

1 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	1691000093		
法人名	株式会社 ウェルフェアネットワーク		
事業所名	グループホームイエローガーデン五箇山		
所在地	富山県南砺市東赤尾字横平577番地1		
自己評価作成日	平成30年10月29日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kihon=true&JievosvoCd=1691000093-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	平成30年12月7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)】

この地域ならではの人と人のつながりをとても大切にしており、少人数の中「なじみの関係」が自然と出来上がる事で、生活上のつまずきや行動障害等が軽減し、心身の状態を穏やかに保つ事が出来ません。
過去に体験したそれぞれの役割、たとえば食事の支度や掃除、洗濯等できない部分は支援をし、入居者の失われた能力を再び引き出し、潜在的な力を伸ばすような働きかけを行うことが認知症の症状の改善や進行の防止を図ることであり、一人ひとりが安心してその人らしく暮らすことであると考え、実施しています。入居者様一人ひとりのニーズに合わせ、寄り添います。

【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)】

・山間地域であり、有数の豪雪地帯の五箇山地方に唯一存在するグループホームである。伝統的な合掌造りや文化が継承されている地域性の中で、豊かな人的・環境的資源を活用し、ゆったりとした時間が流れ、穏やかな暮らしが継続されている。地域と互助の関係を築き、昔ながらの静かで懐かしい暮らしの風景が広がっている。
・「排泄チェック表」を活用し、色別にした記載方法を工夫するなど、排泄自立に向けた支援が実践されている。おむつを使用しないことは、利用者の生活意欲向上や自信の回復につながり、暮らしの質の向上が図られている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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、生き生きと働いている (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. ほとんどできていない
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		

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	『可能性を信じ、笑顔になるケア』理念を掲げ、実践目的『人として敬い、その人らしく人生を生き、その人らしく安心して暮らしていただく』利用者一人一人の立場に立ち、その人が望む暮らしを支援するケアについて共有できるよう確認している。	理念は、開設当初から支援の方向性として変わらず大切にしている。事業所内に掲示してあるほか、職員にはしっかり周知され、職員ヒアリングにおいて「笑顔を引き出す」支援について意識している様子が伺えた。	しっかりと理念及び実践目的が掲げられている。サービス利用や事業所啓発のために作成されるリーフレットに表示するなど、さらに地域に向けて社会的役割を発信していくことに期待したい。
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	祭りや地域の行事等に参加をすることが、地域密着型の利点と職員が理解し、地域の一員として敬老会などに参加し、日常的に交流している。上平だけでなく、平や利賀から来ている入居者もいるので地域によって少し違うところを共有する良い機会でもある。自治会には加入しなくとも、地域の一員として認めていただいている。	事業所は近隣の「三村(みむら)地区」の自治会と協働し、区長とは情報交換に心掛けている。地域行事参加や保育所との交流、散歩などでふれあいを含め、地域との日常的なお付き合いが図られている。	
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	代表は認知症サポーターのキャラバンメイトの資格を有しており、今後職員や地域に向けての認知症の人の理解や支援の方法を伝えていく心がけなければならない。		
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	運営推進会議は2か月に1回開催し、事業報告や施設で重点的に取り組んでいる事、困っている事等、行政機関や地域の代表、家族代表と意見を共有し合い、サービス向上に向けて、その意見を重視している。	五箇山地方に唯一存在するグループホームであり、地域や関係機関の関心も高い。2か月毎に開催する会議の記録は、利用者家族に送付され、地域代表や関係機関及び家族代表で検討された内容が共有されている。	
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	砺波介護保険組合担当者、包括支援センター等疑問点や質問は積極的に伝え、協力関係を築くよう心がけている。特に地域の在宅介護支援センターとは、新入居の相談など、月に何度も連絡を取っている。	五箇山在宅介護支援センター、南砺市地域包括支援センター職員が2か月毎に運営会議に出席し、運営状況や取り組み課題について聴取、検討が行われている。また、地域の利用相談や地域ケア会議など相互関係を構築している。	
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	身体拘束11カ条は理解・防止・廃止を心がけており、生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならないことを周知徹底している。年に1回、研修会を行っている。	身体拘束が利用者に与える身体的・精神的ダメージを職員間で共通認識し、年に1回法人全体で身体的拘束防止等の適正化のための研修を開催している。	
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	高齢者虐待防止法については勉強会を行い職員の言動が見方を変えれば虐待に当たらないことをその都度伝えるよう心がけている。高齢者虐待とは高齢者の人権侵害であることを皆が理解し支援していくことが大切だと考えている。		

