

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	0170502611		
法人名	株式会社 札幌介護サービス		
事業所名	グループホーム藤野いこいの家1階		
所在地	札幌市南区藤野3条6丁目5番5号		
自己評価作成日	令和5年7月3日	評価結果市町村受理日	令和5年8月21日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigvsoyCd=0170502611-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和5年7月25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)】

<p>1 利用者本位 自立支援を重視している。トイレでの排泄や歩行能力の維持、手伝いを役割としたI ADLの継続を行っている。医療と連携し月1回の内科医による訪問診療や週1回の訪問歯科を行い異常の早期発見に努めている。毎月体重測定し体重低下や肥満防止をしている。夏と冬で水分摂取量を調整熱中症を予防している。</p> <p>2 家族との連携・交流 面会時は写真を撮ったり本人が作ったものをお渡しするなどして生活情報を報告している。他科の協力や生活品の購入など協力していただいている。</p> <p>3 地域貢献・交流 コロナの流行により地域の行事には参加できなかったが毎日の散歩で挨拶や庭の花をいた抱いている。</p>

【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)】

<p>自然豊かなエリアに近く、徒歩圏内には大型商業施設、地区センターや飲食店などがある生活至便の環境に位置している。建物は鉄骨造2階建て、1・2階ユニット合わせて15名の定員数で1階には同法人運営のデイサービスがある。共用空間は広さももあり家庭的な設えでゆったりリラックスできる空間を整えている。季節ごとに利用者と職員が一緒に作成する壁飾りも雰囲気良く掲示している。職員は、利用者1人ひとりの個性やこれまでの人生等を踏まえ、人として尊重し、本人のしたい生活や思い、大切にしていることを中心にしたパーソンセンタードケアを重視した支援に熱心に取り組んでいる。ICFを活用したケアマネジメントで本人の生きることへの全体像を見つめ、IADLの継続に繋げている。一例ではあるが、利用開始後も居室でミシンとアイロンを使い布バックを作り利用者と職員にプレゼントしたり、自分で作った漬物を毎日食べる利用者がいる。リハビリやレクリエーションなどの機能訓練にも優れ、利用者の症状や状態に即した転倒予防マッサージやマンツーマンでの体操支援、職員手作りの絵合わせや人気のボール投げで筋力をつけている。食や外出でも様々な要素を盛り込んで計画し、利用者の嬉しい楽しい生活を盛り立てている。徹底した健康管理や介護技術、知識を深めることにも余念がない。家族からの評価も高く、地域との交流も積極的である。生活の中に支援がある、地域密着型サービスの意義や役割を追求するエキスパート的存在の事業所の一つである。</p>
--

