

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	1672100151
法人名	医療法人社団 寿山会
事業所名	グループホーム福光ほほえみの家
所在地	富山県南砺市法林寺 4 2 4 番地
自己評価作成日	令和 6 年 3 月 1 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）】

《入居者の想いに寄り添い、季節感を感じながら生活できるようお手伝いします》
《地域との交流に感謝し、地域社会で支える介護の輪を大切にします》

※ 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	
----------	--

【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3月27日	評価結果市町村受理日	令和6年5月16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）】

事業所は閑静な地域の一角に位置し、敷地内には四季折々の樹木が茂っている。法人理念に「和顔愛語」を設定し、利用者に尊厳の念を持って接し、笑顔で安心して暮らしていけるよう信愛の気持ちを込めた支援を心掛けている。事業所は隣接する系列法人のあおいクリニックと連携し、生活や医療が必要な利用者の支援に尽力されている。特に健康管理、感染症対策には気を配っており他職種で連携し利用者それぞれの状況に合わせたケアを提供している。食にも拘り、給食委員会が中心となり極力利用者の希望に沿ったメニューを提案し、また、季節にあった物や郷土料理を利用者にも手伝ってもらい一緒に作っている。働く職員は利用者の快適な生活構築のためミーティングやカンファレンスを通し、日々より良いケアの提供に努めている。感染症対策のため地域行事の参加に制限がかかっていたが、今後は緩和できるよう検討している。

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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。 (参考項目：18, 38)	○	1. 毎日ある	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				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	※法人医師の方針により、感染症対策として外部接触を出来るだけ絶対方針で 運営しているので例年の状況とは違う結果となっています。			
			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	法人の基本理念である「和顔愛語」を全職員が共有して実践し、地域住民との交流を大切にして、積極的に参加している。理念と方針は見やすい所に掲示して実践している。	理念に「和顔愛語」を掲げ日々のケアに携わっている。月1回の勉強会では理念について検討する機会を持ち職員の意識統一を図っている。利用者には笑顔で安心して暮らしていただきたいとの思いを込め、尊厳を持って敬語で関わるなど心掛けている。来訪者には理念・運営方針が記載された資料を渡し発信に努めている。	
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	地域の老人会に全員加入し敬老会やそくさい会等の行事に参加、小学校行事(運動会や学習発表等)にもボランティア委員会より招待を受けて参加させてもらい、広く交流を心がけている。また、小学校の総合学習を受入れ交流している。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない	以前は、地域の老人会・敬老会・そくさい会等に積極的に参加し交流を図っていたが、コロナ禍後は機会が減っている。令和6年度は小学校の運動会や学習発表会・地域のかっぱ祭りに参加する計画を立てている。地域住民の方から広報を届けてもらったり、理美容店に来てもらったりと交流を図っている。	
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	75歳以上の高齢者対象の当地区の「そくさい会」に参加し、グループホームの役割等の説明や老人会との交流の中でも認知症などに係る啓蒙活動も行なっている。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない		
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	年6回の運営推進会議に参加されるメンバーに毎月の「ほほえみ便り」をお渡しし、行事の目的や取組みを説明・報告し、意見を聞かせて頂いている。また、会議の資料を配布して情報を提供している。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない	2か月に1回実施。会議委員には自治会長、民生委員、地域包括支援センター、自治振興会、利用者家族に入ってもらっている。会議では活動報告、インシデントレポート、利用者情報、イベント等の運営状況を開示している。感染症対策のため現在集合開催はできていないが、今年度は開催に向け計画を立てている。	運営の現状を地域に発信し、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況について開示し、出た意見を基に日々の運営に活かすことができるような仕組み作りに期待したい。
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に取り組んでいる	南砺市の地域包括支援センターの方々にも運営推進会議に参加いただいて、運営についてご意見を頂いている。又、南砺市地域ケア会議の研修会にも参加して情報交換を行なっている。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない	地域包括支援センターとは普段より運営推進会議での関わりや、困難事例や空き部屋状況の運営情報を共有するなど連携を図っている。また、介護保険の申請や、感染症対策、加算などについて保険組合の窓口で相談する体制を築いている。	
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	身体拘束しない介護は法人の基本方針であり、法人や併設の「老健福光あおい」との合同勉強会でも一緒に学んでおり、マニュアル化と共に身体拘束防止を常に心がけて周知徹底と実践を行なっている。	身体拘束回避方針を基に、身体拘束をしないケアに努めている。3か月に1回は身体拘束ゼロ委員会を開催し、日々のケアを振り返っている。また、勉強会を開催し職員間の意識統一を図っている。毎月のミーティングでもスピーチロックをしないケアの在り方の周知をしている。	

