

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 7 年 5 月 11 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470102256		
法人名	有限会社安寿		
事業所名	グループホームやまびこ		
所在地	広島市安佐北区三入六丁目 2 2 番 1 1 号 (電話) 082-810-1157		
自己評価作成日	令和7年4月18日	評価結果市町受理日	令和7年6月5日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3470102256-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	令和7年5月2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）】

今年、職員と共に介護を他人事として考えるのではなく、自分事として考え「自分がこの施設に入って暮らしたいか」を視点に置き、令和7年度の運営目標を設定しました。 「穏やかな時の流れで生活できる環境を整えます 今日1日を大切に！ ・心のこもった声かけ、話しかけ、笑顔・目くぼり、気くぼり、心くぼり」 理念や目標を意識したチーム作りが不適切ケア、虐待防止に繋がると思います。
--

【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）】

「心の輪を大切に笑顔のある生活の場を創り、安心とやすらぎを提供します。」を運営理念とし、利用者、家族、職員が心をかよわせ楽しく生き甲斐を持って過ごせるよう職員全員の意見が反映した年間目標を掲げ日々実践している。年度末には振り返り新たな目標を設定する等、全職員が目標達成に向け尽力している。運営推進会議で事業所の現状の報告を行い情報を共有し、家族には毎月写真や便りで生活の様子を伝え、利用者の今を知ってもらっている。職員はいつでも管理者と相談や提案等が話しやすく、技能実習生とのコミュニケーションを図り安心して働ける職場作りに取り組んでいる。食事、排泄、入浴等、利用者一人ひとりの思いを汲み取り、個々に対応した支援を行っている。災害時は地域と協力協定が築けていて、非常時には見守り等協力を得る事ができる。
--

自己評価	外部評価	項 目（ 1ユニット ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	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踏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。	ホーム内に掲示するとともに、年度末に職員のミーティングを行い、事業所の理念に沿った具体的目標を設定し、1年間の目標を立てて実践している。	理念に沿った年間目標を設定し、目に付く場所に掲示し、朝礼、夕礼の申し送り時に唱和し意識づけをしている。3ヶ月毎に具体的に目標を検証し、年度末に職員全員が年間目標を振り返り、課題から全職員の意見が反映した次年度年間目標を決め共有し実践に繋げている。	
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。	毎年町内秋祭りには神輿でホームに健康祈願にきてもらい利用者も参加している。地域と非常災害時の協力協定を交わし、協力体制を整えている。	以前はボランティア、子供太鼓、園児の来訪、住職の法話等の交流をしていたが現在は中断となっている。地域と災害時の協力体制や地元産の米の購入や野菜を貰う等、地域の中の事業所として交流を行っている。	
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。	ホームページ・事業所のパンフレット・電話等で相談の受付を随時行い、同時に認知症・グループホームについて理解を広めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	事前に内容を検討し充実した会議になるよう努め、前回の内容で報告が必要なものは次回の会議にて現状報告し、参加者からアドバイスや質問を頂いている。運営推進会議時に身体拘束検討委員会を開催している。当日不参加の方にも議事録を送付し、内容を把握して頂いている。	利用者家族、民生委員、地域包括支援センター職員、住職等の参加で2か月に1回身体拘束検討委員会と同時開催をしている。現状報告、事故報告、身体拘束等実施報告書、技能実習生・特定技能職員との交流等の報告を行い、参加者と意見交換を行い情報の共有をしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	運営推進会議への参加案内を送付しているが、参加は得られていない。必ず市のオンライン研修に参加している。	市担当課には運営推進会議議事録を送付している。地域包括支援センターとは職員参加で事業所の情報を共有している。不明な点や疑問点等相談し、広島市地域包括ケア推進課より回答を得る等、協力関係の構築に努めている。	

