

<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	1492300049
法人名	有限会社 あしすと
事業所名	グループホーム めろでいー
訪問調査日	令和1年11月6日
評価確定日	令和2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。

令和1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	1492300049	事業の開始年月日	平成20年4月1日	
		指定年月日	平成20年4月1日	
法人名	有限会社 あしすと			
事業所名	グループホーム めろでいー			
所在地	( 256-0816 ) 神奈川県 小田原市 酒匂1399-1			
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1年10月20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)】

「諦めない介護」を理念とし、利用者様ご本人やそのご家族の希望に対して可能な限り対応できるよう心がけております。施設サービス計画書(ケアプラン)や個別外出などに反映し、充実した生活に繋がるようなサービスに取り組んでいます。主治医、看護師、薬剤師と連携を取り、医療面からのサポートも迅速かつ的確に行えるよう情報共有を密にしております。また、医師による、医学的知見から回復の見込みが困難で、かつ医療機関での対応の必要性も薄いと判断された利用者様に関しては、ご希望があった場合、当事業所で看取り介護を行わせて頂いております。職員の知識向上のための研修を計画し実施。ケアへの意識統一のために月間目標を掲げ日々利用者様の対応をしております。

【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1年11月6日	評価機関 評価決定日	令和2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)】

●この事業所は有限会社あしすとの経営です。同法人は小田原市内にグループホーム2事業所と、サービス付き高齢者住宅、ディサービス、社会福祉士事務所の5事業所を運営しています。ここ「グループホームめろでい」はJR東海道線「鴨宮駅」北口から徒歩10分程の、食事処やスーパーマーケットなどの商業施設と住宅街が混在した場所に有ります。直ぐ裏手の散歩道沿いには、水のきれいな川が流れており鮎の泳ぐ様子も見られます。

●法人の理念「諦めない介護」を理念として利用者や、家族の希望に対して、可能な限り対応出来るように心掛けています。入居契約時には、利用者一人ひとりの趣味や、好きだった事などを細かく聞き、グループホームに入居したから出来ないではなく、入居後もその方の趣味や好きだったことを継続して生活することができるよう注力しています。さらに事業所では、職員からアンケートを取るなどして月間目標を設定し、ケアの統一性を図ると共に、高いモチベーションの維持につなげています。立てられた月間目標は、3ヶ月後に目標達成状況の振り返りと、次の目標設定を行うなどして、理念の実践につなげています。職員研修は、内部と外部研修が有り、内部研修は法人全体で行われ、各事業所が持ち回りで講師を務める仕組みになっています。講師を持ち回りにすることで、職員が自主的に学び知識を取得することで職員の資質向上につながっています。

●地域との交流については、地域の納涼祭、盆踊り、お花見、敬老会、どんどん焼きなどの様々な行事に参加することで、住み馴れた馴染みの地域の中で、社会性を維持できるように支援しています。敬老会では毎年、自治会の方や子供達が大量来訪され、歌や、踊りを披露していただき、職員によるバルーンアートや綿菓子、ポップコーンなども子供達に喜ばれています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム めろでいー
ユニット名	# b

