

# 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	4292200054		
法人名	社会福祉法人 さゆり会		
事業所名	グループホーム 大浜	ユニット名	
所在地	長崎県五島市浜町142-1		
自己評価作成日	平成25年1月3日	評価結果市町村受理日	平成25年3月5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	一般財団法人 福祉サービス評価機構
所在地	福岡市博多区博多駅南4-3-1 博多いわいビル2F
訪問調査日	平成25年1月22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)】

<p>外出支援や地域とのつながり・交流や手作業などできる事は手伝ってもらおう。</p>
---

## 【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)】

<p>長崎県五島市浜町にある“グループホーム大浜”は、24年4月から“社会福祉法人さゆり会”の運営となり、職員手作りの大きな鍵を手渡す“委譲式”も行われた。理念はそのまま、前理事長の思いを引き継ぐ事を大切に、併設の通所介護の管理者がホームの管理者を兼務し、介護支援専門員の方が主任となり、新体制での運営が始められた。職員の入れ替わりが少なく、管理者と主任のお人柄もあり、利用者主体の生活は続けられている。母体施設との連携も始まり、研修受講の機会や系列ホームとの交流も増えている。日々の生活では、併設のデイサービスが始まる前に、ホットパックやフットケア、平行棒での歩行訓練などが利用者の日課となっており、ご本人の力を見極めながら自分でできる事を少しでもして頂ける環境が作られている。職員は利用者の小さな変化に気づく事もでき、”過剰サービスをしない優しさ”を続ける事で、ご本人の行動が自然に動くような“介護の力”が発揮されている。新たな挑戦を行う姿勢も日常で、職員全員がパソコンを使えるように取り組むなど、職員の育成体制が着実に強化されている。</p>
--

## 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、活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している (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
<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	介護の理念の唱和を継続して共有と実践につなげていく。	「一人一人をありのままに受け入れて、その方が持てる力を引き出し、皆と一緒にゆつくり、楽しく、おだやかに生活していただきます」という理念のもと、利用者の意思決定を大切に“待つケア”が続けられている。利用者の方々が、野菜の下ごしらえや洗濯物たたみなど、日々の家事全般を積極的に取り組んで下さっている。	
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	地域の自治会・老人会に加入しており、各種行事に積極的に参加している。ホームの行事に地域の人々にも参加を呼びかけている。小学生との交流も定期的に行っている。	地域行事には積極的に参加している。夕焼けマラソンや小学校と町内合同の運動会では、利用者の方々が大きな声で応援される姿が見られており、学習発表会にも参加し、皆さんで楽しんでいる。ホームの敬老会では地域の方が歌や踊りを披露して下さり、小学生との交流(ゲームや歌)も行われている。	
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	個別の相談には、積極的に対応している。		
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	2ヶ月に1回、利用者・家族・老人会長・民生委員・女性代表に参加頂き開催している。入居者の状況やヒヤリハット事例、家族の希望で薬を服用しないで職員の関わりを増やすことで穏やかに過ごす工夫などを報告。	24年3月の“委譲式”には地域の方も来て下さり、24年6月の運営推進会議では“さゆり会”の理念などの報告も行われた。会議では日々のケア内容(食事や排泄、外出など)を話題にする事で、お互いの体験談を話して下さり、地域情報も教えて下さっている。和気あいあいとした雰囲気、話しやすい会議になってきている。	
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	市の担当者とは必要なとき気軽に相談・話し合いができる関係ができている。	24年3月に行われた委譲式には市の方も参加して下さった。定期的に管理者が市の窓口を訪問し、運営推進会議の案内を届けたり、ホームの状況を報告しており、市の担当者とは顔馴染みの関係になってきている。今後も引き続き、運営推進会議の中などで、介護保険制度などの情報を教えて頂きたいと考えている。	
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	身体拘束をしないを法人是としているが、現在は該当者がいない。	「身体拘束は行わない方針」を掲げている。職員は母体施設で行われる身体拘束や職員のストレスケアに関する研修を受講すると共に、毎月の会議で振り返りをしている。職員は利用者への関わりも優しく、利用者の“あるがまま”を受け入れており、日々の役割を担って頂く事で、利用者の方も日々穏やかに過ごされている。	
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	管理者や職員は、虐待防止について学んでいる。ヒヤリハット記入や虐待ととられるような事をしないように心がけている。		

