

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	4270500509		
法人名	特定非営利活動法人トライアングル・サークル		
事業所名	グループホーム たんぼぼ憩の家		
所在地	長崎県大村市東野岳町1786-1		
自己評価作成日	平成23年12月12日	評価結果市町村受理日	平成24年3月19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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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24年1月30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)】

四季折々の季節を感じ、自然豊かな環境に恵まれた暮らしが出来ていることに感謝しながら、地域の中で地域の人との交流を図りながら過ごしています。また、同敷地内にグループホームと介護付の有料老人ホームがあり他施設との連携を図りながら暮らしを支援し、入居者様同士も行き来があり、楽しく交流しております。なお、職員と致しましては少人数だからこそ、入居者ひとり、ひとりの過ごし方に寄り添える介護を目標としています。ご家族・ご本人の意向を事ある毎に確認し要望に応えられるよう努力しています。入居者様の生きてこられた道のりを振り返り、認知症の進行を幾分かでも、緩やかに出来ればと職員で話し合ったり、研修を行ったりしています。

【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)】

“グループホーム憩いの家”は系列の通所事業所等の開設に伴い、23年11月に人事異動が行われた。新しい管理者(看護師)のもと新たなチームワークが作られており、職員から「勉強がしたい(終末期ケア、介護技術をもっと習得したい)」と言う要望が出され、1年間の研修計画も作られた。「ご利用者をお食事に連れて行ってあげたい」など、職員のアイデアも多く、実現に向けた話し合いは日々行われており、職員の協力体制は着実に強くなっている。23年11月から、ホーム内で共用型デイサービスが開始されているが、広いリビングには職員とご利用者がソファに座り、ゆっくりと楽しく語り合う光景が増えてきている。朝10時を過ぎると、ソファに皆さんが集まり、“お話会”が始まる。“干支について”や“節分について”などのテーマが伝えられると、ご利用者の方々が思い思いに語り始め、昔話に花が咲いており、ご自分の性格や思いを語られる事も多い。ご利用者の日々の笑顔は写真に残され、家族にも報告されている。今後も引き続き、ご利用者の役割や楽しみを見つめ、日々の生活の中で“できそうな役割”や“更なる楽しみ”の場を増やしていく予定にしている。

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、活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、安心して暮らしている (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
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	毎朝の引き継ぎの後に、理念を読み上げ、毎日の業務につなげている。	子ども達から高齢者まで「ゆったりと、自分の家のように、地域の中で、その人らしく安心して暮らせる環境を整えていきたい」と言う思いを込めて、「ゆっくりと・自分らしく・共に暮らす」という理念を作られた。職員は出勤後すぐに、ご利用者に挨拶し、時間があれば、ご利用者の横に座って会話をする姿が日常となっている。	
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	散歩や買い物に出かけ、近隣の人達と挨拶を 交わし、交流に努める。	23年11月、近隣の方に管理者交替の挨拶を行った。ホームの前に近隣公園があり、ご利用者と出かけており、近隣の方にお会いする機会にもなっている。5月に野岳で開催される茶市や、彼岸花まつりにも出かけている。たんぼぼ保育園の園児がホームに来て、七夕飾りを作り、食事と一緒に楽しまれた。	
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	施設の見学者や、面会に来られる方々に認知症の人の支援方法を説明したり、理解を求めたりしている。		
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	議題に利用者のケアの実際、課題などを取り上げ、そこでの意見をサービス向上に活かすように努めている。	2か月に1回、隣の“たんぼぼの家”と合同で会議をしており、議題はご利用者に密着したテーマにしている。24年1月には派出所の方が初めて参加して下さり、管轄地域の事故や事件について説明をして頂き、徘徊高齢者の対策も話しあわれた。花見の時や避難訓練時には、ご利用者との交流をして頂いている。	
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に取り組んでいる	市町村担当者と運営推進会議以外にも、事業所の考え方や運営現場の実情など、積極的に伝え、サービス向上に取り組んでいる。	市の方へは、主に隣の“たんぼぼの家”の管理者が窓口になり、連携が取られているが、ホームに関する内容は、直接電話で相談することもある。事故報告書に関して、施設内で今後の対応を検討し、市に提出した際に、他施設などの取り組みのアドバイスも頂いている。	
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	身体拘束をしないと玄関にもかかぎてあり、3ヶ月に1回 3施設合同で、リスクマネジメント会議にて、情報交換、研修の場として取りく	日中は開錠しており、自由に出入りできるようにしている。転倒などの危険性が高い方への目配りを行い、必要に応じて個別の対応も行っている。職員の寄り添いの成果もあり、穏やかに過ごされている方も多い。リスクマネジメント委員会でも“身体拘束をしない”という研修が行われている。	身体拘束に対して、職員の意識が けはされているが、研修の機会が少 ないため、今後も積極的に研修を 行っていきたいと考えられている。
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	リスクマネジメント委員会のなかでも高齢者虐待防止も含め、話し合ったり新聞やニュースでの内容を取り上げたりして、啓発している。		

