

令和 2 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2年11月28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3年1月26日                              | 評価結果市町村受理日 | 令和3年3月22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、入居者様を家族と共に支える、入居者様一人ひとりの気持ちに寄り添う介護を行う事で健康的、且つ、明るい笑顔で毎日を楽し過ごす事ができる様な生活環境の提供と日々の生活支援に取り組んでいます。又、「風通しの良い職場環境」を目指し職員間の意思疎通を円滑にすることで、入居者様の日々の様子を職員家族等が等しく共有できるよう心掛けています。  
 ・新型コロナ感染対策で、面会に制限をかけておりオンラインによる面会を行っています。

【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）】

事業所は特別養護老人ホームやデイサービスと併設しており、利用者や家族のニーズに合ったサービスを展開している。家族や地域住民との良好な関係作りを図り、他事業所機関からの信頼も厚い。利用者は安定したサービスのもと、住みやすく居心地よく過ごされ長期に渡り利用される方が多い。サービスについては「家族と共に支える」支援に力を入れ、施設側が全てを担うのではなく、家族と連携して利用者を支える様に努めている。また、「食」にも力を入れており、食事は毎回オープンキッチンで調理し、おやつには、どんどん焼きや蒸しパン、ホットケーキなど飽きがこないよう工夫し手作りのものを提供している。現在は感染症対策中のため、制限されることも多いが、今後は職員の研修等の人材育成、より良い認知症の方へのケア方法の構築などにも尽力していけるよう考えている。

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<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 | 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)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19) | ○                     | 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 | 利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○                     | 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 | 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)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○                     | 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 | 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。<br>(参考項目：4)  | ○                     | 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<br>(参考項目：36, 37)  | ○                     | 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 | 職員は、生き活きと働けている。<br>(参考項目：11, 12)                                      | ○                     | 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 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目：49)                 | ○                     | 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 | 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<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 | 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)      | ○                     | 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 | 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<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。<br>(参考項目：28) | ○                     | 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  |    |   |                       |  |

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<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  | 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。<br>全体朝礼で復唱、定期勉強会で周知している。  | 法人全体の理念、グループホームの理念、職員の心構え4項目をユニットに掲示し常に意識できるよう努めている。グループホームの理念については、職員が話し合い設定したもので思いが組み込まれている。地域や家族向けの広報誌に掲載した経緯もあり、外部への発信にも尽力している。               |   |
| 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  | 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ウイルス防止のため中止となっている。   | 自治会から地域の情報が掲載された早川新聞をもらい地域のイベントに参加している。また、近隣の保育園、小中学校への行事参加やボランティア受入も行っている。定期的にフラワーアレンジメント教室を開催し地域の人々との交流を図っている。(※現在は感染症対策のため実施制限中。)              |   |
| 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  | 地域の行事や講習に参加していたが今年度は中止した。<br>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<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                                     | 今年度は新型コロナウイルス防止の為運営推進会議は中止とし、議事録を役員の方々に配布した。その際「コロナ禍の中、高齢者の介護をする事は大変でしょう。頑張ってください」と言葉をもらった。                             | 自治会長や地域包括支援センター、家族代表等が参加し2ヶ月に1度開催している。運営状況や行事開催の報告、意見交換を図り、参加メンバーから災害対策のマニュアル整備、避難訓練の実施方法等の助言をもらい改善したこともあった。(※現在は感染症対策のため資料回覧方式にて実施。)             |   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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。   | 運営上の疑問点や課題点があった際には市役所に連絡し意見交換を行うようにしている。職員の人員配置基準や、休憩時間の取り方等を他施設の事例を基に助言をもらいサービス向上に勤めている。市が主催の研修会には充分に参加できていないが、以前地域ケア会議に有識者として参加する機会もあった。        | 市町村が主催の研修会や、地域包括支援センター主催の地域ケア会議への参加が充分にできていない。会への参加を増やすことで、よりよい協力体制の構築を期待したい。 |
| 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 | 年2回の苑内勉強会で身体拘束について学んでいる。今年度は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している。 | 身体拘束廃止委員会が中心となり年2回、勉強会を開催し職員一人ひとりが研修報告書を提出するなど身体拘束廃止についての指針を基に日々のケアに取り組んでいる。職員の研修報告書をまとめたものを開示し、身体拘束に対する確認と意識の再構築を図っている。(※現在は感染症対策のため資料回覧方式にて実施。) |   |
| 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                                     | 虐待の種類までを学ぶことで知識を深め、防止徹底をしている。<br>皮膚状態等の観察を入浴、排泄介助の時にに行い見過ごすことの無い様になっている。  |   |   |

