

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	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4199-1
自己評価作成日	令和1年12月30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行っていただき、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。

※ 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2年1月23日	評価結果市町村受理日	令和2年3月4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）】

事業所の理念『ここで暮らされている皆様を人生の先輩として尊敬と敬意をもって、家族として「温森」での生活のお手伝いをさせて頂きます』を実現するため、管理者をはじめスタッフが一人となり利用者一人一人を家族として支えている。ミーティングや個人記録、連絡ノートを活用し職員間で情報共有を行い、本人や家族の思い、意向に寄り添いながら利用者が笑顔で楽しく生活できるようケアの実践がなされている。また、働きやすい環境を作るため、法人代表者と職員が話し合いのできる風通しの良い職場となるよう協力し、職員も笑顔を絶やさず、生き生きと働いている。そして、多彩なボランティアの来訪や小中学生との交流、隣家との交流などを通し地域での一員として日々奮闘している。

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 ↓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る。 (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広がったり深まり、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
I. 理念に基づく運営					
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努めている。ミーティング時に理念の確認をしている。	開設者の思いが入った理念は、玄関や事務所に掲示されており職員は仕事前に確認している。月1回のスタッフミーティングで唱和し、行動指針と合わせ職員間で共有を図り、再確認し、日々のケアの実践に繋げている。	
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	日々の散歩、ボランティアの受け入れ(歌・琴・踊り・傾聴・手品)畑作りにて、近隣住民との交流。夏祭りを開催し町内の小中学生と交流し、近所の方々にも参加を呼び掛けている。利用者様の友人への勧誘。	行事記録簿にてボランティアの受け入れ状況を確認し、利用者の方に歌、琴、踊りなど共に楽しんでいただく機会を設けている。畑づくりを縁に、近隣住民との交流をしたり、施設内で開催する夏まつりでは、町内の小中学生と利用者、職員一緒に活動するなど地域への働きかけを積極的に行っている。	
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。今年度は認知症サポート養成講座の活動には参加しなかったが、認知症の理解のためにも来年度は活動に参加したい。		
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カ月に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、自治会長、かかりつけ薬剤師の参加を得ている。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・意見交換などをし、交流の場としている。全家族に案内を出し、参加できなかった家族様には、議事録を渡している。	2ヶ月に1回開催する運営推進会議には、町役場の職員、包括職員、民生委員、自治会長、連携している薬局職員、家族1~2名で行われる。活動報告(パソコンより写真をプレビューし参加者に状況報告)、ヒヤリハット、行事予定、入居者の状況を報告している。意見交換では笑顔と努力を認めてもらっている。参加できなかった家族には議事録を手渡しし、周知に努めている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に参加している役場、地域包括支援センターの担当者には活動内容や利用者の様子などを報告し、事業所への活動の理解を深めてもらっている。地域ケア会議に出席し、他事業所との交流や市町村との連携に取り組んでいる。	運営推進会議に参加している町役場の職員、包括職員とは、会議を通し活動状況や利用者の方の状況などを理解し深めてもらっており、いつでも相談できる関係が図られている。また、包括主催の地域ケア会議に参加し、他の事業所との交流や、地域での情報共有ができるよう連携を強化している。	
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	玄関の施錠は、19時~翌7時頃で、それ以外は施錠はしない。自由な行動を妨げないように、行動や思いに添い一緒に行動をしている。3カ月に1回身体拘束等適正化委員会、1年に2回の研修をし、職員間で共通認識が深まるように取り組んでいる。ミーティング時にも身体拘束をしないケアについて確認している。	「身体拘束排除マニュアル」を作成し、3ヶ月に一回身体拘束等適正化委員会を開催し、何が身体拘束にあたるのか、日頃のケアを通し理解を深めている。また、年2回研修機会を作り、外部講師を招き具体的な事例を通し指導して頂く機会を作り、自己研鑽に努めている。	
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	年2回の研修で虐待防止関連法について学ぶ機会を設け、身体拘束等適正化委員会、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当たるのか話し合っている。		

