

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	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213-1
自己評価作成日	令和7年2月13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）】

田舎ならではの環境、田園に囲まれたのどかな場所です。西に医王山、南に袴腰山と東にも山々があり、春夏秋冬を確かに感じられる、自然豊かな環境で生活していただける施設です。毎月、手書きでのこもれび便りを発行し、家族様にも送り、地域の回覧板で施設の状況をお伝えしています。
--

※ 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）】

事業所は山々に囲まれ敷地の周りに田畑が広がり、自然環境が良く、ゆったりした時間が流れている。また、事業所の代表や管理者は親しみのある家族的な雰囲気、職員は気楽になんでも話せる関係にあり、開設時から勤務している職員が数名いる。毎月、避難訓練を行い、利用者や職員は「火事だ」と声をかければすぐ避難移動ができる体制になっている。事業所理念を毎月のカンファレンス時に復唱し、また「基本理念」「職員の勤務方針」についても掲示し、全員で把握している。毎月の「こもれび便り」は職員が手書きで事業所の様子を書き、家族や地域の回覧として配布、利用者を中心に家族、職員、地域との繋がりを大切にケアの実践に努めている。
--

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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、活き活きと働けている。 (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 過ごしている。 (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	事業所の理念があり、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、年度目標を決め、各自自己評価している。	理念は玄関、事務所に掲げ、入社時に説明し、配布している。カンファレンス時に復唱し、毎月、理念の5項目の内、特に1項目を重点視して実践し、自己評価を行い、結果を共有している。また、理念に基づいて話し合いを行い毎年、目標を掲げ取り組んでいる(令和6年度は「報告・連絡・相談」)。		
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	現在は、コロナ感染やインフルエンザ感染のリスクがあり、地域の方々との直接なつながりはなく、ただ、月一回発行している、こまればいりで情報を発信しているだけです。	事業所内で新型コロナウイルス感染症が昨年末に発生し、地域との交流を控えているが、毎月の「こまればいり」(職員が手書きで事業所の様子を描いている)を地域に回覧している。また、毎年麦やおどりを踊るボランティアの定期的な来所や、高校生の介護実習生を受け入れている。今年の大雪で地域の方の除雪援助をしたり、代表者宅への野菜の差し入れや介護の相談を受けるなど、地域との関わりがある。		
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、こまればいりを地域の回覧板で見てもらっている。			
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	2ヶ月に1度開催し、家族代表や、区長、民生委員、市の担当者、家族様にも参加の有無を聞き、施設の状況や取り組みなど報告し、話し合いをしている。	2か月毎に対面で開催し、家族や地域の区長、民生委員、市の担当課または地域包括支援センターの担当職員が出席し、事業所の状況報告を行い、情報や意見交換を行っている。民生委員よりパネルシアターの上映の情報があり、検討している。参加者、家族には事前に案内し、議事録を毎回郵送し、玄関ホールでも閲覧できるようにしている。		
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に取り組んでいる	市の担当者とは、電話やメールなどし、日ごろから何かと話をしている。	市には不安な事や不明点等、何でも相談や質問をしている。直近では、事業所内で初めて感染者が発生した新型コロナウイルス感染症対策や方法について相談している。地域包括支援センターには入退居の情報や、市からメールでアンケートや研修の案内があり、参加している。		
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	3か月に1度は、身体拘束の話をし、拘束をしない為の話し合いをしている。また、玄関付近には人感センサーで音が鳴るようにしている。	3か月毎にカンファレンス時にテーマを決め、研修や具体的な行為について話し合いの機会を持ち、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者、家族には、契約時に「身体拘束等適正化のための指針」を基に説明を行っている。		

