

<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	10
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	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	令和8年3月10日
評価確定日	令和8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23項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

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

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

令和7年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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	令和8年3月2日	評価結果 市町村受理日	令和8年4月7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)】

弊社の企業理念にも掲げている「その人らしく生きる」を第一主義とし、ご利用者様一人一人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歴、その人ならではの姿を多面的に理解し支援するように心掛けています。
また今年度は、【笑顔は心を繋げるツール！】を事業所目標に掲げ、日々取り組んでいます。

【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8年3月10日	評価機関 評価決定日	令和8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)】

●グループホームのぞみは株式会社ゆいの経営です。同法人は横浜市港北区に本社を構え、港北区と青葉区で高齢者介護と障がい児・障がい者支援事業を展開しています。高齢者介護事業では、在宅サービスから入所サービスを手がけており、様々なニーズに合わせたサービスを提供しています。また、法人の特色として、展開している全てのグループホームで小規模多機能型居宅介護(看護小規模多機能)が併設されていることから、大きく環境を変えることなくサービスを移行できることができ、情報共有や連携が密に取れることも強みになっています。立地はグリーンライン「高田駅」から徒歩15分程、もしくは新城駅行きのバスで「高田小学校入口」停留所下車して徒歩2分程の住宅街の一角にあります。

●今年度の事業所目標に掲げている「笑顔は心を繋げるツール」は、法人の行動指針である「常に笑顔でいる」を踏まえて設定されたものであり、併設している小規模多機能型居宅介護と合同で夏祭り、運動会、クリスマス会、七夕等の行事を開催したり、利用者の誕生日に合わせて食レク(おでん、ピザ)を行っており、利用者も職員も一緒に笑顔で楽しく過ごせる時間を多く持てるようにしています。また、毎月移動パン屋に来ていただいており、利用者の方をお連れして好きなパンを選んで購入していただき、おやつや翌日の朝食として召し上がっていただいています。

