

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	0270301963	
法人名	公益財団法人 シルバーリハビリテーション協会	
事業所名	グループホーム市川	
所在地	青森県八戸市大字市川町字南尻引84-1	
自己評価作成日	令和4年11月1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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号
訪問調査日	令和5年1月24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)】

駐車場が広いので、利用者の気分転換に、散歩や草花の水やり、野菜栽培等を一緒に行っています。現在は新型コロナウイルス感染防止のため、訪問や長時間の外出は控えています。時々ドライブに行き、外に出かける機会を作っています。職員一同、利用者一人ひとりに向き合い、寄り添ったケアを心がけて対応しています。同じグループ内には多種の事業所があり、他方面で協力が得られる体制があります。医療連携の他に、リハビリの専門職にも定期的に訪問してもらい、心身の機能維持に努めています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

コロナ禍で多くの事が制限される中、近場の公園での花見や紅葉狩り、敷地内での畑作り、散歩等、利用者が少しでも外に出て楽しめるように支援している。また、玄関脇に面会室を設置し、ゆったりと面会できるようにしている。  
リハビリスタッフが3ヶ月に1回、身体状況をチェックして作成した各利用者のリハビリメニューを、日々の生活の中で実施している。また、医師や看護師、家族と話し合い、自然経過での看取り介護の実績があり、体制を整えている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.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
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	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
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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所独自の理念が作成されている。朝礼時に唱和し、全職員と共有している。	地域交流と地域貢献を大切にし、設立当初からホーム独自の理念を掲げ、毎朝唱和したり、ホーム内の随所に掲示して共有している。また、職員会議でも振り返りながら、理念を反映させたケアに取り組んでいる。	
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	地域の方に運営推進会議に参加していただいたり、町内会の集まりに参加している。また、イベント等を利用し、地域サークルの方々を招き、交流を深めている。※現在は新型コロナウイルス感染防止のため、極力控えている。	町内会に加入し、地域の行事に参加したり、ホームの広報誌を回覧してもらっている。ボランティアや地域サークル(踊り・ハンドベル・大正琴)を招く等、地域との良好な関係を構築しているが、コロナ禍のため、多くの事を自粛している。	
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	施設見学に対応し、認知症の方々の暮らしや活動を紹介している。ボランティアの受け入れもしている。その際、利用者のプライバシーには十分に配慮して行っている。		
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、町内会長や民生委員、家族等にメンバーとして参加していただき、情報交換や意見交換等を行い、サービス向上につなげている。※現在はメンバーより書面で意見をもらって実施している。	コロナ禍のため、現在は、ホームの様子の写真を添付した書類を送付して運営推進会議を行っている。また、メンバーから返信された感想や意見をまとめた会議録を作成し、周知している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	随時、日々の運営の質問や相談等を行い、連携している。	運営推進会議を通じて新しい情報や地域の状況を共有し、不明な点を相談したり、困った時には助言を得ている。また、コロナ禍においては、感染情報や衛生対策等についても連携している。	
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	身体拘束についての勉強会に参加して理解を深め、身体拘束にならないケアを話し合い、実施している。また、身体拘束禁止対象チェック表等を設け、身体拘束を行わないという姿勢で、全職員は日々のケアに取り組んでいる。	身体拘束は行わない方針で取り組んでおり、玄関や居室等の施錠も行っていない。年4回の勉強会を行い、職員の理解を深めている。他、「身体拘束禁止対象チェック表」を活用して、拘束がないか毎日確認している。また、職員は見守りを行い、帰宅願望があれば一緒に散歩する等、利用者の気分転換を図っている。	

