

令和 6 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6年9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）】

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。パリテーションの考え方を第一に支援にとりいれています。毎月、内部の行事や外出（外出など）を行なって、楽しみある生活を送れるようにしています。当ホームはログハウス型であるとともに、いつでも外に出れるようなベランダに改装しています。

※ 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	
----------	--

【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）】

法人(理事長)の理念、思いが職員に研修や勉強会を通して理解され、温かく、リラックスした様子が感じられる。事業所では職員が生きがい・節約・感染対策委員会の3つの委員会をそれぞれ自主的に運営し、計画、準備を行い実践している。看護師の常勤、24時間オンコール対応で疾病の早期発見、処置の指示を受け、職員が安心して対応し利用者の健康管理を行っている。外国人技能実習生は理事長自ら面接にて受け入れ、短期間にもかかわらず打ち解け対応している。玄関の施錠は夜間のみで散歩やドライブによく出かけ開放感がある。また、ログハウスの建物は地域において印象的である。

【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10月15日	評価結果市町村受理日	令和7年1月28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	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確認している。認知症介護実践者研修の自職場課題実践や不適切なケア研修会、認知症研修会(内部)時にも確認している。	理念「人と人との優しいつながり」は玄関、事務所、相談室等の目に付くところに貼り、また、毎週のカンファレンスや研修時に確認している。事業所は「職員同志、利用者、地域とのつながりを大切にすること」を共有の思いで実践している。	
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)に参加したり、町内会の総会に出席している。近隣から、ゆずやもち米をもらい、季節行事に取り入れている。	地域の自治会に加入し、行事、祭礼や清掃活動に参加している。毎年「もち米」をいただき、小学校から臼、杵を借りて12月に餅つきを行っている。にいかわ総合支援学校の校外学習15歳の挑戦で2人の学生を受け入れている。理事長は「認知症サポート養成研修」や「バリデーションセミナー」で講師として地域貢献活動を行っている。	
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	隣町(入善町)からの依頼で、地域住民、小学生に対して『認知症サポーター養成研修』等の講師を行なっている。令和6年8月10日に地域住民、家族介護者、介護職を対象にバリデーションセミナーを開催した。		
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	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。地域代表の選出にむけて参考意見を聞くことができた。	運営推進会議は2か月毎に対面で行い、参加者は市福祉課職員、民生委員、老人会長、家族代表で開催している。10月より自治会長の参加予定もある。事業所の運営状況を報告し、地域の情報、意見交換を行っている。	参加者の家族代表は決まっており、他の家族には利用者の様子をメッセージアプリで提供していると同様に運営推進会議の案内や議事録、情報提供を行い、意見を聞く機会ができるよう期待したい。
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	運営推進会議には、黒部市福祉課の職員が参加し上記の内容を一緒に討議している。バリデーション研修会を開催する際には、黒部市に後援団体となってもらうために尽力してもらった。	「バリデーション研修会」開催の後援団体の依頼や「認知症サポーター養成研修」の講師の協力を行っている。介護支援サービス相談員の訪問を依頼している。	
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	不適切なケアの研修会にはほとんどの職員が参加しており、禁止対象の行為は理解されている。また虐待行為を掲示し、それを行わないことを意識づけている。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。	3か月ごとに委員会を開催し、虐待行為について掲示し確認できるようにしている。職員は研修会や勉強会に全員参加し、不適切なケア(指示、否定しない)をなくす支援に取り組んでいる。玄関は夜間以外は施錠をせず、開放している。	

