

令和 3 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	1690100142
法人名	有限会社 日和
事業所名	グループホーム日和野
所在地	富山市下野1784-6
自己評価作成日	令和3年11月17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）】

今年度のスローガン『「安心・安全」「命を守る」「生活を守る」』を元に、事業所の目標として「やさしい言葉づかいと思いやりで寄り添い明るい雰囲気作り」を掲げ、「思いを知ろう」シートを活用し、入居者お一人おひとりにとっての最善とは、なにかを考えるケアを行っている。また感染症の流行により希薄になりがちな、ご家族様や地域との交流（運営推進会議など）も、オンラインを活用し、出来る限り今までの生活の継続を行うようにしている。

※ 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	
----------	--

【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3年12月3日	評価結果市町村受理日	令和3年12月29日

【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）】

事業所は自然豊かな穏やかな環境の中にあり、窓からは立山連峰が一望できる。中庭の花壇には季節の花が植えられ、四季を感じることができる。消防訓練など地区の方々との交流も活発に行われ、地域を巻き込んで活動が広がっている。また、協力医や看護師と24時間の医療連携が整っており、介護職員は安心して業務にあたる事ができている。身体機能の低下や認知症の重度化が進んでも安心して過ごせるような支援体制が整備され、本人や家族の希望に応じて看取りケアにも力を入れている。職員一人ひとりの困りごとや悩みを外部コンサルタントに相談したり一緒に解決できるような働きやすい職場環境が整っている。

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、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	利用者様お一人おひとりの思いに寄り添う介護を目指したスローガンを掲げ、日々の取り組みではこの点に重点を置いて関わられるように話し合っています。話し合いの内容はファイル化し、全員が目を通し、共通理解できるよう関わり、継続した支援を心掛けています。	BS法で改善したいところや強みや弱みなどを共有することで、職員の思いや気持ちを事業所単位で考え、ポトムアップ方式で経営サイドに示し、共有している。利用者一人ひとりの思いに寄り添う介護を目指し、日々の実践に繋げている。	
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	コロナ禍において地域交流や活動は制限されていますが、そんな中でも、ホーム前の道路を行きかう小学生や地域の人たちと挨拶を交わしたり、花や野菜を届けてもらったりしています。また、地域の防災士が講師となる勉強会に参加するなど可能な限りの交流を行っています。	コロナ禍で地域交流等は制限されているが、近隣から果物や野菜などを頂いたり、小学生に認知症サポーター研修を開催したりしている。また、生徒が作った折り紙や折り紙などのお礼にお手紙を送るなど心の交流を継続している。町内会からは地域情報を頂いたり、自衛消防団の方が事業所の避難訓練に参加されるなど交流が図られている。	
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	運営推進会議では、グループホームでのケアの工夫等を紹介し、認知症ケアにとって環境の重要性を伝えるようにしています。		
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	町内会長、長寿会会長、社会福祉協議会、家族代表などが委員となり、活動内容や運営の取り組みなどを議題に開催されています。今年度より家族全員に出席を求めています。コロナ禍によりオンラインやハイブリッド形式にて開催しています。遠方のご家族にも参加できるようにしています。	運営推進会議は、オンラインやハイブリッド、集合、書面とコロナの状況に応じ開催している。事業所の取り組み状況や新型コロナの感染対策の基準を示したり、地域の防災対策についての勉強会の開催、看取り介護、感染症等について説明が行われている。	
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	市の研修に参加し、連携を図りながらより良いケアに向け取り組んでいます。運営推進会議においても、ケアの取り組みを伝え、アドバイスやご意見を頂いています。ただし、現在はコロナ禍であり、研修会参加や介護相談員の受け入れなどは見合わせています。	運営推進会議を通し、災害時の避難先など被害想定を考え富山市の河川課に相談し、より安全に避難できるよう対策を取り、必要に応じ連携を図っている。また、新型コロナの感染対策基準に照らし合わせ介護相談員の受け入れ等も検討している。	
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	身体拘束適正化委員会を2～3か月に1回開き、介護現場で起きていることで身体拘束につながる事が懸念される事案について、現場スタッフで行う勉強会で、どのように理解を促すかなどを検討しています。勉強会では「身体拘束につながる芽を摘もう」というチェックリストを使い、些細な行為も身体拘束につながる可能性があることを職員の気づきにつなげている。2か月に1回チェックを行い、職員の振り返り結果を分析しています。	身体拘束適正化委員会を2か月に1回行っていたが、新型コロナ感染予防の観点から集合研修では行わず、虐待防止シートのフローチャートを2か月に1回、職員に記載してもらい、職員同士の気づきを促したり、権利擁護を含めた勉強会を開催するなどの取り組みが行われている。	
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注意を払い、防止に努めている	虐待マニュアルを掲げ、防止に努めています。定期的な勉強会や、ケースカンファレンスにおいても、虐待につながるような事については、早期の段階で摘みとれるよう努めています。		