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
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逃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	虐待についての勉強会や研修に参加して理解を深め、虐待につながる言動や行動に注意して対応している。虐待防止マニュアルがある。		
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	日常生活自立支援事業・成年後見制度について学び、必要に応じて、利用者や家族に情報提供をしている。勉強会を開催し、職員に理解してもらうようにしている。		
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	契約時には利用約款・重要事項説明書等を用いて十分な説明を行い、疑問や質問にはその都度対応している。また、利用料金等の契約改定時にも十分に説明し、同意を得ている。		
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	意見箱の設置や満足度調査を行い、意見を反映している。また、来所時には生活の様子を報告し、思いや意見を引き出すように心がけている。	面会時や電話連絡の際に近況や健康状態を伝えながら、家族の意見を聞けるように働きかけている。また、年1回満足度調査を行っている他、広報誌や毎月写真を添付して便りを送付し、利用者の暮らしぶりを伝えている。	
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	毎月1回のスタッフ会議や定期的に面談の機会を設け、意見や提案を反映させている。また、職員の意見を聞きながら、勤務体制を整えている。	定期的に会議や研修会を開催し、職員が意見を出せる機会や学ぶ機会を設けており、出された意見等はホームの運営やサービスに反映させている。また、半年毎に各職員が目標を立て、日々の業務に向き合っている。	
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	個々の事情に合わせ、可能な限り勤務調整等をしている。また、定期的に健康診断等を実施し、職員の健康を保つための体制を整えている。		
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	研修・勉強会の年間計画を作成し、研修等に参加している。研修受講後は報告書の作成、ホーム内での報告も行い、日々のケアに活かす取り組みを行っている。職員は半年毎に自分の目標を立て、業務を行っている。		

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
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	グループホーム協議会に参加し、情報交換して交流を深めている。※現在は電話やメールで情報交換をしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人の身体状況や家族の思い、希望、ニーズ、不安等を聞き、要望等に耳を傾けて、十分に把握するように努めている。また、担当ケアマネジャーや他施設との情報交換を密にすることで、関係作りに努めている。		
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	家族の話を書く機会を設け、現在の状況や思い、今後望む事等を把握し、意識しながら対応している。		
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	家族の思いや本人の状態を把握し、できる事・できない事を見極め、柔軟に対応している。すぐに対応できない時は方策を検討している。		
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	本人の生活歴を情報収集し、希望を聞き、得意な事ややりたい事を発揮できるように努めている。		
19		○本人を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	感染予防のため、現在は家族の面会を控えていただいているが、毎月一度の家族へのお便りや家族への電話等で、詳しく本人の状況を説明し、本人ができる事を一緒に考えて共有している。		
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	はがきや手紙等、電話の支援を行い、関係継続に努めている。※現在は外出等は控えている。	コロナ禍のため、昨年、玄関脇に面会室を設けて活用しており、アクリル板はあるが、ゆったりと面会ができ、馴染みの人との関係を継続できる環境作りを行っている。	

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
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	利用者同士の関係を把握し、トラブル回避や孤立させないよう、環境面の配慮や精神面の支援に努めている。		
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	退居時には今後も相談等に応じることを伝えたり、関係施設との情報交換を継続的にを行い、環境や暮らしを継続できるように働きかけている。		
<b>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</b>					
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	利用者と様々な話をし、希望や意向を見つけている。また、困難な場合は本人本位に検討し、必要に応じて家族等から情報収集をしている。	利用者が安心した気持ちで思いを表せるよう、日々の支援を心がけている。職員は普段の様子や家族からの情報等から意向をくみ取り、職員間で共有して日々のケアに取り組んでいる。	
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	本人・家族・担当ケアマネジャーからの話や情報提供等で把握している。		
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	日々の暮らしを通して、利用者の行動パターンや生活リズムの把握に努めている。心身状態等の変化がある場合は申し送りや記録に残し、職員間で情報を共有している。		
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	アセスメント後にカンファレンス会議を開催し、職員間で十分に話し合いながら、意見交換をしてケアプランに反映している。	利用者の生活歴や家族、医療機関から得た情報を基に、現状を反映した具体的な問題提起や解決策が記載された介護計画が作成されている。また、理学療法士からのリハビリメニューもあり、利用者が実践できる内容にしている他、モニタリングをして計画に活かしている。	
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	介護記録や職員の気づき等を、ケアプランの見直しに活用している。		

