

栃木県地域密着型サービス  
外部評価実施報告書 (副)

調査報告番号 2023-12  
作成日 令和6年2月19日

社会福祉法人 洗心会  
サンフラワーグループホーム 様  
以下のとおり貴事業所の外部評価実施結果についてご報告いたします。

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 訪問調査日     | 令和5年11月15日                           |
| 訪問調査員     | 主任調査員 篠崎 文男 調査員 田口 美好                |
| 外部評価結果確定日 | 令和6年2月19日                            |
| 外部評価の内容   | 栃木県地域密着型外部評価実施要綱別紙3「自己評価及び外部評価結果」による |

一般社団法人 栃木県社会福祉士会  
会長 松永 千恵子  
〒320-8508 宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ 3階  
(とちぎソーシャルサービス共同事務所内)  
TEL 028-600-1725 FAX 028-600-1730



## 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   | 0990800195       |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 洗心会       |            |  |
| 事業所名    | サンフラワーグループホーム    |            |  |
| 所在地     | 栃木県小山市大字出井1933-1 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和5年10月10日       | 評価結果市町村受理日 |  |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 [www.wam.go.jp/wamapp1/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?0](http://www.wam.go.jp/wamapp1/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?0)

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 一般社団法人 栃木県社会福祉士会                               |  |  |
| 所在地   | 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内) |  |  |
| 訪問調査日 | 令和5年11月15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)】

小規模多機能型居宅介護支援事業所が隣接しており、互いに勤務体制その他協力体制を敷いて一体的に運営をしている。法人の敷地内においては、医療機関を始め、保育施設、障がい者療護施設、高齢者施設があり、各部門でも連携を図りながら介護保険のみならず他の分野においてもスムーズに福祉ニーズに対応できる仕組みとなっている。また、法人内で共同で実施する行事があり、利用者様を始め、多くの保護者やご家族、職員、地域の方々にも参加して頂き地域社会の交流を深めている。「豊かな福祉の実現をめざして」と法人理念を掲げており、生活信条には一人一人の人生を大切にしよう、自由と平等の精神を養おう、豊かな環境づくりに取り組もう、常に感謝の気持ちを持つという理念のもと、利用者様一人一人に対して満足いく生活を送って頂けるよう職員がサポートしている。また、施設の前には桜やイチョウの木々が並んでおり、四季折々の季節感を感じられる環境となっている。

### 【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)】

当事業所は敷地内に同一法人が運営するクリニックや障害者施設、高齢者施設、保育所等の一面にある。法人は毎年納涼祭やふれ愛デイ等の催しを敷地内で開催している。納涼祭では花火を打ち上げたり、ふれ愛デイではチャリティバザーや模擬店の出店があり、地域住民や家族や関係者等が700名を超える参加者があり交流を図っている。  
事業所では外出等について特に制限を設けていない。本人が希望すれば、家族の協力で自宅への外泊が週1回行われている。また、馴染み理容室や近くの神社へ初詣に行っている。  
本人と家族の希望により、かかりつけ医又は同一敷地内のクリニックを選択できる。クリニックを選択した場合、月1回の往診がある。また、事業所の看護師と主治医の連携が図られている。

