

<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	2017年10月26日
評価確定日	2017年12月28日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 29 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	平成29年10月5日	評価結果 市町村受理日	平成30年7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)】

「今を大切に」今出来ることが1年後、同じように出来るとは限らない。今出来る事したい事を傾聴し実現させる。その人らしい生活が出来るように支援する。「諦めない介護」ADLや介護度などに捉われず最期までその人らしさを表現できる環境作りに努める。主治医、看護師、薬剤師との連携を密に行い異常の早期発見・早期対応を致します。医師により医学的見地から回復の見込み無いと判断され、かつ医療機関での対応の必要が薄いと判断された方に対し希望があった場合、当事業所が総合的な判断を行い看取り介護を行う事が出来ます。最寄り駅より徒歩10分と利便性が高くまた商業地域内にあり買い物や娯楽施設にも赴きやすい。自治会よりたくさんの配慮を頂き毎年色々な地域行事に参加しています(社会参加促進)地域の方にもご利用者の名前を覚えて頂くなど、いち住民としての関わりを築いて頂いている。地域の防災組織にも加入させて頂いています。県指定「身体拘束廃止推進委員」を配置しており法人全体で生活の質の向上に向けた取り組みを行っています。H29年5月より法人全体で年間研修計画を立て、より専門性の高いサービスが提供出来るよう新たなシステムを構築した。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成29年10月26日	評価機関 評価決定日	平成29年12月28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ととの経営です。同法人は小田原市内にグループホーム「はーもにー」「めろでいー」の2事業所と他にサービス付き高齢者住宅「りずむ酒匂」を展開しており、「今を大切にした、その人らしい生活の実現支援」を介護の方針に掲げています。「グループホーム めろでいー」はJR東海道「鴨宮駅」北口から徒歩約10分程の日常生活品の買い物はもとより食事処や、種々娯楽面での施設にも恵まれた商業地域内の一角に位置します。
- 法人の理念に「諦めない介護」を掲げています。諦めない介護とはADLや介護度に捉われる事無く医師、看護師、薬剤師を含めた医療関係機関と連携を常に密にとりながら、症状の早期発見と対策をして最後までその人らしく過ごしていただく為の支援の事を指しています。実際には同法人の先に事業展開した「はーもにー」での多くの経験に裏打ちされた支援策がノウハウとして蓄積され、日々の関わりの中で「今できる事、したい事」を傾聴し、実現出来るよう環境作りに努め、その方の残存能力に見合った自立への支援を立案し実行しています。事業所ではかかりつけ医など医療機関の関係者の協力の下、異常の早期発見と早期対応に努めています。その上で医師の医学的見地に立った判断のもとに回復の見込みなしと判断された方で、家族から看取り介護の希望を意思表示された場合には、諸々事業所の検討を経て最善策を見出す中、一策として「看取り介護」を行っています。
- 地域との関係では、事業所内に地域の方々とのふれあいを重視したコミュニティの場造りとして一つの部屋を提供して積極的に交流が行われています。敬老の日には自治会会員と共に子供会からも表敬訪問を受け、踊りなどの披露もしていただいています。事業所から地域清掃への参加や、運動会やソフトボール大会等の催事にも職員が参加をして、地域の一員としての交流が行われています。

