

<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	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	1490900212
法人名	株式会社 ゆい
事業所名	グループホーム めぐみ
訪問調査日	2019年2月13日
評価確定日	2019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。

平成 30 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	1490900212	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日	平成22年8月1日	
法人名	株式会社 ゆい			
事業所名	グループホーム めぐみ			
所在地	( 〒223-0065 ) 横浜市港北区高田東3-33-3			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成31年1月30日	評価結果 市町村受理日	令和元年5月9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)】

<p>弊社の事業理念にも掲げている『その人らしく生きる』を第一義とし、ご利用者様一人ひとりの生き方を大切にするため、現在の生活状況だけでなく、その生活の営みの歴史、その人ならではの姿を多面的に理解し支援するよう心がけてます。また、職員間および協力機関と日々、情報を共有し、利用者様の安全安心に努めています。</p>
---

## 【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31年2月13日	評価機関 評価決定日	平成31年3月31日

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

<p>●この事業所は、株式会社ゆいの経営です。同法人は、横浜市内でグループホーム・小規模多機能施設を運営し、居宅介護支援事業等の多様な福祉サービスを展開しています。場所は、横浜市営地下鉄グリーンライン「高田駅」から徒歩15分の静かで落ち着いた住宅街の中にあります。外観は白とベージュの2トーンの配色で周囲の景観に馴染んだ2階建ての造りになっており、1階が小規模多機能型居宅介護事業所、2階がグループホームになっています。グループホームに入居する以前に小規模多機能施設を利用していた方も多く、住み慣れた地域の中で友人や知人との交流を継続しながら、穏やかに過ごすことができるような支援を心がけています。</p> <p>●法人の理念として「私たちは、企業理念である“社会貢献”を基礎として、企業としての社会的責任を重んじ、社会生活の改善と向上に寄与するよう努めます。」を掲げ、地域に根ざした福祉サービスの提供を目指しています。事業所理念は「その人らしく生きる～その一瞬を大切に～」とし、利用者一人ひとりの意思を尊重し、利用者の立場に立ったサービス提供を心がけ、家庭的な温もりを感じられる雰囲気づくりに取り組んでいます。</p> <p>●法人は、職員の教育と研修に注力しています。社内研修を毎月開催し、職員が参加することでその資質向上を図ると共に、職員が日常の業務の中で「感動」したことを報告し合い、その中から毎年「ゆい感動大賞」を決めて表彰する等、職員のモチベーションアップにつなげています。管理者・職員間では、日々の情報を記録した独自の各種「ノート」で情報共有を図っています。</p>
--

