

### 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	2172900280		
法人名	特定非営利活動法人ほのぼの朝日ネットワーク		
事業所名	グループホームほのぼの朝日の家		
所在地	岐阜県高山市朝日町浅井736番地		
自己評価作成日	平成23年10月 1日	評価結果市町村受理日	平成24年 3月26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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172900280&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172900280&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年10月19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)】**

認知症でも大丈夫町づくりキャンペーン2007で、認知症ケアの拠点として評価され、利用者さんは、地域の中でご自分のペースでのびのびと暮らしている。ご自分でできることはしていただき、できないことだけ支援するという方針を徹底させ、食事作り、掃除、洗濯、物干し、取り込み畳む、後片付け等の家事を各利用者さんのペースに合わせて、行っている。また、長野県の花桃を見に出かけたり、高山市の各町が行う相撲祭りやバザーや花火大会等の行事にも積極的に参加している。さらに、裏にある当NPO法人のデイサービスにも、週2~3回定期的に参加して、脳の活性化を促し、成果を上げている。重度化した当グループホームでは、職員との会話が長く、利用者さん同士の会話が成立しにくい。非日常の場面に入ることにより、適度な緊張感が生じ、言葉が多くなっている利用者さん、また織物に取り組み、怒ることの少なくなった利用者さんもいて、張りのある楽しい暮らしができるよう支援している。

**【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)】**

ホーム全体・町全体の時間がゆっくりと流れ、利用者の助け合いの精神や来訪者へのおもてなしの精神は、古きよき日本を感じさせる。自宅からホームに住み替えただけで、個人の生活には何ら変わりがあるとは思えないという法人代表の思いは、管理者はじめ職員に継承され、地域の中で不自由なく暮らせる環境提供に、意識のぶれはない。  
民家改造型のハード面の不自由さより、居心地のよさと生活のしやすさが勝っていることは、生活している利用者を見れば一目瞭然である。自分の住む「家」を大事に思う利用者が集まり、まさに共同生活を実現している。居間に座って感じることでできる「おばあちゃんの家」の雰囲気こそが失ってほしくない当該事業所のカラーである。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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	理念を居間に掲示して職員が日常的に意識できるようにしている。月1回の支援会議で、理念を基本にした話し合いを持ち、注意すべき点は、引き継ぎ表に記し、共有化を図り、実践につなげている。	「地域の中で生きがいを持って暮らしたい」「安心で、楽しく、かつ尊厳のある暮らしがしたい」等、ホーム内に明示し、職員がいつも意識ができるように工夫している。理念実践への意識共有は見事で、支援実践にも反映されている。	
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	食材は、地域の農協と、菓子店で購入し、地域の行事、避難訓練やお祭りへの参加、花壇の管理、また散歩中に話しかけてくださったり、挨拶は必ずしてごく自然に交流している。	地域行事、イベントへの参加がある。散歩がてら地域住民との交流をもち、「地域で暮らす」生活を継続している。ご近所から野菜が到来したり、近所のスーパーで買い物したりと、地域の一せ帯として交流している。	
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	定期的にほのぼの朝日ニュースを出したり、「ゆっくり知ろう認知症」のコーナーを月2回FM放送に参加している。また、認知症の人と家族の会の飛騨地区のつどいを通じて理解や支援の方法を伝えている。		
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	日常生活のビデオを観たり、サービス提供記録等利用者さんの暮らし方の分かる記録を観たりして取り組み状況を理解してもらい、ご家族から意見をもらい、サービス向上に活かすことができた。	2ヶ月に1回の開催がある。市職員・包括を含め、多くの参加者がある。バーベキュー・行事・日ごろの生活の記録ビデオの鑑賞等、年間計画を立て、取り組んでいる。ホームの熱意ある取り組みには賛同者も多く、地域ぐるみの応援がある。	
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	市の担当職員には、運営推進会議への参加時、積極的に伝え、宅老所の事業等協力関係を築いている。	市・包括支援センターの紹介で宅老を開設している。また、困難事例や緊急時の高齢者受け入れ等、行政からの依頼には柔軟に対応し、信頼関係のある協力体制を築いている。	
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	玄関の施錠はせず、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。ベッドから転倒の危険のある場合のみ、ご家族の同意のもと、ベッド柵をさせてもらっている。	身体拘束の弊害を理解し、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。転倒のリスクがある利用者にベッド柵を使用しているが、常に自立支援会議で廃止に向けての話し合いを行う等、高い意識で取り組んでいる。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員は県福祉相談センターが行う研修に参加し、また毎月行われる自立支援会議で、高齢者虐待防止についての研修を行い虐待防止に努めている。		

