

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	4270102678		
法人名	有限会社 勝法		
事業所名	グループホーム 中川のより道		
所在地	長崎県長崎市中川1丁目7番14号		
自己評価作成日	平成22年1月24日	評価結果市町村受理日	平成 22年 3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)】

人生の大先輩である、ご利用者を尊重する気持ちを忘れずに、質の高いケアを目指している。ご利用者の個性を大切に、ひとりひとりにあったケアを実践したいと努力している。根拠をもってケアに取り組むことを心がけており、ご利用者の情報整理、アセスメントを十分に行い、ご家族の意向を含めてケアプランを立案している。

※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 22年 2月 10日		

【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)】

外部評価当日、お誕生日会に参加させて頂いた。お誕生日の歌をみんなで歌い、ご本人にお似合いのプレゼントが渡され、ケーキを頂きながらの“ひとときの団欒”が続いていく。全員からお祝いの言葉を贈られ、ご本人の大好きな歌が流れると、その場にはいと体感できない“感動の波動”が部屋中に伝わり、熱いものがこみあげてきた。日頃は口数の少ない方(ご利用者)も、その空気の中で過ごしていると、心にある言葉を自然と話し始められる。“一つ屋根の下での集団生活”“類似する病気で不自由を持っている方同士”“だからこそ、理解し合えることがあることを、その輪の中で体験させて頂いた。あくまでも、職員の出は控えめであり、徹底して、“演出”での感動ではなく、“ご利用者主体の自然体での感動体験”を大切にされていることが理解できた。何事においても、その姿勢は共通しており、ご利用者が主体的に生活でき、瞬間の感動を味わえるような取り組みを続けてこられている。その理念は職員にも受け継がれ、その理念と実績は、地域の方々にも理解して頂け、地域包括支援センターの方々とも協力して、認知症サポーター養成講座を開催する等、継続した“地域貢献”に繋げていっているホームである。

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. 全くいない
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	常日頃から、理念の実現のために、どのような対応をこころがけるか、また、環境づくりの工夫について話し合いながら、日常のケアにあたっている。具体的には、ご本人のしたいことをケアプランへ反映しており、また、食事時間やホールや個室でのくつろぎの時間の音楽の配慮など、である。	「のんびり、ゆったり、そのひとらしく」との理念のもと、職員はご利用者のペースを大切に、ゆったりとした時間を共有する中で、ご利用者の希望を実現に繋げられるよう日々支援に取り組んでいる。代表と管理者は、職員へ日頃からホームの考えを具体的な言葉で伝えるようにしており、新任の職員も理解を深め続けている。	
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	地域の方の介護相談にのり、地域へ広報誌を発行する、近隣住民の方が、植物を提供し育て方も教えてくださる、などの交流がある。自治会長は、広報誌のことをいつも気にかけてくださっている。自治会相談役と民生委員には、運営推進会議に出席していただいている。	ホームでは、近隣の方から金柑や梅干などを差し入れを頂く関係ができており、校区のまつりでは自治会とホームと合同で出店し、ご利用者が売り子さんとして活躍された。地域の保育所の園児が節分の豆まきに訪問したり、餅や焼き芋を持って遊びに来ることもある。	
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	交流のある商店等に、「認知症の特性」について機会があるたびにわかりやすく説明し、協力を得ている。面会者にも、その都度、必要な点を説明している。また、認知症サポーター養成講座を包括支援センター職員とともに地域の老人会などで、開催している。		
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	民生委員や包括支援センター職員の活動から、地域の現状について学ぶことができる。また、地域が抱える問題点を知る機会にもなっている。専門職種からは、ケアの参考になるアドバイス、他事業所での取り組みを教えていただいている。	ご利用者やご家族、自治会代表の方、市職員、地域包括支援センター職員、短大講師に参加頂き、2ヶ月に1回開催している。また、フットケア講師や認知症看護認定看護師、歯科衛生士の方にも会議に参加して頂いた。会議の中で外部評価の報告を行った時は、これからの向上に活かしていくという姿勢に共感して頂いた。	今後も多くの専門職の方に会議へ出席頂き、外部からの視点を取り入れ多角的なご意見を頂きながら、ホーム運営に取り組んで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	認定調査に関して、日程の調整等の相談にのってもらっている。運営推進会議の議事録を通じて、事業所の取り組みを定期的に報告している。	市の担当者には、運営推進会議に参加して頂いている。来訪時にはホームのケアのあり方について、客観的なご意見を頂いており、市からの依頼を受け、年に1回介護相談員を受け入れている。また、地域包括支援センターと連携を図りながら、認知症サポーター養成講座を開催しており、キャラバンメイト活動にも取り組んでいる。	
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	身体拘束防止の職場内研修を2回に分けて実施した。毎月、身体拘束検討委員会を開催し、身体拘束にあたるケアはないかを、チェックしている。身体拘束防止推進委員を決め、リーダーシップをとってケアにあたっている。	ホームでは、職員が見守りを行うことで身体拘束を行わないケアを実践しており、ご家族にもホームの方針に了承を頂いている。新しいご利用者が入居された時に、ご家族の希望で一時期玄関を施錠したことはあるが、一週間後には開錠した。ご利用者が一人で外出された時には、ご利用者の後について見守りを行うようにしている。	
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	「長崎県高齢者虐待防止シンポジウム」に管理者と職員が参加予定。職員が大学のセミナーに参加して勉強中であり、今後、職場内研修も計画している。毎月、職員全員で高齢者虐待防止検討委員会を開催している。		