自己評価	外部評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の () 内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	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。	身体拘束をしないケアの実践のため、ケアカンファレンスで個々の利用者に適した介護計画を取り入れている。玄関と居室ではセンサー又は見守りカメラ（介護ロボット）を設置し、施錠しないケア・行動を抑制しないケアを目指している。	研修や身体拘束検討会等で事例をもとに話し合い、身体拘束による弊害を習得している。職員の心得として人格を尊重し、人生歴に目を向け、安心とやすらぎの生活を常に意識し、個々の利用者に合った介助をする事で身体拘束をしないケアを実践している。	
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。	言葉使い・接遇に関して管理者の助言・職員同士がお互いに注意しあい虐待防止に努めている。 「接遇の5原則」を掲げ、リビング内に貼付し、業務に入る前に再確認をしている。 オンライン研修で虐待防止について学ぶ機会を設けている。		
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。	パンフレットを施設内に提示し、必要がある利用者には家族・関係者の方に制度の説明を行っている。		
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、契約書・重要事項説明書を読みながら分かりやすいように具体例をあげ、説明している。 内容に変更が生じたら都度、説明文と資料を送付し、理解・確認をして頂いている。		
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。	利用者に関しては、正確な訴えが困難なことがあり、表情・行動・言葉から不満や希望を汲み取るよう心がけている。 ご意見箱を玄関に設置している。 苦情相談窓口として担当職員・外部の受付窓口を記した一覧表を契約時に説明し、差し上げている。	面会時や電話で状況を伝えたり、毎月請求書発送時に、利用者の日頃の生活の様子を写真に撮り、職員がコメントを添えたものを同封し、意見や要望を聴きとるきっかけ作りをしている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	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。	利用者の状態により業務マニュアルを変更し、業務に取り入れている。 職員と管理者の話し合いを行い、利用者・職員の現状の把握と問題点から改善策を考えている。	ミーティング以外でも、いつでも管理者と話しやすい環境作りが出来ている。業務の中での提案や勤務体制の変更、希望休等柔軟に対応している。職員同士も信頼関係が築けている。	
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。	ゆとりのあるシフト・休日出勤と残業の軽減に努めている。経験や能力に応じ手当に差をつけている。 職員慰安旅行を年1回実施している。 資格取得のための研修・試験日はシフトの調整をしている。 有給取得にも努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	個人の能力に適した研修を偏りがないように実施している。研修日は業務扱いにしている。その日毎にチームリーダーを定め、新人職員の育成に取り組んでいる。外国人技能実習生を受け入れ、介護技術の指導を行っている。事故発生時には録画ビデオで検証し、原因・防止策を皆で考え、リスクマネジメントとして今後活かしている。		
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つくり、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組みをしている。	日本認知症グループホーム協会、地域共生ケア全国ネットワークへ所属している。 地域のグループホーム間で職場体験の交流を希望していたが、新型コロナ感染後は実施できていない。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の見学・相談時には、安心して頂ける雰囲気作りに留意し、本人が話しやすい場を心掛けている。入居前に本人・家族の情報提供書を頂き、事前に把握できる事も多く、入居された当日から馴染み、帰宅願望・不穏等の対応困難な事例が少ない。		