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
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	令和6年2月に外部講師を招き、不適切なケアについて勉強会を行なった。不適切なケアも虐待であるということ意識してもらえたと思う。今年度から認知症研修会も開き、その都度、虐待に関して話しあっている。		
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	これまでは権利擁護に関する制度を必要とするさしめた利用者が当ホームにいなかったため、学ぶ機会は設けていなかった。しかし、今後、定期的な認知症研修会時に学ぶ機会を持つようにする。		
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。家族会を作り、意見を聞く機会としたいと思っている。(8月、開催を予定していたが、新型コロナウイルス流行のため延期した。)	家族にはメッセージアプリを通して利用者の様子や情報を提供している。また、面会時に意見を聞くようにしている。コロナ禍でできなくなった家族会を再開し、交流や意見を聞く機会を計画している。	
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カンファレンス・ミーティングに意見を聞いている。年に1回個人面接を行ない、管理者が意見を聞いている。	管理者には何でも話し易く、申し送り、カンファレンス時に意見を聞く機会があり、職員の意見を常に吸い上げ、理事長、事務長との幹部会で検討している。外壁の塗装の塗り替えやテラスの床、手すりの修繕を行い、また、トイレの床面の汚れや職員休憩室の畳の改修予定等、利用者、職員が快適に過ごせる環境作りに努めている。	
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・事務長・管理者で各人の実績・勤務態度を共有している。全ての時間外勤務に対しては超過勤務手当を与えている。行事参加の機会を多くして職員も楽しむという雰囲気づくりに努めている。		
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。毎年、認知症介護実践者研修にも参加してもらっている。初任者には認知症基礎研修や初任者研修にも参加でき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
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	認知症介護実践者研修を受講し同業者と交流を図ってもらうようにしている。また、富山県グループホーム協議会の研修に参加してもらう予定である。		
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	本人はまだホームでの生活に慣れないため、折につけ話しかけて、不安・要望を聞いている。特に、他者との間に入って、交流でき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	入居前にケアマネや管理者が家族とも面接し、不安・要望を聞いている。事前に、ホームの見学をしてもらい、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	本人や家族に一番困っている事は何かを聞くと共に、当事業所でできることを説明している。まず、本人のBPSDは必ず確認している。又、必要であれば訪問診療の支援も可能であると伝えている。		
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	食事盛付け、配膳、食器拭き洗濯物干し・取入れ・たたむ、野菜育成等、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	面会や電話の時、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、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、玄関先で実施している。又、施設での生活や行事の写真を時々送付している。盆・正月・法事等、一時帰省も容認している。	家族の面会は感染予防のため、制限はあるが、玄関内に椅子を置き対面で行っている。利用者の様子はメッセージアプリで情報を提供し、買い物や散歩で近隣の方との出合いやドライブで自宅近くに出かける等、馴染みの関係を継続でき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
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食事座席やレクリエーションの位置関係を考慮している。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。		
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、医療連携室とともに、相談や支援に努めている。退所決定する前から入院中の状況も確認している。		
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	入所前に本人、家族と面談し、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。住環境や動線、暮らしぶりを実際に見て把握に努め、生活習慣などを確認している。	入居時に管理者、理事長(介護計画作成者)が利用者の生活習慣や、してほしいことを事前に家族にも確認している。日頃はまず信頼関係を築き利用者の思いを確認し、実践できるよう努めている。	
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	入所前に本人の生活歴(生誕地や学校、職業友人関係等)を聞いたり、趣味生きがいの把握に努めている。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	各人の過ごし方を日々観察し支援記録用紙に記述している。健康状態は毎日、看護師が健康チェックしている。申し送り時、食事、排泄、言動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	朝夕の申し送り時やカンファレンスにて、各人の健康状態や認知症、言動について共有している。家族には随時、電話等で伝達し、相談しながら介護計画を作成している。	月1回のカンファレンスで職員全員、看護師で利用者一人ひとりについて話し合っている。介護計画作成者は介護支援記録等でモニタリング、アセスメントを行い、利用者、家族の意見を確認し、かかりつけ医の診療時の意見を参考に適切な支援ができるよう介護計画を作成している。	
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	各人の様子やケア内容を毎日、個別に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の『連絡帳』に書きだし、スタッフ間で共有しながら検討している。		

