

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	グループホーム妙水苑
(ユニット名)	ゆめあかり
所在地 (県・市町村名)	青森県八戸市
記入者職名・氏名	管理者・関川英寛
記入日	令和4年 9月 1日

[調査員記入]

訪問調査日	令和 4年 10月 7日
調査実施の時間	開始 10時 00分 ~ 終了 12時 40分
訪問先事業所名 (都道府県)	グループホーム妙水苑 _____
	(青森県)
評価調査員の氏名	氏名 <u>高橋 恵美子</u>
	氏名 <u>橋本 路津子</u>
事業所側対応者	職名 <u>管理者</u>
	氏名 <u>関川英寛</u>
	ヒアリングを行った職員数 (1)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	0290300110		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホーム妙水苑		
所在地	八戸市大字妙字分枝43		
自己評価作成日	令和4年 9月 1日	評価結果市町村受理日	令和2年10月23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4年10月7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>利用者一人ひとりの個性と思いを大切に、グループホームでの生活を有意義に過ごせるよう支援しています。事例検討を重ね、認知症ケアの知識・技術の研鑽に職員全員で励んでいます。地域の皆様にご協力を頂きながら、認知症予防の情報誌を発行したりと地域交流にも力を入れています。</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>グループホーム独自の理念があり、職員は常に日頃の支援が理念に沿ったものかを振り返りながら実践に取り組んでいる。職員は利用者との会話や表情の変化等から思いを汲み取り、利用者一人ひとりの思いや希望の実現につなげている。コロナ禍でも三密回避に努めつつ、個々の体調に合わせた距離で海岸へのドライブやドライブスルー体験、職員が誕生日ケーキや寿司を作ったりと利用者が楽しく過ごせるよう支援している。日々の運営面では、管理者と職員が活発に意見交換を行っており、職員個々の意見、提案から利用者へのより良いケアの実践とともに、職員の働きやすい環境づくりにも取り組んでいる。認知症に関する研修や身体拘束をしないケアの実践では、一人ひとり尊厳やプライバシーに配慮した対応の徹底にも取り組んでおり、気になる助言等があれば職員相互に気付け合い改善を図っている。敷地内には有料老人ホーム、デイサービスセンター、訪問看護ステーションが併設されており緊急時等の応援体制が確保されていることも利用者、家族の安心に繋がっている。</p>

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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	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
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	事業所理念は事業所のみやすい場所に掲示し、職員全体での周知・共有を図っている。利用者の個別性、地域交流を重視した理念の実践につなげている。	グループホーム独自の理念があり、玄関、休憩室、ホール、事務所に掲示して誰もが目に付くように貼り付けられている。入社時には職員研修を行い、日頃の支援が理念に沿ったものになっているかを検討しつつ、利用者の気持ちに寄り添い、住み慣れた地域で安心して過ごせるよう実践に取り組んでいる。	
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	情報誌の発行や推進会議の開催、意見交換を通して地域交流を図っている。	情報誌、陽だまり通信を年2回、陽だまりカフェを2ヶ月毎で発行し、グループホームの取り組みや利用者の様子をお伝えしたり、地域の方々への認知症予防の啓発に繋がっている。また、近隣の介護福祉学科の大学生や専門学生の実習受け入れを行い、地域の人材育成に貢献している。	
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	情報誌を通じて情報発信をしている。情報誌にはアンケート欄を設け情報をケア向上に役立てている。推進会議では利用者様の生活の様子を具体的に報告している。		
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	運営推進会議では積極的に意見を求めケア改善等に役立てている。防災等についても町内会長等から助言をいただき連携を図っている。	運営推進会議は2ヶ月毎に書面で行っており、2つの地区の町内会長、民生委員3名、高齢者福祉センター職員1名、職員3名が参加されている。具体的な意見や助言を頂き、サービス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取り組んでいる	運営推進会議開催状況の報告を通じて身体拘束廃止の取り組みや事故発生状況と対策の実施状況等を漏れがないように共有している。必要に応じ質問表を活用し助言等を求めている。	運営推進会議での取り組み状況は議事録をFAXで報告している。質問票を活用し助言を求めたことに対して市の担当者からも書面で回答があり、良好な関係が築けている。	
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	身体拘束について指針を定め、事業所内に掲示している。事業所勉強会を定期的実施している。同法人GH協働で委員会を設置し身体拘束廃止適正化を図っている。	身体拘束の指針は玄関に掲示している。事業者内での勉強会や、同法人グループホーム共同で委員会を設置して身体拘束廃止適正化を図っている。日頃行われているケアについて見直す機会にしており、気になる発言等があれば職員相互に気付け合い、改善を図っている。	
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	高齢者虐待防止委員会を同法人GH協働で委員会を設置している。虐待の芽チェックリストを積極的に実施し職員間の虐待防止に関する意識付けを図っている。		