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	成年後見制度を利用している入居者がいるので、理解している。日常生活自立支援事業に関しては、研修を行い、周知している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	重要事項説明書⇒契約書に沿って説明を行っている。その都度疑問点は十分な説明をし、理解していただいている。		
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	利用者・家族からの意見については、管理者へ直接伝えられる事が多いが、運営規定等で外部機関の紹介もしている。緊急性の高い意見は速やかに代表と協議し、運営推進会議等で協議を行っている。遠方に住むご家族もいる為、電話にて連絡を取り合うこともある。	運営推進会議では家族代表から意見や要望を求めている。また、その他のご家族や利用者とも何でも言える関係性を構築しながら意向を伺うも、現状に感謝する言葉や内容にとどまっている。	事業所理念にある「可能性信じ、笑顔になるケア」の実践を利用者及び家族と目指し、意見や願いの表出と傾聴が積極的に取り組まれることにさらに期待したい。
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	職員は、管理者に遠慮することなく意見や提案をしている。重要な提案等については、管理者、代表者協議の上、職員が働きやすいように反映している。	職員には地域住民が多く、運営協力や情報提供がある。管理者は、日々の申し送りなどを利用し職員が意見や要望を伝えられるよう配慮し、できるだけ迅速に代表へ相談し対応することでモチベーション維持・向上を図っている。	
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	給与等については職員個々の実績を勘案し、給与水準に反映している。労働時間についても相談の上、対応している。やりがいについては研修の機会の提案、各自の提案に自主性を持たせて実行させるよう働きかけている。		
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	主にOJTによる育成並びに行政等の研修には積極的な参加を支援している。実践者研修等は全額助成を行っている。また、各種勉強会も開催している。		
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	管理者・職員においては、同業者との交流機会は多岐にわたっている。勉強会、相互訪問を通して、さらなる質の向上を図っている。		

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
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	ほとんどのの方が急な環境の変化に戸惑い、精神的不安定となられる。本人の要望や訴えに耳を傾けることはもちろん、目の高さを合わせる、タッチング等本人が安心できるようなコミュニケーション技法を心がけている。		
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	入居を決めていただく段階で必ず施設の見学を行ってもらい入居から1週間くらいは本人の様子をお知らせしている。インテーク段階では信頼関係を築く事がもっとも大切と考えるので各ご家族様の要望に誠意をこめて対応している。		
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・家族が、今まで生活してこられた生活歴、これだけは継続してほしい事などを事前に聴取し、本人の状況の見極めを行い、満足のいくサービスに繋がられるような対応を行っている。		
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	全て職員サイドからの視点で判断するのではなく、本人の残存能力等今までの生活歴を知りえた上での言葉がけや支援を行うことで、自分の存在価値を見出せるのではないかと考える。今までやってきた家事を手伝っていただいたり、できる事は自分でしてもらい集団生活での役割をつくっている。		
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	施設は生活の場であり、生活支援を職員が主に行っているが、家族としてできる精神的な支援・通院や面会、医師からの病状説明等、双方協力をして本人を支えていく関係は築かれている。		
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	面会はどんどん来ていただくように、来所時の職員の対応にも接遇を心がけ相手に不快を与えないようにしている。地域の方々も高齢化し、来所される方も減少してきている。地域に外出する機会も設けている。	面会に近所の方々を連れてきてくださる知人などに敬意ある対応を心掛けている。また利用者がこの地域の自然や景観、文化をいつまでも感じ、継続できるよう散歩や外出、場面づくりを支援している。	
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	利用者同士、認知症があっても人間関係がぎくしゃくしたり、仲良し集団が出来あがったりしている。そのような人間関係を職員は理解し、けんかや孤立、いじめ等がないように声かけや環境作りにも努め、孤立しないよう支援している。		

