

令和 4 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	1690700057
法人名	特定非営利活動法人木こち
事業所名	グループホーム木こち
所在地	富山県黒部市立野129-1
自己評価作成日	令和4年8月4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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和4年10月12日	評価結果市町村受理日	令和5年3月2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>利用者一人一人のペースに合わせた生活となるように、心がけています。例えば、遅くまで起きていたいという希望があれば、それに対応するようにしています。 また、コロナ禍であるが、できるだけ内部の行事や外出（夕食）を多くして、楽しみある生活を送れるようにしています。</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>木こちの理念「人と人との優しいつながり」を大切に、入居される方もスタッフもあるがままを受け入れ尊重していくこと、そして、みんなが笑顔でいられる家を目指し日々奮闘している。また、認知症の人とのコミュニケーションを共有できるように、バリエーションの考えをスタッフ全員に浸透し、機会あるごとに研修に参加するなど積極的に取り組んでいる。また、コロナ禍で利用者と家族との面会等に制限がある中でも、利用者と一緒に外出する機会を積極的に作り、生活の中に楽しみや張り合いを作ることによって閉塞的にならないように支援している。</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 3. 家族の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	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. 職員の2/3くらい 3. 職員の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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 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 3. 家族等の1/3くらい 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 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	ミーティングやカンファレンスを通して理念を折につけて確認している。認知症介護実践者研修の自職場課題の勉強会にて再確認も行った。	玄関や職員の休憩室に理念を掲げ、いつでも、どこでも確認できる。また、ミーティングやカンファレンスなどの機会を利用し、職員全員で折に触れ理念に立ち返り、支援に繋げている。	
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	地域の奉仕活動(海岸清掃や河川清掃)に参加している。祭礼時、神主に来てもらい、お祓いには利用者が参加している。	町内会に加入し、回覧板にて地域の情報を得て清掃活動等に職員が参加している。春、秋の祭礼時、神主さんが来訪し、利用者と共にお祓いを受けたりして、コロナ禍でもできる活動を継続している。近隣の方からお花、ゆず、もち米などをいただき、行事に取り入れて利用者と一緒に楽しんでいる。	
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	隣町(入善町)からの依頼で、地域住民に対して『認知症の理解』『認知症サポーター養成研修』等の講師を行なっている。また、8月20日にバリエーションセミナーを地域住民、介護職を対象に実施する予定である。		
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	コロナ禍で開催できなかった会議を今年度5月から再開した。運営状況(利用者・職員の状況等)・行事・事故/ヒヤリハット報告を報告すると共に、地域交流について討議している。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催し、民生委員、老人クラブ副会長、地域包括支援センター職員、家族の代表者が参加し、事業所の運営状況や行事、ヒヤリハット、事故等の報告を行っている。議事録は、地域包括支援センターに提出、職員はいつでも閲覧できる環境が確保されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議には、市地域包括支援センターの職員が参加し上記の内容を一緒に討議している。	市の担当課には、認知症の研修会のチラシを窓口においていただくように協力を依頼したり、地域包括支援センター職員を通し、処遇困難事例がある時に相談に乗っていただいたりしている。また、事業所の老朽化に伴い補修工事の補助金等の申請についてなどの相談を行っている。	
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	身体拘束や他の虐待は絶対に行わないことは、カンファレンスや朝の申し送り時確認している。当ホームでは、夜間は戸締りの為、施錠しているが、日中、玄関の施錠は行っていない。	身体拘束の指針・マニュアルは整備されている。関わり方がなれ合いになっていないか、カンファレンスや毎朝のミーティングで確認し、研修等を活用し確認している。また、身体拘束を行わないための基準を休憩室に貼って、職員の意識統一を図っている。	
