

<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	1495600171
法人名	ルミナス株式会社
事業所名	グループホームひかり川崎麻生
訪問調査日	2019年3月18日
評価確定日	2019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。

平成 30 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	1495600171	事業の開始年月日	平成23年5月1日	
		指定年月日	平成23年5月1日	
法人名	ルミナス株式会社			
事業所名	グループホームひかり川崎麻生			
所在地	(〒215-0012) 神奈川県川崎市麻生区東百合丘1-14-8			
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31年3月3日	評価結果 市町村受理日	令和1年7月11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)】

- ・地域と密着したホームを目指し、地域包括支援センター協力しホームにて毎月「ひかりカフェ」（認知症カフェ）を行なった。また、ローソンの移動販売が駐車場にきて地域の方が気軽に利用できる憩いの場となるよう努めている。
- ・地域でみまもりあうための活動を計画している。
- ・スタッフはOJTシートを利用しながら、キャリアアップ制度において向上に励んでいる。3月に社内の事例発表会に向けて取り組みを行なっている。
- ・毎月の外出行事も食事に出かけるだけでなく季節を感じる企画を意識。

【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成31年3月18日	評価機関 評価決定日	平成31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)】

- この事業所は、ルミナス株式会社の運営です。同法人は東京で1ヶ所・神奈川で4カ所・千葉で2ヶ所・山梨県で1ヶ所の計8か所のグループホームを運営しています。ここ「グループホームひかり川崎麻生」は、小田急線「新百合ヶ丘駅」から15分ほどバスに乗り、「中の台バス停」下車して徒歩1分の場所に有り、周囲は戸建て住宅を中心とした閑静な高台の住宅街にあり、天気の良い日には富士山を望むことも出来、眺めと日当たりが良い環境下にあります。法人の理念「ひとに光を」に沿って、利用者・家族・スタッフ・地域の四者すべてに幸せの「ひかり」が当たり、それぞれが主役になれる事業所を目指しています。
- ケアについて、利用者に拒まれないケア、家族との関りから生まれる豊かなケアの取り組みに注力して取り組んでいます。職員は自らのケアについて困っていることや、拒否されることに対するアンケート調査を職員内で行い、他の職員との接し方や声の掛け方の違い等について話し合いを行っています。協議した結果、受け入れられるケアとは利用者との信頼関係によって成り立つものであるとして、利用者とのコミュニケーションを図りながら信頼関係を築くことを第一としたケアを心がけています。
- 法人の環境整備のプロジェクトの一環として、昨年度から今年度にかけて利用者が居心地が良く安心感のある共用空間の提供出来るように取り組んでいます。玄関は白を基調とした木目調の内装になっており、事業所の活動状況の紹介・利用者の暮らし方・行事等のスライドショーを飾り、台所前をカフェ風に模様替えて、リビングにテレビ観賞コーナーを設ける等、建物内全体がお洒落で居心地の良さが感じられる空間作りがされています。

