

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	グループホームさいうん
（ユニット名）	ユニット1（さいうん1）
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1管理者 二又 アヤ子
記入日	令和 6年10月 1日

〔調査員記入〕

訪問調査日	令和 6年10月23日
調査実施の時間	開始 10 時 00 分 ～ 終了 13 時 00 分
訪問先事業所名 （都道府県）	グループホームさいうん （ 青森県 ）
評価調査員の氏名	氏 名 主任 杉山 二美子
	氏 名 伊東美奈子
事業所側対応者	職 名 管理者（ユニット1・2）
	氏 名 二又アヤ子 ニッ森弘子 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	0272700964		
法人名	医療法人 南六会		
事業所名	グループホームさいうん		
所在地	〒031-0202 青森県八戸市南郷大字島守字阿庄内15番地6		
自己評価作成日	令和 6年10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	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23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)】

当施設は自然が豊かな環境の中にあり、さらに施設内敷地には多くの草花を植え、入居者には、時折散歩をして頂き、穏やかな心で暮らせる様に配慮をしている。併設にはクリニックがあり体調不良時はすぐ医療につなげる事が出来ている。また、近隣には市事務所、公共施設があり事務手続き等が簡便であり、消防署の他、大型の団地が隣接しており災害時の協力を依頼する事で入居者の安全の確保に努める事が出来ている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

自然豊かな環境の中、散歩できる庭園があり、四季折々の季節を楽しめる環境にある。1階にクリニックがあり、医療との連携が構築されている。また、大型の団地があり、町内会に参加している。入居施設もしっかりした建物になっているが、近隣には、消防署や公共施設があり、災害時の協力体制も整っており、安心・安全に過ごせるように努めている。

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

項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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、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	地域に溶け込んだ家庭的な生活を理念として掲げ、毎日、申し送り後に理念の唱和をし、地域行事等の確認をして、交流が続くように努めている	理念「人格の尊重、した意味の心を持った対応、地域にとけこんだ家庭的な生活、個性を活かした生活」を各ユニットに掲示している。常に目につくところにあり、実践に繋げている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	新型コロナウイルス感染予防を継続し、状況を見ながら交流を開始している。	コロナ禍前は、花見や6月に地域で行われている行事へ参加したり、事業所の夏祭り・文化祭等は地域の人たちも参加していた。現在は、町内会に参加しているので地区清掃へ参加している。状況をみて地域との交流を再開予定である。	
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	主に運営推進会議の意見交換時に内容に合わせて認知症の行動、心理状態を説明をしている		
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践、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	運営推進会議での意見や外部評価の結果から改善に向けた意見を活用してサービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回開催し行政や民生委員から情報やアドバイスをもらっている。民生委員より、地域のサロン開催日の情報提供等あり、参加を検討したりサービスの向上に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	介護保険課はメールで連絡を取り、高齢者支援センターから運営推進会議に出席してもらい、施設の状況や外部評価の結果等を報告して適切なアドバイスを頂いている。	会議の案内・相談や議事録をメールしている。市町村の担当者から人員職員が足りているか問い合わせがあったり、会議に参加しその都度相談してアドバイス・回答をもらい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	マニュアルを作成し提示している。職員の勉強会ではインターネット等の資料を参考にしたり話し合いの場を設け、レポートの提出をもらい、身体拘束をしないという認識を持たせている。2階に施設がある為、家族からは施錠許可の同意を頂いているが、出来るだけ施錠しない方向で行っている。	年3回勉強会を行い、マニュアルを確認しながら周知している。虐待事案を新聞から切り抜き提示している。実際にあった事例を含めチェックリストを作って意識付けや注意喚起・気づきを促し評価したり、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	話し合いの場を設けたり勉強会ではインターネット等の資料を参考にしたり、虐待を起こさない為の方法について理解を深め、レポートの提出をもらっている。マニュアルを作成し提示して、虐待を発見した時の対応方法、報告手順についても周知徹底を図っている。		