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
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	権利擁護についての研修の伝達講習を行い、スタッフへの理解を促しています。また、日々の支援の中でも利用者様の尊厳について、常に念頭において関わられるように話し合いをしています。		
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、解約の際には利用者様、ご家族様の思いを十分にお聞きしたうえで、当事業所のサービスについて説明し同意を得ています。		
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	毎月ご家族へ書面でご様子の報告をしています。個別の意見・要望が記載できる記入欄を設けて返却してもらう仕組みを作り、意見・要望の把握に努めています。把握した要望等は迅速にケア会議等で検討し、運営に反映させています。ご家族には翌月のモニタリング報告と合わせて、改善策を報告したり、面会時も積極的に声掛けし、意見・要望の把握に努めています。	毎月、利用者の様子を家族へ書面で報告したり、運営推進会議の参加を呼び掛けている。家族からの意見や要望は、電話や面会時に随時聞き取っている。面会を希望されたときは基準を明確化し情報共有することで安全安心に繋げている。	
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	職員が事業所の良いところ、改善すべきところを出し合い、事業所目標を立て、法人の年度目標、スローガンに反映しています。また、外部コンサルタントで職員面談を行い、職員の意見・要望が業務改善に繋がっています。職員間で相談係を設け、いつでも気軽に相談できる仕組みがあり、不満の蓄積にならないよう配慮しています。改善例として、働きやすい職場に向けて、法人全体で子育て等に協力する体制を整えています。	職員は、外部コンサルタントと月1回面談する機会があり、本人の悩みや直接上司に言えないことなどが相談出来る。そこで提案された意見・要望をもとに子育て等に協力する体制を整え業務改善に活かされている。また、人材育成の一環として相手に対する感謝「いいね」キャンペーンを行いみんなで意見を出し合い、行動指針の改善に取り組んでいる。	
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	キャリアパス制度があり、能力、資格、勤務年数それぞれを評価し昇給する仕組みになっています。また、何を行うと昇給するか分かる仕組みになっています。		
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	職場内外の研修に参加しています。職員のスキルアップの為、月1回の勉強会を継続しています。介護技術、コンピテンシーの評価を行い、個々の職員に合った研修に参加できるようにしています。		
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	コロナ禍で研修への参加は出来ませんが、日和野で企画した防災研修を地域の事業所に声掛けし、参加して頂いています。		