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	スタッフ同士が少しでも共通した意識の元でケアに入れるよう、月間目標を掲げている。定期的実施状況を確認し、管理者および各ユニットの責任者が情報を共有している。	法人の理念「諦めない介護」を理念とし、利用者や家族の希望に対して、可能な限り対応出来るように心掛けています。さらに事業所では、職員からアンケートを取るなどして月間目標を設定し、ケアの統一性を図ると共に、高いモチベーションの維持につなげています。立てられた月間目標は、3ヶ月後に目標達成状況の振り返りと、次の目標設定を行うなどして、理念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	自治会行事には、利用者様との参加を計画し実施している。また、自治会の方が来園し催し物を開催して下さることもある。自治会の清掃作業等にはスタッフが参加するようにし、交流をしている。また、運営推進会議では利用者様の生活についても報告をし、理解していただけるよう努めている。	地域の自治会に加入して、利用者と共に納涼祭、盆踊り、お花見、敬老会、どんど焼きなどの行事に参加し、地域との交流を図っています。事業所の敬老会には自治会の方や子供達が大勢来訪され、敬老会行事の歌や踊りを披露していただき、職員によるバルーンアートや綿菓子、ポップコーンなども作り、子供達に喜ばれています。	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	運営推進会議では利用者様の状況の報告をするとともに、対応方法についてや研修で参考になったことなどもお伝えしている。事業所のある市は高齢化率が年々増加傾向にあるため、微力ながらも貢献できるよう今後も伝えていきたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ご家族も参加してくださっているので、そのご意見を参考にしています。活動内容や利用者様の状態報告も行っております。	日時は平日の午後からと決め、年6回開催しています。自治会から3名の方が参加され、地域包括支援センター職員、民生委員、家族代表をメンバーとして、事業所の現状や活動報告をはじめ、地域の課題やニーズなどについても話し合いが行われています。行事の案内などをいただいた際には、参加する時の注意事項などを参考にし、安全面等にも十分に配慮して参加す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	市職員が毎月来園されているため、その際に当事業所の状況を報告している。また、市職員の方からも、情報を頂く良い機会になっている。	生活保護受給者の受け入れを行っている関係で、小田原市の担当課職員が毎月来訪しています。事業所の日々の様子や課題などを伝え、市の担当職員からも色々な情報を得ています。グループホーム連絡会の会合や研修会にも参加し、他法人の事業所などとも情報共有しています。月に1度の介護相談員の受け入れや、相談員の連絡会にも参加しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関は安全が確保できる範囲で常に開放的にしている。身体拘束廃止委員会の設置にて定期的に会議を開き、廃止に向けての取り組みとして月間目標を掲げスタッフ全員で取り組みを行っている。内部研修及び外部研修への参加。	身体拘束廃止委員会を2、3ヶ月に1回管理者・正社員3名をメンバーとして開催しています。委員会では利用者全員の拘束に関する確認や月間目標の取組み状況などについて話合っています。県や市内のグループホーム連絡会でも身体拘束などについて研修があり、受講出来ない場合は、内部研修で共通認識を図るなど、身体拘束の無いケアに努めています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人全体で定期的に研修を実施し、意識を持ってもらえるよう取り組んでいる。市や県の研修にも参加している。虐待防止に関する月間目標も掲げ、常に意識してケアに入るようにしている。		
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	法人で研修を企画。権利擁護も含めた内容を学ぶ機会を作っている。日々の対応の中でも、責任者として利用者様を尊重すべき対応をアドバイスできるようにしている。		
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	内容によって電話連絡や文書での通知を行っている。面会時にご希望を聞くこと、遠方のご家族には電話やメール等にて近況の報告を行うとともにご希望についても確認している。		
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	運営推進会議や面会時にご意見を頂けるよう取り組み、介護相談員の方々の力も借り利用者様からの意見も確認ができるように努めている。外部評価もとても貴重な機会となっている。	入居契約時には、サービスについての苦情等の窓口の説明をしています。家族の面会時には、管理者及び職員が利用者の近況報告を行い、希望に関しては管理者が直接聞くようにしています。介護相談員の受け入れによる利用者の意見と合わせて、介護支援経過記録に記載して運営に反映させています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ミーティングやカンファレンス、年に一度行う職員面談の場を利用して、スタッフの意見を聞くようにしている。できる限り良い環境が整えられるよう、法人の代表にも報告している。	毎日の申し送りや、必要に応じて行うミーティングと月に1回以上カンファレンスを行い、職員から意見や提案を聞いています。年に1回実施している職員面談は、事前にアンケートを配布して、その内容について話し合いを行っています。グループ内の管理者で、毎月1回管理者会議を開催して、各事業所から上がった意見や提案などについて情報交換を行っています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	積極的な研修への参加や資格取得に前向きなスタッフの評価。研修報告書も参考。資格手当の支給。ケアや業務への提案があった際は、実施につなげられるよう検討をしている。		
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	研修がより内容の濃いものになるよう、設備の準備や研修内容を検討している。外部への研修参加も積極的にしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県のグループホーム協議会、市のグループホーム連絡会の研修への参加。また、認知症を地域の方々に知っていただくためのイベントにも参加し、他事業所の親睦を深めている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。できる限り入居前に状況を把握し、入居後安心して頂ける対応ができるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。契約時にも、不明な点が無いよう、詳細に説明を行っている。契約後も面会時などに要望等を確認している。			
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	率直な意見を聞けるように、普段から意思疎通を大切にしている。ご本人ご家族の意見を尊重しながらも、医師や看護師からのアドバイスももらいながら対応している。			
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	利用者様にも役割を持っていただき、お互いに協力して生活をしていると感じていただけるよう対応している。			
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	施設内だけにとどまらず、一緒に外出の機会を設けている。(外食、お墓参り、自治会行事等。)			
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	ご家族を通し、馴染みの方に来ていただけるようお願いしています。また、自治会行事への参加でも馴染みの方に会う機会が持っています。	近所に住まれている家族は頻繁に面会に来ており、約半数の方は月に1回は面会があります。自治会の行事に参加した際に、昔馴染みの方に会うこともあります。家族と一緒に外出して実家に戻ったり、馴染みの床屋へ行く方もいます。個別支援では、行きたい場所など希望を介護計画に盛り込み支援しています。毎年の年賀状は、全員の方が出せるように宛名書きなどの支援をしています。	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	同じ趣味を持っている方同士、家事が好きな女性同士が同じ活動をする中で少しでも共同生活が充実するよう、対応している。		
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	退去後も、担当のケアマネジャーや相談員との連絡を適宜取り、情報を共有するよう努めている。		
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。	日常生活の中から、言葉や行動をしっかりと把握し汲み取るようにしている。意思の疎通が難しい方には、ご家族に相談し思いを確認している。	目標に掲げた「まず聴いてみよう・見てみよう」を基本とし、日常生活の中から、言葉や行動をしっかりと把握し汲み取るよう支援しています。居室担当者が主となり、利用者の思いを叶えるため個別の外出計画なども行っています。介護計画の更新時や、体調に変化があった場合は、家族に連絡して意見や、要望も聞きき対応しています。	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	ご本人との会話から聞かれる内容や、知人ご家族からの情報を大切に、その情報を記録に残しスタッフ間で情報の共有をしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の状態をしっかりと観察し把握。記録に残すことで、全員で把握に努める。定期的なモニタリングでも随時状態に注意している。主治医、看護師、薬剤師への報告も行っている。		