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
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	医療連携や生活機能連携を行い、利用者の心身状態の維持に努めている。通院時には移送サービスを利用する場合もある。		
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	地域の方々のボランティアによる訪問等で、一緒に楽しむ時間を共有している。※現在は訪問等は控えていただいている。		
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	本人・家族の意向に合わせ、受診先を決めている。心身状態の変化等があれば、受診時に医療機関に手紙や電話等で相談している。本人の状態に応じて職員も付き添い、支援をしている。	利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援している他、訪問診療を受けることも可能である。月1回の往診や週1回の訪問看護、3ヶ月に1回のリハビリスタッフによる身体評価等を行い、利用者が安心して暮らせる体制を整えている。	
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	訪問看護記録書にて1週間の情報提供を行い、毎週金曜日の訪問日には個々の健康状態を伝えている。その他、必要時に相談や訪問をしてもらっている。		
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。	訪問看護師との連携により、適時関係医療機関に情報提供をして対応してもらうことで、受診や入院等がスムーズに行えている。		
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	契約時に看取りについての指針を説明し、現在の思いをアンケートで確認している。医療機関訪問看護ステーションや家族、ケアマネジャー、職員で適時カンファレンス会議を開き、看取りに取り組んでいる。(今年度看取りを行った。)	指針を掲げ、ホームの方針を明確にしておき、入居時に説明して要望や方針を確認している。医師や看護師、家族、職員で話し合いながら、自然経過での看取り介護の実績があり、振り返りも行って体制を整えている。	
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	普通救命講習会・勉強会等に参加をしたり、マニュアルを整備して対応している。		

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
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、地域との協体制度を築いている	火災・地震・水害等のマニュアルを整備し、避難訓練や運営推進会議の場で、地域の方の意見をいただくようにしている。避難訓練を定期的実施している。	火災・地震・水害等のマニュアルを整備し、年2回の火災訓練、年1回の水害訓練を行っている。また、災害発生時に備えて、食料や水、衛生用品、ストーブ、毛布等をホーム内に用意している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	守秘義務・個人情報の取り扱いについて勉強会に参加し、理解を深め、人格を尊重した声かけ・呼びかけに努めている。	言動を否定せず、利用者のペースに合わせて十分に話を聞き、利用者の自己決定の気持ちを大事にしている。また、声かけや対応について、職員間でも注意したり、話し合うようにしている他、個人情報の取り扱いにも配慮している。	
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	利用者との信頼関係を築きながら、利用者が選択できる声かけや、日々の生活から本人の好み等を知るようにしている。		
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	一人ひとりが自由に過ごしたい場所で過ごせるようしている。その際は見守ったり、声をかけている。		
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	家族に好みの服を持って来ていただいている。また、着替えの時はどれを着たいのか本人に確認し、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	世間話をしながらテーブル拭きや食器拭き等をし、利用者に合った形状での提供、調理方法の変更等、おいしくいただける工夫をしている。夕食は職員も同席して食事を摂っている。	給食係が献立を作成し、利用者の好みや嚥下状況に合わせ、手作りの食べやすい食事を提供している。利用者は野菜の下拵えや食器拭き、お盆片付け等を、自分の役割として職員と一緒にしている。	
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	日々の食事・水分摂取量を把握しながら、その時に応じて医師・看護師に相談したり、支援している。嚥下機能回復を目的に、食前に嚥下体操をしている。		

