

令和 2 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	富山県南砺市野田 2 1 3 - 1
自己評価作成日	令和2年9月1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）】

施設の周りは田園に囲まれ、西に医王山、南に袴腰山と山々に囲まれ春夏秋冬を目で味わうことが出来、自然豊かな環境で生活していただける施設です。毎月初めに家族へ手書きのお便り（こもれびたより）を送り、施設での出来事や利用者の言葉などを書き、施設での皆さんの様子をお伝えし、地域の方々にも毎月回覧板を利用し施設の状況を伝えています。

※ 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2年9月29日	評価結果市町村受理日	令和2年10月21日

【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）】

四方を山に囲まれた田園地帯に建つ事業所である。敷地内には利用者が歩きやすい遊歩道が整備され、感染症対策で外出や面会が制限される中、好天の日にはのんびりと散歩する利用者の姿がある。職員、代表や管理者は一緒に「和気あいあい」「アットホーム」「ゆったりした時間の中で」「ギスギスしない」ケアをしたいと願っている。職員と共に業務に携わる管理者は、運営の課題や利用者の様子について皆と日常的に話し合い、課題等については迅速な対応を心掛けている。広報誌『こもれび便り』は月1回発行して利用者家族に届け、地域の回覧板で閲覧してもらうなど、事業所の活動を積極的に伝えている。また、地震対策として毎月避難訓練を継続し、利用者が頭巾をかぶり安全な場所へ避難することが日常となるなど、実効性のある訓練として今後も継続の予定である。職員研修、実施事項の記録、地域との連携等については、より充実を図っていくよう努めているところである。

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				

# 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	事業所独自の理念があり、毎月のカンファレンスで理念を復唱し、確認している。また、事務所や玄関ホールにも掲示してある。	創立時に作成した5つの理念は、前法人から引き継ぎ、19年あまり事業所運営や利用者支援の根幹として大切にしてきた。毎月のカンファレンス時に職員全員が唱和し、玄関への掲示等を通して共有を図り、日々の実践につなげている。	創立当初の理念を基本に据えながら、利用者や地域の変容、職員の在り方、環境、時代背景等を考慮し、グループホームの現況に即した実践的な目標を設定するなどの取り組みに期待したい。
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	以前は、地域で開催されている元気体操などに参加していたが、開催場所まで元気に行かれる方がいないため難しい。城端の麦屋まつりでは、地元の有志団体の方に施設内駐車場で踊りを披露していただいている。	毎月発行の手作り機関紙『こもれび便り』を地域の回覧板で閲覧してもらい、事業所の取り組みをお知らせしている。地区公民館での長寿会との交流、高校生ボランティア、地元パン屋の出張販売等、今後も継続していく予定である。	
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の「こもれびたより」を地区に毎月回覧している。		
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か月に1度開催し、家族代表や野田地区の区長、民生委員、地域包括センターの方々と活動内容や、ヒヤリハットの報告など話し、助言などを聞いて実施に取り組んでいる。	地域包括支援センターと長寿課は交代で出席し、区長、家族代表の出席を得て隔月に開催。毎回、利用者状況やヒヤリハット・事故報告、活動報告等を行い、喫緊課題として事業所の感染予防対策について話し合い、貴重な提言があるなど、会議を活かした取り組みがある。	運営推進会議の報告書は、出席者への報告とともに家族全員に郵送している。会議の開催についても、全家族にお知らせするなど、より多くの意見をサービスに活かせる取り組み等の検討に期待したい。
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	市担当者の方と電話やメールでやり取りをしている。分からないことなどは、担当者に会い話をしている。	運営推進会議に出席している市の担当者や地域包括支援センターには、事業所の状況や活動内容について報告し、理解を得よう努めている。また新型コロナウイルス感染症についても、随時具体的な対応策を話し合うなど、日頃から連携に努めている。	
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か月に1度の実施で適正化のための対策を話し合っている。玄関の自動ドア前に近づくとセンサーで音が鳴るようにしてある。	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1回開催し、指針の読み合わせをしながら、拘束のない支援について学んでいる。また、利用者一人ひとりの行動を見守り、『落ち着くまで待つ』『興味を見つけて“やりたいしごと”をしてもらう』など、日々の実践の中で身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	事業所としても、高齢者虐待防止関連法についての研修会等を実施し、施設内での職員や利用者同士の虐待や暴言などに注意する。		

