

平成 21 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	(千226-0021)		
	横浜市緑区北八朔町1106番地2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成21年12月25日	評価結果	平成22年4月30日
		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)】

<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 SYビル2F		
訪問調査日	平成22年2月16日	評価機関 評価決定日	平成22年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

<p>(1) 地域との関係について—運営推進会議は2ヶ月に1回催し、メンバーとして自治会長、事務局長、保健衛生委員長、老人会会長、地域包括センター、ご家族(1人)、ご利用者(1人)、ホーム(3人)で構成されている。運営推進会議の話の中で、お隣りの木の枝がホームの敷地まで出てきているので切って下さいとお願いしたら、自治会長さんが動いて下さるとか、非常時には、自治会の消防団の方々が応援して下さいの姿勢を戴く等、非常に好意的である。また、民生委員やご近所の方がホームを見学に来て下さり、認知症についての話やラジオ体操、お茶をするなど、ご利用者と一緒に過ごしてもらう機会を設ける等、地域との関りは良好であり繋がりが持たれている。</p> <p>(2) ご家族との関係について—苦情ノートにご家族から、要望を記入してもらっている。中には、もう少し減量させて欲しい等、意見が出されている。また、ケアについて、課題シートに書かれたものを、要因や対応についてを皆で話し合い、ケアプランに反映して作成に努めている。ご家族には理解を求めながら、具現化が図れるよう実施している。かかりつけの医師に関しては、月2回受診しており、スタッフからご家族に利用者の状況に応じて対応の仕方を提案している。</p> <p>(3) 医療との関係について—近くの斉藤医師に往診を頂き、内科、外科を中心に日曜日でも電話をすれば直ぐに来て頂ける態勢がある。既にターミナルケアで4人を看取っており、9月には肺がんで手術もできない状況に、医師、ご家族は相談を行いながら、スタッフも何度も話し合い皆で一つのことをやり遂げた出来事は、ホームの結束の力強さを生む根拠となっている。大学病院(昭和医大)とも連携が図られ、何時での連絡でも対応して頂けるという約束がある。</p> <p>(4) 利用者への対応について—地域では、ホームの家庭的な雰囲気は浸透しているが、スタッフは公園のゴミの収集、草取り等に協力し、ご利用者が公園で過せるように配慮している。自治会の四季折々の行事において、お花見・歩く集い・盆踊り・夏祭り・敬老会・落語会等の催しに参加している。ご利用者の部屋は本人の好むように飾られており、朝6:00~9:00の間は喫煙タイムが設けられている。日々スタッフが親身に共に過す一方、食事を楽しむ工夫として、月1回程度、外食に回転寿司に行くなどして、ご利用者の中には10皿程度食べる方もいるとのこと。皆で生活を楽しむ姿勢と工夫がある。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム あかり
ユニット名	1F

