

<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	平成25年7月22日
評価確定日	平成25年8月30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。

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34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25年7月8日	評価結果 市町村受理日	平成25年10月21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)】

重度の認知症の方であっても、その人らしく最後まで暮らしていく為に、ホームで出来る限りの事を行う。一瞬一瞬を大切に、笑顔で楽しく過ごせる努力を行っている。一瞬を大切に作る事によって、過去ではない今を生きている事に幸せを感じて頂けるように配慮する。

【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25年7月22日	評価機関 評価決定日	平成25年8月30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)】

①このホームは株式会社 ゆいの経営です。株式会社 ゆいは日吉を中心に居宅介護支援・訪問介護・訪問入浴・福祉用具貸与・住宅改修・介護タクシー、小規模多機能施設「のぞみ」を運営し、1昨年には、高田東に小規模多機能施設とグループホームの複合施設「めぐみ」を開所。そして、昨年、青葉区荏田に小規模多機能施設とグループホームの複合施設「ゆい青葉」と日吉本町に24時間対応の定期巡回サービス「ゆい港北」を開設し、25年に入り、同じく日吉本町にディサービスゆいを開設しました。国の介護方針を理解し、利用者及びそのご家族の要望に沿い、利用者個々に合った介護（グループホーム、小規模多機能、定期巡回サービス等）を幅広く選択出来る体制を整えています。複合施設「めぐみ」の付近は、横浜市営地下鉄グリーンラインが開通し、近くに高田駅が出来て非常に便利になり、新興住宅地としての開発が急ピッチで進んでいる地域です。管理者は長い介護の経験と日吉の「のぞみ」で培った小規模多機能のノウハウを生かし、当初より有機的にスムーズなグループホーム・小規模多機能施設運営を進めています。

②ゆいの理念の通り、「どんな状態になってもその人らしい暮らしがある」ことを常に念頭におき、ケアに努めています。スタッフに理念の具現化のためにレベルアップを図り、皆で話し合い、情報を共有し、ベクトルを合わせるよう、スタッフミーティングを活用して研鑽を図っています。1階には小規模多機能施設がありますが、同じ建物内の施設の有効活用を考えています。各々の持つ機能は生かしつつ相互に利用しあう工夫をそれぞれで初めています。例えば帰宅願望で不穏になったような場合には、ちょっと1階の小規模多機能施設に行ってみると不穏が解消する場合があります。その為には両方の職員がお互いの利用者を知り理解する必要があり、その「輪」を広げつつあります。

③港北区高田東の地域は小規模多機能施設やグループホームが少ない地域なので、社会的責任の一端を担う責任がある事を自覚し、地域の拠点となることを目指し、認知症の人に対する発信を心がけ、利用できる人であればどんな方でも受け入れる方針で応えています。地域との交流については、焦らず、運営推進会議のメンバーである町内会長、協力医（内科と歯科）、地域包括支援センター、民生委員、ご家族、それに利用者代表との連携を深めながら、地道に地域との関係を深めています。これには「のぞみ」「めぐみ」に「ゆい港北」を加え、「面」となり、地域密着に取り組んでいます。