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 3. 利用者の1/3くらい 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 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員2/3くらいが 3. 職員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している (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. ほとんどできていない
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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念は職員がいつでも確認できるようホールの見やすいところに掲げてある。年度初めは理念について具体例を提示し研修している。	地域密着型サービスの意義と役割を盛り込んだ4つの理念を標榜し、事業所内要所へ掲示している。合同ユニットミーティングで理念に基づく事例検討や新入職員へは運営理念・基本方針の理解促進に向けた学びを行い、理念の実践に努めている。	
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	毎朝の散歩で近所の方と挨拶や会話を通じ日常的に交流している。	地域の方から花のお裾分けを得たり、散歩時にも近隣住民と気軽に交流し合える間柄である。隣接町内会のオカリナコンサートへ参加した利用者や職員が地域高齢者の困り事を支援するなど、地域と共に支え合う関係性を大切にしている。	
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	認知症家族を抱えた方が見学に来た時に話を聞きアドバイスしている。		
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	コロナ下のため施設内で2か月に1回運営推進会議を行い関係方面に資料配布した。令和5年6月から外部の方を招き会議を行っている。	今年6月より参集にて開催し、議題に食事試食会を盛り込み意見、要望を得ている。家族が面会に来た際には食事やおやつを試食する場面を設け、感想が寄せられた。勉強会や講習を適宜設定し、関わる方々の学べる機会や双方向的な会議運営に向けている。	書面会議から参集開催へと従前に戻る中で、今後、家族の会議参加を促していきたいと述べている。参加しやすい方法等を家族にヒヤリングするなどして、可能な限り家族参加を得た会議運営に期待したい。
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取り組んでいる	生活保護受給者が3名おり区役所保護課と電話や面会をしている。社協の日常生活自立支援事業利用者が1名金銭管理を受けており月1回面会がある。	市の担当者とは、代表者が窓口になり適正な運営の維持に向け協同関係を築いている。管理者は、区分変更やオムツサービスでの相談や支援を得たり、日常生活自立支援の活用で社会福祉協議会と連携するなど、利用者利益の保証に努めている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	5月に抑制廃止・虐待防止指針をもとに研修し5つの基本ケアを周知実践している。	身体拘束に関する指針を定め、身体拘束廃止委員会は、現状、運営推進会議内で抑制廃止の取り組み状況を議事に設け利用者状況を協議、検討している。今年5月に抑制廃止と虐待防止についてマニュアルに基づく研修を実施した。夜間帯のみ玄関を施錠している。	身体拘束に関する指針の見直しに着手する意向であるので期待したい。根本的な不安や混乱の要因を取り除くケアのあり方を多角的視点から深めていきたいとの考えを述べているので、その取り組みに期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	身体拘束廃止委員会がありより良いケアの実践に励んでいる。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	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	日常生活自立支援事業は1名受けており理解できている。成年後見制度は4月に研修している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	令和5年1月全国的な電気料金値上げを受けてやむをえず開設以来初めて水道光熱費の値上げを行った。家族には十分な説明を行い受け入れてもらっている。		
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並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	面会時に家族からの意見を拝聴させてもらっている。	利用者からは、嗜好食品や就寝時間、したい事など多種多様な要望が出され、その都度、本人の希望や願いに応じた支援に努め、家族からの本人が喜ぶペット同伴の面会希望には、屋外でゆっくりと触れ合える環境を整えるなど、思いに沿った対応である。	
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	朝・夕の申し送り時に何でも気軽に話してもらい良い意見を取り入れている。急ぎの件はラインを活用している。	代表者の部屋はドアを開放し、職員が気軽に来られる環境を整えている。各会議や日頃から出される職員意見は記録し、職員間での共有や検討のもとに業務改善を行っている。	
