

自己評価及び外部評価結果

地域密着型サービスの自己評価及び外部評価項目

タイトル	項目数	
	自己	外部
I. 理念に基づく運営	14	7
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	8	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	13	5
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	20	7
V. サービスの成果に関する項目	13	—
合計	68	20

[事業所記入]

事業所名	グループホーム 南部山さきおりの家
(ユニット名)	ずこやかユニット
所在地 (県・市町村名)	青森県八戸市
記入者職名・氏名	ユニットリーダー 田名部 純子
記入日	令和 3年 9月 25 日

[調査員記入]

訪問調査日	令和 3年 10月 22日
調査実施の時間	開始 9 時 50 分 ~ 終了 12 時 45 分
訪問先事業所名 (都道府県)	グループホーム南部山さきおりの家 (青森県)
評価調査員の氏名	氏 名 <u>主任調査員 天間 龍博</u>
	氏 名 <u>調査員 杉山二美子</u>
事業所側対応者	職 名 <u>管理者</u>
	氏 名 <u>四戸 正幸</u> ヒアリングを行った職員数 (2) 人

○項目番号について

自己評価は55項目、外部評価は20項目です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する通し番号です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価に該当する通し番号です。

○記入方法

[事業所が特に力をいれている点・アピールしたい点]

事業所が記入します。
日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

[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(調査員)が記入します。
訪問調査を通して気づいた、事業所の優れている点・工夫している点等を記入します。

[実践状況]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。

[次のステップに向けて期待したい内容]

今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みが期待される内容について記入します。

1 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	0290300391		
法人名	有限会社 サンライズ		
事業所名	グループホーム 南部山さきおりの家		
所在地	〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字平5-2		
自己評価作成日	令和3年9月25日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和3年10月22日		

【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)】

・日々の支援で迷うことがあれば、理念に立ち返り、立ち止まり、より正しいと思える支援を選択している。
 ・入居者一人一人のできることを見出し、日常生活に役割をもって生活ができるように支援している。
 ・毎月の行事活動に取り組み、一つでも多くの笑顔や笑い声を増やすことができるように努めている。
 ・委員会活動を通して、その委員会でしか学べないこと大切に職員が成長しながらケアに活かしている。
 ・「まごわやさしい」を意識しながら食事提供をしている。

