

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	10
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	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
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	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

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	令和6年2月7日
評価確定日	令和6年4月17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23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。

令和5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	令和6年1月29日	評価結果 市町村受理日	令和6年5月17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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和6年2月7日	評価機関 評価決定日	令和6年4月17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)】

●このグループホームは有限会社優心会の経営です。同法人は横浜市内でグループホーム(緑区・瀬谷区)、小規模多機能型居宅介護事業所(瀬谷区)、介護タクシーなどの高齢者福祉事業を展開しています。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「みどり台循環バス」で10分程の所にあり、周囲は山林や畑、果樹農園などがある静かな環境下に位置しています。敷地内の庭園は開設当初から大家さんが好んで木や草花の手入れをして下さっており、玄関や庭先に出て四季折々の自然を楽しむことができます。

●ケアについては、開設当初からセンター方式と、パーソンセンタードケアを併用しながら、利用者一人ひとりにフォーカスした、きめ細かい個別支援により「自立支援」に注力しています。また、QOL向上の取組みとして「食事支援」にも注力し、献立の作成から食材の調達、調理まで職員が行い、1週間に同じ主食や副菜が重複することのないよう、アレンジしたり、利用者の喫食状況を確認しながら、彩り・切り方・盛り付けなどを変更し、食事を完食してもらえるよう工夫した提供が行われています。

●新型コロナウイルス蔓延の長期化に伴い、行政からの感染防止ガイドラインに基づき、室内の消毒・換気・手洗いなどを継続して徹底するなどして感染防止に努めています。また、外出支援については、人混みへの外出は控え、玄関先や庭先、車内から出ずにドライブにお連れして気分転換を図るなど配慮しながら支援しています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
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 3, 利用者の1/3くらい 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、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地域住民との交流をはかりながら、自立支援を心がけ、その人が持つ能力を發揮しつつ穏やかにその人らしい生活を送っていただく。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。	開設時からの理念「家庭的雰囲気の中で、穏やかにその人が持つ能力を發揮しつつ、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。」に基づいて自立支援を根幹とし、職員は必要以上の介入は行わないとした方針の下、食事、入浴、分包薬の取り出しなど、ご自身でできることはやっただき、出来ることを奪わないケアを心がけています。	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	自治会に加入 散歩時地域住民と挨拶の交流。地域資源の取入れ。 (医療、理容、食材) 夏祭り・花見会・敬老会などの行事や避難訓練はコロナ禍のためホームのみで行う。	現在も継続して地域行事は中止となっており、日常的な挨拶程度の交流に留まっています。事業所の夏祭り・花見会・敬老会などの行事開催は、職員と利用者のみで行っています。コロナウイルスが5類に移行してからは、段階的に外部の方の受け入れも再開し、現在は訪問理美容の方、個人で活動しているボランティアの方が来訪しています。	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	地域方々への開放 緊急困り事に協力体制 相談の電話の受け入れ		
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。 今年度はコロナ禍で書面開催でおこなっている相談事は電話で対応している。	運営推進会議は原則2ヶ月に1回開催することになっていますが、今年度はコロナ禍で書面開催にて、奇数月におこなっています。来年度対面に切り替え、2ヶ月に1回の実施していく方針としています。書面開催では、事業所からの一方的な報告に留まっていますが、地域の情報については回覧板や地域包括支援センター職員から情報を得ています。	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やキャラバンメイトとしての協力はコロナ禍で行っていない。	区からは講習等の案内、制度改正や感染症の情報提供、生活保護関係の連絡等をいただき、運営推進会議の議事録を提出しています。地域包括支援センターと協働開催していた、キャラバンメイトも中断していましたが、社会情勢を考慮しながら再開する予定としています。グループホーム連絡会はZoom開催となっていました。対面での開催を検討しています。	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なわない日頃の指導より確認を行う。 日中は開放 職場内研修	身体拘束を行わないケアの指針、マニュアルを整備し、入職時に研修を行っている他、いつでも閲覧できるようにしています。毎年、年2回は身体拘束に関する研修を実施し、身体拘束について理解と知識を深めています。身体拘束適正化委員会も3ヶ月に1回開催し、利用者との関わりの中で不適切な声かけや対応が行われていないか、振り返りと共通認識を図り、身体拘束を行わないケアを実践しています。	今後の継続