【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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	身分証明書の裏面に理念を掲げている。入社時に理念について説明を行っている。その人らしく生きる事を考え、慣れ親しんだ地域での暮らしを継続出来るように、近隣の方々に入居して頂いている。	「その人らしく生きる」～その一瞬を大切に～、を理念とし、利用者個人個人の持つ「その人らしさとは何か」を常に模索し、実際のケアにつなげていくように心がけています。ゆいの理念については入職時に十分説明を行い、毎月1回は利用者毎にカンファレンスで理念に沿ったケアが出来ているかどうかを話し合い、自己評価しています。理念を記載した名札を常に携帯しています。	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	自治会へ加入している。回覧板など、廻しに行く時に同行している。	住宅街の中に位置していて、グループホームが自治会に加入し、小規模は一緒に地域の行事への参加や挨拶に心がけています。回覧板など、廻しに行く時には利用者も同行しています。この高田の地域は小規模多機能施設やグループホームが少ない地域なので社会的責任の一端を担う責任があることを自覚し、地域の拠点となることを目指し、認知症の人に対する発信を心がけ、利用できる人ならどんな方でも受け入れる方針で応えています。	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	開所時には、認知症の理解を深める為に講座を開いた。その他、民生委員のグループ・社会福祉協議会のボランティアグループなど、事業所の在り方や認知症の方の理解を深めて頂いた。		
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	2ヶ月に一度の運営推進会議にて、防災や利用状況の評価を頂いている。	運営推進会議は小規模多機能事業所との共催で2ヶ月に1回実施しています。メンバーは町内会長（高田、日吉）、民生委員、高田及び日吉の地域包括支援センター、港北区役所の担当者及び保健師、本人、ご家族、かかりつけ医等です。利用者の利用状況やめぐみで行っている様々な取り組みなどを報告し、各方面からアドバイスなどを頂き、サービスに反映しています。	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	区役所地区担当職員と入居待機者の現状把握を行い、どのようにサービスを展開していくか相談にのっている。まちかどケア推進協議会に出席し、横浜市との連携に努めている。	グループホーム連絡会地区分科会に参加し、役所からの情報を得たり、日頃から役所との連絡をこまめに取ることで連携を行っています。区役所地区担当職員と入居待機者の現状把握を行い、どのようにサービスを展開していくか相談にのったりしています。また、まちかどケア推進協議会に出席し、横浜市との連携にも努めています。地域包括支援センターとは、訪問介護、定期巡回の事業所がある関係から担当センターに限らず、各事業所の関係するセンターと密接な連携が出来ています。	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	虐待の研修に参加し、拘束をしないケアを理解している。 玄関の施錠はしていない。	虐待の研修やスタッフミーティング等で、身体拘束に対する正しい知識と理解を深めるようにしています。緊急やむを得ない場合の対応として、十分に検討する仕組みを作っています。日中に関しては玄関の施錠は行っておらず、外へ出たい希望があれば、スタッフが付き添い、散歩やドライブに出掛ける等の対応をしています。階段には引き戸が付いていて危険のないように留意し、また、特に鍵などは付いていません。1Fの「小規模多機能事業所めぐみ」との交流の機会ももっています。	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	虐待の研修に参加して、虐待につながる不適切なケアについて考える時間を作っている。		
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	今年度は研修に入っていない為、まだ職員には浸透していないが、生活保護受給者の方が二名いらっしゃるの、関連事項については話している。		
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	契約時は必ず家族又は本人と読み合わせを行い、十分に説明している。		
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	面会時に金銭出納帳にサインをお願いしている。同時に近況報告を行い、家族の意見を聞き取る。運営推進会議へ入居者・家族が参加されているので、会議中に出た意見を運営に反映させている。	来訪時に金銭出納帳に確認のサインをお願いすると同時に、近況報告などを行い、ご家族のご意見を聞いています。また、運営推進会議へ出席時のご家族から、会議中に出して頂いた意見を運営に反映させるようにしています。入居者は重度の方が多く、ご家族も同様、あまり希望は発信されない状況ですが、極力ご意見を伺う様に努めています。必要に応じ電話でもご意見を聞き、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	職員個人の面談にて、個人の意見を反映出来るように配慮している。	ミーティング、毎日朝、夕に行う打ち合わせでは十分に職員の意見を聞き、本社の会議にも持ち上げて反映し、運営に生かしています。その他日常においてもコミュニケーションをよく取るようにし、意見や改善案などを汲み取る様にしています。面接は正規職員は年1回、その他パートなどの職員は年毎の契約更改時に話を聞くようにしています。また、個々には随時、職員の様子を見て声をかけ、話が出るように配慮しています。	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	賞与に職員の努力や実績を評価している。個人的に面談を行う事により、やりがいを明確化していく。		
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	個別の面接にて把握する努力をし、研修においては計画的な社内研修及び、研修会の参加を確保している。		
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	横浜市の連絡協議会に参加している。社内の勉強会では他事業所の社員とも交流を持つ機会がある。		
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	利用前には、ご家族様へ会いに行き、利用に関しての説明をしに行く。また、本人の生活に対する希望なども一緒に聞いている。		