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	キャリアアップ研修への参加を促し、資格取得への支援をしている。夏・冬休みの取得。残業のない職場環境。ベースアップなど多くの支援がある。		
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	介護初任者研修や管理者研修など経験年数に合わせ研修に参加し研修費の補助もしている。施設内でも各種研修を実施している。		
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	コロナの影響で行えていなかったが、6月に運営会議に第2包括支援センターの方が参加し地域の施設情報として施設ごとの特性などの説明を受け、資料もいただいた。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメントしながら十分に話を傾聴し本人が安心できるよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族と本人と一緒にいる場と家族だけ本人だけの場で色々話していただきそれぞれの想いを理解するよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	困りごとや希望の優先順位を見極め対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ミンチ掛けや編み物など職員より優れた技術を持つ方がおり教えていただき共に製作している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	おむつなど日用品を購入する役目を持つ家族や病院受診を請け負ってくれる家族などそれぞれのできる形で本人を支えている。		
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	コロナでカラオケや美容室買い物に行けないなか本人の変化が進み外出が厳しくなった方が多い。親類が亡くなりそれまでの年賀状のやり取りができなくなった方もいる。少しでも馴染みの物や心が落ち着く場を提供できるよう努めている。	家族面会は居室にテーブルや椅子を設置し、おやつや飲み物を提供するなど利用者と家族が居心地よく過ごせるようにしている。電話や手紙の支援や墓参、買い物など家族と一緒に過ごす機会や縁ある場所への外出をサポートしている。	
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	孤独を好む方他者とうまく関係を作れない方には職員が介入、寄り添っている。利用者間で良い関係を作れる方はほほえましく見守っている。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	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	入院のため離れた方の家族に近況を聞いたり、又、亡くなったとき連絡がきて葬式にいった。退去した後お礼の挨拶に来た家族もいる。		
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	朝食時間や副食、日中の過ごし方はそれぞれで違いくだわりもある。本人の思いを尊重した暮らしを提供している。	生活歴や趣味などの聞き取りを行い、ICFに基づいて定期的及び随時、利用者本人の情報を収集しており、本人の思いやニーズ、個性を活かした暮らし方を検討している。	
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	全員ほぼ把握している。シートに記入してある。		
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日の様子や心身状態は毎回違うので丁寧に申し送り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	本人が落ち着き安心し居心地よく暮らせるよう職員は毎日話し合っている。家族の意見をよく聞き現状に即した介護計画を作成している。	ケア記録にて暮らしの現状把握を行い職員間で状態態を共有しモニタリングに繋げている。ICFを組み立てアセスメントに網羅し、出来ることや好きな事、楽しむことが出来るなどの、IADLを基盤としたより良い暮らしのための介護計画を策定している。	
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	職員は常に記録を記入し見返している。気づいた点は口頭で職員同士、管理者に報告しより良いケアを実践している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	家族の反対でコロナワクチン未接種者1名いたが食事を部屋食に変更し本人が行っていた買い物を代行するなどして外部と接触しないようにした。		
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	コロナ以前地域の藤野カフェに通っていた方がコロナ後誕生日に初めて食事とカラオケをしに行くことができ大変喜ばれた。町内会のオカリナ演奏会に参加した方。地区センターの音楽会に参加した方がいる。		
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、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	訪問診療医は容態急変時には時間外でも都度対応してくれ病院入院へつなげた。	協力医療機関による内科医・歯科医の往診の他、歯科衛生士の定期訪問もあり、技術的助言や指導を得て職員が口腔ケアを行っている。持病により利用開始前の医療機関への継続受診や専門医などは家族の協力も得て対応している。	

