

令和 3 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	1670600095
法人名	社会福祉法人 周山会
事業所名	グループホーム粹交舎滑川
所在地	富山県滑川市野町1687-5
自己評価作成日	令和3年8月15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）】

一人ひとりの個性を大切に、利用者の声をよく聞き思いに添えるように支援しています。コロナ禍で面会や外出が制限される中で少しでも楽しんで頂くため、毎週土曜日の手作りおやつほかに毎月1回季節の手作りおやつの日を設け桜餅や草団子など作っています。畑では野菜を作り、毎日の散歩で成長を楽しみながら収穫したての新鮮な野菜を料理し食べています。

※ 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	
----------	--

【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3年9月17日	評価結果市町村受理日	令和3年10月21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）】

感染対策、感染予防のため、これまでできていたドライブや地域の行事参加、地域の中学生との交流、そして家族との面会が思うように行かない状況の中であっても、利用者の思いを大切に支援をしている。家族とのつながりが途絶えないように、電話、往復はがきを使い、双方向のコミュニケーションがとれるように工夫したり、外部との交流ができないのであれば、作って楽しんでもらいたいと毎回工夫を凝らしたおやつ作りをしたりしている。こうした取り組みから、ホームのモットーである” ゆっくり ” ” 楽しく ” ” いっしょに ” が実践されていると伺えた。また、散歩に出れば地域の方と気さくな挨拶を交わし、新鮮な野菜の差し入れがあるなど、開設して21年目の歴史とともに、地域に密着した事業所となっている。

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、生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	理念に基づき、職員会議で話し合い、職員間で共有している。	法人の理念及びグループホームとしてのモットー「ゆっくり・楽しく・一緒に」を玄関に掲示し、契約時に利用者、家族に説明し周知している。介護計画は理念及びモットーに基づき作成し、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	以前は秋祭りやさこ、芋煮会、公民館行事への参加があったが現在コロナ禍のため交流の機会は減っている。近所の方から野菜の差し入れがあったり、苑外散歩で挨拶することはある。	事業所の周辺には農家が多く、地域の方から収穫したばかりの新鮮な野菜の差し入れがある。敷地内を散歩中、隣接する地域の農作業中の方と挨拶を交わしたりするなど、地域住民との当たり前の交流がある。	
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	2か月に1回広報誌「ぽっかぽか」を公民館に届け、活動を見てもらうことにより、認知症の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	会議では事業所、利用者の近況、ヒヤリハットを報告し家族や各メンバーからの意見、要望を聞きサービス向上に活かしている。	町内会長・老人会会長・民生委員・滑川市職員・老健副施設長・ご家族3名～5名の参加がある。会議では、日常の様子を写真付きで報告し、参加者がわかりやすいように工夫している。	
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	運営推進会議にて、市役所福祉介護課の職員と話し合いができています。	地域運営推進会議には市担当者が参加しており、日々のケアや取り組みを相談・報告するなど、密な連携ができています。今年度は、感染対策、ワクチンに関する事などで相談連絡を行った。	
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	毎日の申し送りや職員会議でケアを振り返り、点検している。	併設されている老人保健施設で定期的に行われる研修会に参加し、研修会に参加できなかった職員には、伝達研修を行い周知徹底している。	いつでも確認できる場所に指針やマニュアルの配置、委員会参加者名や検討内容など議事録を備え、いつでも振り返り閲覧できるような仕組みづくりに期待したい。
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	マニュアルを作成し、職員会議で話し合いを行い、常に気をつけている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については研修などで学んでいるが、利用者がいないので活用できていない。		
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	契約時に事業所の運営、取り組みを説明し、理解、納得してもらっている。		
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	面会時や電話などでゆっくり意見、要望を聞いている。	コロナ禍で家族がホームを訪れることはできないため、電話での聴き取りが多くなっている。面会希望に関する要望が多く、感染対策を徹底しながら、ワクチン接種済などを条件に、また、地域の感染状況も考慮しながら、安全に面会できるように工夫している。	
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	1か月に1回職員会議を開き職員の意見、提案を聞く機会を設けている。 日頃から意見を聞くよう努めている。	日常業務の合間、業務終了後等に管理者が職員から相談を受ける体制をとっている。 職員からは、ホームの大型の備品に関する要望があり、管理者から法人本部に上申し、整備されることになった。業務効率、サービス向上に繋がっている。	
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	職員の勤務状況やストレスの要因については話を聞くなどして、気を配っているが充分ではない。個々の努力や実績について代表者は、充分感じ取っている。		
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	法人内外の研修に参加してもらおうようにしている。特に、毎月の法人内研修にはなるべく多くの職員が参加できるようにしているが、パートは参加の機会が少ない。		
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	以前は年2回同市の他グループホームと交流会を行い、情報交換をしていたが、現在はお互い中止しており交流の機会は少ない。 広報誌を通じて他グループホームの活動を知り参考にしたり、刺激を得たりしている。		