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム めぐみ
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	『その人らしく生きる～その一瞬を大切に～』常に玄関や入り口、事務机などに掲示し、また職員全員の身分証の裏面にも印字されています。職員はどのように自分らしく生きていくことができるかを常に念頭に入れ、利用者様が一瞬一瞬に喜びを感じられるよう心がけています。	事業所理念は、職員だけでなく家族の来訪時にも目につくように、1階事業所入口に掲示しています。また、職員が携行している身分証の裏面にも記載され、毎月の会議で確認する等、理念を共有しながら理念の実践につなげています。事業所では「利用者に喜んでもらう」「利用者が食べたい物を提供する」等、今を生きることを大切に考えながら支援しています。	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	町内会自治会に加入しており、また町内行事にも積極的に参加しています（町内防犯パトロール・地域の避難訓練など）。一方、町内の方にもめぐみの防災訓練にご参加いただいております。また、『子ども110番の家』に登録し、外にプレートを掲示しています。	高田町内会に加入し、地域の防犯パトロール・運動会・防災訓練等の行事に参加しています。毎年8月には恒例の「開設周年記念イベント」を開催しており、利用者家族に加え、地域の住民にも参加を呼び掛けている。更には「子ども110番の家」の登録、事業所のAEDを含めた地域の「AEDマップ」作成にも協力する等、地域に根ざした事業所としての取り組みも行っています。	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	認知症の理解を深めるための講座を継続して行っています。また、施設で行事を行なう際は、地域に声かけを行ない、いつでも内覧を開き、理解を深めていただけるように心がけています。		
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	3カ月に1回、民生委員・町内会・地域包括支援センター・協力医療医師（内科・歯科）・看護師・薬剤師・ケアマネ・家族代表者などに参加していただき、運営推進会議にて、利用者様の状況や取り組みなどを報告し、また意見をいただき、サービス向上に取り組んでいます。	運営推進会議は、家族・協力医療機関・民生委員・町内会長・薬剤師・地域包括支援センター職員・区担当職員の参加を得て、3ヶ月に1回開催しています。利用者の状況・事故報告・今後の予定について説明し、担当医からは「高齢者の問題」について医療的意見を頂き、運営やサービスの参考にしています。	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取り組んでいる	区役所地区担当職員と入居状況など、情報交換を行なっています。また、グループホーム連絡会に出席し、情報を得ています。	区高齢・障害支援課とは事業所の現状についての報告や、メールで「感染症」等の情報提供・研修の案内を頂き、日頃から情報交換を行うと共に研修会等には参加しています。横浜市の集団指導講習会にも出席して、制度変更や福祉の動向についての情報提供も受けています。また、グループホーム連絡会にも出席して、他施設の職員とも情報交換を行っています。	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
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	身体拘束をしないケアについて、研修会に参加して、あらゆる状況において職員がミーティングを行ない、意見や情報を共有しています。また1F事務所には身体拘束についての資料を置いております。	年1回以上、「身体拘束に関する研修」に参加し、身体拘束のないケアに取り組んでいます。身体拘束についての自己チェックを実施し、全職員のミーティングでも確認し合っています。身体拘束防止のマニュアルも完備され、スピーチロックについては日頃の業務の中で話し合っています。	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	身体拘束・虐待についての自己チェックを実施し、全職員へ再認識の機会を設けた後にミーティングでの共有をするように努めています。		
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	仕組みについて社内研修でも議題に上げ、知識を共有しております。1F事務所にも権利擁護に関する資料を置いてあります。		
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	契約時に利用者様・ご家族と一緒に面談を行ない、理解や納得をしていただいた上で、契約を結んでいます。また、常にご家族と話しやすい場を心がけています。		
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	『面会ノート』を作成し、ご家族に自由に意見を書いていただいております。また同時に、こちらが利用者様の近況をお伝えする手段としても活用しています。他にもいくつかの連絡手段を用いて、ご家族との会話や情報交換を大切にしております。	契約時に、サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口と体制について説明しています。利用者の近況報告を兼ねた個人別の「面会ノート」が用意され、家族からの意見や要望は、面会や来訪時に自由に書いて頂いています。運営推進会議は家族代表として参加頂いており、頂いた意見や要望は家族全体の意見として真摯に受け止めています。	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	
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	管理者や代表者へ直接提案しにくい事も、リーダーを通して提案するなど、リーダーが中心に雰囲気づくりをしています。日頃から職員同士が意見を言いやすい環境を作るよう、『改善ノート』を作成して職員から困っていることやアイデアなどを報告してもらい、月例ミーティングに反映しています。	職員が日々の業務の中での気づきや意見を記入した「改善ノート」を基に、月例ミーティングで話し合い情報の共有化を図っています。毎月開催している法人内「リーダー会議」では、運営に関する意見や提案を言う機会が設けられており、場合によっては事業所内の月齢ミーティング時に挙げた意見や提案を報告しています。また、法人担当者と年1回、管理者と不定期の個人面談でも意見を聞き、業務に反映させるようにしています。	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	個々の努力・実績・勤務状況を把握し、定期的に面談を行なっています。代表者が職員の意見を聞き、向上心を持って働けるよう努めています。定期的にストレスチェックのアンケートを職員に提出してもらって、面談を行なっています。			
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	月1回、社内で勉強会を実施しています。各事業所でもミーティングを開き、話し合っています。また外部の研修に参加した職員に発表の場を設けて、情報を共有しています。			
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	グループホームの連絡協議会への参加や、外部研修へ参加する事で、同業者との交流につなげ、事業所のサービスの質の向上ができるよう取り組んでいます			
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	利用される前に、利用者様の情報を得るよう、心がけています。ご家族・ケアマネから情報を収集し、また今までの環境などを考慮し、安心して過ごしていただけるよう、配慮しております。何でも話しやすい環境作りに努めています。			