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
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	各人に応じたニーズを生活歴や日頃の会話から拾い上げて日常生活を工夫したり行事を企画している。(緊急搬送や買物にスタッフ同行する。)		
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	地区行事(奉仕活動・町内会総会等)に職員が参加して当ホームとの顔なじみの関係作りに努めている。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い、当ホームの活動状況を伝えている。		
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	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(内科)の往診を受けている方が多い(8人)。他科への受診が必要になった場合は家族に受診協力してもらっている。	契約時にはかかりつけ医について確認を行い、継続を希望される方は近況情報を渡し家族の協力にて受診している。協力医の訪問診療は看護師が状況をまとめ提供し、また、協力薬局の薬剤師も一緒に訪問して情報を共有し連携を図っている。看護師により疾病の早期発見や処置に対し適切なアドバイスを受け対応している。	
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	毎朝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を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。(看護師は地元の総合病院と関係が深い)		
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	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(入浴は特設設備がない事など)。重度化した場合は家族と話し合い、ご本人にとって最適な居場所を選択するための検討を行なっている。	契約時の重要事項説明書で重度化や終末期について記載し、説明を行っている。利用者が立位や歩行が困難になった場合、適切な支援で過ごせるよう家族と相談し、対応を検討するが、次の生活拠点が見込めない時は申し込みにより、事業所で最期まで支援できるよう取り組んでいる。	
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	昨年度から応急手当等の訓練を実施していなかったため今年度、消防署に依頼してその訓練を実施する予定である。		

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
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	消防署の協力の元、避難訓練を実施している。災害時の緊急連絡網、災害時マニュアルは作成している。地震、津波、洪水に関連した避難訓練は実施していない。	消防署の立ち合いで年2回、火災避難訓練を実施している。実施後、担当した職員の感想をまとめ次の訓練に活かしている。BCP(業務継続計画)の作成、ハザードマップの確認は行っている。元日の能登半島地震では津波警報が出たため事業所の2階への垂直移動を実践した。家族へは安否の報告も行っている。備蓄品は法人(他事業所)で確保している。	BCP(業務継続計画)の事業所内での保管や、令和6年能登半島地震時の避難の課題もあり、地域の方の協力体制、備蓄品の保管等、BCPを基に職員の行動計画(マニュアル)を作成し、職員が共有できるよう期待したい。
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	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「食べてない。」と言われるけれど、17:30にカレー食べたと何回も説明したよとは言わない。)	法人のバリエーションの考え方は研修や勉強会で職員は理解し、利用者の人格を尊重し、声掛けは自己決定ができるよう支援に努めている。	
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	日常生活の中で、好きな飲食物・衣類・作業等を聴き、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。(食事準備をしたい、レクが嫌いなど)		
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	例えば入浴の際、個性を生かし、おしゃれができるように洋服の準備をしている。衣替えの希望があれば家族に協力してもらい、季節の変わり目に自宅へ帰ったり、家族に持ってきてもらったりしている。		
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	配膳・盛り付け・片付け等を数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、スタッフは、テーブルを囲んで一緒に食事が出来る様になっている。	食事はご飯、みそ汁は事業所で作り、おかずは業者のクックチルド(温める物)を利用している。また、月1回程度セレクトメニューとして利用者の希望を聞き、材料を買い、手作り(海苔巻き、どんどん焼き、おはぎ等)で提供している。利用者は盛り付け、配膳、茶わん拭きや材料の刻みなどを手伝う。食事中は音楽を流し、職員と一緒に食事やおやつを楽しんでいる。	