【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	スタッフミーティング・ケースカンファレンスを元より、日々の生活の中で、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。	「諦めない介護」を理念に掲げ、これを下に事業計画をはじめ、年間の重点目標として、「利用者の今を大切に、今できる事、したい事」を傾聴して支援策を作り、管理者をはじめ全職員で共有し、医療関係機関とも連携をとりながら「あきらめない介護」に努めています。ミーティング等で達成度も振り返りながら、利用者が生き甲斐の感じられる日々が送れるよう、理念と計画に沿った支援に取り組んでいます。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	行事や活動には積極的に参加している。また敬老会等の行事にボランティアとして参加して頂いている。非常災害時の地域連携についても自治会と協力関係が築けている	施設の活動や認知症についての知識集を地域便りとして地域に回覧したり、自治会主催の諸行事に入居者を伴って参加をしています。また、月1回の町内会の役員会にも参加し地域との情報交換等を行っています。その他、自治会で行われる定期消防避難訓練には、地域の一員として参加する等、日常的に地域交流が行われています。	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	運営推進会議で事業所の取り組み及び利用者状況について報告すると共に地域の行事へ参加し交流の機会を持っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており今後の施設運営に活かしていける様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。	2ヶ月に1回自治会役員、民生委員、等地域役員や近所の方、地域包括支援センター職員、利用者家族の参加で運営推進会議を開催しています。会議では事業所の運営状況と今後の運営に関する思いや行事予定などを報告し、参加者から質問、意見、助言、提案等もいただきながら、運営に反映させるようにしています。会議の内容については、議事録等で全職員に周知しています。	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取り組んでいる	行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じ連携している。(2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加頂いている。市職員(生活保護担当)が月に一度、来訪され生活状況などの報告を行っている。アクティブシニア応援ポイント事業の協力。	地域包括職員には運営推進会議に参加いただいている他、生活保護受給者の受け入れを行っている関係で、市の生活保護担当者の来訪も月1回あり、事業所の日々の様子や課題等も伝えていきます。用件に応じて不明点・疑問点を聞いたり処々相談をして支援に活かしています。また、アクティブシニア応援ポイント事業にも登録して協力し、グループホーム連絡会に加盟して研修や諸行事に参加する事で他事業所とも協力関係を築く様にしています。	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	
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	玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアを実践している。内部研修を行い主治医と相談し向精神薬の使用を極力行わない。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている	同法人の事業所と共同で県指定の身体拘束廃止推進委員と安全パトロール委員を設置し、法人全職員で拘束のないケアに取り組んでいます。玄関は施錠なしとして徘徊などの兆しが見えたら見守りながら対応する等、拘束を行わないケアに努めています。又、主治医と相談の上向精神薬の使用を極力さける様にしています。身体拘束・虐待禁止マニュアルに基づき研修も毎年行い、言葉かけについても留意しながら、利用者に安心と安らぎのある暮らしを提供しています。	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	生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で虐待防止に努めている			
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	生活安全パトロール委員会の会合を勉強の場として権利擁護について学んでいる。			
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	契約時に質問等を聞き説明をしている。又、解約をする際は医師や関係者等と十分に話し合い、不安なく退居後の生活の場が提供される様支援している。			
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	電話等での報告を行っている。運営推進会議の中で自由議題を設けている。面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。	利用契約時に重要事項、運営規定に記された苦情相談窓口と、その対応の説明を行っています。家族には面会時や電話連絡時に、管理者をはじめ職員から日々の利用者の生活状況の報告等を通じてコミュニケーションを密にして、意見・要望等も伺うようにしています。さらに、運営推進会議時にも意見を聞く場を設け、家族からの意見は記録に残し職員会議等で検討し、回答と共に運営に反映するようにしています。外部評価時にも利用者満足度調査が行われています。	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
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	ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。また日頃の雑談を含めたコミュニケーションを大切に、いつでも気軽に意見交換ができる関係づくりに努めている。	事業所ではミーティングや会議の場でも職員が日々の観察に基づく気づきや意見提案を自由に表出ができるようにしています。また、管理者と職員間は日頃から気軽に話せる関係も構築されていて、意見や提案を聞いています。必要に応じては皆で考えるより良い職場づくりを前提として個人面談も実施しています。	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	研修の参加や資格取得へのアドバイスや手当の創設など向上心を持って働ける様に努めている。		
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	研修については、出来るだけ参加してもらい報告書を作成し伝達・確認できる様にしている。施設内でも、研修を行ったり、適任者を配置しアドバイス等をしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県の協議会の研修や市内GH連絡会で行っている合同研修会や連絡会TUEへの出席を推進し同業者としての親睦を深めつつ専門知識・技術の習得ができるようにしている。		
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	在宅での生活スタイルや生活歴等アセスメント情報をスタッフで共有し利用者との円滑なコミュニケーションが図れる様努めている。言葉だけではなく表情や仕草にも目配りしている。		