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	気になる症状が見られたらすぐに相談し適切な処置助言を得て実践している。		
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、また、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。又は、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	看護添書、フェイスシート、アセスメントシートを送り電話で話している。定山溪病院には長年にわたりほとんどの入居者を受け入れてもらっている。		
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、事業所です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	入居時家族に施設の方針を説明している。段階的に訪問診療医や施設と家族で本人の意向を踏まえ今後のことを決めている。	「医療連携体制の確保と重度化看取り対応指針」を利用契約時に説明している。現在は看取り支援は行っていないが、家族の意向の元に医師とも相談しつつ可能な限りの支援に尽力している。特別養護老人ホームや病院などの紹介と共に移行支援を行っている。	
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	心肺蘇生法、AEDは毎年研修している。熱発、便ショック、喉つまりや転倒は実践を通して学んでいる。ヒヤリが出たら原因、適切な対応、処置を皆で話し合っている。		
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	火災訓練はデイサービスと共同で毎年行っている。地震時の対応は個別発生時間場所ごとに研修している。	令和5年4月にデイサービスと共同で日中・地震想定のある行動マニュアルによる机上訓練を実施した。災害発生時に職員が行動できるよう手順書を基に初動体制等の共有に努めている。	感染対策に係り、実践的の火災避難訓練が見送られているので、実施に期待すると共に、地域協力体制と災害に備えた備蓄品の再確認、令和6年4月から義務化となる自然災害発生時における業務継続計画策定に期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	一人ひとりを尊重し個別に対応している。	職員へ「パーソンセンタードケアを重視しケアを実践する」教育を行い、その意識づけに努めている。個人記録はタブレット入力で、ファイル等も管理場所を取り決めている。	
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	わがまま過ぎと思うくらい希望欲求を話している。できるだけ実現したいが妥協案を出すことがたびたびである。		
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	希望に沿い支援している。結果他者と交流したくない方が2名いるが本人は満足している。		
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	その人らしさが他者に不快感を与えている場合があり職員は地道に修正している。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	コロナから部屋食希望者は部屋で食事している。おやつやおにぎりを一緒に作り食器を拭いてくれる。自分で作った漬物を毎日食べる方、好きなおかずを購入し食べる方がいる。	食事に関する一連の作業を通じ利用者が力を発揮できる環境を整えている。食材切りや盛り付け、食器洗い、カレーライスやおやつを一緒に作ったり、漬物作り、豆でおはぎをこしらえるなど、楽しむ事のできる食と個々の好みに応じた食を提供している。	
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	残さず食べられる量を提供。個別に豆乳、カルピスを買う方、自分で水筒に氷水を入れ常時飲む方がいる。		
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、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	朝夕は声掛け口腔ケアをしてもらう。日中は本人に任せている。洗面台が空いている時を見計らい丁寧に義歯を洗う方もいる。週1回訪問口腔ケアが入る。		
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	トイレへ行ける方、夜間ポータブルトイレを使う方、自分でパッド交換できる方など一人ひとりにあったケアを提供している。失禁しても自分で始末できるように長年支援している方がいる。	様子を観察しての誘導や定時の声かけ、状態像により支援方法を変更するなどして失禁を防いでいる。行きたい時に自らトイレに行けるよう分かりやすいトイレ表示や夜間歩行が不安な場合はポータブルトイレで対応している。	
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	排便状況を確認し毎朝の牛乳の量を調整、散歩時間の延長、ホール内歩行、おやつにヨーグルト提供、校門マッサージなど工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	午前中入浴が定着している。1番がいい、最後はいいなど希望がある。1時間半入る方もいる。	曜日と時間は決まっているが、湯温や長湯、順番などの好みに応じている。職員見守りで自分で好きなように入浴する利用者もいる。滑り止めマットの位置や手すりの使い方などに留意し、安全な入浴環境に配慮している。	
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	日中は自由に過ごしている。疲れたから横になりやすとベッドで休む方もいる。夜間は特に消灯時間を設けておらず一人ひとりの都合で休んでもらっている。		
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	注意すべき薬剤の一覧表がある。よく理解している。		
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	一人ひとりにお手伝いの役割がある。嗜好品買い物援助、編み物の毛糸を工面したり、ミシン修理先を探したりしその方の楽しみが継続するよう支援している。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(1階)	外部評価(事業所全体)	
			実施状況	実施状況	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。また、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	5月コロナ5類を受け家族と自宅で過ごす、墓参りに行く、母の日に家族と食事、息子の運転するレンタカーでドライブ、地域の催しに参加、カラオケをしてきた方がいる。天気の良い日は散歩日向ぼっこをしている。	散歩がてらフキ取りや果実をもらったりなど四季の風情と共に楽しんでいる。外気浴を兼ねて屋上でのシャボン玉、ドライブでは中山峠や藤野聖山園に出かけている。地域のオカリナコンサートや誕生日外食でカフェで祝うなど、五感刺激となる外出の機会がふんだんにある。	
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	お小遣いを預かっている。好きなおかず、おやつ、飲み物、趣味の毛糸などをかう。		
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	遠くの姉に電話したり、娘に持ってきてほしいものを手紙に書く方がいる。切手購入投函援助している。		
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	共用空間はすっきり片付け入居者と楽しみながら季節の飾りつけをしている。	玄関にはプランターの植栽や生花を飾り、ユニット内は季節を感じる壁飾りを掲示している。食事と一緒に座りたい、会話を楽しみたい、作業をしやすくするなど、場面ごとにテーブルをセッティングしその人らしく暮らせる環境や利用者同士の関係性がより良く保たれるよう配慮している。室温は空調システムで管理し、廊下の照明は夜間帯も点灯し安全に留意している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	あちこちに椅子を置き自由に座ってもらっている。入居者同士自由に椅子を移動しお喋りしている。玄関先で外を眺めるのが好きな方はできるだけそうしてもらっている。		
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	持ち込みに制限を付けず本人が希望する部屋になり安全に過ごせるよう工夫している。	自宅で使用していた家具や愛着のある品々を自由に持ち込んでもらい、ソファ、テーブル、家族写真、ミシンやアイロンなどがあり自宅との環境のギャップを抑え、また、それらを活用できる環境を整えている。ベッドの高さや手すり位置を調整し安全に移動できるようにしている。	
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」や「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	建物内を安全に一人でトイレなどへ移動できるよう歩行器利用者が3名いる。夜間歩行が不安定な方2名はポータブルトイレを使用している。トイレの表示や使用中の札をつけ分かりやすくしている。		

