

<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	1493500043
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横浜本郷台
訪問調査日	平成29年3月29日
評価確定日	平成29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 28 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	1493500043	事業の開始年月日	平成18年10月1日	
		指定年月日	平成18年10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横浜本郷台			
所在地	(244-0842) 横浜市栄区飯島町2310番地			
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年3月19日	評価結果 市町村受理日		

※ 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)】

【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3月29日	評価機関 評価決定日	平成29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経営です。同法人は神奈川、東京、千葉、山梨県で合計8か所のグループホームを運営しています。この事業所は、JR根岸線「本郷台駅」から徒歩15分の丘を上がった後に、坂道を下った住宅地にあり、事業所の窓からは、広い畑を見渡せ、周りは緑豊かな丘に囲まれた桃源郷のような雰囲気の中にあります。

●法人の理念「人にひかりを」を掲げ、利用者、家族、スタッフの三者が光り輝き幸せになることを標榜しています。同法人は開設以来、グループホーム本来の原点を大切にし、認知症になっても、「住み慣れた地域、環境の下、利用者の方には地域の皆様と共に楽しく共同生活を営んでいただく」ことを方針としています。利用者が楽しく、快適に過ごせるように、毎月の外出行事、敷地内の菜園、ストーンボールによる足湯機器の導入、カラオケセットも設置しています。また、職員が自分のペットのトイプードルを長年連れて出勤していたことで、利用者とも馴染み、セラピー犬になっています。職員の教育については、人事評価制度を確立するとともに、新人教育を含めた研修制度が充実しています。人事評価は、「介護実践OJTシート」を活用しながら、自分・上司・他の職員の三者が評価するなど、オープンにすることで、仕事に対する意欲向上に繋がっています。

●地域との関係も、町内会に加入し、地域の行事に参加したり、散歩道の掃除を利用者と共に行ったり、地域ケアプラザの茶話会や教会の催しに参加したりしています。地域のボランティアの方にも来所いただき、演奏会や踊りの披露などをしてもらっています。

【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	グループホームひかり横浜本郷台
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	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	立場や経験に関わらず、非常勤職員も含めて働く一人一人が、運営理念の中身を知っており、何を大切に利用者に向き合うか、カンファレンス等で話し合いや確認をしている。管理者と職員は、日々利用者に関わる際に、理念を具体化していく事を意識して努めている。	法人の理念「人にひかりを」は、立場や経験に関わらず、職員一人ひとりが、認識して何を大切に利用者に向き合うかを職員間で話し合い「チームの方針」を確認し、管理者と職員は、共に、日々利用者に関わる際には、理念を具体化して、ケアに反映させる意識を持ち取り組んでいます。	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。ホームでの大きなイベントには案内をして、参加をいただいている。地域ボランティアの方が来られ演奏会や踊りの披露などをしてられている	町内会に加入しており、回覧板を通して地域行事の案内を頂き参加しています。地域ケアプラザの茶話会や教会の催しなどに利用者と参加したり、散歩道の掃除をするなどして地域の方との交流を図っています。地域のボランティアの方が来られ、演奏会や踊りの披露をしてもらうこともあります。	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	地域向け広報誌の発行を通じて、認知症に対する理解や支援方法を発信できるよう準備中。(コンセプト：認知症になっても大丈夫) 自主的に近隣の清掃活動も入居者と一緒に行っている。		
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	2ヵ月に1度のペースで行っている。地区会長や地域包括支援センター、ご家族と共に話し合いサービス向上に努めている。地域の方との繋がりも少しずつ増えている	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。町内会長や包括支援センター、民生委員、家族などの参加を得て、活動報告や地域の行事などについて話し合っています。地域の方との繋がりも増えてきており、地域へ認知症の理解のための講演・啓蒙などを今後の課題と考えています。	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	不安な事や確認したい事がある時は、積極的に電話にて相談し返答をいただいている。	栄区役所とは、不明点や確認事項が出た際には、積極的に電話などで相談しています。また近隣のグループホーム間で地域の繋がりを深める会議には、職員が参加しています。栄区のグループホーム連絡協議会には、加入し他事業所との情報交換に努めています。	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
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	身体拘束マニュアルに基づき、カンファレンスや研修等で周知徹底を図っている。	身体拘束廃止マニュアルに基づき、カンファレンスや研修などで周知徹底し、身体拘束をしないケアを実践しています。研修では、特にスピーチロックなどのグレーゾーンと言われる事柄につき研修で取り上げ、職員が十分に理解・認識できるよう取り組んでいます。日中は、見守りと声懸けで対処し、ドアは、施錠をしていません。	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	高齢者虐待防止法を周知徹底したケアに臨んでいる。虐待防止マニュアルに基づいてカンファレンスや研修等で周知徹底を図っている。		
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	成年後見が必要なケースでは管理者が対応するので他の職員は殆ど理解できていなかった為、必要な時に支援できる体制にできるよう、カンファレンス等で研修を行っている。		
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	丁寧に説明している。特に利用料や起りうるリスク、重度化についての対応、医療連携体制の実際等については詳しく説明し、同意を得るようにしている。契約時には事業者のケアに関する考え方や取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。利用者の状態変化により契約解除に至る場合は家族等と対応方針を相談している。		

