

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	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	1470901347
法人名	スターツケアサービス株式会社
事業所名	グループホームきらら日吉
訪問調査日	平成27年11月28日
評価確定日	平成28年3月11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

(株)R-CORPORATION外部評価事業部

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1470901347	事業の開始年月日	平成17年9月1日
		指定年月日	
法人名	スタートケアサービス株式会社		
事業所名	グループホーム きらら日吉		
所在地	(223-0051) 横浜市港北区箕輪町3-13-23		
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27年11月16日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月18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)】

利用者との信頼関係が形成されており、相互の距離感が近く家庭的な環境が実現し、支援につなげることができています。また、地域に根付いたホームということで地域との連携が深く、近所の保育園とは月に一度以上のペースで交流する機会があり、子ども達からは”きららのおじいちゃん・おばあちゃん”の相性と呼ばれ、声を掛けられます。町内会の地域行事にはほとんど参加させて頂き、地域の方からも顔を覚えられ、色々な方から声を掛けて頂いております。

環境美化にも力を入れており、利用者と選んで購入してきた草花を共有スペース、玄関先、2Fバルコニーや外フェンスへ飾り、季節に応じた緑の多い環境が整っております。その成果で、港北オープンガーデンに参加のお誘いを頂き、約100名以上の方が見に来てくださいました。このように、自立支援を基本に考えており、必要以上の支援を行わない・利用者本位・自己決定の出来る環境を提供し、且つ地域に根付いた「地域密着型のグループホーム」です。10月には、開設10周年を迎え、入居者様とご家族様、地域の方と職員等総勢約70名で盛大にお祝いを致しました。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成27年11月18日	評価機関 評価決定日	平成28年3月11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)】

- ①グループホームきらら日吉はスタートケアサービス株式会社の運営です。スタートケアサービス株式会社は高齢者向け賃貸住宅、介護付き有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、ケアステーション（訪問介護・居宅介護支援）、小規模多機能施設、シニア賃貸住宅などの他、認可保育園を関東地方、関西、中部地方にも展開しています。最近では、介護の種類の多様化に伴い、利用者はサービスの選択に悩むケースが増えており、スタートグループの中に「サードライフサービス」の部署を設置し、その人に合ったサービス選択のサポートを無料で提供しています。このホームでも入居の際に利用することがあるそうです。当ホームは、東横線日吉駅から徒歩13分の至近距離に位置しており、家族が訪問に便利なロケーションにあります。ホームの運営は創業者の想いである企業理念「人が、心が、すべて」の実現を目指し、介護を展開しています。
- ②法人の明確な方針に基づき、きらら日吉の3か年計画、年間目標、年間重点項目を決め、年間目標にブレイクダウンして展開しています。また、法人の方針展開とは別に、きらら日吉では、ケアマネジャーが講師となり月1回、第3金曜日のAM1F・PM2Fに「回想法」を実施することとし、利用者の個人回想法に取り組んでいます。回想法を実施するにあたり、職員も話の引きだし方を勉強して参加しました。回想法を受けた利用者のお一人は、だんだん話をしたくない雰囲気を醸し、引っこみ気味だった方が体操にも参加し、皆と食事ができるようになり、また、外食にも出かける等、ホームに馴染めるようになった成果を出しています。この成果を基に、理念の「人が、心が、すべて」の実現の1つと考え、法人系列全体で回想法を進めて行く展開を図っています。
- ③法人では職員の教育に力を入れています。法人本部に教育研修部門があり、年間教育計画を策定し、スキルに応じて初任者研修、1年未満研修、2年未満研修、技術向上の為の研修、ステップアップ研修、リーダーに対するネクストステージ研修（管理者に成れるスキル研修）、ブラッシュアップ研修等を企画し、実施しています。入社後、本部研修の後、現場で4週間のOJT研修を設けています。研修受講者及び、委員会に出席した職員は必ず報告を行い、情報を共有しています。法人本部の会議の決定事項については、ホームでの全体会議に下し、その後、研修に切り替えて全職員の理解と共有及び、実践を進めています。

