

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	0271301104		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホームしろがね		
所在地	青森県八戸市白銀台三丁目11-3		
自己評価作成日	令和6年9月9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6年11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)】

事業所が移転して1年が経過しました。近隣の散歩や運営推進会議等を通して、地域の方にも認知されてきたと感じています。お花の寄付や草刈りもしてもらえるようになりました。
また、地域の介護予防教室に利用者も参加させてもらっています。
一歩ずつですが、地域に根差すことができるように歩んでいるところです。

【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)】

近隣には温泉や団地、小学校等がある環境に立地しているホームであり、近隣住民が草取りや花の寄付をしてくれる等、良好な繋がりがある。
ホームでは、職員の意見はより良いサービス提供のための大切な意見と捉え、日々の支援や計画に活かしている。また、各種マニュアルが整備されていることは勿論、避難訓練のマニュアル等、現状に即したものとなるように見直しも行っている。

Ⅶ. 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している (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	令和5年5月に事業所移転となり、新たに理念を「第2の我が家、第2の家族、Next Life」と掲げました。利用者にもスタッフにも一番目につく食堂へ掲示し、理念を共有しています。	事務所の移転に伴い、職員全員でグループワークを行って理念を作成している。理念は食堂等、ホーム内の目に付きやすい場所に掲示しており、職員は利用者を第一に考え、理念を反映させたサービス提供に取り組んでいる。		
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	町内での介護予防教室へ利用者が参加させてもらったり、公園への散歩時に地域の方と会話し、切り花をいただいています。また、近隣の保育園児が通った時に手を振ったり、お花の苗をいただき、花壇へ植えています。	日頃から地域行事に参加したり、近くの公園まで散歩に出かける等、地域住民との交流を図っている。また、公園を管理している近隣の方が、ホーム周辺の草刈りをしてくれる他、地域の保育園との交流や婦人部の訪問等もあり、地域住民との良好な関係を構築している。		
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	申し込みに来られた方へ、介護保険に関する事や認知症ケアで困っている事について、相談に乗る等しています。運営推進会議ではヒヤリハット報告書を基に、どのような対応をしているかを伝えています。			
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	事業所からの報告をして、地域の現状を聞き、町内へ車椅子の貸し出しをしたり、火災訓練にも参加していただきました。今後、意見交換を更に活発にし、協力体制を作りたいです。	ホームの行事や研修等の取り組みを報告している他、身体拘束や虐待に関する事も取り上げている。また、目標達成計画にも触れて、メンバーから意見を求めており、出された意見は大切な視点と捉え、サービスの質の向上やより良いホーム運営のために活かしている。		
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	生活保護受給者の方への面会対応で、お世話になっています。グループホームでの対応を話させていただいたり、担当課でできる事等を相談し、ご家族への連絡を行い、協力関係を築いています。	2ヶ月に1回開催の運営推進会議には、市や地域包括支援センターの職員がメンバーとして参加しており、ホームの取り組み状況を理解していただいている。また、制度やサービスに関する事等、都度助言をいただき、連携がとれる体制となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回開催し、運営推進会議でも内容を報告しています。夜間の戸締まり以外は施錠せず、自由に行動することができています。	身体拘束のマニュアルや同意書等を整備し、虐待については毎月、身体拘束については3ヶ月に1回、会議を開催している他、定期的に勉強会も行い、職員は身体拘束による身体的、精神的弊害について理解を深めている。また、職員は利用者への日々の声がけや気分転換に努め、見守りカメラも活用し、外出傾向を把握できるようにしている。	
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毎月開催し、勉強会にも参加して学んでいます。個々で実践する事を話して注意する他、意識して虐待防止に努めています。		
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	外部研修に参加し、スタッフ会議で伝達研修をしています。入居申し込みの問い合わせでも、成年後見制度を使用している方や、身元保証人がない方もおり、対応について管理者と相談しています。		
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、管理者より説明をしています。不明点や不安、疑問に思っている事は都度説明し、必要時はスタッフ2～3名でご家族と相談して、納得できるまで話し合いをしています。		
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	ご意見箱を設置していますが、現在投書はありません。面会に来た際や電話、LINEでのやり取り時に要望を聞くようにしています。	ホームの運営や利用者の暮らしぶりについて、家族には広報誌を送付している他、LINEでも情報を共有し、意見等をいただけるように努めている。また、日々の関わりの中で、利用者が意見等を出せる関係作りにも努めており、職員は利用者の表情や反応等からも、意見等を察するように取り組んでいる。	