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	報道などで顕在化した高齢者虐待以外にも気付かれていない虐待や虐待であるとは言い切れない不適切なケアについて勉強会を行なった。		

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
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、権利擁護に関する制度を必要とする利用者は当ホームにいないため、学ぶ機会は設けていない。必要時、随時対応する予定である。(施設長は成年後見に関する知識を有している。)		
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、重要事項説明書と共に説明し同意を得ている。介護保険の改定(報酬改正や加算の変更など)がある時は、文書にて通知し、同意を得ている。		
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	運営推進会議には家族にも出席してもらい、市や地域にも意見や要望を述べる機会となっている。	家族の面会時に積極的にコミュニケーションをとり、利用者の近況を伝え、意見や要望を聞き取りしている。利用者からは日々の会話の中での思いや意向を個人ファイルの経過記録に記載し、日々のミーティング等で情報共有しサービスに反映している。	
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	朝、夕の申し送りや月に一回のミーティングが意見を聞ける場となっている。個人面接も年に1回であるが実施している。	業務内での意見や要望は、随時管理者に相談・提案・助言を聞く機会がある。職員間で意見を求めたいときは、毎月のカンファレンスや毎日のミーティングの中で情報共有し検討している。代表は年1回の面談で職員とコミュニケーションを図り、意見や要望等を進言する機会をつくり、運営やサービスに反映している。	
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	理事長・管理者で個人の努力・実績・勤務態度を常に共有している。時間外のミーティングでは超過勤務手当を与えることとしている。行事を多くすることで、利用者との触れ合いにやりがいを感じてもらっている。特定処遇改善加算を取得し、全職員に手当として与えている。		
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	内部研修として、認知症に関する研修を実施している。また、外部研修にも多くの職員に参加してもらっている。		
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	富山県グループホーム協議会の研修に参加し、同業者との交流を図りたいが、コロナ禍のため一度も参加できていない。		

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>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	入居前にケアマネや管理者が利用者と面接し、不安・要望を聞いている。できる限り、事前に訪問してもらい居室や他環境を説明する。本人ゆかりの物を持ち込めることも伝えている。できれば、自宅訪問もして生活の場を確認している。		
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	入居前にケアマネや管理者が家族と面接し、不安・要望を聞いている。例えば、事前に、ホームの見学をもらい、生活に対する不安を取り除けるようにしている。		
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	本人の状況や家族の状況、環境等を聞くと共に、当事業所のできることを説明している。まず、家族をねぎらい、BPSDの確認が必要である。又、入居後、主治医や薬剤提供を確認することも重要である。		
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	食事盛付け、配膳、片付け、洗濯物干し・取入れ・たみ等生活場面ごとにできる人に実施してもらう。その際、職員も付添い一緒に行うようにしている。		
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	面会時、本人の状態や必要物品等を伝え、協力を仰いでいる。季節ごとの衣類の整理、通院等、又、運営推進会議の出席も依頼している。誕生日・母の日・父の日・クリスマスに本人への手紙やプレゼントを依頼している。		
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	家族との面会は、窓越し面会であるが実施している。又、施設での生活や楽しんでいる表情がわかる写真を時々送付している。	コロナ禍以前は、外泊や、家族との墓参りなどの支援を行っていた。現在は、馴染みの医院や美容院に行くための支援や、家族との絆が途切れないように面会時は窓越しに行う、定期的に写真を家族等に送付するなどの取り組みを行い、関係継続のサポートに努めている。	
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	利用者の相性や性格を考慮して座席や距離を考慮している。全員ではないがソファに座ってもらい、利用者同士の会話を促すようにしている。グループバリデーションを実施し、全員が一緒に会話できる場も時々設けている。		