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
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	実際に、成年後見制度への支援を行った。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	時間をかけ、丁寧に説明すると同時に、疑問点や質問はないか、必ず確認している。		
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	ご意見箱を設置している。また、家族会や面会の際などにご意見・ご要望を尋ねると同時にケアプランを説明する。 お渡しする際、意見用紙をわたし、書いていただき、運営に反映させている。	面会時に家族より意向を伺い、生活歴や好きなもの等を把握している。情報は職員間で共有されており、日々のケアに反映している。敬老会等に家族の集まる機会が作られており、家族会の時にはアンケートを行ったり、食事をしながらお話を伺っている。今後も引き続き、より詳しく、家族に情報提供をしていく予定にしている。	
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	定例会やミーティングなどで、意見を聞くようにしている。	職員から「勉強がしたい(終末期ケア、介護技術をもっと習得したい)」と言う要望が定例会で上がり、1年間の研修計画も作られた。「ご利用者をお食事会に連れていってあげたい」などのアイデアも多く、実現に向けた話し合いは日常の中で続けられている。職員の協力体制も強く なっている。	
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	福利厚生費として、補助を出してもらい、職員間での食事会など設け、ストレス解消の場としている。 希望の研修などは、積極的に参加を促している。		
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	新人教育や職員教育の段階に応じ、研修計画を行ったり、評価しながら、働きながらのトレーニングを積むことを進めている。		
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	グループホーム協議会に参加し、グループホーム相互研修を行い、質の向上に取り組んでいる。		

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	
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	サービスの利用に対し、必ず本人と面接し、心身の状態や、ご本人の思いや不安・要望を聞き取り、本人との信頼関係を築けるよう努めている。		
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	ご家族の困っていることや不安な事など、しっかりお話を聞き、要望がかなえられるよう説明・納得していただき、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	ご本人やご家族にとって、一番良い支援の方法を説明し、選択して頂くよう援助し、必要によっては、他のサービス利用も考慮した支援を行う。		
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	暮らしを共にする者として、利用者様にも施設内の家事や出来ることをしていただいたり、人生の先輩としての教えをいただいたりしている。		
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	面会時に本人の生活状況など常に伝え、家族様と情報交換に努め、共に本人を支えていく関係を築くよう心がけている。		
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	本人の交友関係や生活して来られた場所などの把握に努め、馴染みの人に来ていただけるよう支援している。	“お話し”の中で、戦争の事や昔の事(お稽古ごと)等を話して下さる方も多い。ご利用者の馴染みの方(踊りの仲間、幼なじみ)の訪問時は、ゆっくりお話しができる場所を作り、また来て頂くようお願いしている。自宅への外出や外泊の支援も行われており、馴染みのスーパーにも出かけることができた。	
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	利用者同士の関わりを大切にし、お互いが、ケンカをされたりしても、職員の介入が必要な場合では介入し、また、お話し合ったりする場面を遠くから、見守ったりしている。		

