

令和 5 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	1690100407
法人名	むらい食品株式会社
事業所名	グループホーム花芙蓉
所在地	富山県富山市掛尾町540-1
自己評価作成日	令和5年12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）】

こぢんまりとした落ち着いた雰囲気配慮し、家庭的な環境作りを心がけている。職員は、入居者とともに過ごしなが、生活の中で協働の関係作りをチームケアとして行っている。その人らしい自由な表現や思いを大切に、その人の残された力や潜在力を引き出し、活かせるように支援している。職員は事業所内勉強会や外部研修（オンラインを含む）などを活用し、認知症介護への理解や知識、技術の向上を図っている。

※ 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	
----------	--

【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）】

法人理念「福祉サービスを必要とする方が、人間として尊厳を保ちながら地域社会の一員として、心身ともに健やかにその人らしく安心して暮らせるように支援する」と、モットー「笑顔と幸せを求め、ともに歩みましょう」を継続している。これらは、利用者への言葉がけや、多様な生活支援、職員間の連携、地域とのかかわりの中で、よりどころとなり、その人らしさを大切にケアの実践への役割を果たし生かされている。生活の様子は、機関紙「花芙蓉だより」や「月次報告書」できめ細やかに家族に報告されており信頼度も高い。「どうしたら利用者を楽しんでもらえるかを考えるとワクワクする」と職員は話し、「ご本人が納得するケアの答えは、行動を共にすることで、ご本人が教えてくださる」という管理者の言葉は、利用者、家族にとって、何よりの安心であり、心の支えとなっている。

【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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和6年1月30日	評価結果市町村受理日	令和6年3月13日

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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。 (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、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、戸外に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				

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎月のカンファレンスでは、理念を職員全員で唱和している。ホーム内にも掲示し、課題や問題は理念に基づいて解決するよう、努めている。職員全員が理念を理解し、利用者のケアに活かしている。	法人理念と行動基準を玄関、フロアに掲示し周知を図っている。行動基準は職員一人ひとりが持参しており、毎月のカンファレンス時には職員で唱和、確認して、日々の業務の中に定着する取り組みとしている。	
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	事業所は自治会に加入している。近所周辺への散歩に出かけ、挨拶や言葉を交わす関係がある。コロナ5類となり、地域交流(季節の祭りや14歳の挑戦など)を再開できるようになってきた。運営推進会議の再開に伴い、花芙蓉通信や定期的に活動報告をしてつながりを断ち切らないように努めている。また今後はイベントへの招待なども検討している。	事業所は自治会に加入している。周辺は会社やマンションが多い地域だが、散歩で出会う住民とは声を交わす関係である。今年は中学生の「14歳の挑戦」の受け入れや、獅子舞、地区納涼祭、子供神輿など地域行事が再開され、地域とのつながりを感じることができた。	
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	電話での困りごとなどの相談や質問等に応じている。状況に応じ、問題解決ができるように協力している。		
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	コロナ5類となり、運営推進会議の開催は感染症対策をしながら開催している。その際には事業所の現況や活動を報告し、意見や感想を募っている。頂いた意見や評価、感想は質の向上のために参考にしており、職員にも報告し、サービスの向上につなげている。	家族、民生委員、町内会長、地域包括支援センター、地区社会福祉協議会、自治振興会、老人会、職員などが参加し、令和4年12月から隔月で再開している。状況報告、活動報告、事故・ヒヤリハット報告、事業所の現状の課題などを話し合い、意見をいただいている。災害など有事の際の協力について理解を求める機会としている。	
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取り組んでいる	日頃の活動や近況を定期的に報告したり、地域包括支援センター主催の事例検討会などに参加するなどして情報交換の機会を設けている。互いに問題や困りごとについて相談するなど協力関係を築いている。	市の担当者と連絡を取り合うことは少ないが、運営推進会議に出席している地域包括支援センター職員とは相互に困りごとや困難ケースについて相談しあえる協力関係にある。また、市のブロック研修会に参加し情報交換を行っている。	
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	毎月のカンファレンスなどでの検討事例を通して身体拘束の勉強を行っている。玄関の施錠、抑制帯など具体的な行為については全員が理解できている。身体拘束を行わない理由など、さらに理解を深めるため、カンファレンスなどで、日頃のケアの振り返りや研修報告をし、共有に努めている。	言葉や行動の制限をしないケアを目指し、職員全員で拘束しないケアを実践している。毎月のカンファレンスに合わせて、外部研修参加職員による伝達研修や、動画配信サービスの視聴による研修会などを行い、日々の介護が身体拘束につながっていないか検証し、拘束しない介護の共有に取り組んでいる。運営推進会議でその状況を報告している。	