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
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	成年後見人制度について携わっている方に、オブザーバーとして、ご指導してもらっている。		
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	契約に関しては、ご利用者とご家族に詳しく説明し、疑問点や不安の残らないようにしている。ご利用者とご家族は、十分理解・納得してくださっている。解約の際も、同様に対応している。		
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	常日頃から、ご利用者やご家族が、ざっくばらんに意見を言える雰囲気をつくり、ご家族の意見に素直に耳を傾け、運営にいかす努力をしている。	ご家族は、面会に来られた時や家族会の時に職員へご意見を伝えられており、ご家族の意見からホームで使う石鹸を無添加の石鹸に変えるなど、随時改善に繋げている。ご家族は、ホームの消臭対策にEM菌を持ってきて下さる等、ホームの運営の改善に積極的に参加されている。	
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	毎日の、ミニカンファレンスや、月1回の職員会議において、職員の意見や提案に積極的に耳を傾けている。物品購入に関しても、職員の意見を反映している。	職員は、あじさい見物や七夕まつり、敬老会等、ホームの行事の担当をそれぞれ受け持っており、担当職員が率先して計画を進めている。職員が立案した企画は、会議を通して管理者や職員全員で検討されており、行事の運営は全面的に職員に任せられている。	
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	日々の勤務状況、研修への参加、などを把握している。職員が働きやすいように休暇などの勤務の希望をきく、研修や学習への参加をバックアップする、残業をさせない、などに努めている。		
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	研修等に積極的に参加するよう、勤めている。また、働きながら大学で履修している職員もいる。		
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	連絡協議会の研修に積極的に参加している。月1回の定例の会議や研修、事例検討会を開き、同業者と切磋琢磨する中で、職員の知識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
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	入所時や入所後に、センター方式のシートを使うなどして、ご利用者の生活歴を詳しく把握し、ご利用者とご家族の要望を詳しく聞くように努めている。個室やホールでの居場所を考えるなど、安心できる環境づくりを考慮している。		
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	入所前や入所後にご家族と何度もゆっくり面談し、ご家族が困っていること、ご家族の要望を十分把握するように努めている。日頃から、面会時に話をし、また、電話やメールでも連携をとっている。		
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	ご利用者のニーズを把握し、ご本人とご家族にとって必要なことは、なにかを検討し、ケアに活かしている。訪問歯科診療、歯科衛生士訪問を導入するなど、必要な医療サービスを利用している。また、ボランティアのフットケアも利用している。		
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	一人ひとりの役割を見出す努力をしており、日々、食事の準備、洗濯、掃除などの家事を協力してもらっている。ちょっとした頼みごとをして、ご利用者に手伝ってもらうこともある。ご利用者が、職員の体調を気遣ったり、私服に関心を、もつような発言もされる。		
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	外出、外食に同行する、病院受診の同行、電話や手紙でのやりとり、胃瘻の管理を一緒に行う、面会時に食事介助などを一緒にしてもらい、ケアプランのサービス提供者の欄に明記している。		
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	馴染みの人の面会をホーム全体で歓迎している。また、散歩がてら知人の勤める店に足を運んだり、昔住んでいたあたりに出かけている。ご自身の娘が経営する美容院で、髪をセットしたり、水入らずで過ごす時間を設けている。よく通っていた喫茶店に、時々、お連れしている。普通だった店で買い物をすることもある。	ホームでは、ご利用者が以前よく通っておられた喫茶店へお連れしたり、ご利用者が昔住んでいた地域へ散歩に出かけるなど、ご利用者の馴染みの場所や関係を大切にしている。また、ご家族に協力いただきながら、ご自宅に外泊されたり、信仰されている教会への参拝にお連れする等の支援も行っている。	
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	ご利用者同士、特に気の合う関係も生まれている。孤立することのないように、職員が間に入って、普段の会話やレクリエーションを盛り上げている。比較的若い方が、ご自分より高齢の方の世話を焼いたり、ご利用者が、お互いを気遣う場面もみられる。		