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
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	個人面談を行い、職員の意見を吸い上げています。芽が小さいうちに対応することで、問題が大きくなる前に対応できるようにしています。	職員会議等で、業務改善について話し合いを行っている他、ホームでは職員間の関わりを大切にしており、様々な意見や情報を共有しながら、日々の支援に努めている。また、年2回、個別に職員の意見を聞く機会も設けており、出された意見はよい良いサービス提供のための貴重な意見と捉え、できる限り反映するようにしている。	
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	個人面談を行い、把握するようにしています。また、外部研修に全員が参加できるようにし、より多くの刺激を得ることができるよう、配慮しています。		
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	今年は法人内の業績向上研修に、2名参加しています。他にも介護技術者研修等もあり、研修内容は充実し過ぎているくらいです。		
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	外部研修に積極的に参加を促しています。一人ひとりの力量を見極め、年1回は全員が参加できることを目標にし、交流を積極的に行うことを推奨しています。		
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前に職員2名でインテークを行い、本人やご家族、医療機関、ケアマネージャーからの情報を基に、アセスメントを行っています。また、入居前に職員全員がアセスメントを確認し、安心して生活を送れるように努めています。		
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	入居に向けて、計画作成担当者を中心に聞く姿勢を大切にし、意識して、困っている事や不安な事、要望等を聞き、信頼関係の構築に努めています。		

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
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	事前のインテークを行い、情報を整理して、必要な支援を見極め、本人とご家族が事業所での生活に安心できるように努めています。		
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	アセスメントや本人の生活、人生背景を理解し、ADLや個々の能力に合わせて支援しています。自発的に活動できるよう、環境作りをし、食事の盛り付けや片付け、洗濯物干しや掃除等、感謝の言葉を伝え合うようにしています。		
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	本人とご家族の関係性を大切にしています。基本受診はご家族の対応で、手紙で状況をお伝えし、共に支える関係性を築いています。希望があればご家族へ電話し、本人と会話をして関係性を保っています。		
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	馴染みの病院へ受診したり、ご家族と外食や外泊、美容室や銭湯に出かけ、今までの社会との関わりを継続できるよう、支援に努めています。また、2ヶ月に1回、近隣の訪問理容も取り入れています。	入居時のアセスメントの他、日々の関わりの中で得た情報を職員間で共有し、馴染みの関わり方の把握に努めている。また、可能な限り、利用者の希望する場所へ外出できるよう、必要に応じて家族の協力も得ながら、美容室や銭湯等にも出かけている。	
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	個々のADLの状態や認知症状を考慮し、食堂の席を配置しています。活動の選択肢を作り、ADLに合わせ、他者と関わりを持ちながら生活できるよう、環境作りに努めています。		
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	退居後も必要時にはご家族と連絡を取っています。相談を受けて、他事業所や医療機関へ紹介をし、契約が終了しても、本人やご家族が安心してその後の生活が送れるよう、支援しています。		

