

令和 4 年度

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	1690200215
法人名	社会福祉法人 早川福祉会
事業所名	藤園苑 グループホームひびき
所在地	富山県高岡市早川388番地1
自己評価作成日	令和4年12月1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等で閲覧してください。

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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和5年1月19日	評価結果市町村受理日	令和5年3月14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）】

理念に「あなたらしい暮らしをいつまでもお手伝いいたします」を掲げています。入居者様一人一人の思いに寄り添い、それぞれがその人らしい生活が送れるよう日々支援しています。残存能力を生かし、入居者様一人一人が毎日笑顔で過ごせる様、職員間での情報共有を行い、より良い支援に繋げています。ご家族様には常日頃より入居者様の様子を伝え情報共有に務めています。

【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）】

「礼儀正しく」「正直たるべし」「清潔たるべし」「敏速たるべし」の心構えが職員に浸透し、職員が次のステップアップへ繋がる道しるべにもなっている。心構えを根拠に職員に話をしたり、促したりすることで職員同士の協力体制、利用者との馴染みの関係性の構築に繋がっている。利用者との関りの中で気づきを共有し残存能力を引き出すことも多く、職員が利用者一人ひとりを見て個別のケアに取り組んでいる。例えば、意欲がなかった利用者に手紙を書くことの楽しさを見出し、今では毎月雑誌に投稿することを楽しみにしている利用者もいる。

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ます。 (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回程度ある 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広がったり深まり、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、生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				

1 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	各ユニットに「法人理念」「グループホーム理念」「職員の心構え」を職員が見やすい場所に掲示している。	コロナ禍以前は全体朝礼で、職員全員で復唱していたが、今は3ヶ月に一度のミーティングで理念、心構えの確認や通達を行っている。また、介護の現場でも心構えの「礼儀正しくすべし」「正直たるべし」「清潔たるべし」「敏速なるべし」を用いて、指導し、同じ価値観での実践に繋げるように努めている。	
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	地域の行事、学校、保育園行事への参加をしていたが今年度は新型コロナ感染防止のため中止となっている。ひびき新聞を定期的に地域に回覧している。	年4回発行している「ひびき新聞」を自治会長宅へ40部、民生委員のところへ20部届け、地域へ回覧してもらったり、配布してもらったりしている。行動制限がある中でも、地域包括支援センター主催で週に1回行われる健康体操では、場所を提供し、参加される地域の方との交流も図ることが出来ている。	
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	グループホームの様子をひびき新聞にまとめ地域に配布し紹介している。新聞の中に認知症に関する「豆知識」を載せている。		
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	新型コロナ感染状況に応じ運営推進会議を開催。未開催月は議事録を役員宅に配布し意見等を聞き取っている。	自治会副会長、民生委員、連合自治会女性部部長、地域包括支援センター、各事業所(認知症デイサービス、リハビリデイサービス、グループホーム)の家族代表、管理者が参加し、新型コロナウィルス感染者状況を踏まえながら対面で開催し、活動状況や職員研修内容を報告し、質問や意見などをもらっている。議事録には質問に対して行政や法人に確認した回答も記載され、サービスの向上に活かしている。	対面では質問や意見を聞き取り、話し合いがなされているが、対面で出来ない場合も、議事録を配布するだけでなく、意見がもらえるような工夫を期待したい。
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取り組んでいる	職員の人員不足の厳しい現状を伝え助言をもらっている。又他施設の工夫や新たな取り組みの情報交換をしている(シフトの組み方等)。	職員が濃厚接触者となり、人員が3:1の基準を満たすことが出来なくなった時など、市に相談し、指示を仰いで取り組んでいた。また、地域ケア会議にも参加し、自分たちが行っているケアを伝えたり、在宅での介護者に寄り添う支援ができないかなど、協力体制が築けるよう取り組んでいる。	
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	年2回の苑内勉強会で身体拘束について学んでいる。資料回覧方式で行った。グループ玄関、エレベーターの施錠は契約時に家族より理解をもらっている。インフルエンザ、ノロウイルス等の感染が入った場合には規定の書類を取り交わし対応する事になっている。	藤園苑主体で、併設する地域密着の8事業所の代表が集まり「身体拘束廃止、虐待防止委員会」を開き、各事業所で不適切なケアに該当するケアがなされていないかを確認している。また、動画にて研修も行われ、終了後には確認テストや研修に対する振り返りや、今後の研修に繋げるためのアンケートも実施し、身体拘束をしないケアに積極的に取り組んでいる。	
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	虐待の種類等について資料回覧方式で研修会を実施し、知識を深め防止を徹底している。皮膚状態等の観察を入浴、排泄介助の時に言い見過ごすことの無い様にしている。		