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	入院されたり、退所された場合でも、お見舞いに行ったり、近況を伺ったりしてうる。		
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	言葉や表情から、その思いを推測したり、職員間で話し合い検討している。 ご家族からの情報も参考にしている。	昔の事を話して頂くと場が盛り上がるので、23年11月頃から、“干支”“節分”などのテーマを決めて、午前中の“お話会”で大いに話して頂いている。自分の性格や家族の名前を話して下さる方もおられ、ご本人の思いを含めて個別記録に残し続けている。意思疎通が難しい方とも、ゆっくりお話しする時間が作られている。	
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	ご本人や家族からの聞きとりなどで、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	利用者一人一人の生活リズムを理解し、出来ないことより、出来ることに注目し、発見していくことに努めている。		
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	利用者が、自分らしく暮らせるよう、ご本人の思いを探り、職員間で話し合い、ご家族の要望をお尋ねしながら、介護計画を作成している。	一人一人の心身状況や思い、生活習慣等も踏まえ、家族にも相談しながら介護計画を作成している。家族の役割も計画に反映し、音楽療法や生活リハビリ等にも取り込まれている。“お散歩”“歩行訓練”などの歩く機会を増やしており、“カラオケ、歌を唄う”等の趣味も計画に盛り込まれている。	今後は更に、ご本人の役割や今後できそうな役割(花の水やり、洗濯物たたむ、テーブル拭き、お花を生ける等)を確認しながら、介護計画に盛り込んでいく予定にしている。日頃の生活状況の様子を撮影し、家族にも見て頂ければと考えられている。
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	ケアの実践及び気づきなど、個別記録に記入すると同時にケアの方法の変更や状態の変化等に対して、職員間で、情報を共有品柄介護計画の見直しに活かしている。		
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	ご本人や家族の状況に応じて、その時々必要なニーズを柔軟に対応できるよう職員及び理事等とも話し合い支援できるよう取り組んでいる。		

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
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	近隣の商店への買い物支援のための協力依頼や挨拶を行い、地域での暮らしの中での楽しみを見い出せる支援をしている。		
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	2週間に1回、協力医の往診があり、その他必要に応じて受診援助を行っている。かかりつけ医と連携が図れるよう努めている。	往診をして頂けるという事もあり、納得の上で協力医療機関に変更される方もおられる。職員が通院介助を行っているが、家族に協力頂く事もあり、受診結果の共有もできている。医療情報提供書を作成し、かかりつけ医にお渡ししている。24時間体制でホームの看護師に相談ができ、職員の安心になっている。	
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	看護職員が常駐しているため、職場内及び他施設の看護師との医療連携にて、いつでも適切な受診や看護が受けられ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。	入院された際には介護サマリーを提供し、病院関係者との情報交換に努めて、早期退院に向けて、ソーシャルワーカー等との連絡相談などを行い、病院関係者との関係作りを行っている。		
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	重度化された場合や終末期に対し、家族、医師、職員を交えて、話し合いを行い、事業所でできることを説明し、納得して頂くよう努めている。	全員の方が「最期はホームで・・・」と希望されており、ホームの看護師と共に医療機関との連携・調整が行われている。状態変化時等は、AEDの使用の有無も含めて、再度意思確認を行うようにしている。終末期には夜勤体制を1人増やし、家族と共に穏やかな時間を過ごされた。看護師が勤務しており、2～3ヶ月に1回、医療連携会議が行われ、3施設のご利用者の情報共有ができています。	重度化や終末期ケアに対する不安(特に夜勤時等)が職員にあるため、ホーム内研修の場を作り、知識を身につけていきたいと考えられている。24年度の施設内研修計画を作成されており、毎回職員の担当を決め、事前に各自で勉強し、その報告をしていく予定にしている。
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	消防署の協力を得て、救急救命講習を受け、応急処置や初期対応の訓練を行う。		
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	マニュアルを作成し、消防署の指導のもと地域の方々との協力を得て、避難出来る体制を築いている。また、避難訓練や消化器の使い方の訓練を定期的に行っている。	年に2回、3施設合同で夜間想定避難訓練と研修を行っている。出火元は3施設が順々に担当し、消防署職員(年に1回)と近隣の住民の方(年に1回)も参加して下さっている。地域の方や系列施設にも、避難するご利用者の見守りの協力依頼を行っており、災害時に備え、飲料水や非常食が準備されている。	