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
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	個々に合った口腔ケアを行い、自力で行う場合は確認の声がけや付き添い、見守り等を行っている。		
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	排泄チェック表を使用して管理をしながら、個々に合わせた声がけや対応を心がけている。日中はほぼトイレで排泄をしている。一人ひとりのパターンに応じて、事前誘導をしている。	排泄の記録があり、事前誘導して日中はトイレでの排泄を大切にしている。また、利用者の状況に合わせ、おむつの使用についても見直しを行っている。	
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	日々の水分摂取や食事内容、体質等を把握しながら、運動等を取り入れ、自然排便できるように心がけている。また、状況に応じて下剤の量を変えながら、排便コントロールをしている。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	時間や順番等の希望を聞きながら入っていたり、拒否がある時は時間を置いてから再度声がけをしたり、着替えや足浴等に対応している。	週2回のペースで入浴しており、お湯の温度等、利用者の希望を聞きながら支援をしている。また、入浴の際は1対1で対応し、利用者の思いを聞きながら、安全で気持ち良い入浴となるように支援している。	
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	好きな時間に就寝できるように支援し、日中は必要に応じてお昼寝の声がけをしている。		
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	カルテにお薬情報をファイルし、常に確認できるようにしている。変更の場合は申し送りノートで周知している。変更時の服薬による状態の経過や変化は記録し、家族や医師に相談して対応している。		
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	普段は花の水やりや散歩等をしている。月毎にイベントを企画して、楽しんでいただけ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
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支援している	外出を計画し、支援している。	季節の行事やドライブ、買い物等、利用者が楽しめる年間の外出行事を実施していたが、コロナ禍で自粛を余儀なくされている。また、近隣の公園等へ出かけ、利用者の気分転換を図れるよう支援している。	
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	利用者や家族と話し合い、可能な所持金額を決め、必要に応じて本人に持たせる等の支援をしている。		
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	公衆電話にていつでもかけられるよう支援している。また、家族との年賀状でのやり取り等を支援している。		
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	天窓を利用し、自然な光で日中は落ち着いた雰囲気である。季節に合わせて玄関やフロア等に装飾を行い、掲示板に写真等を飾ったり、室温等を適切に管理している。	ホールや廊下は広く、ゆったりとした雰囲気であり、利用者が食卓やソファで思い思いに過ごせるようにしている。また、花や手作りの作品を飾り、季節の変化がわかるようにしている。	
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	自分の席の他、数人掛けのソファを設置し、利用者同士が自由に話をできる空間作りをしている。(フロア・居室)		
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	家族と相談しながら、特に問題がなければ、本人が使い慣れた物を使用してもらっている。また、居室担当職員は本人の意向を聞きながら、居室作りをしている。	使い慣れた物の持ち込みを働きかけており、ダンスやテレビ、家族の写真等がある。職員は、利用者がその人らしい居室で、安心して暮らせるよう支援している。	
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	床は段差がなく、廊下・居室には手すりを設置している。床は全部クッションフロアにしている。また、居室やトイレ等の場所が一目でわかるよう、表示を工夫している。		

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	0270301963	
法人名	公益財団法人シルバーリハビリテーション協会	
事業所名	グループホーム市川	
所在地	青森県八戸市大字市川町字南尻引84-1	
自己評価作成日	令和4年11月1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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号
訪問調査日	

【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)】

<p>当施設は八戸市北部の国道沿いにあります。場所がわかりやすく駐車場が広いので、車で面会に来やすいです。利用者様は温かい日は花をみながら散歩をしたり、夏は野菜づくりや花の手入れ等を職員と一緒にこなっています。平屋建てでバリアフリーであるため車椅子使用の方や歩行が少し不安な方でも大丈夫です。また、系列の医療、福祉施設が多いため本人の状況に応じて連携し対応しているため安心して生活することができると思います。定期的にリハビリ専門職が訪問し利用者の心身状態を評価してもらい利用者にあわせた援助をおこなっています。</p>
---

【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></p>
---------

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<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
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	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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <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	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)	<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
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	66 職員は、活き活きと働いている (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
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	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
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	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)	<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		

# 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	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	事業所の理念にはないが地域貢献と住民との関わりを持つ内容の年間目標を掲げて取り組んでいる。朝礼時には理念・目標を唱和している。		
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	運営推進会議時に地域の方に参加を依頼し事業所の状況を報告している。施設の広報紙を町内に回覧してもらい施設の内容を見てもらっている。		
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	見学者の対応やボランティア等の受け入れを通じて事業所を紹介している。		
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	会議時に施設の状況を報告し、参加者から意見をきいている。今年度は参加予定者より書面で意見を聞き、その意見を踏まえてサービス内容の検討をおこない向上に努めている。		
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取り組んでいる	必要時には電話や窓口等で相談しアドバイスをもらっている。		
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	玄関、門扉は日中は施錠しておらず出入りがあった際にはチャイムが鳴り所在の確認をしている。身体拘束禁止対象チェック表を用いて毎日確認をしたり、職員は定期的に勉強会や研修に参加してもらっている。		
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逃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	職員の利用者への対応や言葉づかい等が虐待に該当しないか確認しながら介護をしたり勉強会に参加したりしている。虐待防止マニュアルがありそれに従い対応している。		