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
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	ご本人とのコミュニケーションを深めて、表情や言葉などから思いを読み取る関わりを強化し、記録に残すことで情報を共有出来る様にしています。		
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	初期の面談では、認知症を発症される前の生活と発症後の生活の変化、それによるご家族の心身の負担感についてご家族の思いをお聞きしています。どのような部分で助けが必要で、どのような部分で今後もご家族の関わりが可能なか、お話しの中で読み取るようにしています。		
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	入居時には、今困っておられる事、これまでの生活スタイルで大切にしておられる事についてお話を伺い、入居後に継続して行う事を把握するようにしています。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事作業等、入居者様のできる事を行って頂き、生活の中での役割を作っています。職員もお手伝いをして頂いた時には感謝の気持ちを利用者様に伝えていきます。		
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	毎月、ご様子を書面で報告したり、ご家族が来所された時や電話連絡の際に意向を伺ったり、面会や行事の時に思いを共有できたらと考えています。		
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	コロナ禍の中で面会が出来ないときは、オンラインや窓越しの面会を行い、入居者様ご家族様が寂しい思いをされないようにしています。また、季節の変わり目には衣替え等もお願いしています。コロナ禍で積極的な交流はできないが、友人に絵手紙を送って交流したり、同一法人の他事業所を利用している知り合いの利用者とホーム内で会って話をしたり、オンライン等で家族と面談するなど可能な限り馴染みの関係が途切れないよう支援しています。	コロナ禍で積極的な交流はできないが、友人に絵手紙を送って交流したり、同一法人の他事業所を利用している知り合いの利用者とホーム内で会って話をしたりしている。家族とは直接面会を行っているが、できないときはオンラインを活用し、馴染みの関係が途切れないように配慮している。	
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	その都度、利用者様同士の相性や関係性の把握を行い、座席の配置を工夫しています。また、コロナ禍を考慮しながらテーブルと座席についてその都度検討を行っています。		

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
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	入院された場合は、入院先の病院と連携を図ったり、ご利用中止後に相談があったら、お話を伺い、関係機関につないだりします。		
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	毎月、適宜にカンファレンスを実施し、一人ひとりに向き合う体制を整えています。また、毎日の生活記録にも気づいたことを記入し、利用者の満足する生活につなげています。職員への周知は申し送りや連絡ノートで伝え、統一したケアに努めています。	生活記録に利用者の思いや気づきを記載し、ケアや支援方法の変更、食事形態等の変更などは連絡ノートに記載して職員が周知できるような体制が作られている。また、毎月、適宜にカンファレンスを実施し、一人ひとりに向き合いより良いプランに繋げている。	
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	入居時に、これまでの生活についてご家族やご本人から聞き取りをし、スタッフ間で共有しています。入居後もいろいろな場面で好みやこだわりを大切にしよう心がけています。		
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	朝・夕の申し送りやケースカンファレンスで、お一人おひとりの健康状態や、ご様子、変化についてスタッフで共有するよう努めています。		
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	日々の関わりの中での気づきは、毎日の申し送りやカンファレンスで伝えたり、連絡ノートを活用し、共有するようにしています。支援内容を検討すべき内容は、ケア会議や適宜話し合いで、より良い方法を模索し実践しています。	毎月利用者一人ひとりできること、できないこと支援してほしいことなどをモニタリングし、家族にも送付して情報共有している。月1回ケア会議を開催し、課題整理総括票を利用して利用者個々のニーズを発見しアクティブプランに繋げている。	モニタリングは毎月丁寧に行われているが、アセスメントが入所時のままになっていることがあるため、介護の認定期間の中での見直しを行うなどの取り組みに期待したい。
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	日々のご様子や新たな気づきは個別に記録しています。毎月担当者が支援内容に沿って気づきを記入します。1か月を振り返ることで新たな課題の発見をし、より良い支援につなげるよう取り組んでいます。		
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	疾患の悪化による早期医療機関の支援が必要になった時には、職員が家族と同行したり、代わりにお連れしたりしています。		