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	0170502611		
法人名	株式会社 札幌介護サービス		
事業所名	グループホーム藤野いこいの家2階		
所在地	札幌市南区藤野3条6丁目5番5号		
自己評価作成日	令和5年7月3日	評価結果市町村受理日	令和5年8月21日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigvsoCd=0170502611-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和5年7月25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)】

<p>1 利用者本位 自立支援を重視している。トイレでの排泄や歩行能力の維持、手伝いを役割としたI ADLの継続を行っている。医療と連携し月1回の内科医による訪問診療や週1回の訪問歯科を行い異常の早期発見に努めている。毎月体重測定し体重低下や肥満防止をしている。夏と冬で水分摂取量を調整熱中症を予防している。</p> <p>2 家族との連携・交流 面会時は写真を撮ったり本人が作ったものをお渡しするなどして生活情報を報告している。他科の協力や生活品の購入など協力していただいている。</p> <p>3 地域貢献・交流 コロナの流行により地域の行事には参加できなかったが毎日の散歩で挨拶や庭の花をいた抱いている。</p>

【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)】

--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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 (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、活き活きと働けている (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. ほとんどできていない
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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	廊下に表示している。4月には理念に基づいた研修を実施した。ADLとIADLの自立支援とやりがいの支援・人権を尊重した関りでトイレでの排泄や楽しみのある生活・専門的知識に基づく健康支援・知識技術の向上を大切に活動している。		
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	お散歩では地域の方がお声掛けや犬を触らせてくださったり交流している。お誕生日会では近所のカフェでの外食やドライブなどを楽しんでいる。		
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	地域の方が見学にこられるようになり介護度に合わせて施設選びなどアドバイスをしている。運営会議の場で熱中症予防について勉強会を実施した。地域の高齢者で歩行困難な方のサポートしたりしている。		
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	今年度6月から対面で実施した。施設の食事を試食していただいたり写真を見ていただき日頃の生活状況のご理解とご意見をいただいた。		
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	おむつサービス支援や区分変更など相談と支援をいただいている。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	1年に1回以上研修を実施。新入職時には、マニュアルに基づき説明している。自立支援や本人らしさを大事にするケアを実践することで抑制防止になると考える。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	年に1回以上研修を実施している。トイレでの排泄やプライバシーの尊重、自立支援を大事にしてかわることで虐待防止をしている。行動心理症状の激しい方へは、看護師が医師と連携し精神状態を良好に保てるよう調整して虐待が起きないように働きかけている。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	成年後見制について資料を基に研修を実施したが、事例がなく理解は十分できていない。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に施設責任者が重要事項説明書を基に説明し納得を得ている。			
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並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	面会場で要望を聞きケアに取り入れている。ペットの犬と触れ合いさせたいとか、ご家族とドライブや外出希望などがある。運営会議で報告している。			
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	2か月に1回は、会議を行い意見を聞いている。業務負担軽減のための電動モップ機の購入なども聞き入れてくれている。			
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	キャリアアップ研修への参加を促し、資格取得への支援をしている。夏・冬休みの取得。残業のない職場環境。ペースアップなど多くの支援がある。			
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	介護初任者研修や管理者研修など経験年数に合わせ研修に参加し研修費の補助もしている。施設内でも各種研修を実施している。			
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	コロナの影響で行えていなかったが、6月に運営会議に第2包括支援センターの方が参加し地域の施設情報として施設ごとの特性などの説明を受け、資料もいただいた。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		外部評価	
			実施状況		実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時に本人とご家族から情報を得ている。ケアプラン作成時に説明し同意を得ている。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時の面談で確認し職員で共有している。犬も一緒に面会したいとか、妻から「これから家で一人になり不安」という声に対してお電話でお話を聞くなどの対応をしていた。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	BPSD症状の激しい方は、近隣の専門医を受診し治療をしながら生活支援をし環境に適應できるように支援した。今は、落ち着いて生活をしていてご家族も安心された。			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居した時からIADLをともにやっている。食器洗い・盛り付け・おやつ作りをともにすることで「今までしていたから楽しい」という言葉も聞かれている。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	コロナが落ち着いたので、お部屋で面会しているのでご家族との時間を大切に飲み物なども提供している。時にはお買い物に一緒に行ってくださいご家族もある。			
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	ご家族や時にはペットも面会に来てくださっている。ご家族とペットと一緒に散歩をすることもある。			
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	お話相手ができるように相性や入居者様のその時の気分に合わせてみてテーブル配置を替えて楽しくお話やおやつ作りやゲームができるよう配慮している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退去後もお一人暮らしの妻に定期的に電話をかけたお話し相手をしている。妻からも時折電話がかかってくる。			
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	ICFに基づいて定期的に情報を収集しチームでモニタリングをし本人の意向を確認している。本人からの確認が難しい場合は、面会時ご家族に確認している。			
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	生活歴や趣味などを聞き取り生活に生かしている。毛糸編みや塗り絵、歌などを楽しんでいる。			
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	ケア記録を通して生活状況やIADL、精神状態などを把握し薬の調整や、仲間づくり、楽しめるゲームや趣味の提供をしている。			
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	ICFに基づいてチームで情報を収集し、モニタリングもチームで実施。ICFの情報内容が前回と変わっていたり、ご家族の状況が変わっていたりする場合は、キーパソンに変わった内容を報告しケアプランの変更をしている。			
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	ADLとIADLの実践内容を記録し、その結果から有効なケアは継続するようプランに生かしている。IADLが、BPSDに有効だった事例もあり、積極的IADL支援は行っている。			
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	ご家族とペットの犬と散歩したいという希望に沿ったり、お誕生日に外食したりドライブなど実施している。			
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	お誕生日に隣のカフェで外食を楽しんだり近隣の公園にプランコを乗りに行ったりドライブや散歩を楽しんでいる。			
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、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	内科医は、月1回、歯科は、週1回の往診を行っている。口腔癌のフォローのため3か月に1回専門医を受診している方もいる。			

