

令和 元 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	1691000127
法人名	株式会社 Jサポート
事業所名	グループホーム こもれび
所在地	〒939-1842 富山県南砺市野田 2 1 3-1
自己評価作成日	令和元年8月26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	令和元年9月25日	評価結果市町村受理日	令和元年10月28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>周りが水田に囲まれ、自然豊かな環境で生活していただけるホームです。グループホームの理念を念頭に、生活に楽しみや喜びを感じ、安心して穏やかに暮らしていただけるよう、職員全員が意識して、支援するよう心がけています。</p> <p>年間行事計画を立て、お花見や家族との食事会、地域の祭りの見学、ドライブなど、天気の良い日には、施設敷地内の散歩など、閉塞的にならないようになっています。また、9月に行われる麦や祭りの際、ボランティアの方々が施設駐車場内にて、麦や踊りを演舞していただきます。</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>ホームの理念に「人間としての尊厳を・・・」「優しくうながし、導くケア・・・」「生きがいを感じて・・・」「環境の変化は避け・・・」「地域のつながりを大切に・・・」を介護の羅針盤として掲げ、日頃の介護に関わっている代表者とともに職員全員で目指す介護に取り組んでいる。家庭的でのんびり、ゆったり、落ち着いた環境を作り、利用者にとって居心地の良い生活をおくっていただくことが目標であるとのことであった。フロア、廊下、玄関など共有スペースは広くて圧迫感がなく、随所に障子戸がはめこまれ、そこからやわらかい陽ざしが差し込み、とても気持ち落ち着かせる環境である。代表者から「利用者の機能低下は否めず、みんなで出かける機会が減っている」という言葉があったが、それでも、地域のパン屋さんの訪問販売や高校生の介護実習の受け入れ、ホーム空地で麦や踊り保存会（四つ葉会）による麦や祭りの開催など利用者や地域との接点に工夫がみられる。人材確保に苦労があるということであったが、代表者、職員間の風通しの良い職場環境では、利用者のおだやかな笑顔が満開であった。</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 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	事業所独自の理念をつくり、玄関ホールや事務所に掲示してある。職員は毎月のカンファレンスで理念を復唱し確認し合い、共有を図っている。	職員全体が理念の共有を図るため、月1回開催のカンファレンスの場において唱和し、理念に基づいたケアに努めている。また、日頃のケアにおいて、理念に沿わない場面がみられたら、管理者等が指導したり、みんなで話し合いながら修正を行っている。	
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	地域のサロンで開催されている元気体操に参加、ホーム駐車場で麦や踊りを披露していただき参加するなど、交流を持っている。	自治会に加入し、回覧板等で地域情報を把握し地域行事の参加に努めたり、ホームの「こもれびだより」を地域に回覧したりしている。また、高校生の介護実習を受け入れたり、地域のパン屋さんの訪問販売で買い物気分を楽しむなど地域との交流が図られている。	
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	毎月発行しているホーム便り「こもれびだより」を毎月地区に回覧している。		
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、運営推進会議をし、課題、ヒヤリ・ハットの報告、活動内容について報告し、意見や助言、要望を聞き、実施に取り組んでいる。	民生委員・市担当者・包括支援センター職員・区長・家族代表などが委員になり、2ヶ月ごとに開催されている。日頃の取組みやひやり・はっと報告などをしながら意見交換を行っている。また、防災に対する助言に地区消防団に参加いただくなど、課題に応じてメンバーを選定するなど効果的な運営を図っている。	
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	市担当者の方と電話にて相談させていただいている。また、運営推進会議で事業所の取り組みを話し、助言や相談をさせていただいている。	市担当者は運営推進会議のメンバーでもあり、事業所の実情は把握されている。必要に応じて入所に関して相談したり、制度の理解について説明をもらうなどいつでも連絡できる関係性が築かれている。また、月1回の介護相談員の来訪もあり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回の実施で身体拘束等の適正化のための対策を検討している。玄関自動ドアは施錠していないが、自動ドア前に立つとセンサーで音が鳴るようにしてある。	「身体拘束に関する指針」を整え、基本的に身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束廃止委員会は、3ヶ月に一回カンファレンスの後に、全職員で課題について話し合い、拘束にならない方法等を検討している。また、今まで身体拘束に至った事例はないが、いざというときの書類は整備されている。	身体拘束に関する意識の向上に向けた研修の取組みや委員会開催時の議事録の整備に期待したい。
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	今後事業所として、高齢者虐待防止関連法についての研修機会をつくり、虐待が行われないよう日々心掛け、ケアに取り組んでいく。		

