

# 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	4270201538		
法人名	有限会社 アニマート		
事業所名	グループホーム さわやか		
所在地	長崎県佐世保市瀬戸越2丁目1788番地		
自己評価作成日	平成21年11月25日	評価結果市町村受理日	平成22年2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12月4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)】

ホームの周りには、花をいつも植え管理している。畑の花はホーム内で生花に使用している。菜園を持っている、四季の野菜を植えて、食材に使用している。オヤツは手作り、で入居者の方に提供している。毎月さわやか便りを発行している。又、ホームページも開設している。ボランティアの参加も多く受け入れている。現在10名

## 【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)】

佐世保市瀬戸越町にホームはある。道路沿いにある“ホームの看板”を目印に、メイン道路から山手の方に登っていくと、急に景色が変わる。そこには、昔ながらの日本を思い起こす風景が広がっており、緑の山々や川、綺麗な空気、野鳥と・・・心がほっと和む集落が残されている。しばらくその空間に身を置き、深呼吸を続けていると、次第に心は開放され、豊かな気持ちで過ごせる心境に変わっていく。ホームの横には、車いすでも行けるように造られた広い畑もあり、日々の食卓にふんだんに使える野菜の数が愛情いっぱい育てられている。麦わら帽子をかぶり、日々畑を耕しておられるのは、そのホームの代表である。ご利用者と共に、一緒に自然の中で役割(仕事)を持ち、自然と一体となった快適な空間を作りたいと言う願いは、平成15年形となった。開設から6年が経過し、ご利用されている方々も車椅子を利用する方が増えてこれ、高齢化に伴う心身状況の変化は、ホームの中だけに留まらず地域全体の課題ともなっている。“自然と一体になって、お一人お一人が役割(仕事)を持って・・・暮らしていくことが難しくなっていることは否めないが、代表と職員は諦めず、地域の方々との協力関係も大切にしながら、ご利用者個々の“自己実現の自由を促す”取り組みを続けておられる。

## 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	玄関に掲示している。会議の時、全員で読唱し利用者一人ひとりのケアサービスが理念にそっているか、話し合っている。	「地域社会の一員として、衛生的な環境の中で、自己実現の自由を促す事に努めます」という理念を掲げている。ケア会議等で理念の実践に向けた話し合いが行われている。ご利用者のペースで、自由に自分の意思で生活でき、日々、笑顔(笑)を忘れないように、趣味活動(生花・水彩画等)や外出の機会を設けている。	病気が進行されたご利用者が、趣味活動などへの参加が難しくなってきた。心身状態が重度の方々に対しても、“自己実現の自由”などに対して、どのように支援を行ってあげようか、今後も引き続き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	保育所とのお遊戯会への参加、合同芋掘り、施設訪問、町内の方への介護教室開催、敬老会、夏祭り、町内清掃、草刈、川掃除など	町内会に加入し、子ども110番の家としての役割も担っておられる。保育園児との合同芋掘りや地域のボランティアの方々による絵本読み、紙芝居、絵手紙、大正琴、フラダンス等を通じた交流が盛んに行われている。市から委託を受けた介護教室も地域の方に好評で、教室の「開催回数を増やして欲しい」という声も聞かれている。	地域の方からの要望に添えるよう介護教室の回数を増やし、もっと地域との交流を行いたいが、時間、人員の課題も残されている。ホーム内での行事の案内を町内の方にお知らせし、より多くの方に参加して頂けるように働きかけていく予定である。
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	介護教室を開催し、運営推進会議で議題を話し合い、講師を招いている。		
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	報告をして、質問、意見、要望を協議しサービス向上に努めている。	2か月に1回開催し、ご利用者、ご家族、公民館館長、民生委員、市の職員、ボランティアの方、有識者の方に参加頂いている。会議資料を事前に作成する等の工夫も行い、ホーム看板の設置への意見や、介護教室について「町内にアンケートを行ってみては…」とのご意見を頂き実施した。教室の時期や内容等、把握することできた。	消防署との連携を図る取り組みの一つとして、運営推進会議に来て頂き、地域の現状やホームの現状などお伝えする機会にされてみてはいかがでしょうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	毎月さわやか便りを持参し、何か変化があれば報告、相談をしている。運営推進会議にも出席をして頂いている。	ホーム便りを市役所に持参した時や、運営推進会議の時に、ホームの取り組みやご利用者の様子をお伝えしている。また、ホーム内での事故に関して相談させて頂き、助言を頂いたこともあった。市の介護教室の委託や、町会からの出前講座の委託も受けている。	町内に老人世帯が多く、在宅から入所(入所)時、病院から退院後等のネットワークがなく、個人個人で対処しなければならない状況にある。ご家族が精神的に追い詰められる現状も見られ、安心して在宅生活が送れるよう、今後も市との連携を図りたいと考えられている。
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	会議時に、勉強会をしたり、研修会の案内があれば職員が順次参加し知識を得るようにしている。玄関、非常口の施錠は防犯上と説明して家族の方には理解を得ている。	玄関と非常口には、電気錠が常時かかっているが、ワンタッチで中から開錠できる状況で、ご利用者自身が開錠して外に自由に出入られる方もおられる。職員は、身体拘束にあたる行為を理解しており、常に見守り等を心がけ、身体拘束をしないケアに取り組まれている。	
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	会議時に、勉強会を通じてホーム長より説明を受け、職員全員が理解している。職員全員が注意を払い防止に努めている。		

