

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28年6月13日	評価結果市町村受理日	平成28年8月8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.kaisokensaku_ip/16/index.php?action=kouhyou_detail_2013_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	富山市安住町5-21		
訪問調査日	平成28年7月5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)】

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す。
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。

【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)】

- ・当ホームは山里にあって、地域特有の文化や慣習に沿いながら、当地で生まれ育った利用者が引き続き安心して過ごせるよう取り組んでいる。
- ・開設3年目をむかえ、これまで地元の方々や適切な距離感を取りながらコミュニケーションを重ねてきたことにより、事業所への理解も深めて頂けるようになってきている。
- ・医療確保が不十分な環境にあっても、清潔で安全な空間を保ち、健康維持促進を主軸としたケアに努め、診療所や中核病院と緊密な連携をとりながら、医療度の高い利用者も受け入れている。
- ・職員には介護経験が少ない主婦が多く利用者に身内のように接する方が多いため、事業所では家族的なケアを礎に、介護知識も向上するよう外部研修を奨励し、より質の高い介護サービスとなるよう取り組んでいる。

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』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について共有できるよう確認している。	理念は玄関の棚の上段に設置していたが、利用者の目線の高さに移動し掲示している。月1回のミーティングでは参加者全員で理念を再確認し、共有している。忙しさに追われても、笑顔を忘れないよう特に気をつけている。	
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	祭りや地域の行事等に参加することが、地域密着型の利点と職員が理解し、地域の一員として様々な行事に参加し、日常的に交流することで、いつまでもその人らしく暮らせることと周知している。	地域の祭りに参加したり、地元の祭りには利用者が帰宅するなどしている。11月の報恩講には地元の住職が来所し、お経を唱えている。	
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、管理者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よう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、サービス向上にその意見を重視している。	運営推進会議は2か月に1回、月末の14時～15時に行っている。議題を設け、PPを活用しながら説明している。会議からの情報で5月25日の南砺市チャレンジデー(スポーツを推奨する日)に参加し、利用者全員が運動を行った。	
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おり、特に地域の在宅介護支援センターとは、月に何度も連絡を取っている。	紹介された利用者のことや情報がほしい折など電話で連絡を取っている。介護保険組合の場合、担当者が人事異動になる場合があるので、質問事項や回答は文書化し、書面に残している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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のやむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならないを周知徹底している。	身体拘束に関する勉強会を行っている。重度の認知症の利用者については専門医の指導を仰いでいる。	
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る等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と考える。		

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らっしゃるの、理解しているが、日常生活自立支援事業に関しては、今後学び、周知する機会を持つていこうと考える。		
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、これまでに、これに対する苦情等は上がっていない。		
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、職員・ユニットリーダーから管理者へ伝わる事としており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。	家族の居住地が遠方の場合には長期休みの時、地元の場合は比較的頻繁に来訪される。面会時に管理者が積極的に家族と話している。	遠方に住む家族にも、日々の暮らしの様子が伝わるよう、行事だけでなく、普段のお出かけや散歩などの様子がわかるように、家族へのお便りを工夫されたい。
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、管理者に忌憚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、機会を設けている。	月の中旬、勤務人数の多い日を選んでミーティングを行っている。具体的例をあげ、解決までの話し合いを行っている。	
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。労働時間については協議の上各自の希望を優先している。やりがいについては研修機会の提供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・ユニットリーダーにおいては、同業者との交流機会は多岐にわたっている。勉強会、相互訪問をしており、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1週間くらいは本人の様子をお知らせしています。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、自分の存在価値が築けるのではないかと考える。		
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。又、地域からだけでなく、地域に外出することで、なじみの方々や空間を感じることが出来るよう支援している。	利用者が馴染みを意識するのは厳しいが、地域の方が利用者を覚えていて声かけがあったり、敬老会の誘いがあったりする。外出した場で会った方々と交流を深めている。	
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。		
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、それをグループホーム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。	思いや意向を口にされる方が多く、もう少しご飯を食べたいと言われれば摂取量に見合う分を目の前で足してあげたり、まだ寝ていたい方は食事を遅らせたり、家族に会いたいと望まれれば電話をかけてあげるなど、その場で応えるよう努め、口にされない、困難な方には、「～しましょうか？」など、都度意向を確認するよう努めている。	
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	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。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	一人ひとりを個別性を大切に、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。	本人・家族の意向は、実際に口にされた言葉で書き込み、目標や援助内容は引き続き安心してここで暮らせるよう精神安定や健康維持を主体とした計画となっている。加齢や病気に伴う機能低下を注視しながら半年毎に見直し、穏やかな暮らしづくりが続けられるよう取り組んでいる。	医療面や健康管理に加え、事業所で実現可能な本人が望むことや楽しみも計画に取り入れられることを期待したい。
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	グループホームでできる事。これがグループホームの状況であることにとらわれず、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自治会長等から把握し、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、グループホーム、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る。	地元の公営診療所の医師は毎年変わり、着任時には必ず施設視察をして頂いている。不十分な医療環境にあっても、診療所医師をはじめ地域の中核病院とも緊密な連携を取って、医療度の高い利用者でも適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	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	看取りを今まで3名の方に行ってきた。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。	入居時に事業所の方針を説明しており、医療度の高い方でも診療所医師の判断を前提に、ここでのケアに問題がなければ受け入れている。重度化した場合は症状変化に応じて医師との相談を重ね、本人・家族の意向を尊重しながら終焉まで支援する姿勢である。	
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、施設長(兼看護師)に報告し指示を受ける。施設長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自治会長から施設に連絡⇒避難場所の確認、近隣の職員への連絡、出動態勢をマニュアル化している。	避難訓練を、毎年日中に戸外退避する訓練と、夜間を想定した避難口まで退避する訓練の2回を、消防署指導のもと実施している。今年度は、既往歴等の利用者個別ファイルを整備しており、消防署員によるAED等の救急救命講習会開催も予定している。	当地域で起こりうる災害を想定するとともに、当地域環境でできる防災対策を改めて見直され、地域の協力も得ながら、より利用者の安全確保に取り組まれる事を期待したい。

