

令和 5 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	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6年1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）】

温森の理念である「『温森』で暮らされる皆様を人生の先輩として尊敬と敬意を持って、家族として『温森』での生活のお手伝いをさせていただきます。」に基づいて職員全員が協力して、その人らしく生活できるように話し合い、情報を共有している。一人ひとり持っている力を可能な限り発揮できるように役割や生きがい、楽しみを持って生き生きと暮らせるように支援しています。ボランティアグループを受け入れ、地域の方々との交流をはかり、開放的なホームになるように努めている。

※ 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	
----------	--

【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）】

事業所は閑静な住宅地の一角に位置し、森林や田畑が見渡せる自然豊かな場所に建っている。建物は自然の木をふんだんに使用した造りで『温森』の名前通りぬくもりを感じる。隣には代表者が経営する接骨院があり、利用者も施術を受けることができる。事業所で暮らす利用者、職員はアットホームでお互いが寄り添い過ごすことに拘り日々の生活を送っている。職員は行事や食事を通して季節を味わってもらうことを意識し催し物を企画している。利用者への尊重は忘れず、さりげなくサポートするケアを心掛けている。

【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6年2月20日	評価結果市町村受理日	令和6年3月25日

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、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、戸外に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、その時々々の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
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	理念を玄関と事務所に掲示し、仕事に入る前に読み、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。	理念である「温森で暮らされる皆様を人生の先輩として尊敬と敬意を持って家族として温森での生活のお手伝いをさせていただきます。」を目標に支援に取り組んでいる。職員は就業前後に確認し意識統一を図っている。パンフレットに掲載し外部発信に努めている。	理念について振り返り、話し合う機会を設け、職員それぞれに目標を設定するなど、事業所運営の向上に期待したい。
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	ボランティアの受け入れ(体操・傾聴・学生さん)、床屋さんの訪問してもらい交流をしている。	月に1~2回、地域のボランティアの方を招き体操やマット体操、脳トレを行っている。また、地域在住の学生も傾聴ボランティアとして招いている。地域の方から野菜や花などの差入れをもらい運営に活かしている。	
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	町が主催する町内の5年生に対し、認知症サポーター養成講座の講座補助をし、認知症の人を含む高齢者に対する理解を深めてもらっている。		
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	コロナ禍では、中止していた時期があったが令和5年2月から2か月に1回、運営推進会議を開催している。役場職員、包括支援センター、民生委員、連携薬局、家族の参加を得ている。全家族に案内を出し、欠席者には議事録を渡している。活動内容は、写真を見て頂いている。意見交換などをし、交流の場としている。	2か月に1回、対面にて運営推進会議を開催している。会議では利用者状況やイベント活動報告、事故報告やヒヤリハットなど運営状況を開示し意見を求めている。会議にて意見交換した内容は議事録にまとめ事務所に設置し、職員間のミーティングにて共有している。	
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	運営推進会議に役場職員や包括支援センターの担当者が参加し、活動内容や利用者の様子などを見てもらい、理解をしてもらっている。	市町村委託の地域包括支援センターが主催する地域ケア会議や事例検討会に参加し連携を図っている。また、感染症対策や災害対策について役場に相談し運営に活かしている。空き部屋がある場合には地域包括支援センターに報告し居宅介護支援事業所や病院と連携している。	
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~翌7時頃で、それ以外は施錠していない。3か月に1回の身体拘束適正化委員会、1年に2回の研修会を開催している。職員同士、不適切と思った時はすぐに言い合える環境になっている。	身体拘束防止についてのマニュアルを基に日々の支援を行っている。身体拘束は行わず、ミーティングを通し話し合い、他の支援方法を模索している。不適切ケアについての勉強会を行い、職員がチェックリストで振り返るなど、理解を深め、意識の統一を図っている。	現状に沿った身体的拘束等適正化指針の整備、利用者や家族への説明を含めた実践に期待したい。