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
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	最初の面会時に生活状況、心身の状態の把握を出来るだけ行い、本人の思いに添え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	これまでの家族の苦労、不安を十分に傾聴し、要望に応えられるように話し合い、今後の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	本人や家族の思い、状況等を把握し改善に向けた支援を見極めるよう努めている。		
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	日々の暮らしの中で、苦しみ、不安、喜びを分かち合えるよう努めている。		
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	入居者の情報、様子をこまめに伝え、家族の思いも傾聴しながら本人を支えていける関係作りをしている。		
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	以前はなじみの場所にドライブに出掛けたり、知人に会えたり出来たが、現在は外出や外部の方との接触を控えており、交流はあまり出来ないが電話はしている。	自宅に帰りたいと言う要望に対して、家族と連携して自宅への帰宅を支援し利用者の思いに応えている。 コロナ禍で外出や面会がなかなか出来ないため、家族との繋がりを大切にして、往復はがきを使い家族に近況を伝えている。	
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	気の合う同志が過ごせるよう配慮したり、利用者が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	退去後の話を聞いたりして、その後のフォローも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	日々の暮らしの中で言動、表情から本人の思いや意向を把握している。意思疎通が困難な場合は日々のケアから思いを汲み取り、他の職員と情報交換している。	カンファレンスノートに、日ごろの気づき、入居者の意向など記載している。職員会議では、利用者の視点に立って情報を検討し、職員間で共通理解し利用者の意向の把握に努めている。	
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	本人、家族からこれまでの暮らし方、生活歴等の情報収集及び把握に努めている。		
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	一人ひとりの1日の過ごし方、心身の状態を把握し、日々の暮らしの中で新たな発見がないか常に心掛けている。		
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	家族の要望を取り入れつつ看護師やリハビリなど専門職の意見も参考にしながら介護計画を作成している。	介護計画は3か月毎に見直している。見直しの際には併設している老人保健施設看護師・理学療法士等、多職種でモニタリングし、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	日々の様子や気づきを介護記録に残し職員間で共有しながら介護計画の見直しに役立てている。		
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、その時々にも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	本人、家族の状況に応じて支援している。		

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
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	入居者の希望に応じ訪問美容に来所してもらっている。		
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	かかりつけ医の往診、受診を行っている。急変時は市の総合病院にお願いしている。	契約時に説明し意向確認を行い、利用者、家族が主治医を決めている。通院は家族が付き添いをしたり、緊急時には職員が行う事もある。	
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	医療面での体調の変化やケアについては併設老健の看護師に相談し支援してもらっている。		
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。	入院時には本人に対する情報提供をし、入院中は家族、病院と情報交換しながら退院支援を行っている。		
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	重度化に伴い事業所として出来ること、出来ないことを家族と話し合い、またかかりつけ医、併設老健の看護師に相談しチームで支援に取り組んでいる。	利用者の心身の変化があったときなど早い段階で主治医や家族等に報告・相談している。利用者にとって苦痛なく安心して過ごせるような支援に取り組んでいる。	重度化・終末期に向けた事業所としての指針を明文化するなどしてまとめ、利用者が理解した上で支援できるような取り組みに期待したい。
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	定期的ではないが、一部パート職員を除き全ての職員が応急手当、初期対応の訓練を受けている。		
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	定期的に避難訓練を行い、食糧、飲料水の備蓄を行っている。	年2回の避難訓練実施に加え、水災の心配がない地域ではあるが、水害を想定し併設する老人保健施設の4階へ移動訓練を行うなど災害に備えている。また、備蓄食品も整備している。	