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
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。	入浴の同性介助、居室の閉扉、摂取時間に捉われない食事等、羞恥心や自尊心への配慮とともに、本人本位のケアを心がけている。症状の加減にかかわらず、いつも柔軟な対応ができるよう指導しており、外部研修受講も勧奨している。個人ファイルは鍵付き棚にて保管している。	
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、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。レクリエーション等も「今日は何をしましょうか？」と皆の希望にできるだけ寄り添えるように心がけている。		
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	毎日の着替えは「今日はど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、楽しい雰囲気での食事としている。	献立及び食材は取り寄せで、調理はここで行っている。利用者にも盛り付けや配膳、片付け等を手伝って頂いている。毎月誕生会や節分、七夕等のイベントや季節食に、毎週パンと卵料理の日も設けている。職員も一緒に同じものを食べ、時間に捉われず個々のペースに合わせ介助や見守りをしている。	
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	食事量の三測表への記載。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。自分で行え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、移動以上の支援 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。	日々の排泄チェックでその日の体調や症状を考慮しながら、食事や飲料の調整、適時の介護用品の活用にて生活習慣がみだれぬよう取り組んでいる。トイレでの排泄、ベッドでのオムツ交換等、個別対応も様々で、それぞれ安心して過ごせるよう取り組んでいる。	
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る。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、当グループホーム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。	入浴に決まった曜日や時間帯がなく、要望次第で朝や夕方でも可能である。浴槽は2人並んで入れる広さで、夏場は横から出るシャワーも活用している。風呂好きの方や見守りだけの方が多く、1日置きの入浴や長湯の方もいる。浴槽を曇らす入浴剤は使用していないが、柚子湯等の季節湯の工夫もしている。	
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	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、職員がいつでも回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、買物の付き添い。季節ごとの山菜とり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。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。	日頃、近隣神社への散歩や買い物等へ職員が付添って出かけ、診療所受診の際には他の方も連れだって在所にも立ち寄っている。自宅地域の祭りや連休には家族と過ごしに帰宅外泊される方も多い。花見や紅葉、外食では、スロープ等の事前調査をして7人乗り社用車で数回に分けて繰り出している。	

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	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・グループホーム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支援を行っている。以前、盲目の方が入居していた時には、手紙を読んだり書いたりする支援を行っていた。		
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な心がけている。	日4回のトイレ掃除、2回の施設全体清掃をはじめとして、消臭剤に頼ることない衛生や温湿度管理の徹底に努めている。季節の飾り付けや旅行写真等の掲示は控えめにし、大人が住む家としての雰囲気的大事にしている。	
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。		
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、タンス、空調のみとしている。入居時には、本人の使い慣れたものや慣れ親しんだものを持ってきていただき、安心して穏やかに暮らせるような工夫を行っている。	リビングを囲むようにある居室は全室バリアフリーフロアでつながり、電動式ベッド、チェスト、換気扇、ナースコールが備え付けになっている。介護用品用の衣装ケースや小型テレビ、冷蔵庫、お気に入りの椅子等を持ち込まれている方がおり、それぞれ居心地良く過ごされている。	
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	下肢筋力の低下が著しい方にはトイレ近辺の居室。盲目の方には、手すりにひもを設置してトイレや食堂に自力で移動できる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	10	遠方に住む家族にも、日々の暮らしの様子が伝わるよう、行事だけでなく、普段のお出かけや散歩などの様子がわかるように、家族へのお便りを工夫されたい。	ご家族に毎月送付している、行事写真の中に、日々の暮らしの様子が伝わるよう、外出先での写真も入れて送付する。	近所への散歩、買い物や外食に出かけた様子の写真を撮り、毎月の行事写真とともに送付する。	3ヶ月
2	26	医療面や健康管理に加え、事業所で実現可能な本人が望むことや楽しみを引出し、その具現化に向けた取り組みも計画に取り入れられることを期待したい。	入居者のニーズに合わせ個別性を持った、本人の生きがいや楽しみにつながる計画を作成するよう努力する。	入居者、ご家族の意向を計画に取り込み、一人一人その人らしい生活が行えるよう、職員一同が目標達成に向けたケアを行う。	12ヶ月
3	35	当地域で起こりうる災害を想定するとともに、当地域環境でできる防災対策を改めて見直され、地域の協力も頂きながら、より利用者の安全確保に取り組まれる事を期待したい。	地域性を十分に理解し、消防や自治体、地域の方々の協力体制をもって、災害に備える仕組みを形成する。	地元消防署、町会、自治体等と日頃から連携をとり、協力体制を形成していく。地域の避難場所の把握や施設の緊急連絡体制を職員全員が理解し、災害時、緊急時に備える。	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。