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
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	毎日の記録の他、本人の訴えや言動を観察しながら、3ヶ月に1回アセスメントを行い、必要な支援を見極め、本人らしい生活が送れるよう、介護計画の作成を行っています。	センター方式のアセスメントで、利用者の思いや意向を把握している他、職員は担当制としており、日々の関わりの中で、利用者の意見を親身に聞き、把握に努めている。また、家族からも、面会時やLINE等で情報収集している。	
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	入居前のインテークを行い、本人やご家族、医療機関、ケアマネージャー等から情報収集を行い、人生背景の把握に努めています。		
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	生活状況や心身の状況をスタッフで確認、共有し、アセスメントを行うことで、介護計画に反映させています。		
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	担当スタッフによるモニタリング、アセスメントだけでなく、ユニットスタッフ全体でも課題を話し合い、ご家族の意見と合わせ、介護計画を作成しています。	介護計画作成時には、可能な限り利用者の意見を聞き、家族にも連絡して意向を確認している。また、計画作成時には職員とケア会議を行い、全職員の意見や気づきを活かしながら、個別具体的な計画作成に取り組んでいる。	
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	計画に基づいた日々の様子と一人ひとりの訴え、ニーズを介護記録に記入し、緊急性があることや受診支援に関しても、通院記録や申し送りノートを活用して、情報共有に努めています。		
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	一人ひとりの希望や状況に合わせたレクリエーション計画の他、近隣の散歩やドライブ、買い物等、状況に応じて行うように努めています。		
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	地域で開催された介護予防教室への参加や訪問の依頼をし、近隣住民との交流を図っています。		

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
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	入居時に本人やご家族から希望を聞き、支援をしています。入居後の状態変化やご家族の意向を確認しながら、事業所やご家族、医療機関で情報共有できるように努めています。	受診する医療機関は、これまでの馴染みのかかりつけ医を継続できるようにしている他、ホームの協力医への変更も可能としている。また、家族も含め、医療機関とは情報共有や話し合いを行っており、受診結果は緊急時以外は、毎月の通信にて個別に報告している。	
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回の訪問看護があり、利用者の状態を確認してもらっています。また、常時連絡が取れる体制を整えており、状態報告や相談をして、指示を受けています。		
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。	入院時には情報提供書を作成している他、特記事項についても、医療連携室や相談室、看護師等に情報提供をしています。退院時には聞き取りをして、退院後の支援に繋げています。		
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	入居時の意向確認を行い、入居後も状態を確認しながら、都度、事業所でできる事等を本人、ご家族と話し合い、意向確認をしています。また、記録に残し、情報共有をしています。	医療連携で週1回、看護師が訪問しており、24時間体制で相談できる体制にある。また、重度化や終末期の対応について、利用者や家族、医療機関と随時話し合い、意思統一を図っている。	
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	内部研修会を開催し、マニュアルの見直しや初期対応について、確認を行っています。		
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	BCPの見直しを実施し、日勤帯・夜間帯想定訓練を行っています。誰でも対応できるよう、新規スタッフを中心に行うように努めています。	避難訓練は火災や自然災害を想定し、それぞれ年2回行っており、避難誘導時は実際に時間を図っている。避難訓練のマニュアルは現状に即したものとなるよう、年4回見直しを行っている。また、訓練には地域住民も参加しており、緊急時の協力体制を整備している。	

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	資料を参考にして、倫理や接遇、ハラスメントの勉強会を行っています。虐待の芽チェックリストを定期的実施し、結果を基に分析したものを、会議の際に周知しています。	利用者は「さん」付で呼ぶことを徹底している他、利用者の個性を大切に声かけを行っている。また、気になる対応がある場合は、管理者が直接伝えており、職員が利用者の尊厳を大切に考えながら、日々のケアを実践できるようにしている。	
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	自分の思いを伝える方へは、仕草や表情、言動を観察し、できる限り希望に沿うようにしています。自己表現できるよう、聞く姿勢を大切にしています。		
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	自己決定できる方には、本人の生活リズムを乱さないように配慮しています。自己決定できない方には、いくつか提案をして会話をすることで、希望を把握できるように努めています。		
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	同じ衣類に拘りがある方へは、洗濯後、早めに乾かしてお渡ししています。服選びに悩んでいる時は、一緒に決めています。自分で選ぶことができない方には一緒に選び、同じ服ばかりにならないように配慮しています。		
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	できる方にはおしぼり作りや盛り付け、後片付け、食器拭きを職員と一緒に進めています。献立や好きな食品について会話することで、食事に興味を持って楽しんでいただけるように努めています。	入居時のアセスメントや日々の会話から、利用者の嗜好や禁止食も把握している。また、普段の食事は外注であるが、利用者の誕生日には手作りの食事を提供したり、外食に出かける等、利用者が食事を楽しめるように支援している。	
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	グローバルキッチンを利用し、栄養管理をしています。個々に合わせた食事形態で提供し、摂取量や水分量を記録して、変化時は訪問看護や主治医に相談できる体制ができています。		

