

令和 6 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	1690900038
法人名	特定非営利活動法人紅梅
事業所名	グループホーム小矢部藤森
所在地	富山県小矢部市藤森5008番地1
自己評価作成日	令和 6年 10月 9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）】

運営理念に掲げる『その人らしさ』をしっかりと見つめ、ご家族様や医療、地域の方々等と連携を密に取り、個人個人に応じた支援となるように心掛けています。家庭的な環境の中、季節を感じるができるように、日々の買い物では入居者様と共に考えながら季節に応じた食材を購入して、共に作っています。地域資源や社会資源を活用しながら、地域特有の季節行事や、馴染みの場所への外出を行うことで、入居後も安心して馴染みの生活を継続することができるよう努めています。

※ 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）】

事業所を訪れると、季節の花々が植えられ来訪者や利用者の心を和ませている。理事長は他業種から福祉に関心を寄せ参入したこともあり、お客様を大切にする気持ちが強く、その思いが職員にも浸透している。また、初めて学んだ頃のグループホームの理念や理想を今も大切に守っている。特に手作りの食事にこだわり、利用者に食べたいものを聞き、毎日買い物に行き、新鮮な材料で利用者と一緒に調理し、季節の物を一緒に味わっている。野菜の他、味噌、梅干、らっきょう漬け、かぶら寿司、お節料理なども作っている。家族の同意を得て刺身も提供している。地域とのつながりも大切にし、庭には小矢部市の指定花木であるしだれ紅梅が植えられ春の楽しみの一つとなっている。

【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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和6年11月15日	評価結果市町村受理日	令和6年12月9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	職員室、玄関に掲示してあり、何時でも確認出来るようにしてある。ケア会議や職場内研修などで定期的に確認を行い、実践出来るように努めている。	運営理念である「そのひとらしさ」は、玄関、事務所に掲示してあり、定例会議やケア会議の際に出席者で唱和している。また、理事長、計画作成担当者も事業所内で一緒に介護業務に関わり率先して実践しているため、職員の理解が深まっている。	
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	ゴミ当番を始め、地域行事には参加させていたが、地元のスーパーや商店等での買い物同行や、散歩時等の交流も大切にしている。	資源回収の分別の当番には職員が参加している。地元のお店には、利用者と歩いて買い物に行き、お酒の購入も可能である。毎月地域用のお知らせを作成し一緒に回覧してもらっている。公民館の作品展示や、民謡、苔玉作りのボランティアの受け入れも行っている。	
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	地域用のグループホーム便りを、回覧板にて配布していただいている。運営推進会議では、地域の方だけではなく、駐在所の方や介護福祉施設の施設長等にも参加していただき、意見交換をしつつ、発信に繋げている。		
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	2ヶ月に1度、運営推進会議を実施している。ホーム内の様子や事柄について報告すると共に、地域資源の情報収集や、多方面からの意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議の委員の中には、町内の役員をしている方もおられるため町内との連携がとりやすい。また、専門分野を活かした提案もあり、公民館での祭りに参加できない利用者に対して事業所と公民館をオンラインで繋ぎ、参加が実現した。	
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	運営推進会議だけではなく、健康福祉課で開催される連絡調整会や多職種研修等にも参加している。また、疑問なことがあれば意見を仰ぎ、入居者様の不利益に繋がらないように、協力関係を築いている。	健康福祉課で開催される連絡調整会は事業別に開催されることから、他のグループホームとの顔合わせができ、法改正や新型コロナウイルスなどの情報交換や協力関係を築いている。多職種連携研修には計画作成担当者が参加し、福祉課や医療との連携が図られている。	
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	3ヶ月に1回の身体拘束等適正化及び虐待防止委員会では、職員の外に、ご家族様代表、看護師にも参加していただき、事例検討や日々のケアについて振り返りを行っている。議事録を作成し、全職員に周知できるようにしている。また、年2回の研修は全職員対象で行っており、レポート提出することで理解に繋げている。	身体拘束適正化、及び虐待防止委員会は3か月に1回行われており、議事録が作成、回覧され、全員の確認日やサインが確認できる。身体拘束等適正化に係る研修会では、職員全員がレポートを提出し、記載内容からは些細なことにまで気を配り検討されている様子がうかがえる。	

