

## 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	1691700130
法人名	株式会社ケアサポート真魚
事業所名	グループホーム温森
所在地	富山県下新川郡入善町入膳 4 1 9 9 - 1
自己評価作成日	平成31年1月10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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成31年1月23日	評価結果市町村受理日	平成31年2月20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）】

「温森」の理念に基づき、利用者様がその人らしく生活するためにはどうしたらいいかをよく話し合い、家族としてあたたかく、毎日の生活を送れるような支援ができるようにスタッフみんなで努めている。地域の方々との交流、利用者様のペースでできることを行っていたいただき、思いや希望をできる限り聞き、ゆったりとした生活を送れるように、お手伝いさせていただいている。

【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）】

事業所に入ると、床暖房のあたたかさに包まれ、利用者も職員も靴を脱ぎ、くつろいでいる。地元産の無垢材を使った床と、珪藻土を塗った白い壁が、自然のぬくもりを感じさせ、職員の明るい笑顔が来訪者を迎える。事業所は理念「ここで暮らす皆様を人生の先輩として尊敬と敬意を持って…」と謳い、管理者を中心に全員が協力して、一人ひとりの利用者を家族として支えていけるよう、ミーティング、日報（個人記録）、申し送りノートを活用して情報を共有し、豊かな実践に繋げている。職員は継続して働く理由にチームワークの良さを挙げている。多彩なボランティアの来訪、小学校との交流、隣家との交わり、運営推進会議の活用など、地域の一員として奮闘する若々しい事業所である。

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 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、生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させている。 (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念を見やすいところに掲示し、仕事に入る前に読み、利用者様への接し方を再確認できるように努めている。ミーティング時に理念の確認をしている。	事業所オープン時に作成した理念と行動指針は、管理者を中心として、毎月のミーティングや利用者への対応時等に確認しながら、職員間の共有を図っている。行動指針には、利用者への尊敬と敬意が謳われており、その指針を日々の実践に活かすよう努めている。	
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	日々の散歩、ボランティアの受け入れ(歌・琴・踊り・二胡・フラダンス・紙芝居・傾聴・手品)、畑作りにて、近隣住民との交流。小学生との交流。夏祭りを開催し近所の方々に参加を呼びかける。利用者様のお友達への勧誘。	多彩なボランティアの訪問(歌・琴・フラダンス・傾聴等)や、隣家との畑作業、散歩時の声かけなどを通して、日常的に交流を図っている。また、小学校の合唱コンクールに出かけたり、職員は認知症サポート養成講座の講師をするなど、地域貢献を含めた交流に努めている。	
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	定期的なボランティアの来訪時に訪問しやすい場所となるようにしている。職員が入善町の小学校へ認知症サポート養成講座の補助をし、高齢者、認知症の理解をしてもらうための活動に参加している。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、役場職員や地域包括支援センター職員、民生委員の参加を得て、アドバイスを頂いている。主な活動・事故報告・ヒヤリハット報告・行事の予定・入居状況・意見交換などとし、交流の場としている。参加できなかった家族様には、議事録を渡している。	行政・地域包括・民生委員・連携薬局・家族の参加を得て隔月に開催。全家族に案内を出し、欠席者には議事録を渡す等、内容の周知に努めている。活動内容は、写真で提示している。会議中での『利用者の食事内容を知りたい』との声に応え、献立表の発行につながるなど、会議を活かした取り組みがある。	
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	運営推進会議に行政担当者の参加もあり、その都度、報告や問題提起を行っている。町主催のケア会議に職員が出席したり、包括支援センターのケアマネに相談、助言をもらえる体制を築いている。	運営推進会議に参加している行政や地域包括支援の担当者とは、活動内容や利用者の様子などの報告を含めて事業所への理解を深めてもらうとともに、いつでも相談できる関係がある。また、地域包括主催の地域ケア会議に出席し、他事業所との交流を図るなど、市町村との連携に取り組んでいる。	
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	玄関の施錠は、19時～翌7時頃で、それ以外は施錠しない。自由な行動を妨げないように、行動や思いに沿って一緒に行動をしている。身体拘束をしないケアについては、ミーティングで確認している。また、転倒配慮者にはセンサーを使用し、すぐに駆けつけられるようにして、事故防止の対策をとっている。	「身体拘束排除マニュアル」を作成している。また、毎月開催のミーティング時に、行動指針～利用者さんのペースでできることを行っていただき、ゆったりとした生活を送っていただきます～を確認し、身体拘束をしないケアの実践につながるよう取り組んでいる。今年度は2回、身体拘束をしないケアの実践についての研修を予定し、2月には外部講師の研修を計画している。	身体拘束をしないケアの実践について、様々な工夫が行われているが、貴重な話し合いの内容を整理し共有していくなど、職員間の共通認識がより深まるような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	ミーティング時に言動や行動など、どのようなことが虐待にあたるか話し合っている。		