自己評価	外部評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居前の見学・相談時には、共感の姿勢を大切にしながらグループホームの運営理念を理解して頂き、安心して話しをして頂ける雰囲気作りに留意している。独自のアセスメント表を使用し、介護についての意見や要望を本人・家族から情報の収集をしている。		
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。	かかりつけ医の継続・他サービス利用として、マッサージ・訪問歯科・訪問看護・訪問美容の説明と紹介をしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の得意とされる仕事を一緒に行い、感謝の言葉を伝え本人に自信を持って頂けるようにしている。動作介助も全介助ではなく、個々の方の残存能力が活かせるよう個別対応に努めている。		
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。	介護計画の中に家族の希望・意見を取り入れ、施設側だけのプランにならないよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	感染症拡大防止のため年2回開催していた家族会は中止している。面会は事前に予約を頂き、15分程度で再開している。その他、定期的な状況報告・写真の送付を行っている。	面会や電話、手紙で状況を伝え近況報告をしている。電話の取り次ぎ、個人携帯で家族との会話やドライブ等家族の協力を得て関係が途切れないよう支援している。利用してから訪問美容との関係が築けている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	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。	気が合う人と同テーブルにしたり、皆ができるレクリエーションを考えている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	入院された利用者の家族に連絡をとり、状況をお聞きして相談を受けている。看取りをさせて頂いた家族が三回忌をしましたと挨拶に来られたり、他施設に移られた利用者の家族から近況報告を頂いたり関係が続いている。		
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。	職員の思いや都合で利用者に対応することがないように皆で検討し、1日の過ごし方や本人の思いを支える個別ケアを目指し、サービス計画に取り入れている。	業務日誌を午前・午後・夜間と3つに分担して分かりやすく記載し、個々の状況や状態を記録している。申し送り時、気づき等、連絡ノートや口頭で情報を共有している。表出の難しい利用者は表情やジェスチャーで思いや意向の把握に努めている。	
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。	入居時に、基本情報シートにより家族から得た情報や病院・介護支援専門員からの情報を活用し、把握している。又、日常生活の会話の中で利用者自身が話して頂けるよう、回想法を取り入れている。		
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。	日常生活の様子・体調変化時の対応・経過状況について、介護記録・連絡ノートで情報が共有できるようにしている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	サービス計画書の中に(本人)・(家族)の生活に対する意向を取り入れるため、事前に聞き取りを行い、介護計画の変更・見直し時にはカンファレンス・モニタリングから個々の能力を活かせるプラン作りを心掛けている。 医療面は、担当医師・訪問看護師に相談している。	利用者の意向や思い、家族が記載した基本情報ノートをもとに家族の意向を踏まえた介護計画を作成している。介護計画は1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月と、状態に応じて作成している。モニタリングで振り返りカンファレンスを行い、医療機関の助言や職員の提案や意見を取り入れている。	
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。	個々の介護記録簿を作成し、担当者を決めて1日の流れを午前・午後・夜間と分けて記録し、状態が分かりやすいようにしている。 介護記録と共に介護計画書を綴り、内容を確認できるようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生じ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。	ターミナルケアの取り組み。 状態に合った食事の提供。 (腎臓臓・嚥下レベルに合った食事形態) 毎日の生活に個別ケアを取り入れ、その方の能力に合った対応を心掛けている。		
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。	感染症拡大防止のため、地域のスーパーでの買い物・ボランティアの訪問(踊り・演奏等)・地域のお寺の住職の法話を中止しているため実施できていない。 理美容院の利用は再開している。		
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。	入居されるまでのかかりつけ医を希望される場合は、そのまま継続できるよう家族の方に同行してもらったり、担当医との連携をお願いし、受診を続けている。	契約時、今までのかかりつけ医の継続可能な説明を行い、希望があれば受診支援をしている。協力医をかかりつけ医に移行の希望があれば月1回訪問診療、週1回訪問看護師による健康管理を行っている。受診後家族に報告を行い、適切な医療が受けられる支援をしている。訪問歯科受診も可能である。	

自己評価	外部評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	かかりつけ病院の看護師と連絡ノートで現状報告・相談・助言をもらっている。訪問看護ステーションと契約を交わし、週に1回の健康チェック・状況報告を行い、情報を共有している。訪問看護師と24時間連絡可能なことから、状態の変化時は指導・助言を受けている。		
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。又は、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。	入院時は情報提供書を送付、退院時は病院からの退院サマリーで情報交換している。入院後は病院の相談員と連携し、状態の把握・退院に向けての話し合いを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時の「重度化した場合における対応に関わる指針書」によりグループホームで対応の可能・不可能事項について説明し、同意を得ている。終末期に関しては、担当医師・訪問看護師と連携しながら家族と話し合いをし、終末期生活の方針を話し合い、それに基づいてターミナルケアを行っている。	契約時、重度化や終末期について事業所で出来る事、出来ない事を説明し同意を得ている。その後も気持ちの変化がないか確認している。重度化した場合、家族に説明し、職員、医療機関と連携を図りながら方針を決め、利用者、家族の思いに寄り添い、最期を迎えられるようチームで支援している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「事故発生時対応マニュアル」を作成し、職員に配布して対応できるようにしている。		
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。	避難・誘導方法をリビングに貼付すると共に、職員に配布している。大雨時の対応マニュアルを新たに追加し、職員に周知している。避難訓練を実施し、消火器の使い方・消防設備の確認・消防署の通報・誘導指導を行っている。地域と「災害時協力協定」を結び、災害時の協力体制を整えている。	年2回昼・夜間想定し避難訓練を実施している。訓練は通報、初期消火、水消火器操作方法、避難誘導等している。避難指示、水位確認、警報など状況に応じた火災、水害、地震等災害マニュアルを作成し周知している。地域と災害時協力協定を結び自動通話で協力体制を築いている。2階に非常時の備蓄品を準備している。	