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
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	ご本人とご家族の希望を十分に考慮して作成している。ご本人ができることを、自立支援に繋がるよう、スタッフ・主治医等からの意見も参考に作成。状態に合わせて、計画を随時検討している。	入居前の家族・本人との面談、在宅時に利用していたケアマネージャーからの情報を基に暫定介護サービス計画書を作成しています。1ヶ月間の様子観察に基づく気づき、家族の希望などを加味して介護計画書を作成しています。利用者のモニタリングはユニットリーダーが実施して、毎月1回のカンファレンスにて検討しています。介護計画の更新は入退院など特変が無ければ、介護度の認定期間に合わせて行っています。	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	個別記録は毎日記載。その情報やカンファレンスの内容を含めて、計画の見直しの際に活かしている。		
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	フォーマル、インフォーマルサービスの内容を計画作成担当者がしっかりと把握し、ご家族に相談しながらサービスの利用をしている。		
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	地域清掃、納涼祭、文化祭など自治会の行事への参加。入居前に通っていた場への外出、ボランティアさんの活用。		
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	当事業所の主治医以外にも、ご希望があった際は他医院への通院等の援助もしている。希望の場所があるかを、契約時に確認している。	入居時に、協力医療機関の主治医から本人、家族に直接説明を行ない、納得していただいたうえで契約しています。内科の訪問診療は月2回有り、同内科の看護師がそれ以外に2回訪問して利用者の健康管理を行っています。歯科は必要に応じて都度、受診しています。マッサージを利用している方もいます。休日、夜間などは、協力医療機関が加入しているコールセンターで受け付ける対応になっています。	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
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	気づいた点は、ケースファイルに記載し看護師に報告している。24時間での医療連携体制も整えている。		
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。	入院時は定期的にお見舞いに行き状態把握に努めている。ソーシャルワーカーや看護師とも情報を交換。入院中も、スタッフへも状態を周知し、退院後の対応も把握しやすいようにしている。		
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、事業所の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	ご本人の今までの生活習慣、ご家族からの希望を聞くなどし、最善の対応ができるように看取り介護計画書を作成し、スタッフ間で共有できるように周知している。また、ご家族の気持ちの変化にも十分に配慮するようにしている。	入居時に重度化や終末期に向けて、事業所の出来ること、出来ないことなど説明しています。時期が来ましたら、主治医の説明が有り、家族、管理者で話し合いを繰り返し希望を聞いています。看取りを実施する場合には、看取り介護計画書を作成し、これに基づく対応を職員全員で行っています。	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	研修での勉強。主治医からのアドバイスを参考に対応している。急変時や事故の際は、オンコール担当へ連絡し、指示を仰ぐようになっている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災マップの提示。広域避難場所の周知。年二回の防災訓練の実施。地域の防災訓練にも参加している。自治会防災組織への加入。運営推進会議での情報交換の実施。非常食の準備もしている。	防災訓練を年2回と、防災設備点検も年2回実施しています。1回は夜間想定での避難、誘導訓練を行い、1回は日中想定での避難、誘導、通報、消火訓練を行っています。自治会の防災組織に加入しており、地域の防災訓練に参加するなど、防災意識も高く、有事の際には地域との協力体制も確立しています。3日分の水や食料、懐中電灯、ラジオ、衛生用品などの他、各居室にはヘルメットも準備しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	申し送りではご本人に内容が聞こえないようにする、状況に応じてイニシャルで話している。当たり前のことだが、トイレや入浴の際は必ずドアをしっかりと閉めるようスタッフ間で気を付けている。決めつけた言葉がけをせず、相手の意思確認をするよう心がけている。	今年度9月からの月間目標に「介助する前には必ず声掛けをする！」と決めて対応しています。不適切な声掛けなどが聞かれた時には、各ユニットリーダーが注意するようにしています。個人情報などの取り扱い、入居時に説明をして同意を貰っています。	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	相手の意思をしっかりと確認するような声掛けを意識して対応している。表現がうまくできない方には、表情等をよく観察。		
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	その日の体調や行動に合わせて、時間に捉われない対応をしている。業務優先ではなく、利用者様の対応を第一に考え行動している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	着慣れた衣類を持参してもらい、新しいものを購入する際も、可能な限り一緒に買いに外出し選んでもらっている。行きつけの床屋への外出や、髪染めと一緒に購入し、事業所で染めたりしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の好みを毎日取り入れられる環境が困難なため、家族に好きなものを持ってきていただいたりしている。台所作業にスタッフと入っている。お茶菓子の買い出しには外出している。	食事は3食共に、調理済みの物を外注しています。お茶菓子や調味料などの買い出しには、利用者も一緒にお連れして、おやつ類は好きなものを選んでいただいています。おやつ時間にホットケーキ、団子、焼き芋などを提供することもあり、利用者と一緒に手作りしています。下膳や食器拭きなど、出来ることは利用者到手伝っていただき、残存能力の維持につなげています。庭では、ナス、胡瓜、ミニトマトなどの夏野菜を栽培し、食べ頃に利用者と収穫して、収穫から食すまでの過程を楽しんでいただいています。	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
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	食事は管理栄養士が考えた献立を外注している。水分は、お茶以外にも塩分と糖分量を考慮した補水液を作りお出ししている。食事量が低下している方には、主治医相談の下、高カロリー飲料を処方してもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。利用者様に合わせた口腔ケア道具を準備している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	可能な限りご本人のリズムに合わせたトイレ誘導の実施。日中はほとんどの方が、トイレで排泄を行っている。立位が困難な方も、二人で介助をしている。金銭的な負担も考慮して、必要以上にオムツを使わないよう、それぞれに合わせて、また日中と夜間でも使い分けをしている。	全員の排泄を状況を排泄チェック表に記録して、可能な限り本人のリズムに合わせたトイレ誘導を実施しています。夜間オムツを使用する方も日中はトイレに誘導しています。リハビリパンツを使用していた方に、タイミングの良い声掛けや、誘導回数を増やしたことにより、布パンツで生活できるようになっ実例も有ります。	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	水分摂取量が少なくならないよう、提供している。また、排便のコントロールが難しい時には、主治医、看護師、薬剤師にも相談をし、調整している。		
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	一人でも安全に入浴ができる方は、自由に入って頂けるようになってきている。ただし、介助が必要な方はそうではないため、決まった時間になってしまっている。その分、ゆっくりと入れるような時間配分にはなっている。	足腰の不安定な方は、リフトを使用して時間に余裕を持って入浴しています。週2回の入浴を基本とし、午前中に入浴支援を行っています。同姓介助の希望者は居ませんが、入浴を拒否のある方には、声掛けの仕方を変えるなど、工夫しながら入浴を促しています。冬場などは入浴剤を使用したり、ゆず湯や菖蒲湯などで入浴を楽しんでもらうえるようにしています。	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	体調等に合わせて好きな時に休んでいただいている。日中の活動が夜間の良質な睡眠につながるため、日中は長い時間の睡眠にならないようにしている。寝具にも配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	変化があった時には記録に残し、主治医、看護師、薬剤師に報告している。薬剤情報をスタッフが確認できる場所に置いている。居宅療養管理指導で協力を頂いている。		
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	お一人お一人の情報をご家族に聞くなどし、確認。それを下に個別援助を計画して、実施している。また、頻繁にはないが入居前の生活圏内へのちょっとした外出もしている。屋内では、好きなテレビ番組が見られる環境を整えたり、仕事で培った力を発揮できるように心がけている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	ご本人の使用する日用品を買いに外出している。年に1～2度ほどではあるが、普段行けないところへの外出の企画もしている。その際、ご家族に同行してもらえるときには協力いただいている。車いすの方も外出できるようにしている。	天気の良い日は、玄関前の庭に出てプランターの花を観たり、洗濯物を干したりしながら日光浴をしています。週に2、3回は散歩や買い物にお連れする機会を設けて実施しています。利用者の希望を聞き、年に数回は個別外出の企画を立て、映画鑑賞、ボーリング場、フラワーガーデン、教会のミサなど、個々の希望する場所にお連れしています。	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	基本的にはこちらで管理させて頂いている。利用者様のご希望で、ご家族の理解も得られた場合は、ご自身で所持されることもある。買い物への外出の時には、自身でお会計をしていただいている。		