【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	グループホームきらら日吉
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	利用者と職員と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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	企業理念・運営理念共に、「地域社会の一員」であることを自覚し、サービスに於いても入居者の「その人らしさ」を第1に考えた支援を心掛けている。理念も目の届く場所に掲示しており、共有を目指している。年間を通して、町内会や近隣保育園との行事に積極的に参加している。	企業理念・運営理念共に「地域社会の一員」であることを自覚し、サービスに於いても入居者の「その人らしさ」を第1に考えた支援を心掛けています。年間スローガンを展開し、さら日吉の年間目標を立て、4四半期毎に進捗を確認し、法人本部に報告しています。推進責任者はフロアリーダーであり、フロアの目標も設定して展開しています。理念は掲示し、職員は遵守しています。また、各職員が考課表を記入し、進捗を確認する体制を構築しています。	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	町内会には、入居者全員が1世帯づつ計18名が加入し、町内の行事（敬老会・子供会）にも積極的に参加しており、町で声を掛けられることが多くなった。港北区主催のオープンガーデンや子ども会のハロウィンのチェックポイントに選ばれるなど、地域住民の認知度も上がり、日吉保育園とも交流も少しづつ始まり、一層地域との密着度が高くなっている。	町内会には、入居者全員（18名）が個別に加入し、敬老会に全員が招待を受け、お祝いのカステラも18個いただきました。その他の町内の行事にも積極的に参加し、散歩中にはお声を掛けられることが多くなりました。また、秋刀魚を100匹焼いた際はご近所に配り、親交を深めています。ホームは、港北区主催のオープンガーデンや子ども会のハロウィンの催しにて「チェックポイント」に選ばれる等、地域住民の認知度も上がり、箕輪保育園に加えて日吉保育園とも交流も少しづつ始まり、一層地域との密着度が高くなっています。子どもハロウィンでは飾りを付けたお菓子100個を配ります。	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	運営推進会議は、隔月の決まった日時に委員の方が出席して、その日の議題に添って意見交換をしており、その際に地域の行事や施設内の行事等の情報を交換している。また、町内会主催の介護相談や福祉相談を受けている。運営推進会議時に、運営委員と意見交換で災害時に雨風しのげる場所としてのスペースを一部提供を提案した。又、子供会は、さら日吉をチェックポイントとして地域行事にも率先的に参加している。		
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	施設の状況を共有する為に毎回、入居者の状況や事故報告等をしており、議題に添った内容や施設内での問題点を提案し、意見交換や適切なアドバイスを頂き情報の共有を図っている。その他、地域の行事や施設内の行事等の情報を交換している。	運営推進会議は隔月の第2水曜日に必ず実施しています。メンバーは町内会長、民生委員会長、地域代表、地域包括支援センター、ご家族（3名）それにホーム関係者です。施設の状況を共有する為に毎回、入居者の状況や事故報告等を行い、議題に添った内容や施設内での問題点を提案し、意見交換や適切なアドバイスをもらい情報の共有を図っています。	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
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に取り組んでいる	運営推進会議の実施報告書・活動状況報告書をその都度、区役所の高齢支援課・包括支援センターに郵送し、共有している。港北事業者連絡会に入会し、定例会に参加し情報の交換をしている。	運営推進会議の実施報告書・活動状況報告書をその都度、区役所の高齢支援課・包括支援センターに郵送し、共有しています。港北事業者連絡会（ガンバ港北）に入会し、定例会、講習会に参加し、情報交換を行っています。包括支援センターは運営推進会議のメンバーであり、常に連携を図っています。	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	身体拘束禁止マニュアルを会社として作成しており、職員全員で情報共有し、実行している。ホーム内では、玄関を含め、施錠は一切行っていない。	身体拘束に関しては、身体拘束委員会を設け、身体拘束禁止マニュアルを作成し、職員間で情報を共有し、意識を持って取り組んでいます。職員については新人教育をはじめ、日頃のOJTで周知徹底しています。鍵については、玄関を含め、施錠は行っていませんが、入浴介助時等、止むを得ない場合は一時的に施錠するケースもあります。	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注意を払い、防止に努めている	事業所の中で、虐待防止に関する研修やマニュアルを整備している。又、日々のケアの中では、具体的に言葉や介助について、気がついた時にその場で注意をし、会議等でも例題を挙げて、分かり易く説明をしている。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	社内で、権利擁護や成年後見制度について研修会を実施している。今後活用を希望される方については、必要に応じて、ご提案や情報提供も行っている。		
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	契約締結の際には、契約内容を一語一句全てを読みあわせをしている。その都度質問等に関しては、ご理解と納得のいくまで確認をしている。		
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	ご意見箱の設置をはじめとし、入居者やご家族からのご意見は、そのつど職員間で共有している。また、運営推進会議においても、提案し改善に向けて、本部とも協議し努力している。運営推進会議議事録も閲覧可能であり、行政や包括とも情報を共有している。家族アンケートについても、職員間で共有している。毎月1回、生活状況シート（1ヶ月の様子・往診・行事・ホームからのお知らせ等）を送付し、面会の際には直接近況を報告している。	ご家族等の意見は、意見箱の設置をはじめとし、来訪時、運営推進会議、イベント時、電話などにその都度伺い、家族からの意見を職員間で共有しています。運営推進会議の提案は改善に向け、法人本部とも協議し、進めています。意見、要望は1か月に1回、生活状況シートに個々の様子を記載しています。運営推進会議議事録は閲覧可能であり、行政や包括支援センターとも情報を共有しています。家族アンケート内容についても、職員間で共有し、改善に向けています。	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	代表者・マネージャーとの面談や研修など接する機会もあり、代表者等から「最近の様子や疑問に思っていること等を話す機会が与えられている。」また、ホーム内でも何時でも職員からの意見や提案を発することが出来る機会を作り、その内容については、本部へ「職員からの意見」として報告している。また、直接、社長への「ダイレクトポスト」も設置されており、いつでも「意見・要望・想い」を送ることが出来る様になっている。	職員の意見・要望は、基本的にはミーティングで聞いています。代表者・マネージャーとの面談や研修を通して、代表者等から「最近の様子や疑問に思っていること」などを話す機会を設けています。管理者は、何時でも職員から意見や提案を受けられるようにしています。受けた内容は、法人本部へ「職員からの意見」として報告し、運営の反映に努めています。また、社長へ直接届く「ダイレクトポスト」を設置し、職員はいつでも「意見・要望・想い」を提出できる体制作りもされています。	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	日々の勤務状況等あらゆる場面での本人の努力や実績を人事考課制度の導入により評価され、その結果を本人に説明される。また、給与水準、労働時間等の内部規程が何時でも閲覧できる状況に於かれており、不安や疑問に思ったことなどについては職員が直接人事に確認が出来る体制となっている。		
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	本部の研修が役職に合わせた研修体系に変わり、研修を受ける機会が少なくなった職員にも、外部研修を積極的に利用し、施設内研修の中で周知することが出来ている。		
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	横浜高齢者グループホーム連絡会や港北区事業者連絡会の勉強会や研修会に参加して、サービスの向上に努めている。地域包括支援センターからの依頼で、「認知症介護の実践」「回想法について」等を地域の方向けに講演をした。		
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	慣れない生活で不安な事も多い中、事前のご家族等からの情報をもとに、職員や他利用者との関わりを持ち積極的に関わることで、その人を早い段階で理解し、信頼関係が築けるように努めている。		