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
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	成年後見制度、権利擁護の勉強会を年度計画に盛り込み、制度の理解を職員全体で深めている。		
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	サービス利用前に、事業所の特性を十分に理解していただきサービス内容に十分に納得していただいた上で契約締結を行っている。家族様からの疑問等にも丁寧に説明し理解を得るよう努めている。		
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	利用者様ニーズはアセスメントを十分に行いプランに反映させている。意見箱を玄関に設置し、また苦情窓口の案内も掲示している。ご家族意見苦情等は、他部署とも共有している。	意見箱は玄関に設置しており、苦情窓口の案内も掲示している。出された苦情、意見については段階的に処理している。コロナ禍のため面会制限を行っているが、家族への電話やお便り、許可を得て屋外で距離をとった面会、タブレットでのリモートや自宅からのオンライン面会を行っている。こまめに状態報告、活動の報告をした際に、意見・要望を伺い、話しやすい環境づくりを行っている。	
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	個別面談を年2回および随時実施し職員の意見を聞いている。ケアに対する提案はカンファレンスや苑会議の時間を活用し広く聞いている。	個別面談は年2回、人事評価時に行い有給休暇の希望や意見、提案等を聞いている。ケアカンファレンスや会議では、活発な意見交換が行われ職員個々の意見、提案から利用者へのより良いケアの実践とともに、職員の働きやすい環境づくりにも取り組んでいる。	
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	目標管理シートを活用し目標を設定している。職員の特性に応じて助言を行いながら目標設定を行っている。個人面談では、有給希望調査を行い、要望を聞き入れている。		
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	事例検討を積極的に取り入れ、認知症ケアの知識技術向上を図っている。研修案内を回覧を通じて発信し、自発的な研修の参加を促している。		
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	同法人GH間で事例検討会を紹介したり、共通課題を元に勉強会資料を作成する等している。また、委員会等を通じて他部署、他事業所職員と連携を深めている。		

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
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	サービス利用相談時は、空所の有無に関わらず相談を受け付けている。必要に応じ、他事業所の空所情報等の情報提供も行っている。		
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	ケアプラン作成時は家族の要望を反映させている。定期的にお電話等でケアに対する要望を確認している。		
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	アセスメントツールを有効に活用し適切なニーズ把握に努めている。看取りの要望があれば、出来る限り対応している。		
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	積極的にコミュニケーションの機会を作っている。家事のお手伝い等も積極的にケアプランに取り入れている。		
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	利用者様への手紙や嗜好品の持ち込み等をご家族に協力を依頼している。関係が途切れないう連絡をとっている。		
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う、支援に努めている	オンライン面会を取り入れている。コロナ禍でも家族が触れ合える場をできる限り整えている。月1回のお便りで利用者様の生活の様子を具体的に報告している。	月1回の妙水苑便りの他、利用者の写真を送ったり、タブレットを貸出し、車の中からオンライン面会や自宅のパソコンからもオンライン面会できるようにしているの、遠方にいる家族の方にもオンラインで誕生日の様子などを伝え、関係が途切れないう支援している。	
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	利用者様との交流イベントに力を入れている。日々のケアでも利用者様同士の関係調整を行いながら、意思疎通が困難な方でも交流を楽しむように支援している。		

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
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	入院時、入院後等は病院連携室や家族との連携が途切れることがないようにしている。入院後退居となっても情報交換を行い、その後の受け入れ先を紹介する等している。		
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	アセスメントはセンター方式を活用し、客観的な視点で課題分析を行っている。プラン作りは、必要に応じてケアマネがサービス計画作成担当者に助言を行っている。	本人の希望や意向を聞き、家族からの情報やアセスメント、日々のかかわりの中で本人の表情や言動など把握し、意見や意向を汲み取っている。医師、看護師からも助言を頂き、介護計画作成や日々の支援に活かされている。	
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	アセスメントをもとに生活歴を考慮したサービス計画を立案している。利用者様、家族様から積極的に情報収集を行いサービスに反映できるよう支援している。		
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、有する方等の現状の把握に努めている	ケアプラン作成時の流れを遵守し、利用者様の客観的な課題分析が行えるよう努めている。		
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	モニタリング評価を行い、客観的な視点で考察を行っている。ニーズの充足度を把握し、必要に応じてニーズを再抽出し、プラン・サービスに反映させている。	モニタリングは3ヶ月毎に行うが、状態に応じて随時見直しを行っている。サービス充足度は市からの助言もありグループホーム独自の評価表を根拠が分かるようチームで作成している。現状に即した介護計画の作成、実施に努めている。	
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	カンファレンスの場で気づきを共有したり、申し送りノートを活用し意見交換を積極的に行っている。		
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	行きつけの美容室等に継続的に通えるよう支援をしたり、利用者様の交友関係等が途切れないように支援している。ボランティア受け入れも継続的に行っている。		