自己 評価	外部 評価	項 目（ 1ユニット ）	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の（ ）内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	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。	入浴時は、利用者同士がはち合う事がないように衣類を着終わってから次の方を誘導している。 排泄確認時は居室・トイレに誘導し、プライバシーを守っている。 言葉使い・対応については接遇の5原則を大切にした実践を心掛けている。	接遇5原則をフロア壁面に掲示している。分かりやすい言葉づかいや声掛け、ジェスチャーを交え、人格を尊重しプライバシーの確保に努め、不安のないよう個別対応をしている。個人情報は、取り扱いに留意し目につかない鍵のかかる収納庫に保管している。	
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。	職員は利用者の気持ち・能力に合わせた個別対応・声かけを行い、本人の生活パターンを大切に取り組んでいる。意思表示のできない利用者に対しては、表情・行動から思いを汲み取る支援をして利用者の要望を叶える取り組みをしている。		
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。	利用者のペースに合った介護をしている。それに合わせた業務内容・時間の調整をしている。 (例)朝の起床時間・消灯時間・食事時間・役割り・能力に応じた個別レクの実施		
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。	入居時に持って来られた物を大切にし、好みを知り、好まれる衣類を用意している。朝の起床時は洗顔後に化粧水を付けて頂いたり、今までされていた習慣を大切にしている。美容院から定期的に来て頂き、カット・化粧・希望されれば毛染めを行っている。		
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。	希望されるメニューを取り入れたり、食べやすい調理法・味付け・盛り付けを工夫し、個別対応している。 無理強いはず、得意とされる事を一緒にに行っている。(テーブル拭き・下膳)	朝夕は職員が前日と重ならないよう得意とする献立を決め買い物し調理している。農家のお米、野菜を加え楽しみのある食事になるよう色どりや季節の物を使い行事食にも工夫をしている。個々の嚥下や咀嚼状態により食事形態に工夫をし刻み食、トロミ付け等行っている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事量・水分量を把握し、常食・ミキ サー食・治療食(低カリウム食)等個々に 対応している。主食は白米・一口むす び・粥と個別対応している。食事量の少 ない方は家族に好物を教えてもらい捕食 として提供している。水分が飲みにくい 時は、本人が好まれる飲み物にトロミ剤 を使用している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、 毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人 の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後に声かけ・見守り・介助等、利用 者に応じた口腔ケアを実施し、夕食後は 義歯を義歯洗浄剤で洗浄・除菌してい る。 訪問歯科を導入し、利用者の口腔内検診 と共に、口腔ケアに関しての指導・助言 を受けている。(1回/月)		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、 一人ひとりの力や排泄のパターン、習 慣を活かして、トイレでの排泄や排泄 の自立に向けた支援を行っている。	排泄パターンに合わせ、声かけ・誘導を してトイレでの排泄を促している。 安易にリハビリパンツは使用せず、日中 は布パンツと尿パットで対応している。 排泄パターンを知るために、記録を确实 にしている。	個々の排泄パターンを把握し声掛け誘導 でトイレでの排泄支援をしている。個々 にあった衛生用品を使用している。昼間 はトイレ誘導を行い、利用者の4名が夜 間のみポータブルトイレを利用してい 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。	バランスの取れた食事作りに留意し、水 分量も都度記録し、少ない方には好まれ る飲み物を出している。 毎朝の体操・ストレッチ・生活リハビリ など個々の能力をみて行っている。 排泄ノートで排泄状態を把握し、担当医 師の指示のもと、緩下剤の調整をしてい 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、個々に応じた入浴の支援をしてい る。	利用者全員が介護・見守りが必要であ り、職員の確保に限界があり、自由入浴 が困難な状況である。 入浴日以外は秋から冬場には足浴を行 い、リラックスして頂いている。	週2回の入浴を基本としている。浴槽に 湯を貯め入浴剤を入れ、個々の身体状況 に応じた介助方法で入浴を行っている。 入浴のない日は足浴や陰部洗浄等不快感 のないよう清潔を保っている。	