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	年賀状を毎年送らせて頂いている。直筆可能な方には、書いてもらっている。各居室、電話線を引き込めるようになってきているため、ご希望に応じて対応している。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にはできる限り使い慣れたものを持参して頂き、少しでも居心地の良い場所を感じていただけるようご協力して頂いている。広めの空間設定になっている。リビングも皆さんがゆったりと過ごせる空間になっている。季節ごとの装飾を適度に施している。	リビングは広くて、ゆったりと過ごせる空間になっています。周囲の壁面には、季節ごとの折紙などが掲示され、季節感や、落ち着いた雰囲気を演出しています。居室は、玄関横にコの字型に配置されて、中間部にスタッフルームが有ります。玄関横にある10畳程の「ふれあいスペース」のいろいろな利用方法を検討しています。		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	リビングは開放的になっているが、仕切られるようになっている。ソファを用意し、気の合った方たちが談話できるようにしている。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に使い慣れた馴染みのあるものをご用意いただけるよう、協力してもらっている。	居室は主に畳部屋ですが、3室はフローリング部屋になっています。居室にはエアコン、クローゼット、防災カーテン、換気扇などが完備されています。入居時に、使い慣れたテレビ、整理タンス、ベッド、机、椅子などを持ち込んでいただき、各々に安心して過ごせる居室作りがされています。部屋の整理や衣替えは、居室担当が行っています。		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	必要以上に張り紙などをして目印をしないようにしている。安全面を考慮して、段差の解消や手すり代わりに椅子を設置したり、ご本人のその時の状態に合わせた環境をスタッフ間で検討し、家族へも相談しながら取り組んでいる。			

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
めろでいー

作成日

令和1年11月6日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	38	現在でも、可能な範囲で利用者様やご家族の希望をお聞きし対応させて頂いているが、スタッフの人数や時間の関係で、希望を十分に叶えられていない。	日々の中で出来る支援を検討し、少しでも毎日の生活が利用者様にとってもスタッフにとっても充実したものにする。	①業務内容の見直し。 ②カンファレンス、ミーティング、研修の実施。 知識向上と統一した意識を持つこと。 ③勤務形態の見直し。	1年
2	27	利用者様の個別記録に関して、スタッフによって記録の内容に差がある。利用者様の状態、様子がより詳細に把握できるようにする必要がある。	大きな変化だけに限らず、ちょっとした言動も記録に残すことで、全スタッフが個々の利用者様の様子を把握できるようにする。繋がりのある記録にする。	①記録する時間を現状よりも設ける。 ②管理者、各ユニットの責任者による指導。 ③記録の取り方に関しての勉強会等の実施。	1年
3	29	上記1の課題にも繋がるが、地域資源の活用が決まった内容になってしまっているため、QOL向上のために新たな活動を検討する必要がある。	利用者様お一人お一人に合った地域資源を活用し、社会生活を継続し楽しみと充実感を得られるようにする。	①自治会や地域のイベントへの参加。 ②ご家族の協力が頂けるよう相談。 ③ボランティアの活用。 包括、市との情報共有。	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 めろでいー
ユニット名	#

