

### 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   | 0895100071        |            |              |
| 法人名     | 株式会社 グッドライフ       |            |              |
| 事業所名    | グループホーム シニアライフまかべ | ユニット名(     | A )          |
| 所在地     | 茨城県桜川市真壁町桜井1325番地 |            |              |
| 自己評価作成日 | 令和 5年 11月 12日     | 評価結果市町村受理日 | 令和 6年 4月 17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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0895100071-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0895100071-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 いばらき社会福祉サポート   |
| 所在地   | 水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階 |
| 訪問調査日 | 令和6年2月20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)】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位の介護をしている。認知症になっても一人ひとりの人間を大切にしたケアサービスの提供。</li> <li>・日課や規則に縛られない普通の生活を実現し、安らぎの場を提供するケアサービスの提供。</li> <li>・生きていることの実感と希望を持つことができるようなケアサービスの提供。</li> <li>・家族や地域とのつながりを深めていくような、地域密着ケアサービスの提供。</li> </ul> <p>これらの実現を目指しています。</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>事業所から御嶽山、吾国山、筑波山と山並みの眺望が楽しめ、利用者から山並みの景色について毎日会話が聞かれるなど四季の移り変わりを眺めながら利用者は暮らしている。管理者、職員は利用者一人ひとりが過ごしてきた生活が取り戻せるよう、利用者が今出来ることを役割としたり、利用者が今したい希望を聞いて叶うように支援するなど利用者へ寄り添った支援に努めている。事業所では利用者の嚙下、咀嚼の困難な状況の対応として素材をやわらかしたものを唐揚げや、エビフライ、ハンバーグ、団子などの本来の形で見た目を大切にしたい食事の提供ができる「やわらか食品」を導入して、正月にはお餅を提供するなど利用者へ喜ばれている。</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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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ったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

## 自己評価および外部評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|---|---|---|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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  | 事業所の理念があり、その理念を大切に運営している。理念は選考時や入社時に必ず説明している。   | 法人理念をもとに施設独自の理念を作成している。利用者には今できることを役割として動いてもらい、これまで家庭で過ごしてきた生活に近づけるように支援している。                       |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 従来より地域のお祭りなど、イベントに参加していたが、猛暑・感染症などの影響で接点が減少している。  | 隣接の桜井農村公園を利用する住民との交流の機会がある。近隣の住宅には「シニアライフまかべ通信」を回覧板で回してもらっている。近隣の商店に買い物に出かけて、お店で交流している。             |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 市の行事などに参加し、また社会福祉協議会などへ行き、認知症についても理解してもらえるよう努力している。   |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 運営推進会議に、利用者家族、区長、市、民生委員が参加し、定期的開催し施設の取組を報告している。意見をサービス向上に活かせるよう努力している。感染症対策が必要な場合は書面での会議を行っている。 | 家族等の代表や市職員、民生委員等が参加して、同法人のグループホームと合同で開催している。委員から様々な意見や提案が出て、話し合い検討している。                             |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組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   | 主に介護保険課、地域包括支援センター、社会福祉課と相談をして協力関係をとっている。   | 管理者は定期的に認定更新申請などで担当課窓口に行くことで報告や相談など良好な関係が構築されている。地域包括支援センターから利用者の受け入れ要請があり、事業所としては誰でも受け入れる体制に努めている。 |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束については、研修や身体拘束適正化委員会などを通じて理解を深めている。身体拘束をしないで安全を保てる方法を考えるようにし、拘束をしないケアを心がけている。                | 身体拘束排除のための指針を作成し、委員会を開催している。毎月の会議で拘束しないケアについて研修を行い、職員に周知している。マニュアルややむを得ず身体拘束をする際の書類を整備している。         |                   |