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
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	ミーティングや身体拘束適正化委員会時に言動や行動など、どのようなことが虐待にあたるかなど話し合っている。		
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	勉強会や研修の参加で、学ぶ機会を設け、制度の理解を深めていきたい。成年後見制度を活用している利用者は現在いない。		
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、相談し本人と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	家族の訪問時に利用者、家族の意見や要望を聞くように心がけている。来られない家族には、電話にて対応している。また、運営推進会議で何でも言ってもらえる関係を築けるようにしている。	利用者から意見や要望が聞かれた場合には、チームで話し合い実現に繋げている。外出の希望があれば家族に相談し協力を得ている。家族からの意見要望は聞いた職員が日報に記入し、決定した内容は連絡ノートに書き留め、情報を共有している。	
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、職員からの意見や要望を聞き、業務内容の見直しをしている。連絡ノートを使い、提案、要望、気づきなどを書き、共有しサービス向上に努めている。	毎月のミーティングに代表者や管理者が参加し、職員と意見交換を行っている。また、定期的に職員同士の親睦のためランチミーティングを実施している。年1回は代表者とヒアリングする機会を設けており運営に反映させている。	
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を努めている。日々の頑張りが、賞与や昇給に反映する仕組みになっている。		
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のお知らせを事務所に掲示し、参加を促している。研修会の研修費は、法人が負担している。		

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
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	地域ケア会議に参加し、同業者やその他の関係者と交流する機会を設けている。情報交換し、サービス向上に努めている。		
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	入居相談時から、本人との面談や担当ケアマネからの情報を参考に、困りごとや要望、意向等を確認している。本人が安心して生活できるように信頼関係作りに努めている。		
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	入居相談時に家族の不安なことや、要望を聞き、十分に話し合い、信頼関係作りに努めている。		
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	入居前に様々な情報を基に、生活課題を検討している。本人、家族と情報を共有し、課題を見極め、サービスを提供している。		
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	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、近況を報告している。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	面会の制限はしていない。感染対策をしてもらい、入室してもらっている。外出の制限もしていない。家族の付き添いで、外出している。携帯電話やホームの電話で家族や友人との会話を楽しむ方がいる。衣類の衣替え、利用料の明細の受け渡し、介護計画の話し合いなどを行っている。また、毎年足湯、紅葉、花見、チューリップを見に出掛けている。	面会や外出について制限は設けず、家族や友人などと会うことができる。外出では、お墓参りや、自宅へ一時帰宅、受診など入居前の馴染みの場所との関係が途切れないよう配慮している。家族や友人と年賀状や手紙でやりとりする方もおられる。	

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
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。		
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作りを心掛けている。本人・家族から相談があれば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	入居前の暮らしや本人、家族からの聞き取りをアセスメントシートに記入し、職員間で共有している。利用者の思いや希望に対しての支援するために、連絡ノートを使い職員で共有している。毎月のミーティング時にも話し合いをしている。	利用開始前よりアセスメントシートを作成し本人の思い、性格、趣味、特技、生活歴を把握している。利用者に関わる際にはアセスメント情報を基に支援している。発信が苦手な利用者は日ごろから表情や行動をよく観察し個別利用者日報で共有している。	
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	本人、家族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聞き取り、サービスの向上に努めている。		
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	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。利用者それぞれの好みや力量に応じた活動提供を配慮している。		
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	定期的に本人、家族から介護に対する意向を聞いている。家族と話し合ったことは、記録に残している。日々の記録の中から、利用者の様子、声、思いをすくい上げ毎月のミーティング時に話し合いをしている。利用者の変化や、気づきを職員間で共有し、日々の支援の中での意見を取り入れた介護計画を作成している。	普段より利用者、家族、医師と情報交換を行い現状に沿った計画を作成している。個別利用者日報により日々の様子を把握し、ミーティングで話し合ったことをもとに、カンファレンスで検討している。管理者が不在の場合は他職員が記録し共有を図っている。	