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	スタッフ同士が少しでも共通した意識の元でケアに入れるよう、月間目標を掲げている。定期的実施状況を確認し、管理者および各ユニットの責任者が情報を共有している。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会行事には、利用者様との参加を計画し実施している。また、自治会の方が来園し催し物を開催して下さることもある。自治会の清掃作業等にはスタッフが参加するようにし、交流をしている。また、運営推進会議では利用者様の生活についても報告をし、理解していただけるよう努めている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議では利用者様の状況の報告をするとともに、対応方法についてや研修で参考になったことなどもお伝えしている。事業所のある市は高齢化率が年々増加傾向にあるため、微力ながらも貢献できるよう今後も伝えていきたい。		
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	ご家族も参加して下さっているため、そのご意見を参考にしています。活動内容や利用者様の状態報告も行っております。		
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	市職員が毎月来園されているため、その際に当事業所の状況を報告している。また、市職員の方からも、情報を頂く良い機会になっている。		

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
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	玄関は安全が確保できる範囲で常に開放的にしている。身体拘束廃止委員会の設置にて定期的に会議を開き、廃止に向けての取り組みとして月間目標を掲げスタッフ全員で取り組みを行っている。内部研修及び外部研修への参加。		
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	法人全体で定期的に研修を実施し、意識を持ってもらえるよう取り組んでいる。市や県の研修にも参加している。虐待防止に関する月間目標も掲げ、常に意識してケアに入るようにしている。		
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	法人で研修を企画。権利擁護も含めた内容を学ぶ機会を作っている。日々の対応の中でも、責任者として利用者様を尊重すべき対応をアドバイスできるようにしている。		
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	内容によって電話連絡や文書での通知を行っている。面会時にご希望を聞くこと、遠方のご家族には電話やメール等にて近況の報告を行うとともにご希望についても確認している。		
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	運営推進会議や面会時にご意見を頂けるように取り組み、介護相談員の方々の力も借り利用者様からの意見も確認ができるように努めている。外部評価もとても貴重な機会となっている。		

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
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	ミーティングやカンファレンス、年に一度行う職員面談の場を利用して、スタッフの意見を聞くようにしている。できる限り良い環境が整えられるよう、法人の代表にも報告している。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	積極的な研修への参加や資格取得に前向きなスタッフの評価。研修報告書も参考。資格手当の支給。ケアや業務への提案があった際は、実施につなげられるよう検討をしている。		
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	研修がより内容の濃いものになるよう、設備の準備や研修内容を検討している。外部への研修参加も積極的にしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県のグループホーム協議会、市のグループホーム連絡会の研修への参加。また、認知症を地域の方々に知っていただくためのイベントにも参加し、他事業所の親睦を深めている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。できる限り入居前に状況を把握し、入居後安心して頂ける対応ができるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。契約時にも、不明な点が無いよう、詳細に説明を行っている。契約後も面会時などに要望等を確認している。		
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	率直な意見を聞けるように、普段から意思疎通を大切にしている。ご本人ご家族の意見を尊重しながらも、医師や看護師からのアドバイスももらいながら対応している。		
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	利用者様にも役割を持っていただき、お互いに協力して生活をしていると感じていただけるよう対応している。		
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	施設内だけにとどまらず、一緒に外出の機会を設けている。(外食、お墓参り、自治会行事等。)		
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	ご家族を通し、馴染みの方に来ていただけるようお願いしています。また、自治会行事への参加でも馴染みの方に会う機会が持っています。		

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
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	同じ趣味を持っている方同士、家事が好きな女性同士が同じ活動をする中で少しでも共同生活が充実するよう、対応している。		
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	退去後も、担当のケアマネジャーや相談員との連絡を適宜取り、情報を共有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。	日常生活の中から、言葉や行動をしっかりと把握し汲み取るようにしている。意思の疎通が難しい方には、ご家族に相談し思いを確認している。		
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	ご本人との会話から聞かれる内容や、知人ご家族からの情報を大切に、その情報を記録に残しスタッフ間で情報の共有をしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の状態をしっかりと観察し把握。記録に残すことで、全員で把握に努める。定期的なモニタリングでも随時状態に注意している。主治医、看護師、薬剤師への報告も行っている。		

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
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	ご本人とご家族の希望を十分に考慮して作成している。ご本人ができることを、自立支援に繋がるよう、スタッフ・主治医等からの意見も参考に作成。状態に合わせて、計画を随時検討している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録は毎日記載。その情報やカンファレンスの内容を含めて、計画の見直しの際に活かしている。		
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	フォーマル、インフォーマルサービスの内容を計画作成担当者がしっかりと把握し、ご家族に相談しながらサービスの利用をしている。		
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	地域清掃、納涼祭、文化祭など自治会の行事への参加。入居前に通っていた場への外出、ボランティアさんの活用。		
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	当事業所の主治医以外にも、ご希望があった際は他医院への通院等の援助もしている。希望の場所があるかを、契約時に確認している。		

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
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	気づいた点は、ケースファイルに記載し看護師に報告している。24時間での医療連携体制も整えている。		
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。	入院時は定期的にお見舞いに行き状態把握に努めている。ソーシャルワーカーや看護師とも情報を交換。入院中も、スタッフへも状態を周知し、退院後の対応も把握しやすいようにしている。		
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、事業所の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	ご本人の今までの生活習慣、ご家族からの希望を聞くなどし、最善の対応ができるように看取り介護計画書を作成し、スタッフ間で共有できるように周知している。また、ご家族の気持ちの変化にも十分に配慮するようにしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	研修での勉強。主治医からのアドバイスを参考に対応している。急変時や事故の際は、オンコール担当へ連絡し、指示を仰ぐようになっている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災マップの提示。広域避難場所の周知。年二回の防災訓練の実施。地域の防災訓練にも参加している。自治会防災組織への加入。運営推進会議での情報交換の実施。非常食の準備もしている。		