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
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	成年後見制度利用中の方がおり、後見人と月1回やり取りをしている。今後制度利用になり得るだろうと思われるケースでは必要性を説明し提案するようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に家族及び身元引受人に重要事項説明書、契約書の説明を行い、サインと押印を貰っている。再確認の必要な事項や制度改正があった場合は口頭と書面で説明し書類を交わしている。		
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	家族の月1回の来苑システムがある為その時に利用者の状態等を報告し意見を聞き取り、その他受診時にも同じ流れをとっている。利用者からは日々の関わりの中から思いを聞き取り、職員間で内容を共有しサービスの維持向上に役立っている。	家族は毎月1回の来所の際に意見や要望を聞くようにしている。コロナ禍で面会できないため、行事など施設での様子がわかる写真がもっと欲しいという要望や、リモートでの面会の希望などがあり、検討し実践に繋げている。	来所時に意見や要望を聞く仕組みは出来ているが、なかなか直接言えない、言いにくい場合のために、アンケートの継続や意見箱の設置など、多様な意見をもらえる体制にも期待したい。
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	定期ミーティング、個別面接時に意見や提案を聞いている。又日頃からコミュニケーションを円滑に保ち職員が意見要望を言いやすい環境に努めている。	日頃から意見や要望を言いやすい環境の中で、外国人スタッフや新人スタッフが専門用語や事業所独自の用語、話すスピードなどで聞き取りにくいことがあるとの意見があり、伝わっているかの確認をすることを取り入れた。OJTで指導システムの強化を図るなど、職員の意見や要望を反映できるよう前向きな検討が行われている。	
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	目標管理シートを職員個々で記入し面談で内容を確認している。日々の勤務は限られた人数で過酷勤務にならないように又やりがいを持てる職場となる様にしている。		
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	個々の目標管理シートの内容を基に、キャリアアップできる動き、体制を勧めている。		
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	施設外研修に参加した際、意見を取り交わしサービスの質向上に役立っている。又、広報誌等で他事業所の取り組みを参考にしている。		

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
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	本人の言葉一つ一つに耳を傾け心に寄り添い、施設生活に慣れ安心して生活できるようなケアに努めている。		
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	グループホームの理念を説明し、職員では補えない所を家族に協力してもらい共に支えていきたい旨を伝えている。サービス利用開始時には家族の思いを聞き取っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	本人、家族からの聞き取りで内容の優先順位を見極め心身の状態にあった支援を提案している。又、今後の見通しで起こりうるリスクを伝え、安全に過ごしていただく為の福祉用具利用の提案をしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人との会話を大切な時間とし、自立支援を基本に「共に行動する・同じ空間で過ごす」事を心がけ「居心地のいい場所」になるよう努めている。		
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	不足物品の持参、預かり金の確認の為に月1回は来苑システムがあり、その際情報交換をしている。定期受診は家族に依頼、状態把握と治療方針、薬調整を家族にしてもらっている。		
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よう、支援に努めている	行きつけの美容院、昔からの友人と会うことで関係を保っていたが新型コロナ感染予防の為外出は受診のみとなっている。しかし感染対策をしっかり行い、短時間面会やオンライン面会を行っている。	コロナ禍でも月に一度は家族が来所するシステムになっているため、10分から15分の面会が可能となっている。友人と電話で話しをする方もおり、馴染みの関係性を取り持つ支援を継続している。また、月命日や空気の入れ替えに自宅へ月に一度は帰りたいという要望に対しても、徹底した感染予防対策のもと自宅へ帰る支援もしている。	
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	利用者同士の相性、日頃の様子を見て席替えし、誰もが快適に過ごせる空間作りをしている。		