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
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	利用前には、ご家族様へ会いに行き、本人の希望と共に、家族の希望も聞き入れ、対応できるよう調整を取る。		
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	相談を受ける場合には、在宅生活の継続と施設入居についても、検討し幅広い選択肢の中から本人にあったサービスを検討する。		
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	常日頃から、ケアされるケアを念頭に仕事に入ってもらっています。何が出来て、どうすれば出来そうなのか、日々アセスメントの繰り返しで、本人の意欲に合わせてスタッフは接し方を判断している。		
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	家族も共に支援について考えて頂き、意欲を踏まえてプランに反映させている。		
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	入居者様全員が区内在住の方である。近所に住まれていた方も多い。 頻回に面会に来る事も出来ますし、併設している小規模多機能型居宅介護に親族が利用している事もあり。	入居者全員が区内在住の方であり、近所に住んでいた方も多い環境にあります。自由に面会に来訪頂き、併設している「小規模多機能型居宅介護めぐみ」を親族が利用している方も居て、ついでに訪問されるケースもあります。現在は重度の方が多いので地域とお付き合いが難しい状態にありますが、ここを自分の家として、ご近所の方とお付き合いし、その人らしく生きて頂ける体制を維持して行く方針です。	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	共同生活である為、気の合う人との関係性を上手にもっていく事と、他者へのフォローも必要である。		
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	亡くなられた方の家族が、遊びに来て他の入居者と以前のように過される事があります。家族的な感覚をいつまでも持って頂けるように来所時の対応も自然に努めています。グリーンケアの研修会を開き、亡くなられた方の御家族との関係も大切にしています。		
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。	センター方式のシートを数枚利用して、本人本位のケアを目指している。	必要に応じてセンター方式やひもときシートを活用したアセスメントを心がけています。計画作成担当者は日頃の会話などから、本人の希望を探る努力をしています。本人の気持ちが浮き彫りになった場合は、それをプランに反映できるように配慮しています。入居に際し、ご家族にA、Bのセンター方式のシートを書いて頂き、職員にもC-1-2を書いてもらいアセスメントに活用しています。日頃の会話については、経過記録の中に利用者、家族、地域について介護者が記入出来る欄を設け、少しでも感じた事柄等を書けるよう工夫しています。	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	利用時に聴き取り、プランに反映している。会話の中で得た情報に関しては、記録をして、生活や支援のヒントにしている。		
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	摂取量・排泄の確認を記録にて把握する事で、ご本人様への適切な支援を行っている。		