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
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	入居前の段階で出来る限りの心配事は除外出来るよう面談時に相談させていただいているが、その後もご家族が話しやすい環境になるよう職員からコミュニケーションをとれるよう努めている。		
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	入居前の面談時にご家族とご本人様の情報を確認し、ご家族からの要望やグループホームの役割を確立したうえで、ご利用者が住みやすい環境になるような支援をご相談させていただいている。		
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	職員は自分の親に支援を行うようなインフォーマルケアを意識して取り組んでいるが、その中でも必ず本人の意思確認やその時の気持ちを汲んで対応にあたっている。また食事と一緒に摂り、家事や散歩など一日の流れにおいて全てスタッフが帯同し行っている。		
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	日々の暮らしの中で自由に面会や外出が出来る環境にあり、定期的な行事などに参加していただき本人と家族だけでなく職員とも交流する機会を提供できている。		
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	ご本人から馴染みの方への手紙の郵送や古い友人に連絡を取る中継役をしたり、ホームへきまた、近隣のなじみ深い場所への散歩なども取り組んでいる。	馴染みの人や場との関係継続及び維持は、難しい課題ですが、1つの取り組みとして、利用者本人が馴染みの深い友人に手紙で連絡を取る等の支援をしています。また、近隣の馴染み深い場所へ散歩に行くなども実施しています。本人やご家族の理解を得て知人に来訪してもらったり、本人の行きたい場所に出かける等、個別対応にも努めています。ホームでは、個別に行きたい場所があれば同行できる体制で対応しています。また、近所の方が遊びに来たり、利用者も近所の方と交流を持つケースもあります。最近では回想法を活用して、昔を思い出してもらうことも進めています。	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	各々の相性やADLを把握したうえで考慮し、家事活動などを行ううえで役割分担を行っており、関係性を築けている。また活動が不十分は利用者に対して出来る人が手助けを行う関係性も確立されている。		
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	退去されたご家族様から、時々病状報告を頂くこともある。その際には、何時でも相談に応じる準備がある事を伝え、感謝されている。また、退去されたご家族様より、別のご家族様の入居についての相談もいただき、対応して感謝された。		
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。	センター方式を使用し、日々の会話の中から些細な事柄についても情報の収集に努め、一人ひとりの思い・希望・意向に添うように努め、困難な場合には「わたしだったら…」の視点を生かしながら行っている。	センター方式を使用し、日々の会話の中から細かい事柄についても情報の収集に努め、一人ひとりの思い・希望・意向に添うように努め、困難な場合には自分の立場に置き換えた視点を持ち、考えるようにしています。常に記録には言葉や様子を記録し、カンファレンスでは当月アセスメント対象者以外にも対応するように努めています。さらに、センター方式を含めて新しいフォームの統一を検討しています。利用者の思いについては特に、入浴等で1対1になった機会を活用し、話してくれる気持ちを大切にしています。	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	入居前の情報については、職員全員で共有し、理解を深めている。その後把握した情報は、記録に記載し、職員間で情報の共有に努めている。グループ回想法を導入し（月1回）その人なりの馴染みの暮らし方や、価値観をうかがい、過去の情報収集や性格など把握出来る様に努めている。		
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	入居者、それぞれ「出来る事・出来ない事」の把握を行い、それに基づいて出来ないところはスタッフも一緒に行いながら生活の支援を行っている。介護プランに基づき、一日の生活のリズムからそれぞれの支援方法を把握する。		