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
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	利用者の言葉や態度からその思いを察する努力をし、利用者本位の運営を心掛けている。その時々利用者の不安、意見等は各ユニット毎に話し合いを行い、特定の職員の中に埋もれさせない様になっている。ご家族には、毎月写真を添えて近況報告を郵送したり、面会の際は、どの職員からでも日々の説明等を行っている。	その時々利用者の不安、意見などは、各ユニット毎に話し合い、特定の職員だけの中に埋もれさせないよう注意しています。家族が面会に来られた際には、利用者の説明を行い、意見や要望を聞き出している他、日頃の生活の様子を毎月写真を添えて近況報告しています。法人では年1回のお客様満足度アンケート（CS）でも要望収集を行い、運営に反映させています。	今後の継続
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	各カンファレンスには管理者は参加し、個別面談も行い、職員が意見を言える環境が出来ている。スタッフアンケートを行って事業所の質を上げていける様にして反映させていく。	毎月のユニット会議には、管理者も参加しています。また、必要に応じて個別面談も実施し、職員が意見を言える環境を確立しています。年2回の職員アンケート（ES）では、職員の意向を集約し、事業所の質の向上に反映させるよう取り組んでいます。4月からはCAP制度により毎月職員アンケートを取るシステムを採用予定です。	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	運営者は職員の資格取得に向けた支援を行っている。社内キャリアアップ制度（CDP研修を実施しそれに連動した賃金設定）を構築し、職員の向上に活かすように努めている。また定期的な個別面談を通じ個々の課題と達成状況を明らかにする事で、向上心のアップに繋げる努力をしている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所内では、BN研修、事業所訪問研修、ケアプラン研修、リーダー育成研修を実施。また毎年、事例発表会も開催。 事業所外で開催されている研修を受講出来る様に紹介している。外部研修後はカンファレンスでの発表を行い、研修内容を共有し、レポートの提出をしている。		
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	グループホーム協会で実施された交換研修や消防意見交換会などに参加して交流を行っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事前面談で生活習慣や、どのような生活を送りたいと願っているかを正確に把握する様に努めている。サービスの利用について相談や質問があった時は速やかに対応し、ご本人に不安なく信頼してもらえるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面談で生活態度や生活習慣を確認し、ご家族が困っている事、不安な事、要望などに耳を傾けながら、サービスの利用について相談や質問があった時は、速やかに対応、説明し、不安のない信頼関係構築に努めている。ご家族アンケートも定期的に行っている。		
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	相談時ご本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援の提案、相談を繰り返し必要なサービスに繋がれるようにしている。早急な対応が必要な時は可能な限り柔軟な対応を行い、場合によっては地域包括センターや他の事業所のサービスに繋げる等の対応をしている。		
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	利用者を介護される一方の立場に置かずお互いが協働しながら和やかな生活ができるように場面作りや声掛けをしている。また選択の出来る環境、個別性の重視についてもカンファレンスや研修で話し合い、指導している。		
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	利用者の様子や職員の思いを随時伝える事で家族と職員の、本人を支えて行く協力関係が築けるようになってきている。職員は、本人の家族への想いと家族の本人への想いに寄り添いながら、家族へ日々の暮らしの情報提供に努め、協力体制を持って支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域に暮らす知人、友人の訪問があったり(時にはこちらから訪問)、手紙のやり取りなど、継続的な交流が途切れないように支援に努めている。	地域に暮らす知人、近所に住んでいた友人の訪問、手紙や年賀状のやりとりなど、馴染みの人との関係が途切れることなく継続できるよう支援しています。家族が、外食に利用者をお連れしたり、実家に外泊する方もいます。	今後の継続
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	皆でゲームやアクティビティ、談話をして、楽しく過ごす時間をもてるように支援している。気の合うもの同士で買物やお茶を飲みに出かけたり、利用者同士が円満に関わりあえるように支援している。		
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	サービス期間のみの関わりではなく、終了後も利用中に培った関係性を基に継続的なフォローをするように努めている。		
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。	日々の関わりの中で声を掛け、一人ひとりの思いや希望、意向の把握に努めている。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得たり、日常の様子、表情などから把握に努めている。またそれをカンファレンス等でスタッフ全員が情報共有を行っている。	自立度の高い利用者が多く、日々の関わりの中で、声をかけ、一人ひとりの思いや希望・意向の把握に努めています。職員は、業務優先になる事は避け、利用者主体で対応しています。調理や掃除・選択などの家事もサポートする意識を徹底しています。利用者から把握できた思いは、会議などで職員全員で情報共有を行っています。	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	利用開始時に、自宅や入所先に訪問したり、本人や家族、関係者から生活歴や生活環境を聞き取るようにしている。利用後も折りに触れ、本人や家族にどんな生活をしてきたかを聞き、これまでの暮らしの把握に努めている。		

