

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	4291100024		
法人名	有限会社 スローライフ・プランニング		
事業所名	グループホーム時津ぎんなん	ユニット名	
所在地	長崎県西彼杵郡時津町子々川郷3504-3		
自己評価作成日	平成25年7月5日	評価結果市町村受理日	平成26年2月24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	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7月30日	評価確定日	平成25年12月25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)】

待ちわびていた新ホームに転居して1年が過ぎた。山や小川、田んぼ、木々花々等に囲まれた四季の美しい環境である。新しいスタッフでまだまだ未熟なところはありますが、明るく笑いのあるホームだと自負している。利用者の本当の思いを知り、望む生活を目指す為にアセスメントやケアプランに力を入れ、それに沿った支援をさせて頂くよう努力もしている。最新までホームの生活を望まれる方は、ターミナルケアを行い、この1年で4人の方を看取らせて頂いた。地域のドクターや訪問看護ステーション、言語聴覚士や歯科医等の協力や連携の賜物と感謝している。運営推進会議を行い地域の自治会長や民生委員にもホームの理念や方向性をご理解頂き、自治会の集まりや地域の神社のお祭りなどにもお声をかけて頂くなど、当ホームも地域にとって少しずつではあるが馴染みの環境になりつつある。また、週に2回昼夕栄養士の食事が提供され、味、盛り付けにも定評がある。利用者も高齢化が進み何かをするというよりも、景色を眺め歌を歌ったり、情操面に目を向け、心豊かに暮らすホームを目指している。

【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)】

“グループホーム時津ぎんなん”は24年4月に時津町子々川郷に移転してこられた。会社名にも掲げている“スローライフ”を実現するために、土や空、山や緑の木々、花々や作物などと触れ合える環境で新しい生活が始められた。以前はブドウ園だった場所にホームは建てられており、明るい光が差し込むリビングは天井が高く、周囲の山々や畑を眺める事ができる。移転後、1年が経過する中で職員の入れ替わりを経験し、新しい職員も多い。新人の育成と合わせて、日々の業務を一生懸命に務めてこられた職員全員の頑張りは素晴らしく、1年の間で看取りケアも行われた。今後も職員のモチベーションを維持していくためにも、機会ある毎に施設長の想いを職員にわかりやすく伝えと共に、管理者(ケアマネ)もケアの現場に関わる機会を増やす中で、現場に密着した更なる業務改善が期待できるホームである。職員も現状の人員体制の中で、いかに時間管理を行っていくかを考えており、職員同士のカンファレンスの重要性も理解されている。ホームに関わる全ての方への感謝の想いを忘れず、今後も理念の実践に向けた取り組み(P・D・C)を続けていく予定である。