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
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	面会時や必要時の電話連絡を行い、円滑なコミュニケーションを図れる様に努めている。		
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	良く聞き取りを行い、理解・納得をしていただけるよう話し合いをし、見極め対応している。在宅のケアマネジャーや在宅サービス事業者からの情報も踏まえ総合的に検討・判断している。		
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	日々の生活の中で常に一緒に生活をしているという関係を作っている。役割を持って頂く事により職員と利用者がお互いに感謝の言葉を掛け合える状況にある。		
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	来園時に声掛けをしたり、報告・相談をし一緒に支援をしていける関係を作っている。家族と利用者の外出機会を必要に応じ企画、同行している。(冠婚葬祭、通院、一時帰宅、外食、お墓参り、お見舞いなど)		
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	馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に行って頂いたり等している。	これまでに大切にして来た馴染みの人との関係が途切れることのないよう、気兼ねなく訪問していただけるよう連絡や、訪問時にはお茶出し等も行っています。その他、利用者の楽しかった出来事の「今の思いを知る」事に努め、家族の協力も得て出来るだけ思に沿った支援を心掛け、住んでいた家、場所などを訪ねたり外食、外泊支援も行っています。また、遠方の方には機関誌の送付をはじめ手紙の宛名書きや、投函なども行い馴染みの関係が途切れない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	日常生活の中で利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。個別ワークとグループワークを適宜、使い分け小規模での共同生活の利点を活かした対応を心掛けている。		
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	入居後も在宅ケアマネジャーや包括支援センター職員と適宜、情報交換をしている。		
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。	ご本人の思いや意向を汲取り希望に添えるよう声掛けや雰囲気作りを行っている。ケアプランに反映しチームで対応に取り組んでいる。意思の表出が困難な方については、家族に相談を行い認知症発症前の御本人の希望などを伺いケアに繋げている。	思いを伝える事が出来る人と出来ない人がいますが、目標に掲げている「まず聴いてみよう・見てみよう」に沿って会話や「仕草や表情」に加え家族等からの情報も加味して本人の今の思いを知るように努め、支援計画書を作成し、職員間の共有を図りながら本人本位を第一とした思いに沿える支援に努めています。事業所で「出来る事、出来ない事」も説明しながら理解していただくように努め、モニタリングで思いに沿っているかの確認も行っています。	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	ご本人及び御家族とのコミュニケーションをとり、個々の生活歴・個性・価値観などを認識し、対応しながら把握する様に努めている。		
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	出来る事・出来そうな事をする為の工夫や環境作りをしたり日々の生活の中でどの様な変化があるかなどを見極め把握する様に努めている。定期的な評価や再アセスメントを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・ご家族や関係者と充分話し合いながらその人に合った、必要とされている計画を作成している。家族とのやり取りを支援経過記録に残すことで継続的な支援を行っている	利用当初は暫定計画で様子を見て、変化のある場合は都度の見直しを基準として、毎月カンファレンスを開き職員の日々の観察をまとめ、概ね6か月の計画見直し時に反映させ計画作成者を中心に家族の要望も盛り込みながら、その方の残存能力に見合った計画を作成しています。出来た介護計画は、本人と家族に確認をいただいた後にプランとして実施しています。	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	個別記録は毎日記入し、様々な情報を共有出来る体制になっている。計画の見直し等にも活用している。		
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	その時の状況に応じて柔軟な対応を取り、支援している。フォーマル・インフォーマルサービスを効果的に活用している。		
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	地域清掃や納涼祭など、地域の協力を得ながら参加している。		
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	往診医より紹介状を頂き、出来るだけ希望を伺い納得して頂いた主治医の受診を心掛けている。(外来通院)	受診は本人・家族の希望を尊重して、かかりつけ医を選択することを推奨しています。以前からのかかりつけ医の受診を希望される場合は家族対応を原則としますが、必要に応じて通院介助も行っています。受診の際には利用者の日常生活情報など必要な情報提供を行い、適切な医療が受けられるよう支援しています。協力医療機関は2機関あり、必要に応じて紹介状を書いていただいたり、動けない状況の時は医師が駆け付けてくれています。訪問時には看護師と共に月2回の訪問診療があり、歯科は必要に応じて通院による受診治療が行われています。契約看護師は24時間対応可能で利用者の医療的管理と適切な医療支援が行われています。	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	往診医の看護師とは日常的に相談出来る体制にあり、週1回訪問して支援してもらっている。又、24時間の医療連携体制もとっている。看護計画を立案して頂いている。		
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。	入院時は定期的に見舞いに行き病状等を確認している。声掛けを行い、安心感を持って貰える様に対応している。報告書を作成し継続的な情報共有に努めている。MSWと退院に向け情報交換をしている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所です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	ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所ならびに家族で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。単身の方の場合は必要に応じ行政に相談を行っている	重度化した場合の方針については入居契約時に重度化・終末期ケアについて、事業所の出来ること、出来ない事を家族・後見人に説明して同意書を交わしています。医師または看護師が終末期と判断した時点で、希望を伺い、家族・事業所責任者・医師との繰り返しの話し合いで最善の方法を見出し医師の24時間対応協力のもと「諦めない介護」の支援が行われています。	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	転倒・嘔吐・意識消失などケースに応じた初期対応についてスタッフルームに掲示すると共に医療スタッフの指示・協力の元、対応出来る体制にある。		
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。民間警備会社への業務委託。定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）消防職員への訓練立合い依頼。自治会防災組織への加入。防災対策の研修参加。広域津波避難訓練の参加。	規定に利用者の災害防止に努め非常災害に対して必要な設備を設け、災害時の通報及び連絡体制を整備し災害の予防措置並びに避難訓練を継続的に行う。とし、事業所では年2回、地震・火災を想定した避難訓練を実施しています。非常用備蓄は食料・水・乾電池・オムツなど適正在庫管理を行い、設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置等も設置され災害対策が講じられています。地域との協力体制も、自治会の避難訓練に参加し協力体制が構築されています。	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	
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	プライバシーに配慮する様、その状況に合わせ言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについてもプライバシーを損ねる事の無い様にインシヤルで会話するなど、徹底している。排泄に関する事など特に配慮が必要な内容については用語を使うよう心掛けている。	言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がる事を共有し人格を尊重して、入居者の身になり誇りやプライバシーを損ねる事の無い言葉遣いと態度に心がけ、専門職として適切な言葉かけで支援しています。呼称は「さん」付けを基本にしていますが、時には親しみをもった本人の希望も取り入れた呼称で対応する場合があります。	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	ご本人の意思を尊重しながら働きかけたり、内容を理解して頂けるよう説明（話し）を繰り返す行なうなどしながらご本人が希望を表せる事が出来る様に支援している。	/		/
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	訴えや希望を聞き入れたり、各々のペースを保ち、尊重しながら過して頂けるように支援・配慮している。 例) 入浴や食事をご本人の生活ペースに合わせて提供している			
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	ご本人の好みを取り入れたり、ご本人の希望により地域の美容室へ行っている。ご本人の意思を尊重しながら、状況に合わせて支援している。			
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	買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫するなどと一緒にしてもらい、楽しく食事をして頂ける様に心掛けている。家庭菜園で収穫した採れたて野菜を提供している。（ご家族の協力を頂いています）	食事は業者の調理済み品を温めや刻み、ミキサーをして提供しています。手伝いでは食卓拭き、下膳、片付けなどをしていただき役割をこなす事で喜びと能力の維持に繋がっています。その他、収穫した季節の野菜、サツマイモなども食卓に供することで楽しんで食事が摂れるよう工夫しています。又、行事時には趣を変えて、それぞれの好みも加味して出前の注文をしたり、時には回転寿司などにも出かけることもあります。	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	食事量が著しく減少し、栄養状態の低下が明らかに認められる場合は主治医と相談し、高カロリー飲料などの補食にて対応している。必要に応じ管理栄養士に栄養管理指導を受けている。熱中症予防の為、経口補水液を作成し、こまめな水分補給を促している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後のケアや入歯の洗浄など支援している。肺炎やその他感染症対策としてイソジンガーグルでのうがいを行っている。 (毎食後)		
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	計画作成担当者を中心に定期及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。定時のトイレ誘導は基本的に行わず、それぞれの排尿間隔に応じた対応をとっている。	水分摂取量の記録観察と排泄チェック表を利用した、その人に合った声かけ・見守りで定期的なトイレ誘導で自立排泄支援が行われています。体調の変化や入院などでリハパンやオムツになった入居者には、トイレでの排泄を支援しながら出切るだけ外せる様に支援しています。時には、しくじりもありますが、自尊心を損ねない配慮の下に下着取替への支援をし、オムツの無い生活に注力されています。夜間に於いては睡眠を妨げない事を前提に支援が行われています。	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	腹部マッサージや植物繊維の多い食品や乳製品など毎日の食事で工夫出来る事は実施し、十分な水分摂取量が確保出来るようにしている。また散歩などの運動も日常的に実施している。		
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	ご本人の状態に合わせ配慮した方法で希望に合う様に対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。一人でも安全に入浴できる方については毎日の利用が可能です。	週2回以上入浴を基本として、体調や気分に合わせて本人の希望に合わせて柔軟に対応しています。入浴は清潔保持のみならず身体の異常の早期発見に繋がる重要性を踏まえて、決して無理強いはいませんが、職員を変える等のアプローチを変えながら入浴を促しています。浴室には機械浴の設置もされており、重度の方でも入浴対応が出来るようになっていきます。季節のゆず湯、菖蒲湯なども行っています。	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
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	体調や本人の希望に合わせて日中、静養の時間を設けている。また不眠傾向にある方には、温かい飲み物を提供するなど基本的に睡眠導入剤を使用しない方法で対応している。		
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	薬剤情報をスタッフで管理し内容を確認出来る様にしている。又、毎回往診時に薬剤師に同席して頂き口答及び書面で助言・指示をもらうなど連携を取っている。（居宅療養管理指導）		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の生活歴やその人の出来る力を活かした役割分担や楽しみながら希望に合わせて季節感・安らぎ・潤いをもたらす様な工夫を生活の中に取り入れ支援している。個別援助の促進。		
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	閉鎖的な雰囲気を作らずに玄関を開放し職員が付き添い安全が確保される限り自由に外出出来る。又、個別でも希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も積極的に支援している。	日々の外出希望者はできるだけ対応し、天気の良い日には近くのスーパーへ買いに物に出かけることもあります。その他、中庭の花壇を見ながら外気に触れての季節感を味わったり、季節に合せた企画を立案し車による外出（ドライブ）の機会を作る様にして花見等の支援も行っています。	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	ご本人の状況や希望により所持したりご家族との話し合いでお小遣いを預かっている。又、出来る限り利用者自身で会計をして頂き今までと同じように社会との交流を図る支援をしている		