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	まず第一に、ご家族が話しやすい環境作りを心がけています。利用者様とご家族の意見に耳を傾けながら、寄り添う関係作りに努めています。またご家族が必要とした場合は、他の専門職とも連携し、対応しています。		
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	利用者様とご家族を交えて、利用者様やご家族等の必要としている支援を他のサービスを含めた対応について、検討しています。		
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	それぞれの個性を理解し、「どのようにすれば、自分らしく生きていくことができるか」を考えて、喜び（笑顔）で過ごしていただけるよう、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	ご家族と協力して、利用者様の生活を支えていけるよう、努めています。ご家族には日頃の状況をお伝えして、情報を共有しています。また、ご家族が利用者様にご面会しやすいよう心掛けております。		
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	現在の利用者様は、当施設の近隣に暮らされていた方が多く、会話の中で積極的に施設の周囲についての状況や昔の話などを話題にしています。入所の際は、慣れ親しんだ家具や小物などを使用いただいています。また、ご友人の面会も積極的に受け入れています。	友人・知人との面会については家族の了解を取ったうえで、積極的に支援しています。家族は毎週来られる方がいる等、平均で月2～3回来訪があり、家族と外食や外出している方もいます。もともとこの地域で暮らしていた方も多く、併設している小規模多機能事業所の車で周辺をドライブすることもあります。利用者によっては、電話の取次ぎや手紙送付の手伝い等もしながら馴染みの関係を継続出来るように支援しています。	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	職員が利用者様の性格・気持ちなどを理解し、職員が利用者どうしの間に入る事で、共同生活をしていく上で過剰になりすぎず、疎遠になりすぎないバランスの良い関係性が気付けるようサポートしています。		
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	ご家族とのコミュニケーションを大切に、話しやすい場を作れるよう心がけています。いつでも相談・支援にお答えできるよう努めています。利用終了後も、お手紙・メール・年賀状などで継続した交流を続けています。		
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	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。	利用者様の状況や希望に沿った介護計画書を作成し、意向の把握に努めています。ご家族からの情報も参考にしています。	入居時に、家族からこれまでの生活歴や暮らし方の希望等について情報提供してもらっています。利用者の行動・表情・しぐさや日々のケア記録の「経過記録」、「気づきノート」、「申し送りノート」、「往診ノート」、「面会ノート」等の様々なノートを活用しながら、利用者の思いや意向について情報を共有しています。極力利用者の希望が実現できるように取り組んでいます。	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	今までの暮らしにアセスメントし、生活歴・なじみの暮らし・環境などに応じた対応を心がけています。ご家族や利用者様のお話も参考にしています。		
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	一人ひとりの様子を記録し、職員同士で申し送りなどを通して、現状把握の共有に努めています。		