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
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	治療優先となり退去となる場合でも退去直前まで病院や家族の相談支援に努めている。		
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	日頃の関わりの中で日々の会話、生活の様子等での気づきや利用者の意向の確認をし利用者の立場に立った対応をしている。	日頃の関わりの中の会話から、要望や意向を感じたり確認したりしたこと、表情などからの気づきを介護ケースに記録し、申し送りや連絡ノートなどで情報を共有し実践に繋げている。	
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	アセスメントシート、入所前の家族からの聞き取った情報をまとめて職員間で回覧し生活歴を把握しこれまでの生活環境に近づける様務めている。		
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	ケース記録、健康チェック表を確認し、関りの中で状態を把握し職員間で共有している。3か月に1回状態把握シートを記入している。		
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	3か月に1回モニタリングを行い計画の見直しを行っている。検討事案があれば家族に確認後、必要に応じ他職種を交えミーティングを行い計画の変更を行っている。	利用者の各担当者が日々の状況からモニタリングを行い、計画作成者にケアのアイデアを含めて伝えている。計画作成者も本人や家族から意向を確認し、必要に応じて栄養士、看護師、管理者とも相談して介護計画書を作成している。	
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	ケアプランに基づいたケース記録の入力、その他の情報も内容を詳細に入力し、新たな気づきやいつもと違う内容は申し送りにて共通認識をして実践に生かしている。		
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	グループホームでの生活が困難になりつつある場合は早めの特養申し込みを提案している。車椅子の方が急遽歯科受診が必要になったケースでは往診対応可能とし対応した。		

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
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	コロナ感染で地域資源の活用はしていないが、感染者が減少した時は下車をしない等の条件付きでドライブを実施した。		
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	在宅時より利用していた馴染みの医療機関に継続して通うよう勧めている。家族の付き添いで、バイタル記録を渡し正確な治療と指示がもらえるようにしている。	入居時に医療機関の変更の確認は行うが、なるべく在宅時の医療機関との繋がりを切らないように、家族の付き添いをお願いしている。受診時にはバイタルや、食事量を3週間分紙面で渡している。身体状況の変化で口頭で伝えにくい場合は写真やケース記録を渡すときもある。医師からの指示に対しても看護師が直接確認することもあり、双方が正しく状況を理解し治療できるように努めている。	
31		○看護職との協働 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	いつもと違う状態であった場合は看護職員に報告相談し指示を貰っている。看護職員からは24時間対応で医療に関する指示を受けられる環境にある。		
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、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。	入院時はサマリーと薬情を渡し情報提供をしている。入院中の様子、退院後の注意事項は事前に知らせてほしい事を家族、入院先をお願いしている。		
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	契約時に看取りは行っていないことを説明している。経口摂取が出来ず栄養確保が出来なくなった状態を目安として次のステップへの相談を行っている。	看取りをしていないため、具体的にどのような状態になったら次のステップへの相談となるかを重要事項説明書に記載し、署名をもらっている。その際に、高齢者は急変する場合もあることから、最終的にどこで看取りを希望されるかの確認や、本人を交えて家族で話し合いをして決めておくことを勧めている。	
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	事故発生時や急変時の対応についてマニュアルを作成し、見やすい場所に置いてある。今年は回覧方式で苑内勉強会を行った。		
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	グループホーム独自の避難訓練を定期的に行っていたが感染予防対応中につき中止している。苑全体の避難訓練には年2回参加している。	避難訓練を行う際に、「ADL(日常生活動作)・名前・理解力・身体状況・コミュニケーション力・移動手段」などが書かれたオリジナルプレートを書き下ろしてもらい、誰もが救助活動をスムーズに行えるように工夫している。プレートは適宜更新されている。また、水害被害を受けやすい地形でもあるため、自治会長からアドバイスを受けるなど、地域との協力体制も築かれている。	