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
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	毎月行われている自立支援会議や、県社協で行っている研修等に参加して学ぶ機会を持ち、実際の制度を利用している宅老の利用者さんから、活用するときの問題点を学び、活用には、慎重な支援が必要である。。		
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	契約時、重要事項の説明等十分な時間を取り、家族からの疑問、不安な点を聴き、理解・納得のいっような説明をしている。		
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	月1回のご家族への便りで、意見要望をいつでも出してもらうようお願いしており、運営推進会議でも、要望が出されると、すぐに運営に反映するようにしている。	希望・要望の聞き取りに努め、家族が意見を伝えやすい環境整備に取り組んでいる。運営推進会議・面会時にも、家族からの意見・要望は多い。ホームと家族の信頼関係は厚く、信頼を裏切らない誠意ある対応に努めている。	
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	月1回の自立支援会議で職員の意見や提案を話し合っており、運営に反映させている。	会議は職員同士の熱い激論が飛び交い、日付をまたぐこともある。10人くらいの職員・パートも参加し、日ごろの気づきを伝え合っている。職員が居心地良く働いてこそその良質なサービス提供であることをよく理解している。	
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	リーダー制度を継続させ、個々の状況に応じて勤務時間の対応を考慮したり、個々の勤務実績、支援の努力等評価して、交付金手当を支給、向上心を持って働けるよう職場環境・条件整備に努力している。		
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	法人内外の研修を職員の要望に応じて受講できるようにしており、介護福祉士等の資格取得への支援もしている。		
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	高山市内及び飛騨市の同業者との交流する機会を作り、勉強会、相互訪問、研修等の活動を通じて、質の向上を図る取り組みをしている。		

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
<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	開始前に、自宅・利用施設等訪問したり、ホームに見学に来ていただき、ホームと職員に馴染めるようにし、不安なこと・要望を傾聴して安心できるよう関係づくりに努力している。		
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	ご家族と生活歴また状態を情報交換しながら、グループホームの支援の基本的姿勢を説明し、不安を取り除き、要望等に耳を傾けながら信頼関係を築くようにしている。		
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	まずセンター方式でアセスメントをし、必要としている支援を行い、他のサービス等も検討し、要望なども支援につなげるよう努めている。		
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	ご本人の今までの暮らしを考え、意見を尊重し、基本的に、出来ることは見守りながらしていただき、出来ないことだけさりげなく支援している。		
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	ご家族に月に1度、利用者さんご本人の様子を知らせる手紙を出しており、お誕生日会に招いたり、状況の変化がある時は、必ず連絡をして、ご本人と電話で話していただいている。		
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	来客など積極的に受け入れ、会いたい時は、外出し、昔話等をしていただく。近所で暮らしてみえた利用者さんは、自宅へ行かれた際にご近所の友達に会ったり、また外出支援などでなじみの場所に行ったりする。	嫁と姑が不和だったのが、ホームに入所してから和解した事例や、近隣に在る家に帰って仏壇・花壇・空気入れ替えを散歩がてら継続したり、友人の来訪があったりと、ホームに住み替えても関係継続ができている利用者は多い。	
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	人形の好きな利用者さん同士居間で話したり、訪室して話している。耳が遠い利用者さん同士には通訳して話をつなげる支援をしている。		

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
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	契約終了後、他の施設に行かれた利用者さんを訪ねたり、ご家族に手紙を出したりして交流している。		
<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	ご本人の思いや暮らし方を尊重して、対応し、支援会議などで、意見やご本人にあった支援を見直し、希望にそうように支援をしている。	本人の希望や意向の聴き取りはもちろんの事、家族・友人の意見の聴取や職員意見を併せ、多方面から検討している。本人の希望や意向は介護計画に反映し、希望実現に向けて取り組んでいる。	
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	ひとり一人と会話することにより生活歴やなじみの暮らし方を把握したり、ご家族に聞いて利用者さんの以前の暮らし方や希望を十分に理解し、気持ちよく安心して暮らしていただくよう努力している。		
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	ご本人の生活スタイルを知り、ご本人の希望を伺いながらご本人に寄り添い、職員同士情報を交換しながら今の現状を把握し、努力している。		
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	毎日、介護計画の実施状況を記入し、職員全員が必ず目を通し確認している。自立支援会議等で意見を出し合いモニタリングをして介護計画を話し合って作成している。	職員の個別支援への意識は高く、自立支援会議では、いろいろな職員から意見をもらうことで、多方面からの検討を行い、より本人本位の介護計画になるように努めている。	
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	常にペンとノートを持ち支援したらすぐ記録をし、次の出勤者が来た時に情報を確認共有している。支援会議で利用者さんひとり一人の課題等を話し合い実践につなげている。		
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	ご本人が自宅に行きたい等のニーズに対応して、一緒に自宅まで、行ったり、買い物をしたい時も要望にこたえ、高山旧市内まで車で出かけたりして、柔軟かつ多様な支援に取り組んでいる。		