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	月1回の全体会議でスタッフの意見を取り入れている。 主治医とも月1回カンファレンスを行っている。社内のケアマネにも月1回問題提示できる機会がある。	サービス担当者会議は、ケアマネジャーが中心となり、できるだけ多くのスタッフが参加し、必要な場合は家族や主治医に参加してもらうことでより多くの意見を出してもらうように努力しています。この特徴は、往診の医師とのカンファレンスがあることであり、往診の利用者毎に資料を作成して対応してもらっており、介護方針に有効で現状に即したものになっています。常に「その人らしく生きる」為の支援である事を忘れないよう心掛けています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	経過記録と日誌、排泄・睡眠・水分摂取の表より、本人の状態をくみとっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ターミナル期を迎える方、奥様が小規模を利用しているので、利用時には二人の時間を作っている方など。		
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	高田地域ケアプラザでの催し物への参加など、可能な限り参加している。		
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	往診医は現在の所、全員同じであるが、その他の疾患に関しては希望の医療機関を受けている。	往診には「のぞみ」と同じ日横クリニックが2週間に1回往診の往診があり（小規模を含めると毎週来ている）、歯科も近くの高田歯科が週1回往診来ています。日横クリニックとの定期的なカンファレンスを実施しており非常に有効です。その他の疾患に関しては、希望の医療機関を通院で受診しています。リハビリや通所を行っている高田中央病院や井田病院との連携もあり、必要な方は有効活用しています。	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
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	往診時に同行し、通常の状況について報告する。		
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。	入退院時のカンファレンスに参加、自宅での過ごし方について積極的に検討している。		
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	家族とホームでの生活について、緊急やむおえない場合の対応。最期にどのように対応すべきかを検討しあう。 意志の変更は自由である為、最期まで、意志の確認を行い家族の思いと本人の意向にそった支援を行う。同時に医療と連携を図る。	早い段階から本人、家族の希望を聞き取り、めぐみで出来ること、出来ないことの説明を行い、納得してもらった上での対応をしています。入所時には同意書を書いて頂いていますが、意志の変更は自由である為、最期まで、意志の確認を行い、ご家族の思いと本人の意向にそった支援を行っています。終末期については家族と再度同意書を取り交わし、共通した認識のもとで対応を行っています。ターミナルには、ご家族の希望、意思、ドクターの協力それに職員の理解と協力が必要で、その全てが揃ってはじめて行うことが出来ると考えています。	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	年1回の頻度で実習を行っている。		
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	初回は消防立ち会いで行った。2回目以降は近隣の方々へ協力を依頼していく予定。	防災訓練は年2回、夜間想定を中心としながら実施しています。初回は消防署の立会にて行ないました。消防署の仲介により自治会との防災の協定を締結し、「めぐみ」「町内会」「消防署」共に連携をとり、災害時の協力体制を築いています。備蓄では機材を中心に、ボンベ式ガスコンロ、ヘルメット、ランタン等、食料や水はホームの分は備蓄しています。	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	年配者である事を忘れずに、声かけに注意している。特に排泄の声かけ、介助に入る場合は注意している。個人情報保護については研修を行っている。	ミーティングにおいて、「よいかかわり」とは何かを話し合い実践しています。認知症であっても人生の先輩である事を忘れずに、声掛けに注意するようにしています。特に排泄の声掛け、介助に入る場合には注意しています。個人情報の保護についての研修も行っています。	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	本人の意欲を引き出す努力をして、自己決定の出来るように、選択肢を少なくするなど工夫している。 買物に関しては、可能な限り本人同行で行う。		
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	入浴時間、居間で過ごす時間、飲酒、おやつなど、本人の意向にそって行うように心がけている。		
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	理容・美容は、それぞれ希望の近くのお店に行っている。 その人らしい服装をこころがけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	職員も同じ食事を同じ時間に食べている。配膳や片付けも可能な限り手伝って頂いている。	レシピ付きのカロリー計算された食材を活用しています。（行事食の選択も可）職員も同じ食事を同じ時間に食べています。食事の際、会話を楽しめるよう、ゆっくりとした時間を持つことを心がけています。配膳や片付けも可能な限り手伝って頂いています。外食は重度化が進み、往ける人が少ないので、現状、個人対応で行っています。レトルト食品のやわらか食、減塩食、低蛋白食は外注し、冷凍して在庫し、湯煎してミキサー食に変えて提供しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	状態に応じて水分摂取量や、摂取状況を確認している。		
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、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、口腔ケアを行っている。自分で出来るように工夫している。		
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	排泄パターンを把握して、なるべくトイレにて自尿できるように声かけ誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握して、なるべくトイレで自尿できるように声かけ誘導を行っています。生活保護の方で支給のパット等では足りない方が発生したのをきっかけに、トイレに行きたい事を教えてくれたら褒めて、歩行訓練をポイント制で奨励し、トイレでの自尿率が高まりました。結果、その生活保護の方も支給の範囲内で足りるよう改善が出来た事例があり、その後も継続して努力しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便の確認を行い、水分摂取の強化、ゼリーや容器の変更にて摂取量を増やしてもらうなど、行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	いつでも入浴できるようにスタッフを配置しています。 朝や就寝前に入られる方もいらっしゃいます。	入浴は、その人に合わせた入浴を心がけ、朝や就寝前に入浴される方もあり、夜の8時まではいつでも入浴できるように、常にスタッフを配置するよう心がけて支援しています。また、一人ひとりゆっくりと入ることができるような時間配分に配慮しています。	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	休息を大事にして、身体や年齢に応じてそれぞれ休まれています。		
47		○服薬支援 一人ひとり使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個人のファイルにて服薬状況を把握しています。主治医と共に服薬については調整できるように情報を提供しております。		
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	生活における日常的な手伝いの支援と共に、買物など外出を積極的に行い、外に出れる環境作りを行っている。		
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	希望されている場所に関しては、外出を支援している。それぞれの身体機能に合わせて、支援している。	本人の希望を聞き取り、それぞれの身体機能に合わせて、臨機応変に対応しています。希望されている場所に関しては出来るだけ外出出来るよう支援しています。お散歩は表通りはなるべく避け、裏の公園などに行っています。毎日必ず出かける方には職員が付き添い、ホーム中で話しがもつれたケースなどにも気分転換を図るよう外に行く等の配慮もしています。（小規模に合流するケースもあります）外食も現状では重度化が進んでいて、個人対応で行っています。	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	金銭の管理が出来ない方に関しては、本人の財布の他に、金銭出納帳にて管理した現金を用意している。日常の買物に関しては、個人の財布にて行えるようにしている。		