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
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	月に一度担当者会議を実施し、現状の課題やより良い支援方法を意見交換し、日常のご本人からの言葉や会話の中から、本人の意向をくみ取り、ご家族からの意向も取り組んだうえで、総合的に反映したケアプランを作成している。	介護計画策定については、センター方式で集積した情報をアセスメントに活用し、計画作成担当者が担当者会議迄にセンター方式のシートにまとめ、現状の課題やより良い支援方法を抽出し、それを中心に担当者会議で職員同士で話し合い、まとめるようにしています。本人の意向と家族の意向が異なるケースもあり、調整しながら対応しています。職員も情報を共有し、利用者の健康管理に努めています。新入居時には暫定介護計画を設定し、24時間介護記録を取ってまとめ、月1回のモニタリングを経過し、本介護計画を策定しています。	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	日々変化するケアの状況・状態を介護記録だけでなく、ユニット日誌などに記録し、申し送りで情報を共有しながら、実践に活かしている。また、月に1回のユニットミーティングの際にも情報を共有し、統一事項の中に組み入れ、職員全員が同じケアをするような体制が出来ている。		
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	お一人、お一人の希望を支える為、個別のサービス（機能向上の為の運動、外食、行事への参加等）の充実を図っている。		
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	町内会の行事や保育園との交流も盛んになり活性化してきている。その交流の中で、入居者も積極的に参加型となってきている。		
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	かかりつけ医師の選択は、希望を優先している。提携医については、臨機応変に対応可能な医師で、職員も安心している。また、必要時には、ご家族に直接説明をしていただけている。現在では、往診日が月2回から10～11回となっており、その日の受診者以外でも、体調不良の方にも柔軟な対応をされている。	かかりつけ医師の選択は本人、ご家族の希望を優先しています。提携医は同時に全員は診られない体制の為、月に10～11回位、往診に来ていますが、臨機応変に対応が可能であり、緊急対応にも応じています。現在は認知症専門の医師が来訪し、必要に応じてご家族に直接説明をしています。歯科も治療と口腔ケアの往診があり、マッサージも対応しています。医療連携体制については、訪問看護を利用し、毎週1回木曜日、看護師が訪問して入居者の健康管理を実施しています。	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	毎週1回、訪問看護師が訪問して入居者の健康管理をしている。その日に、指示を受けたものについては早急に医師に連絡を取り診察を受けている。又、職員の判断のしづらい腹部の状況を確認し、頓服の目安としている。本人からも、専門職へ相談が出来る時間として提供し、その相談内容などの情報提供ができています。		
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	入院時は、本人の状態確認のため、お見舞いに伺ったり、担当者と随時連携をとりながら情報交換を行い、早期退院に向けて関係づくりに努めている。退院後は、かかりつけ医師との連携が取れている。		
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	医療連携体制の合意書を締結しているが、状況に合わせて、本人と家族のご希望の中で、ホーム内の設備や医療対応について、困難な場合があることを家族との協議の中で随時検討している。また、協力医療機関との連携を図り、他施設への検討も行っている。	入所時に医療連携体制の合意書を締結していますが、グループホームは原則は健康な方の共同生活の場であるので、本人と家族のご希望によっては、ホーム内の設備や医療対応について、困難な場合があることを家族との協議の中で随時検討しています。また、協力医療機関との連携を図り、他施設への検討も行っています。終末期にさしかかる時点で、医師、ご家族、ホームとの3者で話し合い、方向を決めることにしています。現状、元気ではあるが、独りでは住めない人が多く、幅広い選択肢の中で、サードライフサービスの活用も含めて最適なセカンドステップを提案しています。	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	会社の、マニュアルが整備されている。AEDも設置されており、使用方法については年2回消防訓練の際に消防署からマネキンを持参して頂き、指導を受けている。また、救命講習や応急手当講習等にも積極的に参加していくようにしている。		
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	避難訓練には地域の方が参加され、避難方法の再確認と災害時備品所持について町内会に情報を提供した。災害時に防災拠点までの移動はリスクが大きい事から、さらには災害時にはホーム内に残る事を決め、そのことを町内会と共有するとともにご家族様には、災害時には移動しないことを手紙にて周知してある。また、ホーム内には3日分程度の食料と飲料水や衛生用品も常備しており、近隣の方で防災拠点まで避難出来ない方については、一時的な避難場所として受け入れ可能である事も町内会には伝えてある。	避難訓練には地域の方にも参加して頂き、避難方法の再確認と災害時備蓄品所持について町内会にも情報を提供しています。町内会全体の避難訓練にも参加しています。災害時では、利用者の防災拠点までの移動のリスクを考慮し、ホームでは災害時にはホーム内に残留することにし、事情を町内会と共有すると共にご家族に手紙にて、災害時には移動しないことと、連絡については各家族からホームへ訪問又は確認をしてもらうことを周知しています。ホームでは、日吉消防署と町内会の間で「消防応援協力に関する覚書」を締結しています。	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	声掛けの基本は敬語で行っているが、親近感や信頼関係を築くために時折砕けた言葉を使用する事もあり、ご家族様からは理解を得られている。また羞恥心に配慮し肌を晒さなければならない際は細心の注意を払い声掛けを行い、必要に応じて一部介助している。	一人ひとりの人格やプライバシーには最大の配慮を行い、本人の羞恥心にも配慮して対応に注意を払っています。声掛けの基本は敬語で行っていますが、親近感や信頼関係を築くために時折砕けた言葉を使用する場合もあり、状況に応じて対応しています。利用者へは羞恥心について十分配慮し、肌を晒さなければならない際は細心の注意を払い、声掛けを行い、必要に応じて一部介助するように努めています。個人情報等に関する書類については、鍵のかかるキャビネットに保管および管理を行っています。	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	一日の中で自己決定できる場（食事、水分、散歩コース等）ではクローズドクエスチョンを用いて本人が選択しやすいよう配慮している。また、自己選択が難しい方にはその方の今必要な行動を予測し、行動の前後に説明を行う様努めている。スタッフ一人一人の観察力をアップさせ、その人の立場に立つて、その人の視点からその人の想いを支援出来る様に努めている。		
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	本人が入居前に行っていた生活を出来るだけ尊重した一日の生活リズムを行えるように支援に努めている。また本人からの希望がない際は活動を提示して希望があれば支援に繋げている。		
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	起床時など職員が一方的に衣類を選ぶのではなく、本人に選択をしていただき更衣を行うよう努めている。また職員によっては髪型を変えたりと、本人がおしゃれを楽しめるよう配慮し支援している。		
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	旬の食材を使用して季節感を味わっていただき、入居者と一緒買い物に出掛ける事により入居者の好みを取り入れている。食事の準備については、出来るだけ一緒に行うように声掛けを行っている。後片付けについては、殆ど毎食後に、入居者が行っている。プロのシェフによる食事会を行ない大変喜ばれた。また、地方の店舗から、食材をお取り寄せして、郷土料理を楽しんでいただいている。	献立では、季節感を大切にして旬の食材を使用し、時々旬を味わってもらっています。また、一緒に買い物に出掛け、利用者一人ひとりの好みを取り入れています。キリタンボなど郷土料理の食材を現地から取り寄せたりしています。食事の準備については、出来るだけ一緒に行うように声掛けを行い、後片付けについては、ほとんど毎食後に利用者が行っています。行事では、法人関係施設のシェフが来てくれて食事会を行う等、利用者大変喜ばれています。外食では、江の島の寿司屋や、フードコートでファーストフードなど、工夫して楽しんでもらっています。	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	一日の食事量や水分量については、毎回記録して共有している。今までの習慣は大切にしながら、栄養バランスを考え、毎食毎にメニューを記録して偏らないように留意している。その日の体調や気温等の変化に応じて、食事や水分の内容・量等も考慮して提供している。		
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	毎食後に声掛けを行い、その方の状況に応じて、介助や見守りを行っている。また、口腔状態に応じた歯ブラシを使用し、義歯の衛生管理も行っている。必要に応じて、歯科受診の対応も行っている。		
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	個々の排泄に関する失敗やオムツ使用を減らしていくために、排泄の状況をその都度記録したものを共有し、必要に応じてカンファレンスを行い排泄の自立に向けた、個別の対応策を検討している。	利用者一人ひとりの排泄に関して、失敗やオムツ使用を減らしていくために、排泄の状況をその都度記録したものを職員間で共有し、必要に応じてカンファレンスを行い、排泄の自立に向けた個別の対応策を検討しています。オムツやリハパンは出来るだけ使わない、使わないで済む場合は外すよう努めています。但し、失禁などの配慮策として布パンにパット併用にしたり、夜だけリハパンにするなどケースバイケースの対応にも配慮しています。	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	便秘の理解を各職員が行ったうえで、排便に良い食事（水溶性食物繊維の多いもの）を提供、毎日の適度な運動、適度な水分の提供に努めており、それでも出ない方には主治医との相談により薬が処方されている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日などは設定しておらず、希望のある利用者、入浴日が古い利用者を優先してお誘いし、本人の満足感が得られるよう入浴時間等も特に設定はしていない。	週2～3回の入浴を原則とし、入浴日は設定せず、一人ひとりの状況を見ながら、入浴する利用者の優先順位を取りながら日々の入浴を支援しています。入浴を望まない方には、無理強いせず、時間をずらしたり、曜日を変更するなど、工夫しながら対応しています。入浴を好まない入居者については、声掛けの工夫をして入浴を勧めています。毎日入浴される方もいます。半身浴、季節の菖蒲湯、柚子湯、入浴剤などを活用しながら、楽しんで入浴できるよう支援しています。	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	日中でも疲労感や前夜の睡眠時間を考慮して午睡の時間を設けている。しかし昼夜逆転に配慮し、夜間帯への良眠につなげるため30分～1時間程度での午睡を推奨している。また夜間帯に安心して眠れるよう共有部分の照明や音などに配慮した支援に努めている。 夜間帯になかなか寝付けない際にはリラックスして眠れるようホットミルクの提供や居室の空調設備に		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	用法・用量については、理解している。副作用や注意点については、医師や薬剤師に確認し共有するとともに観察を行い、常に報告・相談が出来る体制となっている。薬自体にも、袋に必要な情報を印字や色分けをしている。毎日のセットでは数名がチェックを行い、毎回の服薬では職員同士が声を掛け合い目視で確認している。		
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	本人の今までの生活や現在のADLを考慮した日常での生活支援や家事活動が出来るよう支援し、非日常生活の提供の頻度を上げた事でさらでの生活でのメリハリがつくよう努めている。		
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	毎日の買い物へ職員と一緒にいき、地域の方々と交流できるよう配慮し支援に努めている。また、散歩での提供でも地域の保育園を散歩コースで通ることにより地域の子ども達とのふれあいを大切に支援している。また、長い時間の散歩を希望の方は定期的にご家族と協力しながら出来る範囲で対応に努めている。又、豪華客船飛鳥Ⅱが大棧橋に停泊しているのを見ながら、ベイブリッジの上からみなとみらいの景色を楽しんだり、ドライブを兼ねて、江ノ島水族館に出掛けイルカのショーを楽しんだりしている。	散歩、買い物を含め1日1回は外に出るようにしています。毎日の買い物は、一緒に出掛けるようにし、地域の方々と交流できるよう配慮しています。また、散歩で地域の保育園を散歩コースで通り、地域の子供達との触れ合いを大切にしています。子供達は「きららのおじいちゃん」と言い握手してくれます。長い時間の散歩を希望の方は定期的にご家族と協力しながら出来る範囲で対応に努めています。豪華客船飛鳥Ⅱが大棧橋に停泊している時期に出かけ、大棧橋から停泊船を見たり、アイスクリームを食べて楽しみ、ベイブリッジからはみなとみらいの景色を観賞し、富士山を眺めたりしました。また、ドライブを兼ねて、江ノ島水族館に出掛け、イルカのショーを楽しんだりしています。	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	お預り金の中から、必要に応じて買い物はして頂いているが、現在、ご本人がお金を所持していない。買い物の際にお金を渡して、支払って頂けるように支援をしています。		