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
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	現在一人、成年後見人制度が必要な方がいらっしゃるが、家族の協力を求めるが、手続きが大変と中断している。		
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	契約前に説明し、よく読んでいただいて疑問点がないか確認し、理解を得ている。内容変更時は、文書で説明、納得して頂いて書面にて同意を得ている。		
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	玄関に意見、要望箱を設置又、面会時家族の方に近況報告とともに意見、要望を聞くようにしている。運営推進会議においても、第三者の意見を聞くように努めている。	ご利用者には、日々の生活の中でご要望をお尋ねするよう心がけている。ご家族に無記名アンケートを年1回実施するとともに、日々の面会時にも職員から声かけを行い、ご意見を頂けるように努めている。頂いたご意見は職員間で共有し、対応策を話し合い、実践を行っている。また、公的な相談窓口の紹介も行っている。	
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	全体会議、ケア会議、雇用管理責任者により意見を聞くようにし、反映するようにしている。	全体会議、ケア会議の際に職員から意見を求めるようにしている。また、雇用管理責任者を選任しており、職員の声を聞いてもらう役割を担って頂く予定となっている。最近、「車椅子専用の体重計を購入して欲しい」との意見が職員からあった。保管場所の課題もあり、現在検討が行われている。	日々のケアのあり方やアイデアを、職員は常に考えておられる。今後も引き続き会議のあり方を検討し、職員が活発に意見交換が行われるような会議にしたいと代表は考えられている。更なる職員の力(アイデア等)の発揮ができていける取り組み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	労働基準法を遵守し、労働条件、職場環境を改善し向上心を持って働けるように整備している。		
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	入社順に、認知症実践者研修を計画し実施している。又、研修の案内が来れば回覧し随時参加出来るように提案している。		
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	グループホーム協議会の研修案内に随時参加できるように、回覧している。		

