

<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	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	1490200282
法人名	株式会社 グループホーム希望
事業所名	グループホーム 希望
訪問調査日	令和7年10月28日
評価確定日	令和7年11月19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7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	1490200282	事業の開始年月日	平成26年4月1日	
		指定年月日	令和2年4月1日	
法人名	株式会社 グループホーム希望			
事業所名	グループホーム 希望			
所在地	221-0013 神奈川県横浜市神奈川区新子安1-22-11			
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	15名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和7年10月20日	評価結果 市町村受理日	令和7年12月26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)】

ご利用されるご本人様はもちろんですが、ご家族の方々に安心していただける環境をご提供したいと考えています。お気持ちやご事情を確認しながら、職員一同共通の意識を持ってお世話に当たらせていただきます。少しでも心地よく楽しい毎日を過ごしていただけるようにその方に合った対応を工夫しています。1階にあるクリニックと協力医療の連携、24時間オンコールが取れ安心した生活を送れます。グループホームでの生活継続を希望し、ご家族のご理解ご理解が得られホームの体制がその状態に対応できるときには、最後のお看取りまでお付き合いをいたします。晴天の日には屋上から富士山が見え近所にスーパーや公園があります。

【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7年10月28日	評価機関 評価決定日	令和7年11月19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)】

●この事業所は株式会社グループホーム希望の経営です。グループホーム希望は、平成26年4月に開所した当初は1ユニット定員9名のグループホームでしたが、平成30年に増設され、現在は定員15名2ユニットになっています。建物は3階建てで1階には内科・循環器内科の診療をメインとしている「わたなべクリニック」があり、2階、3階部分がグループホームになっています。場所はJR京浜東北線「新子安駅」もしくは京急本線「京急新子安駅」から徒歩約5分程の産業道路から一本奥に入った戸建てやアパートなどがある住宅街の一角にあり、近くにはスーパーや公園もあります。

●ケアについては、事業所の開設時に作成された理念「利用者が安心できる環境の中で生きがいや役割を見つけ自分らしく生きていけるよう支援する」を実践すべく、日々の連絡事項のみならず、毎月のミーティングにおいても利用者の情報を共有しながら利用者のADLやIADLに応じて出来ることを見極めるとともに、課題を抽出しながら、本人が生きがいや役割を持って暮らしていただけるよう支援を行っています。

●研修については、毎年の年度末に事業所内研修計画を立て、管理者が研修資料を作成して、毎月のミーティングと合わせてテーマに沿った研修を行っています。また、研修後にはレポートを提出して習熟度を把握するとともに、必要に応じて随時タイムリーなテーマを取り上げてミニ勉強会を開催するなど、研鑽に努めています。