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	参考書を常備して定期的に勉強会を行い、必要性がある方がいればいつでも活用できるような体制にしている。		
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	契約時には事前に見学して頂き、利用者や家族に不安、疑問がおきないように重要事項説明書に基づいて説明し、安心して生活ができるように十分に納得してから契約をして頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	入居時には苦情先の説明をしている。毎月、電話や手紙で近況報告して、6か月毎の介護計画作成時や入居間もない時は頻回に状況を知らせ、家族の要望や意見を聞くようにしている。	入居時に家族の意向を確認している。入居後は、面会時やケアプラン作成時や電話等で意見を確認して家族の意見を取り入れるようにしている。	
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	ミーティングの機会を設け、日々の気づきや意見、提案をしてもらい、入居者の担当職員がすぐ実行に移せる体制を作り、運営に反映させている。月1回は会議を行い、確認と補足を行っている。	意見を出しやすい雰囲気であり、業務中やミーティングで意見がでるため、優先順位をつけている。職員から、主任へ意見や提案をし主任の意見で解決することもある。解決できないときは、事務長へ決済を求め、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	代表者は勤務状況を把握できるようにしている。労働に対するねぎらいや配慮を頂いている。やりがいを持って働けるように、資格取得には協力的である。		
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	研修案内等で職員が希望する研修への参加等、職員一人ひとりの力量に応じた研修に参加し、資格取得や知識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	県や市のグループホーム協会に加入し、同業者との交流やインターネットから情報を得る事で、サービスの向上に取り組んでいる。		

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	当施設を見学して頂き、他の入居者の事なども説明した上で、家族から情報を得たり本人の不安や要望などを聞き出し、それを受容し、初期の関係作りの大切さ意識し、安心して頂け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	サービス利用相談時に、まずは当施設のみならず、他施設もある事を説明している。本人や家族が何を求めているのか、必要としている支援を見極めた対応に努めている。		
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	サービス利用相談時に、まずは当施設のみならず、他施設もある事を説明している。本人や家族が何を求めているのか、必要としている支援を見極めた対応に努めている。		
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	入居者の生活歴から指導して頂ける事を学んだり、本人の力量に応じた得意分野を発揮して頂く事で、お互いに助け合って暮らす関係を築いている。		
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	介護計画更新時、電話連絡時、又は毎月のお便りで暮らしぶりや気づきの情報を伝え、家族の思い出と共に一緒に支えていく関係を築いて居る。		
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	家族に限らず兄弟や親せきとの面会も再開し、入居前の生活地域を回想してもらったり、今までの関係が途切れないようにしている。	コロナ禍時は、タブレットで面会を行っていた。現在は、電話で予約して面会をして、家族や知人の面会があり、一緒に写真を撮ったり、孫やひ孫まで来てふれあうなど、関係が途切れない様に支援をしている。林檎畑が気になる入居者には、会話をしながら外を眺め馴染みの場所を回想している。	
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	入居者の性格や仲の良い入居者同士の関係を把握し、生活作業などを通じて関わり合い、支え合える機会を設け、本人の意思を尊重しつつ、孤立しない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	病気で入院になった時など、近況の様子に気をとめ、家族へ確認の電話をしたりしている。必要な場合には相談に応じる体制を確保している。		
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	一人ひとりの希望や意向、思いについて常に関心を持ち、把握に努めている。生活作業など本人本位で出来るように努めている。	自発的に行動している入居者の思いや希望を周知し、職員が声かけ、促しをしており、得意なことを継続できるようにしている。最近では、生活の中で塗り絵を好きになり、本人の希望で塗り絵ができる環境を整えるなどの支援を行っている。また、思いの表出が困難な入居者の場合は、家族へ確認するとともに、日常生活の行動より、本人本位にできるよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族からの情報により、一人ひとりの生活歴に応じて、その人らしく生活できるように努めている。		
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	毎日の申し送りノートにより、一日の過ごし方や心身の状態、現在できる能力について把握できるようにしている。		
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	本人の心身状態や暮らしぶりをもとに、本人や家族、複数の職員と担当者会議を行い、主に担当職員の意見を反映させ、本人本位の介護計画を作成している。	入居時、1か月間でプランの作成・見直しを行っている。3か月の目標アセスメント・モニタリング確認をし、本人・家族・職員の意見を聞いている。毎月近況を手書きで家族へ送付し意向を確認している。他ユニットの職員からも意見を確認し現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の様子やケアの実践結果、気づき等を介護計画に沿ってケース記録に記入し、情報を共有しながら、その内容を介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々にもまれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族からのニーズに対応できるように話を聞き、短期利用などを取り入れたり柔軟な支援やサービスに努めている。		