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
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、家族の希望や思いに添い、本人の状態において、必要な支援には柔軟に対応している。		
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(傾聴・体操)の方々との交流、床屋さんの訪問をしていただいている。面会に制限はしていない。家族や、親戚、友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。専門的な治療が必要な時は、紹介状を書いてもらい、家族が付き添い受診している。往診、通院の受診結果は、受診記録ファイルに書き職員間で共有している。近くの薬局さんに訪問してもらい、居宅療養管理指導のサービスを利用し、服薬指導や残薬整理、往診時に同行してもらっている。	利用開始時より利用者や家族が希望するかかりつけ医と連携を図っている。眼科や皮膚科などの治療が必要な場合には連携医からの紹介状にて迅速に受診できる体制となっている。連携医は夜間や休日であっても相談可能で柔軟な医療を受けることができる。また、薬剤師とも連携を取っている。	
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、情報を共有し、状況や状態の把握に努めている。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。		
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	重度化や看取りについては、重要事項説明書に記載し、同意を得ている。今の状態の体制や設備面等では、看取りは行っていない。重度化や状態が変化した時は、本人や家族と話し合い、特別養護老人ホームなどの一覧を渡し、事前に申し込みをしていただいている。	利用開始時に重度化や看取りについての方針を伝え理解を得ている。現在は看取り支援は行っていないが、状態が変化し、入浴や食事が難しくなった場合でもチームで話し合い、ケアの統一を図り、できる支援を検討している。	

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
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、マニュアルを作成し、周知を図っている。緊急時は、その場にいる職員が対応し、代表者と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回の避難訓練をしている。9月には、地震からの火災を想定して、通報訓練、避難訓練、消火訓練をした。3月にも避難訓練を予定している。近隣の消防団員に協力をお願いしている。水害、地震等のマニュアル、計画書の見直しを行った。	年2回、消防署立会いのもと火災訓練を実施している。また、災害については地域の消防団員に協力を依頼、回覧板にて地域に発信し協力体制の構築に努めている。水、食料、通信機器、日用品などの備蓄も整備し職員間で共有している。	
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	利用者一人ひとりに尊敬と敬意を持って接するように心がけている。利用者の大事な話は居室で話すようにしている。入浴は、着脱から終了するまで1人の職員が介助しプライバシーの確保に努めている。	月1回のミーティングで利用者との接し方や不適切ケアの防止について意見交換を行っている。対応が気になる際には職員同士で注意し、その場で話し合い改善に努めている。年2回研修会を開催しており意識の統一を図っている。	
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	日常生活のさまざまな場面で、本人の希望や意思決定ができるように支援している。普段の会話の中から思いや要望を聞くようにしている。		
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、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	本人が自己決定できるような声かけをし、可能な限り本人の希望に添えるように支援している。レクリエーション、体操、運動、行事は、本人に確認し参加してもらっている。		
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。入浴時には、好みの服を選んでもらい準備している。化粧のしたい方には、家族に用意してもらっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご近所さんからいただいた野菜、ホームの裏の畑で作った野菜を使い季節を感じる地元食材を献立に取り入れている。利用者からの要望を聞いて、メニューを決めることもある。職員は、利用者と一緒に食事をし、話しをしながら食べている。できる方には、食後の食器拭きをしていただいている。行事食、外食は喜んでもらっている。	食事は職員が手作りし家庭的な雰囲気を意識している。そば打ち、回転寿司、恵方巻など季節感を取り入れている。利用者の摂取状況に合わせキザミ食、一口大、ミキサー食など形態を配慮している。	