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
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	希望がある方には手紙でのやりとりが出来るよう職員が中継となり支援している。また電話などがかかってきた場合など本人に繋げられるよう努めている。		
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	共用の部分では季節に合った草花などを利用者と買い物に行き選んだものを置き、芳香剤などを置かずに見た目、臭気への配慮を行っている。また季節に応じた空調の管理、利用者の癒しのために水槽にメダカや金魚を飼い、いつでも誰でも見ることが出来る環境を整えている。季節の行事（お正月・お月見・クリスマス等）に入居者と一緒に和紙で手作りのテーブルセンター等を作って、季節感に彩りを添えて、楽しんでいます。	共用空間には、ソファやテーブルの椅子を設え、利用者同士、利用者と職員等との交流の場となっています。利用者と買い物に行った際に選んだ季節の草花を活け、空間の雰囲気や演出により臭気への緩和に配慮しています。また、季節に応じた空調管理を行い、快適な空間作りがされています。リビングではメダカや金魚が飼育され、利用者、来訪者の癒しになっています。季節の行事（お正月・お月見・クリスマス等）では和紙で手作りのテーブルセンターなどを利用者と制作し、季節感に彩りを添えて、楽しんでいます。部屋のインテリアは職員に一任し、ユニット毎の個性を尊重しています。	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	リビングの中でもソファやテーブルの椅子は常に解放しており、ソファの位置やテーブルの位置を工夫し利用者同士の交流の場としてや、一人で座れる場所などを作っている。		
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	入居時にご家族へ今まで使用していた愛着のある馴染みの家具など身の回りの物を持ってきていただき居心地の良い環境の提供に努めている。中には、御仏壇やご自分で作られたプラモデルの飛行機を65機も居室に飾り（現在は退去）、楽しまれている。	入居時に、ご家族へこれまで使用していた本人の愛着のある馴染みの家具や身の回りの物を持ち込んで頂き、居心地の良い環境作りを行い、思い思いに居室が整えられています。居室には洗面台が設置され、プライバシーが保たれていて良好です。窓の外に個人の花の鉢を置き、楽しみに育てています。	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	建物はバリアフリー構造となっており、手すりの付属など利用者一人で建物内を自由に安全に移動することが出来る作りになっている。またキッチンが対面式になっており利用者が活動しやすい構造になっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
きらら日吉