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	排泄や食事量の変化や入浴時の皮膚のトラブル(褥瘡の早期発見)下肢のむくみ、散歩時の息切れなど看護師に報告されている。利尿剤や褥瘡予防に役立っている。		
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、また、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。又は、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	看護添書、診療情報提供書にて情報を伝えている。近隣の定山溪病院とは協力体制ができている。		
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	看取りは実施していないため、体力や食事量が低下してきたらご家族に情報を伝え近隣の特養や病院を紹介している。		
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	新入職時に救急対応の研修をし、救急対応のフローチャートも作成し周知している。		
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	定期的な訓練を実施している。		

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	失禁なども速やかに、ほかの方に気づかれないよう対応している。入浴は、個浴でお部屋も個室でありプライバシーは確保されている。		
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	昼夜を通して、お部屋とホールと本人の意向に沿って過ごしている。夜も眠くなるまでホールにいたり、日中も雑誌を見たり、テレビを見たり編み物をしたりと自由に過ごしている。		
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	夜も眠くなるまで好みに過ごしてもらう。休みたくなったらお部屋へ行く。皆様と過ごしたくなったら楽しそうなDVDをかけたゲームや雑誌、パズル、編み物、塗り絵など個別に対応している。		
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	毎日服を着替えている方もいたり、好みの色があれば職員と一緒に選んで着替えをしていただいている。外出時は化粧をしている。		

