

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）	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6年 8月 10日

〔調査員記入〕

訪問調査日	令和 6 年 10 月 4 日
調査実施の時間	開始 10時 00分 ～ 終了 12時 50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 向井 照美 氏 名 野月 真理子
事業所側対応者	職 名 管理者 氏 名 関川 英寛 ヒアリングを行った職員数（ 2 ）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6年 8月 10日	評価結果市町村受理日	令和4年 10月 28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6年10月4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)】

利用者一人ひとりの個性と想いを大切にし、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。令和6年度より休止していた認知症カフェも再開となり、今まで以上に地域交流に力をいれています。勉強会に積極的に取り組み、認知症ケアを積極的に実践できるよう職員が日々、研鑽を重ねています。

【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)】

職員全員が認知症の理解を深めるため管理者が中心となり、より実践的で現状に即した内容で毎月勉強会を実施するとともに、常に問題意識をもって職員間で話し合うことで認知症ケアの質の向上につなげている。また、町内会に加入し、地域の行事などには積極的に参加するほか、コロナ禍は中断していた認知症カフェを再開するなど、地域との交流に力を入れている。

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	事業所理念はユニットの玄関、事務所など見やすい場所に掲示し周知を図っている。理念に沿った運営ができているか管理者、ユニットリーダーを中心にチェックを行っている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を掲げ玄関や事務所などに掲示し周知している。勉強会の資料作成時や業務上の課題解決の検討時など、理念に基づいた内容になるよう職員へ意識づけされている。		
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	令和6年7月より認知症カフェ情報誌を再開している。地域の行事にも積極的に参加し地域交流を図っている。	町内会に加入し会合やイベントへ積極的に参加している。地域の回覧板に年2回事業所の通信を入れてもらったり、コロナ禍に中断していた認知症カフェも再開し地域とのつながりを深めている。		
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	認知症カフェや近隣学校の実習受け入れ等を通じて地域の認知症の方への理解、予防の啓発に努めている。			
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	運営推進会議では運営状況を報告し第三者からの客観的意見や評価をいただきサービス向上改善に役立てている。防災関連や感染症対策、リスクマネジメント等様々なテーマで協議している。	町内会長、民生委員、高齢者支援センター職員などの参加を得て2か月ごとに開催している。会議で様々な意見をもらい、職員へフィードバックし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に取り組んでいる	運営推進会議に年1回程度参加していただいている。また、集団指導を通じて報酬改定や制度などについて情報共有を行っている。認知症カフェでは定期的に介護予防センターと活動状況を情報交換している。	認知症カフェで介護予防センター職員との交流があり、情報を得てオレンジカフェの方など、多くのつながりを持ち、相互に交流することで協力関係を築いている。		
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。年度初めに指針見直しを行っている。委員会を中止として身体拘束ゼロに事業所全体で取り組んでいる。	法人内のグループホームの幹部職員が集まり定期的に会議を行い身体拘束について、学びを深め、それを各ホームに戻って職員と共有することで、事業所全体で身体拘束をしないケアの実践に努めている。		
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で共同で設置している。年2回虐待の芽チェックリストを実施し、結果をもとに高齢者虐待防止に関する勉強会の内容を検討している。			

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	成年後見制度、権利擁護の勉強会を年間計画を立て必須項目として実施している。事業所全体で制度の理解を深めている。		
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	契約時はグループホームの特性を理解していただき、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。施設生活におけるリスクについても十分に説明を行っている。		
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	意見箱を玄関に設置している。苦情窓口は入口のみやすい場所に掲示している。契約時には相談苦情対応フローについて十分に説明を行っている。ご家族の意見苦情等は、他部署とも共有している。	家族へは、契約時、意見や苦情があった場合の受付窓口や対応方法等について説明している。面会時や電話で連絡する際に意見を聞くようにするほか、利用者からは日常的に声掛けし希望や意見など聞くよう努め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	個別面談を年2回および随時実施している。取り組みに関するフィードバックの他、働き方の要望の他、有休希望等も確認している。	管理者は、年2回職員全員と人事考課による個人面談を行う他、日常的な会話の中や職員会議からも職員の意見や希望を聞くよう努めている。必要によっては、適宜に法人の上層部へその意見を伝え運営に反映させている。	
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	目標管理を上半期、下半期の年2回作成している。能力や働き方に応じた目標設定をしやりがいにつなげている。個人面談では、有給取得希望調査を行い、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	年間計画の中で勉強会のテーマごとに担当者を決め、資料作成のプロセスを通じて主体的な学習の機会となるようにしている。		
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	地域行事では他部署事業所と共同している。法人内外を問わず業務改善に役立てるための見学会なども実施している。		