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
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	退去した方に関しても、声かけや家族の介護負担等を聴取し、表情や身体状況の観察、近隣や他の家族からも経過を聞けるような取り組みを行い、フォローアップしている。最近では将来的なことも考えて、特養など介護保険施設に転居される方も増えている。		
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	一人ひとりの希望や意向を把握し、それをGHでの生活にどう繋げていくかを検討し、実施している。本人だけではなく、家族の意向や希望も十分に把握した上で検討している。	居間兼食堂で過ごす時間が長い。近隣の地域から利用している方たちなので、ゆったりした時間を過ごしている。自然環境になじんだ日常が職員とともに作られている。近くの散歩も好まれている。	
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	インテークの段階で、家族や本人からできるだけ聴取するよう努めている。入居前には本人さんと面談し情報収集をしている。その後、援助の中(コミュニケーションを通して)からも把握するよう努めている。		
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	一人ひとりの個性を大切に、観察することで、心身状態や有する力等、現状の把握ができると考え、それらを毎日行っている。		
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	家族の面会時や状況の説明時に、家族の意向も十分に聴取し、本人、職員の意見やアイデアを十分に考慮した介護計画作成に努力している。しかし年々、利用者の状態が重度化してきており、ホームで実現可能な楽しみを引き出すことが難しくなっている。	利用者の意向を最も重視しているが、家族の思いも面会や電話で話してもらっている。過疎地域で生活されてきた人が多く、静かな日常が送られ、職員の笑顔と持てる力で楽しさを加えている。	
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	日々の介護記録や日報は、管理者・看護師・介護支援専門員が必ず目を通し、情報共有に努め、介護の計画の中に取り入れる工夫を行っている。		
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	「GHのサービス」にとらわれず、認知症になっても、誰かの支援を受け、これからも生まれ育った環境で、暮らしていけることに着目したサービスの提供を心がけている。		

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	地域資源を近隣の職員や区長から聞き、把握し、一人ひとりの残存能力を勘案した上で豊かな暮らしに繋が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	五箇山では、近隣には診療所しかない。1年に1回医師も変更となる。しかし、南砺市民病院、南砺中央病院、GH、診療所との連携は密にとれており、適切な医療を受けることができている。歯科については、週2回(月・木)平診療所を受診することができる。	地域の診療所へ月に1回職員が付き添って受診している。内服の必要な場合は診療所で受け取っている。専門医を受診する場合は家族付き添いを原則としている。必要時、診療所医師の往診をお願いできる。	
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	利用者の異常に関しては直ちに看護師に報告をしている。それを受けて看護師は、適切な処置やアドバイス、受診の必要性の判断を行うことで双方がスムーズに協働していると考ええる。		
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。	南砺市民病院、南砺中央病院の医療連携室とは、利用者の入院、受診に関する事はもちろん、医療・生活に関する事も情報交換を行っている。医療と福祉の連携はスムーズに行っていると考ええる。		
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、事業所の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	今まで看取りをホームでは1名、最期には病院で迎えられた方が5名いらっしゃった。終末期の段階で家族、主治医、施設看護師と担当者会議を開催し、近隣の医療機関との密な連携をとり、本人・家族が終末期に向けて満足のいくものになるよう、状態の変化等、密に説明するよう取り組んでいる。	重度化や看取りを希望する家族があれば、家族、医師(診療所)、職員は十分話し合いを重ねる。重度化や看取りについて職員もこれまでの経験を活かしながら前向きに対応をする体制である。事業所の看護師をチーフにして事業所内研修を行っている。	
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	利用者の急変や事故が起こったときは、管理者に報告し指示を受ける。管理者に連絡が取れないときは、代表の指示を受けて手当や対応を行うこととなっている。		
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	避難訓練は年2回行っている。地域に災害情報、避難情報が出た時は区長から施設に連絡⇒避難場所の確認、近隣の職員への連絡、出勤態勢をマニュアル化して、職員全員が理解できるように努めている。水害や土砂災害も想定して避難訓練を行っている。今年度より、土砂災害に関する避難確保計画を作成し提出している。	過疎地であり、近隣に若い住民が少ない事情がある。職員の災害に対する自覚と職員家族の協力が欠かせない。土砂災害区域に指定され、南砺市へ計画書提出を機に今後の訓練に取り組む予定。豪雪地であり昨年の冬の積雪対応に苦慮した。備蓄体制が不十分などところがある。	雪害をはじめ、いつどのような災害が発生するか予測できない中、自施設で何日分の備蓄が必要か検討され、安心できる備えを望みたい。