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
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	毎月の全体会議（月例ミーティング）でケアカンファレンスを行ない、意見を出し合い、介護計画を立てています。また、ご家族の要望も聞いて、残された能力に見合った計画を作成しています。提携医とも情報を共有して、対応をしています。	入居時は暫定の介護計画で1～3ヶ月程度様子を見ます。その後、毎月のカンファレンスで利用者全員の日々の様子・状態の変化を介護記録で確認しながら、提携医の情報も共有し、短期6カ月、長期1年に1回、の見直しを基本としています。状態の変化によっては、その都度の見直しを行っています。	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	業務日誌・経過記録・バイタル表・排便食事睡眠状況の記録などを日々更新し、職員全体で把握できるようにしています。また、分かりやすい一覧表を作成して、情報共有に活用しています（介護情報）。さらに共有ノート・受診ノートなども活用し、職員間の情報共有に努めています。		
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	日頃、申し送りノート等を利用して臨機応変に対応できるよう心がけています。ご家族については、いくつかの連絡手段を活用し、連絡を密にしております。		
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	町内会、回覧板などを活用し、地域活動に積極的に参加しています。		
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	月3回（内科2・歯科1）の往診を受けています。また必要に応じて、臨時的往診にも対応していただいております。提携医と情報を共有し、医療管理支援を行なっています。	入居時に事業所の提携医について説明し、利用者・家族の意向を確認したうえで主治医を決めて頂くようにしています。提携医の「日横クリニック」からは月2回、「高田歯科医」は月1回の往診があります。看護師は職員として配置され、週2回の巡回があります。提携の「日横クリニック」が月1回利用者のカンファレンスを実施するなど、医療支援は十分な体制が整っており、日中・夜間ともに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	看護職員にいつでも気軽に相談できます。『往診ノート』を活用し、情報を共有して、適切な指示が受けられるようになっています。		
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。	入退院時、医療機関と連絡を取り合っています。入院中も直接、様子を伺いに行きます。		
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	入居契約時に「重度化した場合、どのようにするか」「終末期のケアの指針」など、所定の書類に記入していただいています。担当医・看護師・家族・事業所責任者・ケアマネなどと話し合い、家族の意向に沿った支援を行なっています。また、必要に応じて再度ご家族の意向を確認しています。	契約時に、重度化や終末期の方針と事業所でターミナルケアを行えることを説明しています。終末期には「出来ること・出来ないこと」を説明して同意書を取り交わし、医師が判断した時点で、家族・医師・事業所による話し合いの場を設け、家族の意向を尊重した支援に努めています。事業所では看取りの経験もあり、研修も実施しています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	「利用者様の急変時や事故発生時にどのように対応するか」という緊急時の連絡マニュアルを作成しています。補助職員の確保に努めています。消防職員、担当医などに講習会（勉強会）を開いてもらっています。		
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	毎年数回、地域住民や消防職員も参加していただく避難訓練を当施設で行なっています。また緊急時の対応について、話し合いをおこなっています。災害に備えて、備品・備蓄を用意する担当がおります（防災委員）。	年3回、日中・夜間を想定した避難訓練を実施し、1回は消防署の立ち合いの下、指導を受けながら消火器の取り扱い・通報手順の訓練を行っています。訓練には、町内会長など地域の方にも参加し頂いています。事業所では防災担当委員を決め、日頃から防災への取り組みや意識を高めています。備蓄は、3日分の水・食料や衛生用品・乾電池・コンロ等を確保しています。	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	一人ひとりの個性・性格に合わせた対応をしています。その時、その場にて、声かけの仕方に気をつけています。言葉遣いに注意するよう心がけています。	法人研修で、毎年接遇研修を受けている他、事業所内でも、プライバシーの確保や言葉の使い方について学び理解を深めています。名前の呼び方は「名字（姓）」にさん付けを基本とし、利用者の自尊心に配慮しながら礼儀正しい姿勢で接しています。入浴・排泄介助時などでもプライバシーに配慮した支援を行っています。		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	利用者様の立場・状況を考慮して対応しています。日常生活の中で、利用者様が自分で選択できるよう工夫し、誘導しています。			
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	その日、その時の利用者様の様子を行動や会話からくみ取るよう努力し、柔軟な支援ができるようにしています。			
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	定期的に訪問理容を利用しています。また入浴後の着替えなど、可能な方についてはご自身で服を選んでいただいたり、職員と相談して決めたりしていただいています。			
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	食事前におしぼり用意、テーブル拭きなど、できる範囲でのお手伝いをいただいています。また、行事や季節に合った外食や出前、あるいは普段の献立で出ないメニューを用意したりして、楽しんでいただいております。	食材とメニューは、食材提供会社を活用しています。利用者は、テーブル拭き・下膳・食器洗い等、出来る範囲で手伝って頂いています。職員と一緒に、ちらし寿司やお菓子等を作ることもあります。時には、利用者の好きなものを出前で取ったり、お寿司屋・フードコートに行く等の外食支援も行っています。		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
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・水分量を毎回記録し把握しています。また、その時の利用者様の状態から、職員同士で話し合い、食事形態（キザミ・トロミなど）を変えています。		
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	毎食後、口腔ケアを行なっています。毎月の歯科往診時に医師に相談して、口腔ケアの方法などを指導していただいています。また各利用者様の注意事項などを記入して、職員に分かりやすく伝えています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表を記入して、一人ひとりのリズムを把握し、排泄のタイミングを図っています。また、できるだけトイレにて排泄できるよう工夫や誘導を行なっています。	定時の声掛けと利用者の様子を見ながらの誘導で、トイレでの自立排泄に向けた支援を行っています。1人ひとりの排泄状況を記録した排泄チェック表で、日中・夜間の利用者個々の排泄パターンを把握し、情報を共有しながら支援に努めています。夜間は、睡眠を重視しながら個別に対応しています。便秘対応は薬に頼らず、運動と水分摂取や乳製品などで改善を図っています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄状況を把握し、看護職員や医師に相談しています。また、水分摂取や食事を工夫したり。リハビリ体操などで排泄を促したりと、薬だけに頼らない対応も行なっています。また市販の乳酸菌飲料なども活用しています。		
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	一人ひとりの希望にあった入浴を心がけています。入浴前の体調面や利用者様の要望にも気をつけており、必要に応じて入浴を中止したり、別日に変更したりして調整をしています。季節感を味わっていただけるよう、入浴剤（ゆず・菖蒲など）も活用しています。	入浴は週2回、午前中を基本に支援しています。利用者個々の要望に応じ、シャワー浴・足浴の他、体調を考慮しながら清拭も行っています。入浴拒否のある方には個別で対応し、同性介助等の工夫をしています。入浴を楽しんで頂くために、季節に応じたゆず湯・菖蒲湯等も行い、入浴を生活の一部として喜びを感じられるように支援しています。	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
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	利用者様の生活リズムや体調に合わせて、休息していただいております。また、その時に応じて、室温・寝具の調整・衛生面に気を付けています。		
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	薬のセットは異なる職員がダブルチェックし、記録を残します。また、服用時にも異なる職員がダブルチェックをしてから介助や確認を行ない、服薬後に飲ませた職員がその記録を残し、空袋も確認しています。薬に関する変更は申し送り・業務日誌・往診ノートなどで、職員同士の情報共有をしています。		
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	個々の利用者様に合ったお手伝いの声かけをし、職員と一緒にこなしています。またレクとして、季節に合った作品作りも行なっています（例、年末に来年の干支の貼り絵をする）。		
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	外出については、持ち回りのレクリエーション委員が中心になり、計画・実行しています。また、レクの企画書は管理者へ提出し、了解を得て実行に移しています。また、日々の外出としては、個々の利用者様に応じて、散歩・ドライブなどを行なっています。	散歩は週2～3回、午後から事業所周辺や近くの公園のコースを、天候や利用者の体調を考慮して行い、生活のリズムに合わせて支援を行っています。併設している小規模多機能施設の車で、初詣や花見など季節に応じた外出支援や、家族の協力を得ながら外食等に出かけている方もいます。レクリエーション委員が中心に外出行事を計画し、戸外に出かける支援を行っています。	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	金庫にて特定の職員数名が担当しています。職員同行の外出時では、買い物なども行なっています。入金・支出については、利用者様ごとの出納ノートを作成し、ご家族が来所されたときに確認をお願いするか、郵送にて記録をお届けしています。		

