

# 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	4270600325		
法人名	社会福祉法人 五島会		
事業所名	グループホーム 福寿園		
所在地	長崎県五島市吉久木町907-1		
自己評価作成日	平成21年10月30日	評価結果市町村受理日	平成 22年 1月 15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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do">http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 福祉サービス評価機構		
所在地	福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F		
訪問調査日	平成21年11月21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)】

「家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」という、基本方針に基づいて、質の向上に取り組んでいる。また、介護老人保健施設に隣接しているということで、緊急時等における応援体制も整備され、安心した生活が送れるようになっている。

## 【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)】

高齢化が進み、一人暮らしの方々も多い地域にホームは作られた。“住み慣れた地域でのあたり前の暮らし”を大切にしていた前施設長の思いは、開設から9年後も、ホームの理念や介護目標に引き継がれている。職員の離職が無く、馴染みの職員同士で自由に意見を伝え合いながら、仲の良い暮らしが続けられている。法人内の施設と、全グループホームを統括している施設長の存在は大きく、精力的に職員の意見を聞き、運営改革を続けてこられた。“地域密着”の実践のために、ホームの裏山に自ら入り、地域の子も達等を招待して、ご利用者と集える場所にされ、今では、“裏山の栗拾い”は、地域の方々の楽しみの一つもなっている。子ども達から“肩をもんでもらう”場面もあり、ご利用者は涙を流して喜ばれている。今年の自己評価を行う際にも、施設長が職員と一緒に“更に良くしたい”ことを分析していかれた。「年間を通して自然との共存」をあらためて考える機会を作り出し、“畑の活用や、周囲の散歩”など、ホームにある宝物の活用という視点を職員に提案された。心身機能の低下に伴って“できること”を見つけることが難しくなってきたが、施設長と職員はあきらめず、宝物を活かした取り組みを続けていかれている。

## 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 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

自己	外部	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	園児や児童との交流、地域の清掃活動(草取り、空き缶拾い)、地域住民や法人内のグループホームを招待しての運動会やバザー等で交流を深めている。	20年4月から「地域との交流の中で、社会とのつながりを持ち…」と言う内容を理念に盛り込まれた。裏山を開放して、保育園児や小学生との触れ合いの機会を作り、ご利用者へ喜びと感動を与えることができた。介護目標の中にもある「穏やかな態度で接し優しい笑顔で…」と言う目標もホーム内に掲示しており、日々、実践されている。	
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	町内会への加入により、清掃活動等に参加し、地域との交流を図っている。また、保育園や小学校の自然の体験学習と高齢者のふれあい体験をとおして、地域とのつながりを維持している。	町内会に加入し、町内の会合に出席している。空き缶清掃や道路の草むしりなど町内活動へも積極的に参加している。アイアンマン大会や福江祭り等、地域のイベントにも参加している。2年前から続けている裏山の栗拾いは、小中学生と高齢者の触れ合いや、自然体験としても良い機会であると、地域から高い評価を頂いている。	
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	法人独自で、作成した機関誌(はあとケア)を2ヶ月に1回発行し、事業所の近隣住民に配布し、認知症の理解を深めていただき、地域で認知症の方が安心して暮らせる町作りを目指している。		
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	運営推進会議では、事業実績並びに事業計画と毎回テーマを決めて報告し、それぞれに意見やアドバイスをいただき、スタッフ会議にフィードバックしてサービス向上に活かしている。	年6回開催し、ご利用者・ご家族・町内会長・民生委員・市の職員に参加頂いている。日々の生活の中で、“事故防止”などの目標を決め、実行した結果を会議で報告するなど、日々の活動内容を参加者に理解して頂けるようにしている。職員は、専門用語を使わないようにし、参加者が発言しやすい雰囲気作りを心がけている。	
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	2ヶ月に1回の運営推進会議に参加していただき、市の情報をいただいている。また、法人は、市との連携、長寿介護課並びに包括支援センターと情報交換し、密接な対応をとっている。	制度上の手続き等で市担当窓口を訪れ、報告や相談を行っている。運営推進会議では、市の社会福祉課から生活保護の説明、消防署からは「防災について」、警察署からは「おれおれ詐欺について」説明して頂いている。また、法人全体での勉強会の時には、保健所の職員に講師に来て頂くなど、協力を頂いている。	
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	身体拘束に関する研修へ参加し、その内容を職員へ指導し、理解した上でケアに取り組んでいる。玄関施錠も含めて一切身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束は行っていない。スタッフ会議や法人全体の勉強会の中で、身体拘束についての意識統一、情報の共有化を図っている。外出の希望が強い方には、職員がさりげなく同行し、お気持ちが落ち着かれるまで一緒に歩くようにしている。日常のケアの中での課題を取り上げ、身体拘束をしないという意識を持って話し合いをしている。	
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逃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も法人内での勉強会に加え、スタッフ会議の中でも研修を行い、虐待防止に努めている。身体的虐待以外にも言葉や性的虐待の部分にも目をむけて取り組んでいる。		