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
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	各々の状態に合わせて、声がけや準備、見守り、介助をしています。定期的に義歯消毒を実施しています。口腔内の状態を確認し、異常がある時はご家族へ連絡をして、歯科受診を勧めています。		
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	定時でのトイレ案内の他、席を立ったり、居室から出てきたタイミングで声がけをしています。声がけや一部・全介助等、個々に合った支援に努めています。	利用者個々の排泄の状況を記録し、職員全員が事前誘導するタイミング等を把握している。排泄に失敗した場合も、他の利用者に気づかれないよう、声がけの仕方や声の大きさにも注意し、利用者の羞恥心や自尊心に配慮している。	
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	1日2回の水分補給の他、入浴後の水分補給も自由にできるよう、テーブルにポットとコップを置いています。毎日、体操の時間を取り入れたり、中庭の散歩が可能な方は、掃き掃除と一緒にしています。		
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	浴槽、シャワーの温度は個々に合わせて調整しています。タイミングを見て声がけし、拒否のある方は後日声がけをする等、個々に合わせて支援しています。	入浴の拒否がある場合は無理に勧めず、翌日に対応する等、工夫をしながら、週2回は入浴できるようにしている。また、時間帯や入浴方法等、可能な限り利用者の意向を取り入れており、中には週4回入浴する方もいる。	
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	居室やソファで好きな時間に休息できるよう、環境作りをし、自由に過ごしています。夜間は個々の習慣を把握し、居室でテレビを観ながら休んだり、介助を要する方は状態を見て、就寝介助をしています。		
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	薬の情報は個人のカルテに保管し、随時確認しています。薬の変更があった場合は、申し送りで情報共有をしています。内服薬は利用者の目につかない所で管理し、トリプルチェックで誤薬防止に努めています。		

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
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	体操や脳トレ、塗り絵、家事作業や花壇の水やり等、個人に合わせて行っています。イベントで外出をしたり、気分転換のために、随時外気浴を行っています。		
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	玄関に向かわれた時は、行動を止めずにスタッフが付き添い、一緒に行動しています。希望を聞いて、買い物やドライブ等の支援にも努めています。	天気の良い日は近隣の公園まで散歩したり、敷地内の畑作業をしている他、月1回は外出行事を行っている。また、外出先は利用者の希望を取り入れており、紅葉狩りのドライブ等にも出かけている。	
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	買い物目的の外出を支援し、店内で欲しい物を探したり、レジでの支払いを見守る等、支援を行っています。		
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	ご家族間の状況に応じ、希望がある時は電話使用に対応しています。また、年賀状等を書ける方には、自筆で書いていただいています。		
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	食堂ホール壁を使用し、月毎に利用者が制作した作品を展示しています。大型テレビは移動式で、見やすい位置に配置したり、カーテンで後方からの光を遮る等、都度行っています。	ホーム内は日差しが十分に入り、床暖やエアコンの使用等により、快適に過ごせる環境作りを行っている。また、利用者が季節を感じることができるよう、ホーム内に手作りの作品も飾っている。	
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	文庫や活動物品を利用者席の近くに設置しています。居室で書き物をしたり、食堂でパズルをしたり、隣席の方と協力する等、思い思いに過ごしています。		
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	本人の日常生活に合わせ、必要な物品を搬入してもらったり、レイアウトを手伝う等、居心地良い空間作りを支援しています。	利用者にとってホームが第二の我が家となるよう、馴染みの物等を持ち込み、利用者が居心地良く、落ち着いて暮らせる環境作りに努めている。居室には仏壇やソファ等を持ち込む方もいる他、持ち込みが少ない場合は、職員と一緒に作成した作品等を飾っている。	