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	認知症になっても人として敬い、施設のキャッチフレーズである「その人の立場に立ち、その人が望む暮らしを支援するケア」を実践している。男女のプライバシーに十分配慮している。	利用者一人ひとりの特性を尊重している。多くを語らない高齢者が多く、その人の立場を理解して寄り添うためには、職員はじっくりとおおらかに接することを心掛けている。プライバシーを大切にしよう心掛けている。	
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	日常生活支援(食事、おやつ、入浴等)の声かけは、「○○ですよ」ではなく「○○しませんか」というふうに、本人が意思を表出できるような言葉かけを心がけている。		
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	食事、入浴等の時間帯やペースは一人ひとりの生活習慣にできるだけ沿ったものになるよう心がけている。レク等も「今日は何をしましょうか？」と皆の希望にできるだけ沿えるように心がけている。しかし年々、高齢になるにつれ、意欲低下も見受けられる。		
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	毎日の着替えは「今日は何のような服を着ましょうか？」と本人と共に洋服選びを行うよう心がけている。入浴後の髪の毛のセット等も本人の希望を聞き、希望に沿えるものを心がけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材を盛りつけたり、皿を洗ったり、拭いたり、その方が以前できたことを継続できる支援を心がけている。食事中は、食材の内容や、味付け等を話題にし、楽しい雰囲気のある食事としている。昔の料理を教えてくれる方もいる。	食材は週に3回業者から届けられる。職員がゆとりをもって支援し、食事に関する話題をもちながら食事している。利用者ができることは協力してもらい、料理に参加してもらっている。食事介助の必要な人も多くなる傾向にある。	
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	食事は三測表へ記載。栄養に関しては、外部からの食材の配達。水分不足が考えられる方に関しては、ポカリやアクエリ等を飲んでいただいたり、嚥下の難しい方にはそれらをゼリーにして誤嚥性肺炎の防止に努めている。		
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「歯磨きをしませんか？」と提案し、一人ひとりの口腔ケアを行っている。自分でできない方に関しては職員が支援し、できる事のみ行ってもらう、最終チェックは職員で行っている。		

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	①排泄チェック表を作成し、色付けを行い、排泄パターンを知る ②本人の身体状況・認知状況を知る ③声かけ、移動・移乗の支援 これらを行うことにより、紙おむつや尿取りパットの軽減、トイレでの排泄に繋がった。	事業所における支援により、おむつから布パンツになり、本人、家族も喜ぶ事例があった。継続して布パンツを使用していけるような支援や、人工肛門の方の介助など、排泄支援に対する職員の取り組みは熱心である。日々のさりげない心遣いを大切にしている。	
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	可動性の低下、水分不足、食事量の低下等人それぞれ便秘になる誘因は違っていると考え。時に緩下剤を服用しながらも、その人に合った予防法を取り入れ、実施するよう心がけている。		
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	入浴習慣はその人によって異なる。しかし、当GHでは本人の都合により、時間帯や日程を決めず、最低週1回以上は入浴できるようにし、今までの生活習慣を大切にしよう努力している。毎日入りたいという方もいるので、状況に応じて対応している。	週2回以上の入浴を楽しみにしている人が多い。しかし、今までの生活習慣でかたくなに拒否される場合もある。職員は根気強く様々な働きかけを継続している。浴室はゆったりとしており清潔に保たれている。	
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	午睡する方、しない方、早寝早起きの方等それぞれの睡眠パターンを知り、できるだけこちら側の意向で変えない様にその人の生活習慣を尊重するよう心がけている。		
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	入居時には一人ひとりのミーティングを開催し、薬の内容を看護師より説明。介護記録にも薬剤情報を添付し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。		
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	洗濯物を干したりたたんだり、食事の用意、テーブルを拭いたり、季節ごとの野菜の収穫等一人ひとりの生活歴を知りえた上での支援を行っている。		
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	冬以外はできるだけ小人数での外出の機会を設けている。花見や外食など。時に、家族と話し合いながら、本人の希望に少しでもより添えるよう、納得していただけるような支援を行っている。	寒冷・積雪期間がかなり長い地域である。外の景色は事業所の中から周辺が楽しめる。天候が良ければ近くの神社やお寺、周辺の散歩を行っている。外食を楽しみにしている人もある。季節ごとのお出かけもしており、世界遺産などへ出かけている。	