●事業所では、月1回のケアアセスメントに加え、日横カンファレス(ドクターとのカンファレス)、訪問看護師による週1回のアセスメントが開催されています。介護職員、主治医、看護師との情報共有を密にし、常時連携できる体制を整えることで、利用者と家族が介護と医療どちらも安心していただけるようサービス提供が行われています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム 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している。 (参考項目：30, 31)	✓	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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～その一瞬を大切に玄関や入口、事務机に掲示し、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、利用者様の一瞬一瞬に生きる喜びを感じられるように心掛けています。	法人の介護理念「その人らしく生きる～その一瞬を大切に～」に準じて毎年事業所目標を立てており、今年は「笑顔は心を繋げるツール」を目標に掲げています。入職時には法人の介護理念や行動指針、事業所の介護目標等について説明し、職員に周知しています。	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、町内行事にも参加しております。今年は町内会の班長を務めました。またこども110番の家に登録しています。町内会の公園清掃やケアプラザの歌の会に参加をするほか、施設の運営推進会議に地域の方をお呼びしています。	町内会に加入しており、地域の情報は回覧板やチラシで入手しています。こども110番の家として登録しており、緊急時の避難所として地域の方からも認知されています。町内会の公園清掃や防犯パトロールhwの参加、高田地域ケアプラザの行事に参加しながら、地域の方との交流を図っています。	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	11月の運営推進会議の際に民生委員の方をお呼びし施設内をみていただくとともに施設に関する質問や意見等を聞く機会を設けました。その中でグループホームや認知症についてのお話をしています。	/	/	
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	対面とオンラインにて2ヶ月に一度開催しており、意見交換の時間を設けています。ミーティングや会議の動画を視聴していただき職員間で共有し改善に努めています。会議でいただいた意見は運営に反映するよう努めています。	町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、協力医、看護師、薬剤師、家族に参加いただき、対面とオンラインを交えながら開催しています。事業所の現状や活動状況、医療、地域の情報など多岐に亘る内容が話し合われています。会議の議事録はファイルに綴じ、自由に閲覧できるようにしています。	今後の継続	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組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	本社担当職員と統括管理者が主となり区役所の地区担当員と入居情報など情報交換をしています。グループホーム連絡会ともメールにて情報交換するようにしています。	本社の担当職員が主だって行政との連携を図っています。事業所では生活保護受給者の受入れを行っており、港北区の生活支援課とは必要に応じて連絡を取り合いながら対応しています。グループホーム連絡会にも加入していますが、現状は参加できていません。	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	社内の身体拘束防止委員会にて3か月に1回話し合いを実施し、話し合った内容を議事録で事業所内でも共有しています。	法人内の各事業所のリーダーをメンバーとして、3ヶ月に1回身体拘束適正化のための委員会を開催しています。委員会では、身体拘束の有無や事例検討を交えた話し合いが行われ、議事録で職員に内容の共有を図っています。年2回の研修はe-ランニング形式で行っており、受講後はレポートの提出を義務付けています。また、年1回実施している自己点検シート結果を集計し、リーダー会議で発表しています。	今後の継続
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	年に1回高齢者虐待一斉点検シートを全職員に実施し、課題や改善点を事業所内で話し合っています。また、毎月1日を「丁寧な言葉遣いをする日」とし、社内全体で虐待防止に取り組んでおります。虐待を発見したときの連絡先を施設内に掲示しています。玄関の施錠についてはご家族様に説明しています。	法人内の各事業所のリーダーをメンバーとして、3ヶ月に1回人権擁護・虐待防止委員会を開催しています。委員会では、虐待等の有無や事例検討を交えた話し合いを行い、議事録で職員に内容の共有を図っています。年2回の研修はe-ランニング形式で行っており、受講後はレポートの提出を義務付けています。また、年1回実施している自己点検シート結果を集計し、リーダー会議で発表しています。	今後の継続
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	e-ランニングのジョブメドレーアカデミーにて権利擁護に関する研修を受講しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時にご利用者様・ご家族様と一緒に面談を行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掛けています。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様の近況報告をショートメッセージや電話、ご面会時に写真をみていただきお話させていただいております。ご家族様と管理者は常に連絡を取り合えるようにしています。また、契約時に苦情相談窓口について説明をしています。	契約時に重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について説明しています。家族からの意見や要望は、面会に来られた際やSMS、メール、電話など家族の希望するツールにて連絡した際に、近況方向と併せて何うようにしています。	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