自己	外部	外部評価		
		自己評価 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	権利擁護を利用している利用者は、1名おられる。必要と思われる方には制度を積極的に紹介していきたい。	
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	契約に関する説明は、まず管理者が行い、理解・納得していただけるよう努めている。	
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	利用者には、毎日のケアを通じてご家族には面会時必ず職員が面会して意見・要望を伺うようにしている。ご家族が島外にいらっしゃる方には、請求書発送時、近況報告もしている。	面会時には家族との会話を心がけており、職員が交代で作成する毎月のお便りも、写真を沢山載せている。担当職員と家族との関係も良好で、ケアの方法等の意見を担当職員に伝えて下さり、「教会に連れて行ってほしい」等の要望も頂いている。ホームで生活するようになり、ご本人の笑顔が増えており、家族も喜んで下さっている。
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回のミーティングには全員発言することを約束している。運営に関する事も自由に提案されるので、実践できることは即反映している。	職員が意見を言いやすい環境が作られ、気付いた事や行事への提案も出されている。職員からのアイデアは多く、職員自らが台所の下の棚を作られたり、安いコストで楽しい企画を考えて下さっている。管理者と主任は、職員の“あるがまま”の姿を受け止め、個々の力が発揮できるように努めており、業務改善も続けられている。
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	管理者は、職員の個々の努力や勤務態度の把握に努めている。各自の能力を見ながら役割・課題を与えている。	
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	研修の機会は、全職員平等に与えている。若い職員には資格取得をすすめている。	
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	地域協議会主催の研修会・事例検討会に参加。町内3GHの交流会の開催。系列の3GH会議などに参加。	

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	職員は、できるだけ本人に寄り添い、じっくり話し合える時間を作り、不安や要望を受け止め、安心していただけるための努力をしている。		
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	管理者・職員は、家族とゆっくり話し合う機会を作り、困りごと・不安・要望などを受け止め、安心していただ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	入所相談者は、在宅サービスを利用されている方々がほとんどである。入所を待機していただける方には、他のサービス・施設の紹介をしている。		
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	本人の力を見極めながら職員と一緒にできることをしていただき、一つ一つの行為に感謝の言葉かけをしている。		
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	ホームでの生活、特に楽しかったこと・喜ばれたことを中心に手紙・写真・ホーム便りなどで情報交換を密に行い、家族の絆を大切にしながら共に支えていくケアに取り組んでいる。		
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	地域の敬老会、運動会、お大師祭、墓参りなどに参加している。	馴染みの関係を大切にしている。車いすが通らない道は、職員がおんぶしてお墓参りにお連れしたり、初詣はそれぞれの氏神様にお参りする支援をしている。他ホームに入居される方が同じ故郷であり、地域のホームとの交流で面会できる機会が作られたり、神父様が毎月ホームに来て下さり、お祈りして下さる方もおられる。	
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	利用者同士の関係を把握し、食堂の座席・レク時の位置・散歩等の手つなぎ等利用者同士の関わりに把握している。また孤立者が出ないように目配りしている。		