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	人生の先輩として尊重し、慣れ合うことなく接している。配慮に欠けていると感じた時はその都度職員間で注意するようにしている。苑内勉強会として動画視聴書面回覧を行った。	年1回、苦情委員会主導で接遇や倫理の研修を行っている。また、日頃から法人理念や心構えを基に、礼儀や人格を尊重する言葉掛けをその都度職員に促している。	
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	常日頃から利用者の話を聞き傾聴し、信頼関係を築くことでより本人が思いを伝えやすくなるよう務めている。		
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	出来る事はして頂くを基本に利用者が出来る事又したい事をペースに合わせて支援している。体調や気分に合わせて生活時間は調整している。		
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	起床時や入浴時に自分で選べる方は自分で選んでいる。出来ない方は職員がサポートしている。常日頃から身だしなみに気を付けている。		
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	リビングの利用者が見える所で調理し、炊飯の様子や匂いで食事が出来るのを楽しみにしている。メニューはホワイトボードに書いたり口頭で伝えたりしている。テーブル拭きやお盆拭きを手伝ってもらっている。	併設する特別養護老人ホームの管理栄養士が献立を考え、食材を事業所へ持ってきて調理している。利用者と食材を見ながら季節の話や調理方法などの話をする事で、食事を楽しむ工夫をしている。また、頂いた梅で梅干を作る下処理や、シソの葉を枝から取るなどの作業と一緒にやっている。他にも、干し柿づくりや梅シロップ作りなど職員が利用者を作り方を教えてもらいながらやっている。	
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	1日最低1000mlを目安に水分を提供しチェック表にて確認している。水分量が確保できないようであればこまめに声かけを行い口ずつでも飲んでもらうようにしている。お茶をゼリー状にして水分提供する事もある。主食量は利用者に応じた分を毎食計量し提供している。		
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	自分でできる方にはいつでも行えるように口腔ケアセットを洗面台に常備している。義歯洗浄の確認、嗽の声かけ、痰が残りやすい方は食後だけでなく昼寝前にもケアを行うようにしている。		

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
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むけた支援を行っている	トイレ毎に排泄表に記入し介助が必要な場合は時間を見てトイレに案内している。失禁が多い方も排泄パターンを見つけられるよう試みている。夜間転倒リスクが高いが自身で便座に座る事ができる場合にはポータブルトイレを使用している。	24時間軸で排泄チェック表をつけて排泄パターンを見つけ、声掛けをし、自立に向けての支援を行っている。転倒リスクの高い方も夜間自立を促すため、動きを感知するセンサーにて把握しトイレ誘導を行っている。	
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	起床後に牛乳を勧め、味噌汁に食物繊維パウダー、コーヒーにはオリゴ糖を加え予防に取り組んでいる。又歩行運動を勧めている。看護職員、家族と相談し下剤による排便コントロールも行っている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴の声がけに拒否があれば無理強いせず、日、時間をずらし対応している。浴槽には入浴剤を入れ色や香りで入浴を楽しむ事が出来るよう配慮している。	時間や曜日関係なく、基本は週2回、月に8日以上は入浴して貰えるようにしている。入浴を拒否される方には、土曜日、日曜日関係なくタイミングに合わせて声掛けしている。その時の本人の状態や心情、職員との相性も含めて情報を職員間で共有し、入浴を心地よいと感じてもらえるように努めている。季節に応じてゆず湯やりんご湯などで楽しんでもらう工夫もしている。	
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	日中は自主的に昼寝をする方も多く体調を考慮し横になってもらう方もいる。昼夜逆転のリスクが高い方には日中の活動量を増やすなどして夜間眠れるように努めている。		
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	処方された薬剤は介護記録で情報を共有、看護職員が1回分ずつセットしたものを服薬している。薬剤情報は直ぐ閲覧できるようにファイリングし見やすい所に置いてある。		
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	能力に応じて洗濯物たたみや居室の掃除機掛けを勧めている。新聞や塗り絵も提供。月1回全員参加のフラワーアレンジメントをはじめ季節行事を企画している。		
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。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に支援している	買い物、ドライブ等で外出。家族には受診以外に外出の機会を設けて頂くよう働きかけ、外食や一時帰宅をしていたが新型コロナ感染防止の為、定期受診以外は外出していない。	コロナ禍で、車窓からの花見は行えたが、多方面へのドライブなどの外出が以前ほど出ていない。健康状態を考慮しながら、敷地内の散歩や、畑を見て外気や季節を感じてもらえるように支援している。	コロナ禍でも外出計画を立て、感染状況に応じて外出の機会を増やすことを期待したい。