| 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 |
| 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    | 成年後見制度利用中の方がおり、月1回やり取りをしている。身内が遠方で高齢であることから、利用者の支援が難しくなっている為制度の提案をしている。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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。<br>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<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っている。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。 | 施設玄関に意見箱を設置し、意見抽出を心掛けている。月1回は家族に施設に来てもらい要望等を聞くようにし、遠方で会えない家族には書面での意見交換を行っている。抽出した意見や要望は早急に話し合いを行い委員会にかけ、改善している。また、意見や要望内容は書面にて周知し職員一人ひとりが把握できるようにしている。 |                   |
| 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                                      | 定期勉強会、個別面接時に意見や提案を聞いている。日々の業務中の何気ない会話からも意見を組み取っている。   | 年2回、職員が記入した目標シートを基に所属長が個別面接を行い職員意見や提案の抽出を行っている。また、普段より職員と密にコミュニケーションを図るようしており意見が言いやすい環境作りを心掛けている。  |                   |
| 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      | 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している。   |  |                   |
| 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         | 個々の目標管理シート内容を元に、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<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 | 今年は連絡協議会の研修はコロナ感染で中止となっている為、交流はない。各施設のしおり等でコロナ禍でも頑張っている活動を参考にしていく。  |  |                   |

| 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 | グループホームでの生活に慣れるまで、本人との会話を大切にし思いを探りケアに繋げている。  |   |                   |
| 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            | 入所時家族に本人の情報に対する書類への記入をお願いし要望、希望を聞き取っている。又、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。 |   |                   |
| 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        | 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合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<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                        | 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<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         | 不足物品の持参、預かり金の確認の為の月1回は来苑しなければいけないシステムがあり、その際、情報交換をしている。定期受診は家族にお願いしており、治療方針、薬の検討等は家族で決められている。  |   |                   |
| 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                     | 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。    | 年1回、家族交流会を開催し利用者、家族と食事しながら過ごす機会を設けている。定期的に自宅に帰り家族と過ごす利用者もおられる。また、受診時は家族に同行してもらい関わる時間をとってもらうよう配慮している。(※現在は感染症対策のため実施制限。) |                   |
| 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                 | 利用者同士の相性、状態、気持ちを傾聴し席替えを行っている。又、ソファーに座り会話をする場を設け快適に会話ができる様にしている。                                |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 治療優先となり退去となる場合でも退去直前まで病院家族の相談支援に努めている。                                       |   |                   |
| <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<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   | 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。                     | 生活の中で利用者の思いや意向をその都度聞きながら支援を行っている。利用者の思いや意向は、利用者個々のケース記録に記入し職員間で情報共有できるようにして、利用者が現在送っている生活リズムをいかに継続できるかに重きを置き支援に携わっている。  |                   |
| 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                                       | 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<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   | 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<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 | 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てミーティングを行い計画の変更を行っている。 | 利用者との日々の関わりの中で思いや意向を把握し介護計画に反映させている。家族については来設時や電話での意見交換の際に確認している。検討事案があった際には他職種(介護職、看護師、ケアマネ、栄養士等)で会議を行い介護計画の見直しを行っている。 |                   |
| 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                        | 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。                                    |   |                   |

| 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                                      | 本人が住んでいた所へのドライブ、馴染みの店へ買い物に行く事を行っていたが、今年は新型コロナ感染防止のため中止している。              |  |  |
| 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                                  | 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ってもらっている。家族の付き添いで、データ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。 | かかりつけ医は、関係継続の観点より入居前から利用している医療機関で対応してもらっている。施設よりバイタル、食事摂取量、ケース記録等の情報提供を行い、付き添いは家族に行ってもらっている。受診結果の診断や処方薬指示等は看護師が家族より聞き、ケース記録に記入し職員間で周知を行っている。 |  |
| 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                          | 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<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。 | 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<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  | 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。    | 現在、施設方針として重度化対応や看取り支援は実施していない。体調の変化に応じて、医療機関への入院や特別養護老人ホーム入所など個々の状態に応じたサービス展開を提案している。併設の特別養護老人ホームへの申込みも可能。                                   |  |
| 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  | 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<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  | グループホーム独自の避難訓練を定期的に行い、苑全体の避難訓練には年2回参加している。                               | 苑全体の避難訓練を年2回、グループホーム独自の避難訓練も年2回実施している。訓練内容は火災や水害等の自然災害も想定して行っている。以前は家族も参加して現状把握してもらうこともあった。災害避難時の備蓄も整備している。(※現在は感染症対策のため実施制限。)               | 災害対策のマニュアルについては十分に整備されているが、地域の方の参加があまりされていない。よりよい地域との協力体制構築に期待したい。 |