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
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	町内会長や民生委員、高齢者支援センターとの情報交換を積極的に行い地域資源の把握に努めている。町内の取り組み状況や、課題を共有している。		
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	利用者様、ご家族の意向に合わせ医療サービス利用をすすめている。要望に応じ訪問診療や他医療機関を紹介している。	かかりつけ医は希望に合わせているが、状態や要望に応じて訪問診療や他医療機関を紹介している。便りや電話で通院内容を報告し、今後の対応を決めている。	
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	医療連携では看護師に積極的にケアの助言を求めケアに反映させている。必要な医療を適切に受けられるよう看護師と協働している。		
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。	受診の際は必要な情報提供を医療機関に行うことで、利用者様、家族様の不安軽減を図っている。入院後は医療機関の連携室担当者や退院後滞りなく受け入れできるような情報交換を密に行っている。		
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	重度化、看取りに関する指針について契約時に説明し同意をいただいている。看取りを積極的に受け入れている。利用者様の健康状態に応じてGHでの対応が困難な場合は、他施設を紹介している。	入居時に重度化、看取りに関する指針について説明し同意を得ている。看取りを行っているが、状態の変化があったときは段階的に話し合い、必要に応じ医師、家族、職員との話し合いの結果、他事業所や病院を紹介することもある。看取りの際は訪問看護ステーションがあるので24時間相談できる体制にあり支援を行っている。	
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	急変時の対応マニュアル作成し、介護、看護間で共有を図っている。医療連携時に訪問看護師に必要なケアの助言を受けている。		
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	防災マニュアルに準じた避難訓練を併設施設合同で定期的の実施している。緊急連絡網訓練事業所は定期及び職員体制変更時実施している。	併設事業所と合同で年2回、昼夜どちらも想定した訓練を行っており、消防署からも指導、助言を頂いている。マニュアルの他にも災害時の避難について一人ひとりの方法・留意点を記入したものを整備されている。発電機の使い方の勉強会や緊急時の対応の勉強会などを行い、適切な対応が出来るようにしている。	

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
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	認知症に関する会議事例検討等を通じケアの改善・向上を図っている。また職員個別面談時に必要に応じ声かけ対応等について、指導を行っている。	2ヶ月に1回、3ユニットでチームを作り認知症の事例検討会を行っている。日々の業務の中でうまくいかなかったことを事例にして、その人らしさを支える介護とは、その人にできることは何か等を仮説を立てて話し合い一人ひとりの思いや人格、尊厳に配慮した対応をしている。排泄時はさりげない誘導、同性介助、声掛けにも配慮している。	
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	アセスメントからニーズを的確に抽出し、認知症があってもできる限り自己決定をできるよう支援している。家族からも積極的に意見をいただきケアに反映させている。		
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	利用者様個人の生活ペースを尊重し無理強いがなないように支援している。日課等を継続できるような環境を整えている。		
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	訪問理美容や個人の行きつけの美容室を入居後も自由に利用できるよう支援している。季節の変化に応じ衣替え等をご家族協力のもと行っている。		
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	個人の食事摂取能力に応じて食形態を検討している。また嗜好品を取り入れ食欲増進につなげている。食器の片付け等家事のお手伝いに参加していただいている。	食事は利用者の状態に合わせた食事形態となっている。摂取量が少ない方については医師に相談し食事以外でも好きな物を提供している。利用者とドライブスルーで買い物したり、職員が寿司や誕生日ケーキを作ったりして食べる楽しさを提供している。食後は食器の片付け等、利用者の力を引き出すようにしている。	
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	医師看護師に相談しながら利用者様一人一人にあつた食事支援を検討している。摂取能力が低下しても無理なく食事が楽しめるよう嗜好品等も積極的に活用している。		
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	義歯調整治療等は協力歯科に訪問診療を依頼している。声かけ介助を必要に応じて行いながら口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	排泄状況を把握し、個別のトイレ誘導時間や使用パッドを検討している。できる限りトイレでの排泄を促し自立支援につなげている。	排泄パターンを把握して、日中は2人介助で出来る限りトイレでの排泄を促し自立支援につなげている。排泄場面では利用者の自尊心、羞恥心を損ねない対応に努めている。	
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	医師看護師へ相談のもと利用者様個別の下剤の調整を行い排便コントロールを徹底している。食事摂取状況や水分摂取状況を把握し、便秘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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた支援をしている	入浴拒否時は曜日変更を行っている。浮腫等の状態に応じ個別に入浴日以外に足浴を実施している。	入浴日は週2回と決めてはいるが、本人の要望や体調に合わせて対応している。浴槽に入ることが困難な方にはシャワー浴で対応している。事故が無いよう安全に十分配慮して、ゆっくりと入浴が行えるように実施している。	
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	日中の活動を促し、夜間の安眠を促している。入眠状態を観察し、安易に眠剤等を使用したり増量したりしないように慎重に安眠の支援を検討している。		
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	医師看護師、薬剤師に助言を受けながら、正しい服用ができるよう努めている。		
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	得意分野や生活歴等を活かし、日々の余暇の支援を検討している。アセスメントを十分に行いニーズをケアプランに反映している。楽しみややりがいを持てる支援を行っている。		
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	外出イベントや散歩等を支援に取り入れている。馴染みの場所にドライブに出かける等、気分転換につなげている。介護度が高い方に合わせ近隣の短距離ドライブ等も企画している。	コロナ禍でも可能な限り三密回避を徹底しつつ、散歩や降車しないドライブに出かけている。生まれた街や、海岸を見に行ったり、介護度が高い方でも負担が無いように配慮してドライブを行っている。	