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
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	虐待防止の介護は法人基本方針であり、法人や併設の「老健福光あおい」との合同勉強会でも学び、マニュアル化と共に継続的に話し合いで周知徹底と実践を行なっている。		
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	法人の勉強会で「成年後見人制度」について学んで知識を得たり、介護相談員を受け入れている主旨を全職員で共有している。		
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	契約時には、その内容について管理者や支援相談員が懇切丁寧に説明を行ない、それぞれの事柄について十分に理解して納得を頂いたうえで、契約を締結したり同意書に署名捺印をいただいている。又、いつでも相談に応じている。		
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	運営推進会議には、全ての利用者の家族に案内し、運営や要望について意見・要望を聞く場を設けています。又、意見箱を設置し随時ご意見や苦情を受け付けている。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない	毎年家族へサービスについての意向確認のアンケートを実施し、抽出された意見はフロアに掲示して職員間で把握し意識統一を図っている。面会時や電話メール対応時に聞いた意見は個別ノートに記録し周知している。意見は事務連絡会議や運営管理委員会議にかけ改善を心掛けている。	
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	ミーティングやカンファレンス等で意見を出し合い、必要な事項は併設の事務管理職と相談したり、管理運営委員会で提案し話し合う。法人全体では事務連絡会議で提案して意見交換をして反映している。	ミーティングやカンファレンスで職員の意見抽出を図っている。また、月に一度は理事長が直接、職員と面談する時間を作り、雇用形態や働く姿勢、理念の共有や業務上の不便な点、不安なことなど意見交換を行っている。	
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	代表者は、日々管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握している。労働時間の調整、働き甲斐ややりがい等の思いを月1回は聞く機会を設けている。気持ちよく職員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。		
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	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調査表等で把握している。法人内外の研修を受けさせ資質向上に努めている。資格の取得には最大限の協力をしている。		

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
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	南砺市地域ケア会議や南砺市グループホーム連絡会に参加して情報交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない		
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	入居事前には必ず家庭訪問や施設訪問をして、本人や家族の要望や家庭などの生活環境の把握に努めている。本人が安心して生活できる環境作りに腐心している。		
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	入居事前には必ず家庭訪問や施設訪問をして、本人や家族の要望や家庭などの生活環境の把握に努めている。得た情報を入居時までに職員で共有し、信頼関係の構築の一助としている。		
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	管理者等は支援相談員と共に事前面談を行い本人評価を行って、入居審査会で他職種の職員から意見を頂いて、対応について検討している。		
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	快適な生活をして頂ける様に職員が連携しながら、日々感謝の気持ちを伝え、一つの家での共同生活をしている気持ちで言葉がけ等を行なっている。穏やかな生活をおくって頂ける様心がけている。		
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	法人の方針として、施設に預けっぱなしは退去基準になる位の対応で望んでおり、家族にもよくこの事を説明し、協力出来る家族関係を理解して貰っているので、入居者を家族と施設職員が共に支える仕組みで対応している。		
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	一人ひとりに寄り添った介護を目指しており、年に1回は馴染みの場所やお友達のところへ職員がマンツーマンでお出掛け同行している。馴染みのお店や食べ物を楽しみ、美容院なども出来るだけ行き付けのお店に行って貰っている。	面会は玄関先にてビニール越しに対面で実施し、家族、友人等に関わらず会うことができる。また、利用者行きつけの美容院が来所するなど関係継続の支援を心掛けている。家族や友人と電話や手紙、年賀状をやり取りするなど利用者個々の馴染みの関係を継続している。	