7	6	○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 虐待防止の資料の現場回覧、掲示 虐待の実例の会議等で指導 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 職員同士で注意をする。	高齢者虐待防止法に関する指針、マニュアルを整備し、身体拘束と同様に、入職時に研修を行っている他、いつでも閲覧できるようにしています。年1回は高齢者虐待について取り上げた研修を実施し、虐待の種類、弊害について学んでいます。年1回は、身体拘束・虐待防止のチェックを全職員に実施し、結果を集計し、職員に伝え、身体拘束・虐待に関する共通認識を図り、虐待をしないケアに努めています。	今後の継続
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	青年後見制度の説明、青年後見制度の資料回覧 研修会の参加を勧めている。 青年後見制度のパンフ掲示。 職場研修 「市民後見人制度講座」の活用 あんしんセンターの説明会		
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、納得のいくまで説明する。 スタッフも全て理解できるように契約書・重要事項説明書の、勉強会を行っている。 職場内研修 見学時には簡潔明瞭に説明できるように研修している。		
10	7	○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して自宅での状況や家族の希望と本人の状況やユニット会議に話し合う 運営推進委員会に報告	重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について、契約時に説明しています。玄関に意見箱を設置していますが、来訪時や電話連絡時に、近況報告と併せて意見や要望を伺うようにしています。意見や要望は、ご意見ノートに記入し、職員間で情報を共有しています。また、要望の対応マニュアルを作成し、受付から解決までの流れを家族に示しています。	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	8	○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。 スタッフからの課題の提供 スタッフ対管理者の面接有り 懇親会もコロナ禍でおこなっていない。	基本的には全体会議等でスタッフの声を聴き、意見交換した後に業務やケアに反映させています。管理者は、職員の出退勤時、業務や休憩時間にも、意見や提案を吸い上げるようにしています。管理者自身も現場に入ることでケアや業務に関する意見交換を行い、業務改善につなげています。さらに、代表も月に数回は事業所に見えるので、直接代表と話をする機会もあります。	今後の継続
12	9	○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・年末年始奨励金支給・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	法人では昇給・資格手当・年末年始奨励金支給・夏冬賞与・処遇改善手当などの給与体系を整備しています。また、管理者は職員の能力や有している資格や勤務状況を把握し、能力や経験年数に応じて外部研修の参加を促している他、ライフワークバランスに配慮したシフト作成を心がけています。また、有給休暇や希望休の取得も促しながら、環境整備に努めています。	今後の継続
13	10	○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） 研修への勧め 職場内研修	入職時には事業所の理念・ケア方針などについて伝えると共に、介護知識や技術・身体拘束・高齢者虐待・接遇・倫理・法令順守などについて研修を行っています。その後はOJTにて、利用者ごとの対応の仕方、注意点、業務の流れについて先輩職員から指導を受けています。毎月、研修計画に基づいた研修に加え、必要に応じて外部研修の参加を促し、資質向上につなげています。	今後の継続
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していましたがコロナ禍でおこなっていない。		
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、様子を観察していく中から察知し、本人との関係を作っていく。 初回面接時には在宅時の様子、本人の嗜好、希望を含めて多様に聞く。 本人が安心、快適に暮らせるように環境作りをし協力をしていく。		

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、本人の希望する内容をしっかりとらえて、何を求めているか見極めて的確なケアにつなげている。 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ことを教わったり、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 ・昔話 ・物の由来 等を教わっている。		
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、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	11	○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（墓参り、実家、サークル） 本人の安心感を支援。	緊急事態宣言が発出されていた期間は、全面的に面会を中止していましたが、社会情勢を考慮しながら玄関先のベンチで面会していただくなど、柔軟に対応しています。本人にとって馴染みの場所や人、趣向などを把握し、支援に反映させることで、関わりや関係性を継続できるよう支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・清掃を共同作業 仲間としての交流、ディスカッション、カラオケを行っている。 ちぎり絵や七夕祭りに担当分けて作製している。		
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	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事を話しておく。		
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	12	○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。	日常の世の中から、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。 一人一人と話して行く中で、本人の思い、希望を知る。重度化の中で目の動き、手振り表情等を重視している。	入居前面談で、本人、家族、介護支援専門員から、過去の生活歴・既往歴・趣味嗜好品・暮らし方の希望などについて聴き取り、アセスメントシートを作成し、ケアプランに組み込んでいます。開設当初からセンター方式を導入しており、5つの違った視点から本人の思いや意向の把握に努め、日々の関わりの中で得られた情報は経過記録に記入し、職員間で共有したうえで検討、ケアプランに組み込んで支援につなげています。	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で取り入れて行く。 職業、趣味、スポーツ、旅 これまでの生活の中で技術としていた手腕を発揮してもらおう。（掃除、園芸、調理等）		