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	現在、成年後見制度を利用される方がおられないため、権利擁護に関する制度について理解が不十分であるが、理解できるよう研修の機会を持っていきたい。		
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	契約時には、利用者や家族の不安、疑問点など尋ね、理解、納得していただけるよう、わかりやすく説明している。		
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	玄関に意見箱を設置したり、年2回家族交流会を行い一緒に食事しながら話ができる機会を設けている。また、内外部からも意見が言える体制となっている。	家族会があり、利用者との食事会や、ゲームやおやつ作り等で楽しむ年2回の集いを行っている。そのような機会を捉えて忌憚のない意見をもらったり、面会時に積極的に話しかけるなど意見の集約に努めている。把握した情報は、連絡帳等で全職員の情報共有を図り、ケアに反映させるための検討も迅速に行っている。	
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	常日頃から、職員の意見は聞くように心がけている。また、カンファレンスで意見を述べてもらい、提案等を反映させている。	経営者は日常のケアにも関わっており、現状把握ができて分、職員からの意見等の理解が早く、迅速な対応ができています。改善策は連絡帳に記載し、全職員の共有を図っている。また、職員との食事会を催したり、管理者が経営者の妻ということもあって、なんでも話せる風通しのよい関係が築かれている。	
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	昇給や、年2回の賞与や、決算賞与(一時金)の支給を勤務実績、勤務年数、会社・事業所への貢献度に基づきおこなっている。各イベント等を担当制にし、個人の責任感と自主性を尊重し任せている。		
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	実務経験により、個々の力量等には差があるが、社内研修などの機会に話し合い、スキルアップを図っている。今後、法人内外の研修機会を設けていく。		
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	事業所としては機会がないが、今後、同地域内の施設との活動を考えていく。		

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	家族の方に、利用者本人の過去の経歴や生活習慣を記入していただき、事前に性格や特徴、習慣を把握することになっている。入所後は、事前情報に基づき、観察等を経て、どのように関わっていくか話し合い、対応している。		
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	入所希望時から、家族の方から十分に話を聞き、入所後も利用者の状況、様子を伝えたり、課題があれば家族と話し合っ、解決策をみつけ、改善するよう心掛けている。		
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	他の介護サービスに対する理解が少ないケースや、要望や意向に沿えるサービスが他にも考えられる場合には、他のサービスの説明も行ったうえで、利用者や家族に選択してもらえるような情報提供を行っている。		
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	利用者の方にも、自分でできる範囲の掃除や片付け、洗濯物干し・たたみなど、ADLに応じた対応を心がけてもらい、「家族として共に生活する」という意識を持って対応するように努めている。		
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	面会の際には、本人と家族との時間を持ってもらうように配慮している。問題発生時や、解決すべき問題がある場合、家族にも相談して、一緒に考えて対応していただくようにしている。		
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	面会や外出、外泊等の希望を可能な限り支援して、家族と一緒に馴染みの場所に出かけるなど、これまで大切にしてきた場所との関係が途切れないように支援したり、お帰りの際には、次回の訪問もお願いするなどしている。	友達がよく訪ねてくれる利用者は、月17～18回もの訪問があるなど、訪ねやすい環境に心掛けている。また、家族の協力のもとに、法要に出かけたり、お墓参り、馴染みの店への買い物、外食等へと馴染みの関係が途切れないように支援や配慮が行われている。	
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	利用者個人の性格を把握し、利用者間の人間関係を職員が把握することで、トラブルを回避し、円滑に他の利用者と共同生活が送れ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
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	他の施設へ入所しても、施設からの問い合わせに対しても情報提供したり、必要に応じて相談や支援に努めている。		
<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	日常でのちょっとした言動や、本人の思いや要望を把握するのに、職員間で意見交換をし、独りよがりな判断とならないように配慮している。	日常の言動・しぐさ・表情などから思いや意向を把握し、気づいた職員が連絡帳や生活記録に記載し、職員間の共有を図っている。また、思いに対する支援は、一職員の判断で行動するのではなく、より適切な支援につなぐため、月1回のカンファレンスにて職員間での検討をルール化している。	
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	入所時に家族に生活歴や習慣などをお聞きして把握し、サービス利用の経過等の把握に努めている。日頃からも利用者本人と話しをしてより良い環境作りをしている。		
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	ケアプランの見直し(6ヶ月に1回)ごとに生活の中で出来ること、出来ないことを把握して、可能な限り、生活に生かされるようなプラン設計を心掛けている。		
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	各利用者ごとに担当を決め、専属的に利用者の生活やケアに関心を持つようにしている。モニタリングは毎月行い、カンファレンスで検討している。また、本人や家族からの意向を取り入れて介護計画を作成している。	毎月担当職員からの情報をもとに、モニタリングを行い、計画の見直しに繋げている。また、6ヶ月ごとにサービス担当者会議を開き、家族の意見も反映させながらアセスメント・計画の見直しを行い、現状に即した支援に努めている。急激な状態の変化に置いてはその限りではなく、迅速な計画見直しが行われている。	
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	個人の日々の介護記録(生活記録)に食事・水分量・排泄等や具体的な様子や場面を記録している。個人別ノートで、身体状況を記録し、情報を共有している。		
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、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、家族の要望、状況に応じて買い物等の外出同行を柔軟に支援している。		