【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	グループホームひかり川崎麻生
ユニット名	1階

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、生き生きと働いている。 (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	・高齢者、家族、スタッフ3者にとってひかりある環境を提供する事を事業理念としている。 ・日々の関わりで、利用者や家族に対して理念を心がける事はもとより、企画等でも地域住民、自治会と関わる際、地域の方にもひかりある環境をを具体化していけるよう、管理者、職員とも努力している。	法人の理念は「ひとに光を」です。利用者・家族・職員・地域の四者すべてに幸せの「ひかり」が当たり、それぞれが主役になれる事業所を目指しています。職員は常に、どうすれば地域に貢献できるかを意識しています。周辺は坂の多い地域で、買い物の便宜を図るために、事業所の駐車場に来る移動販売をより多くの住民に利用して頂く等の取り組みをしています。	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	・自治会に入り、総会や地域イベントに参加。回覧板を利用者との散歩の途中でまわしている。 ・地域の方がホーム駐車場の移動販売で買い物が出るようにし、交流を持っている。	自治会に加入して、地域の行事に参加しています。また、地域包括支援センター主催の認知症カフェの会場として事業所を開放して毎月開催しています。更に、ローソンの移動販売が事業所の駐車場に来て、地域の方が気軽に利用出来るように呼びかけをしています。近くの特養で開催されるサマーフェスタに利用者と一緒に参加しています。	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	・地域包括支援センターと協力し、「ひかりカフェ」（認知症カフェ）を開催。ローソン、はぐるま工房の移動販売を駐車場で行なってもらい、入居者と地域の方の交流を図っている		
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	・日程の変更等はあったがおおむね2か月ごとの運営推進会議が開催されている。活動に対する意見をもらう機会、顧客満足度アンケート結果からの取り組みについて話す機会を持っている。また、地域の中でできることについて意見交換を行なっている。	自治会役員・民生委員・包括支援センター職員・家族等の参加を得て2ヶ月に1回開催しています。会議では、事業所の現状や活動報告を行い、参加者から意見等を伺っています。頂いた意見や提案は、検討したうえで運営に反映させています。ローソンの移動販売の宣伝方法、みまもりあいプロジェクト、コミュニティカフェ「てとて」の取り組みについての話し合いも行われています。	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取り組んでいる	・認知症カフェに包括支援センターの方が参加されたり、ローソン移動販売には区役所の地域みまもり支援センターの方が参加しているため、随時、相談ができる環境がある。	区役所の地域みまもり支援センターの方に、ローソン移動販売に参加して頂いている他、「みまもりあいプロジェクト」にも協力して頂いています。また、地域包括支援センターと協力して認知症カフェ（ひかりカフェ）を開催しています。集団指導講習会等の行政主催の研修会にも参加しています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止委員会の設置。委員会議事録、不適切ケアを考える研修からの情報共有。カンファレンス等でもケアを振り返る機会を持っている。 ・フロアのドアは1Fは施錠時間（13時～19時）2Fのドアと玄関の施錠はしていない。 	身体拘束防止委員会を立ち上げ、身体拘束廃止に関する指針を作成しています。また、高齢者虐待の概念図や、不適切チェックリスト等を作成し、研修やカンファレンス等でも職員と情報交換すると共に委員会でも検討しています。1Fのユニット出入口の扉は時間を決めて施錠していますが、2Fのユニット出入口扉と玄関は職員の見守りで対応しています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・「虐待防止」マニュアル、身体拘束廃止委員会、身体拘束廃止に関する指針作成、研修等、スタッフと情報共有をすすめ取り組んでいる。 ・入浴介助や着脱介護の際に身体の様子観察する等してサインを見落とさないように防止に努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居している方のキーパーソンが後見人となっている方もいるため、カンファレンス等で「成年後見人」について取り上げ学ぶ機会をもっている。 ・川崎市の成年後見人制度についてのパンフレットを玄関に置き、家族や職員が見れるようにしてある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約時には事業所の支援に関する考え方や取り組み、過去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明し、同意を得るようにしている。 併せて利用者や家族の不安や疑問をたずね、十分な説明を行い、理解が得られるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・CSアンケートを年に1回実施。 ・3ヶ月に1度のケアプラン説明でご家族からは意見、要望を伺い、ケアプランに反映させている。 ・玄関に意見箱を設置してあり、自由に記入できるようにしてある。 	3ヶ月に1度のケアプラン説明会で家族から意見や要望を伺い、ケアプランに反映させています。また、玄関に意見箱も設置し、意見や要望をいつでも投函出来るようにしています。法人では「お客様満足アンケート」を実施し、家族から直接、法人のQC（品質管理）室に送付される体制を整え、各事業所に結果がフィードバックされるようになっています。	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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年に一度のESアンケートを実施 ・QC活動でおもてなしをテーマに職員が環境改善等の提案をしている。 ・CAP私の事業所アンケートにより、スタッフの意欲等の統計を確認することができるようにしている。 	年1回、無記名の「従業員満足度アンケート」が実施され、直接法人に送付されます。法人は、環境改善を目的にQC（品質管理）活動を活発に行い、各事業所の管理者が集まる会議で、フィードバックしています。毎月職員に実施されているメールでのアンケート（CAP私の事業所アンケート）でも、スタッフの意欲等の統計を確認しています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアアップ制度を導入し職員の努力、実績を評価し、向上心を持って働けるような環境整備に努めている。 ・スタッフが自己課題を見つけ、先の計画をたて取り組みを相談できる面談を行なっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン研修、新人研修、講師が訪問してくる等の研修を実施。 ・自社、他社講師によるCDP研修は認知症ケア、ストレスマネジメント、不適切ケア、虐待について等いろいろな内容の講義があり、希望スタッフが参加できるようにしている。 		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者が、全国認知症ケア実践者ネットワークLinkの世話役になっており、泊りがけの研修等に管理者や職員を参加させている。 ・QCミーティングではスカイプを使い、はなれたホームのスタッフとの交流が持てる。 ・訪問研修は来てもらうだけで他ホームへ行き参加する機会となっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・インテーク面接時に、本人（本人が意思を伝えられない場合には家族）から困っている事、どのような生活を望んでいるかを聞き、適切にニーズを抽出できるように努めている。 ・暫定プランを作成し、必要な時にはすぐ修正を掛けるようにしている。 		