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
<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	本人、家族から日常生活上困っていること、どの様に過ごしたいかを良く聞いて安心して過ごせるよう努めている。		
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	施設訪問(見学)して頂いて、施設の状況を納得して頂き疑問点は説明をしている。本人が快適に過ごせるように、家族の要望を良く聞いて納得して頂くよう努めている。		
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	何が出来て、何が出来ないか情報を収集し家族との意向を充分聞いて、施設で対応を検討し事前に本人が不安がないように努めている。		
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	本人が出来る事は、協力して頂いて互いが感謝しながら信頼関係を持って生活出来るように努めている。洗濯タミ、野菜の下処理、掃除、食器洗い、卵整理、野菜の取り入れなど		
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	面会時間は自由に、外出は希望があれば原則自由にし、家族との旅行、墓参り、外食、と家族との絆を大事にしている。		
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	ホームページの開設、さわやか便りの毎月発行し、ホームでの生活の様子をお伝えしている。又面会時間の制限をなくし、外出も原則自由にし、家族友人の絆を大事にするように努めている。外出時送迎の必要があれば協力している。	ご自宅での親戚の集まりの際に、ホームの車椅子専用車にて送迎を行ったり、お墓参りの支援を行っている。また、馴染みの方からの電話の取次ぎにも対応し、ご本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人との関係が途切れないよう、支援に努めている。	高齢化が進み、外出の機会が減りつつある。ご家族の方の支援も、年齢的に難しい状況の方もおられる。外出時の送迎の必要があれば、今後もホームとして支援していく予定である。
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	嚙下体操、健康体操、レクリエーション、趣味の絵手紙、水彩画、塗り絵、カラオケ、音楽療法、大正琴、ギター演奏、絵本読み、紙芝居とボランティアの方の協力を得ながら利用者の方が自分で自由に選んで参加出来るようにしている。		

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
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	退所後も、本人、家族の経過をフォローし必要に応じて相談、支援に努めている。		
<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、家族の意向を常に聞くように心がけ、利用者の方が安心して暮らして生けるように努めている。	入居前、入居後も合わせて、ご本人、ご家族にホームでの暮らしの希望や意向をお聞きするよう努めている。思いや意向の把握が難しいご利用者には、ご本人の生き方、趣味などを大事にしながら、“今”できることを設定し、心地良い生活が送れるように努めている。音楽を聴いて頂いたり、リハビリマッサージなども取り入れている。	心身状況が重度になっておられる方々のレクリエーションへの参加等が難しくなっており、どのように対応すれば良いか苦慮している。職員間で、ご利用者が興味を示して頂けるような事を話し合い、諦めない支援を今後も継続したいと考えられている。
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	家族、本人に生活歴、馴染みの暮らし、生活環境、サービス利用の経過を聞いてこれからの暮らしに生かしている。		
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	日常生活動作、身体的、精神的状態を常に職員全員が把握に努め、安心安全に過ごせるように努めている。		
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	本人、家族の意向を聞いて、介護職員全員で話し合いそれぞれの意見を反映し介護計画を作成している。	ご利用者の担当者と計画作成担当者が原案を作成し、ご利用者、ご家族の意向を基に職員全員で検討している。ご利用者、ご家族のご意見から、両上肢の拘縮のある方に対して、訪問リハビリを実施した。“地域でその人らしく暮らし続けて頂く”ために、夏祭り等への参加、温泉、ドライブ、外食等の行事も計画に盛り込まれている。	
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	ケア会議用資料を作成し、担当者が状態変化など報告、相談、意見を述べ介護職員全員で協議し、計画を見直し確認をしている。		
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	毎月1回の全体会議、ケア会議にて、利用者の方々の変化を捉え、それぞれの問題点を把握し適切に対応するように努めている。介護職員全員で取り組んでいる。		