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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。	夜間の睡眠状態を見て朝の起床 時間を調整したり、体調に合わ せて昼寝をすすめる、個々の対 応をしている。 夜の消灯も、本人の気持ち・希 望により行っている。		
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。	内服薬の説明書と薬は一緒に保 管し、薬の内容を確認している。 不明の薬については都度病院に 確認している。 副作用が認められたら担当医 師に報告・相談して指示を得て 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。	役割り→洗濯たたみ・ビニール 袋折り・下膳 嗜好品→お菓子・プリン・ヨー グルト 楽しみ→ビデオ・音楽のCD (ボランティア訪問・家族会は 現在中止している) 気分転換→レクリエーション・ パズル・カルタ・新聞・塗り 絵・読書等、状態に合わせて 用意している。		
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。	感染症拡大防止のため日常的な 外出は控えている。 日光浴を兼ねて施設内の花壇の 花を見て頂いている。	春に車2台に分乗し桜見物に外 出している。天気の良い日には 建物周辺の散歩や玄関先のベン チに座って日光浴や花壇や山々 を眺める等外気浴を行い、気分 転換を行っている。	
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。	所有金(財布)を持っていないと 不安な方、それぞれに合わせ、 不安感を持たないように対応し ている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (1ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話希望時には職員がダイヤルして本人に渡している。 家族・知人から手紙が届いた時は本人に渡し、代読が必要な方は代読の支援をしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	家庭的な家具・生活用品を置き、空間には絵画・利用者の作品・月毎の壁画の作品を飾り、馴染みやすい環境作りをしている。エアコン・床暖房・空気清浄機・加湿器を設置し、居心地よく過ごせるようにしている。庭では季節の花・野菜を栽培し、見て感じ・味わって頂いている。	季節感が感じられるよう利用者と一緒に制作した壁画を飾っている。空調管理、感染症予防対策等心地よく過ごせるよう配慮している。ソファ一席でテレビを見たり、パズル、塗り絵、本を見る等思い思いに過ごしている。タオルたたみ、テーブル拭き等出来る事を生活リハビリとして行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	共同空間を広く設け、ソファ一席・テーブル席・自室と思いい場所まで過ごして頂けるようにしている。		
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。	入居時に持って来られた使い慣れた物や本人が好まれる物を置かれたり、それぞれの利用者・家族が考えられた独自の居室になっている。	居室はベッド、エアコン、クローゼットを設置している。自宅で使い慣れた調度品、仏壇、テレビ、大切にしている物、趣味で続けているプラモデルの船の製作等、こだわりやその人らしい居室づくりに工夫をしている。	
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。	手すり（廊下・トイレ・居室・リビング・浴室・脱衣場）を設置し、残存能力を活かした介助を行っている。リビングを中心にトイレ・洗面・台所に続いているので行動がスムーズに流れている。トイレを広くする事で安全に介助でき、自立歩行が高められるようにしている。各ドアに分かりやすいよう貼紙をしている。		

V アウトカム項目(1ユニット) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
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の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	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

自己 評価	外部 評価	項 目（ 2ユニット ）	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	ホーム内に掲示するとともに、年度末に職員のミーティングを行い、事業所の理念に沿った具体的目標を設定し、1年間の目標を立てて実践している。		
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。	毎年町内秋祭りには神輿でホームに健康祈願にきてもらい利用者也参加している。 地域と非常災害時の協力協定を交わし、協力体制を整えている。		
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。	ホームページ・事業所のパンフレット・電話等で相談の受付を随時行い、同時に認知症・グループホームについて理解を広めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	事前に内容を検討し充実した会議になるよう努め、前回の内容で報告が必要なものは次回の会議にて現状報告し、参加者からアドバイスや質問を頂いている。運営推進会議時に身体拘束検討委員会を開催している。当日不参加の方にも議事録を送付し、内容を把握して頂いている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	運営推進会議への参加案内を送付しているが、参加は得られていない。 必ず市のオンライン研修に参加している。		