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	サービス利用終了は、入院か死亡である。必要な方には支援を心がけている。亡くなられた方の初盆には必ずお参りしている。		
<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	利用者には職員全員でかかわるが、特に担当者は、より密接にかかわり、本人の思いや希望・意向の把握に努めている。	センター方式を活用したアセスメントシートには、生活歴や日課、心身状況が丁寧に記録されている。職員は利用者のそばに寄り添い、日々の会話や行動を共にする事で、利用者の思いや希望を把握するように努めている。毎月の会議の時に職員同士で情報共有をすると共に、アセスメントの見直しも行われている。	
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	本人・家族・友人・知人・ケアマネージャーなどできるだけ詳細な情報把握に努めている。		
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	本人・家族からの情報にプラスして毎日の生活を細かく観察しながら心身の状態や有する能力の把握に努めている。		
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	介護計画は、本人・家族の意見を聞きながら職員全員で意見を出し合い、計画作成担当者が中心になって介護計画を作成している。	ご本人と家族から要望を伺い、介護計画を作成している。日々の実施状況や評価は、計画作成担当者を中心にミーティングで話し合い、ご本人の“できそうな事”を見つけ続けている。計画には洗濯物たたみや下ごしらえ、ドライブや地域行事への参加などの楽しみや役割と共に、家族の役割も盛り込まれている。	
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	ケアの内容や日々の様子・気づき等は、個別記録綴りに記入し、情報を共有・ケアの実践や介護計画に反映させている。		
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	併設のデイサービスの機能(ホットパック・フットケア・平行棒等)をほぼ全員が利用。個々のニーズ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	老人会・小学生・友人・知人・ボランティア等の協力を得ながら豊かな暮らしを楽しむことができるように支援している。		
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	本人・家族の希望を大切にしながらかかりつけ医には定期的に協力医には月1回往診していただいている。受診時には必ず職員が同行し、情報提供している。気軽に相談・協力が得られる関係ができています。	通院介助は職員がしているが、家族が受診支援して下さる方もおられ、受診時はバイタルチェック表や排泄状況・体重・食事状況等の記録を持参し、医師との情報交換に活用している。24年11月から訪問看護を利用しており、夜間でも来て頂ける体制ができています。往診に来て下さる先生もおられ、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	看護職と介護職の連携は密に取れている。介護職は、利用者の異常はすぐに看護職に報告・指導を受けている。夜間は、電話で情報交換している。11月から訪問看護と委託契約し、週1回訪問していただいている。		
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。	利用者が入院すると面会に行く。主治医・担当NSと常に情報交換を行い、早期退院に向け働きかけをしている。		
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	重度化や終末期の対応については、早い段階から本人・家族の意見を聞いている。3ヶ月毎のモニタリング時にも再確認し、主治医・看護師等と支援方針を共有している。これからもご希望の方には、ホームで看取りさせていただく予定である。	「ここで最期まで・・・」と希望される方もおられ、「ターミナルケアについての確認書」「終末期ケアに係る承諾書」を説明し、同意を頂いている。新体制後は看取りケアの経験はないが、できる限り最期までホームで生活して頂けるように、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごして頂くための精神面のケア(緩和ケア)を中心に「看取りの介護」を行っ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	急変や事故発生時の対応について訓練や研修を行っている。全職員が経験もしている。		
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	定期的に避難訓練を実施している。周辺住民の方々へも協力をお願いしている。職員全員が災害時冷静に対応できるように訓練を継続していく予定である。	24年度は利用者と一緒に夜間想定訓練が行われた。地域に3つのホームがある事もあり、3年に1回消防団の方が来て下さっている。災害時に備え、食料や水、卓上コンロ、ストーブ、毛布、簡易トイレ、救急箱、懐中電灯などの備品を用意している。オール電化の設備でもあったため、停電に備えてガスコンロも設置された。	25年度には総合訓練を行い、消防団や消防署職員、地域の住民などにも声をかけ、消火訓練などに参加してもらおうと共に、母体施設との話し合いを続けながら、食料などの備蓄の検討も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	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	一人一人の誇りやプライバシーには十分配慮しながら言葉かけやケアを行っているが、慣れるに従ってぞんざいになりやすい。気づいた時に注意しあっている。挨拶や言葉かけなど接遇の徹底に目標をかかげ実践に努めている。	利用者の方は福江の地元の方が多い。「よかかなあ」「手伝ってくるっかなあ」など、温かい方言である五島弁の丁寧語を使っている。排泄時は転倒しないように注意し、ご本人のプライバシーを尊重するためにトイレの入口を見えない程度に閉めている。入浴時に一人で入りたい方は、一人でゆっくり入浴できるように見守りしている。	
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	一つ一つのケア行為の度に声かけ説明をして本人の思いや希望を聞き、ご自分で決めていただけるように働きかけている。		
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	一人一人の性格・体調・望みなど利用者のペースを大切にしながら日々楽しく過ごしていただける支援している。園の畑で野菜作りをしているが、自然に2,3名の利用者が集まり、その中の一人はいつの間にか職員と一緒に作業している姿が見られる。		
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	毎日の服装は本人に選んでいただく。外出や行事時は本人の希望を伺いながら化粧する口紅を付けるなど整容に配慮している。		
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	一人一人の量に合わせて下ごしらえ・味つけ・片付けなど一緒にしていただく。嗜好品も伺いながら献立や調理方法に反映させている。野菜の下ごしらえを手伝って頂く事で季節感を楽しみ、料理に対して話題で弾んでいる。	魚料理を好まれる方が多く、美味しいお刺身なども楽しまれ、ホームの畑で収穫したサツマイモやズッキーナ等を使い、季節の料理が作られている。郷土料理の“いり焼き”や家族手作りの“かんころ餅”も好評で、夏は好例のお寺の竹を頂き、庭でソープ流しを楽しまれている。水分量も毎日記録に残し、全員1600CC程度は摂取できている。	利用者の方には野菜の皮むきや味見をして頂き、料理のアドバイスも頂いている。今後も引き続き、利用者の方も一緒に調理する機会を増やしていくと共に、水分補給に伴い、便秘解消に繋がっている事もあり、水分補給の効果の確認を続けていく予定にしている。
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	栄養バランスは、系列の栄養士の作った献立表を参考にし、毎日の摂取量・水分量は記録し、不足しないよう配慮している。		
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、口腔清掃・うがいを実施。本人の能力に応じて義歯の取り外し・装着などしていただいている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握するように努めている。夜もできるだけPTイレやトイレ誘導し、おむつ減らしに努めている。	排泄が自立している方もおられる。トイレで排泄する事を大切に、個々の排泄パターンを把握し、時間を見てトイレ誘導をする事で、使用するパッドの枚数が減り、布の下着に変更できた方もおられる。排泄時には、ご本人のお気持ちに配慮し、「よか所に行こう」などと声かけの仕方も工夫し、ドアの外で待機するなどの配慮もしている。	利用者の体調によっては、転倒の危険性もあり、オムツを使用されている方もおられる。尿意がわかっておられ、鈴で教えて下さる事もあり、今後も下肢の筋力アップに努め、ポータブルでの排泄ができるように、支援を続けていきたいと考えられている。
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	毎日排便状況をチェックしている。飲食物や運動・マッサージ等に配慮しているが、便秘が続く方には下剤を処方してもらっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	隔日の午後入浴日としているが、希望される方には、一人でゆっくりと時間をかけて入りたいと言う利用者もおられる。年1回隣町の温泉センターを利用している。	利用者の好みの湯温や入浴時間を伺いながら、入浴支援をしている。入浴を拒まれる方は時間をずらす事で、自然に入浴できており、入浴時は童謡を唄ったり、昔話を楽しませている。ホーム周辺のヨモギを摘み、ヨモギ湯にされたり、「1人で入浴したい」と言う方は職員はドアの外で待機し、さりげなく見守りをしている。	
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	一人一人の希望を聞きながら就寝援助をしている。安心して気持ちよく休息安眠がとれるように本人の希望で雨戸を閉めるなどの対応をしている。		
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	職員は、薬の内容を理解しており、正しい服薬支援をしている。名前と薬剤の確認、確実に服用したことを見とどけ、症状の変化にも努めている。		
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	生活歴やその方の力を活かした役割・楽しみごとを探して張り合いや喜びのある生活ができるように支援している。		
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に支援している	一人一人の希望に沿って外出支援している。散歩やドライブ・買物などできるだけ外出の機会を作るように努めている。地域の行事・敬老会・小学校運動会・御大師様等にも参加している。	天候が良い日はホームの外で健康体操を行い、海やお寺への散歩も楽しませている。お花が大好きな方が多く、蓮の花や桜、ひまわり、秋桜などの花見に出かけている。お大師様参りや大宝寺の千日祭、富江温泉、荒川温泉の足湯、樹木園での“たこあげ見学”にも行かれている。個別の支援として、自宅やお彼岸の墓参りに行かれる方もおられ、選挙の時は期日前投票にもお連れしている。	