V アウトカム項目		
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
		2, 利用者の2/3くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
		2, 数日に1回程度ある
		3, たまにある
		4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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	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、その人らしく地域の一員として自立支援を心がけ地域住民との交流をはかる 入職時の理念の共有、各スタッフの「理念」の所持、職員会議時理念の共有確認 玄関に掲示	家庭的な雰囲気があり、ご利用者の「その人らしさ」を尊重した支援をしている。ご利用者が公園を利用する機会があるので、公園のゴミの収集や草取りなどに協力し、地域と交流を図る一環として実践している。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会加入 散歩時地域住民の人と挨拶の交流 地域の一員として催しに参加 夏祭り・花見会・敬老会 避難訓練参加 ホームの開放 見学者歓迎	自治会に加入し、信頼あるお付き合いを築いており、近所の方もホームを訪れ、認知症についての話や利用者と共にラジオ体操を行ったり、お茶をするなどして一緒に過ごす機会を積極的に持っている。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方々への開放 緊急の困り事に協力体制 キャラバンメイトとしての活動見学者に対しての認知症教室を行っている ボランティア受入		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ホームの内容の把握 利用者、スタッフ等、外部評価、行事の声掛け 緊急時の自治会連絡会 消防班の協力体制 横断歩道のお願い	2ヶ月に1回開催している。道路に出ている枝木の処理、ゴミ箱の置き方、敬老会の手伝いなど、多くの運営推進会議を活かした取組みが行なわれている。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市・区の会合に出席 高齢者支援担当への情報提供現場の立場から、地域ぐるみの取り組み協力	市・区の会合に出席している。また、グループホーム連絡会より横浜市からの情報を受ける関係作りがある。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は、ホーム全体として絶対に行わない日頃の指導より確認を行う 職場の回覧等で全体意識の向上 施錠は物騒なため夜間のみ行う 日中は開放	身体拘束は、ホーム全体として絶対に行っていない。玄関については、日中、施錠しておらず、夜間は物騒なため施錠している。内側のドアは引戸で開くと「ピーピ」と鳴るようになっている。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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 入浴時の身体検査、言葉遣いの徹底		
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		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は丁寧に内容説明し、納得の行くまで説明する スタッフも全て理解し、説明出来るように指示している		
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	苦情ノートを設けている 苦情に対するマニュアル作成。来訪時、家族と必ず話し合いをする ユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告	苦情ノートを設け、家族から要望を頂き、意見を反映させるよう努めている。ノートには家族から、もう少し減量が必要ではないか等、家族からの言葉で書かれているのを確認した。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	全体会議等で意見交換や、スタッフの声を反映している スタッフからの議題の提供、司会 スタッフ対管理者の面談有り、2ヶ月に1回会懇談会	全体会議等で意見交換や、スタッフの声を反映している。管理者は、スタッフとの懇談会を2か月に1回開き、スタッフの要望を聞き、意見を役員会へ伝えている。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	昇給・資格手当・年末始奨励金支給・夏冬賞与・夜勤手当 健康診断(年2回) 夏冬休み		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	グループホーム連絡会加入 グループホーム相互研修 研修への勧め		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	連絡会のつながり良好関係、相互研修、情報交換 ブロック会参加		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	個々の要望をできるだけ叶える 困っている事、不安な事を本人と話したり、様子観察して行く中から察知し、本人との関係を作っていく		