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	3ヶ月に1回の身体拘束適正化委員会に虐待防止も組み込まれ、同様に行っている。		
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	意欲のある職員は自主的に外部研修にて学んでいるが、ほとんどの職員は把握出来ておらず、活用には程遠い。		
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	ご家族様には時間を掛けて説明を行い、理解と同意を得られた上で契約を行っている。不安事や疑問点などあれば、その都度お答えしている。		
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	玄関には常に、ご意見箱と用紙を設置してある。面会時だけではなく、運営推進会議やカンファレンス、日々の電話連絡時にもご意見を伺うことができ、迅速に反映出来るように努めている。第三者委員の運営推進会議参加や、紹介も行っている。	事業所の方からこまめに家族に連絡を取るようになっている。また、電話や対面時に話しやすい雰囲気作りを心がけている。家族との外食や、配偶者が入所している施設の文化祭等の参加にも制限はなく、家族の希望があれば通信アプリを使った面会にも対応している。	家族とのやり取りは電話や来所時に行っているが、遠方だったり、連絡時間に制約のある家族に対しての更なる連絡方法の工夫に期待したい。
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	現場に出て共に働くことで、意見や提案は聞きやすい環境となっている。また、ケア会議にも参加しており、意見交換や情報収集を行い、必要ならば反映させている。	1年に2回理事長との個別面談をおこなっている。理事長は日々事業所で職員と一緒に利用者のケアにあたっており、利用者の状態の変化等で職員がオーバーワークにならないように配慮している。早番や遅番などの勤務体制を職員と意見交換しながら、調整している。	
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	現場に出て共に働くことで、各々の能力や現場の現状把握が出来ている。年2回職能評価を実施しており、面接することで向上心に繋がるように努めている。		
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	職場内研修は、年行事として組み込まれている。外部研修の案内は、ファイリングされており、情報収集出来るようになっている。		

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
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	年に1回、他施設と合同の研修を開催しており、意見交換等を行っている。また、近隣施設や居宅介護支援事業所等の職員との交流等も行い、情報交換をすることでサービスの質の向上に努めている。		
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	入居前にケアマネジャーが出向き、本人様に直接お話を伺うことで、安心してサービスを受けることが出来るように努めている。また、ご家族様にはアセスメントシートを記入していただき、本人様との関係作りに役立てている。		
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	入居前にケアマネジャーが直接お話を伺い、ケアプランに反映することで、安心してサービスを受けることが出来るように努めている。		
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	入居前の面接で、グループホームでのサービスが適しているのか見極めさせていただいている。状態を見た上で、場合によっては他施設サービスの提案も行っている。		
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	家庭的な環境の中、何でも話せる関係作りに努めており、その時々思いに寄り添った支援に心掛けている。		
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	面会時やカンファレンス時だけではなく、本人様の要望や状態変化時等には電話での相談を行っており、ご家族様と共に支援していける関係となる様に努めている。		
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	可能であれば、自宅近所の方や友人の面会を促している。他、希望があれば電話や葉書等のやり取りの支援も行い、関係継続に努めている。	近所の方や知人、友人の面会は、家族に了承を得たうえで会ってもらっている。はがきを定期的にやり取りしている利用者も、職員の支援を受けて継続している。事業所の行事としての外出のほか、個別に行きたいところがあれば有償での対応もしている。	

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
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	行事や日々の食事作り等を、なるべく自分達で考えて協力しながら行っていただけるように支援している。		
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	要望があれば相談に応じている。退居後もご家族様の介護相談をされたり、定期的に当グループホームに立ち寄ってくださるご家族様もおられる。		
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	日々の会話の中から、本人様の意向を把握出来るように努めている。その思いを達成出来るように、カンファレンスやケア会議で話し合いを行っている。アセスメントシートも活用している。	センター方式のアセスメントシートと、ひもときシートを使用し、利用者それぞれを各職員が担当し、月に1回カンファレンスやケア会議で情報共有と検討を行っている。日々の個人記録は、タブレットに入力し、日勤職員3名で各自3名分を、夜勤者は9名分入力している。	
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	入居前にご家族様にアセスメントシートを記入していただいている。また、入居前の担当のケアマネジャー等に情報提供を依頼し、必要ならば連絡確認を行っている。		
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	日々の記録にて把握に努めている。必要であれば、その時々に応じたアセスメントシートを活用している。他、ケア会議にて情報共有を行っている。		
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	半年に1回はカンファレンスを開催しており、本人様、ご家族様、職員代表、医療関係者が参加している。カンファレンス前にはケア会議を行い、ケアプラン作成やその後の支援に活かしている。	アセスメントシートは担当制ではあるが、全職員がかかわり、現状に即した最新の情報に更新され、介護計画にも活かされている。カンファレンスには医療関係者として、利用者7名の居宅療養管理指導を行っている薬剤師も参加している。	
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	日中、夜間共に個人記録を記入しており、全職員が確認出来るようになっている。また、担当者は毎月末にモニタリングを行い、不足している支援を月目標という形で発信している。モニタリング内容は、カンファレンスやケアプラン作成に活かされている。		