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	現在、成年後見制度を利用される方、された方がいない為、よく理解していない。学ぶ機会をつくりたいと考えている。		
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	契約の際には、出来れば利用者の方、家族の方の要望や疑問点、不安などを聞き、理解や納得をしてもらって入所して頂く。		
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	玄関に意見箱が設置してあり、家族の面会時や年2回の家族交流会などでは、一緒にご飯を食べて意見を言いやすくしている。意見などがあれば、連絡帳に記載し全職員に把握してもらう。	家族からの意見を聞き取り、反映させるための工夫として、来所時の積極的な声かけをはじめ、年2回の家族交流会、毎月の利用料の窓口支払いなどへの協力を求めている。出された意見はカンファレンスや記録で共有し、迅速な反映に努めている。	
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	日常的に意見や、改善要望などを聞き、取り敢えず実行し、改善を試みている。	職員意見はカンファレンスや職員間連絡帳での共有の他、管理者は介護の一員として業務に携わりながら、運営への疑問や要望を日常的に話し合い、反映できるよう努めている。また、毎年全スタッフと食事会を行い、オープンな雰囲気です話合うなど、信頼関係を築いている。	
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、決算賞与(一時金)の支給を勤務実績、勤続年数、会社の貢献度に基づき行っている。各イベント等を担当制にして、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の差はあるが、社内研修などの機会を作り、個々の力量の差がないようスキルアップをはかる。		
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	近くの事業所とは交流があり、麦屋まつりの時期には、施設内駐車場での踊りを見にくる。勉強会などは、地域包括支援センターで開催する講習会のみである。		

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
<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、事前に性格や特徴を把握することとしている。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担当者を決め、話し合いをし、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話を十分に聞き、入所後も利用者の状況や様子を伝えたり、問題があれば家族と話したりして、解決策を見つける。		
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	入居希望時から、どのような介護を必要としているのかを話し合い、更に他のサービスの説明もし、家族に選択できる状況を提供する。		
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	施設でも自宅と同じような環境で過ごして頂き、自分でできる範囲の掃除や洗濯物干しや、たたみ等なるべくしてもらい、家族として共に生活するという意識を持って対応する。		
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	家族の方には、出来るだけ面会に来ていただき、家族の絆が切れないように、利用者本人のことを第一に考え、共に支えていく関係を築く。		
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、または外泊の希望を可能なかぎり支援し、家族や知り合いとの時間を持ってもらいたいと考えている。友人の方が面会し、お帰りの際には、次回の訪問をお願いするようにしている。	利用料納入を原則窓口対応にしたり、衣類や寝具の入れ替えを依頼したりして、事業所来訪の機会を作り、また、家族との外食や外出、受診帰りの自宅訪問等も随時できるよう支援している。毎年、家族や知人に年賀状を出す利用者もいるなど、馴染みの人との関係継続に努めている。	
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	利用者個人の性格などを把握、理解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、円滑に共同生活が送れるように配慮する。		

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情報提供し、必要に応じて支援や相談にも応じる。		
<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	利用者一人ひとりに担当者を決め、利用者の希望や要望等に出来るだけ対応できるように検討し、他の職員と連携しながら対応する。	入所時に把握した思いや意向を踏まえ、入所後は日々のかかわりの中で発した言葉、何気ないしぐさ、職員が把握した個々の思い等を、生活記録や連絡帳にその都度記載するよう努め、職員間での共有を図っている。	
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、なるべく出来る事をやって頂けるようにサービス利用の経過等の把握に努め、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	6か月に1度、ケアプランの見直しをして、出来る事、出来ない事を把握し、可能な限り生活に生かされるようなケアプランを心掛けている。		
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	利用者一人ひとりに担当者がおり、利用者の生活やケアに関心を持つようにしている。毎月のカンファレンスで検討し、また本人や家族の意向も取り入れて介護計画を作成している。	担当職員は、共有する連絡帳や、個々の生活記録から選択した情報を基にカンファレンスに臨み、本人の課題やケアについて話し合っている。介護計画は基本半年に一度家族等の意見を聞きながら見直し、状態変化時には随時見直すなど、現状に添った計画の作成に努めている。	
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	介護記録(生活記録)に毎日の食事量や水分量・排泄など具体的な様子などを記録している。毎日の申し送り等で状況を話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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者や家族の要望など、可能な限り支援し、家族との外出や宿泊等の要望を支援している。		