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
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	高齢者虐待防止についての話し合いをし、施設内での職員や利用者同士での暴言や暴力をしないよう注意をする。		
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	成年後見人制度を利用しようとしている利用者がいるが、職員や管理者もよくわかっていないので、勉強する機会をつくる。		
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	契約時には解りやすく話をしているが、理解しにくい箇所や解らないことは、支払い時や電話での理解を・納得を図っている。		
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	玄関に意見箱があるが、もし意見や要望があれば、速やかに電話や来所してもらい意見を聞き、その内容を職員連絡帳並びにグループチャットで把握をしてもらう。	家族には請求書の支払いを事業所でお願いしており、月1回は利用者との面会や話ができる機会を設けている。その時間かれた意見や要望は連絡ノートに記入し、申し送り時や職員が確認できるようにしている。また、緊急事は通信アプリで職員に連絡を行っている。	
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	常日頃から、意見や改善要望など、言いやすい環境で、直ぐに実行できる内容なら取り合えずやってみる。	事業所代表や管理者はケアに携わり、職員と話しやすい環境にある。年に2・3回食事会を行い、職員との親睦に努めている。また、個人的に相談や話を聞く機会を設けている。職員からトイレに暖房(ヒーター)設置の要望があり、設置している。	
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	年2回の賞与や、決算賞与(一時金)の支給を勤務実績、会社の貢献度、また、イベントなどを担当制にしたり、職員に担当利用者を決め責任を持ってもらう。		
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や、知識の差はあるが、メッセージアプリや動画共有サイトを使い、個々で空き時間や自宅でのスキルアップを進めている。		

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
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	同業事業所とは、中々つながりはないが、年1回、地元の麦や祭りがあり、施設内駐車場で地元有志会が踊る際、近くの施設から見学に来る程度。		
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	家族の方に、利用者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できるようにしている。事前情報に基づき、経過観察を経て、どのように接していくか事前に担当者を決め対応している。		
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、どのような状況でどんなことに困っているかなど聞き、施設ではどのような対応をするかなど、入所後も家族が安心できる環境を作っている。		
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、時には、グループホーム以外の施設の説明もし、家族が選択できるよう支援する。		
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	職員も、ただ介護の仕事だと思うのではなく、利用者が自宅にいるような環境をつくり、共に生活する家族のような関係を築いていく。		
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	本来なら、毎月と言わず、いつでも面会に来てほしいが、なかなか感染病などの影響で、面会や外出、また外泊など出来ないが、またできるような環境になれば、家族の協力のもと絆を築いてほしい。		
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	本来なら、面会や外出、外泊でもし入居前の馴染みの店や友達との関係を築いてほしいが、今のご時世、なかなか面会もままならない状況なので難しい。	家族との面会は、新型コロナウイルス感染症の発生で2月までは中止にしていた。3月以降は玄関ホールで行っている。また、家族との受診時の帰りに自宅に寄ることや、美容院に行ったり、事業所からドライブに出かけたとき、自宅付近を走ったりすることもある。毎月の「こもれば便利」の発送や年賀状を出し、馴染みの関係の継続に努めている。	

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
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	利用者個人の性格を理解、把握し、無駄なトラブルが起きないようにし、円滑な共同生活を送れるよう支援に努める。		
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	他の施設に入所となっても、施設側からの問い合わせや、家族からの問い合わせに対しても情報提供し、必要に応じて支援や相談に応じる。		
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	利用者1人1人に担当者を決め、利用者の希望や要望にできるだけ対応しようとはするが、他の利用者とのバランスも考えて検討している。	思いや意向は利用者との日頃の会話から把握し、難しい方はしぐさや表情、様子からくみ取り、タブレットで記録し、申し送り時に共有している。また、利用者の要望に偏りがないようにカンファレンスで話し合い、支援に努めている。	
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	入所時に家族に生活履歴や習慣などをお聞きし、なるべく出来ること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か月に一度、ケアプランの見直しをして、今まで出来たことや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1人1人に担当者がおり、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。	介護計画書は毎月のカンファレンスで話し合い、モニタリングを行っている。6か月毎に担当者会議を開催し、利用者、家族、かかりつけ医の診療結果や訪問看護、担当職員の意見を確認して介護計画の更新、作成を行っている。状態変化がある場合は短期間で見直しを行っている。	
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	ケア記録アプリを使用し、毎日の食事量や水分量、排泄など常に記録し、申し送り等で情報を共有している。		