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
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	退去後も、機会があるごとに本人の様子をたずね、ご家族の話の聞き役になることもある。必要があれば、相談にのったり支援したりする体制である。		
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	センター方式などを使って、思いや意向を把握するよう努めている。ご利用者のご家族や友人から、情報を得ている。思いの把握が困難な場合には、BS法で意見を出し合い、写経、塗り絵、手芸に取り組んだ。	22年1月から、ご利用者お一人ずつに担当職員が決められた。職員は、ご利用者と過ごす時間を大切にしながら、ご利用者との会話を通して意向を把握しており、担当職員が中心となってアセスメント様式にまとめている。ご家族には、面会時にご利用者の状況をお伝えしながら、ご家族からのご意向を確認している。	
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	ご利用者との会話、ご家族や友人の話から、生活歴や暮らし方を、把握するようにしている。サービス利用に関しては、担当の介護支援専門員などから、情報を得るようにしている。		
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	日頃の生活の中で、ゆっくり会話するように努めひとりひとりの気持ちに寄り添うように、心がけている。意思疎通の困難な方に対しては、ご利用者の行動や表情を見つめ、ご利用者と視線を合わせることで、ご利用者の思いに近づく努力をし、本音を語っていただけるようにしている。		
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	計画作成担当者が中心となり、面会や、電話、メールでの、やりとりを常日頃から行っており、ご本人、ご家族と話し合いを持っている。さらに、全職員と、関係職種の見解を反映して、ご利用者の状況に合った介護計画を立案している。	計画作成担当者が計画の原案を作り、会議を通して職員全員で検討し、計画をまとめている。ご利用者に応じて主治医や歯科衛生士からの助言を頂きながら、食事前の嚥下リハビリの実施等についても、計画に盛り込まれている。商店街での買い物に歩いて出かける等、ご利用者の楽しみも明記された計画となっている。	計画がよりご利用者の日々の生活に沿ったものとなるよう、今後は担当職員が個別援助計画の立案を行う等、更なる取り組みを行っていきたいと考えておられる。
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	個人記録は、24時間ひとり1枚のシートになっており、ひとりひとりの様子やケアの実践をシートに記入し活用することで、職員間の情報の共有、介護の実践に役立っている。それをもとに、会議で介護計画の見直しを検討している。		
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、その時々にも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	入居者が胃瘻増設になったとき、看護師を中心に職員が胃瘻について勉強し、現在順調に対応している。ADLの変化に伴い、受診時には車椅子対応の介護タクシーの利用を導入した。嚥下困難な事例に対して、大学病院の嚥下外来の受診をし、根拠のある食事の工夫、嚥下リハの導入をした。		