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	利用者個人が使用する日用品は職員が代行し買い物している。必要に応じて家族にも食べ物嗜好品の購入等を依頼している。金銭管理が困難な利用者様は職員が管理している。		
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	手紙の代読や遠方に住むご家族とのオンライン面会を積極的に行っている。家族知人等との関係が途切れないように支援をしている。		
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	好みの写真、季節に応じた掲示物等を要望に応じて作成している。清潔区域、汚物管理区域を明確に分け排泄物等による匂いにも配慮している。湿度温度にも配慮している。	共有スペースは明るく、過ごしやすい場所になっており、自由にゆったりと過ごしていただいている。照明や温度、湿度は快適に過ごせるように配慮され、排泄物等の臭いにも配慮して消臭剤が置かれている。写真や季節ごとの壁飾りを飾っており、季節感のあるアットホームな雰囲気を作り出し居心地よく過ごせるように工夫をしている。	
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	利用者様同士の交友関係等に応じて座席を検討している。意思疎通が困難でも集団生活に溶け込めるよう関係調整を行っている。		
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	利用者様の家族写真等を積極的に掲示している。家具配置は入居時に利用者様、ご家族と相談しながら決めている。ご家族に馴染みの寝具等も持ち込みをお願いしている。	備え付けのダンス、チェスト、ソファ、ベッドは相談して配置を決め、馴染みのものを持ってきていただいたり、写真や希望で小さな仏壇を持ち込まれた方もいる。本人、家族と相談しながら居心地の良い居室づくりに取り組んでいる。	
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	トイレやナースコール場所の案内表示を掲示している。起居動作立位動作の能力に応じてトイレ等に移動式手すりを設置している。		

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

○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。

[事業所記入]

事業所名	グループホーム妙水苑
(ユニット名)	はなあかり
所在地 (県・市町村名)	青森県八戸市
記入者職名・氏名	ユニット長・工藤 芳恵
記入日	令和4年 9月 1日

[調査員記入]

訪問調査日	年 月 日
調査実施の時間	開始 時 分 ~ 終了 時 分
訪問先事業所名 (都道府県)	_____ (青森県)
評価調査員の氏名	氏 名 _____
	氏 名 _____
事業所側対応者	職 名 _____
	氏 名 _____
	ヒアリングを行った職員数 ()人

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	0290300110		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホーム妙水苑		
所在地	八戸市大字妙字分枝43		
自己評価作成日	令和4年 9月 1日	評価結果市町村受理日	令和2年10月23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	

【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>利用者一人ひとりの個性と思いを大切にし、グループホームでの生活を有意義に過ごせるよう支援しています。事例検討を重ね、認知症ケアの知識・技術の研鑽に職員全員で励んでいます。地域の皆様にご協力を頂きながら、認知症予防の情報誌を発行したりと地域交流にも力を入れています。</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	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		

はなあかり

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
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	事業所理念は見やすい場所に掲示し周知、徹底を図るようにしている。利用者様の個性を重視し地域社会に貢献できるホスピタル環境作りの理念のを目指している。		
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	情報誌を発行し推進会議等を通して地域の方と積極的に意見交換を図っている。		
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	情報誌を通して普段のケアの様子やご利用者様の様子を積極的に報告し回覧で回して頂いている。またアンケート欄を設けてケア向上に繋げるようにしている。		
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	運営推進会議では積極的に意見を求めケア改善や向上に役立てている。感染対策の情報等も町内の方からご助言を頂き連携を図っている。		
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	運営推進会議開催の状況や身体拘束廃止の勉強会を行っている。事故発生時の報告等は漏れが無いように共有している。必要に応じて質問票などで助言を求めている。		
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	身体拘束について指針を定め事業所内に掲示している。事業所内勉強会を定期的開催している。同法人GH協議で委員会を設置し身体拘束廃止適正化を図っている。		
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	高齢者虐待防止委員会を同法人GH協働で委員会を設置している。定期的に虐待の芽チェックリストの勉強会をし職員間で虐待に関する意識を共有し防止に努めている。		