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ます (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広がったり深まり、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、その時々々の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
I. 理念に基づく運営					
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	地域において認知症の人が心豊かに安心して生活するために、理念はスタッフ全員で心をひとつにし目指していく指標であるが、ミーティング等を通してスタッフに伝えていくつもりではあっても、実践に繋がっていない現状である。新人スタッフでもわかりやすくより具体的な文章や言葉にするなど、検討していきたい。	ホームの移転後、職員の入れ替わりを経験しているが、新しい職員も含めて日々のケアを精一杯努めてこられた。新しい環境でもあり、人人体制の厳しさがある状況にも関わらず、「敬意・傾聴・受容・寛容・愛情」の姿勢を持って、ご利用者との信頼関係を地道に築き続けている。ユニット目標も職員主体で作成し、ホーム内に掲示している。	今後もケアの現場で何が起きているのかを正確に把握し、原因分析を丁寧に行いながら、改善策の検討を続けていく予定にしている。人人体制を整える努力も継続されており、今後も職員のモチベーションを維持できる方法の検討を続けていく予定である。
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	回覧板や日常の挨拶等を通じて現在の地域に馴染んできている。民生委員や地域の病院、警察署など依然と変わらず交流している。	移転後、1年が経過した。移転前に地域への説明会と内覧会も行い、地域の方にホームに来て頂く中で、「ここにお世話にならんば」と言うお言葉を頂く事ができた。地域の清掃活動や秋の神社のお祭りにも参加し、地域の花見も楽しまれ、節分には近所の子供会がホームに来て下さった。地道に地域に溶け込む努力を続けている。	
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	運営推進会議を通して発信している。スタッフに余裕ができればホームの様子を新聞などで地域に向けて発信したいとは考えている。		
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	利用者の状況やホームの活動等を報告し、様々なサービスや出席者に意見を頂き、サービスの向上に努めている。	会議の目的やホームの取り組みの共有が行われている。参加者の方も熱心にホームの事を考えて下さり、有難く思っている。参加者からも地域での取り組みや課題などを教えて下さり、意見交換が行われている。「ホームの事がよくわからない」と言う意見もあがり、随時ホームの役割等の説明を続けている。	移転後しばらくは内部充実に追われ、定期的に会議を開催する事ができなかった。今後は定期的に開催し、家族や地域の方、町役場の方々との交流の機会を増やし、気軽に相談できる場にしていくと共に、子供達との交流も増やしていきたいと考えている。
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	日頃からは連絡を密に取っていない。協力関係を築くためにも運営推進会議に参加頂くようお願いしているが、来訪頂けない現状がある。	ホーム開設時から変わらず、町役場の担当者の方とは意見交換を続けている。ホームの移転に伴う相談や、各種申請手続きのために町役場の窓口を訪れ、ホームの状況を報告し、助言を頂いている。移転時には役場の方もホームに来て下さり、「いいですね」と言うお言葉を頂いた。	今後は運営推進会議に時津町役場の職員の方にも参加して頂きたいと願っている。市町村あつての地域密着型事業所でもあり、ホームの現状や職員の声を伝えていきたいと考えている。ケアマネを中心に町役場に出向く機会を増やし、意見交換を深めていく予定である。
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	研修やミーティング・カンファレンス等で勉強会を行い、禁止事項等資料もスタッフは各自渡しているが、正しく理解できてないところもある。その都度管理者やリーダーが伝え、身体拘束をしないホームを目指している。	身体拘束をしないケアを行う事で、リスクが発生する可能性がある事も家族に伝えている。職員の人員によっては思うように外出に同行できない時間帯もあり、職員は精一杯工夫して、優先すべき業務の見極めを続けている。主治医や専門職に歩行器などのより良い福祉用具も相談し、安全に移動して頂く手段を検討している。	
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	当ホームOJTやミーティングやカンファレンスを行い、OffJTにも積極的に参加し意識は向上している。知らず知らずのうちに言葉の虐待等がないよう注意を払っている。		