【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 希望
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、安全面で不安なく過ごしている。 (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	施設の理念、目的、基本方針は玄関サービスコーナーに掲示してあります。ご利用者様は生きがい、やりがい、役割を見つけ自分らしく笑顔で毎日を過ごせるよう職員一同支援しています。	「利用者が安心できる環境の中で生きがいや役割を見つけ自分らしく生きていけるよう支援する」を事業所の理念とし、職員は利用者のADLやIADLに応じて日常生活の中で出来ることをお願いしながら理念に沿った支援の実践につなげています。	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	6月に地域連合の行事、福祉大会に参加しました。	地域の情報は回覧板や運営推進会議で入手しており、6月には地域連合行事の福祉大会に利用者連れて参加し、催しを楽しんでいただきました。地域の方から古紙や古布を頂いた際には感謝の言葉を伝えるとともに、地域に還元できることがあれば協力することも伝えていきます。	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	運営推進会議の場にて地域包括支援センターの方や民生委員の方にグループホーム希望の事や認知症のことをお話しさせていただいています。	/		
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	奇数月第一土曜日に開催。ご利用者様ご家族様、民生委員、地域ボランティア、地域包括支援センターの職員の方にアドバイスを頂き向上に生かしています。	開催日を奇数月の第一土曜日と決めることで、メンバーの方が参加しやすいよう便宜を図っています。事業所の現状や活動状況報告に対して意見等をいただき、取り入れられるものについては積極的に反映させるようにしています。会議の内容は議事録に纏め、職員が閲覧できるようにしています。	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	定期的にグループホーム連絡会の会議に参加をして情報交換や相談をさせていただいています。	不明点や疑問点が生じた際や、事故が発生した際に横浜市介護事業指導課等に連絡および報告を行っています。また、グループホーム連絡会の会議(年4回)に出席して他事業所との情報交換や情報共有に努めています。	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	身体拘束委員会を3ヶ月に1回又は必要な都度開催しています。日々、ミーティング等で確認をしています。	身体拘束適正化委員会は当日の出勤者をメンバーとして3ヶ月に1回開催しています。委員会で話し合った内容は議事録に纏め、職員がいつでも閲覧できるよう事務所に置いています。また、状況に応じて随時利用者の対応について話し合う機会を設けるなど身体拘束をしないケアに努めています。身体拘束の研修は年3回、管理者が作成した資料を基に身体拘束の種類、定義について学び、理解を深めています。	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	職員研修により身体拘束に当たる行為を理解しています。意識していない言葉の暴力などの精神虐待についても研修をしています。	身体拘束適正化委員会と同日に同じメンバーで虐待防止委員会も開催しています。委員会で話し合った内容は議事録に纏め、職員がいつでも閲覧できるよう事務所に置いています。年2回おこなっている高齢者虐待防止研修では、管理者が作成した資料を基に虐待の定義や行為について理解を深めています。	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	自立支援、青年後見制度資料を身近なところにおいて読んでいます。ミーティング、通常業務中に話し合いをして支援しています。			
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	ご利用者様のご家族様から相談を受けご説明を行いご理解を受けていただいています。			
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	職員、ご利用者、ご家族様のご意見を聞きそご要望に沿えるように都度の話し合いの場を設け迅速な対応を心がけています。	重要事項説明書に明記している苦情相談窓口を契約時に説明しています。家族からの意見や要望は玄関に設置している意見箱、来訪時や電話連絡時の近況報告と併せて何うようにしています。家族に郵送している「のぞみ通信」には写真を多く載せるようにして、家族に表情や様子が伝わりやすいよう工夫しています。	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	月1のミーティングや日々の業務から職員との話し合いの場を設け検討実施しています。	管理者は月1回のフロアミーティングをはじめ、申し送りノートや日々の会話から日常的に意見や提案を聴くようにしています。ミーティングの議事録は代表に提出し、現場職員の声を共有しています。ミーティング当日に参加できない職員からは事前に話を聴き、議題に上げて意見交換を行い、業務やケアに反映させています。	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	代表者が職員の努力、実績、勤務状況を把握しています。給与に反映させています。	管理者は職員の勤務状況、勤務姿勢等を把握し、代表に伝えたくて年1回の賞与に反映されています。常勤、非常勤問わず全職員に支給されることから職員のやりがいにつながっています。シフトは管理者が作成しており、外部研修への参加やライフワークバランスにも配慮しています。	人事考課表が作成され、人事考課表に基づく評価等の可視化を期待いたします
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	施設内の研修を実施しています。日々の業務の中で業務内容に不安のあるときは先輩からのフォローがあります。	入職時のOJTは職員の介護経験の有無によって期間は異なりますが1ヶ月間を目安として、全勤務帯の業務内容や利用者の情報を把握してもらおうようにしています。事業所内研修の資料は管理者が作成しており、研修計画に基づき毎月のミーティングと合わせて行っています。	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	定期的にグループホーム連絡会に参加をして情報交換や相談など聞いていただいています。メールや電話でのやり取りもあります。		
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	ご本人様を傾聴することやの様子を見て不安困りごとを知りコミュニケーションを図りながら信頼関係を築いていけるように努めています。		

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	ご家族様が入所を決めたことでの不安を聞きながらご利用様が穏やかで安心した生活を送れるよう支援することで信頼関係を築いています。			
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	ご利用様のご家族様からの相談を受け必要としている支援のご説明を行いご理解を得ています。			
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	介護される側、介護する側もお互いに支えあう関係であり、ご利用様にできることをし互いに喜び人生の先輩として助言をいただくことでより良い関係を築いています。			
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	ご家族様にご利用様様の生活の様子、身体精神の状況をご面会、お電話、お手紙にてご報告をしてもにささえあっていることを実感しています。			
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	玄関先、窓際、面談室でのご面会を実施。お手紙、お電話でのやり取りをお手伝いをさせていただいています。	現在もフロア及び居室での面会は遠慮していただいております。1階の面談室で対応しています。現在は面会場所を制限していることから予約制としています。年賀状や手紙が届いた際には本人に直接お渡しています。訪問カットを利用していることから、行きつけだった理美容に行っている方はいませんが、訪問カットに来ていただいている方とは顔馴染みになっています。		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
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	ご利用者一人ひとりの生活の生活歴を理解した上で楽しく前向きな気持ちで過ごせるよう支援をしています。		
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	契約終了後もご家族様のご相談を受け取れる体制を取っています。		
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。	日常生活の会話の中で、ご本人が希望されるからし等を職員間で話しながら、日々検討をしています。	入居に伴う事前面談で、過去の生活歴、既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望に関する情報を聴き取り基本情報シートを作成しています。基本情報シートの情報を基に会話や表情から思いや意向の把握に努めています。意思表示や意思疎通が困難な方は、家族や職員間で共有しながら本人本位に検討しながら支援を行っています。	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	入所前の情報により把握されていること以外でご本人の話の中から新たに好きな事や出来る事や得意なことを知ることがあります。ご家族に報告をしながら支援しています。		
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	個々のご利用者の心身状況に応じて出来る事は自分の持っている能力を使うことで支援しています。		

