

### 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	令和3年3月1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	
----------	--

**【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番21号		
訪問調査日	令和3年3月24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。この地域で唯一の入所型施設なので、地域の方の入居が多いのですが、年齢も認知症の症状もそれぞれ違うため、入居者様一人ひとりのニーズに合わせ支援しています。

**【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)】**

・事業所は過疎地で開設されたグループホーム第一号であり、当初は地域との関係性が希薄だったが、7年目を迎え地域にとって必要不可欠の存在になっている。職員も地元住民が多く、利用者は馴染みの関係性の中で穏やかに暮らしている。  
 ・山間地域であり昔ながらの食文化が形成されている。行事食に報恩講料理や郷土料理を取り入れるなど利用者が親しみやすい食事に配慮している。

**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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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』を理念に掲げ、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』利用者一人ひとりの立場に立ち、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に、玄関の見える場所に掲示・確認している。パンフレットにも理念を記載している。	法人理念・施設理念を玄関に掲げている。職員ヒアリングでは「笑顔を引き出す」支援を意識し取り組んでいる様子がうかがわれる。パンフレットに理念を盛り込み、近隣の病院の地域連携室や在宅介護支援センターに設置し地域の一人としての役割を発信している。	
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人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も理解しており、地域の一人として敬老会など、参加可能な行事に参加している。地域の方から畑でとれた赤かぶ等をいただくこともある。自治会には加入していないとも、地域の一人として認めていただいている。	新型コロナ感染防止のため、祭りや地域行事はなかったものの、近隣から野菜の差し入れはある。職員の80%が地元民であり婦人会の一人でもあるためか、自治会に加入せずとも地域の一人として認識されている。	
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、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カ月に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。今年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止の為、会議はせず、書面で近況の報告をしている。	今年度の開催は2回となり、コロナ禍以降は資料を作成し報告している。	新型コロナ感染防止のため会議を実施せず資料の送付のみでは、相互間の意見交換や情報収集には不足がある。後日、電話等で連絡し意見を求めるなど有意義な取り組みに期待したい。
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に取り組んでいる	砺波介護保険組合担当者や地域包括支援センター職員等に疑問点や質問は積極的に伝え、協力関係を築くよう心掛けている。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運営推進会議に出席している。介護相談員は今期の訪問はなかった。介護度認定や入居相談など連絡を取り合っている。	
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	厚生労働省で定められている身体拘束11カ条について理解・防止・廃止を心掛けており、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2回、研修会を行っている。3カ月に1回身体拘束・虐待防止委員会を開催している。	身体拘束は原則行っていない。マニュアルを使って勉強会を実施し、職員の共有認識を図っている。	
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ること、その都度伝えるよう心掛けている。高齢者虐待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	重要事項説明書から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。今年は特に面会制限があり、電話連絡等が多い場合がある。	管理者と家族は互いに寄り添った関係性を築いている。来所時や電話等では気軽に何でも話していただけるような雰囲気づくりに努めている。	
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	職員は、日頃から気づいたこと等あれば、その都度意見や提案をしている。重要な提案等については、管理者、代表者と協議の上、職員が働きやすいように反映している。	職員にとって風通しの良い環境であり、気づいたら即管理者に提案がされている。	
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、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積極的な参加を支援している。実践者研修等には、全額助成を行っている。また、定期的に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渡っている。勉強会、相互訪問を通して、更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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、精神的に不安定とられる。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、タッチングケア等、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(面接)段階では信頼関係を築く事がもっとも大切と考えているので、各ご家族様の要望に誠意を込めて対応している。		
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・家族の今までの生活歴、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げ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得た上での言葉掛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。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頂いたり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やっているが、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、来所時に不快を与えないような接遇に職員は心掛けている。地域の方も年々、高齢化し来所される方は減少してきている。地域に外出する機会も設けている。今年は新型コロナウイルス感染拡大防止の為、面会制限がある。	今年度は新型コロナ感染防止のため玄関先での面会になった。訪問理美容や週1回の訪問販売車が馴染みになっている。地域文化を感じられるよう報恩講料理を季節メニューに取り入れるなど工夫している。	
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、もともとご近所の方もいて認知症があっても人間関係が良好で、仲良し集団が出来上がったりしている。そのような人間関係を職員は理解し、孤立したりいじめ等がないようにしたり声かけや環境作りに努め、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	退居した方に関しても、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、特養などの施設に転居される方も増えている。退居後もできる限りのことは協力している。		