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 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逃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	職員の半分以上はこれまでに身体拘束の研修を受講している。研修報告は、口頭と書面で行っている。また適宜事業所内勉強会を行い学ぶ機会も得ている。職員は、入浴時や更衣時、身体に異常がないか確認し、虐待を見逃さないようにしている。また、言葉遣い、ネグレクトにも職員間で注意を払い、防止に努めている。		
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	管理者を含め職員の半分以上は、研修や講義を受けている。過去に制度を活用している入居者がおり、今後さらに学びを深めていきたいと考えている。		
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	契約の説明は管理者が行っている。説明は、口頭と書面で理解や納得を得ながら行っている。利用者や家族の疑問や質問がないか確認しながら契約を結んでいる。		
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	利用者の意見や要望は、日常の関わりの中で聞いている。家族の意見要望は面会時やメールなどを通し、聞く機会を設けている。聴取した情報は、記録し、カンファレンスや日々のミーティングで話し合い、共有に努めている。内容は、日常のケアや健康面についてや生活に関するものが多く、ホーム側の提案を利用者や家族に伝え、相談しながら運営に反映している。	面会時やケアプランの更新時などに、家族の意見や要望を確認している。意見要望は業務日誌、個人記録、連絡ノートに記録し、カンファレンスやミーティングで検討して、出された意見を運営に反映するよう努めている。	
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	毎月のカンファレンスには、管理者、全職員が参加し、意見交換を行っている。個別な意見や提案は、面談などで適宜機会を設け、聞き取っている。	管理者は日頃から職員と同じ目線に立ち意見や要望が出しやすい雰囲気づくりに心がけている。業務に関する要望を受け、浴室にリフターを購入するなど解決に至った。職員とはメッセージアプリやメール、必要に応じ個々に面談できる機会がある。	
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	職員個々の要望等に応じ、できる限り職員体制に配慮をしている。日頃から職員の意見等を聞きながら、職場環境が整うように努めている。仕事への目標を明確にし、やりがいや向上心につなげていると思う。		
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	年間の事業所内研修の計画を立て、職員が目標を持って仕事に取り組めるように工夫している。職員個々の力量を見て、本人に研修の意図を伝え、意欲やスキルアップが図れるようにしている。代表者や管理者は、職場の問題や課題の解決を考える時には、研修で学んだことを活かせるように職員に助言している。		

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
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	富山県認知症グループホーム連絡協議会に加入している。コロナの影響で研修の機会が減少しているが、少しずつ同業者との交流もできるようになってきた。ネットワークを活かして事業所内勉強会を開催するなど、職員の知識や技術が深まるように取り組んでいきたい。		
<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 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	職員は一方的な助言や指示ではなく、本人の話を聴き、本人が安心できるように支援することが大切だと理解し実践している。またそのことが本人との関係作りや信頼関係に重要だと考えている。		
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	家族の訪問時には必ず挨拶を交わし、入居者の近況等を報告し、信頼関係を築けるようにしている。家族の話や不安や要望などの話の内容は記録や報告をし、全職員で情報の共有に努めている。		
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	本人や家族の生活状況、ニーズを聞きながら、本人や家族にとってより良い支援につながるように他のサービスを説明や提案をすることもある。		
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	職員は個々の潜在力を活かして支え合う関係作りが大切だと理解しており、実践に努めている。支え合う関係の中で、職員が入居者から教わることや精神面で支えられていることを実感することがある。日によっては十分に潜在力を活かせなかったと感じることもある。毎日の関わりを、一日のケアの振り返りポイントにしている。		
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	職員は本人にとって、家族の存在が重要だと理解している。面会時の会話や毎月、生活状況をまとめた月次報告書を渡し、家族との情報の共有を図り、協力関係が築けるように心がけている。月次報告書には、本人の言葉などで表現された家族への思いなども記入している。		
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	これまではなじみの人の訪問や希望があれば宿泊、外出も可能な環境を用意していたが、コロナの影響もあり、感染症対策を講じながら、現在は玄関や窓越しでの面会に加え、居室での面会にも応じている。電話や手紙のやり取りは自由にできるようにしている。	新型コロナウイルス感染症の制限緩和以降は、玄関や窓越し面会、受診付添いに加え、感染予防対策を徹底しての居室面会や隣接する小規模多機能型居宅介護事業所の利用者との交流を行っている。携帯電話の活用、手紙のやり取りなど関係継続のためできることを可能な限り行うよう努めている。	