## 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る<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 | 利用者と職員が、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<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の拡がりや深まりがあり、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、活き活きと働いている<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<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  |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 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  | 「豊かな福祉の実現をめざして」という基本理念を掲示しており、会議前に唱和する等して意識付している。また、基本理念をベースとして毎年事業計画の重点目標を設定し、年間を通して達成できるよう実践している。  | 法人の基本理念「豊かな福祉の実現を目指して」と4つの生活信条である「一人ひとりの人生を大切にしよう・自由と平等の精神を養おう・豊かな環境づくりに取り組もう・常に感謝の気持ちを持とう」をもとに職員は支援している。また、年度毎に重点目標を定め、職員が一体となり取り組んでいる。 |                   |
| 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  | 法人内の行事(納涼祭、ふれ愛デイチャリティバザー)や高齢者施設及び事業所の行事等で地域の老人会や地域住民との交流を図っている。  | 今年からコロナ禍で中止となっていた8月の納涼祭や10月のチャリティバザーを開催し、700名を超える地域住民や家族及び関係者が参加し交流を図っている。   |                   |
| 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  | 法人全体でいちごハートねっというお困り相談事業を実施している。認知症に関する相談にとどまらず、その他の様々な相談に対して各施設、事業所の職員が相談対応し、必要に応じて適切なサービスに繋げている。  |  |                   |
| 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                                     | 二カ月に一度開催し、利用者、家族、行政職員、民生員に参加いただき、施設の運営状況を報告したうえで、助言等をいただきサービスに活かしている。  | 会議はグループホームや小規模多機能型居宅事業所、特別養護老人ホームの地域密着型事業の3事業所が合同で開催している。参加者は行政職員や民生委員、各事業所の職員、利用者、家族等が出席している。事業報告や協議、情報共有等を行い、サービス向上を図っている。             |                   |
| 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に取り組んでいる   | 報告事項等ある場合には、管理者又はケアマネジャーから連絡している。また運営推進会議にも参加頂き、運営に関する報告その他に対して助言を頂いている。   | 市担当者は運営推進会議に出席している。また、介護保険制度や各種制度の改正等について、相談できる関係になっている。   |                   |
| 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 | 法人として、身体拘束その他の行動制限についての取り扱い要領を整備し、身体拘束は行わない。また、会議の中でケース検討をする際に、身体拘束に繋がる事象等ないか確認している。高齢者部門において身体拘束適正化委員会を事故対策委員会と抱き合わせにて実施し、各事業所の状況報告をし、情報共有している。 | 2ヶ月1回身体拘束適正化委員会を開催し、各事業所の状況を把握して、身体拘束が起こらないようにしている。年2回、事例をもとにした内部研修が行われている。また、職員は何時でもイーランニングで身体拘束に関する研修を受けることができる。                       |                   |
| 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                                    | 介護職員による虐待を予防する為、高齢者部門内で虐待防止3カ条を掲げたり、高齢者虐待発見チェックリストを活用し、自主点検を行って虐待の予防早期発見に努めている。  |  |                   |

| 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                              |
| 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   | 成年後見制度を利用している方がおらず、事業所全体でも特に制度について学ぶ機会を設けてはならず、知識があまりない状況である。   |   |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                        | パンフレット、重要事項説明書、利用契約書に基づいて契約担当者が説明を行い、理解・同意を得た上で契約している。質問その他についても随時対応している。                                 |   |  |
| 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                    | 家族が面会等に来園した際に、職員が利用者様の状況報告をしたり、日用品等の依頼をしたり、家族との時間もなるべく設けるようにしている。ご意見等があった場合には個別記録や連絡ノートへ記録し、処遇や運営に反映している。 | 家族等の意見は面会時や電話、メール等で聞いて、運営に反映している。利用者からは、日頃のケアの中で要望を把握し運営に反映させている。             | 家族からの意見や要望を聞く際に、事業所での利用者の様子を伝える機会が増えることを期待します。 |
| 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                                     | 申し送りノートや部署ごとの職員会議を開催し、意見や提案を挙げてもらい、日々の業務改善の為に反映させている。勤務希望アンケートを年一回実施し、職員の希望その他の確認、また面談を実施し、職員から意見を聞いている。  | 職員の意見や提案は申し送りや職員会議に受けて、業務に活かしている。また、年2回管理者と職員との人事面談が実施されており、個々の勤務希望や要望を受けている。 |  |
| 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     | 人事考課制度を導入し、各職員がそれぞれ個別の目標を掲げ達成の為に行動することで、やりがいを持たせたり上司評価後に面談を行い、今後についてのアドバイス等行っている。                         |   |  |
| 13 |     | ○職員を育てる取組み<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         | 利用者様のケース担当や各業務における担当割り振りをして役割を持つことで、PDCAサイクルを踏まえ業務遂行できる様、OJTにて学びながらスキルアップを図っている。                          |   |  |
| 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組みをしている | 法人内での研修や、福利厚生としてのクラブ活動を通して交流する機会を設けている。<br>法人外については管理者やケアマネジャーが他の居宅介護支援事業所や高齢者サポートセンター等へ訪問活動し、情報交換をしている。  |   |  |