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	ご本人のかかりつけ医への受診、住んでいた地区の敬老会への参加、同級生、隣人との関係を継続させる支援をしたり、地域資源を有効に活用して、楽しく暮らす支援をしている。		
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	家族の代わりに看護師・職員がかかりつけ医への受診を支援し、ご本人と医師との意思疎通が難しい方は、職員が情報を伝えている。かかりつけ医とは、たえず連絡をとり、相談し支援している。	かかりつけ医への受診支援をしている。緊急時は往診支援もある。在宅時のかかりつけ医から、ホームのかかりつけ医への変更・引継ぎも、紹介状を出してもらおう等、利用者・家族が安心できるように配慮している。	
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	利用者さんの体調の変化や気がついた時、すぐに看護師に診てもらい、指示を受けている。日常関わっている職員同士で意見交換して、看護師に伝え、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院された時はサマリを渡して情報などを提供して病院関係者との情報交換に努めている。また、早期退院できるよう地域連携室職員やご家族、医師との連絡相談も積極的に行っている。		
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	家族といろんな場を設けて、終末期についての基本的考え方を話し合っている。ご家族の方には終末期の方針を共有し、診療所の医師や看護師と共に、支援に取り組んでいる。	利用者と家族の希望に沿って、終末期から看取りまでを行う方針がある。支援を行う職員に対しても、不安なく支援実践ができるように、話し合いの場や学習の機会を設け、ホーム全体で取り組む体制がある。	
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	支援会議などで看護師から対応などの勉強会を設けたり、救急救命の研修を実施している。		
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	毎月1日に利用者さんと一緒に避難訓練をおこなっている。また、運営推進会議に消防署から参加してもらい、勉強会をしたり、地区の消防団員さんたちと一緒に放水訓練をやり、地域の協力体制を築いている。	月1回避難訓練を実施している。居室に個人用ヘルメットを設置し職員の声掛けでヘルメットをかぶって避難する訓練も行っている。居室からの避難に必要な時間を調べたり、通報訓練をしたりと、もしもの場合に備えている。	

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
<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	笑顔で敬語を使い、強制的な言葉や自尊心やプライバシーを損ねる言葉かけや対応に注意して支援している。個々の今までの暮らしを把握し、昔話を聞いてその方に合わせた言葉かけを行っている。	共同生活の中での個人のプライバシーを考え、生活の中で利用者一人ひとりの尊重を配慮できる意識の高さがある。声掛け方法や対応にも個別の対応があり、利用者のホームでの居心地の良さにも配慮している。	
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	衣類を利用者さん自身が選択できるように2着準備して選んでいただいている。おやつ時間は大きいお皿に何種類かのおやつを並べ選んでいただき、飲み物はメニュー表を使用し選択していただいている。		
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	ドライブや買い物に行きたいという利用者さんの希望に添い、支援をしている。 昼まで寝ていて、昼食時に起きて活動する利用者さんにも、ご本人の生活ペースで暮らしていただいている。		
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	個々の利用者さんに合わせて、眉毛書きや髭剃りを支援している。毎日ブラシで髪をといていただいたり、店へ行き服の選択をしていただいたり、行きつけの美容院に出かけたり、美容師さんに来てもらったりしている。		
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	冷蔵庫にある食材を用意して朝昼夕の献立を相談してから、米を炊くところから切る・盛り付け、片付け等本人の出来ることを職員と一緒にやっていた。	利用者全員が職員と一緒に食事準備・片付けに取り組んでいる。全員の食事が終わるまで食堂でおしゃべりし、利用者同士が気遣い合う光景がある自分の食器は自分で洗い、職員の食器洗いにも世話を焼く場面では、まさに日常生活を感じることができる。	
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	主食・副食・水分・食べられた量など記録してひとり一人の状態をみて支援をしている。食欲がない利用者さんには、食べていただけそうな食材をご本人にも聞きながら工夫して食べていただいている。		
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、無理強いしないように声かけを行い、支援している。自歯の方は、歯磨きを支援し、義歯の利用者さんには、義歯磨きの支援をご本人の力に応じた支援をしている。		