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支援している	成年後見制度、権利擁護の勉強会を定期的に行っている。制度に対して理解が深まるように職員間でも積極的に意見交換をしている。		
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	サービス利用前には事業所の特性をご理解頂けるよう十分な説明をし納得して頂いた上で契約凍結を行っている。また、ご家族からの疑問点にも丁寧に説明をしご理解を得られるよう努力している。		
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	利用者様ニーズはアセスメントを十分に行いプラン作成をしている。意見箱を玄関に設置し、苦情窓口の案内も掲示している。ご家族からのご意見苦情は他部署とも共有している。		
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	年2回、管理者との面談を行い運営に関しての意見等は聞いている。ケアに関してはカンファレンスを行い意見交換をしている。		
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	残業やシフト変更などの時は、スタッフへ確認してから行っている。		
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	毎月の勉強会や、認知症ケアの事例検討会を行い認知症ケアの技術知識向上に努めている。		
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	委員会等の勉強会を通じて、他部署との連携を深める努力をしている。地域のネットワークづくりや交流を通してサービスの質の向上にも繋げている。		

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	サービス利用時は本人の困りごとや要望等を親身になって聞き安心していただけ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	ケアプラン作成時は利用者様や家族様の要望を取り入れ作成している。		
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	家族様との話し合いやアセスメントツールを活用し適切なニーズ把握に努めケアに繋げられるように努力している。		
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	本人の出来ること、出来ない事を見極め、お手伝い頂ける事は、手伝って頂いている。		
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	誕生会やイベント等に、様子や写真を家族充てに送付し施設でのくらしぶりを報告している。常に相談し合う事でご家族とも状態を共有している。		
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	コロナの影響により、面会禁止は継続中であるがオンライン面会や、ガラス越し面会など、状況によって応じている。		
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様の特性や性格の把握に努め、孤立しないように、スタッフが間に入るなどしながら、コミュニケーションを図っている。		

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
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	退所後も家族や他施設の相談には、必要に応じて支援に努めている。		
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	センター方式を利用し、アセスメントを行い、利用者様の意向の把握に努めている。困難な場合は、家族様とも相談をし、入居者様本位となるようにしている。		
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	利用者様、家族様から積極的に情報収集を行い、生活歴を考慮したケアに努めている。		
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	モニタリング繰り返しを行い、職員同士、日々、情報共有しながら、利用者様の現状の把握に努めている。		
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	モニタリング評価を定期的に行い、客観的な視点で分析を行っている。家族様、主治医等の意見も踏まえてケアプランを作成している。また、状態の変化に応じて随時ケア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	利用者様の日々の様子を個別に記録を行い、申し送りや、カンファレンスの場で気づきを共有しケアやケアプラン見直しに活用している。		
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	多種多様なサービスの情報収集を行い、その時々にも生まれるニーズに応えられるようにしている。		

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
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	町内会長や民生委員、高齢者支援センターとの情報交換を行い、地域資源の把握に努め、利用者様が安全な暮らしが出来るよう努めている。		
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	かかりつけ医と継続的な関係を構築し、利用者様が安心して医療を受けられるようにしている。要望に応じて訪問診療や他医療機関を紹介している。		
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	週1回の医療連携、又は利用者様の体調に変化があった時、相談をし、適切な医療を受けられるようにしている。		
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。	入退院の際は、利用者様、家族様が安心して治療に専念できるように、医療機関と情報交換、相談を行っている。		
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	早い段階から本人、家族様と話し合いを行い、終末期での希望を確認、相談を重ねている。GHでの対応が困難な場合は、他施設を紹介している。		
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	急変時のマニュアルを作成し、共有できる場所に掲示している。訪問看護、訪問診察時に状態報告をし、連携を図っている。		
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	防災マニュアルに応じて、避難訓練を実施している。災害時に速やかに連絡できるよう、緊急連絡網を作成し、訓練を行っている。		