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	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
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	利用者様には、尊敬の念をもって、接し、介助の際には、さりげなく寄り添うように支援を行っている。	人生の先輩として尊重し、プライバシーを念頭に入れた言葉かけに努めている。介助を行う際には、さりげなく手を差し伸べるような気遣いをもって支援を行っている。排泄ケア等の誘導時は、声の大きさや言葉遣いに注意しており、ご利用者の自尊心を傷つけないように配慮している。個人情報の管理も徹底されている。	
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	日常会話の中で、さりげなく複数の選択肢を提案し、本人様が、選びやすく意思を伝えられるよう支援している。		
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	利用者様ひとりひとりの生活リズムやペースを理解し、その人に合わせた生活が出来るよう柔軟な対応に心掛けている。		
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	訪問理容のサーピスを受けたり、毛染めの支援をしたりしている。身だしなみには、職員が、おひとり一人気がけている。ひげそりの声かけや衣類のほつれなど。		
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	出来る方は、なるべく、下膳はしていただくようにしている。時には、調理の下ごしらえ等、手伝っていただいている。	ご利用者と一緒に収穫した、ホームの畑の野菜を採り入れ、料理の得意なご利用者に餃子作り等を手伝って頂いている。郷土食である大村寿司やおでんのバイキング等も楽しまれている。献立と一緒に考えて頂いたり、テーブル拭きや配膳等、できる範囲でお手伝いして頂いている。	食事が一番の楽しみでもあり、外で手作りのお弁当を楽しむこともある。今後は、外食の機会を増やしていくと共に、日頃の食事でも、介助の状況に応じて、一緒に食べられる機会が作れればと考えられている。
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	毎食、食事量を観察し、記録している。栄養を考え、必要に応じて、栄養補助食品や水分補給用ゼリーにて、栄養や水分などの確保に努めている。また、食事の形態も状態に合わせて変えている。		
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、実施している。義歯を使用されているかたは、夕食後に洗浄剤を使用して、清潔保持に努めている。		

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	排泄チェック表を記録し、個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行なうことで、トイレでの排泄を促している。	トイレでの排泄を基本とし、“できれば下着”と言う思いで、昼夜のおむつを減らすようにしている。日々のケアを行う中で、おむつやパッド使用について検討が行われ、声かけにより、リハビリパンツから下着(布パンツ)に変更でき、尿取りパッドの使用を中止できた方もおられる。羞恥心に配慮した声かけも行われている。	
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	水分不足にならないように心がけており、毎日、体操をおこない、飲食物の工夫として、バナナやヨーグルト等を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間は、設定しているが、利用者様の体調や気分に合わせて入浴支援を行っている。	ご利用者の希望に応じて、一人ずつ入浴して頂いており、季節に応じて菖蒲湯や柚子湯も楽しませている。入浴を拒まれる方には足浴をしながら誘導を行う等、無理強いをしないようにしている。浴槽も大きく、体調に応じて2人介助が行われている。23年にできた系列の富の原デイに行き、檜風呂を楽しむこともできている。	今後は、家族も一緒に小旅行的な遠出を計画できればと考えられている。嬉野温泉等に出かけ、温泉でのひと時を楽しむことができる企画を検討予定である。
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	就寝、起床時間は、利用者の希望に沿っている。食後の休息もソファや自室などでおこなっている。夜間、不眠の場合は、昼間でも、入眠を促している。		
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	各利用者毎に薬歴表を作成し、薬効、用量、用法など明記している。また、臨時薬も連絡帳にも記載し、職員間で、しっかり把握に努める。		
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	ご利用者様の趣味や得意なことを支援し、行っていただき、感謝の言葉を必ず伝えるようにしている。		
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	ご利用者の希望に添って外出できるようご家族との協力を得て、取り組んでいるが、頻度は少ない。	菖蒲を見に大村公園に出かけたり、野岳の紅葉見物など、四季折々の花や木々を楽しませている。家族のお見舞いに一緒に行かれるなど、個別の外出も行われている。外気浴も取り入れており、隣のホームとの交流と共に、系列の富の原デイに3人くらいお連れし、保育園の赤ちゃんとの触れ合いを楽しませている。今後は、少し遠出の外出を計画していく予定である。	