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	本人の力量を発揮しながら楽しむ事が出来るように支援している。		
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し、納得が得られたか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	かかりつけ医は入居時に本人や家族の要望の医療機関である。また、他科受診時には職員が付き添いをしている。訪問歯科は家族から了承を得てから受診をし、その経過や結果を報告している。	入居時に本人・家族へ意向を確認している。メンタルヘルス科は、そのままの時もあり問題がなければ同じ建物内のクリニックへ変更している。検査で悪いところがあると、他科を紹介して早期発見につながっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	日中の状態の変化や気づきを併設医療機関の看護職員に相談し、適切な受診が出来るように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	退院までは家族との連絡を密に取り、安心して治療に専念してもらい、入院中や退院後についても病院関係者との情報交換や相談に対応している。		
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	重度化や状態の変化が起こる可能性については早期に主治医より家族へ報告してもらい、当施設で出来る最大限の対応を説明し、家族が安心して頂けるように支援している。	重度化した場合は医師から病状説明があり、家族等の意向を確認して、希望があれば事業所で看取りを行っている。同じ建物内にあるクリニックの看護師や薬局も協力的である。病状により、入院できる病院を紹介したり、退院するときは、状況に応じて対応し地域関係者とともにチームで支援に取り組んでいる。	
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	応急手当や初期対応が出来るように心肺蘇生法の講習を受け、定期的に訓練している。		
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	昼や夜の時間帯それぞれで自主訓練を行い、避難経路を確認にしている。スプリンクラーや自家発電の設置、非常食、水などの確保をしている。	年2回の自主訓練や合同訓練を予定している。近日常の訓練では消火器の扱いの訓練を予定している。地域と協定を組んでいたが、支援者の高齢化、地域住民が参加できなくなった。しかし、消防署が近いことは強みである。地理的に地盤が崩れる可能性もあり、訓練内容に取り入れている。	

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	人格の尊重を施設理念として掲げ、申し送り後に理念を唱和し、個々のプライバシーを心にとめてケアに当たっている。	一人ひとりの「したいこと(モップ掛け・茶碗拭き等)」を尊重し生活の中に組み込んでいる。興奮しやすい人は、落ち着けるように一人で過ごせる空間を提供しプライバシーを損ねないような声掛けを心掛けている。	
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	本人や家族、日々のケアからの情報により、何を求めているのか思いを表せるような機会を設け、急がずにゆとりをもって自己決定が出来るように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	前日の状況等を確認して、その日の体調や気分を把握し、一人ひとりのペースで暮らせるように、希望に沿った支援をしている。		
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	朝の整容の支援、季節に合った服装選らびなどでおしゃれを楽しんでいただいている。		
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	食習慣や好き嫌いを把握した上で食事を提供し、食事を一つの楽しみとして頂いている。入居者と話し合い、季節の物を取り入れ、準備を一緒にして、その人の力量を発揮して頂いている。	献立は入居者より、希望を聞き栄養士へ相談しメニューを決めている。身近で取れたきゅうり・芋・かぼち等は、おやつとして楽しみになっている。食材を切る、皮をむくなど一緒に行い、加熱し食べている。感染予防を徹底しアクリル板を継続利用している。	
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	毎食時に摂取量の観察をしている。摂取減少傾向時は管理栄養士から助言を仰いだり、主治医より栄養補助食品を処方してもらっている。水分もお茶を拒否する時は形態を変えたり、経口補水液等摂取してもらっている。		
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	毎食後に本人の力量に応じた洗浄をしてもらい、仕上げの口腔ケアと義歯の洗浄を職員が実施している。		