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	月1回のミーティングで意見交換をしています。6ヶ月ごとにモニタリングをし介護計画を作成しています。	基本情報シートの情報を基に初回の介護計画を作成し、3ヶ月間は様子を見ながらADLやIADLの情報収集に努め、必要に応じて介護計画の内容を変更しています。月1回のミーティングでは業務やケアの意見交換をはじめ、利用者の情報を共有しながら利用者の課題収集を収集し、介護計画の見直し時期と合わせてモニタリングを行い、現状に即した介護計画を作成しています。	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	各ご利用者様の経過記録と健康管理記録でご利用者様の状況を把握し見直しに活かしています。			
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	毎日のケアの中でご本人の状況に変化がみられる時などは柔軟に対応を行っています。			
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	地域連合主催の福祉大会に代表としてご利用者様3名スタッフ3名で参加させていただきました。			
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回必要に応じて往診をしてもらいクリニック休診日や夜間はDrと連絡が取ることが出来るようになっていきます。歯科では必要に応じて月2回の治療と月4回の口腔ケアがあり、ご本人様やご家族様が安心していただけるように支援をしています。	事業所の協力医療機関である「わたなベクリニック」は事業所と併設していることから、多くの方が協力医療機関による月2回の往診を受けています。協力医療機関は内科と皮膚科は対応可能ですが、他科は紹介状を書いていただいたうえで通院介助を行っています。歯科は週1回の口腔ケアと必要な処置が月2回程度行われています。	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	医療上の問題処置方法や対応の仕方がわからない時にはクリニックの看護師さんからの助言をいただいています。		
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。	入院が必要になった場合は直ぐに医療情報を作成し入院先に提出しています。日常の介護情報は施設から提出をしています。退院がスムーズに出来る様に入院先の相談員や主治医との連携を密にとっています。		
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	施設でできる範囲であれば、お看取りまで見させていただいています。ご家族様とは入所時とその時期が来てしまったときお話をし確認をさせていただいています。	事業所では医療行為を必要としない場合のみ看取りまで行うとしており、契約時に重度化と終末期の指針について説明し、同意書を取り交わしています。重度化と判断された段階で、家族の意向を確認する機会を設け、主治医、職員の三者で意向を共有して支援を行うとしています。今年度は11月までに2名の方を看取っています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時のマニュアルを作成してあります。研修、ミーティングや日々の活動の生活の中で話し合いを設けてマニュアルを確認をして把握する事でたいおうをしています。		
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	消火器の設置場所や使い方、避難経路の確認をし定期的に訓練を行っています。	地震からの火災発生を想定した避難訓練を年2回行っています。数回(数日)に分けて行うことで職員全員が対応できるよう消火器の場所、避難経路、通報、誘導手順などを確認しています。備蓄品は水、食糧、衛生用品、ガウン、マスク、カセットコンロ、懐中電灯、ラジオ、キッチン用品等を準備しています。年に2回はBCP計画に準じた訓練及び研修も行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ご利用者様は人生の先輩であり、目上の人に対する言葉遣い接し方には尊敬の念とプライバシーや誇りを傷つけないように配慮しながら対応をしています。	入職時に誓約書を取り交わし、事業所で知り得た情報は職場外で他言しないよう周知徹底しています。毎年、年間研修で「プライバシー保護や接遇」について学んでおり、人生の先輩であることを念頭に置いた声かけや対応を心がけています。	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	毎日の生活の中で表情や言葉や様子などの見ながら自己決定をできるように支援をしています。			
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	毎日の生活の中の表情、言葉、態度、体調を見ながら介護側のペースでなくご利用者様本位でゆったりとした環境づくりを支援をしています。			
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	常に日常から気を付けています。洋服のコーディネートやお洒落をしたり髪型にも気を使い支援をしています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の会話の中から食事の好みや食べたいものを聞き取り入れています。距離を取りながらスタッフがご利用者様の中に入り食事をしています。ミキサー食の方もいますが盛り付け彩りに気を付けています。			