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	丁寧に説明し、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・家族様の理解を得ている。		
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	面会時に利用者様、家族様の意見や要望を聞くように心がけている。日常的な場面で、気軽に声をかけ信頼関係を築けるよう努めている。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ている。	家族とは、受診、消耗品の補充、面会や外出等で来所された時、日頃の利用者のご様子を伝えるとともに利用者や家族の要望等を気軽に話せる環境を積極的に設けている。信頼関係の構築がされており、率直な意見、要望等は連絡ノートやミーティングで共有し運営に反映している。	
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	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、業務の見直しなどを書き、サービスの質の向上に努めている。	管理者とスタッフはいつでも相談できる体制が出来ている。また、月1回のミーティング時、働きやすい環境づくりについて、スタッフと管理者、法人代表者で、業務の見直しや各種手当等についての改善など話し合うことができる。また、連絡ノートを活用しスタッフからの提案や要望、業務見直しなどの意見をミーティング等でも話し合い運営に活かしている。	
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	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たり、個々の実力に合わせて勧めている。		
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	
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
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	家族様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	利用者様ができること、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	ご家族様には、居室での衣類の入れ替え、利用料の明細受領、介護計画の話し合い、受診同行などを行ってもらっている。来所の機会を作り、コミュニケーションが図れるように支援している。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も努めている。	馴染みの美容室に家族と出かけたり、外部の医療機関に家族と受診に出かけるなど支援している。また、友人が週1回数名で来訪し、麻雀を楽しんだり、談笑する声が聴かれ来訪者が過ごしやすい環境を提供している。利用者の希望に合わせて外泊を含めた外出支援も行われ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を中心掛け、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。		
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					
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、日々の生活や思いを日報に記録し、連絡ノートを使い職員間で共有している。毎月のミーティングで、利用者様の意向を話し合い、寄り添えるように努めている。	入居時に利用者及び家族から詳細に聞き取りした情報を施設独自のアセスメントシートに記入し、日々の生活の中での思いや意向を個人記録の日報に記載、必要時連絡ノートを利用し職員間の情報共有を図っている。毎月のミーティングで話し合いを重ね、一人一人の意向に寄り添いながらケアに繋げている。	
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	家族様、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	本人様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。ミーティング時にも話し合っている。		
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。家族様と話し合ったことは、記録に残し一人ひとりのファイルに綴じている。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し、毎月のミーティング時に話し合いをしている。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。	毎月のミーティングで個々の利用者の思いや意向を掘り上げ計画作成担当者が中心となり現状に即した計画を作成している。半年に1回、状態の変化が見られた場合その都度、カンファレンスを開催し、本人や、直接あるいは電話等で家族と話し合いその結果を分かりやすく記載し介護計画書の作成に繋げている。	
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	日々の様子やケアの実践は個別の日報に記録している。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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	できる限り本人様の思いに添い、通院、外出、買い物、散歩などの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、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、職員間で共有している。居宅療養管理指導として、薬剤師の訪問があり安心した服薬ができるようにしている。	本人や家族が希望するかかりつけ医となっており、病院受診時は、本人の状態等を記載したメモを渡し、家族が行っている。受診結果はその都度受診ノートに記載し、連絡ノートにて職員間で情報共有している。また、協力医は月1回往診、熱発などの緊急対応も行っている。薬は連携している調剤薬局より薬剤師の訪問があり管理されており、利用者は適切に医療が受けられる支援体制が整っている。	
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、異状があれば、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、ホームでの生活の様子やADLの状況を伝え、状況や状態の把握に努めている。		
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	重度化や看取りに関する指針を示し、方針を説明し納得を得ている。現状では看取りを行わず、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。	契約時事業所として出来る事、できない事を示しながら重度化や看取りに関する指針を口頭で説明し、家族に納得いただいている。状態が重度化した場合は、現状では看取りは行わず、体制や設備面等を考慮し、本人や家族と話し合い、主治医の意見を伺いながら本人や家族と話し合い納得できる支援方針である。	契約時に口頭にて重度化や見取りに対する指針について説明されているが、文章に標記、丁寧に説明を行うことを期待したい。
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月には、消防署立ち合いのもと通報、避難訓練、応急担架の作り方、運び方を指導していただく。その際は、近隣の方にも参加を呼び掛けている。3月にも予定している。	消防署立会いの下、年2回避難訓練を実施されている。訓練を行うに際し、近隣住民へ直接伝えに行き訓練の参加を呼びかけるなどの支援体制を作ろうと行動している。地震においても2年に1回程度訓練を実施。緊急時に備え水・食料の備蓄も確保されている。	運営推進会議や消防署等で地域の消防団の情報を収集し日頃から地域の担当部署との連携が図れるようネットワークの構築に期待したい。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	利用者様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、注意し合っている。ミーティング時には理念に基づいて話し合い人格の尊重とプライバシーの確保に努めている。	言葉遣いや実践的なケアの場面の中で職員同士で、「今の言い方はどうかな?」「これってどう?」と気づいたときにその都度話し合いをしている。常に理念のサービスが提供がされているか振り返りが行われ、一人一人の尊厳を重視しプライバシーの保護に努めている。	
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、些細な事でも希望を聞き出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。また、何が食べたいか意見を聞いている。ホームの行事として、回転寿司やカフェに出かけたり、おやつ作りも行事に合わせて一緒にしている。職員と利用者様は、一緒に食事を話しながら楽しくなるようにしている。	季節の食材や利用者と一緒に作った野菜を畑から収穫し調理したり、利用者のできる部分でのお手伝い(おはぎ作り、干し柿の皮むきなどおやつやの盛り付けなど)をしている。また、利用者からの要望に合わせてメニューを変更したり、年に数回ホームの行事として回転寿司やカフェに出かけたりと利用者と一緒に和やかな雰囲気の中食事を楽しみ提供している。	
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。本人様ができない部分は、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、排泄の見守りや付き添いをしている。	水分・排泄表を利用し一人一人の排泄状況を把握し、タイミングを見ながら声掛けを行いトイレにて排泄を実施している。夜間帯はパット等を使用し睡眠を妨げないように努めたり、状態に応じ声掛けや誘導を行っている。	
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	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、順番に入ってもらっている。一人ひとり、ゆっくりリラックスできるように配慮している。入浴剤を使用したり、季節に合わせてゆず風呂をしている。シャンプー、コンディショナー、ボディソープは個々の好みのもを使用している。	毎日午前中入浴できる体制があり、個々の状況に合わせて週に2～3回を基本に入浴する機会を提供している。本人が使い慣れているシャンプーなどを使用したり、入浴剤等を利用し香りや季節に合わせてゆず湯を楽しんだり、ゆっくりリラックスできるよう配慮されている。脱衣室は適度な広さがあり温度調整などに配慮がなされている。	
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。夜の睡眠に影響がで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	服薬情報を個別のファイルに綴じており、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、三重にチェックしている。変更がある場合は、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	近所への散歩、季節ごとの花見、チューリップフェア、紅葉狩り、外食、カフェなどの外出を支援している。本人が希望し、家族様の協力で、外出、外泊されている。	天候に合わせて事業所の周りを散歩し、気分転換や季節の移り変わりを肌で一緒に感じたり、すれ違う近所の方と挨拶を交わしている。管理者が中心となりスタッフからの情報や利用者の希望を取り入れながら年間行事計画を作成し、季節ごとの外出行事(花見、紅葉狩り、外食)を楽しむ機会を提供している。また、家族の協力のもと本人の希望する外泊や外出を楽しく過ごせるよう支援している。	