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	利用者同士の関係に目配りし、職員は情報を共有して、トラブルを未然に防いだり、職員も一緒に体操やレクリエーションなどを行ったりして、ゆったりとした時間や空間を作っている。		
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	他へ転出された利用者にも、これまでの生活の継続性が損なわれない様に、情報を提供し決めた細かな対応をしている。機会があれば様子を見に行ったりしている。		
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	日々の生活を通じて、一人ひとりに寄り添いながら、思いや希望を聞き取ったり、汲み取ったりしている。好きな食べ物やお菓子等を聞き、それをケアプランに活かして実践につなげている。	利用開始時にはセンター方式(A-1、C-1-1、D-1、D-2)のシートを作成し利用者一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。日々の生活の中で思いや意向が把握できた場合には、カンファレンスにて職員間で共有している。	利用者の思いや意向が抽出できた際の記録方法のマニュアル化に期待したい。
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	センター方式でアセスメントして、入居前後の生活背景等を記入して、利用者が安心して生活できる支援を行なえる様にしている。		
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	「1日の様子」用紙に、個々の生活リズムを把握出来る様に記載し、現状の把握に努め、職員間で情報を共有している。		
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	月1回カンファレンスを行なっている。又、問題が発生した時点でも直ぐにカンファレンスを行なって対応している。法人の他職種のアドバイスを貰って反映させている。家族には面会時等に近況報告をして、意見や希望を聞きそれを採り入れている。	介護計画についてケアプランチェック表にて振り返り、カンファレンスを通して検討している。また、3か月毎にモニタリングシートを記入し計画の進捗状況を確認している。介護計画立案には介護支援専門員、介護職員、栄養士、看護師など他職種が関わり作成している。	
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	日々の利用者の状態の変化や職員の気づき等は、それぞれのケア記録に記載し、職員間で情報を共有している。個別の記録を読み込んでケアプランの見直しの参考にし、評価を実施している。		

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
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	本人や家族の状況に応じて、予定日以外の通院や送迎及び必要な支援には柔軟に対応している。買物や定期受診等は本人の希望に添って臨機応変で対応している。		
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	地域づくり協議会長・自治会長・老人会長や民生委員の方々には、運営推進会議に参加してもらったり、地域包括支援センターの職員にも参加いただいてご意見をもらったり、センター主催のグループホーム連絡会にも参加しています。 ※実施予定だったがコロナ禍で出来ていない		
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	併設の福光あおいクリニックを主体にして週1回の受診で健康管理をしており、急変時には往診してもらっている。他には元々のかかりつけ医にも家族送迎による受診をしていただいている。状況によっては他科受診に同行し、普段の様子や変化を伝えるようにしている。	利用開始時に事業所かかりつけ医である「あおいクリニック」に変更するか、元々のかかりつけ医を継続するか選択してもらっている。体調不良や急変がある場合は、休日や夜間であっても対応が可能で、柔軟な医療を受けられる。受診の際には日々の様子を受診表にまとめて渡すなど情報共有に努めている。	
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	併設の老健との契約で毎日看護師が施設を訪問してバイタルチェックをしている。、体調やささいな変化等を診てもらって早期発見手当て出来る様にしている。又、健康管理の相談相手になってもらっている。		
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。	入院時には本人の支援方法について家族と相談して介護サマリを提供して近況を伝えている。退院前には支援相談員と共に情報交換し、かかりつけ医とも協力して受け入れ態勢を整えている。		
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	本人や家族の意向を踏まえつつ、ターミナルケアを行なわない法人の指針を説明し、事前に承諾をお願いしている。重度化の場合も事前に家族と話し合い承諾を得て、医師と相談してしかるべき病院に転送してもらっている。	重度化についての指針を基に日々のケアに取り組んでいる。事業所での看取り支援は実施していないが、看取り期の利用者は併設クリニックへ転院するなど柔軟な医療が受けられる。利用開始前に事業所の方針を説明し同意をもらっている。	
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	マニュアルを作成し、法人の勉強会や独自の勉強会で対応や実践訓練を行なっている。職員全員は必ず普通救命救急講習会を受講・再受講(3年毎)をして実践力を身に付けている。		