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	毎食の食事量と水分量を記録し職員全体で把握しています。水分が摂りづらい方には無理のない範囲でこまめに声掛けをして見守りと介助をしています。		
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	定期的訪問歯科により指導とケアを受けています。誤嚥性肺炎予防のため毎食後に口腔ケアを実施しています。義歯は就寝時に洗浄剤を使用しケア用品は使用後に消毒をして清潔保持に努めています。		
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	毎回排泄チェック表に記載し職員全体で排泄パターンを把握しています。ご自分からトイレに行けない方は方はお声掛け誘導と介助をしています。夜間は居室からトイレまで距離がある方については簡易トイレを使用していただいています。	利用者全員の排泄記録をつけ、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。日中はトイレ誘導を基本とし、座位をとってもらおうようにしていますが、夜間は入眠状況に応じて、オムツ、ポータブルトイレ、トイレにお連れする方など個々に応じて対応しています。	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	毎日の排せつの確認、薬に頼らないようにヨーグルト、果物を取り入れ水分を小まめに摂っていただき軽い体操をしていただいています。		
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	1日3名2日置に入浴をしています。本人の希望体調、外出に応じて行っています。拒否のある場合には状態を見ながら時間を変えたりお声掛けに工夫をし対応をしています。	週2,3回入浴を基本とし午前中から午後問わず入浴支援を行っています。重度化した方は入浴用車椅子に座っていただき、シャワー浴で対応しています。スムーズな入浴につなげるためにも、朝一で声かけしたり、順番の要望に応じて対応しています。	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	利用者様の体調にもよりますが昼夜逆転にならないよう日中はリビング過ごしていただくようにしています。夜間眠れず起きてしまう方にはスタッフが話し相手になり危険の無いように見守りをしています。			
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	受診後に処方された薬は内、服薬をいつでも見れるようにしています。主治医、看護師 薬剤師と連携を取っています。			
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	後に利用者様のの趣味や能力を把握してできることを探して作品を作る歌や体操をしたり、屋上やお互いの階に行く等気分転換ができるように支援をしています。			
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	ご家族様との散歩、通院、冠婚葬祭、お食事買い物などに出かけることができるように支援をしています。	天気や気候の良い日には、屋上も活用しながら外気に触れていただけるよう外気浴、家族と近くの公園、スーパーなどに出かけている方もいます。今年も6月には町内の福祉大会にお連れして催しを楽しんでいただきました。		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	必要なものはご家族様に用意をいただいています。お小遣いをお預かりをしこちらでの購入時はご家族様からの確認を取り臨機応変に対応をしています。			

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	年賀ハガキ、文字が書けなくなってしまった方もスタッフと一緒に書いています。個々でお手紙を出したい方は書いて頂きこちらから出しています。ご希望によりご家族様とご利用者様と電話での通話もして頂いています。			
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	季節にちなんだ花、絵を毎月ごとに作成し壁に飾っています。各居室にも季節感を味わっていただけるように工夫をしています。室内の換気や湿度、温度にも気を付けています。	建物中央にある吹き抜けを中心に回路式の造りになっています。吹き抜けや天窓からはふんだんに陽の光が入るようになっており、明るい空間になっています。壁には、レクで作成した作品や季節にちなんだ物が飾られ、季節感を感じていただけるようにしています。建物の造りを活かして歩行訓練や、体操、レク、テレビ、めだか観賞などで過ごされています。		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	空間の中にはソファを設置し気の合った方々と過ごせるようにしています。食卓の席順も工夫をしています。トラブルにならないように見守りをし、お互いの居室を訪れて自由に過ごして頂いています。			
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	室内にはご本人様が愛用されていた机、筆筒、仏壇、飾り物など自由に置かれています。	居室にはベッド、洗面台、エアコン、カーテンは備え付けとして完備されており、入居時には自宅で使用していた家具や寝具、写真などを持ち込んでいただくよう伝えています。3階は入院病棟を改装したため、ベッドランプやナースコールも備え付けられています。		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	出来ることを探しながら残存機能を活かし楽しみや自身に向けた介護をし機能低下にならないように支援していきます。			