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	各部屋に電話を引き込める様にしてあり、希望される利用者様には希望に応じスタッフ対応している。又、年賀状を毎年、送っている。携帯電話の使用も可能。		
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	明るい色のカーテン等を使用し、広めな空間を用意しているので安心して過して頂ける様になっている。湿温計を等間隔に設置し管理している。季節の飾付けを各ユニットで行っている。	玄関横にふれあいスペースが設けられ、奥に広めのリビング、食堂があり 玄関右側と中庭を挟んで少し離れたところに居室が配された造りになっています。室内は清掃が行き届き、職員の適度な湿度・温度管理によって行われています。リビングには、季節の花等も生けられて、安らぎと寛が感じられる工夫がされています。トイレや食堂などの場所を示す表示もあり、壁面には行事時の写真や1年分の暮らしぶりが写された写真が全体バランスを考慮して飾られています。	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	居間と食堂は開放的に利用出来るが、間仕切りして個別に利用する事も可能になっている。		
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	個人の物品の持ち込みや、使い慣れた物・好みの物を使用し、安心して過ごせる様に配慮している。	使い慣れた家具や調度品などを持ち込んでいただくように話しています。鏡台、仏壇や思い出の写真などが持ち込まれ、在宅時と近い雰囲気の生活拠点が演出されています。また居室は畳敷きで（一部フローリング部屋もあり）エアコンが備えられていて、各人好みの設えで居心地よく過ごせる支援が行われています。	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	一人一人の意志を尊重しながら声掛けや目印等、混乱や失敗のない様にし、身体機能の低下に合わせ滑り止めや機械の設置をし安全や使いやすさにも配慮・工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム めろでいー