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	柔軟な支援やサービスを取り組みたいが、感染対策や今の現状では、なかなかニーズに対応しきれない。		
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	二か月に一度、近くの理容院の方に来ていただき、利用者の髪の毛を切ってもらっている、その際の料金も一人1500円と格安の料金にして頂いている。		
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	入所時に、かかりつけ医を聞き、ホーム医と変更するかの意志を聞き、変更する場合は、紹介状を書いてもらい、スムーズに適切な医療を受けられるよう支援している。	入居時にかかりつけ医について確認を行い、協力医の訪問診療への変更や、かかりつけ医を継続される方は家族の協力で受診を行っている。協力医の訪問診療時に全員の診察や、緊急時には24時間の相談、専門医の紹介状の対応がある。他科の受診は、初回は職員が同行し、家族での受診時は状態の案内状を渡している。受診結果はかかりつけ医や家族から口答で聞き、職員が受診結果報告書に記録している。また、週2回の訪問看護にて、日常の健康管理を行っている。	
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	週に2回、訪問看護に来ていただき、利用者全員のバイタル測定、爪切りなど利用者の健康状態を見てもらい、異常があれば、ホーム医または、かかりつけ医に対応してもらう。		
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。	ホーム医に紹介状を書いてもらい、迅速に利用者の入院や診察などを出来るように対応している。また、入院時にも病院と連絡を取り合い、治療の過程などの情報を聞き、今後の方針を話し合いをしている。		
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	重度化や終末期ですが、当施設は看取りをしない施設ですが、家族等とスタッフで話し合いをし、どこまで介護と介助が出来るのか、ホーム医と連携し、できる限りの支援をする。	契約時に利用者、家族には看取りは行っていないことを説明し、重度化した場合は医師と相談、話し合い、事業所でできる範囲で対応すること、また、緊急時には救急搬送することを伝えている。	看取りは行っていないが重度化した場合における、事業所としての支援方針と対応について具体的に明記し、利用者家族と共有し取組まれることに期待したい。
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	急変や事故等の発生時に備えて、カンファレンスなどで話し合いをし、ホーム医との連絡や、救急隊への渡す書類などの確認を行っている。		

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
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	土地柄、水害や土砂災害はないが、月1回は必ず地震想定や火災想定での避難訓練を行っている。そのうち2回は消防に届を出し、1回は消防職員立ち合いで行っている。	BCP(業務継続計画)を作成し、災害時の避難場所の確認を行っている。事業所では毎月1回、避難訓練を行い、玄関ホールまでの移動を行っている。利用者の居室前に「避難時独歩」の木札と「避難済」の張り紙を用いて工夫し、利用者、職員と共に実践している。また、運営推進会議で「地域住民の避難場所ができる」と話している。水、食料、防災グッズの備蓄を整えている。	
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	虐待の芽チェックリストで個人、他の職員をチェックしているが、今回行ったチェックでプライバシーを侵害している職員が居ることが分かり、カンファレンスで話をし再発防止に努める。	毎年、「虐待の芽チェックリスト」で職員一人ひとりが自身の振り返りや他者の行為の確認等、無記名でアンケートBOXに投稿し、カンファレンス時に集計結果や利用者のプライバシー、尊厳について話している。日頃の声掛けなどで馴れ合いや不適切な言葉について、管理者は注意を行っている。	総合的な研修(身体拘束、虐待・尊厳、プライバシー等)について年間を通して計画を立て、職員全員で共有できるようにし、ケアのスキルアップに取り組むことを期待したい。
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	利用者の希望などを聞き、自己決定できる様な働きかけをしているが、自己決定出来ない方には、意志を読み取る様支援している。		
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	利用者によっては、自室にテレビがあり、ケアルームでなく自分の部屋でみたり、ケアルームでみたりとその人のペースに合わせ、なるべく希望にそった支援をしている。		
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	自室に洗面台があり、ブラシも置いてあるので、毎朝、昼寝後など髪を整えたりしているし、男性は毎朝、自分の髭剃りを使い自分で剃ってもらう。		
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	一緒に食事作り出来る方はいないが、もやしのひげ取りをしてもらったり、自分のテーブル前を布巾で拭いてもらったり、おぼん拭きもしてもらっている。	朝、夕と日曜日は業者から材料を配達していただき手づくりしている。昼食は業者のおかずを温めて提供しているが、月の行事やお楽しみ会で利用者から希望を聞き(弁当やウナギ、寿司等)テイクアウトを行ったり、頂いた野菜等で季節料理を提供している。利用者はもやしのひげ取りや茶碗拭き、テーブル拭き等出来ることを手伝っている。また、一緒にできるおやつ作りや地元の干し柿を楽しむにされている。	

