

<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	2017年9月22日
評価確定日	2017年12月28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。

平成 29 年度

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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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29・9・5	評価結果 市町村受理日	平成30年1月22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	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成29年9月22日	評価機関 評価決定日	平成29年12月28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)】

●この事業所は有限会社優心会の経営です。同法人は「グループホームあかり」の他に、瀬谷区でグループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、介護タクシーを展開しています。ここ「グループホームあかり」は東急田園都市線「青葉台駅」からバスで10分程の高台に位置しており、周囲は山や様々な果物も栽培されている、緑豊かな環境下で車通りも少ないことから散歩にも適しています。

●事業所では、開設当初から一貫して、パーソンセンタードケアを活用し、利用者の①尊敬②安心③自立④予防⑤継続の5つに重点を置き、ケア会議では、本人の言葉やADLを基に課題や目標を設定し、利用者がグループホームに入所してもこれまでの家庭環境と変わらずに、枠にとらわれない生活環境の中での自立支援を心がけています。利用者が自分の仕事として、食後の下膳や食器洗いなど一人ひとりが役割を担い、出来ることをやっていただき、外出支援も積極的に取り入れて「その人らしさ・自立支援・地域とのつながり」を大切にしたケアを実践しています。

●昨年度は、身体拘束廃止推進モデル施設養成研修を修了したことで、管理者は改めて身体拘束や虐待についてより一層の理解と知識を浸透させたいと考え、会議や研修の中でニュースになった記事や事例を挙げながら職員間で検討し、曖昧な対応や言葉がけについても線引きを行って情報を共有することで全体的な意識向上の取り組みを図っています。

【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	グループホームあかり
ユニット名	福寿

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

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、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
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。 理念をより理解しやすく、実現しやすく整理し理念の共有をはかる。職員会議時に理念の共有確認。玄関に掲示	理念は職員の更衣室に掲示することで、勤務前に確認しています。職員会議や内部研修の中で理念について話し、職員に共有・周知しています。理念は開設時から変わらず「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。」とし、日々、利用者の能力を生かしたケアに取り組んでいます。	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	自治会に加入 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 他GHとの交流会 地域の方々とのふれあい祭り	自治会に加入し、夏祭り、花見会、敬老会に酸化している他、地域の防災訓練に参加したり、事業所の訓練に参加していただく等、相互に協力関係を築けています。散歩時に会った方に挨拶を交わすなどの交流を図っています。	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	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	ホームの内容の把握（利用者の現状報告、サービス等）。外部評価、実地調査、その他の報告、行事の声掛け。緊急時の自治会連絡会、消防班の協力体制。地域の方々との夜間想定避難訓練。行事の準備やテーブル等の貸出。人材の話、困難なケアの意見交換。また情報の提供もいただいている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、地域包括支援センター職員、自治会長、自治会顧問、家族等の参加を得て開催しています。議題は事業所の活動・状況を報告がメインですが、地域の情報や緊急時の協力体制等についても協議しています。行事の際にはテーブル等の物品貸し出しの協力を得ています。	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に取り組んでいる	市・区の会合に出席 高齢者支援担当への情報提供。 地域ぐるみの取り組み協力。 キャラバンメイトとしての協力。	生活保護受給者の受け入れを行っている関係で、区の担当者とも密に連絡を取り合っています。また、毎月地域のグループホーム5事業所で会合を開催しており、区の担当者や包括の職員も参加しているので情報交換や相談を行い協力関係を築いています。横浜市や緑区主催の会合にも出席しています。	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
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	昨年度県の身体拘束廃止推進モデル研修を受講しました。身体拘束については、研修やニュース等の記事を回覧することで職員の意識向上に努めています。玄関の施錠は夜間のみ行っていますが、ユニット間の出入り口は鍵をかけずに自由に出入り出来るようにしています。	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 虐待事例に対する対応		
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 「市民後見人制度講座」の活用		
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出来るように契約書・重要事項説明書の、勉強会を行っている。 職場内研修		
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して家族の希望と本人の現状を報告する。 ユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告	家族からの意見は来訪時や電話で利用者の近況報告をすると共に伺っています。家族からの意見・要望については、ユニット会議等で職員間で共有し検討した後に運営に反映させています。また、玄関に意見BOXを設置し意見を表出できるようにしています。	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	
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接有り 2ヶ月に1回懇談会 利用者の代弁の声を聞く機会作り	職員からの意見は、毎月の会議で職員からの意見を聞き、意見交換しながら反映させています。会議では、書記と司会を持ち回りにすることで全員が発言する機会を作っています。また、2ヶ月に一回は懇談会を行い職員からの声を聴取しています。	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	昇給・資格手当・年末始奨励金支給・夏冬賞与夜勤手当・処遇改善手当・交通費全額、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。 資格取得への支援			
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(市、県、全国GH協) グループホーム相互研修、研修への勧め 勉強会 職場内研修			
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 同地域5つのGHとの月1回の交流会を行ない、山下ふれあい祭り・認知症講座・サポーター養成講座開催			
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。 本人の今までの生活を知る。 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いく。			