| 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 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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        | 不適切な介護が行われないう、また段階的に増大しないよう努めている。事故や異常があれば報告し検討を行っている。虐待防止検討委員会を開催予定。                              |   |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 日常生活自立支援制度や成年後見制度は、必要があればご家族等に紹介できるようにしている。市が開催した成年後見制度についての勉強会に参加した。                              |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約までにはサービスの利用を必要とした理由や困りごとを聞き取り、重要事項の説明を必ず行ったうえで、不明な点や疑問がないか尋ねる。解約に至るまでには相談を受けようとしている。             |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員なら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                     | 家族の面会時に出来事をお伝えしたり、利用者や家族と会話したりする中から、意見・要望を申し受けた際は改善するように努めている。写真の写りや郵送物についてのご指摘を頂いた。外部の相談先を案内している。 | 重要事項説明書に苦情・相談受付機関を明記している。以前は意見箱を設置していたが、現在は意見や要望がある時は、管理者に直接電話をしてもらおう対応に家族等へ伝えている。  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 定期的な面談やミーティングは代表者・管理者が職員の意見や提案をきく機会となっている。不定期で職員にアンケートをとっている。                                      | 職員からのアイデアで、レクリエーションを兼ねて居間の壁などに季節感が窺える張り絵などを利用者と一緒に制作したいとの要望から物品などの購入依頼などに迅速に対応している。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 評価基準を定め、処遇に反映している。入社時や生活環境が変わったとき、労働環境や勤務形態の変更の要望はできるかぎり叶えるよう努めている。                                |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | すべての職員は、法人内外の研修に業務として参加する機会があるほか、本人の希望によっても参加している。インターネット配信の動画研修も受講できるようにしている。                     |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 市内の他事業所や社内の事業所と合同で研修に参加している。県内の事業所と交流する機会を持った。   |   |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|-----|--|--|---|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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 | 相談や契約、入居のときに、ご利用者の要望や生活の様子をきき、それに応えられるよう努めている。生活の中で役割を持つことに繋げている。                                    |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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            | サービスを開始する前に、居住型サービスの利用することとした背景などを聞き取り、ご家族等の要望や困っていること、心配事などが解消できるような提案に努めている。                       |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、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        | 介護サービスの利用を希望される本人と家族の事情を聞き取っている。居宅サービスや市内外の事業所、介護保険申請、地域包括支援センターなどを案内することがある。                        |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 理念に定めて、利用者の立場を尊重している。ご利用者が、生活のなかで出来ることを行うことができるようにしている。  |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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         | ご家族によってそれぞれ違う、ご利用者の生活支援に参加できる度合いを勘案しながら、通院、面会など、繋がりが続くようお願いしている。                                     |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 面会や外出よりも、感染症対策を優先せざるを得ない状況が続いた。そのなかでも、オンライン面会や生活の様子を紹介するお知らせを導入して、生活の様子が届くように配慮している。徐々に個別的な外出を行っている。 | 利用者の健康状態に応じて、事業所の車で自宅を見に行きながら写真を撮るなど支援している。定期的な外出はコロナやインフルエンザなどの感染予防対策を鑑みながら可能な限り実行するよう努めている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 個々人が共同生活を送るなかで、良い関係性も悪い関係性も出来上がることがあるが、場所や時間を調整して良好な関わりとなるよう努めている。                                   |   |                   |
| 22                          |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている  | サービスが終了しても、相談事に対応している。   |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | 生活の変化や心身の状態、有する力の変化に気づいたときは共有し、カンファレンスの際に介護・支援に反映するようにしている。                | 利用者との日々の会話や関わりで希望や意向を把握しているほか、表出困難な利用者とは、態度や表情から汲み取り職員間で相談しながら把握するように努めている。                           |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | サービスを開始する前や出来事の報告の際などに、ご家族等の要望や困っていることを聞き取り、これまでの生活歴や生活環境を聞き、把握に努めている。     |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 生活の変化や心身の状態、有する力の変化に気づいたときは共有し、カンファレンスの際に介護・支援に反映するようにしている。                |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | スタッフが行うサービスの達成度や状態を会議などで共有・評価して、介護計画の作成に繋げている。また、介護計画がいつでも見ることができるようにしている。 | 入居時には、計画作成者がアセスメントを実施し、短期目標が3ヶ月の計画書を作成している。継続中の利用者には、短期目標6ヶ月と長期目標1年で計画書を作成し、3ヶ月毎のモニタリングを実施しながら見直している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の様子を記録し、申し送り時に職員間で情報を共有している。カンファレンスを開催し、実践や介護過程の調整に繋げている。                |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 新聞をとる、選挙に行く、携帯電話を所有する、寿司を食べる、髪を染めるなど、個別的なニーズを潰さないようにしている。                  |   |                   |