自己	外部	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	権利擁護の利用者がいるので、権利擁護事業や成年後見制度についても学ぶ機会を持っている。また、生活保護制度についても、運営推進会議に社会福祉課から出席していただき、生活保護についても学ぶ機会を得ている。		
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	利用契約時には、利用契約書並びに重要事項説明書等にて利用者や家族に十分な説明を行い、理解・納得を図っている。		
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	家族交流会や運営推進会議に参加していただき、そこでオープンに意見・要望の交換を行い、運営に反映させている。	ご利用者やご家族のご要望を運営に反映させるよう努めてきた。運営推進会議の時に、ご家族より「時には事業所側から利用者や家族に対して、こうして下さい、このように協力して下さい」と言うようなことも言ってほしいとの申し出があった。お互いに意見交換できる、家族交流会や運営推進会議へと変化してきている。	
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	法人の代表者も運営推進会議、スタッフ会議やカンファレンスに出席し、職員の意見や要望を聞く機会を設け、反映させている。	月1回のスタッフ会議や月1回の主任者会議をしており、施設長が直接、職員の意見や要望を聞く機会を作っている。会議の中で出された意見や要望については、その場で解決できるものは意見を取り入れながら解決していき、解決しにくいものは、法人の会議において改善計画し、各系列のホームにフィードバックしている。	
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	職員個々の努力や実績、勤務状況は常に把握し、給与・賞与に関しても経験年数、資格取得など人事評価により対応している。まじめに努力した職員が報われる職場を目指している。		
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	職員のケアの実際と力量を把握し、研修を受ける機会の確保に努めている。また、法人内においても外部講師による研修会を開催している。スタッフ会議やカンファレンスにおいてもミニ勉強会等を実施している。		
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	事業所の行事に他の事業所にも呼びかけ招待している。また、グループホーム協議会の研修会にも参加し、他事業所との交流も図っている。		

自己	外部	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	サービスを導入する前から計画作成担当者が本人と面談を行い、要望や意見を傾聴し、安心してサービスを受けられるように対応している。		
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	利用者と同じく、サービス導入前から、家族としての意見や要望を傾聴し、お互いが協力してサービスを提供できる関係づくりに努めている。		
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	利用者・家族を含めて面談を行い、お互いに不安を取り除き快適に生活できるよう必要としている支援を見極め対応している。		
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	職員も利用者も同じ一つ屋根の下で暮らす、家族のような関係を築くように対応している。暮らしを共にするという関係から、昼食を同じ食卓で同じ物を食べるようにしている。		
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	認知症であっても一人の人間として家族との絆を大切に、家族協力のもとに利用者を支えていく関係を築いている。		
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	本人がこれまで人生を過ごしてきた馴染みの場所にドライブし、そこで近所の馴染みの方と面会するようにしている。	ご本人・ご家族から、親しくされていた方や馴染みの場所をお聞きし、その方へ「ホームへ来て下さるように」依頼をしたり、実際に職員がその地域(場所)を訪問して、情報収集に努めた。ご利用者を馴染みの場所へお連れしたり、ご自宅へお連れすることも続けており、ご家族にも協力頂き、近所の友人の家を訪問したこともあった。	
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	職員が利用者同士の関係を把握し、リビング室でのレクリエーションや食堂での座席など利用者個々の特徴を把握して、お互いが支え合うように支援している。		

自己	外部	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	契約が終了しても、これまでの関係を維持している。病院や施設に入所しても見舞いや家族との関係を維持し、その後の相談や支援にも努めている。		
<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	本人・家族の意向を傾聴し、思いや自宅での暮らし方の希望を取り入れて支援を行っている。	食事・入浴・排泄・レクリエーション時など、日常の会話の中で意向の把握に努めている。言葉にして、お気持ちを表現できないご利用者の思いの把握が難しく、どのようにしたら、ご本人の気持ちを理解できるか、スタッフ会議やカンファレンス・申し送りで話し合っている。ご利用者の表情や仕草などから思いを汲み取る努力を続けている。	
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	入居時において、本人・家族から生活歴を把握し、その人らしく生活できるように生活環境を整えている。		
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	毎日の生活、心身状態、本人の有する能力の把握については、全職員が情報の共有に努め、統一した支援を行っている。		
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	本人・家族又は必要な関係者から意見を求め、利用者本位の現状に即した介護計画の作成に努めている。	問いかけの形で声をかけをし、ご利用者の意思を確認している。法人独自のアセスメントシートを使ってご家族からも情報収集を行っている。計画作成担当者が計画の原案を作成し、医師や法人内作業療法士等のご意見も頂き、全職員で話し合いをしている。実施状況などは毎月検討が行われ、必要時は計画の見直しがされている。	地域でその人らしく暮らし続けるために、好きなことや楽しみごと、外出などを、より多くプランに盛り込んでいきたいと考えられている。
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	介護記録及び健康チェック表に日々の様子や実践・結果、気づきを記録し、評価・反省を繰り返し、必要があれば介護計画の見直しを行っている。		
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	利用者のニーズは多様化し、利用者に応じたサービスの提供が求められるので、利用者の状態等が変化した場合には、見直しを行い、変化に対して柔軟に対応している。		