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
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	・利用開始前に困っている事、不安に思っている事、を必ず伺うようにしており、ご家族からの要望があった時等は速やかに対応し、安心していただけるよう努めている。		
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	・本人様、家族様の希望されている事をまず伺ったうえで、本当に本人様に必要なものか、本人様の為になるものか見極め支援している。		
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	・自分で出来る事は自分で行っていただき、どうしても手を貸した方が良い時には一緒に行なうようにしており、支援する。介護される関係をなくし、支え合う同士としての関係を創れるよう努めている。		
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	・8月の納涼祭や1月の新年会には多数のご家族の参加があり、一緒に楽しめる機会を設けている。家族が参加できるイベントも増やし、外食イベントにご家族が参加することも多々ある。 ・家族と協力して足浴をするなど、本人とふれあう機会を家族に提案している。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	・知人への連絡は希望によりつなげ、友人の訪問がある方もあり、関係がとぎれないよう努めている。	時折面会にみえる友人に菓子を送りたいと希望される方の希望を叶えたり、友人と電話で連絡を取り合っている方、家族の来訪時に一緒に外食に行っている方もいます。家族と墓参りや、外泊した方が年末年始に3名いました。事業所では、利用者の意向を聞きながら、馴染みの関係が途切れない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	・アクティビティ（カラオケ、外気浴、ゲーム等）や季節行事で、利用者同士の交流が深まるように支援している。 ・ユニットにこだわらず、自由に行き来できるよう努めている。		
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	・退去先の施設を訪問するなどし、先方との情報交換をしている。 ・退去した方のご家族が現在ボランティアとして関わってくださっている。		
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。	・日々の会話からご本人の思いや意向がうかがえた時には介護記録、サービス実施状況シートに残し、情報共有している。カンファレンスではそれらをふまえて介護者よがりにならないよう十分に注意し、意向をケアプラン第1表に記入しスタッフがわかるようにしている。	入居時に、入居相談受付書に本人の意思・起居動作・身体機能・ADL・既往症・通院状況・服薬等その方の基本情報を記入し、情報を把握しています。入居後は、日々の生活状況を時系列で介護（ケース）記録に記入していきます。ケース記録にケアプランのケア項目番号を記入しているため、ケアプランと支援内容が一目で分かるようになっています。毎月実施しているケア会議で日々の様子を共有しながら、全員の様態の把握に努めています。	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	・入居審査時にご本人からお話を伺うと共に、ご家族から入居時に生活歴について書類を記入していただいている ・入居後もご家族から伺った内容を介護記録、ケアプランに記載し情報共有している。		
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	・介護記録と業務日誌にて時間ごとの行動や変化を情報共有している。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人より日々の関わりの中から希望を伺い、ケアプランに反映できるように努めている。サービス実施状況シートを使いチームでケアプラン内容を検討している。 ・ご家族へのケアプラン説明を3ヶ月に1度面談で行ない、ご家族の意見も反映している。 	入居時は入居時基本情報を基にアセスメントを行い、初回ケアプランを作成しています。入居後は初回ケアプランで1ヶ月程度様子を見ながらケアを行っています。入居後は、日々の関りの中でサービス実施状況シートを使用してモニタリングと、ケアカンファレンスを行い、チームでケアプラン内容を検討しています。通常のケアプランは3ヶ月毎に見直しています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の様子を介護記録に記入し、食事量や排泄、バイタルについてもチェック表に記入し情報共有やケアプランの見直しに活かしている。 ・ケアプランに基づいたケア記録の記入を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族の状況に応じ、ケアプラン説明や入居契約、通院介助についても個々の状況に応じて対応している。 ・買い物や移動販売がホームに来た際、できるようにしている。 ・本人の意向に合わせて美容院に出かける支援を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア（傾聴、納涼会、そば打ち、輪踊り等）に関わってもらっている。 ・はぐるま工房（地域の障害者施設の方）が移動販売の為に来てくれている。 ・近くの施設のイベントに入居者と出かけている。 ・地域中学校の職場体験受入れ 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居契約の際にかかりつけ医と「同意書」を交わしている。他の病院に行く際には紹介状を主治医に依頼し、スムーズに受診できるように努めている。 ・訪問歯科、皮膚科往診も必要がある方には受けられる体制がある。 	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、本人・家族の意向を尊重して主治医を決めています。協力医療機関からは月2回（全員診療と一人診療）の訪問診療があります。歯科医の往診は週1回、皮膚科は月1回の往診があります。契約している看護師は、毎週利用者の健康管理と医療面の相談に乗って来ています。	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	・週1回の訪問看護以外にも、担当看護師とSNSで繋がっているため、昼夜問わず連絡・相談ができる状態がある。		
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。	・入院した場合はなるべくお見舞いに伺うと共に、ご家族から医師の話を聞き、退院カンファレンスには極力参加させていただいている。		
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	・入居契約時に重度化した場合や終末期のあり方について説明している。実際に重度化が近くなった場合は、ご本人、家族にとって最良の方法がとれるよう支援している。	入居契約時に重度化した場合や終末期のあり方について説明しています。実際に重度化が見られた場合は、本人、家族にとって最良の方法がとれるよう支援しています。要介護3になった時点では、特別養護老人ホームの申し込みを提案しています。ケアプランに認知症及び高齢者の日常生活自立度、FASTを表示して、家族に重度化が理解できるようにしています。	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	・緊急時のファイルを作成し、救急車の呼び方、主治医、既往歴等記載し、事故発生に備えている		