作成日

2015年11月16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	Ⅲ 25	入居者の心身状態と認知症状の把握がされていないため、入居者を理解出来ていない。	「その人らしく躍動する豊かな生活の実現」	会議等にて入居者の情報(センター方式による基本情報等)を確認することによってその方の理解を深める。	3ヶ月
2	Ⅱ 18	介護経験やGHでの支援に慣れていない為、共に過ごすということの理解に乏しい為に関係作りが難しい。	職員間の支援のばらつきをなくし、同じケアが出来るようになること。	外部研修への参加や、本部・ホーム内研修等で、介護技術・知識を高めるため、認知症ケアの支援を学ぶ機会を与え、回想法にも、若い職員を参加させる。	3ヶ月
3	Ⅳ 40	職員によって、調理の技術にばらつきがあり、メニューに添った料理にならない。	調理技術を向上させ、入居者と一緒に準備ができることにより、入居者にとって食事の時間が楽しみとなる。	日々の調理の際に、ベテラン主婦層がきめ細やかに指導をしていく。また、調理についての知識を学ぶ機会を設け、苦手な職員には「簡単で作り易く、見栄えのする調理方法」を伝授し、自信を付けさせる。	3ヶ月

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。

事業所名	グループホームきらら日吉
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	企業理念・運営理念共に、「地域社会の一員」であることを自覚し、サービスに於いても入居者の「その人らしさ」を第1に考えた支援を心掛けている。理念も目の届く場所に掲示しており、共有を目指している。年間を通して、町内会や近隣保育園との行事に積極的に参加している。		
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	町内会には、入居者全員が1世帯づつ計18名が加入し、町内の行事（敬老会・子供会）にも積極的に参加しており、町で声を掛けられることが多くなった。港北区主催のオープンガーデンや子ども会のハロウィンのチェックポイントに選ばれるなど、地域住民の認知度も上がり、日吉保育園とも交流も少しづつ始まり、一層地域との密着度が高くなっている。		
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	運営推進会議は、隔月の決まった日時に委員の方が出席して、その日の議題に添って意見交換をしており、その際に地域の行事や施設内の行事等の情報を交換している。また、町内会主催の介護相談や福祉相談を受けている。運営推進会議時に、運営委員と意見交換で災害時に雨風しのげる場所としてのスペースを一部提供を提案した。又、子供会は、きらら日吉をチェックポイントとして地域行事にも率先的に参加している。		
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	施設の状況を共有する為に毎回、入居者の状況や事故報告等をしており、議題に添った内容や施設内での問題点を提案し、意見交換や適切なアドバイスを頂き情報の共有を図っている。その他、地域の行事や施設内の行事等の情報を交換している。		
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	運営推進会議の実施報告書・活動状況報告書をその都度、区役所の高齢支援課・包括支援センターに郵送し、共有している。港北事業者連絡会に入会し、定例会に参加し情報の交換をしている。		

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
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	身体拘束禁止マニュアルを会社として作成しており、職員全員で情報共有し、実行している。ホーム内では、玄関を含め、施錠は一切行っていない。		
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	事業所の中で、虐待防止に関する研修やマニュアルを整備している。又、日々のケアの中では、具体的に言葉や介助について、気がついた時にその場で注意をし、会議等でも例題を挙げて、分かり易く説明をしている。		
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	社内で、権利擁護や成年後見制度について研修会を実施している。今後活用を希望される方については、必要に応じて、ご提案や情報提供も行っている。		
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	契約締結の際には、契約内容を一語一句全てを読みあわせをしている。その都度質問等に関しては、ご理解と納得のいくまで確認をしている。		
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	ご意見箱の設置をはじめとし、入居者やご家族からのご意見は、そのつど職員間で共有している。また、運営推進会議においても、提案し改善に向けて、本部とも協議し努力している。運営推進会議事録も閲覧可能であり、行政や包括とも情報を共有している。家族アンケートについても、職員間で共有している。毎月1回、生活状況シート（1ヶ月の様子・往診・行事・ホームからのお知らせ等）を送付し、面会の際には直接近況を報告している。		

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
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・マネージャーとの面談や研修など接する機会もあり、代表者等から「最近の様子や疑問に思っていること等」を話す機会が与えられている。」また、ホーム内でも何時でも職員からの意見や提案を発することが出来る機会を作り、その内容については、本部へ「職員からの意見」として報告している。また、直接、社長への「ダイレクトポスト」も設置されており、いつでも「意見・要望・想い」を送ることが出来る様になっている。		
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	日々の勤務状況等あらゆる場面での本人の努力や実績を人事考課制度の導入により評価され、その結果を本人に説明される。また、給与水準、労働時間等の内部規程が何時でも閲覧できる状況に於かれており、不安や疑問に思ったことなどについては職員が直接人事に確認が出来る体制となっている。		
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	本部の研修が役職に合わせた研修体系に変わり、研修を受ける機会が少なくなった職員にも、外部研修を積極的に利用し、施設内研修の中で周知することが出来ている。		
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	横浜高齢者グループホーム連絡会や港北区事業者連絡会の勉強会や研修会に参加して、サービスの向上に努めている。地域包括支援センターからの依頼で、「認知症介護の実践」「回想法について」等を地域の方向けに講演をした。		
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	慣れない生活で不安な事も多い中、事前のご家族等からの情報をもとに、職員や他利用者との関わりを持ち積極的に関わることで、その人を早い段階で理解し、信頼関係が築けるように努めている。		