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	
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	OJT・OffJT、ミーティング等で制度について学んでいる。必要な方に関しては管理者も含め関係者で話し合っているが、制度上の問題なのか実際に活用できるまでに時間がかかり、必要な時の支援が難しい現状である。		
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	十分な説明を行っており、納得いただいている。改定がある場合は文章でお知らせしている。		
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	市町村や国保連、社会福祉協議会などを紹介している。	協力的な家族が多く、敬老会や花見等にも一緒に参加して下さっている。身体状況の変化に関しての職員間の情報共有が不十分な時があり、家族から指摘を頂いたが、管理者への報告体制のあり方を検討し、改善に繋げるように努められた。	移転後1年と言う状況と共に、職員の入れ替わりも続いたが、今後も家族の方々との面談を増やしていく予定にしている。管理者(ケアマネ)が現場に入る機会を増やし、家族の思いを共有し、改善に繋げるための方法を検討していける事を期待していきたい。
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	ミーティング等で意見や提案を聴く機会を設けているが、なかなか上がって来ない。	職員から敬老会や誕生会の企画の提案がある等、職員の意見は日々の業務に反映されており、職員同士の気づき等は連絡ノートで共有している。職員主体で企画書を立て、職員同士で協力して準備も行われており、ご利用者主体のケアのあり方や、ご利用者に喜んで頂ける企画等のアイデアも出しあっている。	今後は運営推進会議や避難訓練、行事などの年間計画を明確に作成し、それを実行していくための組織を作る必要がある。職員個々を“大人”として向き合う姿勢を持つと共に、管理者とリーダーが主体になり、業務改善に努めていける事を期待していきたい。
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	職員の努力や勤務状況を把握し、給与に反映させてくれる。サービス残業はなしに時間外手当やその他手当等能力に応じて計らってくれる。パートから職員への道も開かれている。		
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	施設内はもちろんのこと、介護福祉士の研修やホームに講師を招くなど研修を受ける機会を推進・確保している。		
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	認知症研修や他のグループホーム、介護福祉士会、口腔リハビリ等の研修、地域の勉強会や交流会などに参加する機会が多く、ネットワーク作りや情報交換できる場を図ることができる。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
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	本人の思いや家族の願いはもちろんのこと、「Aさんらしさ探しシート」や「11分類シート」や「ひもときシート」等を利用し本人の本当の思いに近づけるよう努力している。			
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	家族が困っている事や不安等に耳を傾け、共感しながら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	インテークが大切だと考える。その時必要としている支援を見極め、支援を行っている。基本情報が大切だと考えている。			
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	スタッフ視点に偏らないよう、本人の立場で支援し、いつも側に寄り添う気持ちで支援している。			
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	スタッフが一方的に支援するのではなく、家族の協力なしでは支援は難しいことを理解しているので、常に家族に相談し協力を得ながら、家族と二人三脚で支援している。			
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	途切れないようにはしたいが、家族の思いや意向もあるので、必ず家族に相談し、協力を得ている。現在はほぼ寝たきりの方や超高齢の方が増えてきた為、近所を散歩するくらいで実現がかなり難しい。家族や親せき、主治医も馴染みの関係と言えるのではと考える。	時津町の方が入居されており、家族の面会も多い。家族も一緒に花見に行かれたり、行きつけの美容室に行かれる方もおられる。重度化に伴い、自宅に帰る事が困難な方もおられるが、ご本人から「家を見たい」と言う要望があり、家族と外出されたり、外泊される方もおられる。お友達や近所の方もホームに来られている。		
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	好きな場所で好きなように時間を過ごしている方もいれば、リビングに集まって新聞折りやトランプや映画観賞をする方もいる。輪には入らず、中間的な場所で過ごす方もいる。お互い認め合って生活されているように見受けられるし利用者の関係もスタッフは把握し、間を取り持っている			

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	
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	ターミナルケアで亡くなる方がほとんどであるが、忌明けや初盆、1周忌等お参りをさせて頂いている。ホームで生活されていた写真とともにお手紙も出している。現在も退所された家族から介護保険サービスの事で相談されることもある		
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					
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	アセスメントを行い、意向や希望に沿えるよう努めている。困難な時や、様子が変わった時等はカンファレンスを行い、スタッフみんなで11分類シート等を利用し本当の思いや望みに近づけるよう取り組んでいる。	基本情報や11分類シート等も利用しながら、ご利用者の意向や家族の要望を把握するように努めている。意向の把握が難しい方も、日頃の様子や表情、言葉、行動などから、その方の思いを探っており、座位の角度にしても、表情を見ながら検討を続けている。ケアマネの頑張りにより、職員のアセスメントの視点も深まってきている。	
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	家族にも尋ね、基本情報も参考にアセスメントを行っている。できる限り馴染みの暮らし方に近づけるよう、本人や家族と相談しながら、本人に合った環境を整えている。		
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	Aさんらしき探しシートや11分類シート等を活用し暮らしの現状の把握に努めている。表情や様子、バイタルなどから心身の状態を把握する努力をしている。また、一人ひとりの過ごし方を支援している。		
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	家族や医療機関、スタッフなど意見を反映し、利用者の思いに即した介護計画を作成するよう努めている。スタッフもまだまだ勉強不足などところはあるが、これからもチームで取り組んでいきたい。	職員は日々の生活の中で、生活歴や趣味等を丁寧に把握している。ご本人と家族の希望を伺い、実現可能な事柄は取り組めるように支援している。計画はケアマネが作成し、ご本人の役割を含めて計画に盛り込まれている。計画作成の視点も職員に伝え続けており、職員も計画を確認しながらケアの標準化に努めている。	
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	ケアプランに即したケアの実践であり、記録でなければならないが、誰が見てもわかる内容ではなくモニタリングに活かしてない。話し合いで職員間の情報を共有しているが、記録に関してはスタッフ間で検討し勉強会や研修の機会を増やしたい。		
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	利用者と近所に散歩にお連れしているが、その時生まれるニーズに対応できてない。忙しさなどを理由にして柔軟に支援ができてないように思う。		