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 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	対応できるように、研修に参加し学習できる機会を適度に利用したい。		
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	丁寧に対応し、利用料金、起こりうるリスクなど説明し、同意を得るようにしている。疑問点については、その都度説明、相談し本人・家族の理解を得ている。		
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	面接時に利用者様、家族の意見や要望を聞くように心がけている。また運営推進会議でも、何でも話し合い、意見を言ってもらえる関係を築けるよう努めている。	家族には、面会、受診、衣類の確認時等、日常的な場面で気軽に声をかけ、信頼関係を築くよう努めている。職員は、どの家族とも笑顔溢れる対応を心がけ、結果として運営推進会議への出席率も高く、家族と職員が冗談を交わし、率直な提言も聞くことができている。意見は連絡ノートやミーティングで共有し、運営に反映させている。	
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	月1回のミーティング時に、スタッフからの意見を聞いている。日頃からコミュニケーションを図るようにしている。連絡ノートを活用し、スタッフの意見、提案、要望、気づきなどを書き、サービスの質の向上に努めている。	管理者は、職員と一緒に日常の業務に携わり、随時意見や要望を聞くよう努めている。毎月開催の職員ミーティングには法人代表も出席し、運営に関する意見を聞く機会があり、業務内容の見直し、各種手当等について等、会議で共有した意見は可能な限り運営に反映させるよう努めている。	
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	代表者は個々の個性や能力を伸ばせるような雰囲気作りに努めている。日々の頑張りや、賞与や昇給に反映する体制をとっている。		
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	各方面からの研修会や勉強会のお知らせなどを事務所に掲示している。		
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	地域ケア会議や地域の勉強会で、同業者と交流する機会を設け、情報交換を行いサービスの質の向上に努めている。		

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
<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 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	本人・家族様には、施設への見学を勧め、話を聞き、情報をもらい、困りごとの相談にのり、安心していただけるように努めている。		
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	家族の不安なことや要望を聞き、十分に話し合い、より良い関係づくりに努めている。		
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	話をじっくり聞き、何が必要か見極め、他の有効なサービスなどの情報を提示したり、包括支援センターへの相談を勧めている。		
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	本人ができること、今までしていたことを一緒にすることで、達成感や喜びを味わってもらいながら、これまでの生活の継続ができるように支援している。		
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	面会に来られた際、近況を報告したり、普段から連絡を取り合い、問題があれば話し合い、解決できるように協力し合っている。		
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	ご家族以外にも、親戚、友人、知人が訪問しやすい環境づくりに努めている。季節ごとに利用者様と出かけ、楽しむ行事を行っている。その際の写真で、季節ごとに壁新聞を作り、家族などに伝えている。利用者家族などの面会は日報で管理している。	数名の友人が週に2、3回来訪して、麻雀をしている利用者がおり、居室から談笑の声が聞こえる。各家族は、居室での衣類の入れ替え、利用料の明細受領、介護計画の話合い、受診同行などを行っており、事業所として、来所の機会に利用者とのコミュニケーションを図ることができるよう関係継続の支援をしている。	
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	利用者様同士の関係は職員が把握し、情報を共有している。日常生活を送る中で、問題点があれば、適宜スタッフ同士話し合いをしている。		

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
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	気軽に寄っていただけるような雰囲気心がけ、本人・家族様の相談に応じ、アドバイスできるように努めている。		
<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 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	入居時に家族様や本人様に直接思いや意向を聞いてアセスメントシートに記入し、スタッフで共有している。利用者様の思いや希望に対しての支援をするために、ノートを使い職員で共有できるようにしている。	入居時に聴取し、アセスメントシートに落とし込んだ情報とともに、利用者の思いや生活への意向については、日々の個人記録である日報に記載し、職員間の連絡ノートで共有している。さらに必要時には、毎月のミーティングで話し合いを重ね、個々の意向に寄り添えるよう努めている。	
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	家族、本人様からのアセスメントで情報収集をし、職員が会話の中から情報を得て、それを共有している。		
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	本人の状況をこまめに連絡ノート、介護記録に記入し、職員間で情報を共有している。ミーティングでも話し合っている。		
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	本人、家族様に介護に対する意向を聞き、プランに反映させるように努めている。半年毎にカンファレンスにてモニタリングをし、利用者の変化や気づきを把握、共有し日々のケアの中での意見を取り入れた介護計画を作成している。	日報(個人記録)や連絡ノートに記載されている利用者の姿、声、思い等をすくい上げ、毎月のミーティングでは計画作成担当者を中心に皆で話し合い、現状に即した計画となるよう努めている。また面会時には本人や家族の意向を聞き取り、介護計画に反映している。	介護計画について家族と話し合ったことの記録について、誰もがより理解しやすいものとなるよう、書式の整備等を期待したい。
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	介護記録や職員からの情報を連絡ノート、カンファレンス、ミーティング等で共有し、介護計画の見直しに活用している。		
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	できる限り本人の思いに沿い、通院、外出、買い物、散歩など必要な支援に柔軟に対応している。		