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	13	○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・家族の声を聞きながら、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、臨機応変なみなおし新たな声希望の見直し	入居時のアセスメントで得られた情報を基に初回のケアプランを作成し、暫くの期間は様子を見ながら、ADL・IADLの状態などの情報を収集しています。その後、ケア会議を開催し、ニーズや本人の心身状態について再度アセスメントを行っています。ケアプランの見直し時には、経過記録を基に原案を作成し、ケア会議時に他の職員から意見を求め、家族の意見・要望を踏まえたうえで、現状に即したケアプランを作成しています。	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	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かかわっている。		
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、家族要望にできるだけ支援出来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 コロナ禍の中で理髪、白髪染の手伝いをおこなっている。		
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	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 絵手紙ボランティア・カラオケボランティア 書道ボランティアなどはコロナ禍で現在は行っていない。		
30	14	○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2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・緊急の支援 医療連携体制	契約時に事業所の協力医療機関について説明し、本人と家族の希望を尊重して主治医を決めています。現在は1名の方は従来のかかりつけ医へ通院していますが、その他の方は月4回訪問診療を受診しています。歯科は必要な方のみ契約しており、人によって受診頻度は異なりますが、概ね週1回の訪問があります。看護師は月2回訪問し、利用者の健康管理や医療面に関する相談に乗っていただいています。	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、受信の紹介 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密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。 協力機関ばかりではなく、隣接の病院関係者との交流を持っている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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・終末期のありかた等について、本人や家族とは十分に話し合いをしている。 スタッフにも十分に話し合い、看取りについては共有の支援を行う。	契約時に重度化や終末期の指針について説明しています。近年では看取りを希望される家族も増えており、事業所では医療行為を必要としない等の条件が揃った場合は看取りまで行うことを伝えています。重度化した場合は家族と話し合いの場を設け、家族の意向を再確認し、看取りを希望される場合は、主治医・看護師・家族・事業所で情報を共有しながら、チームとして支援しています。	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	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	16	○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 炊出しの訓練 火災通報装置設置・スプリンクラー設置	年2回昼夜を想定した避難訓練を実施しています。訓練では、通報・誘導・初期消火などの初動対応について確認しています。裏手が土砂災害警戒区域なので、土砂災害対応マニュアルも作成しています。備蓄品は3日分の水や食糧・衛生用品・ラジオ・懐中電灯を用意し、建物の外の倉庫と分けて保管しています。	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	17	○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、言葉使い（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。 職員全員で注意し合う。 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	入職時他に研修を行うとともに、接遇・マナー・倫理について話し合う機会を設けています。利用者一人ひとりの人格や個性を尊重し、尊厳や自尊心を傷つけることのないよう、不適切な対応が見受けられた際には、職員間でも注意し合っています。入職時には、守秘義務や個人情報の取り扱いについて、誓約書を取り交わしています。居室への入室、排泄支援を行う際にはプライバシーや羞恥心に配慮して対応しています。	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	食事の献立は本人達の希望を聞く レクリエーションも、本人がやるかやらないを決める。 本人が決定できる様に、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、スタッフとの話し合いの機会を作り声を吸い上げる。		
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。 「本人のある日の1日、本人のある日の話言葉」は担当職員が発表する。		
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	18	○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、本人の好みを優先。	事業所では食事支援にも注力しており献立の作成から食材の調達まで職員で行っています。1週間に同じ主菜や副菜が重複することのないよう、アレンジしたり、利用者の喫食状況を確認しながら、彩り・切り方・盛り付けなどを変更することで、食事を完食してもらえるよう工夫しながら提供しています。クリスマスや正月などの行事の際にはユニットごとに和食・洋食などを提供しています。	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	1日1400から1500Kcal 塩分控えめ 水分摂取量の見守りし把握する。 栄養は1日全体としてとらえて、利用者の体調で食べる量や、ミキサーで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3回～4回歯科医の往診 歯科衛生士の指導を全員で受ける 歯科医より口腔ケアに関する指摘をいただいている		