自己	外部		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	利用者一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握しながら、支援を行っている。		
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、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	かかりつけ医の受診については、本人・家族の希望を重視し、適切な医療を受けられるよう信頼関係を築いている。	ご利用者・ご家族に、入居後の主治医を決めて頂いている。主に介護支援専門員が通院介助を行い、変化の有無に関わらず、受診結果はご家族に報告し、医師から新たな指示があった時等は速やかに報告している。医師の診療情報提供書を活用して、スムーズな連携が図られ、適切な医療を受けられる支援が継続できている。	
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	併設する介護老人保健施設の看護師に情報や気づきを相談し、アドバイスをいただきながら適切な受診ができるよう支援している。		
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。	入院時は、情報提供のためサマリを提出し、早期に退院できるようにフォローしている。また、入院後も病院へ状況の確認と見舞いを重ね、安心して治療できるように病院関係者に情報提供を行っている。		
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	早い段階から本人・家族と話し合い、事業所としてできることを十分説明し、かかりつけ医を含めた上での対応をとっている。	重度化や終末期に向けては、入居時またはその都度ご家族と話し合い、事業所での対応が可能な限り取り組む方針である。医療的処置が必要になった場合は、現状ではホームでの対応に限界があるため。医師、ご本人、ご家族、ホーム職員等で話し合いを行い、今後の方針を決定するようにしている。ホームでの暮らしをできるだけ長く継続して頂ける様、体操や広い廊下を使って歩行訓練を取り入れ、健康維持を図っている。	
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	急変・事故発生時の対応マニュアルに基づいて、いつでも対応できるように準備している。		
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	全職員が非常災害の避難訓練を実施し、地域(食肉センター、創価学会会館職員)の協力体制を整備している。	年2回、隣接する老健施設と共に消防署の協力をしながら、避難・消火の総合訓練を実施している。また風水害を想定した避難訓練も実施している。単独での災害時の備蓄品は無いが、法人内事業所からの応援が可能であり、避難場所となっている、地域の食肉センターや創価学会の会館に、飲料水の確保ができる体制となっている。	

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況		実践状況	
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	利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねないように配慮しながら言葉かけを行っている。スタッフ会議において、言葉づかいや笑顔などをチェックしている。	接遇について、スタッフ会議等でお互いに確認し、多くの人生経験を持つご利用者に対して尊敬の念を持ってケアにあたるように指導している。言葉遣いについては職員同士お互い注意し合っており、時に話し合いをすることもある。個人情報取り扱いについても法人全体のルールがあり、プライバシーの確保の徹底に努めている。	
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	本人の意向に沿えるように、様々な場面で本人の思いや希望を傾聴して支援に結び付けている。		
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	利用者のペースを把握し、一日の生活のリズムにそった支援を提供している。例えば、食事においてもゆっくりと本人のペースで食するのを見守り、食後も時間をとおいて移動するような支援を行っている。		
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	本人の好きな色・形・柄などを把握し、できる限り本人に選択していただくようにしている。顔や髪も毎日清潔にし、訪問理容では本人の希望を優先している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎食、食べ物の嗜好を聞き、料理の下ごしらえ、後片付けなど、職員と一緒に楽しみながら行っている。	誕生日には、ご利用者に献立を考えて頂いているが、日頃はホーム職員が献立を考え、定期的に管理栄養士にアドバイスを頂いている。ご利用者に料理の下ごしらえや味見などをお願いし、配下膳や食器拭きなどに参加頂いている。ご利用者と一緒に作った新鮮な野菜を使って料理し、職員も一緒に同じ食事を楽しく食べている。	
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	健康管理表に食事量、水分量などを記録し、心身の状態を把握しながら支援している。		
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、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、必ず口腔ケアを行い清潔にしている。		