<b>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</b>					
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。	「穏やかで無事に過ごせる日常があれば、それだけでありがたい」と利用者同士で話している場面が日頃から見られる。職員は一人ひとりに寄り添えるようそばで話しかける時間を多く持つことを実践している。	
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(面接)の段階で、家族や本人から出来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。	受け持ち制ではない。職員全員がすべての利用者に関わり、月1回のミーティングで出席者全員で検討を重ねケアプランに反映している。利用者が重度化の傾向にあるので、管理者は職員全員の気づきが大事と考えている。	利用者全員に関心を寄せることは大切なことである。一方、より深く個人の状況をモニタリングした結果について、介護計画に反映させていく手法も職員の育成にもつながるので、今後検討されることに期待したい。
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	この地域では唯一、入居型の施設であり、年齢や介護度も幅広い方が入居している。「グループホームのサービス」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、近隣に診療所しかない。1年に1回医師も交代となる。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、状態に応じて、往診もお願いできる。	地域の診療所が事業所に近く、かかりつけ医として受診し薬の処方も受けている。職員が付き添うことが多い。専門医は協力病院を家族付き添いを原則としているが、職員も一緒に付き添うこともある。	
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	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、南砺中央病院の地域医療連携室とは、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	最近では、90歳以上の入居者が多く、ホームで看取ってほしいという方が以前より増えた。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。	高齢化に伴う重度化の傾向にある。看取りを希望する家族が多くなっている。家族の思いをゆっくりと聞き、その後、担当者会議を開催している。この1年でも看取り事例があり、家族から感謝の言葉を貰っている。	地域的に医療状況の厳しい中、職員の看取りの取り組みの熱意が感じられるため、利用者・家族のニーズに寄り添える対応を今後も期待したい。
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	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がある。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、職員全員が理解できるように努めている。水害や土砂災害に関する避難確保計画も作成し、避難訓練に組み込んでいる。備蓄もある。	過疎地であり地域住民の協力も多くは望めない現状である。事業所は平屋で耐震化建築である。積雪期、寒い期間も長い地域であるので、訓練は事業所の駐車場での安全を配慮した待機を行っている。	備蓄は1日分程度である。地域特性から見て、災害時孤立することも考えられるので、3日以上以上の備蓄が望まれる。備蓄はローリング・ストック(古いものから順次消費し、消費した分だけ補充する方法)を実践するなど、有効に消費することを期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	職員は、利用者のこれまでの人生に耳を傾け、利用者同士の関係性をうまくまとめ、楽しい雰囲気を作るなど、日常的に行っている。	
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掛けている。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寄り添えるように心掛けている。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、希望に添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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器を拭いたり、状態に合わせて可能なことを継続したりして、できるよう支援している。食事中は、食材の内容や味付け等を話題にし、楽しい雰囲気の食事としている。昔の料理を教えて下さる方もいる。	できるだけ自力で食事を摂って楽しめるよう、利用者の状態に合わせた食事形態で提供したり、食事前の口腔体操に(舌の動かし方)など行ったりしているが、年々介護度が高くなる傾向にあり、パタカラ体操(口の体操)は難しい人が増えている。後片付けを手伝う人もある。職員は利用者と同じ献立で食している。	
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、スポーツ飲料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飲んで頂いたり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。自分では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い、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、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こともある。	排泄チェック表が丁寧に記入され、スタッフで共有されている。個人の状況に合わせて、布パンツ、パット、リハビリパンツ、おむつを適切に使用している。排泄パターンを知り、排泄後の汚染はできるだけ短時間の交換を目指している。	
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る。必要に応じて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、実施するよう心掛けている。		
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ず、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ため、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、週2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。反対に、拒否する方もいる為、声かけ等の工夫をして対応している。	利用者の安全に配慮しながら、入浴剤の種類を変えて楽しんでいる。入浴をあまり好まない人もいるが、声掛けのタイミングや声掛けの職員を変えて対応するなど工夫している様子が個人記録から読み取れた。	
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	昼寝をする方、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掛けている。		
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を受けている。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、食前後のテーブルを拭いたり、季節ごとの野菜の収穫をしたり等、一人ひとりの生活歴を知り得た上での支援を行っている。特に野菜の育て方等は、生き生きとした顔で教えてくれる。		
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	花見や外食など、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寄り添えるよう、納得していただけるような支援を行っている。今年は新型コロナウイルス感染拡大防止の為、外出の機会は少なかったが、玄関前や近所への散歩などに出かけている。	ドライブや外食などの年間計画を立てたが、春になってからは新型コロナ感染防止のため実施できなかった。外出時の車いす利用者が7～9人となり、車一台に乗車する人数も制限されるようになった。駐車場で外の気浴や周辺の散歩をゆっくり楽しむことが多くあった。	