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	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	買い物へ出かけた際は、利用者様にお金を持ってもらい、支払いもしていただくようにしている。ご本人の希望で少額を管理されている方もおられる。		
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	電話の取り継ぎをおこなったりしている。年賀状など出していただけよう支援している。		
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	玄関に花を飾るようにし、採光には気を付け、温度や湿度が保てるよう配慮している。季節に応じた壁の飾りものをし、季節を感じられるよう工夫している。	共用デイが始まったこともあり、リビングの空間を有効に使えるよう、丸テーブルを1つなくし、四角いテーブルと肘掛け椅子が購入された。車椅子が入れるテーブルと共に椅子も安定したタイプの物に変更された。玄関や廊下・リビングにはご利用者が活けられた季節の花が飾られ、リビングや居室の窓の換気も随時行い、トイレには炭を置いて消臭をしている。	
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	気の合った利用者同志で過ごせるよう、食事のテーブルやソファの位置等配慮し、その時々気分に応じて静かに過ごせるスペースを作っている。		
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	使い慣れたタンスや好み物を持ち込んでいただけるよう、ご家族様をお願いしている。ご家族様と居室の模様替えを相談する。	ペットやカーテン、照明や収納は各居室に備え付けてあるが、ご利用者の体調に合わせて、電動ベッドを使用している。長年ご自宅で使われていた鏡、人形作りの道具、ラジカセ、家族の写真やぬいぐるみなど、馴染みの物を持参頂いている。床の染み等があり、年に2部屋程度ずつ、フローリング工事が進められている。	
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	個々の状態に合わせ、ベッドの位置や向きを考慮し、手すりの使用やトイレのコール等、安全確保と自立に向けて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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。					
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	26	身体機能の低下や認知症の進行により、できることが限られている。出来ることや役割が介護計画書に反映されていない。	限られている中での出来ることを見つけ出し、何かしらの役割やできることに対して介護計画書に反映させる。	入居者様お一人お一人の出来ること探し、職員間で話し合い支援可能な項目を介護計画書に盛り込む。	6 ヶ月
2	6 33	身体拘束や終末期介護に対する研修機会が少なく、施設での看取りをご家族や利用者が希望されている反面、研修の機会が少なく不安を感じている。	施設外研修や施設内研修で学習の機会を多く持ち、介護の取り組みの向上を図る。	施設外の研修や施設内の研修機会を奨励し、自分達での勉強会を開き、お互い知識や技術が高められるよう努力する。1年間の研修計画を実行する。	12 ヶ月
3	40	食事介助の方が多いため、入居者と職員が一緒に食事を楽しむ機会がない。	入居者・職員が一緒に同じ食事を楽しめるよう環境を整える。	外食の機会を設けたり、屋外でお弁当を食べたりして、入居者・職員と一緒に食事が食べれる機会を持ち、施設内での食事介助の環境を再度検討していく。	12 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月