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	ボランティアの参加を得て、生花、紙芝居、絵本読み、水彩画、音楽療法、ヘアカット、絵手紙、大正琴、ギター演奏、大正琴、フラダンスなどを設定し楽しんで頂けるように努めている。		
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、家族の希望を受け入れているが、事業所のかかりつけ医に変更する場合は情報提供書を持参し病歴の把握に努めている。かかりつけ医とは、毎月のさわやか便りを持参し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。	入居時に希望する医療機関を伺い、受療して頂いており、必要に応じて専門医の紹介も行っている。通院支援は職員が行っているが、受診結果については、急変時や治療の変更がある時に報告している。協力医療機関の医師から、携帯番号を教えて頂いているため、夜間の連絡も可能となっている。	
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	常勤、非常勤の看護師が常時勤務しているため、利用者の方が何か変化があれば、報告、相談し、適切に対応できるようになっている。		
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、かかりつけ医の情報提供書を書いて頂いて、家族に症状説明をして頂き紹介状を持参し、入院する。入院時は家族と一緒に医師の説明を受け、入院期間など説明を受け、今後の相談などを行っている。状況変化について施設として、利用者の立場に立った支援に努める。		
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	看取りの指針を作成し、施設の状況を説明し、納得して頂き、かかりつけ医との協力も得て対応している。	ホームで看取りを行う方針で、入居時に“看取りの指針”をお渡しし、ご利用者、ご家族の意向を確認すると共に、日々の生活の中のご本人の言葉等から意向を確認している。重度化への対応として、ベッドの電動化、低反発マットへの変更、シャワー室の新設、シャワーキャリーが購入された。本年度(21年度)、ご家族より“病院への入院はさせたくない”との意向に沿って、往診と訪問看護を受けながら看取りをさせて頂いた。	今回が初めての看取りということもあり、介護職員が不安を感じていたが、看護師ができる限り傍に寄り添うように努め、職員の精神的支援も行った。今後、勉強会などを通じて、不安を軽減していくよう努めていきたいと考えられている。
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	会議時に、全員で勉強会をしている。消防訓練は、全員が毎月参加し(入居者も含む)訓練をしている。		
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回、職員全員、入居者の方と共に、訓練し充分熟知するように訓練をしている。地域の方とはまだ協力体制は出来ていない。セコムと委託契約あり	毎月の会議の時に、夜間を想定した訓練を行っている。ご利用者にも参加して頂き、避難誘導終了までの時間を測り、冷静に対応できるような取り組みを続けている。災害時に備えて担架の準備がされており、セコムに警備の委託をしていることで、火災通報も自動で連動している。本年度(21年度)スプリンクラーの設置も行われた。	地域の方との協力体制を築く必要があると考え、町内会との連携や災害に備えた備品や食料品等の検討を行っている。地域の方々の高齢化に伴い、運営推進会議に消防署の方をお招きし、地域間での取り組みのあり方などのご意見を頂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	
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	一人一人の個性を理解し、その人らしさを大事にしながら安心、安全に生活が出来るように工夫し考えるように努めている。	認知症という病気を理解し、ご利用者の立場に立った介護をするように努めている。施設長は、“介護者側の都合による介護をしてはいけない…、安心で安全に気持ちよく生活できるように努力すること…”などを職員に伝えている。職員は、目上の方に対する尊敬の念を持って接し、個人情報管理もできている。	
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	毎日、体調を確認し日常生活で本人が自分の希望が叶えられるように、良く聞くようにしている。日々、自由に生活できるように支援している。		
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	日々体調を観察しながら、本人の意思を確認しながら、自由に生活をして頂いている。テレビ見る人、居眠りの人、絵を描く人、散歩する人、など		
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	自分で着るものは、選んで着て頂いている。洗顔、化粧をされる方は手伝っている。外出時は、自分のお気に入りを選んでオシャレを支援している。		
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	嗜好を調べて、一人一人に合わせて嫌いな物は、皆さんと違う物で調整している。片付けができる人はして頂いている。	テーブルに花を飾り季節感を出したり、食事には必ず、果物や寒天が添えられている。義歯がない方にはミキサー食にするなど食べやすい工夫もされている。おやつは原則手づくりで、食事摂取量が少ない方には、エンシュアや豆乳をゼリーにして召し上がって頂いている。	
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	個人個人に合わせて、食事量、水分量を調整している。摂取量が少ない方は栄養バランスを取る為に、豆乳、エンシュアなど栄養補助食品などで取るようにしている。		
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、口腔ケアをしている。また毎月1回は、歯科衛生士の口腔ケアを実施している。		