| 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<br>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                                      | フォーマルなサービスを活用できる幅は広がらないが、医療連携などで安心した暮らしができるようにしている。   |   |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 事業所が連携体制をとっている病院は決まっているものの、家族や本人の意向を聞き、かかりつけ医との関係を続けることができるよう支援している。                            | 協力医療機関の医師による訪問診療と訪問看護が月2回入っている。24時間オンコールの体制も整えている。受診時は職員が付き添い、日ごろの状況を医師に伝えている。  |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、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                          | 提携病院に相談できる体制になっている。事業所の看護職いるほかに、連携体制をとっている訪問看護ステーションがあるため、随時情報を職員に発信して共有している。                   |   |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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。 | 利用者が安心して治療を受けられるよう、また早期に退院できるように、病院関係者と情報交換や相談を行っている。情報提供が、正確で速やかに行えるよう心がけている。                  |   |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化した場合や終末期のあり方については、入居時や変化があったときに話し合いの場を持ち、意思表示の書類や同意書を作成している。終末期は、医師からの説明をもとに判断していただくようにしている。 | 契約時に「重度化対応、終末期ケア対応指針」を説明し同意を得ている。重度化した時は主治医の説明を受けて方針を決定している。以前看取り介護を支援したが、看取りの段階時にその場の対応を話し合うのみで、定期的な研修を実施するまでには至っていない。 | 看取りを実施する事業所として重度化や看取りのマニュアルの作成と職員に対して重度化や看取りについての定期的な研修の実施を期待する。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 利用者の急変や事故発生時に備えて、職員はマニュアルや指針に沿って行動できるよう努めている。   |   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 避難訓練を行い、迅速かつ安全に避難ができるように努めている。  | 夜間想定を含めた避難訓練を年4回実施している。訓練後は反省会を行い次回に向けた課題について話し合っている。コロナ禍から現在まで感染予防対策から住民の参加を得た避難訓練を実施するまでには至っていない。                     | 特に夜間非常時の避難した利用者の見守り役として地域住民の役割をお願いするためにも、避難訓練に地域住民参加を期待する。       |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 尊厳に配慮し言葉かけには気を付けるようにしている。   | トイレ誘導の声掛けは小声で対応しているほか、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。管理者は日常的に職員が利用者との会話での声のトーンなどに注意しながら会話するように指導している。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人の思いや希望の表出があれば受け入れることが適切な認知症介護のあり方であると認識している。                                    |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 基本的な食事の提供時間などは決まっているものの、その人のペースを大事にすることがよう心掛けている。                                 |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その人の身だしなみ、おしゃれを尊重している。服や靴などを買うときは、ご本人が選ぶようにしている。整容に努めている。                         |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食べたいものを実現するようにし、美味しく食べることができるようにしている。食事の準備や片付けができる方にはその能力を発揮できる環境を整えるよう努めている。     | 利用者のすぐ近いところで調理職員がユニットの調理場で時に利用者にも皮剥き等を手伝ってもらいながら調理をしている。「やわらか食品」の導入によって嚥下食に対する対応が大幅に改善された。       |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 食事の量や栄養のバランスは体重の推移や検査結果、生活歴、医師の所見を踏まえて必要量の確保に努めている。水分量は一日の目標値を定めて工夫して確保するようにしている。 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、一人ひとりに合ったかたちで口腔ケアができ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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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むけた支援を行っている                             | 無理のない範囲で、トイレで排泄ができ、オムツの使用を減らせるよう支援している。  | 寝たきりの利用者には、センサーを利用し排泄したことがすぐに把握できるようにしており、オムツやパット交換をすぐ行い、不快感を無くす配慮努めている。                  |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 排泄の記録をとり、周期を把握している。