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
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	長期入院となり退所した利用者及び家族に対しては、いつでも相談に乗れることを伝えている。入院中の状況も確認している。		
<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	入所前に本人、ご家族を自宅(施設、病院など)に訪問し、面談する。住環境や動線、暮らしぶりを実際に見て把握に努め、生活習慣などを伺っている。また、ホームでの過ごし方の希望や意向を本人、家族に各々聞き、できる限り意向を尊重している(コロナ禍で訪問は減少)。	入居時に暮らしぶりを実際に見て把握に努め、生活習慣などを家族に記入してもらったり、担当職員がその時々の変化を随時書き足したりして把握に努めている。利用者の日々の言動の中から思いや意向を読み取りカンファレンスで共有している。	
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	入所前に自宅を訪問する事でご本人のこれまでの生活状況をより具体的に把握することに努めている。また、入所希望に至った過程や経緯を伺っている。必要に応じてサービス利用の状況を担当のケアマネや利用していたサービス事業所に伺い把握に努めている。		
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人1人の過ごし方を毎日観察し支援記録用紙に記述している。心身の状態は毎日、看護師が健康チェックし日々状態に合わせてケアや活動内容を決めている。申し送りにて食事、排泄、BPSD等の状況をチーム内で共有している。		
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	朝の申し送り、月に1回のカンファレンスにて一人ひとり丁寧に健康状態や認知症、BPSDについて検討している。家族には随時、電話等で伝達している。	月1回のカンファレンスを利用し、一人ひとりの現状に即し、家族の意見のつなぎ合わせや、本人の意向をとりいれ、介護計画に反映している。作成した計画は、変化がない時は半年に1回、状態変化あればその都度見直しを行い、電話で家族にお伝えし、面会時に確認してもらっている。	
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	入所者一人一人の様子やケア内容を毎日支援経過として記録しているほかに、気づきや試したいことなどを別に連絡帳に書きだし、スタッフ間で共有している。		
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	急な受診や緊急対応時はご家族が対応できない事も多いため職員が付き添ったりしている。職員と一緒に買物に行く場合もある。		

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	地区行事(奉仕活動)に職員が参加している。避難訓練は毎回、消防署に立ち会ってもらっている。民生委員、地区老人会役員には運営推進会議に参加してもらっている。		
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	希望されるかかりつけ医への受診を基本としている(1人)が、本人、ご家族の希望により協力医の往診を受けている方が多い(8人)。歯科や皮膚科などへの受診が必要になった場合は本人、家族の意向を確認してから実施している。	入居時にかかりつけ医を選択できるよう支援をしている。家族同行で通院される際は、看護師や管理者が日常の様子等を家族に伝えている。受診結果は個人記録に記入し共有している。協力医とは状況変化に応じ対応していただくなど連携が図られている。	
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	毎日の申し送りに看護師も参加し入所者の日々の状態を伝え、相談している。看護師は協力医や薬剤師と連携し必要な受診や治療が受けられるよう努めている。看護師は夜間、オンコール対応で待機している。		
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。	入所者が入院となった際は入院先の医療連携室と連絡を取り合い、必要な情報をやりとりしている。退院に向けた早期の取り組みに努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入所契約時にホームでの重度化や終末期の対応について支援体制の限界を示している。重度化した場合は家族と話し合い、ご本人にとってベストな居場所を選択するための検討を行なっている。	契約時に重度化した場合における対応について、事業所として対応を口頭で説明し理解を得ている。重度化した場合は、医療行為が出来ない事を丁寧に説明しながら、早い段階でかかりつけ医・家族と話し合い、家族の意向に沿って次の生活拠点へ繋げられるよう支援している。	重度化や終末期に向けた方針を作成し、本人や家族に説明し、理解を得られるような取り組みに期待したい。
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	緊急時の対応をマニュアル化している。新規採用職員には初任時研修時に確認している。他の職員についてはミーティングの際に随時確認している。		