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
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	施設見学、申し込み対応時は、介護に関する悩み、サービスの不明な点などについて耳を傾けている。他サービスの利用も必要に応じて紹介している。		
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	サービス利用時には事前に本人、家族、介護支援専門員などから情報収集を行いニーズを把握している。意向の変更はいつでも可能なことをお伝えしている。		
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	センター方式をベースとしたアセスメントシートを有効に活用している。本人の状態、家族の要望に応じて他サービスも紹介している。		
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	認知症ケアの基本を実践し、利用者本位の支援に力をいれている。利用者各々の習慣を大切にしている。		
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	ケアに関する相談を随時電話連絡や面会時に家族と積極的に行っている。本人と家族、職員相互の関係が途切れないよう工夫をしている。		
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	事前予約制の面会を受け入れている。年末年始の外出やお盆の墓参りなど外出の希望があれば可能な限り応じている。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。	感染対策に留意し面会できるスペースを提供し、家族や友人との面会の機会を確保している。家族の協力を得て、馴染みの美容院を利用できるようにしたり、手紙や年賀状を出すなど馴染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	利用者の能力に合わせて他者との交流の場で楽しみが共有できるように支援している。集団レク、個別レク等を組み合わせながら、関わりを継続でき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	入院時、入院後等時は連携室と情報交換し、受け入れ先を紹介する等している。退居後も必要に応じて情報提供を行っている。		
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改良した様式を活用している。介護支援専門員、計画作成担当者の相互チェックで本人本位のケアマネジメントを実施している。	センター方式でアセスメントを行い、利用者個々の「できる」や「したい」思いの把握に努めている。意思表示できない方については特に留意し主観的なアセスメントにならないよう本人本位に検討している。	
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	情報収集は利用者、家族、介護支援専門員から十分に行っている。習慣的に取り組んできたことも聞き取りを行いケアマネジメントに活かしている。		
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	ケアプラン作成時の流れを遵守し、利用者本位の視点で情報収集、課題分析が行えるよう努めている。必要に応じて医療関係者からも情報収集をしている。		
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	客観的な事実をもとにモニタリングを実施している。本人、家族の満足度も評価し、視点に偏りがないように動いている。	計画作成担当者が、利用者の満足度チェックをもとに、家族や医師、訪問看護師、職員の意見を反映させた介護計画の原案を作成し、さらに家族や職員の意見を聞き、より現状に即した計画立案に努めている。	
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	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。ユニット会議を通じて、ケア目標の確認を行っている。		
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	本人の健康状態に応じて、グループホーム以外のサービスも積極的に紹介している。法人全体であらゆるサービスが必要に応じて利用できる体制を整えている。		