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
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	職員は、お金を持つことの大切さを理解している。現在お金はを所持している人は2名。受診後、本人の希望で買物の希望があればお連れする用意はある。		
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	電話はいつでもかけたり受けたりできる。困難な方にはそばに寄り添って援助する。		
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	共同の空間は不快な音や光・臭いなどがないように配慮し、季節の花や置物・壁掛けなど居心地よく過ごせるように配慮している。夏にはグリーンカーテンやすだれをしたり、気の合わない利用者同士の関係では、テーブルの配置を変えたりするときもある。	リビングと対面になったキッチンでは、利用者との会話が弾んでいる。利用者同士の関係も考え、テーブルの配置替えも行われ、畳の間やソファでは洗濯物をたたまれたり、輪投げなどのレクも楽しまれている。ホーム内の清掃は行き届いており、利用者の方々が自主的に歩行訓練をしている。レク道具などの収納場所の検討を続けており、整理整頓を続けている。	
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	リビングのソファ・和室・廊下の藤椅子など仲間同士やひとりでくつろげる場を作っている。		
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	タンスやテレビ等使い慣れたものを持ってきていただいている。置き場所も本人ご家族と相談している。亡き夫の位牌・写真を持ってきた方もおられる。	畳の間とフローリングの部屋があり、窓からの日差しは“よしず”等を利用している。利用者の体調に合わせて、高反発のマットを使われている方もおられる。ご本人が元気な時に作ったちぎり絵やパッチワーク、子供や孫等の家族の写真、大好きな演歌歌手の写真なども貼られ、マリア様を飾られている方もおられる。	
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	建物全体がバリアフリーになっている。廊下・トイレ・風呂場には手すりがついている。室内に段差はない。利用者が安全でできるだけ自立した生活が出来るように配慮している。		