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
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	人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないように配慮し言葉掛けを行っている。	法人の接遇委員会に参加し、定期的な研修を行っている。トイレがリビングルームに面している事もあり、トイレ誘導等にはプライバシーに配慮した言葉かけをおこなっている。また、職員の接遇に関するアンケートを実施し、「にやりハット」と題して利用者の良かった行動について互いに承認し意識の向上に取り組んでいる。	
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	ゆっくり傾聴し、利用者が自分の思いを安心して話せるよう心掛けている。		
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、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	一人ひとりのペースに合わせ希望に沿って1日を過ごせるよう支援している。		
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	服の好みや着たい物を選んでもらったり、髪の毛を整えるなど気をつけている。		
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	食べたいものを聞いたり、テーブル拭きなど手伝ってもらっている。また、手作りおやつ回数を増やし季節のものを取り入れている。	季節に応じた食事やおやつ作りなど、作る楽しみ、食べる楽しみを意図的に取り入れている。ホームで栽培している旬の野菜の収穫、それを使った料理を作り職員と利用者と一緒に取り組んでいる。	
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	水分摂取表を作ったりして、一人ひとりに合った方法で支援している。		
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	毎食後ではないが、夕食後は必ず一人ひとりの状態に合わせて口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄誘導表を見ながら声かけや誘導を行っている。	排泄表を活用し、個別のトイレのタイミングを見計らい、さりげないトイレ誘導、自尊心を損なわないようなパット交換等ひとりひとりに合わせた支援をしている。	
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	毎日体操や歩行運動を行い、水分補給に努めている。 便秘症の方は緩下剤などで対応している。		
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	週2回の入浴日は決まっているが、心身の状態に合わせて無理強いせず入浴してもらっている。	入浴は週2日であるが、希望があれば決まった日以外にも入浴支援を行っている。入浴剤や季節によってはゆず湯など楽しみながら入浴できるように工夫している。入浴を拒まれるような時も、強要する事なく誘い方、タイミングを工夫している。	
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	一人ひとりの体調、希望を考慮しながら自由に休息したり、昼寝をしてもらっている。		
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	薬の処方、副作用、用法、用量などの説明書はカルテにファイルし、PCにも入力してあり全職員が分かるようにしてある。薬の管理は併設老健の薬剤師がしている。		
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	本人、家族から生活歴や趣味を聞き、得意なこと、楽しみを引き出し支援している。		
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	戸外への散歩は毎日のように行っている。現在は外出が出来ないため、利用者の希望に沿っていない。	感染予防のため、買い物など人が集まるような場所、ドライブなどは出来ないが、老人保健施設と併設しているため敷地が広く田畑に囲まれており、周りに咲く花や立山連邦を眺められる環境の中を日常的に散歩している。	

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	本人の現金所持は行っていない。必要なものは家族に依頼し購入してもらっている。		
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	時々電話の使用はある。往復はがきにて手紙を出したこともある。 希望があれば電話も手紙もいつでも出来るようになっている。		
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	季節の装飾品、花を飾ったりしている。窓からは畑の様子や季節の草花が見えるため家具の配置なども考え、居心地良く過ごせるよう工夫している。	食事、レクリエーション、手作業等行う共有空間を囲むように居室があり、また、共有空間の片面全体が大きなガラスの建具で自然光が入り、のびのびとした空間となっている。そのスペースには畳コーナー、仏壇、ホームで飼っていた愛猫の写真が飾られ、生花が添えられている。掲示物は季節ごとにみんなで手作りしている。	
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	フロアにはテーブル席とソファがあり、1人で過ごしたり、気の合った者同士でくつろげるようにしてある。		
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	テレビを置いたり、手作りの作品や写真などを飾ったりしておられる方もいるが全員ではない。	個々の好みに応じた居室空間となっている。物を置かず整理整頓された部屋や、家族の写真、手作り作品などでにぎやかに飾った部屋など、一人ひとりの個性、好み、身体機能に応じた空間になっている。	
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を送れるように工夫している	入居者の身体状態や理解力に合わせて、トイレや居室など表示したり、玄関に椅子を置くなど安全に自立した生活を送れるよう工夫している。		

2 目標達成計画

グループホーム粹交舎滑川

作成日： 令和 3年 10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	6	指針やマニュアル、研修、委員会の資料や検討内容がファイルしてあるものの、すぐに振り返り、確認するにはわかりにくい。	研修、委員会の資料や、指針、マニュアルをすべての職員がすぐに閲覧出来るような仕組み作りをする。	研修、委員会の資料、指針、マニュアルを見やすいようにファイリングし直す。 いつでも閲覧し見直せるように分かりやすい場所に配置し職員に明示する。	6カ月
2	33	重度化の指針が文書化されていないため家族に伝わりにくい。	指針を明文化し、心身の変化など早めの段階で主治医や法人の看護師に相談、家族に報告、説明を行い理解を得る。	指針を明文化する。 利用者、家族が理解できるようにわかりやすく説明、主治医とも常に連携を取り支援する。	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、行を挿入してください。