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	野菜やフルーツを切ったり盛り付けは、入居者様が行っている。盛り付けながらつまみ食いをしたりして楽しんでいる。おやつもホットプレートを利用しみんなで作って楽しんでいる。			
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	毎月体重を測定し、ご飯の量を調整している。水分は、夏には補水液で熱中症の予防をしている。水分制限がない限り1300ml以上飲んでいる。			
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、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	1日3回口腔ケアを実施。歯科の指導で歯間ブラシを介助しているケースもある。さらに1週間に1回歯科の往診で口腔内の衛生を保っている。			
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	定時やソワソワした動きを観察しトイレ誘導している。失禁が多くなった場合は、誘導時間を短くするなど支援方法を変えている。			
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	適切な水分と適度な運動を働きかけている。下剤の種類と作用を理解し、使用量や水分の量を増やすなどの対応をしている。			
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ず、個々にそった支援をしている	曜日と時間は決めているが、お湯の温度や長湯への対応はしている。拒否があった場合は、時間や日にちをずらして対応している。			
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	夜に寝ないからと昼も起こしておくのではなく、1時間程度のお昼寝をし、外の散歩や体操による運動を取り入れ安眠できるようにしている。			
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	観察や注意の必要な薬は、一覧表を作成し提示している。下剤などは、排便の量や内容によって調整している。			
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	盛り付け、食器洗いなどのIADL支援と編み物、塗り絵、パズル、塗り絵、トランプなどそれぞれ楽しみを見つけて楽しんでいる。			

グループホーム 藤野いこいの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価(2階)		外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	近隣の観光地にドライブ、隣のカフェでお誕生日の夕食、外へ散歩、ご家族とお買い物などを行っている。			
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	盗難や紛失などの対応困難があり本人管理はしていない。			
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	希望があれば、ご家族に電話をかけている。毎日ご主人から電話がかかってくる方もいる。			
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	季節ごとの壁飾りつけを皆様と行っている。温度は、空調にて管理している。換気は、2時間ごとに実施している。冬は、乾燥が強くなるため洗濯物などで調整している。			
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共同スペースでは、気の合った方たちでご飯を食べたり、ゲームをして過ごしている。疲れると自室に行き休まれている。			
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	自宅で使用していた家具やぬいぐるみを持参されている。			
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」や「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	廊下には、手すりが設置されている。居室は、安全に移動できるようベッドと手すりの位置、手すりの種類、ベッドの高さなどを調整し安全に移動できる工夫をしている。			

目標達成計画

事業所名 グループホーム藤野いこいの家

作成日：令和 5年 8月 10日

市町村受理日：令和 5年 8月 21日

【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	書面会議から参集開催へと従前に戻る中で、今後、家族の会議参加を促していきたいと述べている。参加しやすい方法を家族にヒヤリングするなどして、可能な限り家族参加を得た会議運営に期待したい。	運営推進会議で事業所、行政、地域、家族とできれば本人も参加し利用者のよりよい生活の実現を目指す。	運営推進会議に家族参加を呼び掛けるために ①新入居者家族に入所後初めての運営推進会議参加をお願いする ②運営推進会議議事録を送付し興味を持ってもらう ③面会時や電話で参加をお願いする。	2カ月
2	6	身体拘束に関する指針の見直しに着手する意向であるので期待したい。根本的な不安や混乱の要因を取り除くケアのあり方を多角的視点から深めていきたいとの考えを述べているので、その取り組みに期待したい。	1. ケアがマンネリ化しないよう、BPSDを多角的に評価できるようチームのカンファレンスを定期的を実施する。 2. 身体拘束・虐待防止指針の見直しをする。	1. 抑制防止・虐待防止の指針の見直しを1か月以内に実施する。2・3か月に1回の委員会開催を明記する。 2. 最低でも3か月に1回ケアの見直しをし、アセスメントと評価を継続する。 3. 取り組みは、運営推進会議で報告しご家族へも伝える。	3カ月
3	35	感染対策に係り、実践的の火災避難訓練が見送られているので、実施に期待すると共に、地域協力体制と災害に備えた備蓄品の再確認、令和6年4月から義務化となる自然災害発生時における業務継続計画策定に期待したい。	避難訓練を実施し、備蓄品の備え等確認する。	3か月以内には避難訓練を実施する。 業務継続計画策定は年度内作成を目指す。	6カ月
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。