライブ・コーヒー店		
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	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 将棋ボランティア・絵手紙ボランティア		
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、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	月4回内科・歯科往診、家族の希望で かかりつけ医との連絡・情報交換 夜間・緊急時の支援		

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	協力医療機の担当Dr・看護師さんに相談し、緊急時には来所して下さる。		
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。	医療機関の担当Dr・看護師さん・相談員とは情報交換を密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。		
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	往診医・主治医と協力 医療機関とはいつも情報交換を行い、重度化・終末期のあり方等について本人や家族とは十分に話し合いをしている。スタッフも十分に話し合い、共有の支援を行う。		
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 救急方法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用法		
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	避難訓練 年2回(昼夜) 地域の緊急連絡の方法、避難用の毛布、応急箱の設置。 地域住民参加訓練 炊き出し訓練 自火報器設置・スプリンクラー設置		

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	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わない。 個人情報の取り扱い厳守 個人情報についての研修(職場内)		
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	食事の献立は本人達の希望を聞く レクリエーションも、本人がやるやらないを決める。 本人が決定出来る様に、本人の声が出ることを待つ。 1人1人のペースを尊重する。		
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	散歩も一緒に行くのが嫌な人は、次の機会を作る。 本人が希望しない事はしない 本人のペースに合わせた暮らしを支援する		
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	おしゃれを勧める その人に合った髪型 着替えも本人が選ぶ 鏡を見て頂く 行事、外出時は化粧を勧める 洋服・下着、本人と一緒に買い物をする		
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	好みを聞き、近づけるようスタッフと一緒に献立を考える。 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳 →自立支援		

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	1日1400～1500kcal塩分控えめ 水分摂取の見守り 栄養は1日全体としてとらえる		
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	食後の口腔ケアの支援 義歯のポリデント 月2回歯科医の往診		
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	排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンを知る。 それによって声掛けの機会を知る。 リハパンの使用はあまり勧めない SOSの早期発見 自信回復		
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	排便・尿のチェック、排便の量のデータを取る 排便が3日間無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫 1日果物・野菜・水分を摂取		
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	本人の意思確認してから入浴となり、順番はあるけれど本人の都合で前後する。 無理強いはいしない 拒否の場合も時過ぎて声掛けするとか、スタッフの変更をする。		

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	昼寝励行 下肢血流防止 就寝・起床もゆったりしている 本人の希望を支持している 夜間眠れないときには添寝やスタッフと話したり、水分摂取を支援し、不眠のデータを取る。 室温調節		
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	服薬管理 1人1人の用量・副作用や変更があった場合は記録し、必読。 必ず手渡し、服用の確認。 薬分けは必ず2人スタッフで行う		
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	畑仕事が好きな人は好きに外に出て手入れをしているし、将棋の好きな人はボランティアの方に来て頂いている。 1人1人の好み、楽しみを把握し無理強いはしない。		
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	悪天候以外は、毎日散歩や日向ぼっこを行っている。 希望で買い物ツアーやコーヒーを飲み外出したり、墓参りやドライブをしている。 気分転換 社会性の保持		
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	買い物ツアーや外食会では、自分の物(衣料・小物等・オヤツ)は自分の財布から支払いし、社会性を支援している。		

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	暑中見舞い、年賀状は本人手作り。 家族からの電話をととも支援している。 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し		
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	室温・臭い・照明に配慮 トイレ・洗面所は1日何回の清掃 季節の花、歳時記で季節感を味わってもらう ちぎり絵等で、季節を知る		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを作っている。 又、ベンチで好き同士話をしたり、ソファで話し合ったりしている。 部屋への行き来は自由である		
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	本人や家族と相談し、本人の好みの絵やタンス・仏壇・写真等を置き、居心地の良い環境作りを行っている その人らしい部屋作り		
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	バリアフリー作り、廊下の手すり・ドアは引き戸、履物のかかとのある物 個々の力の発揮として、調理手伝いや郵便物を取ってくる人、洗濯たたみの人、買い物手伝い、配膳下膳の自立支援を行っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム あかり

作成日

平成24・3・28

〔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
	2	地域の一員として地域の行事の参加によって交流はできているが、更に深める。 又、ホームでの行事を地域や周りのグループホーム等と一緒に盛り上げていきたい。	できれば地域の方々やGHの人達や他の施設の方々と協力し、「朝市」のような定期的な催しをしたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・GHや他施設での手作り品の販売。 ・地域での農産物の直売 	1年間

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。