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
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	認知症による心理行動症状や相性から利用者同士のトラブルもあるが、職員は個々の思いや個性を理解し、傾聴や仲介を行っている。生活の中で自然に関わる機会や協働の機会を作っている。		
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	関係を断ち切らないことは、大切だと考えている。利用終了後も相談があったり、近況の報告がある。出会うことがあれば、挨拶を交わし、近況を伺っている。		
<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 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	生活の様子や言動、会話から本人の思いや意向を把握している。本人が伝えられない時は、家族と相談しながら支援している。聞き取ったものは、日誌に記録し、カンファレンスで話し合っている。	日々の利用者との関わりや、会話の中から思いや意向をくみ取るように心がけ、ケース記録や連絡ノートに記録しカンファレンスで共有している。重度化により言葉として出にくい思いは、選択肢をしばり、答えてくださる表情や反応で思いをくみ取るなど五感を大切に支援している。	
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	本人の話だけでなく、家族や兄弟、友人からもタイミングをみながら話を伺い、情報はアセスメントに記載している。本人や家族から情報提供されることがあるが、十分に把握できないと感じている。本人や家族との関係を深めながら、徐々に情報がもらえていると感じている。		
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	毎日の記録や申し送りで、心身の状態や生活の出来事、過ごし方を確認、把握している。また職員で情報を共有できるように、記録と申し送りを行っている。		
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	主に月に一度のカンファレンスで本人、家族、主治医等からあがった課題や問題点、モニタリングについてを話し合い、次月の介護計画を作成している。本人の心身状態、生活状況に応じて、家族や関係者と話し合い、ケアプランを作成している。	毎月のカンファレンスで担当者が利用者の状況報告を行い、介護計画は6か月ごとに見直している。家族の意見や要望は面会時に聞き取り介護計画に反映している。状況に変化があった場合や緊急時はその都度、本人や家族の意向を確認し、計画の見直しが行われている。	
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	毎日の個人記録には、本人の言葉、活動、体調、行動等の様子を記載し、情報の共有を行うようにしている。個人記録を基に、朝夕、適宜に申し送りを行い、情報の共有を行っている。入居者の状態に応じて、対応の変更や観察を行っている。休日後の勤務では、記録の確認を行っている。		

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
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	職員の人員や入居者の状況で、柔軟な対応が出来ない時はあるが、可能な限り、受診や救急搬送、買い物、ドライブなどに、職員が同行したり、代行している。入居者の体調や家族の都合など、その時の要望や希望に応じて、臨機応変に対応できるように努めている。		
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	コロナの影響で中止になっていた地域のイベント(春夏秋のお祭り)が再開され、地域の皆さんと直接触れ合え、楽しむことができた。		
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	かかりつけ医は、本人と家族で決めている。受診または往診時には、日頃の体調、生活状況を主治医に情報提供している。受診の時は、必要に応じて職員も同行し、主治医に情報提供している。	原則希望するかかりつけ医としているが、全員事業所の協力病院をかかりつけ医としている。他科受診時は電話や口頭で家族に情報提供を行うほか同行することもある。定期往診には職員が対応。薬局薬剤師による服薬管理が行われている。また、看取りを行う体制がある。	
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	契約している訪問看護ステーションや社内の看護師とは、日頃の心身状態、生活状況を報告し、受診時に必要な医療について相談したり、医療処置を受けられるようにしている。		
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、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。	入院中も病院やかかりつけ医と情報交換を行い、退院後の健康管理や必要な医療について話し合い、情報の共有に努めている。病院の地域連携室や病棟、かかりつけ医等の医療機関と家族のパイプ役を行っている。		
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	重度化や終末期の迎え方については、早い段階から本人や家族の意向を伺うことが大切だと考えており、話し合いや書面にて意向の把握に努めている。同時に事業所ができることを説明している。終末期においても、本人や家族に意向の確認を繰り返し行っている。医療関係者や職員には、本人や家族の意向、終末期の対応について、その都度、支援の方針を相談し、実践に取り組んでいる。	契約時に、終末期をどのように迎えるか、看取り指針を用いて家族の意向を伺いつつ、事業所としてできることを説明している。家族には悔いのない選択を行っていただけるよう、選択肢を丁寧に説明し、意向が固まるまでのサポートを行う。主治医や職員の体制支援、職員研修を行っている。	
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	今年度はコロナの影響もあり、受講を断念したが、機会を見て職員には定期的に救急の講習を受けるように計画している。 入居者の急変や事故が起きた場合の対応方法を理解している。		