作成日

2017年10月26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	60	・業務内容が利用者様個人を優先するものになっていない。人材不足もあり、外出の時間が設けにくくなっている。	・短時間でも良いので外出の時間を日々設ける。 ・季節に応じた外出の企画。	・業務内容の見直し。 ・行事計画担当者を中心として、外出行事の計画を立案。 ・人材確保のための方法を法人全体で検討。	1年
2	64	・定期的な来園は、決まったご家族のみになってしまっている。	・来園の少ないご家族へのアプローチ。 ・来園のしやすい環境整備。	・日々の様子を毎月電話で連絡を行い、来園のお誘いをする。 ・外出行事へのお誘い。 ・ご家族の来園時は、ご本人様と過ごしやすい場を提供。	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)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, 毎日ある <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="checkbox"/> 3, たまにある <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="checkbox"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="checkbox"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="checkbox"/> 3, たまに <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている <input type="checkbox"/> 2, 少しずつ増えている <input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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	スタッフミーティング・ケースカンファレンスを元より、日々の生活の中で、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。		
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	行事や活動には積極的に参加している。また敬老会等の行事にボランティアとして参加して頂いている。非常災害時の地域連携についても自治会と協力関係が築けている		
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	運営推進会議で事業所の取り組み及び利用者状況について報告すると共に地域の行事へ参加し交流の機会を持っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており今後の施設運営に活かしていける様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。		
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	行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じ連携している。(2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加頂いている。市職員(生活保護担当)が月に一度、来訪され生活状況などの報告を行っている。アクティブシニア応援ポイント事業の協力。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアを実践している。内部研修を行い主治医と相談し向精神薬の使用を極力行わない。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている			
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	生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で虐待防止に努めている			
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	生活安全パトロール委員会の会合を勉強の場として権利擁護について学んでいる。			
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	契約時に質問等を聞き説明をしている。又、解約をする際は医師や関係者等と十分に話し合い、不安なく退居後の生活の場が提供される様支援している。			
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	電話等での報告を行っている。運営推進会議の中で自由議題を設けている。面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。			

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
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	ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。また日頃の雑談を含めたコミュニケーションを大切に、いつでも気軽に意見交換ができる関係づくりに努めている。		
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	研修の参加や資格取得へのアドバイスや手当の創設など向上心を持って働ける様に努めている。		
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	研修については、出来るだけ参加してもらい報告書を作成し伝達・確認できる様にしている。施設内でも、研修を行ったり、適任者を配置しアドバイス等をしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県の協議会の研修や市内GH連絡会で行っている合同研修会や連絡会TUEへの出席を推進し同業者としての親睦を深めつつ専門知識・技術の習得ができるようにしている。		
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	在宅での生活スタイルや生活歴等アセスメント情報をスタッフで共有し利用者との円滑なコミュニケーションが図れる様努めている。言葉だけではなく表情や仕草にも目配りしている。		

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
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	面会時や必要時の電話連絡を行い、円滑なコミュニケーションを図れる様に努めている。		
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	良く聞き取りを行い、理解・納得をしていただけるよう話し合いをし、見極め対応している。在宅のケアマネジャーや在宅サービス事業者からの情報も踏まえ総合的に検討・判断している。		
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	日々の生活の中で常に一緒に生活をしているという関係を作っている。役割を持って頂く事により職員と利用者がお互いに感謝の言葉を掛け合える状況にある。		
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	来園時に声掛けをしたり、報告・相談をし一緒に支援をしていける関係を作っている。家族と利用者の外出機会を必要に応じ企画、同行している。(冠婚葬祭、通院、一時帰宅、外食、お墓参り、お見舞いなど)		
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う、支援に努めている	馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に行ってもらったり等している。		

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
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	日常生活の中で利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。個別ワークとグループワークを適宜、使い分け小規模での共同生活の利点を活かした対応を心掛けている。		
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	入居後も在宅ケアマネジャーや包括支援センター職員と適宜、情報交換をしている。		
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。	ご本人の思いや意向を汲取り希望に添えるよう声掛けや雰囲気作りを行っている。ケアプランに反映しチームで対応に取り組んでいる。意思の表出が困難な方については、家族に相談を行い認知症発症前の御本人の希望などを伺いケアに繋げている。		
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	ご本人及び御家族とのコミュニケーションをとり、個々の生活歴・個性・価値観などを認識し、対応しながら把握する様に努めている。		
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	出来る事・出来そうな事をする為の工夫や環境作りをしたり日々の生活の中でどの様な変化があるかなどを見極め把握する様に努めている。定期的な評価や再アセスメントを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・ご家族や関係者と充分話し合いながらその人に合った、必要とされている計画を作成している。家族とのやり取りを支援経過記録に残すことで継続的な支援を行っている		
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	個別記録は毎日記入し、様々な情報を共有出来る体制になっている。計画の見直し等にも活用している。		
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	その時の状況に応じて柔軟な対応を取り、支援している。フォーマル・インフォーマルサービスを効果的に活用している。		
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	地域清掃や納涼祭など、地域の協力を得ながら参加している。		
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	往診医より紹介状を頂き、出来るだけ希望を伺い納得して頂いた主治医の受診を心掛けている。(外来通院)		