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
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。ほとんどの方は持っておらず、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	リビング、玄関に季節の花などを飾り、行事をした時の写真を掲示している。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。	玄関を一歩入ると無垢材の床、白い壁と無垢材を利用した壁、広い窓から光が差し込み吹き抜けになっている広々とした共用空間、地熱式暖房を取り入れた優しい温もりの中で生活できるよう配慮がなされている。リビングでは、利用者と職員との談笑する声が響き、穏やかな日常を送っている姿を感じることができる。季節の外出レクの写真や習字、クラフトなどが飾られているが温かさを壊すことのないよう配慮がなされている。	
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	リビング、居室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、問題があればその都度話し合ったり、ミーティング時にも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。	個々の居室も無垢の床材や壁を使用し、温もりを感じさせてくれている。備え付けのベッドやタンス、空調機器などのほか、本人や家族で相談しながら家族の写真やテレビ、椅子等を持ち込み、本人が生活しやすい居心地の良いレイアウトで生活できる環境が提供されている。	
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	利用者様のできる事、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。出来ない事、分か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：令和元 年 3 月 4 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	契約時に口頭で、重度化や看取りに対する指針について説明しているが、文書に標記、丁寧に説明を行う必要がある。	契約書、重要事項説明書に重度化や看取りに対する指針を標記する。	契約書、重要事項説明書に重度化や看取りに対する指針を標記する。	3ヶ月
2	35	運営推進会議や消防署等で地域の消防団の情報を収集し、日頃から地域の担当部署との連携が図れるようネットワークの構築が必要である。	地域の消防団の情報を収集し、何かあった時に連携が図れるようにする。	近隣の消防団員が誰なのか確認し、避難訓練時に参加してもらえるように声がけする。日頃から連携が図れるようにする。	6ヶ月
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、行を挿入して下さい。