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	利用者様一人一人に合ったケアを行えるよう、職員間で情報を共有し合いケアを行っている。また、認知症ケアについての勉強会を実施し、ケアの向上を図っている。		
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	自己決定できるよう、作業等を行う際は利用者様がどのようにしたいかを聞ききながら、ケアを行っている。アセスメントを行い、利用者様のニーズにあったケアが出来るよう、職員間で共有している。		
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	一人一人の生活リズムにあったケアを行えるよう、無理強いはせず、利用者様の希望を尊重している。		
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	訪問理美容を利用し、髪型等は利用者様が直接、理美容師と相談しながら行っている。また、家族様の方の協力を得ながら衣替えを行っている。		
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	利用者様の摂食、嚥下機能等に応じて、食形態を検討し、安全に美味しく食事を取れるよう支援している。食器やおぼん拭き等のお手伝いに参加して頂いている。		
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	一人一人状態に応じて、食事量や水分量を確保できるよう、医師や看護師に相談しながら、提供している。食事量の低下がみられたりする時などは、医師の指示のもと、嗜好品や栄養補助食品を取り入れている。		
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、口腔ケアを行っている。必要に応じて、介助を行い、清潔保持に努めている。出血や痛み等ある時は、訪問歯科の利用を行っている。		

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
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、職員間で共有し、一人一人に合った誘導時間を検討し、実施している。必要に応じてトイレ介助を行い、自立支援に繋げている。		
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	排便確認、便の形状を観察し、医師や看護師に相談し、下剤の調整を行っている。それに伴い、食事量、水分量の観察をし、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	入浴拒否時には曜日変更して行っている。また入浴とは別に個別に皮膚や浮腫の状況に応じて足浴を実施している。		
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	日中の活動を促し、夜間の睡眠の安定を促している。睡眠の状況を観察し、安易な睡眠剤の使用や増量をしないよう、睡眠の慎重な支援を心がけている。		
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	医師、看護師、薬剤師に助言を得ながら、正しい服薬が出来るように努めている。利用者様の嚥下状態にも合わせている。		
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	アセスメントを十分に行い、得意分野や生活歴等を活かした個別のニーズをケアプランに反映させ、楽しみややりがいを持てる支援を行っている。		
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	外出イベントを支援に取り入れている。思い出の場所にドライブに出かけるなどして気分転換に繋げている。ご利用者様のレベルや状態に合わせてコース等は考えている。		

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	個人の使用する日用品は職員が代行して買い物を行っている。金銭管理の困難な利用者様は職員が管理している。希望により家族様と相談しながらお金の所持を見守る事もある。		
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	遠方に住む家族とのオンライン面会を積極的に行ったり、手紙の代読を行うなどをし、家族様、知人との関係が途切れないように支援をしている。必要に応じて年賀状の代筆も行っている。		
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	季節を感じられる掲示物や好みの写真を、要望に応じて作成している。清潔・不潔区域を明確に分け、汚物などによる匂いにも配慮している。温度・湿度にも配慮している。季節の植物を飾ったり、小さな庭を作り楽しんで頂いている。		
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	利用者様同士の交友関係の応じて座席を検討している。意思疎通が困難でも集団生活に溶け込めるような環境調整を行っている。トラブル回避が出来る関係性にも配慮し座席を考えている。		
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	入居時は馴染みの寝具などの持ち込みをお願いし、家具の配置は利用者様、家族様と相談しながら決めている。家族様の写真を居室に積極的に掲示している。		
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	トイレやナースコールの位置が分かりやすいよう、案内表示をしている。トイレやベットサイドには、動作能力に応じて手すりやポールを設置し事故防止に努めている。		

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

○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。

[事業所記入]

事業所名	グループホーム妙水苑
(ユニット名)	みずあかり
所在地 (県・市町村名)	青森県八戸市大字妙字分枝43
記入者職名・氏名	ユニット長 ・ 佐々木哉子
記入日	令和4年 9月 1日

[調査員記入]

訪問調査日	年 月 日
調査実施の時間	開始 時 分 ~ 終了 時 分
訪問先事業所名 (都道府県)	_____ (青森県)
評価調査員の氏名	氏 名 _____
	氏 名 _____
事業所側対応者	職 名 _____
	氏 名 _____
	ヒアリングを行った職員数 ()人

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	0290300110		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホーム妙水苑		
所在地	八戸市大字妙字分枝43		
自己評価作成日	令和4年 9月 1日	評価結果市町村受理日	令和2年10月23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	

【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>利用者一人ひとりの個性と思いを大切に、グループホームでの生活を有意義に過ごせるよう支援しています。事例検討を重ね、認知症ケアの知識・技術の研鑽に職員全員で励んでいます。地域の皆様にご協力を頂きながら、認知症予防の情報誌を発行したりと地域交流にも力を入れています。</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)】