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	・避難訓練を実施し、災害時の誘導等担当を決め迅速な避難が出来るよう努めている。 ・防災倉庫には備蓄、発電機や簡易トイレなどの準備がある。 ・場所が高いため水害は可能性として、ほぼないが地震等の避難場所は避難所マップをスタッフルームに貼りだしてある。	年2回、避難訓練を行っています。訓練は防災設備会社の立会い下、防災設備取り扱い方法や水消火器を使用した実践的訓練も行っています。防災倉庫には備蓄、発電機や簡易トイレなどを保管しています。立地上高い場所にあるため、場水害の可能性は低いですが、地震等の避難所マップをスタッフルームに掲示しています。自治会の消防訓練にも参加しています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄時、入浴時のプライバシーを守る対応をはじめ、声かけやよび方等はご本人やご家族に確認して行なっている。 ・OJTシートを使い関わり方を振り返る機会をもち、日頃の対応に活かしている。 	法人や事業所内研修でも、プライバシー保護や個人情報について研修を行っています。介助する際は、本人の気持ちを第一に考え、自己決定を促すような言葉かけを心掛けています。排泄時、入浴介助時にはプライバシーや羞恥心にも配慮しながら対応しています。職員面談でOJTシートを使い関わり方を振り返る機会をもち、日頃の対応に活かしています。	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	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症状が重い方でも、生活の中に選択肢を提示し、なるべく自己決定ができる機会を多くつくっている。 ・OJTシートを使い関わり方を振り返る機会をもち、日頃の対応に活かしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・おおまかな業務の流れはあっても、一人一人のタイムスケジュールがあるものではない。それぞれの起床時間や消灯時間は決めておらず、個々のペースに合わせている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2か月に一度、訪問美容を利用できる支援をしている。 ・毎月の外出時に、おしゃれができるよう支援している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフと一緒に調理や盛り付け、片づけ等をおこなっている。 ・毎月外食の計画を利用者の意向を聞いて計画している。 	食材とメニューは、食材業者から発注しています。出来る方には、職員と一緒に盛り付けや片付けを手伝って頂き、下膳や食器洗いも利用者に手伝って頂きながら、ADLの維持につなげています。外食支援は、利用者の希望を聞きながら、月に一回実施しています。回転ずし、うどん、お祭りの屋台食を食べに行ったり、家族にも参加して頂きながら、芋煮会等も開催しています。	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
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	・各利用者の状態に応じて食事量を調整したり、必要に応じて補助食品を提供している。 ・水分量は1日を通して確保できるよう、スポーツドリンクやゼリー等に工夫して提供している。		
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	・週1の歯科往診を含め、口腔ケアの支援や口腔内の観察を実施している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	・排泄パターンを把握し、誘導や声かけ、排便の確認等、個々に合わせて支援している。 ・カンファレンス、サービス実施状況確認を通して個々の様子の変化にあわせた排泄の支援について話し合う機会がある。	排泄チェック表を基に個々の排泄パターンの把握に努め、タイミングや定時によるトイレ誘導を行っています。カンファレンス、サービス実施状況確認を通して個々の様子の変化にあわせた排泄の支援について検討しながら、その方に応じた排泄支援を行っています。オムツ、パットの使用については、本人の意向を尊重して決めています。	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	・牛乳やヨーグルト等の食べ物での対策の他に運動や水分摂取、オリーブオイルの摂取等多角的に検討している。		
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	・個々のタイミングに合わせている。順番や温度等も個別の希望に合わせている。 ・現在同性介助の希望はないが、気にされていないか注意している。	1日3名ずつのサイクルで、利用者のタイミングに合わせて週2回以上の入浴支援を行っています。季節のゆず湯や菖蒲湯、時には入浴剤を使用する等しながら、いつもと違う雰囲気を入浴を楽しんで頂ける日も設けています。利用者によっては、入浴後に医師の処方薬、市販のローション、オリーブオイルを塗布する等、個人の状態に合わせて対応しています。	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	・夜間の良眠につながるべく、日中の活動を支援している。また一人一人の普段の様子、疲れやすさなどの把握に努め、必要を感じる方、今までの習慣から昼寝等の休息も個々のペースに合わせておこなっている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	・服薬説明書のファイルにてスタッフ間で情報共有している。 ・薬の与薬時の名前の確認や飲み込みの確認等のスタッフ間でおこなっている。		
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	・生活リハビリとして、これまでの生活にそった家事ができるよう支援している ・趣味についても継続できるよう、ボランティア等を活用し支援している。 ・買い物をするのが好きな方が移動販売を利用できるようにしている。		
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	・天気の良い日は外気浴や散歩に行っている。 ・毎月の外出は季節を感じられることも目的に入れながら、入居者の希望にそって計画をたてている。 ・買い物をするのが好きな方が移動販売を利用できるようにしている。	天気の良い日は、敷地内に設置しているベンチで外気浴や散歩に出かけています。利用者のADLを考慮しながら、車の通らない近くの公園を含めた住宅地の中を散歩しています。また、買い物好きな方は移動販売を利用して、買い物を楽しんで頂いています。外出行事は、諏訪神社の初詣、町田のリス園、生田緑地の菖蒲園、近隣特養の夏祭り、町内会のお祭りなど各種の趣向で行っています。	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	・基本的には金銭管理は職員が行なっているが、外出時、買い物等にご本人が預かり金から支払いをする機会をつくれるように工夫している。		