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
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	入居前の段階で出来る限りの心配事は除外出来るよう面談時に相談させていただいているが、その後もご家族が話しやすい環境になるよう職員からコミュニケーションをとれるよう努めている。		
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	入居前の面談時にご家族とご本人様の情報を確認し、ご家族からの要望やグループホームの役割を確立したうえで、ご利用者が住みやすい環境になるような支援をご相談させていただいている。		
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	職員は自分の親に支援を行うようなインフォーマルケアを意識して取り組んでいるが、その中でも必ず本人の意思確認やその時の気持ちを汲んで対応にあたっている。また食事と一緒に摂り、家事や散歩など一日の流れにおいて全てスタッフが帯同している。		
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	日々の暮らしの中で自由に面会や外出が出来る環境にあり、定期的な行事などに参加していただき本人と家族だけでなく職員とも交流する機会を提供できている。		
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	ご本人から馴染みの方への手紙の郵送や古い友人に連絡を取る中継役をしたり、ホームへきまた、近隣のなじみ深い場所への散歩なども取り組んでいる。		

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
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	各々の相性やADLを把握したうえで考慮し、家事活動などを行ううえで役割分担を行っており、関係性を築けている。また活動が不十分は利用者に対して出来る人が手助けを行う関係性も確立されている。		
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	退去されたご家族様から、時々病状報告を頂くこともある。その際には、何時でも相談に応じる準備がある事を伝え、感謝されている。また、退去されたご家族様より、別のご家族様の入居についての相談もいただき、対応して感謝された。		
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。	センター方式を使用し、日々の会話の中から些細な事柄についても情報の収集に努め、一人ひとりの思い・希望・意向に添うように努め、困難な場合には「わたしだったら…」の視点を生かしながら行っている。		
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	入居前の情報については、職員全員で共有し、理解を深めている。その後把握した情報は、記録に記載し、職員間で情報の共有に努めている。グループ回想法を導入し（月1回）その人なりの馴染みの暮らし方や、価値観をうかがい、過去の情報収集や性格など把握出来る様に努めている。		
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	入居者、それぞれ「出来る事・出来ない事」の把握を行い、それに基づいて出来ないところはスタッフも一緒に行いながら生活の支援を行っている。介護プランに基づき、一日の生活のリズムからそれぞれの支援方法を把握する。		

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
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	月に一度担当者会議を実施し、現状の課題やより良い支援方法を意見交換し、日常のご本人からの言葉や会話の中から、本人の意向をくみ取り、ご家族からの意向も取り組んだうえで、総合的に反映したケアプランを作成している。		
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	日々変化するケアの状況・状態を介護記録だけでなく、ユニット日誌などに記録し、申し送りで情報を共有しながら、実践に活かしている。また、月に1回のユニットミーティングの際にも情報を共有し、統一事項の中に組み入れ、職員全員が同じケアをするような体制が出来ている。		
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	お一人、お一人の希望を支える為、個別のサービス（機能向上の為の運動、外食、行事への参加等）の充実を図っている。		
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	町内会の行事や保育園との交流も盛んになり活性化してきている。その交流の中で、入居者も積極的に参加型となってきている。		
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、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	かかりつけ医師の選択は、希望を優先している。提携医については、臨機応変に対応可能な医師で、職員も安心している。また、必要時には、ご家族に直接説明をしていただいている。現在では、往診日が月2回から10～11回となっており、その日の受診者以外でも、体調不良の方にも柔軟な対応をされている。		

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
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	毎週1回、訪問看護師が訪問して入居者の健康管理をしている。その日に、指示を受けたものについては早急に医師に連絡を取り診察を受けている。又、職員の判断のしづらい腹部の状況を確認し、頓服の目安としている。本人からも、専門職へ相談が出来る時間として提供し、その相談内容などの情報提供ができています。		
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。	入院時は、本人の状態確認のため、お見舞いに伺ったり、担当者と随時連携をとりながら情報交換を行い、早期退院に向けて関係づくりに努めている。退院後は、かかりつけ医師との連携が取れている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制の合意書を締結しているが、状況に合わせて、本人と家族のご希望の中で、ホーム内の設備や医療対応について、困難な場合があることを家族との協議の中で随時検討している。また、協力医療機関との連携を図り、他施設への検討も行っている。		
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	会社の、マニュアルが整備されている。AEDも設置されており、使用方法については年2回消防訓練の際に消防署からマネキンを持参して頂き、指導を受けている。また、救命講習や応急手当講習等にも積極的に参加していくようにしている。		
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	避難訓練には地域の方が参加され、避難方法の再確認と災害時備品所持について町内会に情報を提供した。災害時に防災拠点までの移動はリスクが大きい事から、さらさらでは災害時にはホーム内に残る事を決め、そのことを町内会と共有するとともにご家族様には、災害時には移動しないことを手紙にて周知してある。また、ホーム内には3日分程度の食料と飲料水や衛生用品も常備しており、近隣の方で防災拠点まで避難出来ない方については、一時的な避難場所として受け入れ可能である事も町内会には伝えてある。		

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
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	声掛けの基本は敬語で行っているが、親近感や信頼関係を築くために時折砕けた言葉を使用する事もあり、ご家族様からは理解を得られている。また羞恥心に配慮し肌を晒さなければならない際は細心の注意を払い声掛けを行い、必要に応じて一部介助している。		
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	一日の中で自己決定できる場（食事、水分、散歩コース等）ではクローズクエスチョンを用いて本人が選択しやすいよう配慮している。また、自己選択が難しい方にはその方の今必要な行動を予測し、行動の前後に説明を行う様努めている。スタッフ一人一人の観察力をアップさせ、その人の立場に立って、その人の視点からその人の想いを支援出来る様に努めている。		
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	本人が入居前に行っていた生活を出来るだけ尊重した一日の生活リズムを行えるように支援に努めている。また本人からの希望がない際は活動を提示して希望があれば支援に繋げている。		
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	起床時など職員が一方的に衣類を選ぶのではなく、本人に選択をしていただき更衣を行うよう努めている。また職員によっては髪型を変えたりと、本人がおしゃれを楽しめるよう配慮し支援している。		
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	旬の食材を使用して季節感を味わっていただき、入居者と一緒に買い物に出掛ける事により入居者の好みを取り入れている。食事の準備については、出来るだけ一緒に行うように声掛けを行っている。後片付けについては、殆ど毎食後に、入居者が行っている。プロのシェフによる食事会を行ない大変喜ばれた。また、地方の店舗から、食材をお取り寄せして、郷土料理を楽しんでいただいている。		