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
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解すると共に、行動や動作から日々の心身状態、できる事とできない事を見極め、現状の把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族には、日頃の関わりの中で想いや意向を聞き、日常多く接している職員の意見やアイデアを反映し、アセスメントの重要性を指導、現状に即した介護計画を作成している。	本人や家族には、日頃の関わりの中で思いや意向を聞いています。介護計画見直し時には、日常多く接している職員の意見やアイデアを反映させた法人独自のケアプラン実施状況シートにて本人の状況を詳しく分析し、ケアマネジャー中心にご家族の意向も聞き、アセスメントを行い、3ヶ月毎乃至は6ヶ月毎に介護計画を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	個別に食事、水分量、排泄等、身体的状況の様子は記録している。また日々の暮らしの様子（介護記録）は介護計画に沿った形で記入し情報の共有ができるようカンファレンス等で研修を行い、実践や見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	予定日以外の緊急の訪問、外出等に臨機応変に対応している。本人家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し個々の満足度を高めるように努めている。		
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	利用者が安心して地域での暮らしを続けられるように、近隣の住民の方や、ボランティアへの協力を呼びかけたり、受け入れもしている。		

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
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	受診や通院は本人や家族の希望に応じている。基本的には家族同行の受診となっているが、本人家族の納得の上、訪問診療医に変更してもらったり、変更や受診同行が不可能な時には、職員が代行する様になっている。利用契約時にその旨を説明し、同意を得ている。	受診や通院は、本人や家族の希望に応じています。ほとんどの方が、毎月2回往診のある協力内科医を受診しています。内科以外の皮膚科や精神科などは、必要に応じて通院しています。訪問歯科は、毎週1回往診に来ます。週1回来所している契約の看護師には、利用者の健康管理をお願いしています。	今後の継続
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	1週間に一度、訪問看護師に来てもらい健康チェックを行っている。体調に関する疑問や気づきなどその都度報告し相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供している。頻繁に職員が見舞いに行き、医師や家族と情報交換しながら回復状態を把握し、事業所内での対応可能な段階でできるだけ早くに退院出来る様に対応している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化に伴う対応方針については、入居契約時に説明をしている。実際に重度化が近くなってきた段階でも家族との話し合い、連絡を密にするようにして、本人、家族にとって最善の対応策を共に検討する体制が整っている。	重度化に伴う対応方針については、見学の段階から、法人の方針を説明し、納得していただいた上で契約しています。重度化が近くなった段階で、家族との話し合いの場を設け、利用者や家族にとって最善の対応は何かを話し合い、方向性を決めていきます。	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	日中、夜間時の緊急対応について、マニュアルを整備しカンファレンスで周知を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	隣接している消防署出張所や地域の町内会の参加協力で避難訓練を行い、地域との協力体制を築いている。マニュアルを作成し、体制を整えている。	年2回の避難訓練を行っています。運営推進会議では、町内会に事業所の防災訓練の協力要請をしています。年1回は、消防署に立ち会いをお願いし、訓練後に講評をいただいています。備蓄品は、発電機も含めて、お米や水、缶詰など3日分用意しています。	今後の継続
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	トイレの声掛け等、他利用者に聞こえないように配慮し、入浴時やトイレ介助時は必ず扉を閉めている。また入居者様に不快感や威圧的な印象を与えないような声掛けや対応を心掛けている。	接遇に関しては、職員はスマイルルールブック・マナーブックを持ち、利用者の人格尊重に繋がっています。トイレの声掛けには、周囲に気付かれないよう声の大きさに配慮し、入浴時やトイレ介助時には、扉を閉めています。利用者に不快感や威圧感を与えぬような声掛けや対応に留意しています。	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	職員間で決めた事を押し付けるような事はせず複数の選択肢を提案したり、一人一人の利用者が自分で決める場面を作っている。外食に行く際も、利用者に食べたい物を選択していただいている。認知症が進行し自己決定が困難な利用者には日頃の様子をよく観察し利用者の希望に添えるように配慮している。		
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、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	基本的な一日の流れは設定しているが、時間を区切った過ごし方はしていない。一人一人の体調、希望に配慮しできるだけ個別性のある支援を行っている。食事の提供時刻は決まっているが、終わりは本人のペースに合わせている。就寝時間は本人の自由に就寝してもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	衣類の選択はなるべく本人に行ってもらっている。本人が選択できない場合は「素敵ですね」などの声掛けをしながら選ぶのを手伝うようにしている。希望に合わせたカットや毛染めをしてもらえるように、訪問理容と連携をとっている。		
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	庭の畑から野菜を収穫してもらい食事やおやつに使用したり、おやつや好きなおかずを手作りしてもらい楽しんでいただいている。また食器洗いや盛り付けを行ってもらい「ありがとうございます」と、感謝の言葉かけを必ずしている。毎月外食の日を設けてご自分でメニューを選んでいただいたりしながら、いつもと違う食事を楽しんでいただいている。	メニューと食材の手配は、業者に依頼しています。週5日は、食事を作る専門職員が配置されており、手厚いケアが行われています。利用者には、庭の畑からの野菜の収穫・調理などをお願いしたり、おやつや好きなおかずを手作りしてもらっています。盛り付け、食器洗いも利用者が行っています。毎月の外食の日は、利用者の意向を聞き、行事担当が設定しています。食事前の早口言葉を使った口腔体操や挨拶も和気藹々となされています。誕生日会では、利用者の要望に応じておやつや食事を手配します。	今後の継続
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	水分や食事量は毎回記入し、個別に利用者に合わせて、一口大に切ったりし提供している。水分摂取の少ない利用者には声掛けを多く行い、それでも少ない時は好まれる飲み物や時間帯、カップの大きさ等の検討やゼリー等を提供して十分な水分を摂取してもらうように対応している。		
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	毎食後声掛けをし、本人が自力でできない場合は、誘導、仕上げ磨き、介助により、歯みがきを行ってもらっている。夜間は義歯を薬剤液につけてもらい、洗浄を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排泄記録を行い排泄リズムを把握し、時間が長くあいている時には声掛けしてトイレ誘導を行っている。尿、便意のない利用者でも、トイレでの排泄を促すようにしている。 また失語症や見当識障害に対応し、本人から出るサインを注意深く見守り、分かり易い表示や着脱しやすい衣服の検討をしている。	排泄のチェック表を自立されている方には自己申告をお願いして、排泄リズムを把握しています。時間が長く空いている時には声かけして、トイレ誘導を行っています。自立の方が多くですが、尿や便意のない利用者でリハビリパンツやパットを着用している利用者にも、トイレでの排泄を促し、自立排泄に向けた支援を心がけています。	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	毎朝の体操を行っている。できるだけ散歩に誘って、運動への参加や腹部マッサージを促している。水分量の少ない利用者には声掛けで水分を摂ってもらうようにし、オリゴ糖やバナナなど本人が長年習慣として摂取していたものを提供して対応している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴する日は本人に伝え、希望があった場合は他の日にずらす事もある。入浴の時間は午前10～11時と午後1時～3時の間で行っているが、希望があればその時刻以外でも入ってもらうようにする。入浴に掛かる時間はその利用者の希望するように入ってもらっている。また足浴も毎日行っている。	入浴は、2日に1回を基本にしています。入浴する日は本人に伝え、希望があった場合は、他の日に変えることもあります。入浴時間は、午前10～11時、午後1～3時に定めていますが、その時間以外の入浴でも臨機応変に対応しています。法人独自のストーンボールによる足湯も冬場には、就寝前に使用される利用者もいます。	今後の継続
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	ベッドは常に寝られる状態にしてあり、休息したい時は横になってもらっている。夜の就寝は、本人の寝たい時に寝てもらっている。就寝介助の必要な利用者は、席で傾眠し始めたら、声掛けしてベッドで休んでもらうように誘導介助している。寝付けない時にはベッド枕元で手を繋いだりして見守り介助する。また安心できる音楽や香りの検討も実施。		