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
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	運営推進会議を通じて、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っている。介護予防センターとも協働し認知症カフェを中心に、地域活動に取り組んでいる。		
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	サービス利用時に受診対応について家族と相談している。利用者、家族の意向に合った医療サービス利用をすすめている。通院困難時は訪問診療を紹介している。	定期的に訪問診療があり、入居時に希望があれば、かかりつけ医を変更してもらっている。入居前からのかかりつけ医を希望されたり、専門科への受診が必要な場合など家族の協力も得ながら適切な医療が受けられるよう対応している。	
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	訪問看護の看護師に医療的観点からケアの助言を積極的に求めている。必要な医療を適切に受けられるよう努めている。		
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、受診の際は必要な情報提供を書面と口頭で行っている。医療機関連携室スタッフと情報共有を行いながら利用者、家族が不安なく医療サービスが受けられるよう支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、看取りに関する指針を整備し、契約時に説明し同意をいただいている。看取り意向は定期的に行っている。意向は医療関係者と共有している。	看取りの指針を作成し、家族へ説明し希望があれば、訪問診療や訪問看護の協力を得て、看取りケアを行っている。希望がない場合は他施設を紹介し、適当な住み替えができるよう支援している。看取りを希望していて途中で気持ちが変わっても臨機応変に対応している。	
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	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。吸引機や蘇生板、AEDの保管場所等も事務所に掲示し職員全体で周知している。看護師訪問時に緊急時の対応にいて随時助言を受けている。		
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	防災委員会を中心に防災マニュアルを整備、訓練を重ねている。またBCPの見直し、整備を定期的に実施し災害時に強い事業所作りを目指している。組織体制が変更毎に緊急連絡網訓練を実施している。	防災委員会を設置し、消防署の協力も得て定期的に避難訓練を行っている。町内会へも協力を依頼しているが現状難しいと会長から言われているため敷地内の他事業所からの応援体制を確立している。災害時には3日間の備蓄も用意している。	

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	虐待の芽チェックリストの実施、接遇の勉強会を定期的に実施しケアの振り返りを行っている。毎月1回会議で高齢者虐待、不適切ケア改善についての助言を管理者が行っている。	虐待や接遇については毎年勉強会を実施し、職員の知識や技術の向上に努め、日常的なケアの場面でも管理者が中心となりプライバシーが侵害されていないか、不適切なケアになっていないか確認しあい、職員間で意見を共有している。	
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	アセスメントやカンファレンスを通じて意思決定が困難な方でも本人本位の意思決定がなされるよう職員全体で取り組んでいる。事例検討会を通じて共感的理解を深められるように自己研鑽している。		
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	本人の習慣、価値観を大切に支援に取り組んでいる。馴染みの生活をグループホームで継続できるようアセスメントに力を入れている。		
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	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。訪問理美容を希望に応じて利用している。		
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	個人の食事摂取能力に応じて食形態を検討している。嗜好品も取り入れながら食事を楽しめるよう工夫をしている。	利用者の食べたいという希望を聞きイベントや誕生会で食べられるようにしたり、もらった食材をメニューに追加するなど食事を楽しめるよう工夫している。食後の茶碗拭きなど出来る利用者には参加していただいて職員と一緒に片付けしている。	
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、看護師から助言を受けながら体調に合わせた食事の支援が行えるよう努めている。嗜好品も活用しながら無理なく栄養状態が維持できるように支援している。		
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	義歯調整等が必要な場合は訪問歯科に治療を依頼している。一人一人の能力や口の中の状態に合わせた口腔ケアを実施している。		

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
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	利用者それぞれの排泄パターンに合わせてトイレ誘導時間や使用パッドを検討している。尿意等がある限り、できる限りトイレでの排泄を促している。	温度版を職員間の排泄パターン把握のためのツールとして活用し、安易におむつ着用を選択することがないよう、可能な限り自立した排泄方法でできるよう努め支援している。	
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	便秘時は医師、看護師へ早期に相談し服薬コントロールを行っている。食事摂取状況の観察に努めスタッフ間で情報共有している。		
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	入浴は体調や生活パターンに合わせて声がけしている。拒否時は無理強いせずに変更する等柔軟に対応している。下肢浮腫がある利用者には足浴を行っている。	最低週2回の入浴機会を提供し、一人ひとりできるだけゆっくり入っていただくよう心がけている。歩行が困難な方でもシャワーチェアを使用し入浴機会を確保している。入浴の介助については、希望があれば同性介護で対応している。	
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	安易に眠剤等を使用しないよう努めている。日中の活動から見直し、夜間安眠につなげる。眠剤の使用は最小限としている。随時、医師、看護師と相談を行っている。		
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	薬局から発行される服薬リストで情報共有を図っている。医師、看護師の助言を受けながら、正しい服用ができるよう努めている。また薬剤師と健康状態を情報共有しながら服薬方法について随時助言を受けている。		
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	積極的に職員が利用者に関わり、楽しみややりがいを持てる支援を行っている。意思疎通が苦手が方も他者との交流が楽しめるようイベント形態を工夫している。月1回の行事、誕生会、併設施設との合同行事等を実施している。		
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	外出の要望にできる限り応じている。入居後も今までの生活が継続できるよう支援している。家族と過ごすために半日帰宅する等の支援もしている。	年間計画の中で、毎月必ず何らかの外出行事やイベントを行うよう計画している。そのほか、誕生日のお祝いに、欲しいものを自分で選んで購入できるよう買い物外出の支援を行ったり、日常的な敷地内の散歩など外出の支援に努めている。	