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	・電話の希望については、ご家族の同意のもとに行なっている。またご家族、知人への手紙の作成、連絡等もサポートし行なっている		
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	・共有スペースにはエアコン、空気清浄機が設置され、適温が保たれている。 ・廊下やリビングの壁には外出時の写真を展示し、季節感を出すよう支援している。 ・トイレの照明の点灯時間設定も入居者の要望から設定をかえたりしている。 ・どのような場所で過ごしたいかを考え装飾等の環境整備をすすめている。	法人の環境整備のプロジェクトの一環として、昨年度から今年度にかけて利用者が居心地が良く安心感のある共用空間の提供出来るように取り組んでいます。玄関は白を基調とした木目調の内装になっており、事業所の活動状況の紹介・利用者の暮らし方・行事等のスライドショーを飾り、台所前をカフェ風に模様替えして、リビングにテレビ観賞コーナーを設ける等、建物内全体がお洒落で居心地の良さが感じられる空間作りが行われています。	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	・テレビの前のソファや廊下の長椅子等で、気の合った入居者同士、または一人で過ごせる空間が確保できるように工夫している。 ・テレビの場所を変更するなど、限られたスペースの中でも自身が思う場所で過ごす環境作りをしている。		
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	・入居時になるべくなじみの物やアルバム、家族写真等をお持ちいただくようお伝えしている。 ・本人の歩行状態にあわせて、自身で動きやすい環境作りを家族とも話しながらすすすめている。	エアコン、クローゼット、カーテン、洋服かけが備え付けとして完備されています。その他は、入居時に馴染みのある調度品や思い出の品を持ち込んでいただくことを勧めています。居室には姿鏡、テレビ、机、筆筒等の他、切り絵など趣味の作品、家族写真も飾られ、馴染みの物に囲まれながら本人が落ち着いて過ごせる居室作りが行われています。	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	・それぞれの居室には名前、トイレもマークを含めた表記でわかりやすく表示している。 ・新入居者が浴槽の出入りが困難ため、浴槽内に福祉用具のイスを設置した。 ・下膳の際に使用可能なワゴンを準備し、安全に「できること」を継続するための工夫をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームひかり
川崎麻生