43	19	○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作る。 リハパンの使用はあまり勧めないが、重度化によるリハビリパンツの使用もふえてきているが、使用の場合も定期的に声掛けで自立排泄支援をする。SOSの早期発見により自信回復	声かけによる誘導が必要な方は排泄チェック表をつけ、タイミングや時間の把握に努めています。事業所ではリハビリパンツなどの使用は極力控え、布パンツでの生活を基本として支援しています。パットは使用していますが、段階に応じてサイズを使い分け、可能な限り布パンツで生活していただくようにしています。水分摂取量は1日1000～1200CC位、数回に分けて飲んでもらっています。	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、排便の量のデーターを取る排便が3日無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫1日の乳酸飲料水・果実・野菜・水分を摂取、定時声掛けによって習慣付けを行う。自立排泄促すケアも行う。 本人からのSOSの早期発見し優先する。		
45	20	○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。 無理強いはいしない。 拒否の場合を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）	週3回入浴(月・水・金)を基本とし、入浴前にはバイタルチェックと本人の意思を確認したうえで入浴を促しています。入浴拒否のある方は職員や声かけの仕方を変えたり、時間を空けて入浴を促すようにしています。また、車椅子を使用している方は職員2人以上での対応、または、リフト浴で入浴支援を行っています。季節のゆず湯や菖蒲湯にて、季節感を感じていただくようにしています。	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
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。 夜間寝れないときにはスタッフと話したり、水分摂取をすすめるなどの工夫をする。不眠のデータを取る。 室温・照明調節		
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、目で服薬の確認。 薬分けは必ず2人のスタッフでおこなう。 空袋で飲み忘れ、飲み残しの確認をしている。		
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	畑仕事が好き人は好きに外に出て手入れをしている。 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・書道等好きなことはしていただいている。 現在は水拭きやアルコール拭きを手伝って頂いている。		
49	21	○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 今はコロナ禍で買い物はできていないが、ドライブをして車窓から社会観察。ふれあいバス利用	天気や気候の良い日には毎日のように散歩にお連れしたり、玄関先に設置しているベンチで外気浴を行っています。また、買い物や軽食しにお連れしたりしながら社会性を維持できるよう支援していましたが、現在は感染症防止のため人混みへの外出は自粛し、玄関先や庭先、車内から出ずにドライブにお連れして気分転換を図れるよう支援しています。	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、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、年賀状は本人が手作りしている。 家族からの電話をととても支援している。 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し 「近況報告」を発行して家族へ送付している。		
52	22	○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・洗面台は1日何回の掃除 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。 カレンダーをベッドから見えるように貼っている。	共用空間は皆で過ごす場所であることから、室温や湿度・採光の調整も職員によって管理され、快適に過ごせる空間づくりが行われています。また、整理整頓を心がけ、家具の配置も利用者の動線の妨げにならないよう設置されています。感染症防止対策に対する取り組みで、現在も定期的な喚起・床などの消毒を実施しています。壁には季節に応じた装飾、利用者の作品などを飾り、季節感を感じれるようにしています。	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	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを持っている。 又、ベンチでは1階2階関係なく交流が行われている		
54	23	○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、本人の好みの絵やダンス・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。	各居室にはエアコン、クローゼット、照明が完備されています。入居時には自宅で使用していた寝具や家具類を持ち込んでいただくよう伝え、馴染みの物に囲まれた空間の中で落ち着いて過ごせるよう居室づくりが行われています。ADLの低下により、家族に相談してレイアウトを変更することもあります。	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 令和6年2月7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 49 50	利用者が好む外出をより多く取り入れたい。	地域の催しへの参加や季節の行事や外食、買い物等、社会参加活動の機会を増やす。	地域社会の一員として地域の行事に参加、協力する。買い物ツアー、外食日を設定。季節の外出の他に遠足も設定。	1年
2	27 31 34	感染症対策	施設内に感染症を持ち込まない、広めない。	感染症対策の維持 利用者、職員自身それぞれの日頃の健康状態の把握	1年
3	23 26 27 30 31 33	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、一人ひとり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。	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、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地域住民との交流をはかりながら、自立支援を心がけ、その人が持つ能力を發揮しつつ穏やかにその人らしい生活を送っていただく。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 散歩時地域住民と挨拶の交流。地域資源の取入れ。(医療、理容、食材) 夏祭り・花見会・敬老会などの行事や避難訓練はコロナ禍のためホームのみで行う。		