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	運営推進会議では地域の行事やイベントについて教えて頂き、利用者様が出席できそうな行事に参加して頂くようにしています。コロナ禍で会えない友人には手紙を書いて頂き、関係の継続を図っています。		
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	協力医の往診が月2回あり、その他の外部受診は基本的に家族が付き添いされています。都合により職員が同行する場合があります。外部受診時はサマリーで情報提供し、受診結果は生活記録に記載され、職員への周知が図られています。看護師とは24時間オンコールになっており、緊急時の対応に備えています。	協力医が月2回往診を行っている。それ以外の外部の受診には、毎回看護師がサマリーを作成し、家族が同行している。受診結果は、家族より口頭で受診内容を確認、生活記や連絡ノートで職員全員が周知できるようにしている。また、看護師とは24時間オンコール体制になっており、緊急時の対応も取れるようになっている。	
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	身体の状態に変化がみられたら看護師へ報告し、状態の確認をしています。必要時はご家族や主治医へ報告し、必要な医療が受けられるよう支援しています。経過観察を継続して行えるよう、申し送りノートなどを使って情報の共有を図るようにしています。		
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、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。	入院時は地域医療連携室の方と連携を図り、入院前の状態をお伝えするなどの情報交換を行っています。主治医への状態報告をこまめに行い、状態変化に速やかに対応して頂けるよう心がけています。		
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	契約時に、終末期の指針について説明し、理解を頂いています。協力医、看護師とは24時間体制が整っています。また、職員も終末期についての勉強会等で、心構えや支援のあり方を習得し看取りに備えています。実際の看取り時は家族・親族の協力も得ながら本人の安楽な旅立ちを支援しています。	契約時「医療連携体制にかかる指針」に添い、事業所の対応を説明し理解を得ている。重度化した場合は、主治医や家族、本人の意向に添いながら何度も話し合い意思確認し、同意が得られた方に対し看取りケアを行っている。主治医と看護師とは24時間体制が整えられ、不安に思う事などを相談できる。また、終末期の死生観を考える勉強会も実施している。	
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	転倒、嘔吐などのケースごとの対応の流れをマニュアル化し、いつでも見ることが出来るように配置しています。		
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	火災訓練には町内会に参加をお願いし、住民に避難時の役割を持ってもらうなどしながら訓練をしています。水害・地震の避難訓練は未実施であるが、ハザードマップから想定される状況を見て避難場所を特定しています。また、有事に備えて備蓄品、避難セット(名簿・薬・簡易ベッドなど)が準備されています。有事に備えてベストの避難場所を地域にお願いするなど、具体的な検討や取り組みを行っています。	消防署の立会いのもと火災訓練年2回実施している。地域の方にも参加を促し、避難誘導等と一緒に行動などの協力体制がある。また、地区のハザードマップを活用し、有効な避難場所の設定について専門家のアドバイスを受け、タイムラインを作成し誰でも行動できるようにわかりやすく作成している。備蓄、避難セット(名簿・薬・簡易ベッドなど)が準備されている。さらに、地域の災害対策本部に連絡すると地域の消防分団へ連絡が行く体制が整っている。	書面上では体制の整備ができていますが、実際に避難場所まで利用者の誘導にどの程度の時間や移動方法があるのか検討することに期待したい。