作成日

平成31年3月31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	2	ホームという枠では認知症状態にある方たちが、どうすればその人らしく暮らしているかを考え支援できているが、この先の時代に備えて、地域のためにも取り組むときではないか。	地域の中で地域の人たちがお互いをみまもりあう社会を作っていこうという気持ちたちが少しずつでも広がる。	みまもりあいプロジェクトを計画し、ホームの色々な取り組みでプロジェクト内容を発信していく。 スマホアプリを使ったイベントを開き、入り口の壁を低くし一人でも多くの人に取り組みを知ってもらう。	12か月
2	7	社内研修やホーム内研修は充実しているものの、スタッフが社外の同業者などと交流する機会が足りないと感じている。	区にグループホーム連絡会のような、グループホーム同士が交流する機会を作る。	近隣グループホーム等の施設へ挨拶にまわり、顔のわかる関係を作っていく。また、少ない数からでも近隣エリアでのグループホームの集まりの機会をもっていく。	12か月

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	グループホームひかり川崎麻生
ユニット名	2階

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	・高齢者、家族、スタッフ3者にとってひかりある環境を提供する事を事業理念としている。 ・日々の関わりで、利用者や家族に対して理念を心がける事はもとより、企画等でも地域住民、自治会と関わる際、地域の方にもひかりある環境をを具体化していけるよう、管理者、職員とも努力している。		
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	・自治会に入り、総会や地域イベントに参加。回覧板を利用者との散歩の途中でまわしている。 ・地域の方がホーム駐車場の移動販売で買い物ができるようにし、交流を持っている。		
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	・地域包括支援センターと協力し、「ひかりカフェ」（認知症カフェ）を開催。ローソン、はぐるま工房の移動販売を駐車場で行なってもらい、入居者と地域の方の交流を図っている		
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	・日程の変更等はあったがおおむね2か月ごとの運営推進会議が開催されている。活動に対する意見をもらう機会、顧客満足度アンケート結果からの取組みについて話す機会を持っている。また、地域の中でできることについて意見交換を行なっている。		
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取り組んでいる	・認知症カフェに包括支援センターの方が参加されたり、ローソン移動販売には区役所の地域みまもり支援センターの方が参加しているため、随時、相談ができる環境がある。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止委員会の設置。委員会議事録、不適切ケアを考える研修からの情報共有。カンファレンス等でもケアを振り返る機会を持っている。 ・フロアのドアは1Fは施錠時間（13時～19時）2Fのドアと玄関の施錠はしていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・「虐待防止」マニュアル、身体拘束廃止委員会、身体拘束廃止に関する指針作成、研修等、スタッフと情報共有をすすめ取り組んでいる。 ・入浴介助や着脱介護の際に身体の様子観察する等してサインを見落とさないように防止に努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居している方のキーパーソンが後見人となっている方もいるため、カンファレンス等で「成年後見人」について取り上げ学ぶ機会をもっている。 ・川崎市の成年後見人制度についてのパンフレットを玄関に置き、家族や職員が見れるようにしてある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約時には事業所の支援に関する考え方や取り組み、過去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明し、同意を得るようにしている。併せて利用者や家族の不安や疑問をたずね、十分な説明を行い、理解が得られるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・CSアンケートを年に1回実施。 ・3ヶ月に1度のケアプラン説明でご家族からは意見、要望を伺い、ケアプランに反映させている。 ・玄関に意見箱を設置してあり、自由に記入できるようにしてある。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年に一度のESアンケートを実施 ・QC活動でおもてなしをテーマに職員が環境改善等の提案をしている。 ・CAP私の事業所アンケートにより、スタッフの意欲等の統計を確認することができるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアアップ制度を導入し職員の努力、実績を評価し、向上心を持って働けるような環境整備に努めている。 ・スタッフが自己課題を見つけ、先の計画をたて取り組みを相談できる面談を行なっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン研修、新人研修、講師が訪問してくる等の研修を実施。 ・自社、他社講師によるCDP研修は認知症ケア、ストレスマネジメント、不適切ケア、虐待について等いろいろな内容の講義があり、希望スタッフが参加できるようにしている。 		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者が、全国認知症ケア実践者ネットワークLinkの世話役になっており、泊りがけの研修等に管理者や職員を参加させている。 ・QCミーティングではスカイプを使い、はなれたホームのスタッフとの交流が持てる。 ・訪問研修は来てもらうだけで他ホームへ行き参加する機会となっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・インテーク面接時に、本人（本人が意思を伝えられない場合には家族）から困っている事、どのような生活を望んでいるかを聞き、適切にニーズを抽出できるように努めている。 ・暫定プランを作成し、必要な時にはすぐ修正を掛けるようにしている。 		