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
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	利用者さんの排泄パターンを調べ、自立支援会議で、昼間布のパンツに替えた利用者さんが2人おり、持続している。出来るだけ失敗を亡くし、トイレでの排泄を支援している。	トイレでの排泄を基本とし、利用者の「無理」をなくす話し合いを行い、自立への工夫を実践している。状態が向上する利用者も多く、持続・継続への取り組みも見事である。	
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	食事の摂取量が減ったり、機嫌が悪くなる等便秘の影響を理解し、水分の摂取量に注意し、食物繊維の多い食事や、運動等の予防に取り組んでいる。		
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	ご本人の入浴の希望をタイミングを見計らい、声かけを行っている。好みに合わせて湯の温度を加減し、毎日入浴ができるように支援している。	毎日の入浴を支援している。入浴したくなるような声かけに工夫し、特別意識をくすぐるような支援を実践することにより、以前はあった拒否も今では少なくなっている。	
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	個々の生活習慣または身体状況で日中休息を取るよう促したり、朝寝が習慣になっている方には、その方のペースを尊重して、部屋の温度等注意して気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	看護師と身体の様子や薬の管理のチェック等情報交換しながら、責任をもって服薬の支援しており、薬が変更された時は、症状の変化について看護師と共に観察している。		
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	その方に合わせた日常の家事を役割分担し、みんな協力して支援している。コーヒーの好きな方には、コーヒータイムを持ったり、ドライブで、気分転換を図れるよう支援している。		
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支援している	なるべく希望に添うようにご自宅へ行ったり、ドライブの時にご自分の暮らしていた自宅の前を通ったりしている。 3、4カ月に1回は、行きたいところへ利用者さん一人に職員一人付き添って外出支援をしている。	近隣に自宅のある利用者は、ほとんど毎日散歩を兼ねて自宅へ帰り、気になる「家のこと」を済ませる支援を行っている。他に、希望があれば自宅近くまでドライブしたり、生活した地域を訪ねたりと、かなり高い確率で希望実現を支援している。	



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
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	ご本人がお金を所持し、使う利用者さんには銀行での金銭の出し入れ等支援しているが、後はご家族の希望で、立て替え払いになっている。		
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	本人宛におくられたプレゼントのお礼を電話で伝える支援をしている。電話をかけたいという利用者さんにはつなぐ支援をしている。電話中ご本人が聞き取りづらい時は、ご本人に代わり相手の言葉を伝えている。		
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	台所・トイレ・居間など利用者さんが目につきやすい場所に季節の花などを飾り、利用者さんが常にいる場所は、必ず明るくしている。明るいところが苦手な人には、日中カーテンなど閉めたりして明るさを調節している。	居間にはこたつ・ソファが置かれ、利用者が集う環境がある。一人の時間・他利用者と過ごす時間を利用者が選び、生活している。居間と台所に、自然に寄り合える場所ができた感の、民家改造の利点を最大限に活かした場所づくりがある。	
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	気のあった利用者さん同士会話で出来る場所として食堂に集まっていたり、外のベンチや窓際の小さい部屋にソファを置いて居場所を工夫している。		
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	自宅で使われていた家具やご本人の思い出のレコードやカセット・人形等を持ってきて飾ったり使っていただき、整理整頓などもその人らしく行えるように見守りしている。	どの利用者もなじみの物品の持込が多い。筆筒や鏡台など、入居前まで使っていたものを持ち込んでいる。家具の配置、装飾品の飾り付けなど、個性のある、利用者の思いの叶う部屋にしている。	
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	個人の能力に合わせ、部屋のベッドの手すりを整備したり、便所の張り紙をして場所を知らせたり、工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームほのぼの朝日の家

## 目標達成計画

作成日: 平成 24 年 3 月 26 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	14	同業者との交流を通じた向上に今までも取り組んできたが、高山市飛騨市内の狭い範囲だったので、もう少し視野を広げる必要がある。	高山市・飛騨市内だけではなく、全国の先進的取り組みをしている同業者との交流を図り、より一層サービスの質を向上させていく。	インターネット等を通して訪問したい同業者を職員全体で、ピックアップし、全員が、一回は行けるよう勤務のシフトをやりくりする。訪問後、支援会議で取り組みたい活動を話し合い、職員全員が意欲的に取り組めるようにする。	12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。