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	いつでも連絡が取れるようにしています。		
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	共用部分の整理整頓を行なっています。環境衛生委員を作り、点検などを行っています。フロア・廊下には季節ごとの行事の写真・貼り絵などの利用者様の作品などを飾っています。室温・照明なども配慮し。必要に応じて調整しています。	リビングには天窓があり、天窓からも陽が入るため、明るく、行事の写真や利用者が共同で作った作品が飾られ、利用者との話題作りになるよう工夫しています。廊下にはソファが設置され、静かに過ごせるスペースも用意されています。毎朝の掃除と必要に応じての掃除で清潔を保ち、加湿器や空気清浄機を使い、環境に配慮しています。台所はIHを使っており安全にも配慮されています。	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	廊下に休めるようソファを設け、会話がしやすいよう配置しています。状況により、テーブル席の席替えも行なっています。		
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	各居室ごとに職員の担当を充て、整理整頓を行なっています。また安全面も配慮しています。さらに居室には使い慣れた家具や馴染みの小物を持参していただき、安心して過ごせる環境作りを心がけています。また、起床直後の時間などを活用し、居室内の空気の入替えも行なっています。	各居室には、エアコン・防火カーテン・整理棚が完備されています。居室を自分の家と感じてもらえるよう、家具等の生活用品は馴染みの使い慣れたものを持ち込んでもらうことを勧めています。居室内には家族の写真や飾り、テレビ等の家具類は家族と相談しながら好きなように配置して頂いています。衣替えや整理整頓は居室担当者が行っています。	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	居室入り口に名札を付け、利用者様ご自身が自室だと分かるようにしています。トイレには各利用者様のカゴを用意し、リハパン・バット類などを分かりやすく収納し、可能な方は自力で交換もされています。また、建物内で危険箇所がないか注意し、必要に応じて管理者に報告しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームめぐみ

作成日

平成31年4月22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	2	地域との交流が少ない。	利用者様およびスタッフの地域への係わりを増やす。	めぐみの地域イベントへの参加、めぐみイベントへの地域の方の参加を増やす。	1年
2	49	日常的な外出の頻度が少ない。	日々の生活の中で、散歩などのちょっとした外出を増やす。	スタッフが同行し、近所への散歩を行う。	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。