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	自治会長などが地域行事の参加に声かけを行ってくれる。地域の医師や言語聴覚士にも訪問頂いている。最近では口腔リハビリの研修会にも参加し、歯科医の訪問指導も頂いている		
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	本人や家族の希望やかかりつけ医との関係を大切にしている。最近では家族に通院をお願いしている為、かかりつけ医とスタッフが、かかわることが少なくなっている。今後はスタッフが同行し、かかりつけ医との信頼関係を築く必要があると考えている	往診時に医師との情報交換ができており、訪問看護師や言語聴覚士、歯科医師からのアドバイスも頂いている。家族が受診した時も含めて受診結果の情報共有ができています。医療関係者の方が参加しているボランティア団体の企画(口腔ケアの勉強会)にも参加し、日々のケアに活かすようにしている。	
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	職場内に看護師はいないが、訪問で来られる看護師がいる。日々の様子を報告し、スタッフが困った事等を相談しアドバイスを頂いている。		
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。	利用者が入院した際、安心して治療でき、早期に退院できるよう、病院のソーシャルワーカーや看護師等と情報交換や相談に努めており、病院との関係づくりを行っている		
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	入居時に終末ケアのあり方について家族に伝えている。意思表示はその時に同意書を頂いているが、後から家族の気持ちが変わることもあるので、家族とは十分に話し合い、主治医からも説明をし納得した中でチームで支援に取り組んでいる	移転時から4名の終末期ケアをさせて頂いた。ご本人や家族の希望に添ったケアができるように、医療関係者も含めて十分な話し合いが行われ、主治医・訪問看護師の協力を頂きながらチームで支援している。研修にも参加し、事例を出して他業種で検討する機会もあり、終末期の口腔ケアの重要性についても職員の理解が深まっている。	
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	利用者の急変や事故発生時に備え、職場においてリスクマネジメントの研修を行い、応急処置など随時ケアマネージャーやリーダーから指導やアドバイスを受け実践力を身に付けている		
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	ホームが新しくなって、まだ災害訓練を行っていない。防火管理者が退職し、新たな管理者の設置が急務である。利用者の命に係わるので、計画書を今一度確認し、1年に6回は避難訓練を行う必要があると考えている	系列の西海のホームでの訓練に職員が参加し、全体ミーティングの中でも防災の研修を行っている。夜勤時の点検(主電源を消す確認等)も徹底されており、チェック表も毎日付けている。一斉通報装置とスプリンクラーも設置している。	ハザードマップも事務所に貼っている。地滑り地帯に隣接しており、定期的な災害訓練の実施と備蓄が急務となっている。地域連携の在り方も含めて、運営推進会議で検討すると共に、年間計画を立て、確実な実践に繋げていける事を期待していきたい。