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
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	毎日、栄養バランスの取れた献立にしている。各自の食事、水分摂取量を記録している。また、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	毎食後の口腔ケアを徹底している。口腔衛生が保てるように支援している。介助が必要な方には、付き添い、声がけ、適宜必要な介助をしている。		
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、一人ひとりの排泄パターンを把握している。個々の状態やタイミングをみて、声がけや誘導を行っている。日中は、トイレでの排泄を促し、職員が付き添い、見守りや介助している。夜間は、オムツを使用している方がおり、一人ひとりに合った支援を行っている。	水分排泄チェック表にて排泄状況を把握しチームで共有している。排泄時は自立支援を意識し、ズボンの上げ下げやパッドの交換など可能な範囲で利用者に行ってもらっている。トイレの位置を分かりやすくするため、案内紙を貼るなど配慮している。	
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	その都度トイレの付き添い、見守り、介助し、記録をし排便の確認している。運動、体操、廊下歩行などで体を動かし、適宜の水分補給を勧めている。毎朝の牛乳、ヨーグルトで便秘の予防をしている。それでも出ない場合は、医師、薬剤師に相談し、薬の調整を行っている。		
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	毎日の午前中を入浴の時間にしている。週2~3回を順番で入ってもらっている。一人でゆっくり入れるように配慮している。好みのシャンプーやボディソープを用意してもらっている。季節に合わせて、ゆず湯にしたり、入浴剤を使用し、入浴を楽しんでもらっている。	脱衣室や浴室が広く車椅子や歩行器使用でも安全に移動ができる。シャンプー、ボディソープ、洗身タオルは利用者の好みの物を使用している。意向、体調、身体状況に考慮し柔軟な対応が可能である。	
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り、気持ちよく眠れるように支援している。		
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	服薬情報は、職員が常に確認できるように、個別のファイルに綴じている。薬は、管理者が薬箱にセットし、他の職員が間違いないか確認している。服薬ミスがないように、二重三重にチェックしている。薬に変更がある時は、受診記録、連絡ノート、申し送り周知徹底をしている。		

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
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	個々の能力に合わせて、食器拭きや洗濯たたみ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やレクリエーション等をしている。		
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	季節に合わせて散歩、外食、外出などを行っている。今年度は、花見、フラワーロードツアー、紅葉狩り、回転寿司での外食をした。家族、友人との外出をされる方もおられた。	普段より体調や天候に合わせ事業所前での外気浴や周囲を散歩する機会を設けている。また、宇奈月や黒部に出かけ、神社でお参りや足湯を楽しむこともある。事業所の畑で職員が野菜を栽培しており、成長を楽しんでいる。	
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	紛失やトラブルの心配があり、基本的には持っていない。自己管理ができ、もし紛失したとしても施設は責任が取れない事を承諾してくれる場合のみ、所持してもらっている。		
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	希望があれば対応している。電話は、時間を配慮してもらいかけてもらっている。		
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	リビングの廊下に、季節に合わせて制作したものを飾っている。また、季節に合わせた花をリビングや玄関に飾っている。過ごしやすい温度、湿度になるように気を付けている。各部屋や共有スペースの掃除を徹底している。	共有空間は広く十分なスペースがあり車椅子や歩行器でもスムーズに移動できる。大きな窓からは外の光が差し込み明るい雰囲気となっている。空調も管理され、過ごしやすい。また、自然の木が使われており暖かい環境となっている。	
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	リビング、居室は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。		

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
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	自宅と変わらない生活をしていただくために、使い慣れたもの、好みの物を持ってきていただいている。本人の望む空間となるように、家族と考えている。希望により、模様替え、衣替え、洋服などの整理整頓を一緒にしている。	居室はベッド、エアコン、タンスが完備。利用者の使い慣れた家具や電化製品を持ちこみ居心地よく過ごすことができる。また、十分な広さがあり車椅子や歩行器でスムーズに出入りできる。壁には家族写真や作品などを飾り安心でき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	利用者のできること、分かることを把握して、安心して生活できるように支援している。できないこと、分からないことは職員がさりげなくフォローするように心がけている。本人が、自分でできた喜びを感じられるように支援している。		

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 6 年 3 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	身体的拘束防止のマニュアルはあるが、現状に沿った身体的拘束等適正化指針の整備をしていない。	現状に沿った身体的拘束等適正化指針の整備をする。	<ul style="list-style-type: none"> 誰が見ても分かりやすい身体的拘束等適正化指針の整備をする。 運営推進会議にて、身体的拘束等適正化について説明し理解を得られるようにする。 	6ヶ月
2	1	理念について振り返りや話し合うことをしていない。	理念について振り返り、話し合う機会を設け、職員それぞれの目標を設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ミーティングで理念について振り返りや話し合いをする。 職員一人ひとりの目標を設定する。 	12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、行を挿入してください。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()