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
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	人権の尊厳についての研修会を年間研修計画に組み、開催しています。また、SWOT分析や外部コンサルタントからの指導、「身体拘束につながる芽をつもう」シートなども活用し、視点を変えて考え、気づいてもらう仕組みが構築されています。不適切なケアがあった場合は、カンファレンスで話し合い改善に向けています。	年間研修計画に沿って、尊厳やプライバシーに配慮した言葉かけや接遇方法について、外部コンサルタントを中心に年4回、「介護を考える」とし、社内研修にて確認、理解し実践に繋げている。日々の会話の中で不適切なケアがあった場合は、カンファレンスで話し合い改善できるよう、管理者やリーダーが中心となり、ケアに生かしている。	
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	どうされたいかを伺い、意向を尊重した支援を行うように努めています。言葉での表出が難しい方には、表情や仕草などのご様子をよく観察し、思いを察するよう努力しています。		
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	食欲が無い等、今、食べたくない時は時間をずらして食事を提供、食事形態の見直し、管理栄養士との連携を行っています。新聞をご覧になる際に、お好きなコーヒーの提供を行っています。		
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	自宅から持参された化粧水・乳液を朝や入浴後につけていただく支援を行っています。		
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	季節に合わせたおやつ作りに取り組んでいただいたり、誕生会では月毎に誕生会の方を皆様でお祝いする場を開催しています。食事中は利用者様同士やスタッフとの会話を楽しみながら食べられる雰囲気づくりに心がけています。食後には食器拭き等の片づけ作業に参加して頂いています。食事が楽しくなる工夫として、誕生会には赤飯を炊いたり、畑で採れた野菜、近隣からのもらい物等で一品副菜を加えたり、利用者には茶碗ふき、テーブルふきなどできることを手伝ってもらっています。	本人の状態等に合わせ食器の工夫や形態の工夫を行っている。基本的に副菜については外部より調達するが、主食や味噌汁で季節感を出せるよう、炊き込みご飯の具材を考えたり、誕生会には赤飯を炊いたり、畑で採れた野菜、近隣からのもらい物等で一品副菜を加えたりしている。また、利用者には茶碗ふき、テーブルふきなどできることを行っていたりできるよう支援している。	
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	お一人おひとりの身体の状態に合わせて、食形態を工夫しています。水分や食事の摂取量は記録し、スタッフ間で共有することで過不足なく摂取して頂けるよう声掛けしています。水分の摂取量が不足しないよう、お好きな飲み物を選んで頂く準備をしています。		
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	毎食後、口腔ケアをして頂いています。義歯の有無や、うがいが出るかどうか、歯ブラシを機能的に使えるかなど、お一人おひとりの状態に合わせた支援を行い、確認や介助を行っています。		

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むけた支援を行っている	排泄チェックでそれぞれのパターンを把握し、トイレでの排泄を基本に支援しています。排便コントロールの日常的留意点として、水分摂取量・運動・歩行動作・マッサージなどを実施し自然排便に向けています。	排泄チェック表をもとに個々の排泄状況を確認し、その方にあった声かけでトイレに誘導し、排泄量に応じパットの選定を行うなどの対応を行っている。また、排便コントロールの日常的留意点として、水分摂取量・運動・歩行動作・マッサージなどを実施し自然排便に向けて取り組んでいる。	
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	困難な方には、医師と連携・相談を行い、整腸剤や下剤などの対応も行っています。日々の水分が不足しないよう支援しています。また、腸の活動が不活発にならないよう毎日の体操やストレッチ、出来る方には散歩の支援を行っています。		
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、個々にそった支援をしている	基本的に週2回の入浴になっていますが、本人の希望や排泄時の汚れなど状況に合わせて柔軟な入浴介助を行っています。入浴の準備は、利用者と一緒に衣服やシャンプーなどを選び、一人ひとりの思いを大事に支援しています。また、身体状況により併設事業所の椅子浴で対応したり、柚子・菖蒲などを使い季節感が出せる工夫もしています。	最低週2回を目安としながらも、その日その日の利用者の要望や体調に合わせ、毎日入浴できる体制を確保している。歩行状態や体調に合わせ、リフト浴、一般浴、シャワー浴と柔軟に対応し、入浴中は職員とマンツーマンでゆっくり入浴できるような配慮がなされている。柚子・菖蒲などを使い季節感が出るよう工夫している。	
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	居室の室温、湿度、明るさ、音などの環境整備に努めています。夕方から夜間にかけて落ち着かれない方には、必要に応じ温かい飲み物などを用意したり、お話を傾聴したりして、安心して休めるよう関わっています。		
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	内服の変更があったら、スタッフ全員に副作用や効能について伝えるよう申し送り、変化が無いか観察するようにしています。また、ご様子に変化がみられたら、長期服用や、内服の変更による影響がないか主治医や居宅療養管理指導の薬剤師に相談しています。		
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	入居の際には、これまでの生活歴や趣味について聞き取り、好まれる活動を把握するようにしています。心身の状況変化に伴い、好きな活動も変化されますので、掃除や食器拭き、洗濯物たたみ等の家事仕事に取り組みされたり、その時々によりやりがいを感じられる活動の工夫をしています。		
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。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	コロナ禍で外出行事は控えており、十分な外出支援はできない現状であるが、車の中から眺めるお花見ドライブをしたり、ホーム周辺の散歩や自家菜園に行ったり、中庭の花壇を日向ぼっこをしながら眺めたりなど、利用者ができるだけ閉塞的な思いにならないよう留意しながら支援しています。	年間行事計画に沿って、お花見のドライブや施設周辺の散歩、日向ぼっこをしながら花壇や自家菜園を眺めるなど、コロナ禍で出来る範囲で、利用者が閉塞的な思いにならないよう留意しながら支援するなど工夫している。	