自己	外部		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	健康管理表に排泄を記録し、そこから排泄のパターンや習慣を見出し、自立に向けた取り組みをおこなっている。	ご利用者の排泄パターンを把握し、トイレへの誘導をする中で排泄のリズムを整え、自立に向けた取り組みを続けている。ご利用者のプライバシーに配慮しながら、失敗があっても不安にならないようケアし、ご本人の自尊心を傷つけないようにしている。おむつ利用だった方が、リハビリパンツや布パンツへ変更できた方もおられる。	
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	利用者個々の便秘の状況について把握。食物繊維のある食材を使い、牛乳など水分を十分に摂取し、腹部のマッサージ等を行うなどの支援を行っている。		
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	利用者の希望を聞きながら、午前・午後どちらでも利用者のペースや都合、その日の気分や体調に合わせて個別に支援している。	6時間保温可能な設備となっており、いつでも好きな時に入浴ことができ、希望があれば毎日でも入浴可能である。熱いお湯、ぬるめのお湯などお好みの湯温で入浴して頂いている。また羞恥心や恐怖心への配慮も行い、入浴を嫌がられる方には、清拭で対応したり、次の日の入浴や時間をずらしての対応を行っている。	
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	ゆったりとくつろげるようにリビング室にはソファを準備し、畳の共有スペースにおいて休むことも可能であり、自室にて安眠できるように整備している。		
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	服薬管理についての勉強会を開催し、利用者一人ひとりの服薬についても、全職員が把握している。		
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	張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、調理、洗濯物たたみ、ドライブや散歩により気分転換等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	本人の希望時、帰宅願望が強い時、不穏状態が続いているときは、家族に協力を依頼して外出をお願いしたり、または本人の自宅付近や馴染みの場所へドライブする等の支援を行っている。	周辺の散歩や畑、近所への買い物などに出かけたり、車椅子を押しながら近くのコスモス見学にも出かけている。車で30～50分ほどのドライブを楽しんで頂き、玉之浦の風車見学、三井楽町柏灯台、岐宿魚が崎公園へ出かけた。2名のご利用者の希望により、入居する前に住んでいた自宅とその周辺(公民館や港)への外出支援も行われた。	“自然との共存”と言うことを意識して、ホームの畑での活動を増やしてみたり、近くの散歩やお花見等をもっと取り入れていきたいと考えられている。

自己	外部	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	お金の管理ができる利用者には、本人に管理していただきいつでも買い物等ができるように支援している。		
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	本人の希望や家族の希望があれば、いつでも電話のやりとりができるように支援している。		
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	利用者の作品や行事等の写真を飾ったり、季節ごとに花や観葉植物を置いている。	「部屋に光が差し込み、常に明るい感じがするので快適である、常に掃除が行き届いていて清潔」とのお言葉をご利用者やご家族、運営推進委員の方より頂いた。共有空間は、光が差し込み十分な広さがあり、野山の自然の風を取り入れ、快適に過ごして頂けるようになっている。季節感を感じるような壁飾りや行事の写真を貼り、会話のきっかけとしている。	
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	全員が座れるソファから、窓際で日向ぼっこのできるようなソファ、玄関にもベンチを置いて、思い思いに過ごせる場所を確保している。		
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	家族の写真や使い慣れた物を置いて、安心できる環境を整えている。利用者それぞれに貼る場所、置く場所も違い、ベッド・椅子、毛布や布団等、居心地の良い環境を支援している。	使い慣れた食器や衣類等を持って来て頂いている。馴染みの物の持ち込みが少ないご利用者には、ご家族との写真を飾ったり、居室を自室と認識するのが難しい方には、ご本人の気持ちを察しながら声かけ等の支援をしている。ご自宅では布団の生活だった方の居室に、畳と布団を入れた事で、落ち着いた生活となっている。	
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が送れるように工夫している	自立支援を基本としているので、生活の中で利用者の能力を最大限に活かし、できない部分を見守りながら支援することで、自立した生活を送れるようにしている。あくまでも利用者のペースでゆっくりと支援することに心がけている。		

## 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	外出については、本人・家族の希望も踏まえて実施しているところではありますが、身体レベルの低下やインフルエンザ等の感染も懸念される中で外出の機会が少なくなっている。そこで、グループホームの周りの自然を活かした外出から取り組んでみたい。	グループホームの周りの自然を活かした外出により、身体機能の維持と生活機能の維持に努める	①グループホームの建物の周りを散歩することから始める。(5分でも10分でも、とにかく外に出ることの習慣をつけ生活機能の維持を図る)	12 ヶ月
2	1-2		外出を通しての自然との共存	②野菜作りを通して外出し、種まき・育成・収穫の喜びを感じ、収穫した野菜を食する。	12 ヶ月
3	1-3		自然との共存を家族と共に	③野菜作りを通しての外出を家族にも協力していただく。	12 ヶ月
4	1-4		自然を活かした交流	④自然を活かした外出により、地域住民や小学生との交流を図る。	12 ヶ月
5					ヶ月