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
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	一日の食事量や水分量については、毎回記録して共有している。今までの習慣は大切にしながら、栄養バランスを考え、毎食毎にメニューを記録して偏らないように留意している。その日の体調や気温等の変化に応じて、食事や水分の内容・量等も考慮して提供している。		
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	毎食後に声掛けを行い、その方の状況に応じて、介助や見守りを行っている。また、口腔状態に応じた歯ブラシを使用し、義歯の衛生管理も行っている。必要に応じて、歯科受診の対応も行っている。		
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	個々の排泄に関する失敗やオムツ使用を減らしていくために、排泄の状況をその都度記録したものを共有し、必要に応じてカンファレンスを行い排泄の自立に向けた、個別の対応策を検討している。		
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	便秘の理解を各職員が行ったうえで、排便に良い食事（水溶性食物繊維の多いもの）を提供、毎日の適度な運動、適度な水分の提供に努めており、それでも出ない方には主治医との相談により薬が処方されている。		
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	入浴日などは設定しておらず、希望のある利用者、入浴日が古い利用者を優先してお誘いし、本人の満足感が得られるよう入浴時間等も特に設定はしていない。		

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
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	日中でも疲労感や前夜の睡眠時間を考慮して午睡の時間を設けている。しかし昼夜逆転に配慮し、夜間帯への良眠につなげるため30分～1時間程度での午睡を推奨している。また夜間帯に安心して眠れるよう共有部分の照明や音などに配慮した支援に努めている。 夜間帯になかなか寝付けない際にはリラックスして眠れるようホットミルクの提供や居室の空調設備に配慮し支援に努めている。		
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	用法・用量については、理解している。副作用や注意点については、医師や薬剤師に確認し共有するとともに観察を行い、常に報告・相談が出来る体制となっている。薬自体にも、袋に必要な情報を印字や色分けをしている。毎日のセットでは数名がチェックを行い、毎回の服薬では職員同士が声を掛け合い目視で確認している。		
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	本人の今までの生活や現在のADLを考慮した日常での生活支援や家事活動が出来るよう支援し、非日常生活の提供の頻度を上げた事からでの生活でのメリハリがつくよう努めている。		
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	毎日の買い物へ職員と一緒にいき、地域の方々と交流できるよう配慮し支援に努めている。また、散歩での提供でも地域の保育園を散歩コースで通ることにより地域の子供達とのふれあいを大切に支援している。また、長い時間の散歩を希望の方は定期的にご家族と協力しながら出来る範囲で対応に努めている。又、豪華客船飛鳥Ⅱが大桟橋に停泊しているのを見ながら、ベイブリッジの上からみなとみらい		
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	お預り金の中から、必要に応じて買い物はして頂いているが、現在、ご本人がお金を所持していない。買い物の際にお金を渡して、支払って頂けるように支援をしています。		

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
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	希望がある方には手紙でのやりとりが出来るよう職員が中継となり支援している。また電話などがかかってきた場合など本人に繋げられるよう努めている。		
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	共用の部分では季節に合った草花などを利用者と買い物に行き選んだものを置き、芳香剤などを置かずに見た目、臭気への配慮を行っている。また季節に応じた空調の管理、利用者の癒しのために水槽にメダカや金魚を飼い、いつでも誰でも見ることが出来る環境を整えている。季節の行事（お正月・お月見・クリスマス等）に入居者と一緒に和紙で手作りのテーブルセンター等を作って、季節感に彩りを添えて、楽しんでいます。		
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	リビングの中でもソファやテーブルの椅子は常に解放しており、ソファの位置やテーブルの位置を工夫し利用者同士の交流の場としてや、一人で座れる場所などを作っている。		
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	入居時にご家族へ今まで使用していた愛着のある馴染みの家具など身の回りの物を持ってきていただき居心地の良い環境の提供に努めている。中には、御仏壇やご自分で作られたプラモデルの飛行機を65機も居室に飾り、楽しまれている。		
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	建物はバリアフリー構造となっており、手すりの付属など利用者一人で建物内を自由に安全に移動することが出来る作りになっている。またキッチンが対面式になっており利用者が活動しやすい構造になっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
きらら日吉

作成日

2015年11月16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	Ⅲ 25	入居者の心身状態と認知症状の把握がされていないため、入居者を理解出来ていない。	「その人らしく躍動する豊かな生活の実現」	会議等にて入居者の情報(センター方式による基本情報等)を確認することによってその方の理解を深める。	3ヶ月
2	Ⅱ 18	介護経験やGHでの支援に慣れていない為、共に過ごすということの理解に乏しい為に関係作りが難しい。	職員間の支援のばらつきをなくし、同じケアが出来るようになること。	外部研修への参加や、本部・ホーム内研修等で、介護技術・知識を高めるため、認知症ケアの支援を学ぶ機会を与え、回想法にも、若い職員を参加させる。	3ヶ月
3	Ⅳ 40	職員によって、調理の技術にばらつきがあり、メニューに添った料理にならない。	調理技術を向上させ、入居者と一緒に準備ができることにより、入居者にとって食事の時間が楽しみとなる。	日々の調理の際に、ベテラン主婦層がきめ細やかに指導をしていく。また、調理についての知識を学ぶ機会を設け、苦手な職員には「簡単で作り易く、見栄えのする調理方法」を伝授し、自信を付けさせる。	3ヶ月

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。