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
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	申し送りではご本人に内容が聞こえないようにする、状況に応じてイニシャルで話している。当たり前のことだが、トイレや入浴の際は必ずドアをしっかりと閉めるようスタッフ間で気を付けている。決めつけた言葉がけをせず、相手の意思確認をするよう心がけている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	相手の意思をしっかりと確認するような声掛けを意識して対応している。表現がうまくできない方には、表情等をよく観察。		
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	その日の体調や行動に合わせて、時間に捉われない対応をしている。業務優先ではなく、利用者様の対応を第一に考え行動している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	着慣れた衣類を持参してもらい、新しいものを購入する際も、可能な限り一緒に買いに外出し選んでもらっている。行きつけの床屋への外出や、髪染めと一緒に購入し、事業所で染めたりしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の好みを毎日取り入れられる環境が困難なため、家族に好きなものを持ってきていただいたりしている。台所作業にスタッフと入っている。お茶菓子の買い出しには外出している。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事は管理栄養士が考えた献立を外注している。水分は、お茶以外にも塩分と糖分量を考慮した補水液を作りお出ししている。食事量が低下している方には、主治医相談の下、高カロリー飲料を処方してもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。利用者様に合わせた口腔ケア道具を準備している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	可能な限りご本人のリズムに合わせたトイレ誘導の実施。日中はほとんどの方が、トイレで排泄を行っている。立位が困難な方も、二人で介助をしている。金銭的な負担も考慮して、必要以上にオムツを使わないよう、それぞれに合わせて、また日中と夜間でも使い分けをしている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取量が少なくならないよう、提供している。また、排便のコントロールが難しい時には、主治医、看護師、薬剤師にも相談をし、調整している。		
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	一人でも安全に入浴ができる方は、自由に入って頂けるようになっている。ただし、介助が必要な方はそうではないため、決まった時間になってしまっている。その分、ゆっくりと入れるような時間配分にはなっている。		

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
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	体調等に合わせて好きな時に休んでいただいている。日中の活動が夜間の良質な睡眠につながるため、日中は長い時間の睡眠にならないようにしている。寝具にも配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	変化があった時には記録に残し、主治医、看護師、薬剤師に報告している。薬剤情報をスタッフが確認できる場所に置いている。居宅療養管理指導で協力を頂いている。		
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	お一人お一人の情報をご家族に聞くなどし、確認。それを下に個別援助を計画して、実施している。また、頻繁にはないが入居前の生活圏内へのちょっとした外出もしている。屋内では、好きなテレビ番組が見られる環境を整えたり、仕事で培った力を発揮できるように心がけている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	ご本人の使用する日用品を買いに外出している。年に1～2度ほどではあるが、普段行けないところへの外出の企画もしている。その際、ご家族に同行してもらえるときには協力いただいている。車いすの方も外出できるようにしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的にはこちらで管理させて頂いている。利用者様のご希望で、ご家族の理解も得られた場合は、ご自身で所持されることもある。買い物への外出の時には、自身でお会計をいただいている。		

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	年賀状を毎年送らせて頂いている。直筆可能な方には、書いてもらっている。各居室、電話線を引き込めるようになってきているため、ご希望に応じて対応している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にはできる限り使い慣れたものを持参して頂き、少しでも居心地の良い場所を感じていただけるようご協力して頂いている。広めの空間設定になっている。リビングも皆さんがゆったりと過ごせる空間になっている。季節ごとの装飾を適度に施している。		
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	リビングは開放的になっているが、仕切られるようになっている。ソファを用意し、気の合った方たちが談話できるようにしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に使い慣れた馴染みのあるものをご用意いただけるよう、協力してもらっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	必要以上に張り紙などをして目印をしないようにしている。安全面を考慮して、段差の解消や手すり代わりの椅子を設置したり、ご本人のその時の状態に合わせた環境をスタッフ間で検討し、家族へも相談しながら取り組んでいる。		

## 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
めろでいー

作成日

令和1年11月6日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	38	現在でも、可能な範囲で利用者様やご家族の希望をお聞きし対応させて頂いているが、スタッフの人数や時間の関係で、希望を十分に叶えられていない。	日々の中で出来る支援を検討し、少しでも毎日の生活が利用者様にとってもスタッフにとっても充実したものにする。	①業務内容の見直し。 ②カンファレンス、ミーティング、研修の実施。 知識向上と統一した意識を持つこと。 ③勤務形態の見直し。	1年
2	27	利用者様の個別記録に関して、スタッフによって記録の内容に差がある。利用者様の状態、様子がより詳細に把握できるようにする必要がある。	大きな変化だけに限らず、ちょっとした言動も記録に残すことで、全スタッフが個々の利用者様の様子を把握できるようにする。繋がりのある記録にする。	①記録する時間を現状よりも設ける。 ②管理者、各ユニットの責任者による指導。 ③記録の取り方に関しての勉強会等の実施。	1年
3	29	上記1の課題にも繋がるが、地域資源の活用が決まった内容になってしまっているため、QOL向上のために新たな活動を検討する必要がある。	利用者様お一人お一人に合った地域資源を活用し、社会生活を継続し楽しみと充実感を得られるようにする。	①自治会や地域のイベントへの参加。 ②ご家族の協力が頂けるよう相談。 ③ボランティアの活用。 包括、市との情報共有。	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 めろでいー
ユニット名	b