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
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	訪問診療時の受診記録に薬解説書を添付し、常に確認出来る様にしている。日頃の体調管理を記録し、訪問診療時に相談し調整してもらっている。受診記録を職員全員把握している。 誤訳がないよう準備から服薬までの確認作業はチェック表等作成し予防を徹底している。		
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	一人一人の力を発揮してもらえる様に、役割として調理や配膳、盛り付け、食器洗いや食器拭き、居室のモップかけや洗濯物干し、たたみ等を行ってもらっている。楽しみごと、気分転換として映画鑑賞、書道や生け花、音楽プログラムなど個々の希望に添った楽しみを取り入れている。現在、会社全体で「おもてなし介護」に取り組んでいる		
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、本人の気分や希望に応じて、毎日の散歩に参加してもらっている。本人の希望により、買い物やお茶を飲みに出かけたりしている。毎月の外食では、利用者の食べたい物を選び、ドライブや観光を兼ねて外出を楽しんでもらうように支援している。	お天気や本人の希望や気分に応じて、毎日の散歩を日課にしています。利用者の希望により買い物やお茶を飲みに出かけることもあります。毎月の外食では、利用者好みの食事を選び、ドライブも兼ねて出かけています。敷地内の畑の夏野菜のお世話やベンチに座っての外気浴など、利用者のADLに合わせて支援しています。	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	金銭管理は、事業者側で、家族から最大3万円のお小遣いを預り、出納長で管理をしている。外出時にはお金を渡して自身で買い物できるよう支援。本人の希望により常時財布を持っていたい場合は家族と相談しながら対応している。		

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価 実施状況	外部評価 実施状況 次のステップに向けて期待したい内容	
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	家族や友人からの電話は取り次ぎ、プライバシー配慮し居室で話してもらっている。携帯電話を使用されている方もいる。		
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	共用の空間は不快や混乱を招くような刺激がない様に、配慮している。リビングの壁には行事のスナップ写真や季節の飾り付けなどをし季節感を出す工夫をしている。また季節の花を利用者様と買いに行ったり生け花を楽しみ和んでもらっている。温度はエアコンでこまめに調節している。浴室や脱衣室の照明を暖かみの感じられる色にしている。	リビングからは、畑と緑に囲まれた丘の斜面を眺望でき、四季折々の自然を眺めることができます。リビングの壁には行事のスナップ写真や利用者の習字の作品・季節の飾り付け、机には生け花も飾られています。11時からはテレビ体操を日課とし、昼間はDVDの映画や歌番組などを観たりしながら過ごしています。リビングの照明はLEDを採用し、明るさを調整できるようになっています。また、浴室や脱衣場の照明は、暖かみの感じられる色にしています。	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	リビングにソファを設置しテレビやビデオを見られるコーナーがあり、1人でも数人でも過ごせるような居場所の工夫をしている。		
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	テレビ、ダンス、寝具、仏壇等を本人と家族とで相談して配置してある。職員は居室内の配置や物を動かさず、本人が居心地良く過ごせるように、慣れた配置にしている。（転倒の危険がある場合を除く）	入居時に利用者の使い慣れた家具や備品を持込んでいただき、本人と家族とで相談しながら自由に配置してもらっています。高さのある家具には、転倒防止装置を使用しています。職員は、居室内の配置や備品を動かさず、居心地良く過ごしていただけるよう、慣れた配置にしています。	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	一人一人の身体機能を活かした動線の確保に配慮し、リビング周囲、トイレ、脱衣室、浴室には手すりを設置し、安全かつできるだけ自立した生活が送れる様に工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームひかり
横浜本郷台