自己評価	外部評価	項 目（ 2ユニット ）	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束をしないケアの実践のため、ケアカンファレンスで個々の利用者に適した介護計画を取り入れている。居室ではセンサーを設置し、施錠しないケア・行動を抑制しないケアを目指している。		
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。	言葉使い・接遇に関して管理者の助言・職員同士がお互いに注意しあい虐待防止に努めている。 「接遇の5原則」を掲げ、リビング内に貼付し、業務に入る前に再確認をしている。 オンライン研修で虐待防止について学ぶ機会を設けている。		
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。	パンフレットを施設内に提示し、必要がある利用者には家族・関係者の方に制度の説明を行っている。		
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、契約書・重要事項説明書を読みながら分かりやすいように具体例をあげ、説明している。 内容に変更が生じたら都度、説明文と資料を送付し、理解・確認をして頂いている。		
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。	利用者に関しては、正確な訴えが困難なことがあり、表情・行動・言葉から不満や希望をくみ取るよう心がけている。 ご意見箱を玄関に設置している。 苦情相談窓口として担当職員・外部の受付窓口を記した一覧表を契約時に説明し、差し上げている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	利用者の状態により業務マニュアルを変更し、業務に取り入れている。 職員と管理者の話し合いを行い、利用者・職員の現状の把握と問題点から改善策を考えている。		
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。	ゆとりのあるシフト・休日出勤と残業の軽減に努めている。経験や能力に応じ手当に差をつけている。 職員慰安旅行を年1回実施。 資格取得のための研修・試験日はシフトの調整をしている。 有給取得にも努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	個人の能力に適した研修を偏りが無いよう実施。研修日は業務扱いにしている。 その日毎にチームリーダーを定め、新人職員の育成に取り組んでいる。外国人技能実習生を受け入れ、介護技術の指導を行っている。事故発生時には録画ビデオで検証し、原因・防止策を皆で考え、リスクマネジメントとして今後活かしている。		
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つくり、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組みをしている。	日本認知症グループホーム協会、地域共生ケア全国ネットワークへ所属している。 地域のグループホーム間で職場体験の交流を希望していたが、コロナ感染後は実施できていない。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の見学・相談時には、安心して頂ける雰囲気作りに留意し、本人が話しやすい場を心掛けている。入居前に本人・家族の情報提供書を頂き、事前に把握できる事も多く、入居された当日から馴染まれ、帰宅願望・不穏等の対応困難な事例が少ない。		