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	災害時の緊急連絡網、災害時マニュアルを作成。消防署の協力の元、年2回避難訓練を実施。以前は地域住民への参加を呼び掛けたり、地区の防災訓練に参加したりすることもあったが、今年度も実施できなかった。	消防署の協力を得て、年2回(夜間想定)、利用者と一緒に訓練を実施している。災害時の緊急連絡網、災害時マニュアルを作成している。近隣の方へは運営会議や回覧板等で訓練日程等を発信しているが、コロナ禍で実際の参加はできない状況となっている。備蓄は関連の事業所で水や非常食等を確保している。	火災や水害以外に津波に対しても持続可能な業務計画が遂行されるように、災害計画や避難訓練等の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	不適切な対応やバリエーションなどの考え方を折につけ確認し、1人ひとりの人格を尊重し、誇りや自尊心を傷つけないようにしている。(例「さっきもトイレに行ったよね。」と言わない事をカンファレンスで確認した。)	尊厳やプライバシーに配慮した言葉かけや接遇方法を、認知症の方とのコミュニケーションであるバリエーションと照らし合わせ確認している。職員一人ひとりが理解し、利用者との会話の中で職員同士で気付き、その都度ミーティング等で話し合い、ケアに繋げている。	
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	日常生活の中で、好みの飲物、着たい洋服等を聴き或いは、選択肢のある声掛け(どっちが良い?)で、自己決定できるように支援している。		
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	基本的な一日の流れはあるが、個々の生活ペースを大切にしている。その日、その時のご本人の様子や体調、ペースに合わせて入居者の希望を第一に考え、自由な日常生活を送れるよう支援をしている。(部屋で過ごしたい人、口腔体操が嫌いな人など、それぞれ)		
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	職員は、身だしなみやおしゃれを本人の自己表現の一つとして理解し、各担当者が一人ひとりの個性を生かすように心がけている。定期的に訪問美容に来てもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付け・片付け等を一人の利用者と一緒に行っている。食事前には献立を説明し、本人と同じものを食べ、テーブルを囲んで会話をしながら楽しく食事が出来る様になっている。	ごはんのみそ汁以外は外注にて提供を受けている。盛り付けや片付けなど利用者と一緒にやっている。季節の行事に合わせ、お雑煮や桜餅、手作りおやつでおはぎやホットケーキなどを作ったり、利用者の希望に合わせ外食(回転ずし、スイーツ、アイスクリーム)に出かけたりと、趣向を凝らし楽しみに繋げている。	
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	食材宅配業者を利用しているが、個々に合わせ食べやすい形態で提供している。食事摂取量を記録しており、摂取量が少ない人には栄養補助食品を提供している。		
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	毎食後の義歯や口腔内の状況を確認している。個々の能力に合わせ、声掛け、見守り、介助を行っている。週2回義歯洗浄剤につけ、歯ブラシや義歯などの清掃・保管について支援している。毎日、口腔体操を実施している。		

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
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・仕草・表情など職員が把握し、さりげない声かけやトイレ誘導を行っている。失敗してしまった場合でも、本人が傷つかないう、配慮をしながら対応している。	利用者一人ひとりの状態や能力に応じトイレでの排泄を目指し、日々のケアの中で利用者の行動を分析しどのようなタイミングでトイレ誘導を行うか、スタッフ間で情報共有し実践に繋げている。また、個々の利用者の生活スタイルに合った物を提案し、本人の思いや状況に合わせ排泄支援が行われている。便秘の改善に、味噌汁に寒天を混ぜる等工夫を凝らした対応がなされている。	
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、体操を実施。天気の良い日には散歩などをして身体を動かすようにしている。ヤクルトやオリゴ糖、寒天を摂取してもらっている。		
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	本人の希望や入浴拒否の意向を伺い、個々に合った入浴介助や支援を行っている。入浴を楽しんでもらうために、宇奈月の温泉に行く機会を作ったりしている。	最低週2回を目安としながらも、その日その日の利用者の要望や体調に合わせ、毎日入浴できる状況は確保されている。ゆず湯や入浴剤で季節を感じてもらったり、年2回宇奈月温泉に出掛け、温泉を楽しむ機会を作ったりするなどの対応が行われ好評を得ている。	
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	その時の状態(身体的・精神的疲労等)にあわせて、休息(午睡)を取り入れている。就寝時間は個々に違うので習慣に合わせて休んでもらっている。夜間は居室の室温・音等に配慮している。		
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	薬が変更された場合などは連絡超ノートに記載し申し送り時に説明されている。服薬時は飲み込むまで確認している。		