作成日

2017年3月29日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	29	ボランティアの方達とは繋がりが多いが、それ以外の地域資源の活用が少ない	地域資源の把握と活用	運営推進会議などで、様々な意見を取り入れカンファレンスで活用できるようにスタッフ間で検討・計画する	1年

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横浜本郷台
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、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	立場や経験に関わらず、非常勤職員も含めて働く一人一人が、運営理念の中身を知っており、何を大切に利用者に向き合うか、カンファレンス等で話し合いや確認をしている。管理者と職員は、日々利用者に関わる際に、理念を具体化していく事を意識して努めている。	法人の理念「人にひかりを」は、立場や経験に関わらず、職員一人ひとりが、認識して何を大切に利用者に向き合うかを職員間で話し合い「チームの方針」を確認し、管理者と職員は、共に、日々利用者に関わる際には、理念を具体化して、ケアに反映させる意識を持ち取り組んでいます。	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。ホームでの大きなイベントには案内をして、参加をいただいている。地域ボランティアの方が来られ演奏会や踊りの披露などをしてられている	町内会に加入しており、回覧板を通して地域行事の案内を頂き参加しています。地域ケアプラザの茶話会や教会の催しなどに利用者に参加したり、散歩道の掃除をするなどして地域の方との交流を図っています。地域のボランティアの方が来られ、演奏会や踊りの披露をしてもらうこともあります。	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	地域向け広報誌の発行を通じて、認知症に対する理解や支援方法を発信できるよう準備中。(コンセプト：認知症になっても大丈夫) 自主的に近隣の清掃活動も入居者と一緒に行っている。		
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	2ヵ月に1度のペースで行っている。地区会長や地域包括支援センター、ご家族と共に話し合いサービス向上に努めている。地域の方との繋がりも少しずつ増えている	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。町内会長や包括支援センター、民生委員、家族などの参加を得て、活動報告や地域の行事などについて話し合っています。地域の方との繋がりも増えてきており、地域へ認知症の理解のための講演・啓蒙などを今後の課題と考えています。	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	不安な事や確認したい事がある時は、積極的に電話にて相談し返答をいただいている。	栄区役所とは、不明点や確認事項が出た際には、積極的に電話などで相談しています。また近隣のグループホーム間で地域の繋がりを深める会議には、職員が参加しています。栄区のグループホーム連絡協議会には、加入し他事業所との情報交換に努めています。	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
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	身体拘束マニュアルに基づき、カンファレンスや研修等で周知徹底を図っている。	身体拘束廃止マニュアルに基づき、カンファレンスや研修などで周知徹底し、身体拘束をしないケアを実践しています。研修では、特にスピーチロックなどのグレーゾーンと言われる事柄につき研修で取り上げ、職員が十分に理解・認識できるよう取り組んでいます。日中は、見守りと声懸けで対処し、ドアは、施錠をしていません。	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	高齢者虐待防止法を周知徹底したケアに臨んでいる。虐待防止マニュアルに基づいてカンファレンスや研修等で周知徹底を図っている。		
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	成年後見が必要なケースでは管理者が対応するので他の職員は殆ど理解できていなかった為、必要な時に支援できる体制にできるよう、カンファレンス等で研修を行っている。		
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	丁寧に説明している。特に利用料や起りうるリスク、重度化についての対応、医療連携体制の実際等については詳しく説明し、同意を得るようにしている。契約時には事業者のケアに関する考え方や取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。利用者の状態変化により契約解除に至る場合は家族等と対応方針を相談している。		