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	スタッフ同士が少しでも共通した意識の元でケアに入れるよう、月間目標を掲げている。定期的実施状況を確認し、管理者および各ユニットの責任者が情報を共有している。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会行事には、利用者様との参加を計画し実施している。また、自治会の方が来園し催し物を開催して下さることもある。自治会の清掃作業等にはスタッフが参加するようにし、交流をしている。また、運営推進会議では利用者様の生活についても報告をし、理解していただけるよう努めている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議では利用者様の状況の報告をするとともに、対応方法についてや研修で参考になったことなどもお伝えしている。事業所のある市は高齢化率が年々増加傾向にあるため、微力ながらも貢献できるよう今後も伝えていきたい。		
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	ご家族も参加して下さっているので、そのご意見を参考にしています。活動内容や利用者様の状態報告も行っております。		
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	市職員が毎月来園されているため、その際に当事業所の状況を報告している。また、市職員の方からも、情報を頂く良い機会になっている。		

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
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	玄関は安全が確保できる範囲で常に開放的にしている。身体拘束廃止委員会の設置にて定期的に会議を開き、廃止に向けての取り組みとして月間目標を掲げスタッフ全員で取り組みを行っている。内部研修及び外部研修への参加。		
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	法人全体で定期的に研修を実施し、意識を持ってもらえるよう取り組んでいる。市や県の研修にも参加している。虐待防止に関する月間目標も掲げ、常に意識してケアに入るようにしている。		
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	法人で研修を企画。権利擁護も含めた内容を学ぶ機会を作っている。日々の対応の中でも、責任者として利用者様を尊重すべき対応をアドバイスできるようにしている。		
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	内容によって電話連絡や文書での通知を行っている。面会時にご希望を聞くこと、遠方のご家族には電話やメール等にて近況の報告を行うとともにご希望についても確認している。		
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	運営推進会議や面会時にご意見を頂けるように取り組み、介護相談員の方々の力も借り利用者様からの意見も確認ができるように努めている。外部評価もとても貴重な機会となっている。		

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
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	ミーティングやカンファレンス、年に一度行う職員面談の場を利用して、スタッフの意見を聞くようにしている。できる限り良い環境が整えられるよう、法人の代表にも報告している。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	積極的な研修への参加や資格取得に前向きなスタッフの評価。研修報告書も参考。資格手当の支給。ケアや業務への提案があった際は、実施につなげられるよう検討をしている。		
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	研修がより内容の濃いものになるよう、設備の準備や研修内容を検討している。外部への研修参加も積極的にしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県のグループホーム協議会、市のグループホーム連絡会の研修への参加。また、認知症を地域の方々に知っていただくためのイベントにも参加し、他事業所の親睦を深めている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。できる限り入居前に状況を把握し、入居後安心して頂ける対応ができるよう努めている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居前の訪問調査で、利用者様・ご家族からの情報をアセスメント表に起こし、スタッフへ周知している。契約時にも、不明な点が無いよう、詳細に説明を行っている。契約後も面会時などに要望等を確認している。		
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	率直な意見を聞けるように、普段から意思疎通を大切にしている。ご本人ご家族の意見を尊重しながらも、医師や看護師からのアドバイスももらいながら対応している。		
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	利用者様にも役割を持っていただき、お互いに協力して生活をしていると感じていただけるよう対応している。		
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	施設内だけにとどまらず、一緒に外出の機会を設けている。(外食、お墓参り、自治会行事等。)		
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	ご家族を通し、馴染みの方に来ていただけるようお願いしています。また、自治会行事への参加でも馴染みの方に会う機会が持っています。		

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
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	同じ趣味を持っている方同士、家事が好きな女性同士が同じ活動をする中で少しでも共同生活が充実するよう、対応している。		
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	退去後も、担当のケアマネジャーや相談員との連絡を適宜取り、情報を共有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。	日常生活の中から、言葉や行動をしっかりと把握し汲み取るようにしている。意思の疎通が難しい方には、ご家族に相談し思いを確認している。		
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	ご本人との会話から聞かれる内容や、知人ご家族からの情報を大切に、その情報を記録に残しスタッフ間で情報の共有をしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の状態をしっかりと観察し把握。記録に残すことで、全員で把握に努める。定期的なモニタリングでも随時状態に注意している。主治医、看護師、薬剤師への報告も行っている。		

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
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	ご本人とご家族の希望を十分に考慮して作成している。ご本人ができることを、自立支援に繋がるよう、スタッフ・主治医等からの意見も参考に作成。状態に合わせて、計画を随時検討している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録は毎日記載。その情報やカンファレンスの内容を含めて、計画の見直しの際に活かしている。		
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	フォーマル、インフォーマルサービスの内容を計画作成担当者がしっかりと把握し、ご家族に相談しながらサービスの利用をしている。		
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	地域清掃、納涼祭、文化祭など自治会の行事への参加。入居前に通っていた場への外出、ボランティアさんの活用。		
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	当事業所の主治医以外にも、ご希望があった際は他医院への通院等の援助もしている。希望の場所があるかを、契約時に確認している。		

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
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	気づいた点は、ケースファイルに記載し看護師に報告している。24時間での医療連携体制も整えている。		
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。	入院時は定期的にお見舞いに行き状態把握に努めている。ソーシャルワーカーや看護師とも情報を交換。入院中も、スタッフへも状態を周知し、退院後の対応も把握しやすいようにしている。		
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、事業所の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	ご本人の今までの生活習慣、ご家族からの希望を聞くなどし、最善の対応ができるように看取り介護計画書を作成し、スタッフ間で共有できるように周知している。また、ご家族の気持ちの変化にも十分に配慮するようにしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	研修での勉強。主治医からのアドバイスを参考に対応している。急変時や事故の際は、オンコール担当へ連絡し、指示を仰ぐようになっている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災マップの提示。広域避難場所の周知。年二回の防災訓練の実施。地域の防災訓練にも参加している。自治会防災組織への加入。運営推進会議での情報交換の実施。非常食の準備もしている。		