【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)】

自然に囲まれた環境で、四季が感じられる場所に立地されている。入居者が安心して過ごせる事や職員が働きやすい環境を委員会活動やコミュニケーションを多くとるようにすることで、ケアの向上を図っている。一緒に食事の支度や片付け等、入居者のできる事をサポートしながら支援を行っている。また、コロナ禍においても感染予防に気をつけながら、回数は減ってるが、散歩や買い物の外出を行ったり、今までと変わらない生活が継続できるように支援を行っている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (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
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	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:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	66	職員は、活き活きと働けている (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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	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ふ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	事業所の理念はリビングや廊下、職員の更衣室など複数の場所に掲示し、いつでも目に入るようにして意識付けをし、管理者、職員は共有と実践に努めている。	理念は事業所玄関、廊下等への掲示や、日々の記録用紙にも書き込み、常に意識をして支援を行えるような工夫をしており、職員も意識をして実践につなげている。	
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	地域柄、民家や商店街と離れた場所い立地しており、常日頃の交流は少ないが、施設に面している所から200mの側溝清掃・行事(納涼祭等)の呼びかけ行い、交流に努めている。	周囲には民家はないが、近隣の事業所と側溝掃除で協力したり、自治会長が運営推進会議のメンバーになっている。また、ウォークラリーが行われる時は、事業所前の道路がルートになっており、入居者と共に応援している。	
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	認知症サポーターのキャラバンメイトとしての活動やオレンジカフェの活動を通じて、認知症の啓発、普及活動に取り組んでいる。現在はコロナ禍により休止や書面等での発信にのみなっている。		
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	運営推進会議では、事業所内のサービス状況の報告をして、意見や要望をいただき、より良いサービスにつなげている。現在はコロナ禍により休止や書面等での発信にのみなっている。	現在は、コロナ禍により書面でのやりとりであるが、発信した案件に対して、運営推進委員から、返信をいただき、その内容も記録に残し、サービスの向上に活かしている。	
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り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	介護保険課、地域包括支援センター、生活福祉課、高齢者支援センターと連携を図りながら、必要に応じて、報告や相談を行うように取り組んでいる。	日常的なやりとりは、メールや電話であるが、相談等がある場合は、直接、窓口に行ったりして、連携をとり、運営推進会議のメンバーでもあるので、活動報告等もできている。	
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	身体拘束適正化委員会を3か月に1度開催し、身体拘束のみならず、スピーチロック、ドラッグロック、不適切な声かけがないか等々を職員へ周知し、拘束がないケアに取り組んでいる。	身体拘束適正化委員会を全体会議時に実施したり、年間計画で研修会も計画されており、実施がされている。玄関は施錠しておらず、センサーを設置して、入居者の安全を確保している。	
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	虐待の前の不適切ケアの分析に力を入れ、虐待が起きないように、内部、外部の研修会において学びを深め、あらゆる場面において虐待がないよう理解と防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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に支援している	入居者の中に成年後見制度を活用している方もあり、関わる機会、学ぶ機会も多い。今後も必要に応じて活用できるように支援したい。		
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	入居の契約は、懇切丁寧を心がけ、一つ一つ疑問がないか時間を使い確認しながら行っている。		
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	入居者及び家族とのコミュニケーションは常日頃から重要視しながら、意見、要望の吸い上げに取り組んでいる。意見、要望は迅速に反映させ、サービス向上に活かしている。	コロナ禍のために面会制限をしているので、面会時に意見を聞くことはできないが、着替えや差し入れ等、用事があって来所した時には、できるだけ、家族から意見等を聞くようにして、反映させている。	
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	管理者は、職員からの運営に関する意見を吸い上げる機会を通して管理者と職員は日頃からコミュニケーションを図り、気づきや感じていることは、何でも話し合える環境にある。また、吸い上げた意見は取り入れ反映させている。	年2回の面談や、月1回の全体会議、委員会活動、日常においても、管理者と職員間で多くコミュニケーションをとるように意識しており、職員から出た意見や要望はスピード感をもって対応している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	代表者は、処遇改善加算のキャリアパス整備や職場改善に積極的に取り組み、加算の算定支援に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	代表者は、人材育成に力を入れており個々のレベルに応じて市内、県内、県外の研修参加を促進している。また、内部研修やOJTによって日々の学びを図っている。		
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作り、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り組みをしている	コロナ禍による自粛はあるが、代表者は八戸地区認知症グループホーム協議会を通じて同業者との交流会を促進している。協議会においては、定期的な研修会の開催の場でもあり有意義な機会となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事前の面談では本人の視点を大切にしながら、受容と傾聴を意識してコミュニケーションを図り、不安や混乱が無く入居に繋がるように努めている。		