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
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	入居者に数人、成年後見制度を利用している方がいるため家族との関わりを通じて理解を深めている。必要な方には制度の説明をしている。利用者には勉強会をおこなっている。		
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	入居時や改定時には家族などに説明をおこない同意を得ている。退居後にも必要時相談に応じている。		
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	面会時や電話等で話をした際、意見を聞くようにしている。玄関に意見箱を設置したり、毎年満足度調査を実施し要望・意見をきき運営に反映させている。		
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	必要時話を聞き対応している。また、毎月のスタッフ会議等で職員から意見を聞き反映できるよう努めている。		
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	年2回以上健康診断を実施し必要時は受診を勧め職員の健康を保つよう努力している。就業規則に基づいて勤務し、職員個々の事情にあわせて勤務調整したり休みをとってもらっている。		
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	職員は半年ごとに自分の目標をたててもらい介護をしている。職員にあわせた研修に参加し研修後は報告書作成と伝達講習をおこない日々のケアに生かせるようにしている。		
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	地区のグループホーム協議会の活動に参加し同業者との交流・連携をおこなっている。		

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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	施設見学や説明をした上で入居希望があった際には利用希望者や家族と面談している。入居後は声がけを多くし信頼関係が築けるよう努力している。		
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	利用希望があった際には面談し、要望や不安なことを聞き安心して入居できるよう努めている。		
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	本人・家族から希望を聞き、その希望にできるだけ応えられるように努力している。状況により対応できない場合は他の施設やサービスを紹介している。		
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	本人の生活歴や好きなことを把握した上で希望を聞き共感・理解し得意なこと、やりたいことが発揮できるように努めている。		
19		○本人を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	来所時や電話連絡時に家族へ本人の普段の様子を報告している。家族からは以前の生活情報を得て要望を聞いている。		
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	感染対策で面会禁止であるが家族来所時はなるべく顔を見てもらったりしてなじみの人との関係が途切れないよう支援している。		
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	利用者同士の関係を把握しトラブルなどをできるだけ避けることができるよう席の位置などを決めたり、お互い影響が残らないよう声がけを多くし孤立しないよう心がけている。		

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	サービス終了後も必要時には連絡をとり、相談や支援をおこなっている。退居先の関係者にもこれまでの生活が継続できるよう情報を伝えている。		
<b>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</b>					
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	本人より思いや希望を聞いている。聞くことが困難な利用者には普段の様子や生活歴、家族等の情報から思いを把握するようにしている。		
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	本人、家族などからプライバシーに配慮して情報収集し生活歴や好みなどを把握するようにしている。		
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	利用者ひとりひとりの生活状況をアセスメントシートや介護記録等に記し、できることできないことを把握するようにしている。		
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	介護計画は本人や家族から意向を聞いた上で職員やリハビリスタッフ等から意見を聞いて作成している。必要時プランの見直しをしている。		
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	介護記録には利用者の日々の様子や心身の状況、ケアプランの実施状況等を記録している。共有する内容は申し送りノートを使用し全職員が把握できるようにしている。		
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	訪問看護ステーションと医療連携体制を整えており週1回の定期訪問の他に急変時には24時間体制で対応してもらっている。3ヶ月に1回、生活機能向上のためリハビリスタッフに心身の状況の評価してもらいそれを踏まえて介護をしている。受診時等必要時は移送サービスを利用している。		