| 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 |
| <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                   | 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したり勉強する場を設けている。苑内勉強会は回覧方式で行った。                      | 委員会が中心となり、定期的な接遇についての勉強会を開催し言葉使いの意識統一、プライバシーについての確認や見直しを図っている。日々の業務の中でもその都度注意し改善を心掛けている。(※現在は感染症対策のため実施制限。)  |                   |
| 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                     | 家族へ電話をしたいと言われた時は家族の生活時間に配慮しながら希望をかなえたり、遠慮せず思いを言えるよう関係性を築いている。   |  |                   |
| 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 | 1日1日本人の状態や希望に沿う為、生活活動は本人のペースに合わせて時間をずらし支援している。  |  |                   |
| 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                                  | 自分で選べる方は自分でしてもらい難しい方には会話から読み取って2択で選んでもらっている。  |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | リビングから野菜が育つ過程を観察し収穫したものを食べる。昔を思い出しながら皆で梅干しを作り食べる等コロナ禍でも1年を通して楽しめるよう支援している。又、食材の切り方を個々に合わせて提供している。     | フロアのキッチンにて食事の準備や調理を行っている。利用者には野菜を切ったり、盛り付けしたりと役割をもっていただいている。年に数回、鍋や寿司を提供したり、利用者の誕生日にはケーキを準備して他の利用者も一緒にお祝いするようにしている。以前はファミレスや喫茶店に外出に行き食べることを楽しむ支援に努めていた。(※現在は感染症対策のため実施制限。) |                   |
| 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          | 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1口づ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。 |  |                   |
| 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、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                   | 残渣物が気になる方にはその都度うがいや義歯洗浄を行っている。  |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 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れ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ことができる場合にはポータブルトイレを使用している。 | 利用者の排泄状況を記録し、個々の排泄パターンを確認している。排泄の自立支援に向けて失禁状態の方や、足腰が弱くトイレでの排泄が困難な方もトイレ誘導を試みている。排便状況が確認できない場合には看護師に相談し医療的知見より支援している。 |                   |
| 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  | 味噌汁やコーヒー等に水溶性食物繊維やオリゴ糖を加えたり、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<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                        | 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。浴槽を跨げない方はリフト浴をしていたが新型コロナウイルス感染防止の為に浴槽で職員二人介助で入っている。身体保清はチェック表で管理している。        | 週2回入浴支援を行っている。その他、排泄の汚染等があった場合にもシャワー浴を実施する事もある。浴槽にはゆずを湯に浮かべ季節を感じていただいたり、入浴剤を入れて色や香りで入浴を楽しむことができるように配慮している。          |                   |
| 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   | 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<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  | 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<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                             | 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回全員対象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<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ウイルス感染防止の為に、定期受診以外は外出していない。                            | 利用者の希望に合わせ、各地のイベントに出かけられている。また、周辺ファミレスへの外食やスーパーでの買い物にも行く機会を設けている。(※現在は感染症対策のため実施制限。)                                |                   |

| 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  | 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<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   | 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替わっている。  |   |                   |
| 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 | リビング廊下に行事、写真や作品、花を飾り本日の日付けも掲示している。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。  | リビングは陽当たりがよく、明るい空間となっている。リビング横にはキッチンがあり炊事の音が聞こえ家庭的な雰囲気を醸し出している。また、廊下は広く、すれ違いも難く行える。壁には季節に合った装飾品が飾ってあり四季を感じることができる。余暇時には音楽やDVD、カラオケを流して居心地よく過ごせるように配慮している。 |                   |
| 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  | 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<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  | 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。   | 居室は陽当たりがよく、明るい空間となっている。室内に洗面所も完備しており他者を気にすることなく洗顔や口腔ケアを行える。テレビや家具等も持ち込み可能で、利用者1人ひとりの趣向に合わせた空間作りに努めている。  |                   |
| 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   | 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 3 年 2 月 25 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        | (4)  | 市町村が主催の研修会や、地域包括支援センター主催の地域ケア会議への参加が十分にできていない。           | 地域ケア会議等への参加をすることで、職員の知識を深め、より良いケアに結び付ける。また、地域に向く事で施設の情報を発信し、情報交換を行う。具体的には、認知症の方と生活している家族の思いを知る。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修会、地域ケア会議情報を居宅よりもらう。</li> <li>・月一回の地域かわら版を確認し、自治会主催の研修会に参加する。</li> <li>・定期勉強会で研修報告する。</li> </ul> | 12ヶ月       |
| 2        | (13) | 苑全体の避難訓練、グループホーム独自の避難訓練は出来ているが、災害対策を地域の方を巻き込んだ体制が出来ていない。 | より良い地域(家族様)との協力体制の構築ができ、安心安全な行動、動きを身に付ける。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域自治会及び家族様に避難訓練実施の連絡を行う。</li> <li>・リモートでの参加を勧める。</li> <li>・状況次第では直接参加も勧めていく。</li> </ul>           | 12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。