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	事前の面談では家族の視点を大切にしながら、不安を出来るだけ軽減するよう受容と傾聴を意識してコミュニケーションを図り、安心感が生まれるような関わりに努めている。		
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	利用を開始する段階では、グループホームが適切であるか、認知症ケアのサービスで良いのかと言った視点を大切にしている。他のサービス提供が必要な視点も含め検討する様にしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	「してあげる介護」から「活躍できる場を引き出す介護」を大切に、本人の出来る能力を大切にしている。生活に役割や張り合いを感じてもらえる提供に取り組んでいる。		
19		○本人と共に支えあう家族との関係 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	家族には協働の視点を持ち、家族としての役割を認識していただき、職員が媒介役として本人と家族の関係が継続されるように取り組んでいる。		
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	これまでの生活歴を本人や家族から聞き取り、本人の歩まれてきた人生経験や言動を大切に、一人一人の関係継続や外出等、思いを実現できるよう支援に努めている。	個別に買い物に行ったり、自宅に連れて行く家族への支援等、人や場の関係継続の支援をコロナ禍で頻度は減っているが、できる範囲で継続している。	
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	入居者の個性を尊重しつつ、迷惑行為に繋がりがちな関係性でも、職員が介入することで、共同生活に場所で生活が可能になるように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	契約が終了しても、関係性のつながりは意識している。一度契約が終了しても、再び家族からの問い合わせや入居の申し込みもあり、契約に至ったケースもある。		
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	個々の思いや考えや表情を引き出すように、日常のコミュニケーションは図っている。困難な場合は家族の意向を踏まえ、本人の気持ちにできるだけ近いものになるように検討している。	入居前に本人のそれまで暮らしていた場所に行き、確認をしている。日々の支援の中でも、入居者の希望等を会話や表情からくみ取る様に努めている。	
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	個々の生活歴、生活の流れ、生活環境等々、日常の中からさりげなく聞き出したり、家族から状況を聞き取りし、これまでの暮らし方の把握に努めている。		
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	個々の身体状況や精神状況を観察しながら、個々が持つ有する能力を見極め、生活リズムを整えながら生活できるように把握に努めている。		
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	日常のケアに加え月1回のカンファレンス、家族面会時での話し合いや電話での報告や聞き取り、毎月のモニタリング等個々の状態変化に応じた計画作成に努めている。	居室担当者と介護支援専門員が協力をして介護計画を作成し、モニタリングも実施している。居室担当は定期的に変更して、全入居者を把握できる様に工夫している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録には、職員のケアやその時の反応や言葉を記録するようにし、笑顔になった事や、不快であったことなど職員間で共有し、ケアや介護計画に活用している。		
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	本人や家族の希望や要求に傾聴し、個々の外出やユニットでの外出を可能な限り取り組んでいる。場合によっては、家族にも協力してもらい、希望を叶えるように努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の希望や思い、能力を見極めながら、以前働いていた仕事に近い環境へ出向き、有する能力を発揮出来る場を設ける等して、豊かな暮らしに近づくように努力している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	事業所のかかりつけ医の説明と本人及び家族が希望する病院を尊重し、かかりつけ医の受診ができています。	本人及び家族が希望する病院を尊重している。協力病院から月2回の往診に来ているが、協力病院の専門以外の外来(整形、眼科等)は、事業所対応で受診の支援を行っている。	
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	事業所の看護職員と介護職員で日常のケアや状態、状況は共有し、かかりつけ医への状態報告や必要時は受診、処置が受けられるように支援している。		
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。あるいは、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。	入院した際は病院先と連携を密にし、本人の情報をはじめ、事業所の入院規定を伝え、出来る限りの協力体制性を整えている。		
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	契約時、重度化や終末期について、本人、家族へ説明し希望を確認している。経過の途中で家族の意向も変わることもあり、その都度、話し合いの場を設けて意思確認をしている。常に医療機関との情報を共有し納得した最後を迎えられるように支援している。	契約時に重度化や終末期について、本人、家族へ説明し希望を確認している。さらに、介護計画見直し時や状態の変化時などにも確認を行っている。看取りを希望する場合は、協力病院の医師と情報共有を行い対応している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	外部研修の救命救急講習会に参加したり、救命救急普及員の資格を有する職員より内部研修にてAEDの取り扱いについて学びと実践を行い、実践力が身につくように努力している。AED使用歴もあり。		
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	マニュアルや連絡網を作成し、全体訓練年2回、ユニット毎の訓練も2カ月に1回行い、職員全体が避難方法を身につけるよう努めている。警備会社と契約しており、緊急時は通報、連携している。	ユニット毎の訓練や、年2回の全ユニット共同訓練を実施している。マニュアルは掲示もされている。近隣に民家がなく、協力を得られないので、警備会社と契約しており、緊急時に対応する体制を整えている。災害時の備蓄も3日分程度をしており、訓練時に、防災食を食したり、意識付けを行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	個々の出身地や地域性、職歴、性格に応じた声かけを意識している。声かけの内容に応じて耳元での声をかけ、尊厳に努めている。	県外の出身者や、若年の入居者もいるので、その入居者の生活歴等にあった会話をするなど、工夫をしている。『家族が隣にいても恥ずかしくない会話をする』ように指導しており、実践している。	