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
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	利用者の希望があれば、家族の同意のもと現金を一部本人管理としている。金銭管理が困難な利用者様は職員が出納帳で管理している。		
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	家族からの手紙の代読や電話でのやりとりのお手伝いを支援している。手紙や写真は本人の居室内の見やすい場所に掲示している。		
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	汚染区域を明確に分け、清潔感のある生活空間づくりに努めている。季節に合わせた掲示物を作成している。	加湿機能付き空気清浄機や床暖房、エアコンなど快適な環境づくりに努めている。共有空間のホールや廊下には、季節の装飾品や楽しそうなイベントや行事の写真など掲示し、居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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	利用者のプライバシーを守り、過剰に見守ることでストレスを抱えることがないよう配慮している。起こしっぱなし、寝かせっぱなしにならないよう生活にメリハリをつけ、体調や気分に合わせて離床を促している。		
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	家族写真等を自由に掲示している。馴染みの私物があれば希望に応じて入居時に持参していただいている。	入居時に馴染みのものや使い慣れた家具など持ち込むようお願いしている。仏壇、位牌を持ち込んでいる利用者もいる。居室内には、自分で制作した手芸品や花好きでたくさん花を飾ったりするなど居心地のいい居室環境となるよう工夫している。	
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	居室やトイレなどの場所が分からない場合は、貼り紙をする等の工夫をしている。起居動作、歩行能力に応じて家具の配置を個別に検討している。手すりの設置場所も居室毎に工夫している。		

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 ・ 堰端順子
記入日	令和6年 8月 10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6年 8月 10日	評価結果市町村受理日	令和4年 10月 28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)】

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。令和6年度より休止していた認知症カフェも再開となり、今まで以上に地域交流に力をいれています。勉強会に積極的に取り組み、認知症ケアを積極的に実践できるよう職員が日々、研鑽を重ねています。

【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)】

--

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、地域密着型サービスの意義をふまえたものになっており、見やすい場所に掲示し周知を図り実践している。		
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	令和6年7月より認知症カフェの開催を再開している。地域行事へも参加をし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	実習生受け入れや認知症カフェを通じて、地域の認知症の方への理解、予防や啓発に努めている。		
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	運営推進会議では運営状況の報告をし第三者からの客観的意見を頂き、サービスの向上に役立てている。感染症対策や身体拘束等、様々なテーマで協議している。		
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	運営推進会議に参加して頂いている。集団指導を通じて報酬改定や制度などについて情報共有を行っている。		
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	委員会を中心として身体拘束ゼロに事業所全体で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。		
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設置している。年2回虐待の芽チェックリストを実施し、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	職員は苑の勉強会にて権利擁護、成年後見制度について学び必要時には活用できるようにしている。		
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	契約時や解約時、改定の際は、十分な説明を行い納得頂いてから、契約締結を行っている。不安点や疑問点を確認するようにしている。		
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	意見箱を玄関に設置、苦情窓口は入り口の見やすい場所に掲示している。ご家族の意見苦情等は、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	個別面談を年2回または随時実施し、職員の意見を聞く機会を設けている。		
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	個別面談では働き方や有休についての要望を確認している。目標管理シート年2回作成し、職員個々の実績を把握できるようにしている。		
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	年間計画の中で勉強会のテーマごとに担当者を取り決め資料作成し主体的に学習できるようにしている。法人内外研修を受ける機会を設けている。		
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	他部署事業所と共同し、地域行事に参加している。法人内外を問わず業務改善に役立てる為の見学会なども実施している。		