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	地区の民生委員や町内会長等から地域の情報を提供していただいている。今年度は書面や電話等でおこなっている。		
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	これまでの受療状況を踏まえて本人・家族と相談しながら受診先を決め、必要時には歯科・眼科などの受診の相談、支援をおこなっている。職員が受診の介助をした際は結果を家族へ報告している。必要時には電話や書面等で情報提供をしている。		
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	定期訪問時、診療時等に訪問看護ステーションの看護師や担当看護師などに相談し指導を受け対応している。		
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。	入退院時には入院先の看護師・相談員と連絡をとり連携しながら安心して治療し退院できるように努めている。		
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	入居時に看取りについてのアンケートに記入してもらい、本人・家族からの意向をきいている。医師や看護師からアドバイスを受けながら対応している。		
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	緊急時対応マニュアルがあり急変時にはそれを基に職員は行動している。施設内にAEDを設置しており、ほとんどの職員が普通救命講習を受講し使用方法を学んでいる。		
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	火災、津波、水害の避難訓練をおこない、災害発生時に備えて食料や飲料水を用意し定期的に点検をおこない管理している。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者ひとりひとりの人格を尊重しながら介助や声かけをしている。職員には個人情報取り扱いに気をつけるように説明しカルテは使用時以外はスタッフルームで保管している。		
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	利用者にあわせてなるべく自己決定してもらいやすいように選択してもらいながら聞いている。十分に意思表示ができない利用者には表情や反応を読み取りながらおこなっている。		
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し、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	何かおこなう際は本人や家族の希望、心身の状況を踏まえ、本人のペースにあわせて対応している。		
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	利用者の好みに合わせて衣類などを選び着てもらっている。希望にあわせて理容師に来所してもらい散髪をしている利用者もいる。		
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	利用者の希望を取り入れ、季節や好みなどに配慮しながら献立を作成している。利用者の心身の状況にあわせて後かたづけや下ごしらえ等を職員と一緒におこなっている。		
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	一日の水分と食事摂取量を記入し必要量摂取できるように努めている。状況にあわせて食事形態を変更したり、早く食べる傾向のある利用者にはゆっくり摂取するよう声かけをしている。		
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	利用者ひとりひとりの能力にあわせて毎食後声かけや介助をしている。拒否のある利用者は少し時間を置いて声かけや介助をしている。居室にておこないプライバシーを保つようにしている。		



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	排泄チェック表を使用し利用者ごとの排泄パターンを把握している。それにあわせて声が必要であったり、ひとりでおこなうことができない利用者にはプライバシーに配慮しながらトイレや居室へ誘導し介助しておこなっている。		
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	水分や食事に気をつけ、普段から体を動かすよう声がけをしている。下剤使用時は本人の排便パターンなどにあわせて服薬してもらっている。		
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、個々に応じた支援をしている	利用者の希望や心身の状況にあわせて一人ずつ入浴し職員が介助をし好みにあわせている。拒否のある利用者には時間をおいて1日何回か声がけしたり職員を替えて声がけし入浴している。		
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	利用者の生活リズムにあわせて休息や就寝の介助をおこなっている。慣れた自分の枕や布団を持参している利用者もいる。不眠がちな利用者は日中の活動を多くしてもらうようにしている。		
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	処方されている薬の内容をカルテに縦じ確認できるようにしている。薬が変更した際は介護記録などに記入し職員に周知できるようにしている。誤薬がないよう職員二人で確認し服用している。		
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	利用者の希望や能力にあわせて掃除や食器拭き・洗濯物たたみなどのお手伝いをしてもらっている。天気のいい日は散歩等をおこない気分転換をもらうようにしている。		
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	感染対策のため遠出の外出はしていないが、ときどき近場にドライブに行き外出の機会をつくるようにしている。		

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
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	本人・家族と相談し少額の金額であれば所持している利用者がいる。ときどき施設内の自動販売機で飲み物を購入している。		
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	公衆電話を設置しており、ひとりでおこなうことができない利用者は職員が介助をしている。家族から電話がかかってきた際には会話内容が他利用者に知られないよう居室で話をしてもらっている。現在手紙のやりとりをしている利用者はいない。		
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	玄関、施設内は季節や時期ごとに装飾をおこなっている。廊下の利用者が通るところには行事などの写真を飾っている。共用空間内には温度・湿度・日差しの状態にあわせてその都度調節をしている。		
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	自分の席の他にホールにソファを設けている。そこに座り利用者はひとりで過ごしたり、他者と話したりしている。		
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	危険のないものであれば自由に持ちこんで構わないようにしている。家族の写真や普段利用していたものを持ってきている利用者もいる。		
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	施設内の食堂・廊下・居室・トイレに手すりを設置している。バリアフリーであり、安全に歩行できるよう配慮している。場所がわからなくなる利用者にはトイレや居室前に分かるように表示をしている。		

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	36	利用者ひとりひとりに合わせた声かけ、対応をしているが不十分な面がある。	職員全員が利用者ひとりひとりの人格を尊重した個別ケアができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R5.4～R6.3 2か月ごとに接遇の自己評価をしチェックをする。</li> <li>・6か月に1回 他者評価をしてもらい、その後自己確認し振り返りをする。</li> <li>・年に2回 接遇や個人情報等の勉強会を実施し理解してもらう。</li> </ul>	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。