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	食材は、業者からの配達で、献立やカロリー計算、栄養のバランスに配慮されたメニューになっている。食事量や水分量は毎日毎回チェックし、一人ひとりの状態を把握しているし、体調が悪い方には、お粥にしたり、きざみ食にしたりして対応している。		
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	毎食必ず歯磨きやうがい、義歯の方には外してもらって洗い、夜には必ず入れ歯洗浄剤で洗浄し、衛生面に配慮し、一人ひとりに応じた口腔ケアをしている。		
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	利用者により排泄パターンが違い、排泄記録で毎回確認し、タイミングをみて排泄を促したり、出きただけ失敗を減らすよう自立にむけた支援をしている。	排泄自立している方もおられるが、紙パンツやパットを使用されているため、職員が見守り支援している。壁に張り紙があり、自立できるように工夫している。夜間は尿量に合わせ、パットを変更しつつトイレでの排泄を促している。居室内のポータブルトイレを使用している方が1名いる。	
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	排泄記録で確認し、数日排便していない方には、水分量を増やしたり、医師と相談して服薬を使用したり、個々に応じた対応をしている。		
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	基本的には週2回の入浴で、月木と火金で分かれている。なかなか利用者のタイミングに合わせるといことは出来ないが、入浴剤などで香りや色を楽しんでもらっている。	浴室は個浴で午後に入浴している。利用者の状態や気分に合わせて、変更することもあるが、週2回の入浴は職員との会話や昔話をしながら過ごす時間で、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	夜の就寝時や、昼寝、途中の休息にしても、その時に安心して寝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	調剤薬の説明書をファイリングし、職員が各自確認できるようにし、服薬時には、必ず本人確認し、誤薬や飲み忘れのないように確認に努めている。		

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
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、好き嫌いがあり、洗濯物干しや洗濯物たたみが好きなひとに手伝ってもらったり、風景画が好きな人には窓から見える風景を描いてもらったり、各々の出来る事を楽しみとして支援している。		
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	今の状況では、本人の希望の場所などにはなかなか行けないし、面会も時期によっては出来ない事もあります。ただ、かかりつけ医など通院時で、自宅によったり、ちょっとしたドライブなど家族さんに協力してもらっています。	年間の行事計画を立て、季節ごとの花見ドライブに行っている。また、敷地内の散歩やベランダでの日光浴を行なっている。庭で花壇作りや柿の木があり、秋には柿を収穫している。	
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	入居時に本人の財布と、少額のお金をお預かりし施設で管理している。一時期は月一回の移動パン販売時には、好きなパンを選んで、自分でお金を渡してもらう様にしていたが、コロナの影響で販売をしなくなり自分で支払うということが出来なくなり現状では難しい状態です。		
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	なかなか自分から電話したり、手紙を書く方はいないが、家族からの手紙や、電話をかわって話をするなどは積極的にしている。		
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	掃除は必ず毎日行い、トイレも必ず決まった時間に掃除をし、よごれたらその都度除菌での掃除をしているし、冬の時期はトイレに入ると温風ヒーターで温かくなるようにしている。	共用空間はキッチンの境界が低く、フロアーが広く感じられる。食事のテーブルは気の合う利用者同士の配置を考え、ソファはゆったりくつろげるように置かれている。壁には利用者の笑顔の写真が沢山貼られ、玄関フロアも広く、利用者の作品(水彩画、習字)を飾っている。2か所のトイレには小型の温風機を置き、事業所内の温度や換気、掃除を行い居心地のよい生活環境に配慮している。	
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	テーブルやソファなど各自の居るスペースが決まっており、隣の人としやべったり思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。		

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
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	入居時には今まで使っていた布団やちょっとしたタンスなど持って来られる場合もあるし、テレビなどもあったり本人が居心地のいいと思うように工夫している。	利用者の居室の入り口には一人ひとり違うのれんが掲げられている。居室内はクローゼット、洗面台、ベッドが設置され、使い慣れた布団を使用し、ベッドは利用者の動線に合わせ配置している。また、自宅からテレビや机、椅子、整理ケースを持ち込み、家族の写真や趣味の道具など、それぞれの個性に合わせた居室づくりになっている。	
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	廊下やトイレ、居室に浴室にも手すりがあり、廊下や居室入り口にも段差がなく安全に歩けるようになっている。		

2 目標達成計画

グループホームこもれび

作成日： 令和 7年 4月 1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	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援ですが、当施設は看取りをしない施設だと入居時に家族には説明していますが、事業所としての支援方針を具体的に明記していない。	事業所としての支援方針と対応について具体的に明記し、利用者家族と共有する。	カンファレンスで、重度化した場合、どこまでの支援ができるかを具体的に職員と話し合いをして明確に明記する。	1ヶ月
2					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	☐ ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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、職員全員で話合った
		☐ 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合った
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ 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合った
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()