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者やリーダーがスタッフとの会話を心掛け意見を提案しやすいようにしております。ミーティングではスタッフの意見を聞き業務改善につとめています。	1階の小規模多機能型居宅介護の管理者と兼務していることから、必ず各フロアを巡回して職員から意見や提案を聴取しています。緊急を要する場合には、その場で反映させることもありますが、基本的には月1回開催しているミーティングでの意見交換を経て改善につなげています。情報共有は口頭申し送りとLINEWORKSを活用しています。	今後の継続
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	人事考課の面談を年2回行うほか、適宜個人面談を実施しています。また健康面把握のためストレスチェックのアンケート調査、健康診断結果も確認しています。	年2回の人事考課では、職員の自己評価(目標設定シート)を基に管理者と面談を行いながら、勤務姿勢、努力、実績、勤務状況等の評価を行い本部に提出しています。休憩場所として、少し離れた場所に法人でマンションの1部屋を借りていますが、あまり活用はしていません。年1回は法人の産業医によるストレスチェックも行われています。	今後の継続
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内でジョブメドレーアカデミー(イーランニング研修)を階級別で全職員が受講しています。また介護技術向上のためリーダー主体で技術点検をし正しい介助方法のアドバイスをしています。必要に応じて外部の研修にも参加していただいています。	入職時は業務マニュアルを配布するとともに、介護経験の有無問わずOJTの期間を設け実務や利用者の情報等について伝えています。毎月の研修はeランニング形式で行われ、受講後にはレポート提出を義務付けています。マニュアル類の見直しは、リーダーを中心に年1回行われています。	今後の継続
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	市進教育グループ内で管理者研修を定期的に行っており研修や意見交換の場を設けています。GH連絡会のブロック会にも参加するようにしています。		
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	法人内の他のサービス利用の方が入所されることが多いため事前に細かい情報を知る事ができ、環境面、介助方法に反映することができています。また入居初期は特にコミュニケーションを大切にし、知りえた情報は職員間で共有しています。本人の生活歴や趣味・嗜好を大切にするように支援しております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご家族様が話しやすい環境作りを心掛けております。ご利用者様ご家族様の意見に耳を傾けて寄り添う関係作りに努めています。また電話やショートメールなどご家族様の連絡が取りやすい連絡方法をとっています。ご家族様からご自宅での生活の様子を聞き取り、なるべく近い環境になるよう努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご利用者様とご家族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	ご自身で出来る事は本人のペースで行なっていたりよう支援しています。またご利用者様と職員は生活を共にする者同士だという事を意識し、時には人生の先輩としてご利用者様に相談に乗っていただいたりしています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様と協力して利用者様の生活を支えていけるように努めています。日頃の状況を電話やメールで報告し、情報共有に努めています。施設内だけで完結するのではなく、家族にも相談して協力していただいています。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会制限が緩和されたため交流再開しています。ご家族様に協力していただき施設外でお食事に出かけたりしていただくこともあります。居室内の環境は慣れ親しんだものをお持ちいただき安心できる環境作りを意識しています。	現在は面会制限も緩和されていますが、手指消毒と検温は継続してお願いしています。併設している小規模多機能型居宅介護を利用されていた方が入居されるケースもあり、馴染みの環境、利用者、職員との関係性も継続しやすいため、これまで通り馴染みの関係性を継続できています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者様の性格、気持ちなどを理解し職員が利用者様同士の間に入ることで良好な関係が築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	ご家族様とのコミュニケーションに努めています。ご利用終了した方ともメールや年賀状などで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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	ご家族様からの情報やご利用者様とも会話や仕草状況などから希望に沿った介護計画を作成し、意向の把握に努めています。	入居インテイクで本人、家族、介護支援専門員、病院関係者等から過去の生活歴、既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望等を伺いながらアセスメントシートを作成し、職員へも共有しています。併設している小規模多機能型居宅介護から入居されるケースもあり、利用者や家族との付き合いも長く、細かく情報共有もされています。	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	今までの生活をアセスメントし意向や希望の把握に努めています。ご入居様とご家族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	一人一人の様子を記録観察し職員同士で申し送りなどを通して現状を把握し援助を行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ミーティングの際にケアカンファレンスを行い意見を出し合い介護計画をたてています。またご本人様やご家族様の要望・関係機関の助言を聞いて残された能力に見合った介護計画をたてています。	初回の介護計画はアセスメントシート of 情報を基に作成しています。概ね1~3ヶ月で1度見直しを行い、必要な箇所を変更しながら現状に即した介護計画を作成しています。月1回のケアカンファレンスで利用者の状態や気づきを共有しながら、全員が同じケアをできるようにチームケアにつなげています。モニタリングは介護計画見直し月の前月のケアカンファレンスで行っています。	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	カナミックの記録申し送りやラインワークスにて日々の情報を共有し実践しています。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご入居者様の希望をお聞きし多職種と連携しできる限り柔軟な支援を心掛けている			