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
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	できる事やわかる事、職員と一緒にできる事等を考えて、個々に合わせて、声かけや環境作りに努めています。		

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	0271301104
法人名	医療法人 仁泉会
事業所名	グループホームしろがね
所在地	青森県八戸市白銀台三丁目11-3
自己評価作成日	令和6年8月31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6年11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)】

事業所が移転して1年が経過しました。近隣の散歩や運営推進会議等を通して、地域の方にも認知されてきたと感じています。お花の寄付や草刈りもしてもらえるようになりました。
また、地域の介護予防教室に利用者も参加させてもらっています。
一歩ずつですが、地域に根差すことができるように歩んでいるところです。

【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№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している (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	事業所の移転や職員もだいぶ変わったことで、スタッフ会議で理念の見直しを行いました。今年度行ったことで、職員もしっかりと意味を理解することができていると感じます。		
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	地域の方からいただいた花を、職員、利用者皆で畑や花壇に植えました。また、近隣のお店に散歩しながら、買い物に出かけています。		
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	運営推進会議や介護予防教室で伝えていきます。今年は協力医療機関の病院に出張講座として、利用者や地域の方を対象に、「フレイル」について講義をしてもらいました。		
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	移転後1年が経過し、意見も徐々に増えてきていますが、まだまだ時間が必要だと思います。これからも出張講座の他、地域清掃や避難訓練等を重ねていく必要があると感じています。		
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	事業所移転の際に大変お世話になりました。相談する機会は多くはありませんが、研修参加や事故・感染症の報告、対策等は丁寧にアドバイスをいただくことができました。		
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	委員会は3ヶ月に1回ですが、スタッフ会議では、毎月何らかの話をしています。また、身体拘束チェックリストを活用しながら、自事業所だけではなく、他事業所を含めた分析から、勉強会を行うようにしています。		

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
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	委員会を毎月開催し、内容についてもスタッフ会議で周知しています。虐待の芽チェックリストを活用し、早期の段階で芽を潰すよう、気をつけています。個人面談で、管理者から気になる点を指導するようにしています。		
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	令和5年度は2名が研修に参加し、今年度は1名が研修に参加する予定です。実際に活用する場面がない分、外部研修で知識を習得しているのが実情です。		
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	一度の契約で全てを理解するのが難しい旨も伝え、入居後も質問等があった際は、遠慮なく伝えて欲しい旨を話しています。また、退居基準等に関しては、しっかりと伝えるようにしています。		
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	今年であれば、コロナが5類になったことで、面会方法についてご家族から意見があり、見直しや変更をしています。それを手紙に同封し、基準変更に繋げました。		
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	個人面談を年2回行っています。個人の問題なのか、組織の問題なのか等を見極めて、運営に反映するようにしています。また、意見を業務改善とし、事業計画にも盛り込んでいます。		
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	個人面談を行い、把握するようにしています。また、外部研修に全員が参加できるようにし、より多くの刺激を得ることができるよう、配慮しています。		
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践と力量を把握し、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	今年は法人内の業績向上研修に、2名参加しています。他にも介護技術者研修等もあり、研修内容は充実し過ぎているくらいです。		