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	往診医の看護師とは日常的に相談出来る体制にあり、週1回訪問して支援してもらっている。又、24時間の医療連携体制もとっている。看護計画を立案して頂いている。		
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。	入院時は定期的に見舞いに行き病状等を確認している。声掛けを行い、安心感を持って貰える様に対応している。報告書を作成し継続的な情報共有に努めている。MSWと退院に向け情報交換をしている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所です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	ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所ならびに家族で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。単身の方の場合は必要に応じ行政に相談を行っている		
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	転倒・嘔吐・意識消失などケースに応じた初期対応についてスタッフルームに掲示すると共に医療スタッフの指示・協力の元、対応出来る体制にある。		
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。 民間警備会社への業務委託。定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）消防職員への訓練立合い依頼。自治会防災組織への加入。防災対策の研修参加。広域津波避難訓練の参加。		

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	プライバシーに配慮する様、その状況に合わせ言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについてもプライバシーを損ねる事の無い様にイニシャルで会話するなど、徹底している。排泄に関する事など特に配慮が必要な内容については用語を使うよう心掛けている。		
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	ご本人の意思を尊重しながら働きかけたり、内容を理解して頂けるよう説明（話し）を繰り返すなどしながらご本人が希望を表せる事が出来る様に支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	訴えや希望を聞き入れたり、各々のペースを保ち、尊重しながら過ぎて頂けるように支援・配慮している。 例) 入浴や食事をご本人の生活ペースに合わせて提供している		
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	ご本人の好みを取り入れたり、ご本人の希望により地域の美容室へ行っている。ご本人の意思を尊重しながら、状況に合わせ支援している。		
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	買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫するなどと一緒にしてもらい、楽しく食事をして頂ける様に心掛けている。家庭菜園で収穫した採れたて野菜を提供している。（ご家族の協力を頂いています）		

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
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	食事量が著しく減少し、栄養状態の低下が明らかに認められる場合は主治医と相談し、高カロリー飲料などの補食にて対応している。必要に応じ管理栄養士に栄養管理指導を受けている。熱中症予防の為、経口補水液を作成し、こまめな水分補給を促している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後のケアや入歯の洗浄など支援している。肺炎やその他感染症対策としてイソジンガーグルでのうがいを行っている。 (毎食後)		
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	計画作成担当者を中心に定期及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。定時のトイレ誘導は基本的に行わず、それぞれの排尿間隔に応じた対応をとっている。		
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	腹部マッサージや植物繊維の多い食品や乳製品など毎日の食事で工夫出来る事は実施し、十分な水分摂取量が確保出来るようにしている。また散歩などの運動も日常的に実施している。		
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	ご本人の状態に合わせ配慮した方法で希望に合う様に対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。一人でも安全に入浴できる方については毎日の利用が可能です。		

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	体調や本人の希望に合わせて日中、静養の時間を設けている。また不眠傾向にある方には、温かい飲み物を提供するなど基本的に睡眠導入剤を使用しない方法で対応している。		
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	薬剤情報をスタッフで管理し内容を確認出来る様にしている。又、毎回往診時に薬剤師に同席して頂き口答及び書面で助言・指示をもらうなど連携を取っている。（居宅療養管理指導）		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の生活歴やその人の出来る力を活かした役割分担や楽しみながら希望に合わせて季節感・安らぎ・潤いをもたらす様な工夫を生活の中に取り入れ支援している。個別援助の促進。		
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	閉鎖的な雰囲気を作らずに玄関を開放し職員が付き添い安全が確保される限り自由に外出出来る。又、個別でも希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も積極的に支援している。		
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	ご本人の状況や希望により所持したりご家族との話し合いでお小遣いを預かっている。又、出来る限り利用者自身で会計をして頂き今までと同じように社会との交流を図る支援をしている		

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	各部屋に電話を引き込める様にしてあり、希望される利用者様には希望に応じスタッフ対応している。又、年賀状を毎年、送っている。携帯電話の使用も可能。		
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	明るい色のカーテン等を使用し、広めな空間を用意しているので安心して過して頂ける様になっている。湿温計を等間隔に設置し管理している。季節の飾付けを各ユニットで行っている。		
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	居間と食堂は開放的に利用出来るが、間仕切りして個別に利用する事も可能になっている。		
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	個人の物品の持ち込みや、使い慣れた物・好みの物を使用し、安心して過ごせる様に配慮している。		
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	一人一人の意志を尊重しながら声掛けや目印等、混乱や失敗のない様にし、身体機能の低下に合わせ滑り止めや機械の設置をし安全や使いやすさにも配慮・工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム めろでいー