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
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	ご本人、ご家族の意向を確認の上、ご希望があれば現金や貴重品はお預かりしています。コロナ禍で一緒に外出が出来ない為、職員が出来ない所を支援しています。		
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	事業所の電話を利用して頂き、ご家族やご友人とのやり取りをして頂いたり、リモート面談や絵手紙やハガキを書いて頂いたりしています。		
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	季節ごとの花を鉢植えにしてホーム内のあちらこちらに配し、ホーム内でも季節を感じてもらえるようにしています。中庭の花壇にも季節の花を植え、廊下に据えられているソファに腰かけて、ゆったり眺められるようなスペースもあります。また、居心地の良い環境にするため、話し声や生活音のトーンにも配慮しています。	手造りの装飾が壁に飾られ、外出時、行事ごとの写真が掲示されている。リビングからは、立山連峰が眺められ、自然な風と光が取り込まれ、季節を感じる演出が施されている。また、食事の支度の音や匂いが感じられ、適所にソファやイスが配置され、利用者が思い思いの場所で過ごせるようになっている。さらに、光彩や温度・湿度・臭い等にも配慮されている。	
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	お一人おひとりの気分に合わせて居場所が選択できるように工夫しています。中庭の花を眺められるところにソファを置き、一人で過ごせるスペースを作ったり、たくさんの人で楽しんでコミュニケーションを図れるようフロアで会話の橋渡しの支援をしたりしています。		
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	施設で備え付けたベッドやエアコンの他に、テーブル・椅子・テレビ・仏壇など利用者の馴染みの家具を持ち込み配置したり、写真・手作り作品などを飾り付けたりしながら自分らしい居室空間が整えられています。お花の好きな重介護利用者の部屋の前には鉢植えが並べられており、ベッドからでも花が眺められるように配慮しています。	居室は今まで使いなれた家具や馴染みのものを家族と一緒に考え、一人ひとりの好みに合わせてレイアウトされ、身体機能に合わせて使いやすく工夫されている。また、家族の写真やクラフト作品などが飾られ、個性を尊重し心地良く安心して過ごせる空間づくりがなされている。	
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	お好きなときにお好きなところへ移動できる機会を増やすため、建物内の各所に手すりが設置されています。また、「トイレ」や「ゆ」など入口に大きく案内を掲示することで、スムーズに動作に入れるよう支援しています。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム日和野

作成日： 令和 3年12月 21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	10	モニタリングは毎月行っていたが、アセスメントが入所時のままになっていた。	定期的や状態の変化時に再アセスメントを行う。	毎月のモニタリングだけではなく、ケアプラン更新時、認定更新時には再アセスメントを行う。	3ヶ月
2	13	BCPは策定したが実際に訓練は行っていない。	作成した避難確保計画に基づき、訓練を行う。	避難確保計画、タイムラインに沿って、実際に訓練を行う。	10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。