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム希望2F

作成日 令和7年10月28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
	13	利用者様に対するお声かけ	良いスタッフを育てたい 技術の向上をめざしたい	接遇マナーを常に意識 をしています	6ヶ月

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	グループホーム希望
ユニット名	3F

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	施設の理念、目的、基本方針は玄関サービスコーナーに掲示してあります。ご利用様は生きがい、やりがい、役割を見つけ自分らしく笑顔で毎日を過ごせるよう職員一同支援しています。		
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	6月に地域連合の行事、福祉大会に参加しました。		
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	運営推進会議の場にて地域包括支援センターの方や民生委員の方にグループホーム希望の事や認知症のことをお話しさせていただいています。		
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	奇数月第一土曜日に開催。ご利用様ご家族様、民生委員、地域ボランティア、地域包括支援センターの職員の方にアドバイスを頂き向上に生かしています。		
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	定期的にグループホーム連絡会の会議に参加をして情報交換や相談をさせていただいています。		

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	しています		
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	職員研修により身体拘束に当たる行為を理解しています。意識していない言葉の暴力などの精神虐待についても研修をしています。		
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	自立支援、青年後見制度資料を身近なところにおいて読んでいます。ミーティング、通常業務中に話し合いをし支援して支援しています。		
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	ご利用者様のご家族様から相談を受けご説明を行いご理解を受けていただいています。		
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	職員、ご利用者、ご家族様のご意見を聞きそご要望に沿えるように都度の話し合いの場を設け迅速な対応を心がけています。		

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	月1のミーティングや日々の業務から職員との話し合いの場を設け検討実施しています。		
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	代表者が職員の努力、実績、勤務状況を把握しています。給与に反映させています。		
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	施設内の研修を実施しています。日々の業務の中で業務内容に不安のあるときは先輩からのフォローがあります。		
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	定期的にグループホーム連絡会に参加をして情報交換や相談など聞いていただいています。メールや電話でのやり取りもあります。		
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	ご本人様を傾聴することやの様子を見て不安困りごとを知りコミュニケーションを図りながら信頼関係を築いていけるように努めています。		

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	ご家族様が入所を決めたことでの不安を聞きながらご利用様が穏やかで安心した生活を送れるよう支援することで信頼関係を築いています。		
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	ご利用様のご家族様からの相談を受け必要としている支援のご説明を行いご理解を得ています。		
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	介護される側、介護する側もお互いに支えあう関係であり、ご利用様にできることをし互いに喜び人生の先輩として助言をいただくことでより良い関係を築いています。		
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	ご家族様にご利用様様の生活の様子、身体精神の状況をご面会、お電話、お手紙にてご報告をしともにささえあっていることを実感しています。		
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	玄関先、窓際、面談室でのご面会を実施。お手紙、お電話でのやり取りをお手伝いをさせていただいています。		

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	ご利用者一人ひとりの生活の生活歴を理解した上で楽しく前向きな気持ちで過ごせるよう支援をしています。		
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	契約終了後もご家族様のご相談を受け取れる体制を取っています。		
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。	日常生活の会話の中で、ご本人が希望されるからし等を職員間で話しながら、日々検討をしています。		
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	入所前の情報により把握されていること以外でご本人の話の中から新たに好きな事や出来る事や得意なことを知ることがあります。ご家族に報告をしながら支援しています。		
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	個々のご利用者の心身状況に応じて出来る事は自分の持っている能力を使うことで支援しています。		

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	月1回のミーティングで意見交換をしています。6ヶ月ごとにモニタリングをし介護計画を作成しています。		
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	各ご利用者様の経過記録と健康管理記録でご利用者様の状況を把握し見直しに活かしています。		
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	毎日のケアの中でご本人の状況に変化がみられる時などは柔軟に対応を行っています。		
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	地域連合主催の福祉大会に代表としてご利用者様3名スタッフ3名で参加させていただきました。		
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回必要に応じて往診をしてもらいクリニック休診日や夜間はDrと連絡が取ることが出来るようになっています。歯科では必要に応じて月2回の治療と月4回の口腔ケアがあり、ご本人様やご家族様が安心していただけるように支援をしています。		