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
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	運営推進会議において、市福祉課・区長・民生委員の方々に参加していただき、消防とは、避難訓練、地元の美容院、パン屋に出張していただき、地域資源との協働を図っている。		
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、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	ホーム協力医は内科医で、月に1回往診を受けている。急な発熱などの場合にも往診してもらっている。その他の疾患については、専門医を家族と受診していただけるよう支援している。	限定ではないが、ほとんどの利用者が内科協力医の往診を受けている。協力医とは往診ノートで情報提供を行い、医師からも対応についてのコメントがフィードバックされている。他科の受診は家族同行でお願いしており、必要な情報はメモ書きで提供し、受診結果を「受診結果報告書」に記録している。協力医、訪問看護とは、24時間オンコールになっており、緊急時においても適切な医療が受けられている。	
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	週2回、訪問看護師が来所し、利用者の健康管理をしてもらっている。体調に変化があった時など相談している。		
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。	協力医に、紹介状を書いていただいて、迅速に利用者の入院、治療のため情報交換等はあるが、早期退院できるような相談等はしていない。		
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	訪問看護を導入することによって、家族や協力医との話し合い等がスムーズにしている。	週2回の訪問看護導入により、病気の重度化や急変時の対応等は、看護師の指示・指導により、適切な支援が行われている。また、協力医と訪問看護の連携により、重度化した場合の対応等について、家族が納得できる話し合いの場がもたれ、安心に繋がっている。	より適切な支援に向けて、重度化や終末期の対応等の知識を深めるための研修等の企画に期待したい。
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	「緊急時対応マニュアル」を作成して、緊急対応についての研修では、緊急法の講習や緊急連絡先や医療機関の確認をしている。		
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	毎月1回、日中や夜間を想定・火災や地震を想定した避難訓練を職員と利用者が一緒におこなっている。2ヶ月に1度の運営推進会議で、訓練の報告をし、地域の方々の協力を働きかけている。	火災や地震を想定し、防火ずきんをかぶり、玄関まで逃げるなどの訓練を毎月行っている。また、防災についての助言をもらうため、推進会議に地区消防団に参加を依頼したり、ホーム内の建物構造を確認してもらうなどいざというときの地域協力をお願いしている。備蓄については、必要な物を少しずつ揃えてきている。	

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
<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	一人ひとりの立場に立ち、優しい声掛けや、対応を心掛けている。トイレ誘導や介助が必要な方には、人格を尊重し、プライドを損ねない対応を心掛けている。	個別にどのような対応が受け入れてもらえるか考え、利用者の満足につながる支援に心掛けている。たとえば、入浴の着脱時は利用者が重ならないように配慮したり、居室入室時は必ず断りを入れるなどの気遣いがみられる。ときどき利用者を姓ではなく、名でよぶ職員には、管理者が倫理に沿って助言している。	馴れ合いやマンネリ化する意識の改善に向けての研修等の企画に期待したい。
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	意思表示が可能な利用者に対しては、直接希望を聞き、意思表示が困難な方に対しては、表情やしぐさを読み取り、自己決定ができるように働きかけている。		
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	現状では、施設で決められた食事時間や入浴時間、体操時間などが決められているが、それ以外の時間については、利用者のペースで過ごせるよう配慮している。		
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	2ヶ月に1回、美容師に出張していただき、本人の希望をできる範囲で聞き、カットをしていただいている。		
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	利用者の個々の能力に合わせながら、テーブル拭きなどを行い、おやつの時間など毎日の楽しい時間をつくり、会話を楽しんでいる。	昼食は給食センターからの配食。月～土の朝・夕食は業者に副食の献立・食材を委託して職員で調理している。日曜日の3食は利用者の好みを聞いて職員で献立、調理している。利用者は、調理の下ごしらえやおはぎなどの手作りおやつを手伝うなどできることに参加し、作ること、食べることの楽しみを味わっている。	
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	食材は、業者からの配達となっており、カロリーや栄養バランスに配慮された献立になっている。毎日の食事量、水分摂取量をチェックし、健康状態の把握に努めている。		
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	本人に行っていただけの部分は見守りして、不足部分を支援している。義歯の方には、入れ歯洗浄剤による洗浄を行い、衛生面や汚れ、臭いにも配慮し、一人ひとりに応じた口腔ケアをしている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレ誘導をおこなったり、トイレで排泄できるようにしている。紙パンツやパット類を利用者に合わせて使用してもらっている。	排尿・排便のチェック表で一人ひとりの排泄パターンを確認し、トイレでの排泄を基本に支援している。状態によっては夜間等に居室でポータブルトイレを使用し、転倒等の安全面を図っている。また、排便等を促すため、水分量の確認やヨーグルトの提供などを行い体調管理に努めている。	
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	一人ひとりに排便確認を行い、水分補給に心掛け、毎日の日課として、散歩や体操を行っている。必要に応じて、服薬など対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本、入浴時間や曜日は施設で決められているが、その日の体調により、入れない場合や、便失禁などの場合には入浴日を変更するなどの対応をしている。	月・火・木・金を入浴日として、基本的に週2回以上の入浴を支援している。職員は風呂場で利用者が重ならないように配慮し、利用者が気兼ねなくゆったりお風呂が楽しめるよう支援している。身体状況により入浴ができない利用者には、シャワー浴や清拭、また、入浴剤を使って香りや色を楽しんでいる。	
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、本人の希望を優先して、ソファなどで休息していただいたり、必要に応じて居室で休んでいただいたりしている。夜間は、他の利用者の安眠を妨げないように、巡視やトイレ誘導等の対応をしている。		
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	調剤薬内容の説明書をファイリングし、確認できるようにしている。飲み忘れがないよう、服薬確認をおこない、体調変化を見極めながら変化等を把握し、往診時に医師に相談・報告し、服薬調整をしていただく。		
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	ADLや生活歴に合わせて、掃除や洗濯物干しをしていただき、楽しみ事として、ぬり絵や貼り絵、テレビ鑑賞や歌、それぞれの楽しみで気分転換していただき、支援している。		
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	なかなか一人ひとりの希望で外出する事はできないが、天気のいい日には、ホームの周りを散歩したり、また、家族等の協力で外出したりしている方もおられる。	行事計画に初詣・お花見・秋ドライブなどを計画し、みんなで出かける機会になっている。6月に近くの桜が池でおにぎり弁当を楽しんだ。また、家族の協力で外食、イベント参加、ドライブなどの出かける機会を応援し、閉じこもらない支援に努めている。	