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	毎日の生活に役割を取り入れ、職員全員が支援できるように努力している。歌や談話・散歩・テレビ鑑賞を楽しんだり、利用者と職員と一緒に過ごす時間を持つことが日々の楽しみになっている。		
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	年間行事計画を作成し、入居者と外出・外食を楽しむ機会を作っている。牧場で動物を見たり、スイーツや寿司を食べに行ったりしている。	コロナ禍であるが、生きがい委員会が中心となり年中行事計画を作成し、定期的に外出する機会を作っている。黒部牧場や道の駅でソフトクリームやスイーツを食べたり、近隣の回転ずしや宇奈月温泉、季節ごとの花見ドライブ(桜、チューリップ、紅葉ドライブ)に行ったりと、積極的に外出する支援が行われている。また、利用者の希望により近隣の散歩なども行い、季節を楽しんでもらえるよう工夫している。	

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 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	外出や買い物のときに本人が支払えるように支援している。(1~2人のみ)		
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	電話を希望される場合はできるだけ早く対応している。留守の場合も後に、かけ直すようにしている。年賀状など家族のつながりを持てるよう支援を行っている。		
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	ログハウスと吹き抜け構造で、木のぬくもりや風光を十分に取り入れられるようにしてある。音楽を流したり、季節感を感じられるホーム内の装飾などの工夫に努めている。	ログハウスと吹き抜け構造で、室内は窓から心地よい光が差し込み、空間全体が柔らかく感じられる。また、日常が穏やかに過ごせるよう音楽をかけ、季節を感じられるような装飾が施されている。利用者は思い思いの場所で寛ぎ、ゆったりと流れる時間の中でその人らしい生活の実現に向けた配慮がされている。	
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	決まった場所だけでなく個々の好きな場所で過ごせるよう努めている。席の配置の工夫やスタッフが間に入るなどし、談話しやすい環境を作っている。		
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	居室の家具類は馴染みの物を持ち込むように働きかけている。現在、窓越し面会を実施しているが、意思疎通しやすいように職員が支援している。	居室には使い慣れた家具類が配置され、家族の写真や装飾品が持ち込まれている。個人の性格や個性に合わせ、居心地よく過ごせるよう配慮され、好みのレイアウトでその人らしい居心地の良い居室になっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	居室には表札をつけ、トイレや浴室などを表示し、わかりやすくなるように工夫したりして、可能な限り自己の意思や力で、その人らしい楽しい共同生活が送れるように努めている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム木こち

作成日: 令和 5年 2月 16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	33	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化や終末期に向けた方針が作成されていないため、本人や家族に当施設の上記方針が説明されていない。	重度化や終末期に向けた方針を作成し、本人や家族に説明し、理解を得られるようにする。	・重度化や終末期に向けた方針を明記した文書を作成する。それを本人、家族に説明する場合、特に本人への説明には納得してもらえるように慎重に進めなければならない。	6ヶ月
2	35	○災害対策 火災や水害以外に津波・地震に対する災害計画や避難訓練等の取り組みがなされていない。	津波や地震に対する災害計画や避難訓練等に取り組み、災害に対する心配を減らす。	・津波や地震に対する災害計画を作成する。 ・津波や地震を想定した避難訓練を実施する。(災害時協力施設・黒部市役所へ避難道の確認、避難実施)	6ヶ月
3	6・7	○身体拘束をしないケアの実践 ○虐待防止の徹底 介護者主体のケアになっている場面がみられるようになってきている。	当施設の利用者が権利を行使できるように支援する。(自分の思いを表現できるように支援)	・認知症高齢者への支援・研修等に関する意向調査を実施する。 ・権利擁護や意思決定支援の研修会(内部・外部)を実施する。	6ヶ月
4	55	○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり ベランダ(木製)が破損している箇所があり、利用者がベランダに出れない状態となっている。	安全に施設外に出入りでき、気軽に外気浴を楽しむことができる	・ベランダの破損箇所を修復する。	6ヶ月
5	3	○事業所の力を生かした地域貢献 地域住民に対する認知症の理解や対応に対する取り組みを地元(黒部市)で行っていない。	地域住民に対して、認知症に対する理解の促進を図る。	・『認知症の理解』や『バリエーション研修会』等を地域住民むけに開催する。 ・認知症高齢者への実際の対応方法理解を目的とした『認知症カフェ』を定期的で開催する。(利用者・家族に対してバリエーションコミュニケーションにおける認知症利用者への実際の対応)	6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。