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	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	口腔内の清潔は、個々の能力に合わせて、歯磨き等の声掛け、見守り介助を行なっている。義歯洗浄剤を使用し義歯の清掃・保管をしている。毎日、口腔体操を実施している。		
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	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。	自立で排泄される方が多く、夜間はポータブルトイレを使用の方もいるが、トイレでの排泄を支援している。トイレに行かれるときの排泄状況の確認やパット等の交換は、プライバシーに配慮しながら行っている。	
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	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。水分摂取で乳酸菌飲料やオリゴ糖、寒天を摂取してもらっている。必要に応じて緩下剤で調節している。		
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	無理強いしない入浴支援をしている。男性職員が苦手な人へも配慮している。しょうぶ湯、ゆず湯を実施したり、併設のデイサービスに行く機会を作ったりしている。	浴室は個浴で週2回午前中に入浴している。行事や利用者の状態を変更することもできる。シャワーチェア浴も対応している。年1回、紅葉時期に全員でドライブで宇奈月温泉の風呂に入り昼食を取る日があり、利用者は楽しみにしている。	
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	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。21:00までテレビを見ている人もいる。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。		
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	どんな薬か？と聞かれる人がいるので、その都度説明している。服薬時は飲み込むまで確認している。		

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	毎日の生活に役割を取り入れている(食事の準備や片付け、タオルたたみなど)。歌やゲーム・散歩・テレビ鑑賞を楽しんだり、利用者と職員が一緒に過ごす時間を持ったりする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	毎月外出を楽しめるような計画を立てている。外食を楽しんだり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。晴れた日は近隣を散歩して近隣の人と会話を楽しんでいる。	外出、ドライブで季節ごとの花見や、くろべ牧場、宇奈月に出かけている。また、寿司、スイーツの外食など外出する機会を年間で計画している。近隣の買い物や海岸までの散歩に出かけ近所の方と挨拶を交わしたり、切り花をいただくことがある。	
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	買い物に同行した時、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	電話のやりとりが可能な人は携帯電話を持ち込まれ自由に電話している。家屋に電話したい人には、直ぐにかけるようにしている。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、木のぬくもりを感じられるようにしてある。(薪ストーブの使用・ベランダも改造中)音楽を流したり、季節感を感じられるホーム内の装飾等に工夫している。	ログハウスで木の香り、ぬくもりを感じられる。吹き抜けの上窓やテラスがある長窓からの採光で明るく開放感がある。キッチンが中央にあり、玄関近くに長いソファや、TVの前にテーブル、ソファがあり、お気に入りの場所でそれぞれゆっくり過ごし会話ができるよう工夫している。	
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。食事席・ソファ1・ソファ2を配置し、好きな場所に座れるように配置して談話しやすい環境を作っている。		

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
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	使い慣れた家具や家族の写真など馴染みの物を持ち込むように働きかけている。	居室にはベッドが配置され、整理棚やハンガーが持ち込まれている。利用者の身体状況に応じレイアウトし動線を確保している。家族の写真や作品を飾り居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	居室には表札をつけたり、トイレや脱衣場、浴室などを表示し、わかりやすくなるように工夫している。トイレがわからなくなる人には、トイレに近い部屋にしている。		

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 6年 12月 15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	4	運営推進会議の参加家族は同一家族であり、その時の議事録は他の家族に知らせていないことがほとんどである	利用者の家族が当ホームの運営、サービス実施状況を把握することで、面会だけでなく広範な関わりを継続する。	運営推進会議の家族参加者を固定せず、持ち回りにする。 運営推進会議の案内や議事録、情報提供を行い、意見を聞く機会ができるようにする。	3ヶ月
2	35	災害時における、食料等の備蓄品が関連事業所にしか置いていない。	緊急時(援助未実施時)、飲食物や医療品等が即時に使用できるようにする	災害時の備蓄品を当ホームに準備する。 (飲食物、衣料品、ヘルメット、懐中電灯、緊急放送受信ラジオなど・・・)	3ヶ月
3	34	生活時における生命維持に困難が生じた時の対応方法が周知されていない。	スタッフ全員が生命維持に対する緊急対応方法を身に着ける	緊急時の対応を消防署に依頼する。(AED使用方法、人工呼吸、心臓マッサージなど)	6ヶ月
4					
5					

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()