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	お金を手元に持っていないと、安心できない方には、家族・本人・GHの双方合意でお金を所持していただき、買物の同行もできるだけ本人の意向に沿って行っている。		
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	手紙、電話等本人の意思に沿って対応している。しかし、中には電話を貸さないでほしいと言う家族もいるため、状況に応じて、職員が代わりに電話をすることもある。		
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	汚染時の掃除や、危険物等の除去、お花を飾ったり、四季を感じるもの等を飾るようにし、施設の中でも日本の四季を感じるよう心がけている。	事業所は坂を上り、高台にある。平屋建ちで周囲の自然が手に取るように見渡せる。高速道路を走る車を眺めたりもできる。寒い期間が長いが温度調節も快適を心掛けている。この間、シールはり絵などの作品づくりを継続して楽しんでいる。	
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	フロアは一体型になっているが、その中でも食堂、リビング等それぞれの空間が演出できるよう工夫を施している。アットホームなゆったりとした空間を目指している。		
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	居室は、電動式ベッド、ダンス、空調のみとしている。入居時には、本人の使いなれたものや慣れ親しんだものを持ってきていただき、見慣れた物を置くことによって安心して穏やかに暮らせるような工夫を行っている。	バリアフリーの落ち着いた居室は整理整頓されており、持ち込みされたものは少なく感じた。テレビ設置の人、仏壇の写真や家族の写真をかざる人、クリアケースで衣類の整理をしている人もいる。	
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	下肢筋力の低下が著しい方、トイレの場所を忘れてしまう方には、なるべくトイレ近辺の居室。トイレの案内を書いたりして、自分で行きやすいように動線の確保を行うことで自立した生活の工夫を行っている。		

目標達成計画

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	1	しっかりとした理念及び実践目的が掲げられている。サービス利用や事業所啓発のために作成されているリーフレットに表示するなど、さらに地域に向けて社会的役割を発信していくことに期待したい。	パンフレットに事業所理念を表示することにより、入居を考えている方や地域の方々が見て、興味を持ち理解してもらえるようにする。	パンフレットに事業所理念を表示する。近隣施設や医療機関などに配布する。それを入居を考えている方、地域の方々が見て、グループホームのことを知っていただく。地域の一員としての役割を発信していく。	6ヶ月
2	10	事業所理念にある「可能性を信じ、笑顔になるケア」の実践を利用者及び家族と目指し、意見や願いの表出と傾聴が積極的に取り組まれることにさらに期待したい。	ご家族からの意見や願いが表出されるようにする。	もともと意見箱は設置しているが、あまり活用されていないため、置く場所を変え、もっと利用しやすいようにする。また、面会に来られるご家族からの意見も表出しやすいような雰囲気や関係づくりに努める。	6ヶ月
3	35	雪害をはじめ、いつどのような災害が発生するか予測できない中、自施設で何日分の備蓄が必要か検討され、安心できる備えを望みたい。	災害時用の備蓄を準備し、いつどのような災害が起こっても対応できるように備える。	災害時用の備蓄がどれくらい必要なのか、どのような災害の場合も想定して、職員ミーティングで話し合い、必要な分の備蓄を準備する。定期的に職員ミーティングにて備蓄品の確認をする。	6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。