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	地域方々への開放 緊急困り事に協力体制 相談の電話の受け入れ		
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。 今年はコロナ禍で書面開催でおこなっている相談事は電話で対応している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	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やキャラバンメイトとしての協力はコロナ禍で行っていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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なわない 日頃の指導より確認を行う。 日中は開放 職場内研修		
7	6	○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 虐待防止の資料の現場回覧、掲示 虐待の実例の会議等で指導 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 職員同士で注意をする。		
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	青年後見制度の説明、青年後見制度の資料回覧 研修会の参加を勧めている。 青年後見制度のパンフ掲示。 職場研修 「市民後見人制度講座」の活用 あんしんセンターの説明会		
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、納得のいくまで説明する。 スタッフも全て理解できるように契約書・重要事項説明書の、勉強会を行っている。 職場内研修 見学時には簡潔明瞭に説明できるように研修している。		
10	7	○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して自宅での状況や 家族の希望と本人の状況や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	8	○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。 スタッフからの課題の提供 スタッフ対管理者の面接有り 懇親会もコロナ禍でおこなっていない。		
12	9	○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・年末年始奨励金支給・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	10	○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） 研修への勧め 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していましたがコロナ禍でおこなっていない。		
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。 本人のこれまでの生活を知る。 困っている事、不安な事を本人と話したり、様子を観察していく中から察知し、本人との関係を作っていく。 初回面接時には在宅時の様子、本人の嗜好、希望を含めて多様に聞く。		

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、本人の希望する内容をしっかりとらえて、何を求めているか見極めて的確なケアにつなげている。 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ことを教わったり、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 ・昔話 ・物の由来 等を教わっている。		
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、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	11	○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（墓参り、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・清掃を共同作業 仲間としての交流、ディスカッション、カラオケを行っている。 ちぎり絵や七夕祭りに担当分けて作製している。		
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	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事を話しておく。		
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	12	○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。	日常の世の中から、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。一人一人と話して行く中で、本人の思い、希望を知る。重度化の中で目の動き、手振り表情等を重視している。		
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	家族から生活歴、馴染みの地、友人を知り暮らしの中で取り入れて行く。 職業、趣味、スポーツ、旅 これまでの生活の中で技術としていた手腕を発揮してもらう。（掃除、園芸、調理等）		
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	13	○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、臨機応変なみなおし新たな声、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かかわっている。		
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、その時々にも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、家族要望にできるだけ支援出来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 コロナ禍の中で理髪、白髪染の手伝いをおこなっている。		
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	地域の行事参加、コミスク・図書館・公園利用 絵手紙ボランティア・カラオケボランティア 書道ボランティアなどはコロナ禍で現在は行っていない。		