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	日常のコミュニケーションを多くし、本人の希望や思いが話しやすい状況を作るように努めている。また、選択肢のある声掛けで自己決定できるような場面を作るように努めている。		
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	食事や入浴などある程度の日課や予定はあるものの、個々のペースや希望や要望を引き出しながら1日の流れがその人らしいものになる様に努めている。		
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	本人の生活歴や家族からの情報を活用し、季節に応じた服装や外出時には正装に近い服装等々配慮、支援している。定期的に美容院の方がホームに来院し、散髪や、職員と一緒にネイルも行っている。		
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	職員は入居者の状態に応じて、できることを危険の無いように見守り、下準備や茶碗拭き等を共に行い、入居者が自らの能力を発揮できるように支援されている。	メニュー作成や買い物、調理を職員が一貫して行っている。能力に応じて、入居者とも下ごしらえや片付けなど一緒に行っている。食事内容や味付けなど、入居者の好みもメニューに反映させている。	
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	入居者個々それぞれであるが、食欲や食べる意欲に合せ盛り付けや器の工夫をしている。水分も個々の状況に応じて回数調整を行い、提供している。		
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	食後には歯磨きや口腔ケアを促し、必要に応じて介助を行い、衛生に配慮している。義歯を使用している方は、1日1回の専用洗剤での洗浄をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の排泄パターンを把握したうえで、入居者の表情や行動の変化を見逃さず本人が快適にトイレでの排泄ができるように支援している。	排泄チェックシートは、詳細が書けるような書式で、排泄パターンをわかりやすくしており、声がけ等のタイミングを共有している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	下剤だけに頼らず、繊維質の多い野菜や乳製品の摂取、水分摂取量の工夫、外への散歩や軽体操なども考慮しながら、予防に取り組んでいる。		
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、個々に応じた支援をしている	基本的に週2回の入浴となっているが、入浴日や時間帯は固定せず、その日の入居者の状態を見て無理せずいつでも対応ができるようになっている。また、入浴日以外の足浴も適時行っている。	入浴日の設定はしているが、入居者の状態に合わせて、臨機応変に対応している。入浴剤など使い、気分転換や楽しめるような工夫もしている。重度化に伴い、車椅子の人もいるがシャワー浴で対応している。	
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	これまでの生活習慣に出来るだけ合わせ、自分のペースで休んで頂けるようにソファ等配置し、支援している。		
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	個々の薬の情報に関しては、お薬手帳やお薬情報により、いつでも確認できる状態にある。服薬後の観察は看護師と連携、共有しながらも必要に応じて医師へ相談報告により調整も図っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴、職歴、特技、趣味等、個々の能力が発揮できる機械や場面を多く作れるように努力している。役割、楽しみの時間を支援している。		
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	入居者は天気の良い日には、心身の活性化につながるよう散歩、ドライブ等に出かけている。コロナ禍により、家族との外出は自粛している。	コロナ禍においても感染予防に気をつけながらの散歩や買い物の外出を行ったり、今までと変わらない生活が継続できるように支援を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お金を所持する事で安心する方もいる為、十分な理解で取り組んでいる。行事等の買い物支援の際には本人が自ら支払う機会が図られている。		
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	電話はいつでもすることが可能であり、大切な関係の方との繋がりが継続できるように配慮している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節感のあるしつらえとして、入居者が作成した手芸品を飾ったり、ソファやテーブル等一人一人が居心地の良い場所で過ごせる工夫をしている。	ホールは明るく、スペースも確保されている。周囲は自然が感じられ、静かな環境である。季節毎に作品を作成し、ホール内に掲示して、季節を感じる工夫をしている。歩行訓練や手すりを使った運動など、空間を活用した活動も行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	職員は、プライベート空間と共有空間の棲み分けを理解しながら、入居者一人一人が気持ちよく過ごす事が出来るように、その場の雰囲気、状況を踏まえ支援、工夫している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れたなじみのものを傍らに置き、本人の力が活かせるよう、また、居心地よく生活できるように本人と家族が共に考えている。	入居者が使い慣れたものや好みのもの、また、趣味に合った道具や、居室の家具の配置など、入居者が居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	安全と安心の生活を第一に、自立支援、生活支援、外出支援、地域支援、共生社会、という課題を意識しながらグループホームという環境で生活の継続が出来るように支援を心掛けている。		

2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	27	介護計画作成では、家族の希望や施設職員の意見は踏まえられているが、認知症の本人の状況や希望の意向とその反映には十分とは言えない。	日々の入居者との関わりと生活記録の充実、介護計画に活用できる記録内容の積み重ねができる。	①定期的に記録の研修会を開催する。 ②定期的に担当する介護支援専門員が集まり、不安な点や事例を元に研修会を開催する。	12か月
2					か月
3					か月
4					か月
5					か月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。