| 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 |
| <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 | 入居前に自宅等に伺い、本人及び家族のアセスメントや生活の希望を伺い入居に向けて相談対応を行う。入居後は、職員皆で気づいた点、対応等の細かい内容をケース記録に残し、支援に役立てる。                         |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ケアマネジャーを中心に、自宅での様子や既往歴、生活上の注意点等を聞き取り、職員間で共有することで情報交換がスムーズになるように努めている。   |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入居相談時、グループホームへの入居の妥当性を判断し、入居が妥当ではないと判断した際には同法人内の居宅サービスや施設サービスと連携し、他のサービスが選択できるよう配慮している。                           |   |                   |
| 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                           | 利用者様と職員、共に生活する者同士で、食事の配膳、片付け、洗濯物畳み、掃除等、一緒に出来る事を行い、関係性を築いている。  |   |                   |
| 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            | 年間行事や面会等、出来る限り施設へ来ていただく呼びかけをし、本人・家族・職員が交流できる機会を提供している。面会は、現在コロナ過において減少しているが、リビングや相談室、居室を中に使用して頂きゆっくり過ごせるよう配慮している。 |   |                   |
| 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                        | 自治会への参加や、行きつけの美容室その他に出かけたりして馴染みの人と会える機会を提供している。自宅に帰りたいという利用者様がいるが、家族と協力し、週1回外泊の機会を設けている。                          | 本人が希望すれば、家族の協力で自宅への外泊が週1回行われている。また、馴染み理容室や近くの神社へ初詣に行っている。 |                   |
| 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                    | 色々なレクリエーションを提供し、利用者様同士が互いに触れ合い、交流できる場を設けている。また、リビングでの座席の工夫等をし、良好な関係性が築けるように努めている。                                 |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 退居時に、退居先へ退居時情報提供書にて入居中の情報について提供し、何時でも相談受けつけさせて頂くことを退居時にお伝えしている。  |   |                   |
| <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)  | ○思いやりや意向の把握<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   | 個人の状況に合わせて、ケース記録を残し、職員間で共有することで、希望、意向に沿うように努めている。  | 職員は利用者の思いや意向を聞いて職員間で共有し、実現できるようにしている。意向を伝えることが困難な方には、表情やしぐさを見て把握している。また、昨年からの認知症の研修で得た、ユマニチュードなどを活用して意向を把握している。 |                   |
| 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                                       | ケアマネジャーを中心に、家族や本人から聞き取りを行い過去のアセスメント等を含め、これまでの暮らしぶりを把握し、より暮らしやすくなるよう配慮している。   |   |                   |
| 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   | 個々のADL状況を把握し、出来る範囲で掃除・洗濯・食事準備・軽作業等をして頂き、ADL維持向上に繋げている。   |   |                   |
| 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 | センター方式のアセスメントシートを活用し、本人らしく生活できる様情報収集し、ケアプランに反映できるよう取り組んでいる。モニタリングは3カ月に1回予定し、本人・家族・担当職員で出た意見をケース会議で話し合い、ケアプランに反映させる仕組みになっている。 | 担当職員や利用者本人、家族の意見を聞いてケアマネジャーが介護計画を作成している。モニタリングは3ヶ月ごとに担当職員が行っている。  |                   |
| 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                        | 入居者本人の行動・言動・気づきをケース記録に残し、職員間で情報共有し、対応した結果についても記録することで、支援に生かし、ケアマネジャーは記録を基にケアプランの見直し、医療機関への情報提供の資料として生かすことができている。             |   |                   |
| 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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 隣接する小規模多機能型施設の利用者同士で交流を図っている。また法人内に高齢者施設・障害者施設及び事業所、保育園があり、交流を図っている。敷地内の医療機関への受診支援や近隣への買い物支援等も行っている。                         |   |                   |