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
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	・利用開始前に困っている事、不安に思っている事、を必ず伺うようにしており、ご家族からの要望があった時等は速やかに対応し、安心していただけるよう努めている。		
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	・本人様、家族様の希望されている事をまず伺ったうえで、本当に本人様に必要なものか、本人様の為になるものか見極め支援している。		
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	・自分で出来る事は自分で行っていただき、どうしても手を貸した方が良い時には一緒に行なうようにしており、支援する。介護される関係をなくし、支え合う同士としての関係を創れるよう努めている。		
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	・8月の納涼祭や1月の新年会には多数のご家族の参加があり、一緒に楽しめる機会を設けている。家族が参加できるイベントも増やし、外食イベントにご家族が参加することも多々ある。 ・家族と協力して足浴をするなど、本人とふれあう機会を家族に提案している。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	・知人への連絡は希望によりつなげ、友人の訪問がある方もあり、関係がとぎれないよう努めている。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・アクティビティ（カラオケ、外気浴、ゲーム等）や季節行事で、利用者同士の交流が深まるように支援している。 ・ユニットにこだわらず、自由に行き来できるよう努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・退去先の施設を訪問するなどし、先方との情報交換をしている。 ・退去した方のご家族が現在ボランティアとして関わってくださっている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の会話からご本人の思いや意向がうかがえた時には介護記録、サービス実施状況シートに残し、情報共有している。カンファレンスではそれらをふまえて介護者よがりにならないよう十分に注意し、意向をケアプラン第1表に記入しスタッフがわかるようにしている。 		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・入居審査時にご本人からお話を伺うと共に、ご家族から入居時に生活歴について書類を記入していただいている ・入居後もご家族から伺った内容を介護記録、ケアプランに記載し情報共有している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・介護記録と業務日誌にて時間ごとの行動や変化を情報共有している。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人より日々の関わりの中から希望を伺い、ケアプランに反映できるように努めている。サービス実施状況シートを使いチームでケアプラン内容を検討している。 ・ご家族へのケアプラン説明を3ヶ月に1度面談で行ない、ご家族の意見も反映している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の様子を介護記録に記入し、食事量や排泄、バイタルについてもチェック表に記入し情報共有やケアプランの見直しに活かしている。 ・ケアプランに基づいたケア記録の記入を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族の状況に応じ、ケアプラン説明や入居契約、通院介助についても個々の状況に応じて対応している。 ・買い物や移動販売がホームに来た際、できるようにしている。 ・本人の意向に合わせ美容院に出かける支援を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア（傾聴、納涼会、そば打ち、輪踊り等）に関わってもらっている。 ・はぐるま工房（地域の障害者施設の方）が移動販売の為に来てくれている。 ・近くの施設のイベントに入居者と出かけている。 ・地域中学校の職場体験受入れ 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居契約の際にかかりつけ医と「同意書」を交わしている。他の病院に行く際には紹介状を主治医に依頼し、スムーズに受診できるように努めている。 ・訪問歯科、皮膚科往診も必要がある方には受けられる体制がある。 		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	・週1回の訪問看護以外にも、担当看護師とSNSで繋がっているため、昼夜問わず連絡・相談ができる状態がある。		
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。	・入院した場合はなるべくお見舞いに何うと共に、ご家族から医師の話聞き、退院カンファレンスには極力参加させていただいている。		
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	・入居契約時に重度化した場合や終末期のあり方について説明している。実際に重度化が近くなった場合は、ご本人、家族にとって最良の方法がとれるよう支援している。		
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	・緊急時のファイルを作成し、救急車の呼び方、主治医、既往歴等記載し、事故発生に備えている		
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	・避難訓練を実施し、災害時の誘導等担当を決め迅速な避難が出来るよう努めている。 ・防災倉庫には備蓄、発電機や簡易トイレなどの準備がある。 ・場所が高いため水害は可能性として、ほぼないが地震等の避難場所は避難所マップをスタッフルームに貼りだしてある。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄時、入浴時のプライバシーを守る対応をはじめ、声かけやよび方等はご本人やご家族に確認して行なっている。 ・OJTシートを使い関わり方を振り返る機会をもち、日頃の対応に活かしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症状が重い方でも、生活の中に選択肢を提示し、なるべく自己決定ができる機会を多くつくっている。 ・OJTシートを使い関わり方を振り返る機会をもち、日頃の対応に活かしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・おおまかな業務の流れはあっても、一人一人のタイムスケジュールがあるものではない。それぞれの起床時間や消灯時間は決めておらず、個々のペースに合わせている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2か月に一度、訪問美容を利用できる支援をしている。 ・毎月の外出時に、おしゃれができるよう支援している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフと一緒に調理や盛り付け、片づけ等をおこなっている。 ・毎月外食の計画を利用者の意向を聞いて計画している。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 各利用者の状態に応じて食事量を調整したり、必要に応じて補助食品を提供している。 水分量は1日を通して確保できるよう、スポーツドリンクやゼリー等に工夫して提供している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 週1の歯科往診を含め、口腔ケアの支援や口腔内の観察を実施している。 		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> 排泄パターンを把握し、誘導や声かけ、排便の確認等、個々に合わせて支援している。 カンファレンス、サービス実施状況確認を通して個々の様子の変化にあわせた排泄の支援について話し合う機会がある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 牛乳やヨーグルト等の食べ物での対策の他に運動や水分摂取、オリーブオイルの摂取等多角的に検討している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 個々のタイミングに合わせている。順番や温度等も個別の希望に合わせている。 現在同性介助の希望はないが、気にされていないか注意している。 		