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 相談役、他の福祉資源の提供			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族的、家庭的な暮らしの中で人生の先輩として色々な事を教わったり、聞いたりして家族同様の雰囲気作りを行っている			
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族とは、何でも話せる環境作り、家族関係の大切さを支援して行く 家族の一員として、一緒に支え合って行く			
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	鏡台・ダンス・仏壇の持ち込み 友人らの連絡、訪問歓迎 会いたい人に多く会える機会を作る 行きたい所へ、叶えてあげる 本人の安心感を支援	部屋には、本人の好むように飾られている。ご利用者がかつて一緒に旅行した方から連絡があり、ご利用者、ご家族に確認の上、訪問に来て頂く配慮をし、支援に努めている。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	テーブルの席を定期的に交換 散歩・掃除を共同作業 仲間としての交流として、ディスカッションを行っている		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院したら、お見舞いやご家族へ電話で伺ういつでも相談に乗ることを話しておく 他施設への訪問		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の話の中から、本人の思いや希望を探る C-1-2アセスメントで、本人の望みやしたいことを把握する 本人主体のケアプラン作成	ご利用者の思いを捉え、本人の言葉で述べるよう接し、好き嫌い、要望などの様子を観察する。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族から生活歴、馴染みの地、友人をセンター方式のシートを埋めつつ把握する		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	様子観察(行動・言動) ケアプラン 経過記録 日常生活の話し言葉の観察		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日頃の支援の中で、アセスメントケアプラン・モニタリングを、様子観察・経過記録を通してケアカンファレンスを行い、家族への声も頂きプラン作成をする 本人主体のケアプラン作成	日々支援の中で、様子観察・経過記録を通してケアカンファレンスを行い、ご家族からの声も反映してケアプランを作成している。また、全員が担当となりお一人お一人のケアプランを作成し、対応についてみんなで話し合っている。また、ご家族の承認を得て実施に努めている。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	経過記録から気づき、変化を知る ADL・課題シートをアセスメントにしよう 月1～2回ケース会議、ミニカンファレンスは毎日		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人の希望、家族要望に出来るだけ支援できるよう、多機能的に取り組んでいる 行政・医療・買い物・ドライブ・コーヒー店		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 将棋ボランティア・絵手紙ボランティア		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月2回内科健診・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・緊急時の支援を受ける	かかりつけ医の齊藤医師に診療を受け、日曜日であっても連絡を行えば来て頂くことが可能である体制が図られている。看取りに関しても、医師、ご家族、スタッフと相談を密に行っている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	協力医療機の担当Dr・看護師さんに相談し、緊急時には来所して下さる		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関の担当Dr・看護師さん・相談員とは情報交換を密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	往診医・主治医と協力 医療機関とはいつも情報交換を行い、重度化・終末期のあり方等について本人や家族とは十分に話し合いをしているスタッフも十分に話し合い、共有の支援を行う	終末期のご利用者の看取りを行い、医師、ご家族、スタッフが相談し、何度も繰り返し話し合い、共有の支援が図られてきた経緯がある。一つのことを共に取組み、達成されたことが大きな皆の力となっている。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアル 救急方法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用法		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練 年2回(昼夜) 地域の緊急連絡の方法、避難用の毛布、応急箱の設置 地域住民参加訓練 炊き出し訓練	非常時、自治会の消防班の協力体制がある。避難訓練は年2回実施しており、消防署より救急法などを学んでいる。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わない 個人情報の取り扱い厳守	ご利用者の人格を尊重し、その方の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わないよう努めている。ご利用者の部屋は自分の好みによって飾っている。朝6:00~9:00の間は喫煙できる時間が設けられている。	今後の継続
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	食事の献立は本人達の希望を聞く レクリエーションも本人がやるやらないを決める 本人が決定出来る様に、本人の声が出ることを待つ 1人1人のペース尊重		
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		
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		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを聞き、近づけるようスタッフと一緒に献立を考える 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳 →自立支援	食事を楽しむ工夫をしており、月1回程度、回転寿司の外出に出かけている。調理に関しては、食事の準備でお皿に盛り付けや配膳、下膳の手伝いを一緒にし、自立支援につなげている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	1日1400～1500kcal塩分控えめ 水分摂取の見守り 栄養は1日全体としてとらえる		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの支援 義歯のポリデント 月2回歯科医の往診		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンを知る それによって声掛けの機会を知る リハパンの使用はあまり勧めないSOSの早期発見 自信回復	排泄行動の自立支援に努め、本人の排泄パターンを知り、ご利用者の気持を考慮して、普段の生活の中で一声一声をかけて、その仕草に対して対応するよう努めてる。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便・尿のチェック、排便の量のデータを取る 排便が3日間無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫 1日果物・野菜・水分を摂取		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の意思確認してから入浴となり、順番はあるけれど本人の都合で前後する 無理強いはない 拒否の場合も時過ぎて声掛けするか、スタッフの変更をする	本人の意思を尊重し、常に声かけをして対応している。ご利用者の中には入浴が好きで、普通は20分であるが、40分位入浴している方もいる等、入浴を楽しむことができる支援がされている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼寝励行 下肢血流防止 就寝・起床もゆったりしている 本人の希望を支持している 夜間眠れないときには添寝やスタッフと話したり、水分摂取を支援し、不眠のデータを取る 室温調節		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬管理 1人1人の用法量・副作用や変更があった場合は記録し、必読 必ず手渡し、服用の確認 薬分けは必ず2人スタッフで行う		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	畑仕事が好きな人は好きに外に出て手入れをしているし、将棋の好きな人はボランティアの方に来て頂いている 1人1人の好み、楽しみを把握し無理強いはない		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	悪天候以外は、毎日散歩や日向ぼっこを行っている 希望で買い物ツアーやコーヒーを飲みに出したり、墓参りやドライブをしている 気分転換 社会性の保持	天気の良い日は毎日散歩している。希望で戸外で出掛けて気分転換を図っている。ホームの畑では、さつまいも、ナス、いんげん、トマトなどを育てている。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物ツアーや外食会では、自分の物は自分で支払をし、社会性を支援している		