自己評価	外部評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居前の見学・相談時には、共感の姿勢を大切にしながらグループホームの運営理念を理解して頂き、安心して話しをして頂ける雰囲気作りに留意している。独自のアセスメント表を使用し、介護についての意見や要望を本人・家族から情報の収集をしている。		
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。	かかりつけ医の継続・他サービス利用として、マッサージ・訪問歯科・訪問看護・訪問美容の説明と紹介をしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の得意とされる仕事を一緒に行い、感謝の言葉を伝えて本人に自信を持って頂けるようにしている。動作介助も全介助ではなく、個々の方の残存能力が活かせるよう個別対応に努めている。		
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。	介護計画の中に家族の希望・意見を取り入れ、施設側だけのプランにならないよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	感染症拡大防止のため年2回開催していた家族会は中止している。面会は事前に予約を頂き、15分程度で再開している。その他、定期的な状況報告・写真の送付を行っている。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	気が合う人と同テーブルにしたり、皆ができるレクリエーションを考えている。		
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。	入院された利用者の家族に連絡をとり、状況をお聞きして相談を受けている。看取りをさせて頂いた家族が三回忌をしましたと挨拶に来られたり、他施設に移られた利用者の家族から近況報告を頂いたり関係が続いている。		
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。	職員の思いや都合で利用者に対応することがないように皆で検討し、1日の過ごし方や本人の思いを支える個別ケアを目指し、サービス計画に取り入れている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時に、基本情報シートにより家族から得た情報や病院・介護支援専門員からの情報を活用し、把握している。又、日常生活の会話の中で利用者自身が話して頂けるよう、回想法を取り入れている。		
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。	日常生活の様子・体調変化時の対応・経過状況について、介護記録・連絡ノートで情報が共有できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	サービス計画書の中に(本人)・(家族)の生活に対する意向を取り入れるため、事前に聞き取りを行い、介護計画の変更・見直し時にはカンファレンス・モニタリングから個々の方を活かせるプラン作りを心掛けている。 医療面は、担当医師・訪問看護師に相談している。		
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。	個々の介護記録簿を作成し、担当者を決めて1日の流れを午前・午後・夜間と分けて記録し、状態が分かりやすいようにしている。 介護記録と共に介護計画書を綴り、内容を確認できるようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ターミナルケアの取り組み。 状態に合った食事の提供。 (腎臓職・嚥下レベルに合った食事形態) 毎日の生活に個別ケアを取り入れ、その方の能力に合った対応を心掛けている。		
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。	感染症拡大防止のため、地域のスーパーでの買い物・ボランティアの訪問(踊り・演奏等)・地域のお寺の住職の法話を中止しているため実施できていない。 理美容院の利用は再開している。		
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。	入居されるまでのかかりつけ医を希望される場合は、そのまま継続できるように家族の方に同行してもらったり、担当医との連携をお願いし、受診を続けている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	かかりつけ病院の看護師と連絡ノートで現状報告・相談・助言をもらっている。訪問看護ステーションと契約を交わし、週に1回の健康チェック・状況報告を行い、情報を共有している。訪問看護師と24時間連絡可能なことから、状態の変化時は指導・助言を受けている。		
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。又は、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。	入院時は情報提供書を送付、退院時は病院からの退院サマリーで情報交換している。入院後は病院の相談員と連携し、状態の把握・退院に向けての話し合いを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時の「重度化した場合における対応に関わる指針書」によりグループホームで対応の可能・不可能事項について説明し、同意を得ている。終末期に関しては、担当医師・訪問看護師と連携しながら家族と話し合いをし、終末期生活の方針を話し合い、それに基づいてターミナルケアを行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「事故発生時対応マニュアル」を作成し、職員に配布して対応できるようにしている。		
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。	避難・誘導方法をリビングに貼付すると共に、職員に配布している。大雨時の対応マニュアルを新たに追加し、職員に周知している。避難訓練を実施し、消火器の使い方・消防設備の確認・消防署の通報・誘導指導を行っている。地域と「災害時協力協定」を結び、災害時の協力体制を整えている。		

自己評価	外部評価	項 目（ 2ユニット ）	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	入浴時は、利用者同士がはち合う事がないように衣類を着終わってから次の方を誘導している。 排泄確認時は居室・トイレに誘導し、プライバシーを守っている。 言葉使い・対応については接遇の5原則を大切にした実践を心掛けている。		
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。	職員は利用者の気持ち・能力に合わせた個別対応・声かけを行い、本人の生活パターンを大切にに取り組んでいる。意思表示のできない利用者に対しては、表情・行動から思いをくみ取る支援をして利用者の要望を叶える取り組みをしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者のペースに合った介護をしている。それに合わせた業務内容・時間の調整をしている。 (例) 朝の起床時間・消灯時間・食事時間・役割り・能力に応じた個別レクの実施		
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。	入居時に持って来られた者を大切に、好みを知り、好まれる衣類を用意して。朝の起床時は洗顔後に化粧水を付けて頂いたり、今までされていた習慣を大切にしている。美容院から定期的に来て頂き、カット・化粧・希望されれば毛染めを行っている。		
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。	希望されるメニューを取り入れたり、食べやすい調理法・味付け・盛り付けを工夫し、個別対応している。 無理強いせず、得意とされる事を一緒にに行っている。(テーブル拭き・下膳)		