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
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	場合によっては、他サービスへの移行の提案等も行っている。オレンジカフェや地域行事への参加、他事業所との交流を行い、地域資源を活用しながら柔軟な支援が出来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	ご家族様の了承があれば、本人様の自宅や実家へ出向き、その地域の資源を活用することもある。本人様の希望があれば、外食やカラオケ同行等も行っている。各々に応じた個別支援を心掛けている。		
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	かかりつけ医は、本人様及びご家族様の希望に合わせている。協力医療機関以外を望まれた場合には、ご家族様に受診同行していただいている。その際は、ご家族様へ現状を報告したり、状態によっては現状報告書を作成したり、職員が同行することもある。	利用者9名のうち2名は今までのかかりつけ医を受診し、7名は月2回の協力医の往診を受けている。訪問看護ステーションと契約しており、24時間の連携がとれ、利用者の体調不良時や、職員が判断に迷った時など電話等で相談できる体制となっている。	
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	事前に記録用紙に記入した情報を基に、月2回看護師が訪問して状態確認を行っている。訪問看護ステーションとは24時間連携を取っており、必要時に相談できるようになっている。		
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。	入院時には、必要な情報をお渡ししている。入院時はソーシャルワーカーへ定期的に状態確認を行い、退院前にはカンファレンス等に参加させていただいている。また、日頃から研修等で病院関係者の方々と交流を図っている。		
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	ご家族様には契約時に説明を行い、同意を得ている。終末期については、定期的に本人様やご家族様の意向を伺っている。主治医、訪問看護ステーションとの24時間体制での連携は築けている。	看取りについての事前確認書があり、契約時に説明し同意を得ている。重度化した場合は定期的に主治医を交えて本人や家族の意向をうかがい、協力医や訪問看護師とも連携し思いを共有している。職員の研修やマニュアルの作成も検討している。	
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	急変や事故発生時は速やかに主治医、看護師、ご家族様に連絡している。AEDも設置しており、研修は済んでいるが、定期的には行っていない。		

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
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	火災想定訓練は定期的に行っている。緊急連絡についても地域住民の協力を得ている。避難場所については、地域の公民館、近隣の介護老人福祉施設との連携を取っている。	事業所のある地域は、ハザードマップ上は水害の心配が少ない地域となっている。石川県の七尾市に系列の事業所があり、今年元日の地震で被災し、その時のノウハウが備蓄品の選別などにも活かされている。BCP(業務継続計画)を作成し訓練も行われている。地域の防災訓練にも参加している。	
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	方言を使いながらも、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けに努めている。身体拘束等適正化及び虐待防止委員会でも日々の言葉掛けを振り返り、外部の方に意見を求めると共に、議事録にて全職員が周知出来るようにしている。	親しみやすく、尚且つ言葉遣いには注意している。不適切な言葉かけがあれば、その時に言わないと意味がないため、職員同士がお互いに気づいて注意できるよう教育している。トイレへの動線をプライバシーに配慮したり、可能な限り同性介護を心がけている。	
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	選択肢が広がるような言葉掛けや支援を行っている。嫌なことは嫌だと言える関係作りはできており、日常会話からも思いを汲み取ることが出来るように努めている。		
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	特に誘導時は、本人様のペースを大切にしている。朝の体操時に当日の予定を伝えることで、ご自分で考えて行動出来るようにしている。出来る限り、その時々思いや要望を達成出来るような支援に努めている。		
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	場合によっては共に衣類を選ぶことで、身だしなみが整うように支援している。また、ヘアピンやヘアゴム、化粧品等、個人の馴染みや趣向に合わせておしゃれが継続出来るように支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しいものになるよう、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	献立から買い物、食事作り、食器洗いまで、個人が出来ることを出来る範囲で行えるように支援している。また、畑で採れた野菜の活用方法や、季節の食材について話し合う等しながら、楽しみに繋げている。	誕生日の献立は、担当者が利用者から食べたいものを聞き企画している。事業所の畑ではさつま芋、ナス、オクラ、ジャガイモ、イチジク、ブルーベリーなどが収穫でき、また、近所からの差し入れも多い。保存食を作ったり、食器洗い、下膳など、それぞれ利用者の役割やリズムが決まっている。今後は庄川へアユを食べに行くのも楽しみにしている。	