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	家族より預り金を頂いており、欲しいものを聞き取り職員が代行して購入している。トラブル防止の為職員がお金を管理している。		
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	手紙については希望があれば投函の支援をしている。家族等から電話があり利用者と話したいとの希望があれば取り次いでいる。本人が管理出来れば携帯電話も可能である。		
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	リビングや廊下に行事、写真や作品、花を飾り本日の日付も掲示している。リビングは南側に窓があり明るく外の様子も伺うことができる。	キッチンがフロアから見ることができ、調理をする様子や匂いで家庭の雰囲気味わうことができる。広々とした廊下やフロアは安全な動線が確保され、安心して生活が出来るようになっている。壁には季節の手作りの装飾の他、献立や暦に関する意味などが貼られており、利用者の目を楽ませる工夫がなされている。	
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	リビングやその近くにソファを設置し自席以外でも過ごす事ができる様工夫している。利用者同士の相性を考慮し配席している。		
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	入居前に家族に説明し馴染みの家具等を持ち込んでもらっている。本人の心身の状態に合わせ家具の配置変えや畳部屋への変更を行っている。	居室には洗面台がついており、個々に慣れ親しんだ整容品が並んでいたり、壁には家族や友人との写真が貼られたりと馴染みの生活や関係が継続できるようになっている。また、入居間もない人には生活のペースが変わり混乱しないように、イラストと時計でお知らせするなどの工夫がされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	トイレや居室を分かりやすく掲示。利用者の行動を把握し通路、共有スペースに危ないものは置かない。リビングの配席は車椅子や歩行器の動線に配慮。リビングに花を飾る事で自分の役割として自発的に手入れをされている人もいる。		

2 目標達成計画

事業所名 藤園苑グループホームひびき

作成日: 令和 5 年 2 月 28 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	3	対面では質問や意見を聞き取り話し合いがなされているが対面で出来ない場合は議事録配布だけである。	感染対策を行いながら運営推進会議を開催し、多方面からの意見を聞き取りサービス向上に活かす。	・運営推進会議はリモートでの参加も勧める。 ・会議不参加の場合はアンケートを配布し意見を聞く。	12ヶ月
2	6	来所時に意見や要望を聞く仕組みは出来ているが中々直接言えない、言いにくい場合の対応が出来ていない。	利用者や家族等とよりよい関係を築き多様な意見や要望をもらえる体制を作る。	・意見箱の設置変更 ・生活が分かる写真等を家族に渡す。 ・定期的にアンケートを配布する。	12ヶ月
3	18	コロナ過で車窓からの花見は行えたが、多方面へのドライブなどの外出が殆ど出来ていない。	感染対策を行いながらドライブ等の外出や散歩を楽しむ。	・月1度の外出計画を組み込み、ドライブ、敷地内の散歩を行い、コロナ禍前の状況に戻していく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

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。