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
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	利用者の言葉や態度からその思いを察する努力をし、利用者本位の運営を心掛けている。その時々利用者の不安、意見等は各ユニット毎に話し合いを行い、特定の職員の中に埋もれさせない様になっている。ご家族には、毎月写真を添えて近況報告を郵送したり、面会の際は、どの職員からでも日々の説明等を行っている。	その時々利用者の不安、意見などは、各ユニット毎に話し合い、特定の職員だけの中に埋もれさせないよう注意しています。家族が面会に来られた際には、利用者の説明を行い、意見や要望を聞き出している他、日頃の生活の様子を毎月写真を添えて近況報告しています。法人では年1回のお客様満足度アンケート（CS）でも要望収集を行い、運営に反映させています。	今後の継続
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	各カンファレンスには管理者は参加し、個別面談も行い、職員が意見を言える環境が出来ている。スタッフアンケートを行って事業所の質を上げていける様にして反映させていく。	毎月のユニット会議には、管理者も参加しています。また、必要に応じて個別面談も実施し、職員が意見を言える環境を確立しています。年2回の職員アンケート（ES）では、職員の意向を集約し、事業所の質の向上に反映させるよう取り組んでいます。4月からはCAP制度により毎月職員アンケートを取るシステムを採用予定です。	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	運営者は職員の資格取得に向けた支援を行っている。社内キャリアアップ制度（CDP研修を実施しそれに連動した賃金設定）を構築し、職員の向上に活かすように努めている。また定期的な個別面談を通じ個々の課題と達成状況を明らかにする事で、向上心のアップに繋げる努力をしている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所内では、BN研修、事業所訪問研修、ケアプラン研修、リーダー育成研修を実施。また毎年、事例発表会も開催。 事業所外で開催されている研修を受講出来る様に紹介している。外部研修後はカンファレンスでの発表を行い、研修内容を共有し、レポートの提出をしている。		
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	グループホーム協会で実施された交換研修や消防意見交換会などに参加して交流を行っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事前面談で生活習慣や、どのような生活を送りたいと願っているかを正確に把握する様に努めている。サービスの利用について相談や質問があった時は速やかに対応し、ご本人に不安なく信頼してもらえるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面談で生活態度や生活習慣を確認し、ご家族が困っている事、不安な事、要望などに耳を傾けながら、サービスの利用について相談や質問があった時は、速やかに対応、説明し、不安のない信頼関係構築に努めている。ご家族アンケートも定期的に行っている。		
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	相談時ご本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援の提案、相談を繰り返し必要なサービスに繋がれるようにしている。早急な対応が必要な時は可能な限り柔軟な対応を行い、場合によっては地域包括センターや他の事業所のサービスに繋げる等の対応をしている。		
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	利用者を介護される一方の立場に置かずお互いが協働しながら和やかな生活ができるように場面作りや声掛けをしている。また選択の出来る環境、個別性の重視についてもカンファレンスや研修で話し合い、指導している。		
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	利用者の様子や職員の思いを随時伝える事で家族と職員の、本人を支えて行く協力関係が築けるようになってきている。職員は、本人の家族への想いと家族の本人への想いに寄り添いながら、家族へ日々の暮らしの情報提供に努め、協力体制を持って支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域に暮らす知人、友人の訪問があったり(時にはこちらから訪問)、手紙のやり取りなど、継続的な交流が途切れないように支援に努めている。	地域に暮らす知人、近所に住んでいた友人の訪問、手紙や年賀状のやりとりなど、馴染みの人との関係が途切れることなく継続できるよう支援しています。家族が、外食に利用者をお連れしたり、実家に外泊する方もいます。	今後の継続
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	皆でゲームやアクティビティ、談話をして、楽しく過ごす時間をもてるように支援している。気の合うもの同士で買物やお茶を飲みに出かけたり、利用者同士が円満に関わりあえるように支援している。		
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	サービス期間のみの関わりではなく、終了後も利用中に培った関係性を基に継続的なフォローをするように努めている。		
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。	日々の関わりの中で声を掛け、一人ひとりの思いや希望、意向の把握に努めている。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得たり、日常の様子、表情などから把握に努めている。またそれをカンファレンス等でスタッフ全員が情報共有を行っている。	自立度の高い利用者が多く、日々の関わりの中で、声をかけ、一人ひとりの思いや希望・意向の把握に努めています。職員は、業務優先になる事は避け、利用者主体で対応しています。調理や掃除・選択などの家事もサポートする意識を徹底しています。利用者から把握できた思いは、会議などで職員全員で情報共有を行っています。	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	利用開始時に、自宅や入所先に訪問したり、本人や家族、関係者から生活歴や生活環境を聞き取るようにしている。利用後も折りに触れ、本人や家族にどんな生活をしてきたかを聞き、これまでの暮らしの把握に努めている。		

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
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解すると共に、行動や動作から日々の心身状態、できる事とできない事を見極め、現状の把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族には、日頃の関わりの中で想いや意向を聞き、日常多く接している職員の意見やアイデアを反映し、アセスメントの重要性を指導、現状に即した介護計画を作成している。	本人や家族には、日頃の関わりの中で思いや意向を聞いています。介護計画見直し時には、日常多く接している職員の意見やアイデアを反映させた法人独自のケアプラン実施状況シートにて本人の状況を詳しく分析し、ケアマネジャー中心にご家族の意向も聞き、アセスメントを行い、3ヶ月毎乃至は6ヶ月毎に介護計画を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	個別に食事、水分量、排泄等、身体的状況の様子は記録している。また日々の暮らしの様子（介護記録）は介護計画に沿った形で記入し情報の共有ができるようカンファレンス等で研修を行い、実践や見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	予定日以外の緊急の訪問、外出等に臨機応変に対応している。本人家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し個々の満足度を高めるように努めている。		
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	利用者が安心して地域での暮らしを続けられるように、近隣の住民の方や、ボランティアへの協力を呼びかけたり、受け入れもしている。		