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	基本的には、排泄はトイレでする事になっている。個人個人の排泄時間をしり誘導するようにし、全員パンツにするを目標に努める。	おむつからリハビリパンツや布パンツにする事で、「ご本人の表情が変わった」と、ご家族から喜ばれている。おむつ代が減った事で「代金が違ってないか…」と確認される事もあった。野菜食を多くし、下剤を減らす事で排泄に対する不快感の解消にもつながっており、トイレでの腹圧をかけやすくするために、特製の“ふんばる君”も購入された。	
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	食事は繊維食を多く取り、下剤をなくする。果物、カンテン、オヤツはゼリーと水分摂取に心がけている。		
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	湯船に浸かる人、シャワー浴の人と自分で選んで入浴できる。入浴は毎日入ることも良い、時間帯は自立の人は夜でもよいが、基本は15時から決めている。	石鹸の好み等、入浴についての習慣や好みを伺い対応している。座る事が困難な方は、シャワー室のシャワーキャリーにて入浴できるよう改築された。入浴をお勧めしてもどうしても嫌がられる方には、清拭や陰部洗浄での対応もされている。菖蒲湯や柚子湯を取り入れたり、温泉へ行く等の取り組みも行われている。	
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	習慣や体調に合わせて、休息できるように支援している。精神安定剤、睡眠薬は極力使用しないように努めている。		
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	与薬一覧表を作成し、職員全員が目的、副作用を理解出来るよう管理者より説明を受けている。薬の変更は日誌、療養記録に記載し情報の共有化を計っている。又、入居者の状態の変化を観察し看護師と相談するように努めている。		
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	毎月1回、水彩画、絵手紙、ギター演奏、月2回、生花、毎日のレクリエーション(塗り絵、回想法、散歩、風船バレーなど)を実施し好みに応じて参加して頂いている。洗濯タタミ、掃除、卵整理、野菜の下処理など手伝いをして頂いている。		
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	天気の良い日は、畑に出かけ、野菜、花を取りに散歩にでている。年数回は花見、動植物園、外食、温泉、に出かけている。また毎月病院受診に1回～2回は外出している。花見、動植物園など歩行が長い場合はボランティア、家族の方に参加をして頂いている。	ご自宅への送迎や墓参り、買い物など、ご利用者のご希望に応じた外出支援を行っている。桜や菖蒲、藤などの花見に出かけたり、動植物園や温泉への外出も行われている。また、保育園のお遊戯会へ出かけ、園児との交流を楽しんで頂いている。	

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		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>本人がお金を持つことで安心され、そのお金で欲しい物を頼まれ買ってきたりしている。また自分で買える様にしている。本人管理が無理な場合は施設預かりで本人が欲しい物が買える様に支援している。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>電話をして欲しいと本人の希望時、家族からの電話を取り次いで自由に話して頂いている。家族、友人からの手紙は本人に渡し、読めない場合は代読をして配慮している。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>玄関、リビング、ダイニングテーブルに、に季節の花を生けて楽しめるようにしている。リビング、入浴室に温度、湿度計を設置、リビングには除湿機、加湿器を状況に応じて使用している。入浴室は、除湿、衣類乾燥機を設置し雨天時でも洗濯物が困らないように配慮している。</p>	<p>リビングから見える花壇には、季節に応じた花が植えてあり、窓から見える畑の野菜を眺めながら、お話のきっかけづくりをされている。広いリビングの西側は遮光カーテンで光が調整され、オゾン発生装置にて殺菌と消臭が行われている。対面キッチンからはご利用者の様子が一望でき、調理しながらご利用者と談笑できる造りとなっている。また、足を上げてゆっくりソファで寛いで頂ける様、足台も用意されている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>リビングには、3人掛けのソファを置いてそれぞれに気の合った人とお話ししたり、テレビを見たり出来るようになっている。窓際に畳の台があり外を眺めながらお話できるようになっている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>家族の写真、仏壇、時計、化粧棚、飼猫、自分の布団など使い慣れた物を持つことで、安心して快適に暮らせるようにしている。</p>	<p>居室入り口には、お名前とご本人の写真が掲示され、居室にはベットと衣装タンスが備え付けられている。ご利用者が使い慣れた家具等を持って来て頂き、好きな人形やご家族の写真などがお部屋に飾られている。陽当たりの良い居室の真ん中では、ご利用者が飼われている猫が気持ち良さそうに日向ぼっこをしていた。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>居室、トイレ、風呂は解るように表示している。風呂場、トイレ、廊下には手すりを付けて、安全に移動できるようにしている。</p>		