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。 話しやすい関係作り。 相談相手、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、家族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。 ・献立の作り方、物の由来、昔話等教わっている。		
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(墓参、実家、サークル) 本人の安心感を支援	友人等の来訪は年々少なくなっていますが、電話を貸し出したり、レクで作った手作り絵葉書や年賀状を出す事業所からアプローチするようにしています。また、家族にも協力をお願いして、墓参りや実家への帰省等、本人の馴染みの場所や人との関係を継続出来るように支援しています。	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
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・カラオケを行っている。		
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。	入居時のアセスメントを基に日々の生活の中で思いや希望の把握に努めています。自身で思いや意志を伝えられる方には、入浴などの1対1になった際に話しを伺うようにし、聞き取りが困難な方はセンター方式C-1-2シートを用いて利用者の心身の情報を把握したうえで、ケアプランに盛り込み、可能な限り本人の思いや意向に沿った支援に努めています。	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	家族から生活歴、馴染みの地、友人を知り、暮らしの中に取り入れて行く。		
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 1日ひとりの過ごし方を把握する(ある日の1日)		

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・ケアカンファレンス・モニタリングを行い、本人・家族の声を頂きながら、本人主体のケアプラン作成を行っている。 その人に合った介護計画の作成を、全員で作っている。見直しでの工夫、臨機応変な見直し 新たな声、希望の見直し	開所時より一貫して、センター方式を用いてケアプランを作成しています。毎月1、2回ケース会議を開催し、経過記録、職員の気づきを基にアセスメントをしながらC-1-2を作成し、モニタリングを行っています。C-1-2を活用することで、利用者の現状の心身状況に即したケアプランを作成しています。短期の見直しは3ヶ月毎、長期は6ヶ月毎に見直しを行っています。	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	経過記録から気づき、変化を知る。 月1～2回ケース会議 職員同士が情報を共有しケアやケアプラン作成に関わっている。			
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	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・カラオケボランティア・書道ボランティア			
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	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 医療連携体制	入居時にかかりつけ医の有無を伺い、本人・家族の意見を尊重して希望する医療機関で受診が受けられるよう支援しています。事業所では月4回内科の往診があり、歯科は必要に応じて都度連絡して往診に来ていただいています。以前からのかかりつけ医で受診している方は、情報交換を密に行い情報の共有に努めています。看護師は週1回バイタルチェックにきています。	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	協力医療機関のDr・看護師 連携体制あり 緊急時に往診あり。 緊急時の入院、受診の紹介 医療連携体制の訪問看護		
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・相談室とは情報交換を蜜に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。協力医療機関ばかりでなく、隣接の病院関係者との交流を持っている。		
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、事業所の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、方針の統一、状況変化に応じた三者話し合い、共有の支援を行う。	契約時に重度化や終末期における指針を説明し、口頭にて確認をとっています。重度化した場合は医師、看護師、職員で話し合った後に家族と話す機会を設け、方針を決めています。事業所では、家族の意向に沿って方針を統一して、終末期に向けた支援を行っています。	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	マニュアル 救急方法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用法 消防署、看護師の協力		
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 自家報知器設置・スプリンクラー設置	防災訓練は夜間想定で年2回実施し、うち一回は消防署にも立会いで実施しています。事業所は土砂崩れ警戒区域に指定されていることもあり、地震、火災対応マニュアル以外に土砂災害マニュアルも作成しています。また、地域の防災訓練にも参加したり、事業所の訓練に参加いただく等、災害時の協力体制について役割を明確にしています。備蓄は3日分の水や食料、カセットコンロ、毛布等を準備しています。	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	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(特に人前で声掛けには注意する)、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)外部からの個人情報についての守秘	職員には、利用者一人ひとりの人格を尊重し、その人の能力を發揮を促すケア、言葉遣い等で人格を損なうことのないよう日頃から周知徹底しています。職員は、主体は利用者であることを念頭におきながら、利用者の自己決定を促す声かけや待つことを心がけて支援しています。個人情報については、入職時に個人情報取り扱いについて誓約書を交わし、家族にも肖像権について確認をとっています。	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	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。 利用者とホーム長とのディスカッションで利用者の声を吸い上げる。	/		
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	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・化粧品・下着など、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、一緒に食事をする。 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳→自立支援 摂食しやすいもの、本人の希望を優先する。	1、2週間に一回は利用者の希望を取り入れた食事を提供しています。メニューは自前で考え、食材はネットスーパーの活用や買い出しに行き購入していましたが、業者委託のレシピ付きで食材を取り寄せる予定にしています。食事の際は、自分のお箸を箸入れから選んで他の人に回したり、下膳や食器洗いなど、一人ひとりの能力を生かしながら食事支援を行っています。	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	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 利用者の体調で食べる量や、やわらかさを加減する。		
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、歯科衛生士の指導を全員で受ける。 口腔、摂食ケアに関するアンケートへの協力		
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が、使用の場合も定時的声掛けで自立排泄支援をする。 SOSの早期発見 布パン使用—自信回復	排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。定時での声かけ、仕草などを注意深く観察してトイレ誘導を行っています。昼夜を問わずトイレ誘導を行うことで、自立排泄を促す支援を心がけています。事業所では、極力リハビリパンツ等の使用を控えて利用者の自信回復に繋げるように努めています。	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	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日果実・野菜・水分を摂取 自立排泄を促すケアも行う		
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	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。 無理強いもしない 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。常にゆったり入浴できる環境作りを工夫している(着脱の方法、当番でないスタッフの支援等)	入浴は週3回、10時～17時の間にユニット全員の入浴支援を行っていますが、無理強いせず本人の意向を尊重しながら入浴を促しています。入浴は清潔保持の他、体調変化の把握する重大な役割があると考え、拒否のある方には職員を代えたり時間を変えながら気持ち良く入浴出来るように支援しています。	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	昼寝励行、下肢血流防止、就寝・起床もゆっくりしている。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、水分摂取を支持し、不眠のデータを取る。室温・証明調節			
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	畑仕事が好きなの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。 ちぎり絵・ぬり絵・書道など好きなことをしていただいている。			
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	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 社会見学	悪天候時以外は散歩や日向ぼっこを行い、社会性を保持する為に買い物や喫茶店にも行っています。畑仕事が好きの方には庭の畑で栽培している野菜や植物の手入れをしていただいたり、皆で実った野菜を収穫しています。外出行事では四季の森へ花を観に行ったり、初詣にも出かけるなどして季節感を感じられるように支援しています。		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	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、社会性を支援している。お店屋さんを開店し、ホーム内で買い物実感を味わう。			