水分量を把握し、運動を働きかけたりファイバーを摂ったりして便秘の予防に取り組んでいる。それ以外の場合は、医療的なアドバイスを得ている。 |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々にそった支援をしている                       | ある程度入浴の日時は決めさせていただいているが、利用者の希望を考慮して柔軟にタイミングを変更している。                                    | 同性介助希望も対応している。その人に合った温度の対応や利用者一人ひとりが楽しめる個浴対応となっている。脱衣所にはエアコンを設置し、温度差に配慮している。              |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 一人ひとりの習慣を把握し安心して過ごせるよう努めている。睡眠センサーを使用して、質的時間的に良好な睡眠がとれるよう取り組んでいる。                      |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 薬剤師による居宅療養管理指導を活用しながら、服薬の支援と症状の変化を確認している。服薬に変更があれば、情報共有ツールや会議で情報を得る体制をとっている。           |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | 一人ひとりの趣味や楽しみ、できることを把握し、役割や楽しみの機会を持てるよう支援している。  |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している | 常時外出が可能な状況ではないが、外出ができるような支援に努めている。月に一度、外出日を設けて外出しているが、感染症対策のため中止している。                  | 月に1度外出日を設定して外出していたが、現在は控えている。昨秋は宮の山公園に出かけた。少人数での外出は実施している。近くの商店に買物に出かけたりしておやつを買物等を楽しんでいる。 |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 外出時などに買い物ができるように支援している。お金を管理できる方には管理していただくこともある。                       |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 利用者と家族の関係性にもよるが、手紙や電話、オンライン面会でのやり取りができるよう支援している。携帯電話を使用して自ら電話することもできる。 |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共用空間で不快や混乱をまねかないよう明るさや温度、配色、配置等に気を付けて支援している。                           | 居間兼食堂はかなり広く天井も高く天窓もあって明るく、ゆったりした空間となっている。大き目のソファが置かれて、ゆったりとテレビを見たり寛げるようになっている。玄関の脇にはテーブルと椅子があり、いつでも外気に触れながら、目の前の山並みを眺められる。ユニットの居間兼食堂の一角に調理スペースがあり、利用者は近くのテーブルで調理の下準備を手伝ったり、調理員の調理の様子を見ながら過ごすことも出来る。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | ひとりになれる空間や、気の合った利用者同士が過ごせる空間を確保している。                                   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室へは馴染みのものを持ち込むことを推奨している。随時、過ごしやすいようにレイアウトを調整している。                     | 大き目のクローゼットがあるため、必要ないものはクローゼットに収納でき、その分居室はすっきりとしている。居室でテレビを見たいといった利用者も多く、ゆっくり座れる椅子なども持ち込んでいる。それぞれの利用者の好みに応じた物が持ち込まれ、過ごしやすい部屋になるよう配慮されている。  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「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   | 建物内部は安全に生活できる努力している。気が向いたときに安全に移動できるよう、歩行機や車いすなどを使用するときは、適切なものを提案している。 |   |                   |

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームシニアライフまかべ

作成日 令和 6年 4月 16日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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組み内容   | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 12   | 看取りについてのマニュアルが近況に合わな<br>いために活用されておらず、状況別の指示や<br>マニュアルとして散在している。 | 状況別の指示やマニュアルを集積<br>する。                   | 緊急時の連絡体制のマニュアルとターミナル<br>ケアのマニュアル、終末期の介護の方針など<br>を刷新・集積し、重度化対応、終末期ケア対<br>応指針、延命に関する同意と準備、連絡体<br>制、看取り介護の実践などからなる新しいマ<br>ニュアルを作成する。これに沿って研修を行<br>う。 | 3ヶ月        |
| 2        | 13   | 災害時の避難で地域住民の協力を得るような<br>関係の構築を行えていないこと。                         | 災害時に、必要に応じて地域の住<br>民の協力を得ながら安全に避難す<br>る。 | 避難訓練の際に地域の代表の方が参加してい<br>ただき、理解を得る。  | 12ヶ月       |
| 3        |      |   |  |   | ヶ月         |
| 4        |      |   |  |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |  |   | ヶ月         |

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。