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
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	個人の要望や状態に合わせて、形状や味付けの変更を行っている。状況に応じて記録を付けると共に、ご家族様とも相談しながら、補食等の代替品の活用も行っている。		
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	個人に合わせた誘導や介助を行っている。認知力の低下からブラッシングが困難となれば、ご家族様と話し合い、その方に応じた清潔保持が出来るように支援している。		
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	個人に合わせた誘導や介助を行っている。また、常に現状を見直し、本人様やご家族様と話し合いながら、自立に向けた支援となる様に努めている。	タブレットで、排泄と水分のデータが一覧で見られるようになっており、必要な利用者にはデータをもとにトイレ誘導を行っている。実践の結果、退院してきた利用者が何人もオムツを使用する状況からトイレで排泄ができるようになった実績がある。できるだけ同性介護に努めている。	
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	飲食物の工夫を主に、1日2回の体操や散歩等の適度な運動を取り入れて促している。便秘の際は、主治医や薬剤師、ご家族様と連携を図りながら、その方に適した排便リズムとなるように努めている。		
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	週4回の中で、朝の体操時に希望を募るなど入浴に対する意欲や楽しみに繋げている。入浴時は個人に合わせた誘導や介助を行っている。	入浴は基本週に2回だが、希望があればより多く入浴することができる。個浴と全身シャワー浴が完備されており、浴室は明るく広い。利用者個々のアセスメントを活かし、介助方法を工夫している。同性介護を基本としている。湯船には季節に応じてゆずなどを浮かべている。	
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	個人の生活リズムを大切に、過ごしていただいている。また、自ら訴えることが出来ない方等は、状態を見て休息を促すこともある。夜間も個人のペースに合わせてたり、不安軽減に繋がる支援を行うことで、安眠に繋がっている。		
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	連携薬局からの薬処方時には、薬剤師とケアマネジャーが処方薬確認を書面で行い、閲覧することで全職員把握に努めている。		

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
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	ご家族様や本人様からのアセスメントを基に、個人個人に合わせた支援を行っている。日々の生活リハビリの中からも、自然と役割は出来ており、人の役に立つ喜びも得ることが出来ている。		
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	外出も含めて、その時の不安事や希望等に沿った支援に努めている。カラオケの希望があれば、車椅子が入れる部屋を用意していただく等、その先々の方の協力も得ることで安心して外出することが出来ている。	日常的に利用者の希望を取り入れ、外出支援が行われている。カラオケや、外食でラーメンを食べに行ったり、道の駅やスーパーにも行っている。季節ごとのドライブ、地域住民からのフルーツ狩りの招待などにも出かけている。	
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	基本的には、お小遣いとして預かり、買い物時は預かっている財布をお渡しして、購入していただいている。個人で所持しておられる方は、管理が不十分になることに対してご家族様に同意をいただき、所持していただいている。		
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	ご家族様の了承を得た上で、希望があった方には支援を行っている。		
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	共用空間には大きな窓で光を取り入れ、ブラインドカーテンで光の調整を行っている。玄関や居間には季節の花等を飾ることで、季節を感じられると共に、落ち着いた雰囲気となる様に心掛けています。居間に台所があることで、調理の音や匂いを感じながら、心地良く過ごせる空間となっている。	明るいフロアに入ると、ゆったりとした雰囲気の中で、利用者が笑顔で会釈し歓迎してくれる。室温も、音も心地よく、花が飾られ、壁の写真や作品の掲示が洗練されている。盛り付けする職員を優しいまなざしで見守り、食事を共に楽しみ、手伝う利用者の様子が家族のように自然であり、居心地の良さが伝わってくる。	
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	居間以外でも地域交流室にはソファ、玄関先にはベンチがあり、自由に過ごせるように配慮している。		

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
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	居室内は、本人様の馴染みの物を主に、本人様やご家族様と話し合いながら、心地良い空間となるように工夫している。	居室は明るく、畳の部屋と床の部屋があり、利用者の希望や、身体の状態に合わせて選ぶことができる。ベッドは木製で温かみがあり、また、身体の状態で介護用のベッドに変更することができる。窓から外の景色を眺めることができ、家族写真や思い思いの品が飾られている。	
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	各居室の名札、トイレ前の電気は点けておく等、ご自分の力で安心して動けるように工夫している。また、その人によっては福祉用具を活用することで自立に繋がる等、個人やその時々に必要な物を見極めて、自立支援を促していくことが出来るように努めている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム小矢部藤森

作成日: 令和 6 年 12 月 5 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	遠方の方や連絡方法に制限のある方に対して個々に適した連絡方法や面会方法が確立されていない	個々のご家族のライフスタイルに適した連絡方法や面会方法を確立し気軽に連絡を取り合えるようにする	希望があれば法人名義のメールアドレスやラインアプリ、フェイスタイム等を公開、活用し、先方が連絡を取りたい時に気軽に連絡を取り合えるようにする	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()