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
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	受診や通院は本人や家族の希望に応じている。基本的には家族同行の受診となっているが、本人家族の納得の上、訪問診療医に変更してもらったり、変更や受診同行が不可能な時には、職員が代行する様になっている。利用契約時にその旨を説明し、同意を得ている。	受診や通院は、本人や家族の希望に応じています。ほとんどの方が、毎月2回往診のある協力内科医を受診しています。内科以外の皮膚科や精神科などは、必要に応じて通院しています。訪問歯科は、毎週1回往診に来ます。週1回来所している契約の看護師には、利用者の健康管理をお願いしています。	今後の継続
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	1週間に一度、訪問看護師に来てもらい健康チェックを行っている。体調に関する疑問や気づきなどその都度報告し相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供している。頻繁に職員が見舞いに行き、医師や家族と情報交換しながら回復状態を把握し、事業所内での対応可能な段階でできるだけ早くに退院出来る様に対応している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化に伴う対応方針については、入居契約時に説明をしている。実際に重度化が近くなってきた段階でも家族との話し合い、連絡を密にするようにして、本人、家族にとって最善の対応策を共に検討する体制が整っている。	重度化に伴う対応方針については、見学の段階から、法人の方針を説明し、納得していただいた上で契約しています。重度化が近くなった段階で、家族との話し合いの場を設け、利用者や家族にとって最善の対応は何かを話し合い、方向性を決めていきます。	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	日中、夜間時の緊急対応について、マニュアルを整備しカンファレンスで周知を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	隣接している消防署出張所や地域の町内会の参加協力で避難訓練を行い、地域との協力体制を築いている。マニュアルを作成し、体制を整えている。	年2回の避難訓練を行っています。運営推進会議では、町内会に事業所の防災訓練の協力要請をしています。年1回は、消防署に立ち会いをお願いし、訓練後に講評をいただいています。備蓄品は、発電機も含めて、お米や水、缶詰など3日分用意しています。	今後の継続
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	トイレの声掛け等、他利用者に聞こえないように配慮し、入浴時やトイレ介助時は必ず扉を閉めている。また入居者様に不快感や威圧的な印象を与えないような声掛けや対応を心掛けている。	接遇に関しては、職員はスマイルルールブック・マナーブックを持ち、利用者の人格尊重に繋げています。トイレの声掛けには、周囲に気付かれないよう声の大きさに配慮し、入浴時やトイレ介助時には、扉を閉めています。利用者に不快感や威圧感を与えぬような声掛けや対応に留意しています。	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	職員間で決めた事を押し付けるような事はせず複数の選択肢を提案したり、一人一人の利用者が自分で決める場面を作っている。外食に行く際も、利用者に食べたい物を選択していただいている。認知症が進行し自己決定が困難な利用者には日頃の様子をよく観察し利用者の希望に添えるように配慮している。		
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、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	基本的な一日の流れは設定しているが、時間を区切った過ごし方はしていない。一人一人の体調、希望に配慮しできるだけ個別性のある支援を行っている。食事の提供時刻は決まっているが、終わりは本人のペースに合わせている。就寝時間は本人の自由に就寝してもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	衣類の選択はなるべく本人に行ってもらっている。本人が選択できない場合は「素敵ですね」などの声掛けをしながら選ぶのを手伝うようにしている。希望に合わせたカットや毛染めをしてもらえるように、訪問理容と連携をとっている。		
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	庭の畑から野菜を収穫してもらい食事やおやつに使用したり、おやつや好きなおかずを手作りしてもらい楽しんでいただいている。また食器洗いや盛り付けを行ってもらい「ありがとうございます」と、感謝の言葉かけを必ずしている。毎月外食の日を設けてご自分でメニューを選んでいただいたりしながら、いつもと違う食事を楽しんでいただいている。	メニューと食材の手配は、業者に依頼しています。週5日は、食事を作る専門職員が配置されており、手厚いケアが行われています。利用者には、庭の畑からの野菜の収穫・調理などをお願いしたり、おやつや好きなおかずを手作りしてもらっています。盛り付け、食器洗いも利用者が行っています。毎月の外食の日は、利用者の意向を聞き、行事担当が設定しています。食事前の早口言葉を使った口腔体操や挨拶も和気藹々となされています。誕生日会では、利用者の要望に応じておやつや食事を手配します。	今後の継続
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	水分や食事量は毎回記入し、個別に利用者に合わせて、一口大に切ったりし提供している。水分摂取の少ない利用者には声掛けを多く行い、それでも少ない時は好まれる飲み物や時間帯、カップの大きさ等の検討やゼリー等を提供して十分な水分を摂取してもらうように対応している。		
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	毎食後声掛けをし、本人が自力でできない場合は、誘導、仕上げ磨き、介助により、歯みがきを行っている。夜間は義歯を薬剤液につけてもらい、洗浄を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排泄記録を行い排泄リズムを把握し、時間が長くあいている時には声掛けしてトイレ誘導を行っている。尿、便意のない利用者でも、トイレでの排泄を促すようにしている。 また失語症や見当識障害に対応し、本人から出るサインを注意深く見守り、分かり易い表示や着脱しやすい衣服の検討をしている。	排泄のチェック表を自立されている方には自己申告をお願いして、排泄リズムを把握しています。時間が長く空いている時には声かけて、トイレ誘導を行っています。自立の方が多くですが、尿や便意のない利用者でリハビリパンツやパットを着用している利用者にも、トイレでの排泄を促し、自立排泄に向けた支援を心がけています。	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	毎朝の体操を行っている。できるだけ散歩に誘って、運動への参加や腹部マッサージを促している。水分量の少ない利用者には声掛けで水分を摂ってもらうようにし、オリゴ糖やバナナなど本人が長年習慣として摂取していたものを提供して対応している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴する日は本人に伝え、希望があった場合は他の日にずらす事もある。入浴の時間は午前10～11時と午後1時～3時の間で行っているが、希望があればその時刻以外でも入ってもらうようにする。入浴に掛かる時間はその利用者の希望するように入ってもらっている。また足浴も毎日行っている。	入浴は、2日に1回を基本にしています。入浴する日は本人に伝え、希望があった場合は、他の日に変えることもあります。入浴時間は、午前10～11時、午後1～3時に定めていますが、その時間以外の入浴でも臨機応変に対応しています。法人独自のストーンボールによる足湯も冬場には、就寝前に使用される利用者もいます。	今後の継続
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	ベッドは常に寝られる状態にしてあり、休息したい時は横になってもらっている。夜の就寝は、本人の寝たい時に寝てもらっている。就寝介助の必要な利用者は、席で傾眠し始めたら、声掛けしてベッドで休んでもらうように誘導介助している。寝付けない時にはベッド枕元で手を繋いだりして見守り介助する。また安心できる音楽や香りの検討も実施。		