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
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	外部研修に積極的に参加を促しています。一人ひとりの力量を見極め、年1回は全員が参加できることを目標にし、交流を積極的に行うことを推奨しています。		
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	入居したばかりは緊張も多いと思うため、時間をかけて寄り添うようにしています。言語化が難しい方は行動や表情等を観察し、不安や要望を汲み取り、その方にとって最善の対応に努めています。		
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	ご家族から話しやすいよう、職員からたくさん話すようにしています。また、認知症における経過の予測についても話すことで、少しでも安心感に繋げることができるよう、工夫しています。		
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	面談時等で、必要としている支援の中から、まず優先する事を見極め、本人とご家族が納得した上で支援するように努めています。また、他のサービスが必要な場合は、関係機関とも協力しています。		
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	得意な事や馴染みの作業等を中心に行っています。役割を持つことで、生き甲斐や自信に繋がるように支援し、職員を含め、他者から感謝の気持ちを伝えながら、共に支え合う関係を大切にしています。		
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	書類等の依頼の連絡の際や毎月のお便りで、本人の今の状態を伝えています。面会時やご家族と外出する限られた時間では、その時間を和めるような雰囲気作りに努めています。		
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	ドライブや誕生日等には、本人の意向を聞いて、思い出の場所や馴染みの場所へ出かけています。また、年1回ですが、友人が誕生日に来所してくれる方もいます。		

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
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、トラブルにならないよう、座席や作業等の役割を考慮したり、会話の流れ等を察知して、職員が適度に間に入っています。		
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	退居後も連携や相談しやすいような体制をとっています。入院後、退院先や今後の事についての相談も多々あります。		
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	普段の会話等で、思いや暮らし方の希望、意向を聞いています。そうした情報はアセスメントやカンファレンス時に、まとめて共有するようにしています。		
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	一人ひとりに合わせた形で支援するように気をつけています。時々「あの人ばかり!」と言った不満の声もありますが、喜怒哀楽全てが人生だと考え、支援するようにしています。		
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	介護記録に記入したり、朝の申し送りで一人ひとりの状態や変化等を報告し、把握できるようにしています。体調だけではなく、精神状態や認知状態も含めて話すことで、活動量にも変化をつけています。		
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	入居時、ご家族等から情報を得た上で状態の把握を行い、申し送りをして、介護計画作成時には職員全員で報告したり、普段の状況を大切に、反映させるようにしています。		
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	毎日、介護記録に実践した事や様子、情報を共有しながら記録し、介護計画の見直しにも活かしています。		
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	感染対策を行いながら、その都度必要な対応をして、ご家族や系列の事業所にも協力していただきながら、柔軟なサービス、視野等も広げ、対応するようにしています。		

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
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	運営推進会議等で情報交換を行い、地域の取り組みや介護予防教室等に参加しています。今後も積極的に参加していきたいと考えています。		
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	入居時に希望の受診先を確認し、他科受診に関してはご家族の対応になる可能性も伝え、了承の上、受診対応をお願いすることもあります。また、必要時には訪問診察や他医療機関を紹介しています。		
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	常時連絡が取れる体制を整えており、週1回、訪問看護もあります。受診内容や日々の状態を報告・相談し、適切なアドバイスを受けています。		
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。	訪問看護とは常時連絡が取れる体制を整えているため、相談や情報交換をしています。入院時には、事業所内での状態を協力医療機関に伝え、早期の退院に向けて協力いただいています。		
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、同意を得ています。看取りも行っていますが、状態の変化があった際には段階的に話し合い、事業者内での対応が困難な場合は、必要に応じて他施設や医療機関を紹介することもあります。		
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	勉強会での資料やマニュアルを参考にしています。また、新人職員にもわかりやすいように、緊急時・事故発生時のフローチャートを掲示し、口頭でも指導しています。		
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	緊急連絡網やマニュアルを作成し、年2回、日中と夜間を想定した訓練の他、BCP訓練も定期的に行っています。また、近隣の他事業所とも協力体制を整えています。		