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	毎月、パン屋さんに来てもらい自分で商品を選び、お金を渡したり、また2か月に1度、床屋さんに来てもらい希望者の髪の毛を切ってもらっている。施設にいながらも暮らしを楽しんでもらえるよう支援している。		
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	ホーム医は内科医で月に1度往診していただいている。本人や家族の希望で、かかりつけ医を変えない場合もあるが、本人や家族の希望を大切に、必要に応じて受診をしてもらう。途中でホーム医に変更となる場合も、かかりつけ医に診断書を書いていただき、スムーズに適切な医療を受けられる様、支援している。	入所時に希望するかかりつけ医を選んで。事業所のかかりつけ医(内科)は月1回の往診で、個々の状態を把握し、外部医療機関への家族対応受診時には、情報提供を文書で行っている。受診結果は関係者で共有するなど、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	週に2回、訪問看護師に来ていただき、利用者の健康状態の把握や異変に対応してもらう。		
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もらい迅速に利用者の入院や診療できるように対応している。また、入院した場合でも、病院と連絡をとり、経過等の情報交換をしている。		
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	週に2回、訪問看護師に来て頂いていることにより、家族や協力医との話し合い等がしやすい。	入所時の説明で、常時医療が必要になった時には、医療体制、入浴設備、職員体制等々を踏まえながら、対応方法を家族とともに考えていくことを伝えている。実際には、対応困難な場合も多く、今まで看取りの事例はないが、入所時の説明で家族には納得を得ている。	入所契約時に、事業所の方針を口頭での説明だけでなく、文書化したものを提示しながら、重度化や終末期に向けた方針と支援について共有し、納得と理解を得たことを文書として残していく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	「緊急時対応マニュアル」を作成して、緊急時の対応について研修し、救急法の講習や緊急連絡先、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	月1回は必ず避難訓練を実施している。土地柄、水害や土砂災害の心配はなく、地震などの災害の訓練等をしている。運営推進会議では訓練の報告をしたり、地域の消防団にも協力をお願いをしている。	消防署協力のもと、年2回火災と地震を想定した訓練を実施。缶詰と水の備蓄については、災害を想定し量を増やす予定である。また、毎月欠かさず地震想定での避難訓練を行い、利用者は頭巾をかぶって安全な場所へ移動するなど、より実践的な訓練となっている。	災害対策として、例えば避難訓練時に、運営推進会議のメンバーや家族、地元消防団など、地域の協力を得ることができよう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	利用者の立場になり、出来ない事よりも、出来る事をやってもらい、誇りを気づけないように心掛け、トイレの誘導や対応も本人の人格を尊重し、プライドを損ねないよう対応する。	排泄や入浴時の支援について、自ら訴えられず、言葉の出ない人へは、静かに『ちょっと行ってこようか…』などの声かけをしながら、相手の心を動かすよう工夫している。希望者へは同性介護を行うなど、誇りやプライバシーを損ねない対応に努めている。また、研修計画を作成中である。	
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	利用者それぞれの希望があり、意思表示が可能な方には希望等を聞き、意思表示が出来ない、意思の疎通が出来ない方は、表情やしぐさを読み取り判断するようにしている。		
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	利用者によっては、自室にテレビがあり、食事時間や体操、コミュニケーション時間以外は、自室で好きなことをしている利用者もいる。		
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か月に1回、近く美容師に出張していただき、本人の希望を出来る範囲聞き、カット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	現時点では、一緒に食事作りや片付けを出来る方はいないが、テーブル拭きはやって頂いている。また出来る方には、もやしの根取りなどしてもらおう。皆さん食べるのが好きで、食事もおやつも美味しそうに食べている。	利用者を深く知っていく中で、テーブルの席が自然に決まり、それぞれのテーブルでは皆が落ち着いた雰囲気です。月2回のおやつ日には、ホットケーキ、おはぎ、誕生ケーキなどを手作りし、また、道の駅レストラン、ショッピングモールなどにも出かけ食事を楽しんでいる。	
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	食材は、業者からの配達で、献立やカロリー栄養のバランスに配慮されたメニューになっている。毎日の食事量や水分摂取などチェックし、一人ひとりの状態を把握している。		
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に、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	毎回の食事の後には歯磨きやうがい、義歯の方には入れ歯洗浄剤による洗浄をし、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	利用者によって排泄のパターンがあり、排泄記録で確認し、トイレで排泄できるよう誘導している。紙パンツやパット類も利用者に合わせて使用している。	生活記録表で排泄をチェックし、プライバシーに配慮した声かけをしている。排便については別途チェック表で把握し、便秘時は水分摂取に努めたり、かかりつけ医と相談して服薬を行うなど、一人ひとりの状態に応じた支援を行っている。	
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	排便記録を確認し、便秘の方や下痢の方を把握し、散歩や体操、水分補給などのサポートをし、ときには服薬使用での対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には、利用者の入浴日、曜日が決められているが、体調や便失禁によって変更する場合もある。	利用者は基本週2回、午後の入浴としている。入浴剤を使って色や香りを楽しみ、入浴時には介助職員と『今日はいいい匂いやねえ』などと話が弾む。重度化や体調変化に応じて、介助2人態勢でチェア浴をしたり、個々の希望に添って入浴日を変更するなど柔軟な対応をしている。	
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	利用者の希望で、部屋で休んだりソファに座って休息したり、基本的には利用者に合わせている。夜間は個人の排泄パターンを把握し、トイレの誘導の対応をしている。		
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、確認出来るようにしてある。服薬は、スタッフが一人ひとりの確認をし、飲み忘れがない様に対応している。		
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	利用者により、部屋の掃除や洗濯物干し、洗濯物をたたんで頂いたり、塗り絵やテレビ鑑賞など利用者に合わせた支援をしている。		
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	なかなか本人の希望で外出が出来ないが、家族の支援があれば可能な場合もある。天気の良い日は施設の周りを歩いたり、気分転換できるよう支援している。	毎年行事計画に沿って、初詣、お花見、ショッピングモールへの外出、秋のドライブ、などに出かけている(今年度は休止中)。敷地内の遊歩道では、広い空、周りの山々、田んぼを見ながら日常的に散歩をする利用者の姿がある。この春は、遊歩道沿いに咲く小さなたんぽぽを摘み取り、皆で花瓶に飾り季節を楽しんだ。	