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
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	火災避難訓練は定期的に行っている。地震や水害等の災害に備えての計画書は作成中である。今年度中に訓練を実施する予定となっている。地域住民や行政、家族にも避難の協力を呼び掛けている。	年2回、消防署の協力を得て、夜間想定避難訓練を実施している。富山市のハザードマップの掲示や、ウェザーマップを活用し災害予測している。備蓄品は3日分事業所内に備えている。また、停電に備えて自家発電設備を準備中である。	地震や水害等の自然災害において、具体的に現実的な避難方法や地域の協力体制について、シミュレーションを重ね実効性のある災害対策に期待したい。
<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 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	言葉づかいには注意しながら、自然な会話を心がけている。入浴や排せつのケア、居室の出入りにはプライバシーを損なわないように配慮している。強引な介助はしないと心がけている。カンファレンスでは、その方に応じた言葉や対応について話し合ったり、勉強会も行っている。	令和5年度は研修会で不適切ケア、プライバシーの確保について学んだ。つついってしまう不適切な言葉は職員全員で常に注意しており、「短く、わかりやすく、ゆっくり、大きく」など相手に伝わる言葉がけに努めている。	
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	入居者が自由に意思を表現できる関係作りに努めている。思いを把握するために、入居者の話はしっかりと聴いている。思いや意思の確認が困難な場合は、入居者の家族と相談しながら支援している。		
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	食事時間や入浴、外出などは、出来る限り入居者の希望に沿って行うようにしている。ケアと業務の違いをカンファレンスや研修などを通して職員に伝えている。		
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	更衣の時には入居者が洋服を選べるように工夫している。入居者の希望に応じて、訪問美容サービスを依頼している。爪切り、髪や肌の手入れなど、日常の身だしなみに必要なケアを行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事作りを業務と捉えないように職員には伝えており、日頃から野菜の下ごしらえ、盛り付け、おやつ作り、後片付けなど、一緒に行うようにしている。季節に応じた行事を活用し、餅つきやおはぎ作りなどを企画し、楽しんでもらえるように努めている。	朝食、昼食は献立を決めず、旬の食材や利用者のリクエスト、頂き物、菜園の野菜を使って手作りしている。利用者は盛り付け、片づけ、テーブル拭きなど、できることを職員と一緒にやっている。おはぎ作り、恵方巻、クリスマスケーキ、年越しそば、誕生日ケーキなど食で季節を感じてもらおう工夫が行われている。	
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	毎日食事量や水分量を記録している。その人の食習慣は、本人や家族から聞き取り、継続できるようにしている。その日の体温や健康状態に応じて、食事の形態や時間を変える、補助食品を取り入れるなどの工夫をしている。		