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	町内会の回覧板を活用し地域の活動にも参加しております。			
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	月に2回、内科往診と歯科往診を受けております。その他の受診もご家族様や往診医と相談して実施しています。	入居時に協力医療機関の日横クリニックに切り替えていただき、全員が月2回の往診を受けています。歯科は2箇所から選択していただき、現在は全員が口腔ケアや必要な処置を受けています。看護師は併設している小規模に週5日勤務しており、いつでも相談できる体制になっています。日横カンファレンス(ドクターとのカンファレンス)、訪問看護師による週1回のアセスメントにより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	週に1度健康チェックで看護師に診ていただいています。体調の異変や気になることがあれば看護職員に相談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。	入院時に医療機関と連絡を取り合っています。退院後に早く元の生活に戻れるように病院関係者やご家族様と情報を共有しています。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時にご本人様とご家族様に重度化した時や終末期にどのようにするかをお聞きし、所定の書類に記入していただいています。また必要に応じて再度意向の確認させていただいています。終末期にはご家族様、主治医、看護師、施設職員が集まり意向の確認と共有を行っています。	契約時に重度化や終末期の指針について説明し、同意書を取交わしています。重度化が認められた際には、主治医の往診時に家族の立ち合いをお願いして、直接主治医から状態を伝えてもらい、今後の方針を決めていただくようになっています。事業所での看取りを希望された場合には、主治医と事業所各々から同意書を取交わした後に終末期ケアに移行しています。今後は、看取りを行った後にデスクカンファレンスを開催することを検討しています。	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	ご入居様の急変時や事故発生時のマニュアル作成し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。また緊急時の連絡先を事業所内の目に見える場所に掲示しています。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	地域の消防署員立ち合いのもと避難訓練を行い指導していただいています。当日不参加の職員にはミーティングで共有しています。非常用の物品に関しては年に1回期限の確認等を行っています。	年2回、昼夜想定による火災・地震発生の避難訓練を利用者も参加して併設している小規模多機能型居宅介護と合同で実施しています。年1回は消防署に立ち合いを依頼して、水消火器を使用しての消火、避難誘導、通報訓練を行っています。法人で毎月1回防災デーと称した各事業所との無線機テストも行っています。備蓄品は水、食糧、衛生用品、無線機等を用意しています。BCPの訓練も年2回行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの個性・性格に合わせた対応、声かけを行っています。月に一度言葉遣点検の日を設けて不適切な発言等がないか振り返りをしています。ミーティング等で入居者に関しての話し合いをする時はイニシャルを使用しています。	法人で毎月1日は「丁寧な言葉遣いの日」を設けるなど、利用者の尊厳や自尊心を傷つけないよう意識づけを行っています。また、法人の行動指針でも「利用者も職員もお互いに支え合う関係を大切にする」などが掲げられており、敬意と敬意を持った対応で接しています。		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	日々のコミュニケーションの中で思いなどを聞き取れるよう心掛けております。日常生活の中で利用者様が自分で選択できるように支援を行っています。			
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	ご利用者様の様子を観察しご本人様の意思をお聞きし一人ひとりのペースにあわせるよう努めています。掃除など日々の日課を取り入れている入居者様もいます。			
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。入浴後の着替えをご自身やスタッフと一緒に選んでいただいています。			
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	行事や季節にあった食事や、旬のものを召し上がっていただく機会を設けております。調理の手伝いや食器洗い、テーブル拭きなど個々の能力にあったお手伝いをいただいております。	業者から発注し、調理や準備は職員が行っていますが、可能な範囲で食前・食後の手伝いをお願いして残存能力の維持につなげています。パン好きの方が多く、朝はパン食で昼・夕食はご飯ものを提供しています。完食していただけるよう、個々の嚥下に合わせた形態で食事提供を行っています。行事食や季節食の提供や、近所の飲食店にお連れすることもあります。		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・水分量を記録し把握出来るようにしています。ご利用者様の食事の状況や形態について職員で話し合い共有しています。また必要な方には訪問歯科にて嚥下機能の検査の依頼を行い、実施しています。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎月2回の歯科往診時に口腔衛生の指導を行っていただいています。また口腔ケア時の注意点など記録に残し申し送りにて職員全員が把握しています。			