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	
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	思いを受け止め利用者の立場に立って言葉かけを行い対応しているつもりである。できる限り否定的な言葉かけをせず、スタッフの視点にならないよう心掛けている	ご利用者ができる事を見つけ、新聞たたみや洗濯物たたみ等に力を発揮して頂く事で、落ち着いた生活を送って頂いている。寝たきりの方のおむつ交換時はバスタオルをかけるなど、羞恥心の配慮にも心がけている。	ご本人の拒否が見られた時、職員の気持ちに余裕がない時などに、配慮に欠けた声かけになる事があるとの事。職員同士で注意し合える関係を作ると共に、カンファレンスを行い、全員で話し合う機会を持ちたいと考えている。
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	スタッフの思いを利用者に押し付けず、利用者の思いに耳を傾け、本人に決定して頂くよう働きかけている		
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	スタッフは、利用者一人ひとりのペースを把握し大切にしている。どのように過ごしたいのか希望に沿った支援をしているが、まだまだできてないところもある。		
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	その人らしい身だしなみの支援をしている。希望に沿って理髪師に依頼したり、髪染めにご家族と外出される方もいらっしゃる。		
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	食事を楽しみにされているが、重度の利用者が多いこともあり、共に準備をすることは難しくなっている。お元気な方はテーブルを拭いたり、下膳して頂いたりできる事をお願いしている	管理栄養士が週に2回(昼と夜)、美味しい料理を作られている。ご利用者も“もやしの根切り”やホットケーキ作り、干し柿作り等を手伝って下さり、今後も機会を増やしたいと考えている。週5日は委託業者に宅配を頼んでいるが、ご飯はホームで炊いている。食卓には季節の花を飾り、職員も一緒に食事をしながら会話を楽しませている。	
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	栄養士に相談しバランスの摂れた食事の提供に努めている。食事量や水分量は生活チェック表に記入しスタッフ間で確認し合っている。水分量は特にこまめに摂って頂き、脱水症になら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	肺炎になる可能性が高いので、特に配慮している。毎食後必ず口腔ケアを行っている。歯科医にも相談し訪問頂いたり、口腔リハビリの重要性も理解している。		

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	スタッフの支えで立位が可能だったり、座位ができるのであれば、ほとんどの方がトイレで排泄できる。スタッフが排泄パターンを把握し言葉かけを行うことで失敗も減少している。	トイレは来客用を含めて3つ有り、尿臭も無く清潔にされている。基本情報や11分類シートを基に排泄感覚を把握し、ご利用者のしぐさや様子も見ながら個別の声かけをしている。失敗された時は他の方に気づかれないよう自室やトイレにお連れし、羞恥心や不安を感じないように言葉かけに配慮している。	
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	繊維物を食事に摂りいれたり、バナナやリンゴの果物も提供している。運動量が少ないので入浴時に腹部マッサージをする等自力で排便できるよう努めている。どうしても難しい場合は主治医に相談しアドバイス頂いたり、便秘薬を処方頂いている。		
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	一人ひとりの様子やタイミングに合わせて支援している。曜日は決めていないが時間帯は日中がほとんどである。夜間の希望があるかたに、スタッフの勤務の関係で、今のところ希望に添えてない。	職員の介護負担軽減の目的で浴槽の形が特殊であるが、ご利用者の混乱も無く、入浴好きな方が多い。ご利用者の好みに応じて静かな入浴時間を過ごされる方や、職員との会話を楽しまれる方もおられる。医師の指示もあり、浮腫予防で足浴を行う方や、体調に応じて2人介助も行われている。	季節に応じて柚子湯も楽しませている。ケアマネの方に「夜に入浴したい」と言う希望を言われている方もおられ、今後も職員全員で情報を共有すると共に、管理者(ケアマネ)も一緒に人員配置の検討を行う事で、希望に応じた入浴支援を行っていく予定にしている。
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	利用者一人ひとりの生活習慣やその時の状況に応じて、休息したり休んで頂くなど、利用者に合わせた支援をしている。		
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	利用者が使用している薬も目的や、用法、用量について理解している。様子に変化ある時等は副作用も含めて薬情報を確認し、必ず主治医に相談している。新しい薬が追加された時は、その経過を主治医に報告し指示を仰いでいる。		
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	できる限り、日々を生き生きと過ごして頂けるよう、一人ひとりに合った気分転換や楽しみ事を提供している。また、洗濯物をたたんで頂くかたや、食事の下膳をする方など、その人の力を活かした役割を持つことができるような支援している。		
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	その日の利用者の気分や希望に沿って短い時間ではあるが、戸外に出かけている。特に春先は機会を多く持つことができた。もう少し地域のかたと協力できる体制を整えたい。	季節によっては毎日のように近所を散歩している。西海市のホームに遊びに行き、一緒に食事をする機会もあり、秋の神社のお祭りや地域の花見も喜ばれた。職員も外出好きで、家族も協力的であり、今後も引き続き、人員体制を整えていくと共に、業務の調整を続けながら、外出の機会を作っていきたいと考えている。	