## 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	地域社会の一員として、衛生的な環境の中で、自己実現の自由を促す事に努めます。運営理念が現状と変わってきている。病気、体力の衰え、認知症の進行により、身体を動かすこと、趣味を楽しむことができなくなりつつある。どの様な支援をすればよいか	自己実現の自由が、利用者の方に苦痛にならないように心穏やかな生活が維持できる。	その日の体調、体力、精神状態に合わせて、柔軟に対応する。本人の趣味、出来る事を一緒に手伝いながら楽しみを持って過ごしていただく	3 ヶ月
2	9	心身の状況が重度になって来られた、レクリエーションへの参加が難しくなっている。	利用者の方が苦痛にならないように、心穏やかな生活が維持できる。	上記同	3 ヶ月
3	8	家族の方の高齢化、本人の高齢化と認知症が進み外出の機会が減りつつある。	家族の方又本人が外出したい気持ちが叶えられ、家族との絆が得られるようにする。	健康管理、体力維持、精神的に落ち着いた、日常生活を維持して行く。外出時の支援(車椅子専用車での送迎など)	1 ヶ月
4	7	ケア会議で、職員の活発な意見交換が少なく、施設長の意見のみが多い。	活発な意見交換ができるように、職員の知識、介護技術の向上心が図れる。	施設長が、議題、課題を提起し、議長、書記は職員全員が順番に受け持つようにする。勉強会を1回増やして、職員の介護技術、知識を得る機会を多くする。	1 ヶ月
5	2	地域の方からの要望で、介護教室の回数を増やして欲しい。	地域社会との交流を深める事ができる。	佐世保市委託が1回、ホーム独自で1回計2回しているが、要望に応じて年3回に増やして行く。	12 ヶ月

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
6	12	家族面談で、大半がホームでの看取りを希望される。病院に入院し延命治療は希望されない。この現状に受け入れる姿勢ではあるが、看護師が2名である為、介護職員が対応に不安を感じている。	本人、御家族の方、介護職員が安心して、ホームで看取りが出来るようにする。	本人の病状観察と家族への的確な判断を伝える事、主治医、訪問看護ステーション、看護師、介護職員の連携を深める。施設内での看取りについての勉強会を強化する。	6 ヶ月
7	3・4	市町村との連携、さわやか便りの毎月持参、運営推進会議への参加でホームの現状、相談をしている。又、地域の住民の方が介護について問題を抱えておられるどの様に解決を図れば良いか苦慮している。	地域との連携を深め、地域の方、入居者の方が安心して暮らせる運営を図れる。	運営推進会議に来て頂き、地域の現状、ホームの現状などを相談し、市との連携を深めていく	12 ヶ月
8	13	地域の方との協力体制を築く必要があると考えているが、町内会との連携や災害に備えた備品や食料品などの確保、地域の方々の高齢化に伴う事で、地域間での取り組みのあり方を考える必要がある。、	地域との連携を深め、地域の方、入居者の方が安心して暮らせる運営を図れる。	町内会との連携や災害に備えた備品や食料品などの検討を行なう。地域のの方々の高齢化に伴い、運営推進会議に消防署の方をお招きし、地域間での取り組みのあり方などの意見を頂く。	6 ヶ月
9					ヶ月
10					ヶ月
11					ヶ月