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	電話や手紙については支援している。 携帯電話を使用されている方には、使用方法を手伝う場合もある。		
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	季節の飾りつけに気をつけて、四季を感じて頂いている。	常に清潔に心がけています。ソファや、テーブルの配置など、ゆったり寛げるように工夫しています。飾り付けはレク係が中心となり、皆が参加して、利用者と一緒に作成して飾っています。8月に3周年記念のイベントを企画中であり、その作品を制作中とのことでした。家具の配置は必要に応じ変化させ、使いやすい配置を工夫し、快適に過ごせるよう配慮しています。	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	廊下に休める空間を作り、個別に過せる工夫をしている。		
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	母親の写真、使っていた家具、ベッド、人形など、馴染みの物を持込して頂いている。	居室には、馴染みのある家具や、ベッド、人形、母親の写真、馴染みの物等を持込んで頂いています。自室のインテリアは本人及びご家族の自由になっており、本人が安心して居心地良く過ごせるよう、居室の工夫がされています。	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	表示の工夫など、本人の理解できる環境作りを行っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームめぐみ

作成日

平成25年10月21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	23	本人の思いや暮らしの希望を汲み取る事が出来ているかどうか	その人らしく生きるには、どうするか、本人の意向を探る	センター方式のシートになるべく多くの情報を記入して、本人を浮き彫りにする	6ヶ月
2	25	一日の過ごし方について、これで良いのかどうか	現在の過ごし方が、本当に本人の姿であるかを探る	センター方式より得た情報を元に、本人と共に生活を見直す	6ヶ月
3	18	「してあげる」立場になっていないか	暮らしを共にする者同士の関係を築く	ケアされるケアを念頭に仕事を行う。出来る事出来ない事を把握して、待つ事を考える	6ヶ月
4	26	話し合いの機会を多く持つ事	チームで統一したケアを目指す	定期的なカンファレンスの開催と記録での情報の共有を強化する	6ヶ月
5	13	災害対策を万全にすること	災害対策と地域の協力体制の強化	地域の避難訓練に参加する。定期的な避難訓練を消防署と共に行う	1年間

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。