自己評価	外部評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事量・水分量を把握し、常食・ミキサー食・治療食(低カリウム食)等個々に対応している。主食は白米・一口むすび・粥と個別対応している。食事量の少ない方は家族に好物を教えてもらい捕食として提供している。水分が飲みにくい時は、本人が好まれる飲み物にトロミ剤を使用している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように，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。	毎食後に声かけ・見守り・介助等、利用者に応じた口腔ケアを実施し、夕食後は義歯を義歯洗浄剤で洗浄・除菌している。 訪問歯科を導入し、利用者の口腔内検診と共に、口腔ケアに関する指導・助言を受けている。(1回/月)		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし，一人ひとりの力や排泄のパターン，習慣を活かして，トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄パターンに合わせ、声かけ・誘導をしてトイレでの排泄を促している。 安易にリハビリパンツは使用せず、日中は布パンツと尿パットで対応している。 排泄パターンを知るために、記録を確実にしている。		
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。	バランスの取れた食事作りに留意し、水分量も都度記録し、少ない方には好まれる飲み物を出している。 毎朝の体操・ストレッチ・生活リハビリなど個々の能力をみて行っている。 排泄ノートで排泄状態を把握し、担当医師指示のもと、緩下剤の調整をしている。		
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，個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者全員が介護・見守りが必要であり、職員の確保に限界があり、自由入浴が困難な状況。 入浴日以外は秋から冬場には足浴を行い、リラックスして頂いている。		

自己評価	外部評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間の睡眠状態を見て朝の起床時間を調整したり、体調に合わせて昼寝をすすめ、個々の対応をしている。 夜の消灯も、本人の気持ち・希望により行っている。		
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。	内服薬の説明書と薬は一緒に保管し、薬の内容を確認している。 不明の薬については都度病院に確認している。 副作用が認められたら担当医師に上申・相談して指示を得ている。		
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。	役割り→洗濯たたみ・ビニール袋折り・下膳 嗜好品→お菓子・プリン・ヨーグルト 楽しみ→ビデオ・音楽のCD (ボランティア訪問・家族会は現在中止している) 気分転換→レクリエーション・パズル・カルタ・新聞・塗り絵・読書等、状態に合わせて用意している。		
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。	感染症拡大防止のため日常的な外出支援は控えている。 日光浴を兼ねて施設内の花壇の花を見て頂いている。		
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。	所有金(財布)を持っていないと不安な方、それぞれに合わせ、不安感を持たれないように対応している。		

自己 評価	外部 評価	項 目 (2ユニット)	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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。	電話希望時には職員がダイヤルして本人に渡している。 家族・知人から手紙が届いた時は本人に渡し、代読が必要な方は代読の支援をしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	家庭的な家具・生活用品を置き、空間には絵画・利用者の作品・月毎の壁画の作品を飾り、馴染みやすい環境作りをしている。エアコン・床暖房・空気清浄機・加湿器を設置し、居心地よく過ごせるようにしている。庭では季節の花・野菜を栽培し、見て感じ・味わって頂いている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	共同空間を広く設け、ソファ・テーブル席・自室と思いいの場所で過ごして頂けるようにしている。		
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。	入居時に持って来られた使い慣れた物や本人が好まれる物を置かれたり、それぞれの利用者・家族が考えられた独自の居室になっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	手すり（廊下・トイレ・居室・リビング・浴室・脱衣場）を設置し、残存能力を活かした介助を行っている。リビングを中心にトイレ・洗面・台所に続いているので行動がスムーズに流れている。トイレを広くする事で安全に介助でき、自立歩行が高められるようにしている。各ドアに分かりやすいよう貼紙をしている。		

V アウトカム項目(2ユニット) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
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の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	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームやまびこ

作成日 令和7年5月31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り組み内容	目標達成に要する期間
1	12	日々の介護記録に時間を取られ、業務にゆとりがない。	記録にかかる時間の軽減を図る。	介護記録を紙から電子記録に移行する。	6ヶ月
2					
3					
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には，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。