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
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	施設見学、申し込み時は、本人様にお困りごとは無いかな、本人様の安心を確保出来るようにしている。		
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	サービス利用前に家族様、介護支援専門員から情報収集を行い、ニーズを把握している。申し込み時は家族様にお困りご事を聴いて信頼関係を築くようにしている。		
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	サービス利用前にアセスメントを行い、本人様、ご家族の要望に応じて他サービスも紹介している。		
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	利用者様本位の支援に力を入れている。利用者様の習慣を大事にしながら信頼関係を築くようにしている。		
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	お電話や面会時に、積極的に相談を行い共に利用者様を支える関係を築き、本人様と家族の絆を大切にしている。		
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	面会室を屋外に設置して、面会受け入れを行っている。外出の希望があれば可能な限り応じるようにしている。		
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	一人ひとり能力に合わせて、レクや軽作業行っ頂ながら利用者様同士関わり合えるよう支援している。		

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・入院後等は地域連携室と情報交換し、受け入れ先の紹介などを行っている。退居後も必要に応じて情報提供を行っている。		
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改良した様式を活用している。介護支援専門員・計画作成担当者の相互チェックとユニットの職員の意見を取り入れ本人本位のケアマネジメントを実施している。		
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	情報収集は利用者・家族・居宅介護支援事業所などから充分に行っている。自宅での暮らしぶりや習慣も聞き取りを行いケアマネジメントに活用している。		
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	ケアプラン作成時の流れを遵守し、利用者本位の視点で情報収集・課題分析を行うように努めている。必要に応じて医療関係者からも情報収集をしている。		
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	客観的な事実を基にモニタリングを実施している。本人・家族の満足度を評価している。現状に即した介護計画を作成するように努めている。		
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	申し送りノートや介護記録を活用し情報共有を積極的に行っている。また、ユニット会議の際には日々のケアに関して意見交換を行っている。		
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	本人の健康状態や家族の希望に応じてグループホーム以外のサービスも利用できるような体制を整えている。		

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
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	運営推進会議にて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っている。介護予防センターとも協働し認知症カフェを中心に地域活動に取り組んでいる。		
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	入居時に受診について家族と相談している。今までのかかりつけ医を希望する場合は継続できるよう支援している。通院が困難な場合は訪問診療を紹介している。		
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	訪問看護師に体調面・内服薬など医療的な部分の助言を受けている。適切な受診に繋げるよう支援している。		
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・受診の際は必要な情報提供を書面と口頭で行っている。医療機関連携室のスタッフと情報共有を行い、利用者・家族が医療サービスを受けられるように支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・看取りに関する指針を整備し、契約時に説明し同意を頂いている。看取りの意向は定期的に家族と話し合い、結果を医療関係者へ報告している。		
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	急変時の対応マニュアルを作成し介護と法人で契約している訪問看護とで共有を図っている。吸引機や蘇生板・AEDの保管場所を事業所内に掲示し職員全員周知している。訪問看護師に随時助言を受けている。		
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	防災委員会を中心に防災マニュアルを整備し訓練を重ねている。また、定期的にBCPの見直しと訓練を実施しており、災害時に強い事業所作りに努めている。また、組織体制が変更するたびに緊急連絡網運用訓練を実施している。		

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	虐待の芽チェックリスト・接遇の勉強会を定期に実施し、ケアの振り返りを実施している。毎月の会議で高齢者虐待・不適切なケアについて、その改善策を管理者から助言を受けている。		
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	アセスメントやカンファレンスを通じて意思決定が困難な方でも本人本位の意思決定がなされるようにユニット全体で取り組んでいる。事例検討会を実施し、共感的理解を深めることが出来るように自己研鑽している。		
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	本人の習慣・価値観を大切に支援に取り組んでいる。なじみの生活をグループホームで継続できるようにアセスメントに力を入れている。		
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	季節の変化に応じ衣替えなどをご家族様協力のもと行っている。訪問理美容と契約しており定期的に利用している。行きつけがあればそちらを継続できるよう説明する。		
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	個人の食事を観察し食事形態を検討している。嗜好品も取り入れながら食事を楽しめるようにしている。食後には洗った食器を利用者に拭いて貰っている。		
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	医師・看護師に助言を受けている。体調に合わせた食事が出来るよう支援している。嗜好品を取り入れ入居者様に無理のない範囲で栄養状態が維持出来るよう支援している。		
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	入居者様の能力・状態に合わせて口腔ケアを実施している。必要時には訪問歯科へ往診を依頼している。		