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し。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	リビング兼ダイニングは食事スペースとテレビを観ながら寛ぐ空間を分けることで、生活にメリハリをつけるようにしています。空調が直接利用者に当たらないように配慮され、居心地良く過ごせる空間作りがされています。壁には趣味活動で作成した絵手紙、書道作品、外出時の写真が飾られ会話にも繋がっています。事業所は自然に囲まれた場所にある為、リビングの窓からは季節によって移り変わる自然の景色を眺めることもできます。	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	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。 外のベンチでは、1階、2階関係なく交流が行われている。		
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	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 家族から届いた孫の絵や手紙をいつも見れるように飾っておく。	クローゼット、エアコン、照明は備え付けとして完備されていますが、それ以外の家具や調度品などは、利用者と家族で相談しながら自由に持ち込んでいただいています。ベッド、テーブル、椅子、カレンダー、仏壇、家族写真等が持ち込まれ、その人らしい居室作りがされています。各居室には手作りの表札が飾られ、本人が書いたものや職員が書いたものなど、個性ある居室になっています。	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	バリアフリー作り、廊下の手すり、ドアは引き戸、履き物はかかとのある物 個々の力の発揮として、調理の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29年9月22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
		重度化に対するスタッフの言動、行動に対する心構え	個人の力の発揮を見極めて、1人1人のケアを全体的に理解し共有する。スタッフの言動、行動の再認識、再教育を目指す。虐待、拘束の絶対禁止。	日常生活の中で本人の「できる」「できない」を把握し、個々に合った声掛けや支援を行う。虐待や拘束について職場内で研修を行い、再確認する。	
		利用者が好む外出をより多く取り入れたい。	今、行っている買い物ツアーや見学会、夏祭りなもちろんのこと、より身近な地域の催しへの参加やなじみの知人や家へも一緒に行く。	地域社会の一員として地域の行事に参加、協力する。また地域の人々にもホームにきていただく。	