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
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	訪問診療時の受診記録に薬解説書を添付し、常に確認出来る様にしている。日頃の体調管理を記録し、訪問診療時に相談し調整してもらっている。受診記録を職員全員把握している。 誤訳がないよう準備から服薬までの確認作業はチェック表等作成し予防を徹底している。		
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	一人一人の力を発揮してもらえる様に、役割として調理や配膳、盛り付け、食器洗いや食器拭き、居室のモップかけや洗濯物干し、たたみ等を行ってもらっている。楽しみごと、気分転換として映画鑑賞、書道や生け花、音楽プログラムなど個々の希望に添った楽しみを取り入れている。現在、会社全体で「おもてなし介護」に取り組んでいる		
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、本人の気分や希望に応じて、毎日の散歩に参加してもらっている。本人の希望により、買い物やお茶を飲みに出かけたりしている。毎月の外食では、利用者の食べたい物を選び、ドライブや観光を兼ねて外出を楽しんでもらうように支援している。	お天気や本人の希望や気分に応じて、毎日の散歩を日課にしています。利用者の希望により買い物やお茶を飲みに出かけることもあります。毎月の外食では、利用者好みの食事を選び、ドライブも兼ねて出かけています。敷地内の畑の夏野菜のお世話やベンチに座っての外気浴など、利用者のADLに合わせて支援しています。	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	金銭管理は、事業者側で、家族から最大3万円のお小遣いを預り、出納長で管理をしている。外出時にはお金を渡して自身で買い物できるよう支援。本人の希望により常時財布を持っていたい場合は家族と相談しながら対応している。		

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	家族や友人からの電話は取り次ぎ、プライバシー配慮し居室で話してもらっている。携帯電話を使用されている方もいる。			
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	共用の空間は不快や混乱を招くような刺激がない様に、配慮している。リビングの壁には行事のスナップ写真や季節の飾り付けなどをし季節感を出す工夫をしている。また季節の花を利用者様と買いに行ったり生け花を楽しみ和んでもらっている。温度はエアコンでこまめに調節している。浴室や脱衣室の照明を暖かみの感じられる色にしている。	リビングからは、畑と緑に囲まれた丘の斜面を眺望でき、四季折々の自然を眺めることができます。リビングの壁には行事のスナップ写真や利用者の習字の作品・季節の飾り付け、机には生け花も飾られています。11時からはテレビ体操を日課とし、昼間はDVDの映画や歌番組などを観たりしながら過ごしています。リビングの照明はLEDを採用し、明るさを調整できるようになっています。また、浴室や脱衣場の照明は、暖かみの感じられる色にしています。		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	リビングにソファを設置しテレビやビデオを見られるコーナーがあり、1人でも数人でも過ごせるような居場所の工夫をしている。			
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	テレビ、ダンス、寝具、仏壇等を本人と家族とで相談して配置してある。職員は居室内の配置や物を動かさず、本人が居心地良く過ごせるように、慣れた配置にしている。（転倒の危険がある場合を除く）	入居時に利用者の使い慣れた家具や備品を持込んでいただき、本人と家族とで相談しながら自由に配置してもらっています。高さのある家具には、転倒防止装置を使用しています。職員は、居室内の配置や備品を動かさず、居心地良く過ごしていただけるよう、慣れた配置にしています。		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	一人一人の身体機能を活かした動線の確保に配慮し、リビング周囲、トイレ、脱衣室、浴室には手すりを設置し、安全かつできるだけ自立した生活が送れる様に工夫している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームひかり
横浜本郷台

作成日

2017年3月29日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	29	ボランティアの方達とは繋がりが多いが、それ以外の地域資源の活用が少ない	地域資源の把握と活用	運営推進会議などで、様々な意見を取り入れカンファレンスで活用できるようにスタッフ間で検討・計画する	1年

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。