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
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	・夜間の良眠につながるべく、日中の活動を支援している。また一人一人の普段の様子、疲れやすさなどの把握に努め、必要を感じる方、今までの習慣から昼寝等の休息も個々のペースに合わせておこなっている。		
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	・服薬説明書のファイルにてスタッフ間で情報共有している。 ・薬の与薬時の名前の確認や飲み込みの確認等のスタッフ間でおこなっている。		
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	・生活リハビリとして、これまでの生活にそった家事がきるよう支援している ・趣味についても継続できるよう、ボランティア等を活用し支援している。 ・買い物をするのが好きな方が移動販売を利用できるようにしている。		
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	・天気の良い日は外気浴や散歩に行っている。 ・毎月の外出は季節を感じられることも目的に入れながら、入居者の希望にそって計画をたてている。 ・買い物をするのが好きな方が移動販売を利用できるようにしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	・基本的には金銭管理は職員が行なっているが、外出時、買い物等にご本人が預かり金から支払いをする機会をつくれるように工夫している。		

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	・電話の希望については、ご家族の同意のもとに行なっている。またご家族、知人への手紙の作成、連絡等もサポートし行なっている		
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	・共有スペースにはエアコン、空気清浄機が設置され、適温が保たれている。 ・廊下やリビングの壁には外出時の写真を展示し、季節感を出すよう支援している。 ・トイレの照明の点灯時間設定も入居者の要望から設定をかえたりしている。 ・どのような場所で過ごしたいかを考え装飾等の環境整備をすすめている。		
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	・テレビの前のソファや廊下の長椅子等で、気の合った入居者同士、または一人で過ごせる空間が確保できるように工夫している。 ・テレビの場所を変更するなど、限られたスペースの中でも自身が思う場所で過ごす環境作りをしている。		
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	・入居時になるべくなじみの物やアルバム、家族写真等をお持ちいただくようお伝えしている。 ・本人の歩行状態にあわせて、自身で動きやすい環境作りを家族とも話しながらすすめている。		
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	・それぞれの居室には名前、トイレもマークを含めた表記でわかりやすく表示している。 ・新入居者が浴槽の出入りが困難ため、浴槽内に福祉用具のイスを設置した。 ・下膳の際に使用可能なワゴンを準備し、安全に「できること」を継続するための工夫をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームひかり
川崎麻生

作成日

〔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

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。