--

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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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
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	事業所の理念に基づき、管理者、職員での共有、地域密着を重視した理念の実践に繋がっている。		
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	情報誌の発行、意見交換を通して、地域交流を図っている。		
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	情報誌を通じ、情報を発信し、利用者の皆様の生活等の様子を分かりやすく、具体的に報告している。		
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	積極的に意見を求め、助言を活かし、連携を図ってサービス向上に努めている。		
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に取り組んでいる	連絡を密に取ることで、取り組みや、対策の実施を共有している。		
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	具体的な指針を定めることで職員、管理者の共有、理解する事で、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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ないよう注意を払い、防止に努めている	定期的に虐待の芽のチェックリストを実施する事で、虐待が見逃ごされないよう意識向上に努めている。		

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支援している	年度計画として勉強会に盛り込むことで、制度を理解し、活用出来るよう努めている。		
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	サービス利用前にサービス内容を丁寧に説明し、家族様の不安、疑問に対する理解を得て、納得していただけるように努めている。		
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	利用者様のアセスメントを十分に行い、ニーズ抽出、プランに反映している。意見や要望、苦情等は、意見箱を設置する事で掲示、他部署とも共有している。		
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	職員の意見、提案を聞く機会、時間を設け、苑会議等で意見交換、共有を図っている。		
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	目標管理シートにて各自目標を対し、助言を行いながら働きやすい職場環境整備をしている。		
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	研修案内、研修者の実践内容を回覧する事で技術の向上に努めている。		
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	委員会等を通じて他部署、他事業所との交流、連携を深めている。		

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
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	入居前、利用差h様や家族様より心身の状態、日常生活状況、要望等を聴かせていただき、安心確保に繋がる関係づくりに努めている。		
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	施設見学や面談を行う中で、ご家族様の思いや要望等を伺い、家族様が信頼できる環境づくりに努めている。		
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	アセスメントを行いニーズを捉え、利用者様が必要とする支援を判断し対応できるように努めている。		
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	利用者様の残存機能や意欲に合わせ、出来る家事、洗濯たたみ等の役割支援を行い、やりがいを感じ共同生活を送れるように支援している。		
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	面会時や電話、月1回送付しているおたよりの中で毎日の生活の様子を伝え、必要な支援を共有し援助に介入しやすい環境づくりに努めている。		
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	新型コロナウイルスの感染症の影響により面会を控えていただいているが、タブレット面会を活用したり電話での交流の支援や手紙の代読の支援を行っている。		
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	利用者様同士の関係性を把握し、レクリエーション等を通じて、関わり合いが持てる関係づくりを支援している。意思疎通が難しい方に対しては、スタッフが間に入りお互い良好な関係が築けるように支援している。		

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
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	介護支援専門員が中心となって、入院や入院後等に病院連携室やご家族様との連絡調整を行っている。入院後、退居となっても情報交換を行い、その後の受け入れ先を紹介する等している。		
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	本人様や家族様より話を伺い、情報収集、分析を行い、ご本人様の希望や意向に沿ったケアプランを立案している。		
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	日頃の会話から本人様、家族様に、生活歴の情報を十分に得ている。サービス利用の経過等書類にまとめて把握に努めている。		
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	スタッフ間で情報共有に努め、生活状況、心身の状態等の現状を見極め、状況が変化するなかでも、そのご利用者様の状態に合わせた支援を行えるように努めている。		
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	ケアプラン説明時や面会時に本人様、家族様、関係者様と話し合い、介護計画に反映している。モニタリングを定期的を実施、課題やケアのあり方など、カンファレンスで意見交換し、職員間で周知しケアに活用できるようにしている。		
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	介護記録や申し送り、カンファレンス等で日々のケアの情報共有を積極的に行い、ケアの見直しに役立てている。		
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	ボランティアの受け入れも継続的に行っている。ご本人様やご家族様のニーズに対し、可能な限りの支援やサービスの多様化に努めている。		

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
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	高齢者援助センターとの情報交換や運営推進会議を通して地域資源の把握に努めている。町内会や民生委員と課題を共有している。		
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	利用者様、家族様の意向を確認し継続的な医療体制を整えている。要望に応じて訪問診察や他医療機関を紹介している。		
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	必要な医療を適切に受けられる様看護師と協働している。医療連携では、健康状態の情報交換を行っている。		
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。	入退院時、医療機関と情報交換を行い、利用者様、家族様が安心して治療に専念出来るよう努めている。又、入院後は医療機関の連携室担当者と退院後滞りなく受け入れ出来る様に情報交換を密に行っている。		
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	重症化、終末期に関する指針について、契約時に説明し同意を頂いている。状態の変化に応じ、繰り返し話し合いを行い、臨機応変に対応出来る様に支援している。		
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	急変時対応マニュアルを作成し介護、看護間で共有を図っている。		
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	防災マニュアルに基づいた避難訓練を併設施設合同で定期的実施している。緊急連絡網訓練も事業所で実施している。		