## 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	次のステップに向けて取り組みたい内容	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	35	25年度には総合訓練を行い、消防団や消防署、地域の民の方たちにも声をかけ、消火訓練等に参加して頂くと共に、母体施設との話し合いを続けながら、食料など 備蓄の検討もしていく予定である。	年間の消防計画を立て、消防署や消防団 地域住民との連携を図る。災害時、消火訓練や防災訓練を行う事で、落ち着いて対応する事が出来る。	母体施設との話し合いを行い、食料などの備蓄を行う。地域住民との連携をとることが出来るように、消火訓練など声かけを行い参加していただける働きかけをする。避難経路、避難場所の確認を周知徹底する。	12 ヶ月
2	40	利用者の方には野菜の皮むきや味見をして頂いたり、料理のアドバイスも頂いている。今後も引続き一緒に調理する機会を増やしていくと共に、水分量を増やすことで便秘解消に繋がっている事もあり、引続き効果の確認を続けていく。	入浴がなく、ゆっくり出来る日曜日の昼食やおやつを準備を、最低月に1回は利用者と一緒に調理する機会を作る。	無理のないところから始め、台所に立つことの出来ない利用者も、ホットプレートなどを使うことにより、卓上で調理が出来るように工夫する。調理を行う事で食事に関心を持って頂き食欲増進に繋げる。	12 ヶ月
3	43	利用者の体調によっては、転倒の危険性もあり、夜間はオムツを使用されている方もおられる。尿意がわかり、鈴で教えてくださることもあり、今後も下肢の筋力アップに努め、ポータブルでの排泄ができるように、支援を続けて行きたいと考えている。	利用者の尿意を大切に、ポータブルトイレやトイレで気持ちよく排泄が出来るように支援する。安全に排泄できるように、下肢筋力の向上を図る。	尿意はあるが時々失禁が見られる利用者(2名)の昼間の失禁を減らす、又は無くす方向で時間を見ながらの誘導を徹底する。 →夜の失禁を減らしていく。 手すりやテーブルを利用しての立ち上がり訓練などを日常的に楽しみながら下肢筋力の向上に繋げていく。	12 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月