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	一人ひとりの習慣や排泄パターンに合わせてトイレ誘導やおむつ使用検討し自立支援を行っている。		
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	排便状況、食事、水分摂取量観察し、便秘時は医師、看護師に早期に相談行って服薬コントロールして頂いている。		
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ず、個々に応じた支援をしている	一人ひとりの体調やタイミングに合わせて、声掛けし入浴を楽しめるように工夫している。		
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	本人様の希望や体調に合わせて休んで頂いている。日中の活動から見直し夜間安眠に繋げている。		
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、薬剤師と健康状態情報共有しながら、服薬方法について随時助言を受けている。		
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	楽しみややりがいがある支援を行っている。他者との交流が楽しく出来るよう月1回の行事、誕生会等工夫し併設施設との合同行事も実施している。		
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	外出の希望には出来る限り対応している。家族と過ごすために半日帰宅等の支援もしている。		

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	利用者の希望する場合、家族の同意のもと一部を本人管理としている。金銭管理困難な場合は職員が出納帳で管理している。		
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	家族や友人からの手紙や電話でのやり取りのお手伝いの支援をしている。手紙や写真は利用者様の居室の見やすい場所に掲示している。		
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	汚染区域を明確にし、清潔感のある生活空間づくりに努めている。季節を感じてもらえるよう時期に合わせた掲示物を作成している。		
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	利用者のプライバシーを守り、過剰に見守ることでストレスを抱えないよう配慮している。生活にメリハリをつけ体調や気分に合わせて離床や臥床の促しをしている。		
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	家族写真や思い出の物があれば希望に応じて持参していただき自由に掲示している。		
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	一人ひとりの能力に合わせて手すりや家具を配置したり、張り紙をして分かりやすいように工夫している。		

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）	みずあかり
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・榊弘美
記入日	令和6年 8月 10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6年 8月 10日	評価結果市町村受理日	令和4年 10月 28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)】

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。令和6年度より休止していた認知症カフェも再開となり、今まで以上に地域交流に力をいれています。勉強会に積極的に取り組み、認知症ケアを積極的に実践できるよう職員が日々、研鑽を重ねています。
--

【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)】

--

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、生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				

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	理念を共有出来るよう玄関や事務所等目の届きやすい場所に掲示している。理念を実践できるよう、管理者、ユニットリーダーを中心にチェックし、周知を図っている。		
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	令和6年7月から認知症カフェを再開し、地域と利用者様が繋がりをもつ環境作りを行っている。又地域行事へ参加し交流している。		
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	実習生の受け入れを積極的に行ったり、地域住民に向け広報誌を発行したりし認知症への理解に務めている。		
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	運営推進会議を行い、イベントや勉強会の実施、防災関連や感染症対策等様々なテーマで協議し、第三者からの意見や評価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に取り組んでいる	年1回程度、運営推進会議に参加して頂いている。認知症カフェでは介護予防センターと活動状況などを情報交換している。		
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	委員会を中心とし、身体拘束ゼロに向け勉強会を実施したり事業所全体で取り組んでいる。		
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設置している。高齢者虐待防止に向け勉強会を実施したり、年2回虐待の芽チェックリストを実施している。		

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
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	成年後見人制度や権利擁護に関する勉強会を必須項目として行い、事業所全体で理解を深めている。		
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	契約時にグループホームでの生活について説明を行い、ご家族からの疑問等に答え、リスクについても理解して頂いて上で契約締結を行っている。		
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	意見箱は玄関入り口の見やすい場所に設置している。ご家族の意見苦情等があれば、事業所全体で共有している。		
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	管理者が年2回個別面談を実施している。要望や有休希望等の確認を行っている。個別面談以外でも随時要望や意見、提案等を聞く環境を作っている。		
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	目標管理シートを年2回作成している。目標の達成に向け就業出来るようつなげている。労働時間や有休希望等は要望を随時対応出来る環境作りをしている。		
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	担当者を決め、勉強会をテーマごとに実施している。資料作りを通じ学習の機会を作っている。法人内での研修も行っている。		
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	法人内の行事では、他部署と連携を取りながら交流の機会作りを行っている。情報共有しサービスの質の向上に努めている。		