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。最近では、携帯電話を持ってきている人もいる。		
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	汚染時の掃除や、危険物等の除去をしたり、お花や四季を感じるものを飾ったり、四季に合わせた歌を流したりして、施設の中でも日本の四季を感じるよう心掛けている。	大型テレビの周辺にはソファが置かれ、ゆっくりと鑑賞できるスペースがある。食堂の窓からは静かな自然のうつろいが、日々の癒しのように感じ取れる。寒冷地なので気温の変化には細心の配慮をしている。特に夜間の冷え込む場合の介護は、室温の管理に気を付けている。装飾は多くはないがシールを貼った共同作品などがある。	
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。アットホームで、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、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、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。	居室は全室フローリングで、どの部屋もすっきり整理されている。居室でテレビを設置している人は今はいない。ぬいぐるみや家族写真を置いている。電気式の灯明を使っている人もいる。重度化の傾向にあり、部屋で自分だけの楽しみを見つけることができなくなっている人が多い。	
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に入居していただいている。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	4	新型コロナウイルス感染防止のため、会議を実施せず、資料の送付のみで、相互間の意見交換や情報収集の不足がある。	意見交換や情報収集の充実のため、会議の代わりに電話等で連絡をとるようにしていく。	新型コロナウイルス感染予防のため、運営推進会議を実施しない場合は、資料の送付に加え、電話連絡での意見交換やご家族の来訪時に意見を求めるようにする。	1ヶ月
2	35	地域特性から見て、災害時孤立することも考えられ、3日以上の備蓄が望まれるが、実態は1日程度である。	災害時用の備蓄を増やし、いつどのような災害が起こっても対応できるようにする。また、備蓄は無駄の無いよう有効に消費する。	3日分以上の備蓄を備えておくようにする。賞味期限が近くなれば、地域の郷土料理等を作ったりして、有効に消費するようにする。定期的に備蓄品の確認をする。	3ヶ月
3	26	利用者全員に関心を寄せつつ、より深く個人の状況をモニタリングした結果について介護計画に反映させていく手法が弱い。	毎月のモニタリングを介護計画に反映させていく。	受け持ちはつけておらず、みんなで利用者全員のより良いニーズを考えてきたが、より深く個人のニーズを考えていくために、今後受け持ち制にすることも検討していく。受け持ち利用者の毎月のモニタリング結果をもとに、今まで以上にその方のニーズに合った介護計画の作成に努める。	6ヶ月
4	33	職員の看取りへの取り組みの熱意を利用者・家族のニーズに、より応える仕組みがない。	利用者・ご家族のニーズに寄り添い、その方に合った対応をしていく。	施設、ご家族、医師との話し合いを行い、利用者・ご家族のニーズに寄り添える対応をしていく。職員間での看取りの研修やミーティング等も実施していく。	6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。