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 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	ボランティアの方々との交流、床屋の訪問をしてもらっている。家族、友人、親戚、知人の来やすい場所となるように努めている。		
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、家族様の希望に応じている。協力医が月1回の往診、緊急時の対応に応じてくれている。医療機関の受診は、家族様が同行されている。受診結果は、専用の用紙に記入し、職員で共有している。居宅療養管理指導のサービスを利用し、多職種連携し、情報を共有している。	本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。事業所の協力医は、月1回の往診があり、緊急時の対応も可能である。服薬については、居宅療養管理指導として薬剤師の訪問があり、職員の薬剤管理等の不安が減少している。事業所は、個々の利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	職員は利用者様の日頃の状態を把握している。毎朝のバイタルチェック、月1回の体重測定をしている。不調・異常があれば、かかりつけ医、協力医の看護師に相談している。		
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、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。	入院時は病院の連携室と連絡をとり、状況や状態の把握に努めている。ケアカンファレンスに参加し、情報を交換している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や看取りに関する指針を示し、方針を説明している。重度化や状態が変化した時は、本人・家族様と話し合い、かかりつけ医からの意見をもらうこともある。	入所契約時に、重度化や終末期に向けた方針について、事業所として、できることやできないことを口頭で示し納得を得ている。体制や設備面も含めて考慮し、現状では看取りは行わず、利用者の状態の変化に対応しながら、そのつど、かかりつけ医や家族との話し合いを重ねていく方針である。	
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	緊急時の対応については、マニュアルを作り周知を図っている。緊急時はその場にいる職員が対応し、代表者、管理者に連絡することになっている。		
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	年2回の避難訓練を予定している。9月に避難訓練、通報訓練、消火訓練をしている。3月には職員全員参加にて避難場所まで移動する予定にしている。	年2回、内1回は消防署立会いの避難訓練を実施。指定されている避難場所の高校までの移動訓練は、3月に行う計画がある。訓練には、地域住民に訓練実施の声をかけを行い、協力を呼びかけている。	災害時の避難については地域との協力体制が欠かせない。運営推進会議等を通して地域との連携や協力関係が、より緊密で実践的なものとなるような取り組みに期待したい。

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 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	利用者一人ひとりに尊敬と敬意を持って接するように職員みんなで心がけている。職員同士、気づいた時は声がけし、注意し合ったり、ミーティングで話し合っている。	言葉遣いや利用者への話し方等について、気づいたとき、職員同士で気軽に『その言い方は、どうかな』『気をつけようね』等と話し合っている。ミーティング時にはあらかじめ、理念～皆様を人生の先輩として尊敬と敬意をもって…～に基づいた話し合いを重ね、人格の尊重やプライバシーの確保に努めている。	
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	普段の会話の中から要望を聞いたり、外出の希望、食事のメニューを聞いたり、些細なことでも希望を聞きだせ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	散歩、入浴、家事、掃除、買い物、外出、草むしり、体操、運動、レク、季節の行事などその人らしく毎日を過ごせるように努めている。		
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	一人ひとりの思いに合わせて支援している。入浴時、外出時の服を一緒に選んでいる。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	できる部分での手伝いをしている。季節の食材を使って調理したり、彩りや盛り付けに気を付けている。職員と利用者は、一緒に食事をし、話をしながら楽しくなるようにしている。外食、おやつ作りも行事に合わせて一緒にしている。	職員は利用者と一緒に、干し柿やおはぎなどのおやつ作りや食後の食器拭き等を、無理のない範囲で行っている。回転寿司や地域のカフェに出かけたり、家族や友人との外食を楽しむ機会がある。毎日の食卓には、バランスのよい職員手作りのおかずやごはんが並び、『おいしいわあ』と利用者の声があがり、一緒に食べる職員も笑顔である。	
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	食事、水分摂取量を記録している。各自の状態、体調に応じた食事量や形態で提供している。		
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、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	口腔ケアの声がけを徹底して行っている。本人ができない部分は、支援している。口腔体操も行っている。		