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	マニュアルを作成し、火災避難訓練を通常体制と夜間体制で年2回実施している。その訓練には地元自治会から2～4名の参加を得て避難誘導などの協力を得ている。(ゼッケンは【近所の人】) ※実施予定だがコロナ禍で出来ていない	火災想定は年に2回、消防隊にも参加してもらい本番ながらの訓練を実施する機会がある。また、土砂災害の危険区域に近いこともありマニュアルを整備し周知を行っている。備蓄は水、缶詰、乾物等3日分を常備。地震想定は今後実施予定。	実際の事業所状況に即したBCP(事業継続計画)の整備に期待したい。
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	利用者には年長者として敬意を払い、日頃の対応においても本人の気持ちを傷つけないよう心がけ、安心して生活できる様子がけに努めている。利用者の前でもプライバシーのかかわる言動を慎み、職員間では日常的に確認と改善に努めている。	毎月のミーティングで言葉遣いや関わり方について声掛けを行っている。また、年に一回は接遇に関する勉強会を実施し職員の意識統一を図っている。接遇マニュアルや心得6カ条を事務所に掲示し周知している。不適切な言動があれば職員間で注意し合えるよう心掛けている。	
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	利用者に声がけしてそれぞれの意向を尊重し、意思表示が出来ない場合には表情や反応を見極めながら、複数の選択肢を提案して、出来るだけ自分で決めていただける様に働きかけをしている。		
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	第一優先は利用者である事を職員は常に念頭に置いて業務を行い、利用者一人ひとりの体調などに配慮しながら利用者のペースに添って日々生活できる様に心がけている。		
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	洗面介助や衣類の選択などさりげなくカバーし、残存能力に応じた支援をしている。理美容は馴染みの店に家族同行で行かれる事もあるが、併設老健で訪問理容サービスを利用している方が多い。		
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	メニューは、併設老健の管理栄養士とカロリーなど相談しながら作成している。お寿司の日や外食(弁当等)も採り入れて変化をもたせている。食事の準備(皮むき・盛りつけ等)や後片付けなどで共同作業をして個々の力を発揮してもらっている。	日々の食事は給食委員会で検討したメニューを基本手作りで提供している。利用者の状態に応じ全粥・キザミ食・ミキサー食などに対応可能。季節を感じてもらうため、かぶら寿司・恵方巻・干し柿を利用者と一緒に作るなど工夫している。テイクアウトで弁当を注文するなど演出にもこだわっている。	
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	医師の指導を受け、1日を通して必要な食事カロリーや水分等がとれるように支援し、個別に管理記録を記入し共有している。管理栄養士のアドバイスで一人ひとりの栄養状態や食事形態を考えながら支援している。		

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	食後には個々に応じた声がけ口腔ケアを実施し、入れ歯などの管理を支援している。口腔内の不都合があれば個々の行きつけの医療機関で受診してもらっている。		
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	排泄チェック表で、一人ひとりのリズムに合わせてさりげなく付き添い・見守りをしている。パット類は、時間帯や個々に合わせてその都度検討し対応している。勉強会などでより良い物を検討して対応している。	利用者一人ひとりの排泄チェック表を記入し排泄状況の把握に努めている。自立支援を心掛け、ポータブルトイレを設置したり、パッド交換を促すなど配慮している。トイレは3か所あるが、場所を分かりやすくするため目印を付けるなど工夫に努めている。	
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	毎日の軽体操や水分補給を行なうと共に、医師の指導による投薬コントロールや管理栄養士と献立を検討するなど、自然排便を促すための工夫を行なっている。		
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	週に2回入浴を実施している。本人の当日の希望を確認して、予定日をずらしたり体調によっては足浴やシャワーを勧めたり、清拭だけの事もある。本人の負担とならないよう支援している。入浴を楽しみにしてる入居者が多い。	基本週に2回は入浴を実施している。脱衣室は広く車椅子や歩行器使用でもスムーズに入浴できる。季節に合わせゆず湯、菖蒲湯を実施するなど季節感を演出している。拒否ある利用者には他のことで誘い、さりげなく誘導するなど無理のないケアを心掛けている。	
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	一人ひとりの生活のペースで気持ち良く眠りにつけるよう、日中の活動に配慮しながら休息(お昼寝)を採り入れている。どうしても眠れない利用者には医師と相談し、夜間は眠剤を調整し安眠につなげている。		
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	受診後に、調剤薬局の薬剤師より個々のお薬について説明を受けている。それを申し送りしている。副作用については継続的に薬剤師の訪問を受けて状態の把握と対応を一緒に行なっている。		
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	毎月季節に合ったお楽しみ会や作業レクでの作品展示、生花や習字教室・パズル・塗り絵など日々変化をもたせるよう工夫している。又、個々に軽作業(食器拭き・自分の洗濯物たたみ等)で出来そうな事もしていただいている。		