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	入居時に本人の財布と少額のお小遣いをお預かりし、施設で管理している。月1回の移動販売のパン屋には、自分でお金を渡すように支援している。		
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	家族から掛かってきた電話などを取り次いだり、手紙やはがきなどのやり取りの支援をしたりしている。		
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	廊下やケアルームには障子戸があり、直射日光が当たり暑い時など障子戸を閉めて温度調整をしている。壁かけ扇風機を設置し居心地よく過ごせるように配慮している。	毎朝10時から始まる体操は、リビングで行われている。食事のテーブルがあるダイニングとは、ソファで分けられながらも思い思いに移動できる。リビング・ダイニングを囲む日当たりのよい廊下に籐の椅子を置いてゆったりしたり、壁面には皆で作ったちぎり絵や行事の写真が掲示されるなど心地よい空間となっている。	
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	利用者の性格など把握し、食事の席を決めたり気の合う利用者同士で過ごせる様に廊下の窓際に椅子を置いたり、ソファで過ごせるようにしている。		
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	入所時、今まで使用されていた布団やタンス、テレビなど持ってきて頂き、家族と相談しながら配置し、居心地よく過ごせるようにしている。	居室には洗面台、クローゼット、ベッドが備え付けられ、ベッドの位置は希望や状態に見合ったものとしている。家から持参したタンス、テレビ、こたつ、テーブルなども自由に配置され、好きな本や趣味の作品などを飾るなど、本人にとって居心地のよい空間となるよう配慮している。	
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	廊下やトイレ、浴室に居室にも手摺りが設置してあり、安全に生活できるようにしてある。居室入口には利用者の名前が書いてあり、利用者専用の洗面所もあり、個人のコップやブラシを置くことで安心でき、自立した生活を送れるようにしている。		

## 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 2年 10月 26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で、常時医療が必要になった時は、医療体制や対応方法を家族とともに考えるとなっているが、入所時の説明が口頭だけの説明になっている。	口頭説明だけでなく、文章化して、重度化や終末期に向けた方針と支援について話し合う。	早急に文章を作成し、現利用者家族に同意を得て、サインして頂く。	3ヶ月
2	4	運営推進会議で利用者家族は代表のみの参加となっている。	各家族に運営推進会議の開催を知らせ、参加を呼びかける。	開催月の月初めの家族に送る請求書や、お便りと一緒に運営推進会議の日程を伝え、参加を求める。	2ヶ月
3	1	理念の共有では、創業時にたてた理念があり、それをただ毎月のカンファレンス時に復唱し確認しているのみ。	創業時の理念は変わらず、毎年新しい目標を従業員とともに作り、掲載する。	カンファレンス時に、来年度の新しい目標を従業員と考え、廊下や玄関ホールに掲載する。	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。