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
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	その人の習慣を把握しながら声かけを行っている。口腔の状態に応じたケア用品を使用している。		
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	トイレで排泄できるように、必要に応じて本人の様子や間隔を観ながら、声かけや誘導の支援をしている。排泄ケア用品は、本人や家族と相談しながら取り入れている。	個々の排泄パターンを排便チェック表で把握している。排泄状況に応じた紙パンツやバットなどを使用できるだけトイレでの排泄を支援している。利用者の行動やしぐさから声掛けや誘導のタイミングをはかり、無理強いしない対応に心がけている。	
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	排泄の状況を記録し個々のパターンの把握に努めている。職員の大半は便秘の原因や予防について研修を受けている。下剤を用いる場合でも、薬だけに頼らず、食事や飲み物に乳製品や食物繊維、野菜など、入居者に応じたものを提供したり、散歩や体操など運動の機会を作るようにしている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日や時間にはとくに決まりはなく、希望に応じて入浴ができるように支援している。入浴の間隔、手順、湯舟の温度などは入居者個人の習慣に合わせている。また重度な方のために安心して入れるよう、入浴用リフトを活用している。	入浴日は特に設けず、体調や希望に合わせていつでも利用可能となっている。概ね週2～3回の利用が楽しめるようチェック表で確認している。浴槽は個浴だが洗い場は広く複数での入浴も可能。入浴剤を入れ心地よく入浴できるよう支援している。重度の方も安心して入浴ができる入浴用リフトを導入し活用している。	
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	起床や就寝は入居者の習慣に応じて支援している。体調やその日の状況によっては、安全や安心に配慮し、リビングや和室などで休めるようにしている。		
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	ホームで往診を受けた場合は、本人や家族、職員に薬の処方内容をその都度口頭や記録で報告している。薬の処方箋は、いつでも確認できるように保管場所の周知を行っている。服薬は、間違いのないように十分に注意して支援し、服薬状況を記録している。薬に変更があれば、服薬後の身体状況やバイタルを観察し記録している。		
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	入居者の趣味や得意なことなどを継続できるように支援している。炊事、洗濯などを一緒に行っている。コロナの影響により、誕生祭や納涼祭などのイベントは中止しているが、花見や紅葉ドライブなど季節や希望に応じての企画を適宜実施している。		



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
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	機会をみながら、散歩やドライブなどに出かけている。車椅子が必要な方も外出できるように職員の人員などを工夫している。外出は入居者の意向を聞きながら行っている。	利用者の重度化や感染症対策もあり、まだ、思うような外出はできないが、事業所周辺の散歩や外気浴、夏野菜の収穫、洗濯物の取り込みなど、今できることを日々取り組んでいる。少人数で季節ごとのドライブ(桜、彼岸花、紅葉など)やアイスクリーム屋さんに行くなど、利用者の意向を聞きながら行われている。	
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	お金の管理については、本人の能力に応じて、家族と相談しながら決めていく。家族の同意を得て、本人が買い物を楽しめるように事業所の立替などを行っている。		
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	ホームの電話機は自由に使えるようになっており、頻度など必要に応じて本人や家族と相談している。操作の手順なども必要に応じて職員が代行を行っている。家族や知人からの電話は、本人につなぎ、自由に話せるようにしている。本人への郵便物は本人に渡している。		
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	部屋の温度や湿度には、入居者にとっても不快がないように配慮、工夫している。夜間は、廊下やトイレ周辺に適切な照明をつけ、混乱がないように工夫している。居室や廊下には、入居者と相談しながら、写真や絵を飾っている。他者からの視線にも配慮し、ゆっくり過ごせるような場所を提供できるよう、努めている。	一日の大半を過ごすリビングは天井が高く開放的で明るい空間となっている。リビングに続く台所からは、食事の準備の音や匂い、話し声が聞こえる。気の合う仲間同士がおしゃべりしたり、洗濯物を畳んだりして過ごせるよう、視線や居場所に配慮が行われている。車いす利用者が増える中、日中は椅子やソファで過ごせる工夫が行われている。	
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	リビングやダイニング、和室、エントランスなどには、ソファやテーブルセットなどを適宜配置し、本人が好きな場所で寛げるようにしている。		
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	居室は本人や家族が相談しながら配置などを行っている。入居時や必要に応じて、本人や家族に馴染みの物や好みの物の配置を勧めている。居室の清潔が保てるように本人と一緒に掃除をしたり、許可を得て片づけを行っている。	居室にはエアコン、カーテンが用意されている。利用者はそれぞれ馴染みのある家具を持ち込み、家族写真や作成した作品を飾り、思い思いに、自分らしく心地良く、生活しやすい空間となっている。	

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
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	本人がわかるように、本人や家族と相談し、居室にはネームプレートを設置している。トイレや浴室にはプレートを下げている。廊下やトイレには適宜照明をつけ、場所がわかる、安全に移動できる工夫をしている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム花芙蓉

作成日: 令和 6年 3月 12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	35	火災訓練は定期的を実施しているが、自然災害への対策や訓練が十分ではない。	BCPを踏まえ、自然災害時の対策と訓練を充実させる。	策定したBCPに基づき、平常時から行うべき行動と緊急時における事業継続のための訓練を行う。スタッフへの周知や課題解決につながるよう、利用者やスタッフの状況を考慮したシュミレーションや訓練を行う。また地域へも訓練状況を発信し、協力体制の構築に努める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 ( ↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他( )
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他( )