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
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	申し送りではご本人に内容が聞こえないようにする、状況に応じてイニシャルで話している。当たり前のことだが、トイレや入浴の際は必ずドアをしっかりと閉めるようスタッフ間で気を付けている。決めつけた言葉がけをせず、相手の意思確認をするよう心がけている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	相手の意思をしっかりと確認するような声掛けを意識して対応している。表現がうまくできない方には、表情等をよく観察。		
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	その日の体調や行動に合わせて、時間に捉われない対応をしている。業務優先ではなく、利用者様の対応を第一に考え行動している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	着慣れた衣類を持参してもらい、新しいものを購入する際も、可能な限り一緒に買いに外出し選んでもらっている。行きつけの床屋への外出や、髪染めと一緒に購入し、事業所で染めたりしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の好みを毎日取り入れられる環境が困難なため、家族に好きなものを持ってきていただいたりしている。台所作業にスタッフと入っている。お茶菓子の買い出しには外出している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事は管理栄養士が考えた献立を外注している。水分は、お茶以外にも塩分と糖分量を考慮した補水液を作りお出ししている。食事量が低下している方には、主治医相談の下、高カロリー飲料を処方してもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。利用者様に合わせた口腔ケア道具を準備している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	可能な限りご本人のリズムに合わせたトイレ誘導の実施。日中はほとんどの方が、トイレで排泄を行っている。立位が困難な方も、二人で介助をしている。金銭的な負担も考慮して、必要以上にオムツを使わないよう、それぞれに合わせて、また日中と夜間でも使い分けをしている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取量が少なくならないよう、提供している。また、排便のコントロールが難しい時には、主治医、看護師、薬剤師にも相談をし、調整している。		
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	一人でも安全に入浴ができる方は、自由に入って頂けるようになっている。ただし、介助が必要な方はそうではないため、決まった時間になってしまっている。その分、ゆっくりと入れるような時間配分にはなっている。		

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
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	体調等に合わせて好きな時に休んでいただいている。日中の活動が夜間の良質な睡眠につながるため、日中は長い時間の睡眠にならないようにしている。寝具にも配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	変化があった時には記録に残し、主治医、看護師、薬剤師に報告している。薬剤情報をスタッフが確認できる場所に置いている。居宅療養管理指導で協力を頂いている。		
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	お一人お一人の情報をご家族に聞くなどし、確認。それを下に個別援助を計画して、実施している。また、頻繁にはないが入居前の生活圏内へのちょっとした外出もしている。屋内では、好きなテレビ番組が見られる環境を整えたり、仕事で培った力を発揮できるように心がけている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	ご本人の使用する日用品を買いに外出している。年に1～2度ほどではあるが、普段行けないところへの外出の企画もしている。その際、ご家族に同行してもらえるときには協力いただいている。車いすの方も外出できるようにしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的にはこちらで管理させて頂いている。利用者様のご希望で、ご家族の理解も得られた場合は、ご自身で所持されることもある。買い物への外出の時には、自身でお会計をいただいている。		

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	年賀状を毎年送らせて頂いている。直筆可能な方には、書いてもらっている。各居室、電話線を引き込めるようになってきているため、ご希望に応じて対応している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にはできる限り使い慣れたものを持参して頂き、少しでも居心地の良い場所を感じていただけるようご協力して頂いている。広めの空間設定になっている。リビングも皆さんがゆったりと過ごせる空間になっている。季節ごとの装飾を適度に施している。		
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	リビングは開放的になっているが、仕切られるようになっている。ソファを用意し、気の合った方たちが談話できるようにしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に使い慣れた馴染みのあるものをご用意いただけるよう、協力してもらっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	必要以上に張り紙などをして目印をしないようにしている。安全面を考慮して、段差の解消や手すり代わりの椅子を設置したり、ご本人のその時の状態に合わせた環境をスタッフ間で検討し、家族へも相談しながら取り組んでいる。		



目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
めろでいー

作成日

令和1年11月6日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	38	現在でも、可能な範囲で利用者様やご家族の希望をお聞きし対応させて頂いているが、スタッフの人数や時間の関係で、希望を十分に叶えられていない。	日々の中で出来る支援を検討し、少しでも毎日の生活が利用者様にとってもスタッフにとっても充実したものにする。	①業務内容の見直し。 ②カンファレンス、ミーティング、研修の実施。 知識向上と統一した意識を持つこと。 ③勤務形態の見直し。	1年
2	27	利用者様の個別記録に関して、スタッフによって記録の内容に差がある。利用者様の状態、様子がより詳細に把握できるようにする必要がある。	大きな変化だけに限らず、ちょっとした言動も記録に残すことで、全スタッフが個々の利用者様の様子を把握できるようにする。繋がりのある記録にする。	①記録する時間を現状よりも設ける。 ②管理者、各ユニットの責任者による指導。 ③記録の取り方に関しての勉強会等の実施。	1年
3	29	上記1の課題にも繋がるが、地域資源の活用が決まった内容になってしまっているため、QOL向上のために新たな活動を検討する必要がある。	利用者様お一人お一人に合った地域資源を活用し、社会生活を継続し楽しみと充実感を得られるようにする。	①自治会や地域のイベントへの参加。 ②ご家族の協力が頂けるよう相談。 ③ボランティアの活用。包括、市との情報共有。	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。