| 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 |
| 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                                     | 運営推進会議において老人会会長や地域の民生委員の方々に委員になって頂き、地域でのお困りごと等あれば相談対応している。   |   |                   |
| 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                                 | これまで関わってきた馴染みのかかりつけ医を受診できるように配慮している。家族同行で受診した際には、診察内容や処方薬の有無等について確認している。また、ケアマネジャーが主治医・介護支援専門員連携連絡票を作成し、情報提供することで主治医との連携を図っている。                              | 本人と家族の希望により、かかりつけ医又は同一敷地内のクリニックを選択できる。クリニックを選択した場合、月1回の往診がある。また、事業所の看護師と主治医との連携が図られている。   |                   |
| 31 |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 介護職員は、バイタルサインや入浴時の全身チェック等において変化や異常等があった場合には看護職員へ報告連絡し、連携を図っている。同敷地内にサンフラワークリニックがあり、必要時はすぐに受診できる体制となっている。   |   |                   |
| 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、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。また、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。 | 入院した際、管理者とケアマネジャーが連携し、病院や家族との連絡調整を行い情報提供に努めている。  |   |                   |
| 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 | 重度化した場合における対応に係る指針を整備しており、入居契約時に説明の上、同意を頂いている。それにより、重度化した場合の連絡・指示系統を書面にて明確にしている。また随時家族との話し合いの場を設け、終末期介護看取りの希望があった場合には、事業所、医療機関、家族等がチームとなり支援に取り組めるような体制としている。 | 入居契約時に重度化や終末期の説明を行っており、同意を書面で行っている。看取りについては、医療機関等と連携し取り組む体制があるが、今まで家族等からの希望はなく他医療機関や他施設への移動を話し合いで決めている。                             |                   |
| 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   | 緊急時対応マニュアルを整備しており、職員が初期対応している。看護体制としては、夜間はオンコール体制をとっている。   |   |                   |
| 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   | 防災訓練計画を基に、法人敷地内施設と共同で実施。昼間想定・夜間想定での総合訓練を実施し、各事業所が応援体制を敷く等、協力している。  | 同敷地内の小規模多機能型居宅介護支援事業所をはじめ、法人内の高齢者施設や障がい者施設等、出井地区の施設合同にて、昼夜を想定した避難訓練を実施している。BCPの作成にあたり、施設間で協議しながら進めている。事業所の敷地が地域の災害発生時の指定避難場所となっている。 |                   |

| 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 |
| <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                   | 職員の就業規則において、利用者様には懇切丁寧に接する事と明記しており、各個人が意識して入居者に向きあい、丁寧な言葉遣い、自己決定できるような言葉かけをするよう努めている。    | 職員は利用者に対して丁寧な言葉遣いで話している。プライバシーに関しては、居室で着替えを行っている。職員が部屋を入室する際は、ノックして入っている。   |                   |
| 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                     | 思いを表現できるような機会を設けて自分のペースで自己決定ができるよう努めている。   |   |                   |
| 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 | 一人一人の住み慣れた生活環境にできる限り合わせて支援している。毎朝・毎晩の施設外の植木水やりを利用者様が希望して行ったり、落ち葉はきや金魚のお世話等を日課として生活されている。 |   |                   |
| 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                                  | 個々の身体状況に応じて、起床時等、その人らしい整容を行っている。外出や人前に出る時には意識して着替え等の支援をしている。毎朝化粧を日課としている利用者様もいる。         |   |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 利用者様のADLに合わせて、ともに食事を配膳したり、片付け等して食事を楽しむようにしている。毎月手作りおやつレクリエーションを行ったり、選択食の提供をしている。         | 食事は法人の管理栄養士が献立を立て、主菜と副菜は外注委託しご飯はユニットで炊いている。配膳は職員が行うが、下膳は利用者に任せている。毎月、各事業所の職員が集まりフードカンファレンスを行い、残食の状況や嗜好調査等が行われている。年に数回、利用者の希望による選択食の機会がある。 |                   |
| 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          | 食事量や水分摂取量は毎食ちょうじゅシステムを用いて記録管理し、把握している。またその人の好みの飲み物等を持ち込んでいただき、水分摂取量を確保している。              |   |                   |
| 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                   | 毎食後、声掛けを行い口腔ケアできている。就寝前は義歯を外すよう声掛けし、清潔保持できている。   |   |                   |