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	グループホームあかり
ユニット名	喜寿

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

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、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
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。 理念をより理解しやすく、実現しやすく整理し理念の共有をはかる。職員会議時に理念の共有確認。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	自治会に加入 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 他GHとの交流会 地域の方々とのふれあい祭り		
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（利用者の現状報告、サービス等）。外部評価、実地調査、その他の報告、行事の声掛け。緊急時の自治会連絡会、消防班の協力体制。地域の方々との夜間想定避難訓練。行事の準備やテーブル等の貸出。人材の話、困難なケアの意見交換。また情報の提供もいただいている。		
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	市・区の会合に出席 高齢者支援担当への情報提供。 地域ぐるみの取り組み協力。 キャラバンメイトとしての協力。		

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 虐待事例に対する対応		
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 「市民後見人制度講座」の活用		
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出来るように契約書・重要事項説明書の、勉強会を行っている。 職場内研修		
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して家族の希望と本人の現状を報告する。 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接有り 2ヶ月に1回懇談会 利用者の代弁の声を聞く機会作り		
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・処遇改善手当・交通費全額、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。 資格取得への支援		
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(市、県、全国GH協) グループホーム相互研修、研修への勧め 勉強会 職場内研修		
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 同地域5つのGHとの月1回の交流会を行ない、山下ふれあい祭り・認知症講座・サポーター養成講座開催		
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。 本人の今までの生活を知る。 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いく。		

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。 話しやすい関係作り。 相談相手、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、家族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。 ・献立の作り方、物の由来、昔話等教わっている。		
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(墓参、実家、サークル) 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・カラオケを行っている。		
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、友人を知り、暮らしの中に取り入れて行く。		
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 1日ひとりの過ごし方を把握する(ある日の1日)		

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・ケアカンファレンス・モニタリングを行い、本人・家族の声を頂きながら、本人主体のケアプラン作成を行っている。 その人に合った介護計画の作成を、全員で作っている。見直しでの工夫、臨機応変な見直し 新たな声、希望の見直し		
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。 月1～2回ケース会議 職員同士が情報を共有しケアやケアプラン作成に関わっている。		
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	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・カラオケボランティア・書道ボランティア		
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	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 医療連携体制		

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	協力医療機関のDr・看護師 連携体制あり 緊急時に往診あり。 緊急時の入院、受診の紹介 医療連携体制の訪問看護		
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・相談室とは情報交換を蜜に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。協力医療機関ばかりでなく、隣接の病院関係者との交流を持っている。		
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、事業所の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、方針の統一、状況変化に応じた三者話し合い、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の使用方法 消防署、看護師の協力		
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 自家報知器設置・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(特に人前での声掛けには注意する)、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)外部からの個人情報についての守秘		
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。 利用者とホーム長とのディスカッションで利用者の声を吸い上げる。		
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・化粧品・下着など、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、一緒に食事をする。 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳→自立支援 摂食しやすいもの、本人の希望を優先する。		

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
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 利用者の体調で食べる量や、やわらかさを加減する。		
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、歯科衛生士の指導を全員で受ける。 口腔、摂食ケアに関するアンケートへの協力		
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が、使用の場合も定時的声掛けで自立排泄支援をする。 SOSの早期発見 布パン使用—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日果実・野菜・水分を摂取 自立排泄を促すケアも行う		
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	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。常にゆったり入浴できる環境作りを工夫している(着脱の方法、当番でないスタッフの支援等)		

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・起床もゆっくりしている。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、水分摂取を支持し、不眠のデータを取る。室温・証明調節		
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いしない。 ちぎり絵・ぬり絵・書道など好きなことをしていただいている。		
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	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 社会見学		
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、社会性を支援している。お店屋さんを開店し、ホーム内で買い物実感を味わう。		

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し。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		
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。 外のベンチでは、1階、2階関係なく交流が行われている。		
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	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 家族から届いた孫の絵や手紙をいつも見れるように飾っておく。		
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、履き物はかかとのある物 個々の力の発揮として、調理の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29年9月22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
		重度化に対するスタッフの言動、行動に対する心構え	個人の力の発揮を見極めて、1人1人のケアを全体的に理解し共有する。スタッフの言動、行動の再認識、再教育を目指す。虐待、拘束の絶対禁止。	日常生活の中で本人の「できる」「できない」を把握し、個々に合った声掛けや支援を行う。虐待や拘束について職場内で研修を行い、再確認する。	
		利用者が好む外出をより多く取り入れたい。	今、行っている買い物ツアーや見学会、夏祭りなもちろんのこと、より身近な地域の催しへの参加やなじみの知人や家へも一緒に行く。	地域社会の一員として地域の行事に参加、協力する。また地域の人々にもホームにきていただく。	

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。