作成日

2017年10月26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	60	・業務内容が利用者様個人を優先するものになっていない。人材不足もあり、外出の時間が設けにくくなっている。	・短時間でも良いので外出の時間を日々設ける。 ・季節に応じた外出の企画。	・業務内容の見直し。 ・行事計画担当者を中心として、外出行事の計画を立案。 ・人材確保のための方法を法人全体で検討。	1年
2	64	・定期的な来園は、決まったご家族のみになってしまっている。	・来園の少ないご家族へのアプローチ。 ・来園のしやすい環境整備。	・日々の様子を毎月電話で連絡を行い、来園のお誘いをする。 ・外出行事へのお誘い。 ・ご家族の来園時は、ご本人様と過ごしやすい場を提供。	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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	スタッフミーティング・ケースカンファレンスを元より、日々の生活の中で、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。		
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	行事や活動には積極的に参加している。また敬老会等の行事にボランティアとして参加して頂いている。非常災害時の地域連携についても自治会と協力関係が築けている		
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	運営推進会議で事業所の取り組み及び利用者状況について報告すると共に地域の行事へ参加し交流の機会を持っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており今後の施設運営に活かしていける様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。		
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	行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じ連携している。(2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加頂いている。市職員(生活保護担当)が月に一度、来訪され生活状況などの報告を行っている。アクティブシニア応援ポイント事業の協力。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアを実践している。内部研修を行い主治医と相談し向精神薬の使用を極力行わない。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている		
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	生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で虐待防止に努めている		
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	生活安全パトロール委員会の会合を勉強の場として権利擁護について学んでいる。		
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	契約時に質問等を聞き説明をしている。又、解約をする際は医師や関係者等と十分に話し合い、不安なく退居後の生活の場が提供される様支援している。		
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	電話等での報告を行っている。運営推進会議の中で自由議題を設けている。面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。		

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
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	ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。また日頃の雑談を含めたコミュニケーションを大切に、いつでも気軽に意見交換ができる関係づくりに努めている。		
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	研修の参加や資格取得へのアドバイスや手当の創設など向上心を持って働ける様に努めている。		
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	研修については、出来るだけ参加してもらい報告書を作成し伝達・確認できる様にしている。施設内でも、研修を行ったり、適任者を配置しアドバイス等をしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県の協議会の研修や市内GH連絡会で行っている合同研修会や連絡会TUEへの出席を推進し同業者としての親睦を深めつつ専門知識・技術の習得ができるようにしている。		
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	在宅での生活スタイルや生活歴等アセスメント情報をスタッフで共有し利用者との円滑なコミュニケーションが図れる様努めている。言葉だけではなく表情や仕草にも目配りしている。		

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
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	面会時や必要時の電話連絡を行い、円滑なコミュニケーションを図れる様に努めている。		
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	良く聞き取りを行い、理解・納得をしていただけるよう話し合いをし、見極め対応している。在宅のケアマネジャーや在宅サービス事業者からの情報も踏まえ総合的に検討・判断している。		
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	日々の生活の中で常に一緒に生活をしているという関係を作っている。役割を持って頂く事により職員と利用者がお互いに感謝の言葉を掛け合える状況にある。		
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	来園時に声掛けをしたり、報告・相談をし一緒に支援をしていける関係を作っている。家族と利用者の外出機会を必要に応じ企画、同行している。(冠婚葬祭、通院、一時帰宅、外食、お墓参り、お見舞いなど)		
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う、支援に努めている	馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に行って頂いたり等している。		

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
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	日常生活の中で利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。個別ワークとグループワークを適宜、使い分け小規模での共同生活の利点を活かした対応を心掛けている。		
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	入居後も在宅ケアマネジャーや包括支援センター職員と適宜、情報交換をしている。		
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。	ご本人の思いや意向を汲取り希望に添えるよう声掛けや雰囲気作りを行っている。ケアプランに反映しチームで対応に取り組んでいる。意思の表出が困難な方については、家族に相談を行い認知症発症前の御本人の希望などを伺いケアに繋げている。		
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	ご本人及び御家族とのコミュニケーションをとり、個々の生活歴・個性・価値観などを認識し、対応しながら把握する様に努めている。		
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	出来る事・出来そうな事をする為の工夫や環境作りをしたり日々の生活の中でどの様な変化があるかなどを見極め把握する様に努めている。定期的な評価や再アセスメントを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・ご家族や関係者と充分話し合いながらその人に合った、必要とされている計画を作成している。家族とのやり取りを支援経過記録に残すことで継続的な支援を行っている		
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	個別記録は毎日記入し、様々な情報を共有出来る体制になっている。計画の見直し等にも活用している。		
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	その時の状況に応じて柔軟な対応を取り、支援している。フォーマル・インフォーマルサービスを効果的に活用している。		
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	地域清掃や納涼祭など、地域の協力を得ながら参加している。		
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	往診医より紹介状を頂き、出来るだけ希望を伺い納得して頂いた主治医の受診を心掛けている。(外来通院)		