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
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	入居時に家族にお願いして、お財布とお小遣い程度のお金をお預かりし、ホーム内で管理保管している。買い物時に自分の財布からお支払してもらったり、月1回のパン屋の出張販売時には、お金を渡し、支払等をしている。		
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	かかってきた電話を取り次いだり、希望により電話をかけていただく事もある。		
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	廊下には行事ごとに写真をまとめ掲示している。温度調整や照明の調整は職員が行い、居心地よく過ごせるようにしている。	窓や縁側などホーム全体のガラス戸には、カーテンではなく障子戸がはめ込まれ、和風の雰囲気がかもし出されている。照明もやわらかな色合いでゆったり過ごせる雰囲気である。ホームに隣接した建物がなく、窓を開けると心地よい初秋の風を感じることができた。廊下に貼られている掲示物は、華美にならないよう落ち着いた掲示になっている。	
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	利用者の性格などを把握したうえで、食事時の配置を決めているが、その他の時間は、思い思いの場所で過ごしていただいている。くつろぎコーナーとして、畳コーナーを設け、冬場はこたつを置き、その時々で居場所を変えることができる。		
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	テレビや家具、布団など、利用者が使い慣れたものを持ち込んでいただき、過ごしやすい居室となるよう配慮している。また、必要なものがある場合は、家族と相談して持ってきてもらったり、購入したりする場合もある。	居室にベッド、クローゼット、洗面台が据えられているが、思い思いにテレビや家具など使い慣れたものが持ち込まれ、自分流にレイアウトされていた。また、家族写真、仏様、夫の遺影なども居室に置き、毎朝お参りするなど、その人らしい日常が営まれていることが伺えた。	
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	廊下、トイレ、浴室、居室等には、手すりを設置しており、ADLに合わせた自立の支援を心がけている。トイレにもはっきりとした場所を表示し、各居室にはネームプレートがかかっており、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム こもれび

作成日: 令和元年 10月 25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	3ヶ月に1回、全体カンファレンス終了後に身体拘束についての話をしているが、議事録をとっていない。	身体拘束についての会議時に議事、記録係をたて、議事録をとる。	次回カンファレンス時に、身体拘束の会議の議長、記録係の選出をする。	3ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針と支援と、重度化した場合のあり方について、家族と話し合いを行い事業所でできることに取り組む。	重度化や終末期の対応などの知識を深める研修会。	提携先の訪問看護ステーションの看護師を講師とし、研修等を開いてもらう。	6ヶ月
3	36	一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない対応をする。馴れ合いで、ついつい姓ではなく名で呼んでしまう。	プロの介護人としての対応として、馴れ合い過ぎない対応を心がける。	特養や老健と違い、グループホームならではのやり方を研修する。	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。