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄に記録に残し個々のタイミングで排泄の声かけを行っております。ご自身の無理のない範囲でトイレ誘導し安全に排泄を行っていただけるよう2人介助にておこなうなど支援方法を変えています。	排泄状況を記録に残し、全員の排泄パターンの把握に努めています。手引き歩行であってもトイレに努める方はトイレで排泄していただくことを基本とし、定時やタイミングを見計らって声かけしています。夜間は定時巡回時にトイレにお連れしています。		今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日体操を行ったり、水分を取っていただけるように個々の好きなものを把握し提供しています。排泄状況を確認し看護師や往診医に相談しています。			
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴前の体調や要望に気を付けており、必要に応じ時間をずらす、中止する、別日に変更するなど柔軟に対応をしています。また、同性介助を希望される方は同性介助にて対応しています。	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。入浴前にはバイタルと本人の意向を確認し、無理強いすることなく柔軟な対応を心がけています。季節感を感じていただけるようゆず湯や菖蒲湯も取入れています。入浴後には保湿クリームの塗布や水分を摂取していただくようにして、肌乾燥と脱水対策を講じています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	利用者様の体調や生活リズムにあわせて休息していただいています。室温や照明、寝具などの調整をしています。ダイルームだけでなくソファや居室などお好きな場所で過ごしていただいています。		
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	薬のセット時と服薬前にダブルチェックをしております。また空袋のチェックも行い、飲み忘れを防いでいます。薬の変更があった場合はラインワークス上の往診ノートにて共有しています。		
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	食事の準備を一緒にしたり、レクリエーションにて歌や体操などをされたり、毎月の壁紙作りも皆様に参加していただいています。ご入居者様それぞれの得意なことや好きなことを提供できるよう心がけています。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	お天気のいい日はお散歩をしたり、近隣のコンビニまで買い物に行っています。毎週土曜日にガイドヘルパーと外出している入居者の方もいらっしゃいます。	天気や気候の良い日には隣の公園まで散歩や、コンビニまでお連れして嗜好品等を購入できるように支援しています。また、車椅子の方でもマンツーマンでの対応で外気に触れていただくようにしています。雪が降った翌日には玄関先で、利用者と一緒に雪だるまを作って冬を感じていただきました。また、小規模多機能型居宅介護の車でドライブや初詣などにも出かけています。	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	金庫にて数名の職員が担当しています。日用品やおやつの買い出しを一緒に行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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支援しています。ご家族様から電話があった際は取り次いでお話しできる環境を作っています。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	毎日の清掃と共用部分の整理整頓を行っています。フロアや廊下には季節の壁紙を飾っております	内装は天井が高く、天窓も設けられており、陽の光がふんだんに入る室内は明るさが十分に確保されています。また、木材が多く使用されており、温もりとロジのような雰囲気が感じられる造りになっています。壁には季節の作品や行事の写真が飾られ、会話の話題にもなっています。	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	廊下に休めるようにソファを設け会話しやすいように配置しています		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室が過ごしやすくなるようにご自宅から馴染みのあるものをお持ちいただいております。また居室の環境整備の担当者を決めています。	備え付けとして、エアコン、棚、カーテンが用意されています。入居時には寝具類、家具、調度品などを持ち込んでいただくことで、馴染みの物に囲まれながら安心して過ごせる環境づくりがされています。写真、テレビ、ラジオ、椅子、ぬいぐるみを持ち込まれている方もいます。	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	居室の入口に名前を付けて自室だとわかるようにしています。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。毎月1日に「福祉用具点検の日」を設置し、不具合等がないかを確認しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム めぐみ

作成日 令和8年3月10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	15	看取りケアに関する知識の向上、また知識不足から職員より看取りに対する不安の声がきかれる。ACPの実施ができていない現状である。	ACPとデスカンファレンスを実施し、看取りに対する理解を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期には関係者で週1回のカンファレンスを行い、本人・ご家族の意向を確認する。 ・看取り後には故人について語り合う時間を設け、職員の思いを聞く。 	1年
2		災害時の地域との協力体制の確保が不十分。	近隣住民との関係を深め、有事にはお互い協力できる体制を整える。	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の避難訓練の際は地域住民に参加の声かけを実施する。 ・地域の避難訓練などに参加し地域の方との関係性を深める。 	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。