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	暑中見舞い、年賀状は本人手作り 家族からの電話をととも支援している 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し	
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	室温・臭い・照明に配慮 トイレ・洗面所は1日何回の清掃 季節の花、歳時記で季節感を味わってもらう ちぎり絵等で、季節を知る	散歩に行ったとき、野辺の花を取って生け花にしている。季節感がわかるよう工夫しており、お雛様など飾っている。 今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを作っている 又、ベンチで好き同士話をしたり、ソファで話し合ったりしている 部屋への行き来は自由である	
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人や家族と相談し、本人の好みの絵やタンス・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	ご利用者の好みに応じて、居室の壁に絵手紙やちぎり絵を飾って居心地よく過している。 今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	バリアフリー作り、廊下の手すり・ドアは引き戸、履物はかかとのある物 個々の力の発揮として調理手伝いや郵便物を取ってくる人、洗濯たたみの人、買い物手伝い、配膳下膳の自立支援を行っている	

事業所名	グループホーム あかり
ユニット名	2F

V アウトカム項目		
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
		2, 利用者の2/3くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
		2, 数日に1回程度ある
		3, たまにある
		4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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	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、その人らしく地域の一員として自立支援を心がけ地域住民との交流をはかる 入職時の理念の共有、各スタッフの「理念」の所持、職員会議時理念の共有確認 玄関に掲示		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会加入 散歩時地域住民の人と挨拶の交流 地域の一員として催しに参加 夏祭り・花見会・敬老会 避難訓練参加 ホームの開放 見学者歓迎		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方々への開放 緊急の困り事に協力体制 キャラバンメイトとしての活動見学者に対しての認知症教室を行っている ボランティア受入		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ホームの内容の把握 利用者、スタッフ等、外部評価、行事の声掛け 緊急時の自治会連絡会 消防班の協力体制 横断歩道のお願い		
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現場の立場から、地域ぐるみの取り組み協力		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は、ホーム全体として絶対に行わない日頃の指導より確認を行う 職場の回覧等で全体意識の向上 施錠は物騒なため夜間のみ行う 日中は開放		
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 入浴時の身体検査、言葉遣いの徹底		
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		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は丁寧に内容説明し、納得の行くまで説明する スタッフも全て理解し、説明出来るように指示している		
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	苦情ノートを設けている 苦情に対するマニュアル作成。来訪時、家族と必ず話し合いをする ユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	全体会議等で意見交換や、スタッフの声を反映している スタッフからの議題の提供、司会 スタッフ対管理者の面談有り、2ヶ月に1回会懇談会		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	昇給・資格手当・年末始奨励金支給・夏冬賞与・夜勤手当 健康診断(年2回) 夏冬休み		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	グループホーム連絡会加入 グループホーム相互研修 研修への勧め		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	連絡会のつながり良好関係、相互研修、情報交換 ブロック会参加		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	個々の要望をできるだけ叶える 困っている事、不安な事を本人と話したり、様子観察して行く中から察知し、本人との関係を作って行く		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の労を労い、家族の困っている事、要望に耳を傾ける機会を作る 来訪時や電話でも話せる環境、関係作りを行っている 福祉資源の提供		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	家族の希望する内容をしっかりとらえて、何を求めているのか見極めて的確なケアにつなげている 相談役、他の福祉資源の提供		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族的、家庭的な暮らしの中で人生の先輩として色々な事を教わったり、聞いたりして家族同様の雰囲気作りを行っている		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族とは、何でも話せる環境作り、家族関係の大切さを支援して行く 家族の一員として、一緒に支え合って行く		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	鏡台・ダンス・仏壇の持ち込み 友人らの連絡、訪問歓迎 会いたい人に多く会える機会を作る 行きたい所へ、叶えてあげる 本人の安心感を支援		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	テーブルの席を定期的に交換 散歩・掃除を共同作業 仲間としての交流として、ディスカッションを行っている		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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作成		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族から生活歴、馴染みの地、友人をセンター方式のシートを埋めつつ把握する		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	様子観察(行動・言動) ケアプラン 経過記録 日常生活の話し言葉の観察		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日頃の支援の中で、アセスメントケアプラン・モニタリングを、様子観察・経過記録を通してケアカンファレンスを行い、家族への声も頂きプラン作成をする 本人主体のケアプラン作成		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	経過記録から気づき、変化を知る ADL・課題シートをアセスメントにしよう 月1～2回ケース会議、ミニカンファレンスは毎日		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人の希望、家族要望に出来るだけ支援できるよう、多機能的に取り組んでいる 行政・医療・買い物・ドライブ・コーヒー店		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 将棋ボランティア・絵手紙ボランティア		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月2回内科健診・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・緊急時の支援を受ける		