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
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	サービス開始前に、施設見学等を行い、介護に関する悩みや不安等があればその都度耳を傾け、介護支援専門員等と情報共有しながら対応している。		
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	サービス利用開始前の段階で、ご家族等の要望等には耳を傾け対応している。又新しく要望や不安なことがあれば随時耳を傾け関係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	アセスメントシートを活用し、ご本人の状態やご家族からの要望に応じてその他のサービスを含めた対応ができるよう努めている。		
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	コミュニケーションを通じて、信頼関係作りに努めている。利用者様の生活習慣を大切にしながら、関係づくりを築いている。		
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	利用者様の状態変化時等は電話連絡をこまめに行ったり、面会希望があればその都度対応し、本人と家族との絆を途切れないう工夫し対応している。又、毎月のお便りにも利用者様の状態報告をおこなっている。		
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	年末年始やお盆のお墓参り等要望があれば可能な限り対応している。面会も事前予約を行い受け入れている。		
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	利用者同士の関係性に注意しながら支援を行っている。集団レクや個別レクを行い、利用者同士が関わり、支え合える環境作りに努めている。		

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	退居後や入院後も必要に応じて情報提供を行っている。		
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	アセスメントを行い、センター方式を活用し、介護支援専門員や計画作成担当者がチェックし、本人本位のマネジメントを検討している。		
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、ご家族、介護支援専門員等から情報収集し、これまでの暮らし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	細かい変化でも職員間で情報を共有、分析し現状を把握に努めている。医療機関との情報交換も行っている。		
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	ご家族や関係者と話し合い、本人の意見も反映させた介護計画作りに努めている。		
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	申し送りノートの活用、気づきがあれば申し送り時間やユニット会議等その都度情報共有し、介護計画の見直しに取り組んでいる。		
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	その時々生まれてくるニーズに応じて、グループホーム以外でのサービスも紹介している。又法人全体連携し必要に応じたサービスが利用できるよう整えている。		

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
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	運営推進会議を行い、町内会長や高齢者支援センター等との情報交換を行っている。		
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	かかりつけ医はご家族と相談し決め、利用者ご家族の意向に合わせ医療サービスの利用をすすめている。必要に応じて訪問診療もすすめている。		
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	週に1回の訪問看護の他、状態に応じて相談し、助言を求めている。		
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。	利用者が入院した時は、必要な情報を書面や口頭で行っている。医療機関と情報共有しながら、利用者、ご家族が不安なく医療サービスが受けられるよう、医療機関との関係づくりに努めている。		
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	看取りに関しては契約時に説明し同意を頂いている。状態変化時は必要に応じて看取りの意向を家族に確認し、医療機関と共有している。		
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、職員の目の届くところに掲示し共有している。職員全体で周知出来るようAEDや吸引機等等保管場所も掲示している。		
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	防災委員会を中止に、マニュアルを作成し見直しを行ったり、事業所全体で訓練を行っている。又、緊急連絡網訓練も随時行っている。		

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	毎月苑会議にて、管理者より高齢者虐待、不適切ケアについての助言の場を設けている。虐待の芽のチェックリストを実施し、それを元に勉強会やケアの振り返りを行っている。		
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	希望や思いを伝えられる利用者様へは自己決定できるよう支援している。思いを伝えることの難しい利用者様へは、アセスメントやカンファレンスを通じて職員全体で支援できるよう取り組んでいる。		
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	利用者一人一人のペースで過ごせるよう習慣等を尊重し、希望にそえるようアセスメントを行っている。		
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	毎朝の洗顔や整髪、ひげそり等支援している。季節に応じた洋服もご家族の協力のもと行っている。2ヶ月に1回くらいのペースで訪問理美容を行っている。		
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	食事摂取能力を把握し安全に食事できるよう食事形態を検討し提供している。食器の片付けは利用者様と一緒にしている。		
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	医師や看護師に報告相談しながら、一人一人の状態に合わせた食事が取れるよう支援している。嗜好品や栄養補助食品を取り入れる等し、栄養状態の維持に努めている。		
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	毎食後口腔ケアを実施し、口腔状態の観察を行っている。痛み等あり治療が必要な時は訪問歯科に往診依頼をしている。		