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
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	勉強会を通してケアの改善、向上を図っている。		
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	利用者様、家族様から情報収集しアセスメントを行い、意思を尊重し、認知症のある方でも出来る限り自己決定を出来る様に支援している。		
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	利用者様の気持ちや意欲に応じて、その人らしい生活が出来る様に支援している。		
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	定期的に訪問理美容を行っている。季節に応じて家族様の協力を得ながら季節に応じて衣替えを行っている。		
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	利用者様の意欲や体調に合わせ食器の片付け等の家事のお手伝いを安全に配慮しながら職員と共に行っている。また、嗜好品を取り入れて食欲増進につなげている。		
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	医師、看護師と相談しながら、食事摂取意欲、嚥下能力に応じた食事形態を検討している。		
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	口腔ケアの介助を行い、清潔保持に努めている。義歯調整、治療等は協力歯科に訪問診療を依頼している。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、出来る限りトイレでの排泄を促している。必要に応じオムツやパット類の検討をし、排泄状況は申し送り等で情報共有している。		
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	食事、水分摂取量や排泄状況を把握し、牛乳や乳製品の提供をしている。医師、看護師に相談し、下剤等の排便コントロールを行っている。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴拒否時には、日時を変更し体調や希望に合わせた入浴をしている。入浴日以外は、皮膚、浮腫の観察を行い、必要に応じて足浴を行っている。		
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	入眠状況を観察を行いながら心身の状況に合わせて日中の活動を促している。また、日中でもベットで休息をとる時間を作っている。		
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	医師、看護師の助言のもと、服薬管理を行っている。処方内容に変更があった場合は、申し送り等で情報を共有し、症状の変化の観察に努めている。		
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	生活歴や職歴などの情報収集をし、余暇時間に取り入れている。無理のない範囲で個々に合わせた軽作業(茶わん拭き等)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	苑周辺の散歩やお花見、ドライブなどの外出イベントを行っている。		

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	金銭管理が困難な利用者様は職員が管理を行っている。利用者様の日用品は職員が代行し買い物をしている。嗜好品は職員が代行し購入、また、必要に応じ家族に購入を依頼している。		
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	家族様から届いた手紙の管理、代読をしている。利用者様、家族様からの希望時は電話の介助を行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり	四季に合わせた装飾や写真を掲示している。また、気温や天気に応じ、施設内の温度や照明の調整を行っている。		
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	利用者様同士の関係性に配慮してテーブルの席を配置している。また、ホールに新聞や本などを配置し、いつでも楽しめる環境づくりをしている。		
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	家族の写真や作品を掲示し、写真や手紙を楽しめる環境づくりをしている。また、利用者様からの要望に応じ家具等の配置を行っている。		
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	居室に表札を掲示し、必要に応じ、目印を掲示している。また、トイレの入口に案内掲示を行っている。		

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	利用者様・家族様の介護ニーズが多様化している。それらに柔軟に対応していくため、さらなる認知症ケアの技術向上が必要である。	認知症ケアの専門性の強化と積極的な実践。	①事例検討の継続的取り組み。取り組み結果についての振り返りと共有。(年6回) ②実践者研修、リーダー研修への参加推進。前回受講者が受講者に助言を行うことで助言力を養成。(各年1回) ③同法人内グループホームとの交換研修の実施。相互の事例提供によるケア検討による客観的視点観察力の養成。(年3回)	12か月
2	12	新規採用職員が減少している。離職者0の取り組み、及び、職員個人個人の働き方のニーズに積極的に応じながら、幅広い人材を継続的に確保していく必要がある。	働きやすい職場環境づくり。離職者数0の取り組み。	①定期面談による働き方の要望調査。能力だけでなく個人的事情も含めた人員配置の見直し。(年2回及び随時) ②リフレッシュ休暇取得の推進。(随時) ③地域住民等への積極的な介護職員・ボランティア募集。広報誌の活用によるPR。(年2回)	12か月
3	33	利用者様の重度化、及び、終末期のあり方のニーズが多様化している。医療依存度の高い利用者様へ十分に対応していくため、今後、さらなる協力病院等との連携が重要になる。	利用者様、ご家族の終末期のあり方や支援についての満足度向上。	①利用者様、ご家族との看取り意向確認のための面談の実施。不安や要望の聞き取り。(随時) ②医師、看護師との連携強化。面談記録の共有。利用者様、ご家族を含め対応方法を段階的に検討。(随時) ③看取り勉強会の継続的取り組み。「強化テーマ…個人個人の死生観の違いについての理解」(年1回、及び随時)	12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。