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	家族の同意でホームで預かり、必要な時は買い物に同行している。すぐにお金をどこかにしまってしまうかともいるが、家族の同意を得て、安心されるので所持している。お金の大切さは皆さん十分わかっているが、自分で支払うことが難しくなっている		
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	家族に電話したい時は、スタッフがお手伝いし電話をかけて頂いているが、家族の訪問が多いので、最近は申し出が少ない。特には電話をかける様には勧めていない。		
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	利用者が安心して生活できるよう、またスタッフがさりげなく見守りができるような設計でホームを作った。窓が大きくリビングも明るい。部屋からは四季折々の季節を感じ取れ、安心して生活できる。	ホーム内は天井が高く、開放感のある造りとなっている。台所は対面式で、ご利用者の様子を感じながら料理をする事ができている。リビングからは周囲の田んぼや山を眺める事ができ、季節の移り変わりを感じる事ができる。職員が摘んでこられた花がリビングに飾られ、家族が毎月作って下さる季節の貼り絵も飾られている。	
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	利用者各々が思い思いに過ごせるよう支援している。独りになれたり、気の合った人と集まったり、テレビを観る方もおり、つかず離れずの中間的空間も工夫している。廊下のところどころに椅子も置いている。		
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	家族と相談し、馴染みのものを準備して頂き、コーディネートも一緒に考えている。家族も協力的である。	リビングの周囲に居室が配置され、居室の入り口には職員手作りの表札が掛けられている。アルバムや写真立て等が飾られ、馴染みのクマや人形、大切な仏壇も持ち込まれている。居室のレイアウトは家族にも相談し、協力して頂いている。来訪者から見えないよう、今後はオムツの保管場所なども検討していかれる事を期待したい。	
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	ICFの視点でアセスメントし、「できること」「わかること」を活かして自立して安全に生活できるよう、廊下やトイレ、玄関に手すりを設置し、車いすでもトイレに行きやすいように入口を広くしている。また、洗面等が車いすでも使用しやすい洗面台で、蛇口も伸びるようになっている		

事業所名： グループホーム時津ざんなん

作成日： 平成 26 年 2 月 19 日

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	1 (1)	理念の共有と実践 理念はスタッフ全員が心ひとつにして目指す目標である。が、実践につながっていない。 スタッフの入れ替わり等で、理念がケアの目的であることを理解できていない。	理念は、統一されたケアサービスの提供につながり、それぞれが求めるサービスの質を高めることになることを理解し実践できるようにしていく。	理念を 新人スタッフでもわかりやすく、自分たちの介護目標として、より具体的な言葉や文章にしていく。自分たちの福祉への思いや考えは理念を実行することで実現できることを知る。	3ヶ月
2	5 (4)	市町村との連携 移転後の忙しさにかまけてしまい、市町村との連携が密に行われているとは言い難い。	地域でのあるべき姿の模索 地域密着型施設として市町村と連携して、その福祉計画の一端を担うものとして市町村との協力連携は不可分であることを認識して、地域における施設の役割などを模索していく。	時津町役場の高齢者支援課や生活保護課などの関連部署及び包括支援センター職員などへ運営推進会議への参加要請を行い、各関係機関とのコミュニケーションがスムーズに行われるようにしていく。管理者を中心に各機関へ積極的に出向き意見交換を深めていく。	12ヶ月
3	2 (2)	地域との付き合い 利用者や事業所は地域とつながっていることを認識し、事業所は実践で積み上げてきた認知症の人の理解や支援の方法などを地域に活かしていく。	施設や入居者も地域の一員であることを認識して、地域での様々な行事などにも積極的に関わっていく。地域での困りごとなどに、専門性を活かして関わっていく。	地域自治体への参加・地域行事への参加。 職員は地域とのかかわりを積極的に行っていく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月