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	協力医療機の担当Dr・看護師さんに相談し、緊急時には来所して下さる		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関の担当Dr・看護師さん・相談員とは情報交換を密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	往診医・主治医と協力 医療機関とはいつも情報交換を行い、重度化・終末期のあり方等について本人や家族とは十分に話し合いをしているスタッフも十分に話し合い、共有の支援を行う		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアル 救急方法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用法		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練 年2回(昼夜) 地域の緊急連絡の方法、避難用の毛布、応急箱の設置 地域住民参加訓練 炊き出し訓練		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わない 個人情報の取り扱い厳守		
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人のペース尊重		
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		
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		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを聞き 近づけるようスタッフと一緒に献立を考える 調理、盛り付けの手伝い、食事の準備、配膳下膳→自立支援		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	1日1400～1500kcal塩分控えめ 水分摂取の見守り 栄養は1日全体としてとらえる		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの支援 義歯のポリデント 月2回歯科医の往診		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンを知る それによって声掛けの機会を知る リハパンの使用はあまり勧めないSOSの早期発見 自信回復		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便・尿のチェック、排便の量のデータを取る 排便が3日間無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫 1日果物・野菜・水分を摂取		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の意思確認してから入浴となり、順番はあるけれど本人の都合で前後する 無理強いはない 拒否の場合も時過ぎて声掛けするか、スタッフの変更をする		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼寝励行 下肢血流防止 就寝・起床もゆったりしている 本人の希望を支持している 夜間眠れないときには添寝やスタッフと話したり、水分摂取を支援し、不眠のデータを取る 室温調節		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬管理 1人1人の用量・副作用や変更があった場合は記録し、必読 必ず手渡し、服用の確認 薬分けは必ず2人スタッフで行う		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	畑仕事が好きな人は好きに外に出て手入れをしているし、将棋の好きな人はボランティアの方に来て頂いている 1人1人の好み、楽しみを把握し無理強いはしない		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	悪天候以外は、毎日散歩や日向ぼっこを行っている 希望で買い物ツアーやコーヒーを飲みに外出したり、墓参りやドライブをしている 気分転換 社会性の保持		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物ツアーや外食会では、自分の物は自分で支払をし、社会性を支援している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	暑中見舞い、年賀状は本人手作り 家族からの電話をととも支援している 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	室温・臭い・照明に配慮 トイレ・洗面所は1日何回の清掃。季節の花、歳時記で季節感を味わってもらう ちぎり絵等で、季節を知る		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを作っている 又、ベンチで好き同士話をしたり、ソファで話し合ったりしている 部屋への行き来は自由である		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人や家族と相談し、本人の好みの絵やタンス・仏壇・写真等を置き、居心地の良い環境作りを行っている その人らしい部屋作り		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	バリアフリー作り、廊下の手すり・ドアは引き戸、履物はかかとのある物 個々の力の発揮として調理手伝いや郵便物を取ってくる人、洗濯たたみの人、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22年 2月 1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
	2	地域の一員として地域への参加をしているがホームでの行事、催しにも参加頂きたいです。	月例 お茶会 絵手紙教室 カラオケ教室	回覧板、声掛け 車での送迎 茶菓子代 200円	
	3	認知症ケアの実践者として理解、支援の方法を地域の人に活かしたいです。	定期的、困り事相談日 (施設・出張) 実践教室	自治会長さん相談 相談所の設置 相談受付の方法	

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。