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
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	利用者への人権は勿論ですが、職員間でも言葉遣いやハラスメントの勉強会等で注意しています。できない事は上司へ報告し、芽が小さい段階で改善できるように取り組んでいます。		
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	普段自分のできる方は、声かけを中心に行っていますが、身体機能や判断力が徐々に低下している方には、それぞれに合った声かけ、または、職員が一緒になって行うようにしています。		
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	職員がやるのではなく、一人でできる、一緒ならできる事を考えて行い、声かけもすぐにするのではなく、見守りし、見極めをしてから対応するようにしています。		
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	入浴時や外出の際は、声かけしながら居室へ行き、一緒に自分の服を選んでいただいています。なるべく同じ服にならないよう、注意しています。		
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	当日の献立を掲示しています。イベント等の際には、季節が感じられるように工夫しています。また、それぞれできる事は、職員と一緒に行うようにしています。		
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	一人ひとりの食事量や水分量を記録し、十分に摂取できているか確認をして、それぞれに応じた支援をしています。		
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	個人のレベルに見合った声かけや準備をして、介助しています。また、訪問歯科との連携も図っています。		

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
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	温度板を活用した定時のトイレ案内の他にも、パターンの情報を共有しながら、必要以上の声がけにならないように配慮しています。		
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	食べ物を刻みにしたり、便秘が続く時にはドライブや運動、牛乳を飲んでもらう等の予防や対応をしています。		
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	入浴の順番や一人ひとりの好みの温度に合わせ、リフト浴で入る方にも満足してもらえるよう、支援しています。		
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	本人の希望に応じて、居室や自席、ソファで休息が自由にできるようにし、就寝時間も一人ひとり把握して、居室へ案内する等の介助を行っています。		
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	一人ひとりの名前を呼称し、間違いのないよう、服薬の支援をしています。また、下剤の増減も訪問看護師に相談しながら、調整や確認をしています。		
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	利用者個々に合わせて、調理や掃除、計算問題、運動等を行っています。天気が良い日は1日1回以上、外気浴ができるようにしています。		
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	利用者一人ひとりの性格や身体状況を把握した上で、行事等では花見やドライブ、誕生会では本人の希望を確認し、支援しています。難しい方でも、事業所前の花壇や畑を見たり、工夫をしています。		

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
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	ご家族と相談の上で、お金の所持をしている利用者には、受診での外出や職員と一緒に買い物に付き添ってもらい、自由に買い物できるように支援しています。		
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	ご家族へ毎月お手紙を出していますが、その中に一言メッセージとして、本人に記入してもらおうこともあります。また、オンラインでご家族の顔を見てもらうことで、安心感を得られるようにしています。		
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	季節に合わせた作品や花等を共有スペースに飾り、四季の変化がわかるようにしています。また、近くの公園や中庭の木々、花壇の色づき等からも、季節を味わうことができます。		
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	食堂にソファ、廊下に椅子を用意して、読書やたたみ物、お話やテレビを見たりできるよう、自由に寛げる空間作りをしています。		
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	入居時にご家族にお願いし、持ち込んでいただいています。少ない時には、月毎のイベントの作品や写真を掲示するよう、工夫しています。		
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	一人ひとりの性格や身体状況に合わせ、できる事はご自身で行ってもらっています。普段の生活の中でも楽しみを取り入れながら、メリハリのある生活を送れるように支援しています。		

目標達成計画

事業所名 グループホームしろがね

作成日: 令和 7 年 2 月 2 日

【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組内容	目標達成に 要する期間
1	27	介護記録を手書きで行っているため、記録時間、記入漏れのチェック、データ抽出の際に時間がかかっている。	介護記録の電子化により、情報共有の円滑化、記録時間削減等の業務効率化を図る。	①ソフトの設定 ②職員へ操作方法の周知をする。 ③入力操作の練習	2か月
2	44	運動量の低下による、便秘や身体機能の衰え、不眠の予防が必要。	運動量を増加し身体機能の維持や便秘・昼夜逆転を防ぐ	①リハビリ機器の導入 ②一人ひとりの状況に合わせた運動メニューの作成 ③ケアプラン作成後実施する。	6か月
3	35	不審者対応時の訓練が不十分であり、職員によって動きが異なる。	定期的な訓練を実施し、実際の動きや役割の周知ができる。	①既存のマニュアルの見直し。 ②訓練後、意見を求めながら協力体制を確立させる。	6か月
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入してください。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加してください。