30	14	○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2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、受信の紹介 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密に話し合い、早期退院、退院後の指導を受けている。 協力機関ばかりではなく、隣接の病院関係者との交流を持っている。		
33	15	○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・終末期のありかた等について、本人や家族とは十分に話し合いをしている。 スタッフにも十分に話し合い、看取りについては共有の支援を行う。		
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	16	○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 炊出しの訓練 火災通報装置設置・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	17	○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、言葉使い（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。 職員全員で注意し合う。 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）		
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 レクレーションも、本人がやるかやらないを決める。 本人が決定できる様に、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、スタッフとの話し合いの機会を作り声を吸い上げる。		
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。 「本人のある日の1日、本人のある日の言葉」は担当職員が発表する。		
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	18	○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、本人の好みを優先。		

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から1500Kcal 塩分控えめ 水分摂取量の見守りし把握する。 栄養は1日全体としてとらえて、利用者の体調で 食べる量や、ミキサーで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、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3回～4回歯科医の往診 歯科衛生士の指導を全員で受ける 歯科医より口腔ケアに関する指摘をいただいている		
43	19	○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作る。 リハパンの使用はあまり勧めないが、重度化によるリハビリパンツの使用もふえてきているが、使用の場合も定期的に声掛けで自立排泄支援をする。 SOSの早期発見により自信回復		
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日無いと、排便誘導運動や、軽い運動を工夫 1日の乳酸飲料水・果実・野菜・水分を摂取、定時声掛けによって習慣付けを行う。 自立排泄促すケアも行う。		
45	20	○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。 無理強いはいはしない。 拒否の場合を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。 夜間寝れないときにはスタッフと話したり、水分摂取をすすめるなどの工夫をする。不眠のデータを取る。 室温・照明調節		
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、目で服薬の確認。 薬分けは必ず2人のスタッフでおこなう。 空袋で飲み忘れ、飲み残しの確認をしている。		
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	畑仕事が好きな人は好きに外に出て手入れをしている。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・書道等好きなことはしていただいている。 現在は水拭きやアルコール拭きを手伝って頂いている。		
49	21	○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 今はコロナ禍で買い物はできていないが、ドライブをして車窓から社会観察 ふれあいバス利用		
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、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、年賀状は本人が手作りしている。 家族からの電話をととても支援している。 手紙は宛名書きの支援 絵手紙ハガキの差し出し 「近況報告」を発行して家族へ送付している。		
52	22	○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・洗面台は1日何回の掃除 季節の花、歳時記で季節感を味わってもらおう。 ちぎり絵等で、季節を知る。 カレンダーをベッドから見えるように貼っている。		
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	個室には本人の好きな物、馴染みの物を置き、ゆとりを持っている。 又、ベンチでは1階2階関係なく交流が行われている		
54	23	○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 令和6年2月7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 49 50	利用者が好む外出をより多く取り入れたい。	地域の催しへの参加や季節の行事や外食、買い物等、社会参加活動の機会を増やす。	地域社会の一員として地域の行事に参加、協力する。買い物ツアー、外食日を設定。季節の外出の他に遠足も設定。	1年
2	27 31 34	感染症対策	施設内に感染症を持ち込まない、広めない。	感染症対策の維持 利用者、職員自身それぞれの日頃の健康状態の把握	1年
3	23 26 27 30 31 33	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、一人ひとり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。	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。