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	往診医の看護師とは日常的に相談出来る体制にあり、週1回訪問して支援してもらっている。又、24時間の医療連携体制もとっている。看護計画を立案して頂いている。		
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。	入院時は定期的に見舞いに行き病状等を確認している。声掛けを行い、安心感を持って貰える様に対応している。報告書を作成し継続的な情報共有に努めている。MSWと退院に向け情報交換をしている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所です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	ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所ならびに家族で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。単身の方の場合は必要に応じ行政に相談を行っている		
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	転倒・嘔吐・意識消失などケースに応じた初期対応についてスタッフルームに掲示すると共に医療スタッフの指示・協力の元、対応出来る体制にある。		
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。 民間警備会社への業務委託。定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）消防職員への訓練立合い依頼。自治会防災組織への加入。防災対策の研修参加。広域津波避難訓練の参加。		

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	プライバシーに配慮する様、その状況に合わせ言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについてもプライバシーを損ねる事の無い様にイニシャルで会話するなど、徹底している。排泄に関する事など特に配慮が必要な内容については用語を使うよう心掛けている。		
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	ご本人の意思を尊重しながら働きかけたり、内容を理解して頂けるよう説明（話し）を繰り返すなどしながらご本人が希望を表せる事が出来る様に支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	訴えや希望を聞き入れたり、各々のペースを保ち、尊重しながら過ぎて頂けるように支援・配慮している。 例) 入浴や食事をご本人の生活ペースに合わせて提供している		
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	ご本人の好みを取り入れたり、ご本人の希望により地域の美容室へ行っている。ご本人の意思を尊重しながら、状況に合わせ支援している。		
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	買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫するなどと一緒にしてもらい、楽しく食事をしして頂ける様に心掛けている。家庭菜園で収穫した採れたて野菜を提供している。（ご家族の協力を頂いています）		

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
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	食事量が著しく減少し、栄養状態の低下が明らかに認められる場合は主治医と相談し、高カロリー飲料などの補食にて対応している。必要に応じ管理栄養士に栄養管理指導を受けている。熱中症予防の為、経口補水液を作成し、こまめな水分補給を促している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後のケアや入歯の洗浄など支援している。肺炎やその他感染症対策としてイソジンガーグルでのうがいを行っている。 (毎食後)		
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	計画作成担当者を中心に定期及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。定時のトイレ誘導は基本的に行わず、それぞれの排尿間隔に応じた対応をとっている。		
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	腹部マッサージや植物繊維の多い食品や乳製品など毎日の食事で工夫出来る事は実施し、十分な水分摂取量が確保出来るようにしている。また散歩などの運動も日常的に実施している。		
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	ご本人の状態に合わせ配慮した方法で希望に合う様に対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。一人でも安全に入浴できる方については毎日の利用が可能です。		

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	体調や本人の希望に合わせて日中、静養の時間を設けている。また不眠傾向にある方には、温かい飲み物を提供するなど基本的に睡眠導入剤を使用しない方法で対応している。		
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	薬剤情報をスタッフで管理し内容を確認出来る様にしている。又、毎回往診時に薬剤師に同席して頂き口答及び書面で助言・指示をもらうなど連携を取っている。（居宅療養管理指導）		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の生活歴やその人の出来る力を活かした役割分担や楽しみながら希望に合わせて季節感・安らぎ・潤いをもたらす様な工夫を生活の中に取り入れ支援している。個別援助の促進。		
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	閉鎖的な雰囲気を作らずに玄関を開放し職員が付き添い安全が確保される限り自由に外出出来る。又、個別でも希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も積極的に支援している。		
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	ご本人の状況や希望により所持したりご家族との話し合いでお小遣いを預かっている。又、出来る限り利用者自身で会計をして頂き今までと同じように社会との交流を図る支援をしている		

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	各部屋に電話を引き込める様にしてあり、希望される利用者様には希望に応じスタッフ対応している。又、年賀状を毎年、送っている。携帯電話の使用も可能。		
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	明るい色のカーテン等を使用し、広めな空間を用意しているので安心して過して頂ける様になっている。湿温計を等間隔に設置し管理している。季節の飾付けを各ユニットで行っている。		
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	居間と食堂は開放的に利用出来るが、間仕切りして個別に利用する事も可能になっている。		
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	個人の物品の持ち込みや、使い慣れた物・好みの物を使用し、安心して過ごせる様に配慮している。		
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	一人一人の意志を尊重しながら声掛けや目印等、混乱や失敗のない様にし、身体機能の低下に合わせ滑り止めや機械の設置をし安全や使いやすさにも配慮・工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム めろでいー

作成日

2017年10月26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	60	・業務内容が利用者様個人を優先するものになっていない。人材不足もあり、外出の時間が設けにくくなっている。	・短時間でも良いので外出の時間を日々設ける。 ・季節に応じた外出の企画。	・業務内容の見直し。 ・行事計画担当者を中心として、外出行事の計画を立案。 ・人材確保のための方法を法人全体で検討。	1年
2	64	・定期的な来園は、決まったご家族のみになってしまっている。	・来園の少ないご家族へのアプローチ。 ・来園のしやすい環境整備。	・日々の様子を毎月電話で連絡を行い、来園のお誘いをする。 ・外出行事へのお誘い。 ・ご家族の来園時は、ご本人様と過ごしやすい場を提供。	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。