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	屋外での散歩や日光浴など天候を見ながら楽しんでもらっている。地区住民の理解と協力を得て、福寿大学や公民館・老人会の行事に積極的に参加している。学校行事にも招待されて参加している(運動会やかっぱ祭りでは、専用テントを用意していただいている)。 ※実施予定だがコロナ禍で出来ていない。	事業所周辺の散歩をしたり、定期受診には隣接のクリニックに歩いていくなど外出支援を心掛けている。また、ドライブでは感染症対策に留意しながらスキー場、小矢部川、公園など季節に応じた場所へ出かけている。事業所の敷地内では菊の花の手入れをするなど外の空気に触れる機会を作っている。	
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	家族の承諾を得て、小額のお小遣いを預かり、必要に応じて買物時に個々の財布から支払いできるように支援している。		
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	「ほほえみ便り」をご家族に届け、日々の様子をお届けしている。施設内に公衆電話を設置し、自由に掛ける事が出来るし、出来ない利用者には個々に支援している。年賀状もそれぞれに書いてもらい家族等に送っている。		
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	季節の草花を生けてもらったり、レク活動の作品を展示したりして穏やかで温かい雰囲気作りを心がけている。テレビの音もコードレススピーカーシステムを採り入れ、大音量に配慮している。室温・湿度・採光(天窓)などにも配慮している。テーブルの配置も変えてみたりと変化を付けている。	共有スペースは十分な広さがあり車椅子や歩行器使用でもスムーズに行き来できる。窓からは明るい光が差し込み、室温、湿度も空調で管理され過ごしやすい。外には四季折々の樹木が植えられ、また、室内壁には時期に合った装飾品が飾られ季節を感じやすいよう工夫されている。	
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	廊下やリビングにソファや椅子を配置し、何時でも利用者同士が語り合ったり出来る空間があり、一人にもなれる空間でもある。		
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	家庭で使い慣れた家具類や筆筒、思い出のある品々やアルバム等の持込みをお願いしている。仏壇を持ち込んでこられた利用者もいる。又、多くの入居者はテレビ持参が普通になってきた。	居室はベッド、衣類タンス、エアコン完備。十分な間口があり車椅子や歩行器使用でもスムーズに出入りできる。居室内は外の光が差し込み明るい雰囲気となっている。壁には個人作品や家族写真が飾られ個人空間を演出している。	

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
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	居室・廊下・トイレ・浴室等の出入口には手すりを設置しており、利用者は安全に生活しやすい様にしてある。又、台数に制限はあるが車椅子対応が可能な空間でもある。部屋の扉には「名前」や「花の絵」が貼っており、自室への配慮をしている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム福光ほほえみの家

作成日: 令和 6年 5月 10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	自然災害(地震及び急傾斜地崩壊が該当)のための「自然災害発生時における業務継続計画(BCP)」による避難訓練ができていない	今年度の早い時期に、火災避難訓練とは別に訓練を計画する	今年度の出来るだけ早い時期に訓練を実施する	3ヶ月
2	4	運営推進会議の欠席者からも、意見や提言がもらえる様にしたい	令和6年度の早い時期からの運営推進会議で実施したい	第1回が開催できればそこから始めたい(資料送付時に用紙を同封する)	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、行を挿入してください。

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	☐ 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た
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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、職員全員で話した
		☐ 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た
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話した
		☐ 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た
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話した
		☐ 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た
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()