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
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	排泄チェック表を使用し、個々の状態やタイミングを見て、声がけや誘導を行っている。自立排泄の方、紙おむつを使用している方、それぞれに合った支援をしている。ほとんどの方に職員が付き添い支援している。	原則トイレでの排泄を実施している。排泄チェック表で一人ひとりの排泄状況やパターンを把握し、個々の状態に沿った対応に努めている。	
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	トイレの見守り、介助にて記録し、排便を確認している。散歩、運動、体操などで体を動かし、適時の水分補給、毎朝の牛乳、ヨーグルト摂取などを勧めている。それでも出ない場合は、医師、薬剤師に相談し、薬の調整をしてもらっている。		
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	毎日の午前中が入浴で週2、3回順番で入ってもらっている。一人でゆっくり、リラックスできるように配慮している。その日の体調や気分など希望を聞いている。季節に合わせてゆず風呂をしている。	利用者の体調や希望に合わせて、週2回～3回を基本に、午前入浴を行っているが、毎日入浴できる体制がある。脱衣室は適度な広さがあり、木のぬくもりを感じながら着替えを済ませ、浴室との温度差にも配慮し、ゆったりと入浴ができる環境を整えている。今年もゆず湯を楽しむことができた。シャンプーは個々の好みのもを使用している。	
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	一人ひとりの希望に応じている。夜の睡眠に影響が出ないように気を配っている。		
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	服薬情報を個別ファイルにとじており、職員が常時確認できるようにしている。服薬ミスがないように、二重三重にチェックをしている。変更がある時は、申し送りや連絡ノートで周知徹底をしている。		
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	家事など、得意としていること、できることをしていただいている。生活歴、趣味などを把握して、日々の生活に楽しみや役割が持てるように支援している。また、季節に合わせた行事を行っている。		
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	季節に合わせて散歩、買い物、外食など外出している。本人が希望し、家族の協力で、外出、外泊されている。声をかけて、行ける方は小学校の音楽集会に小学校の協力を得て出掛けることができた。	天気の良い日には、事業所の周りを散歩して外気に触れ、すれ違った近所の方と挨拶を交わしている。また、季節ごとに花見、チューリップフェア、紅葉狩り、外食会、カフェなどの外出を楽しんでいる。また、年末年始の数日間自宅に戻り、家族とのひとときを楽しんだ利用者がおられた。	

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 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	自分で管理できる方は自分で持っている。できない方は、事務所で管理し希望があれば、欲しいものを職員が買ってくることもある。		
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	希望があれば対応している。電話は時間を考慮してかけてもらっている。年賀状を自分で書いてもらい、書けない人には職員が手伝い書いてもらい出した。		
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	リビング、玄関に季節の花を飾ったり、行事をした時の写真を提示している。過ごしやすい温度、湿度になるように気を付けている。各部屋、共有スペースの掃除を徹底している。	玄関を上がると、無垢材の床、珪藻土を塗り込んだ白い壁、吹き抜け天井の共用空間が目に入る。床暖房のため、利用者や職員は靴を脱いで一日を過ごし、温もりある家を目指す事業所の理念を体現している。大きな食卓では、穏やかな表情の利用者が職員と談笑している姿がある。一角では加湿器が稼働し、利用者の健康への配慮がみられる。	
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	リビング、居室で一人ひとりの思いに合わせて過ごしていただいている。利用者様同士の関係は職員が把握し、問題があればミーティングで話し合い、考慮して席を決めている。		
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	居室に使い慣れたもの、好みのものを持ってきていただいている。希望により、模様替え、洋服などの整理整頓を職員と一緒にしている。	共用空間の床材と同様の仕様の居室は、温かみがあり、木目の美しいタンスとベッドが備え付けられている。職員や家族と一緒に相談し、思い思いに写真やテレビ、ハンガーラックなどを持ち込み、本人らしく居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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」「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	利用者様の出来る事、分かる事を把握して、安全に安心して生活できるように支援している。できない事、分らない事は職員がさりげなくフォローするように心がけている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム温森

作成日：平成 31年 2 月20 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	6	身体拘束をしないケアの実践についての記録の整備。	職員の貴重な話し合いの内容を整理する。 研修の記録の整備をする。	専用のファイルに話し合いの内容、研修の記録を整理し、職員間で情報の共有、共通認識がより深まるようにする。	6ヶ月
2	26	介護計画について、家族様と話し合った記録を誰もが理解しやすいものにする。	介護計画について、家族様と話し合ったことを記録に残す。	介護計画について、家族様と話し合ったことを記録に残し、誰もが理解しやすいものとなるように、各利用者様ごとのファイルにとじる。	6ヶ月
3	35	災害時の避難に向けて、地域との連携や協力が必要。	避難訓練時に近隣住民に声かけを行い、参加を呼びかけ、災害時には地域との連携、協力できる関係を築く。	避難訓練時には、運営推進会議を通して近隣住民や地域からの参加を呼びかけ、連携や協力関係を築けるようにする。	12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。