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	医療上の問題処置方法や対応の仕方がわからない時にはクリニックの看護師さんからの助言をいただいています。		
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。	入院が必要になった場合は直ぐに医療情報を作成し入院先に提出しています。日常の介護情報は施設から提出をしています。退院がスムーズに出来る様に入院先の相談員や主治医との連携を密にとっています。		
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	施設でできる範囲であれば、お看取りまで見させていただいています。ご家族様とは入所時とその時期が来てしまったときお話をし確認をさせていただいています。		
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	緊急時のマニュアルを作成してあります。研修、ミーティングや日々の活動の生活の中で話し合いを設けてマニュアルを確認をして把握する事でたいおうをしています。		
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	消火器の設置場所や使い方、避難経路の確認をし定期的に訓練を行っています。		

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	ご利用者様は人生の先輩であり、目上の人に対する言葉遣い接し方には尊敬の念とプライバシーや誇りを傷つけないように配慮しながら対応をしています。		
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	毎日の生活の中で表情や言葉や様子などの見ながら自己決定をできるように支援をしています。		
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	毎日の生活の中の表情、言葉、態度、体調を見ながら介護側のペースでなくご利用者様本位でゆったりとした環境づくりを支援をしています。		
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	常に日常から気を付けています。洋服のコーディネートやお洒落をしたり髪型にも気を使い支援をしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の会話の中から食事の好みや食べたいものを聞き取り入れています。距離を取りながらスタッフがご利用者様の中に入り食事をしています。ミキサー食の方もいますが盛り付け彩りに気を付けています。		

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	毎食の食事量と水分量を記録し職員全体で把握しています。水分が摂りづらい方には無理のない範囲でこまめに声掛けをして見守りと介助をしています。		
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	定期的訪問歯科により指導とケアを受けています。誤嚥性肺炎予防のため毎食後に口腔ケアを実施しています。義歯は就寝時に洗浄剤を使用しケア用品は使用後に消毒をして清潔保持に努めています。		
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	毎回排泄チェック表に記載し職員全体で排泄パターンを把握しています。ご自分からトイレに行けない方は方はお声掛け誘導と介助をしています。夜間は居室からトイレまで距離がある方については簡易トイレを使用していただいています。		
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	毎日の排せつの確認、薬に頼らないようにヨーグルト、果物を取り入れ水分を小まめに摂っていただき軽い体操をしていただいています。		
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	1日3名2日置に入浴をしています。本人の希望体調、外出に応じて行っています。拒否のある場合には状態を見ながら時間を変えたりお声掛けに工夫をし対応をしています。		

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	利用者様の体調にもよりますが昼夜逆転にならないように日中はリビング過ごしていただくようにしています。夜間眠れず起きてしまう方にはスタッフが話し相手になり危険の無いように見守りをしています。		
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	受診後に処方された薬は内、服薬をいつでも見れるようにしています。主治医、看護師、薬剤師と連携を取っています。		
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	後に利用者様のの趣味や能力を把握してできることを探して作品を作る歌や体操をしたり、屋上やお互いの階に行く等気分転換ができるように支援をしています。		
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	ご家族様との散歩、通院、冠婚葬祭、お食事買い物などに出かけることができるように支援をしています。		
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	必要なものはご家族様に用意をいただいています。お小遣いをお預かりをしこちらでの購入時はご家族様からの確認を取り臨機応変に対応をしています。		

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	年賀ハガキ、文字が書けなくなってしまった方もスタッフと一緒に書いています。個々でお手紙を出したい方は書いて頂きこちらから出しています。ご希望によりご家族様とご利用者様と電話での通話もして頂いています。			
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	季節にちなんだ花、絵を毎月ごとに作成し壁に飾っています。各居室にも季節感を味わっていただけるように工夫をしています。室内の換気や湿度・温度にも気を付けています。			
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	空間の中にはソファを設置し気の合った方々と過ごせるようにしています。食卓の席順も工夫をしています。トラブルにならないように見守りをし、お互いの居室を訪れて自由に過ごして頂いています。			
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	室内にはご本人様が愛用されていた机、筆筒、仏壇、飾り物など自由に置かれています。			
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	出来ることを探しながら残存機能を活かし楽しみや自身に向けた介護をし機能低下にならないように支援していきます。			

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム希望2F

作成日 令和7年10月28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
	13	利用者様に対するお声かけ	良いスタッフを育てたい 技術の向上をめざしたい	接遇マナーを常に意識 をしています	6ヶ月

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。