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	残存能力や自尊心に配慮しながら、小パットを併用したり出来るだけ布パンツの使用を継続してもらっている。また排泄チェック表を使い、個々の排泄パターンを確認し、出来るだけトイレで排泄する事を目指している。	個々の排泄パターンを把握し本人のわかる言葉で助言・誘導し、しつこくならないように自立に向けた支援を行っている。リハビリパンツから布パンツへ自立支援の実績がある。	
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	毎日排便の確認をしている。また、毎日体操を行い、食物繊維のある食品を勧めたり個々に対応する事で、便秘が続かない様、自然排便が出来る様に努めている。		
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	入浴日は週2回と決めているが入居者の要望を聞き、シャワー浴、清拭または入浴休み等個々に対応した支援をしている。足浴も実施している。	週2回のほか、入居者の希望に応じてシャワー浴や足浴を行い、個々に応じた支援を行っている。入浴剤を利用し温泉のようだと特別感を持ってくれる入居者もいる。	
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	一人ひとりが好きな時間に休息や安眠が出来るように支援し、安心した場所であると思っていただけように努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の薬の目的や副作用、用法、用量についての説明書をケース記録にファイルし、入居者が理解が出来るように説明している。服薬介助者を決めて内服後は症状の変化がないか確認したり内服記録をしている。		
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	毎日の生活作業では得意な事をさせていただき、それぞれが役割を持てる様支援している。毎月の行事等でも楽しんだり気分転換をさせていただいている。		
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	新型コロナウイルス感染予防を継続しているが外出頻度は少ないが、家族との面会をしたり、入居者と職員の語らいの場を設けて望んでいることを聞いたり寄り添える様努めている。	希望があれば、外出している。家族面会時、外出希望もあるが、新型コロナウイルスの感染予防対策を継続しており、外出を控えているのが現状である。来年度の取り組みとして、地域の神社への参拝等を検討している。敷地内の散歩コースを散策している。	

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	お金は紛失やトラブルの可能性もある為、預かりとしている。買い物を希望できる入居者へは家族の了解を得てカタログやネットで購入してもらっている。		
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	定期的到手紙をもらっている入居者もいる。また、本人の希望時や正月等は家族へ電話をする様支援をしている。		
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	居間に季節感のある飾り付けをして、季節の習わしや食べ物等も取り入れている。敷地内の庭にある大木の色づきや沢山の花々等、四季折々の変化を觀賞してもらっている。夏には施設のベランダの日除けとしてヨシズを掛け、季節の野菜や花を植えて季節の移り変わりを感じていただくようにしている。	入居者が作った作品を廊下に飾ったり、ベランダで野菜を作ったりと季節感を取り入れている。ソファやテーブルのレイアウトは、自由に過ごせる環境を作り、好きなところへ行って気の合う人と握手したり笑顔がみられ、居心地よく過ごせるように工夫している。共有の空間に空気清浄機を設置したり、感染対策を継続している。	
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	居間や廊下に椅子を多く配置し、気が向いた場所で思い思いに過ごせるようにしている。		
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	使い慣れたものを持ってきていただき、家族と協力しながら本人が住みやすいように工夫している。	自宅で利用していた和ダンスを持参したり、家族写真や位牌を持参し、家族が面会時供物を持参している。ダンスやベッドは備え付きであるが、設置場所を相談して決めて自分の居場所を理解し馴染んでいる。気に入ったものをいつでも持ってこれるようにしている。	
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	居室が分からなくなる方には居室前に名前を貼っている。転倒予防の為廊下には手すりを設置し、車椅子自乗の方は家具の配置など検討したり、出来るだけ自立した生活を安全に送られるように支援している。		

事業所名： グループホーム さいうん

作成日： R6年 12月 1日

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	21 24 48	自宅の生活で家事や趣味で楽しめていた事を施設でも継続させる支援や情報把握が足りなかった	入居者が一人でも出来たり、他者とでも楽しめる様支援する	1. 入居者の出来る事を把握する 2. やりたい事が苦痛になっていないか把握する 3. 一人でもできているか他者と一緒でもできるか観察する	6か月
2					か月
3	55	マヒや物忘れがあっても、ひとりで出来る事の把握や継続させる支援が足りなかった	促す時の声掛けやジェスチャーを理解しているか観察する	1. どの様な時に迷うかを把握する 2. 迷っている時は否定せず訴えを聞く 3. ジェスチャーで理解出来ているか観察する 4. 興奮や不調がないかなど体調を観察する	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。