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	利用者の排泄パターンを把握し、それに合わせてトイレ誘導したり、汚染状況に応じ尿取りパットの検討、調整をしている。尿便意がある限りトイレで排泄できるよう支援している。		
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	便秘がみられる時は、医師、看護師に相談し下剤調整を行っている。食事摂取量を記録し職員間で情報を共有したり、毎日ラジオ体操を実施したり、予防に努めている。		
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	利用者の体調や生活習慣に合わせ、入浴の声かけを行っている。入浴拒否がある時は、無理強いせず曜日を変更する等対応している。		
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	夜間の安眠に繋げられるよう、利用者の状態や能力、生活習慣に合わせ、余暇活動への参加を勧めている。不眠が続く等状態変化があれば、随時医師、看護師に相談している。		
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	薬剤情報提供書で薬の目的や副作用等を理解し服薬支援を行っている。症状の変化等あれば、医師や看護師に相談し、助言を受けている。		
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	ご家族や利用者本人から生活歴に関する情報収集したり、コミュニケーションを積極的に取ることで、楽しみごと等を知り、それを活かしたイベントや個別レクが出来るよう支援している。		
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	お盆やお正月等外出希望があれば、出来る限り対応している。入居しても家族等関係が継続出来るよう支援している。		

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
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	お金の所持に関しては、利用者の能力の応じ、ご家族同意のもと一部本人管理としている。その他の現金は金庫に保管し、出納帳で管理している。		
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	利用者本人から家族へ電話連絡したい時や手紙の代筆等の支援を行っている。手紙や写真は本人の居室の見やすい場所へ掲示している。		
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	共用スペースは毎日掃除を行い、清潔保持に努めている。居心地よく過ごせるよう温度や湿度調整を行っている。季節を感じられるよう月事に掲示物を作成し掲示している。		
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	食事の席以外にも、ソファやテーブルを設置し、気の合った利用者同士で過ごせる空間作りを行っている。過度な見守りでストレスを感じないように、利用者のプライバシーへの配慮を行っている。		
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	自宅に近い雰囲気作りが出来るよう、本人、家族と相談し、馴染みの物を持参して頂いている。		
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	一人ひとりの能力に応じて、居室前に表れをつけたり、トイレの場所が分かるよう貼り紙貼ったり、状態に応じて個別に家具の配置を検討する等工夫している。		

事業所名： グループホーム妙水苑

2 目標達成計画

作成日： 令和6年 10月 24日

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	1	開設時当初の事業所理念を掲げている。職員への理念浸透が不十分である。	事業所職員に馴染み浸透しやすい現状に則した理念を検討する。令和7年度4月に理念を変更。理念浸透率100%達成。	・理念検討チームを構成。 ・他企業等の理念を調査。 ・アンケート等による職員意見の反映。 ・理念浸透率調査。 (職員へのGoogleフォームアンケート等)	6か月
2	10	運営推進会議において家族からの意見が反映されていない。	運営推進会議への家族参加。 令和7年度内1名以上参加。	・来援時に運営推進会議の参加協力を個別に口頭依頼。 ・広報誌、おたよりへの参加依頼を掲載。	6か月
3	19	おたよりについて、家族からの満足が得られていない。受診や健康状態の報告だけでなく日常生活の様子の写真も掲載してほしいとの意見があった。	おたよりの内容を充実させ家族満足度向上を図る。 満足度100%達成。	・他事業所のおたよりを調査。 ・おたより新様式の作成。 ・家族への満足度調査の実施。 (口頭での聞き取り、Googleフォームアンケート等) ・おたより以外にもケアプラン説明署名時にモニタリング、アセスメントも定期的に開示。	6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。