| 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向けた支援を行っている                              | 排泄チェック表を利用して、排泄時間の管理、把握しその人らしい不快感がないよう排泄できるよう職員間で情報共有しながら支援している。                                       | 排泄チェック表を活用して、利用者一人ひとりの排泄状況を把握している。本人のペースに合わせた声掛けを行い、トイレでの排泄を支援している。利用者数名には夜間センサーを設置し、トイレ誘導している。 |                   |
| 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  | 個々にあった運動等の声掛けや腹部の様子観察を行い、水分が不足しがちな方は好みの飲み物やヨーグルト等を持参して頂いている。   |   |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている                     | グループホームの浴室を使用することで、落ち着いた中で入浴を楽しまれている。また隣接する小規模多機能型施設には機械浴も備わっており、個人の身体に適した機械浴に入ることによって安全に入れるように支援している。 | 入浴は週3回利用者の希望により、午前又は午後に入浴を支援している。家族の協力により、洗髪後にトリートメントや洗顔後に化粧水など取り揃えて、入浴が楽しめるようにしている。            |                   |
| 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、夜間の観察、記録管理をすることでその人にあった生活リズムが把握されている。部屋の明るさや温度を調整するなどして気持ちよく眠れるように支援している。                           |   |                   |
| 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  | 看護師のもと利用者一人一人の内服情報を用いて内服の目的、療法用量等理解している。毎回内服介助をする際には細心の注意を払い、日々の変化に注意して観察し早期発見早期治療に努めている。              |   |                   |
| 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                             | 1人1人のできることを見つけ、生活の中でそれぞれ役割を持ってやりがいを感じて頂いている。レクリエーション等においても選択して楽しみながら生活できるように支援している。                    |   |                   |
| 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 | 本人や家族からの希望等があれば自宅への外出、外泊その他して頂き、出かけられるよう支援している。現在、毎週自宅へ外泊する方もいる。                                       | 利用者は職員と一緒に四季折々の草花がある敷地内の散歩や飼育されている山羊を見に行ったりしている。利用者の希望に応じ、外食や買い物等の外出を計画している。                    |                   |

| 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<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  | 外出や通院時の支払いの際は、状況に応じて利用者様自ら支払うことが出来るように支援している。                                   |  |                   |
| 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   | ご家族や友人・知からの電話に対応し、本人との取次を行ったり、届いた手紙を読んだり、外部との関係が保てるように支援している。                   |  |                   |
| 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 | 共用の空間は、毎日の掃除は必ず行っている。リビングの窓からは外の景色が見え、桜や紅葉等季節感を感じることができる。                       | リビングや廊下はスペースが広くゆったりした空間となっている。利用者はテーブルの椅子に座り、TVを見たり談話したり思い思いの時間を過ごしている。清掃も行き届いており清潔感がある。 |                   |
| 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  | 座席の配置を工夫したり、入居者同士でテレビを楽しめるスペースを設けている。バルコニーでは、ベンチを置いて日向ぼっこをしたり、レクリエーションをしたりしている。 |  |                   |
| 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  | テレビやタンス、布団、自宅から持ち込みをして頂き、落ち着けるようにしている。定期的に季節に合わせて衣類などをまとめている。                   | 居室にはベッドや収納、空調、洗面台がある。利用者はTVや使い慣れた家具等を持ち込み、家族の写真を飾り自分に合った居心地の良い空間を作っている。                  |                   |
| 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」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  | トイレの位置や居室のドアに名前を貼ることで間違えない様に工夫して掲示したり、他者が居室に入ることでの不安を感じない様に職員が配慮している。           |  |                   |

(別紙3)

事業所名 サンフラワーグループホーム

### 目標達成計画

作成日: 令和 5年 12月 30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        | 1    | 施設運営に関する利用者様やご家族様の意見要望等について面会時メールその他にて聴取、また日頃のケアの中で要望等を把握したうえで運営に反映しているが、直接的又は間接的に事業所としての家族等とのやり取りが希薄である。 | 家族との関わりをより密接なものにしていく為に、グループホームとして安心して頂けるように、利用者様の日頃からの様子(行事やレクリエーション等)についてタイムリーに家族へフィードバックしていく。 | ・面会時や都度のメールでの家族とのやり取りだけでなく、施設のグループホーム便りを定期的に発行し、日々の様子等を写真と共新聞にして家族へ情報提供していく。また、新聞のアンケートを取り、家族の満足度等の評価を実施する。 | 12ヶ月       |
| 2        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 3        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 4        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |   |   | ヶ月         |