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	近隣住民から、花やおやつを提供していただいたり、散歩時の見守りの協力をしてもらうなどしている。また、地域の夏祭りに出店し、職員と一緒にお菓子を作成し販売することで、地域での生活を実感してもらっている。新しい取り組みとして、地元のウォークラリーに参加した。		
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	ご利用者とご家族の希望する医療機関をかかりつけ医にしている。現在、かかりつけ医と事業所の良好な信頼関係が構築できている。ご利用者にとって、十分に効果的な医療が受けられるように、さらに努力していきたい。	ホームでは、2週間に1回協力医の往診が行われている。また、訪問歯科診療も行われている。ご利用者に体調の変化が見られた時は、ホームの看護師が窓口となって細やかに主治医やご家族への報告が行われている。報告を行うことで主治医から早期に対応を受けることができおり、ご利用者が入院されることが少なくなった。	
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	介護職が、ご利用者との、かかわりの中で、気になる点を逐一看護師に報告しており、それを看護師が判断して異常の発見につながり、早期に受診が来ている。介護職と看護師との協働が、ご利用者の健康の維持に成果をあげている。		
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。	入院時には、医療機関に日ごとの健康状態の記録を渡し、注意事項に関しては、さらに口頭にて、ご利用者の情報を的確に伝えるように努めている。退院時には、医療機関から情報をもらい、かかりつけ医に報告するとともに、今後のケアに生かしている。ご家族の希望により医療機関の説明時にも同席している。		
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	今後予測される状態の変化を、かかりつけ医を通して家族に説明し、その場合の対応について、話し合いをもっている。さらに、家族のケアに対する希望をきき、共通認識を持つように努めている。必要時には、訪問看護ステーションとの連携を視野に入れている。	ホームでは、重度化や終末期に向けたケアについての指針を作っており、ご利用者の体調に変化が見られた時に、ご家族へ説明を行っている。ご家族と話し合いを持ちながら、ご利用者の変化に応じて計画を変更し、対応している。胃瘻を造設されたご利用者には、看護師とご家族で協力しながらホームで対応しており、チューブの交換については、定期的に入院して頂き対応している。	職員が、不安なく終末期のケアに取り組むことができるよう、研修の機会を設け職員全員で知識を深めていきたいと考えている。
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	ご利用者の急変時の対応や事故発生時に備えて、赤十字を招いての訓練や、自衛消防隊宿泊研修に参加し訓練をしている。日頃から、マニュアルを見やすい場所に掲示している。		
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	職員の3分の2は、自衛消防隊の宿泊研修を受けており、今後も引き続き全職員に受講させる予定である。近隣の交番・消防署・レストラン・住民にホームの概要を説明し理解してもらって、協力を約束していただいている。	年に2回、防災管理業者の立会いのもと、ご利用者と職員で避難訓練を行っており、近隣の交番、消防署、レストラン、住民にグループホームの概要を説明してご理解頂き、災害時の協力を約束して頂いている。災害時に備えて、懐中電灯、ラジオ、救急用品、紙おむつ、食料、ライター、カイロ、軍手等を入れた非常持ち出しバッグを準備している。	ホームのある地域は高齢化が進んでおり、今後は消防署員立会いのもと、地域住民を交えた災害訓練を行って行きたいと考えておられる。

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
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	常に、ご本人を尊重し、内容によっては、ご本人だけに聞こえるように話をするなど、プライバシーに留意した言葉かけをしている。会議の際の内容が、ご本人の耳に入らないような配慮。記録物は外に持ち出さない、処分するときはシュレッダーにかけようとしている。	職員は、常にご利用者へ年長者としての敬意を持って接することができており、内容に応じては、その方だけに聞こえる様に伝えている。ご利用者への言葉かけ等、日々のケアの中で気づきがあった時は、管理者から職員に伝えたり、職員同士で伝え合い改善を図っている。	
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	「～はいかがですか?」「～はどうでしょう?」などの言葉かけをして、ご本人の思いや希望を言葉やご様子からキャッチして、さらに、ご本人に決めていただいている。		
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	ケアの基本であると考えており、一人ひとりのペースを大切に、見守ることを、職員全員ができるように、指導している。個別の対応も出来てきているので、今後もすすめていきたい。		
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	まずは、髪の毛を整える等の、整容をきちんとすることを徹底している。ご本人の希望の服を選んでいただいたり、ご家族と相談しながらコーディネートしている。外出時にお化粧をしたり、マニキュアを塗って差し上げている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者の食べたいものの希望をきいたり、食材の買出しに、下ごしらえ、調理、味見、盛り付け、などに、一人ひとりの力に合わせて、協力していただいている。時々、長崎ちゃんぽんや喫茶店のランチに出かけたり、寿司の出前をとるなどをしている。	ご利用者には、日頃から「食べたい物はありませんか?」とお聞きするようにしており、ご利用者の希望に応じて、魚の南蛮漬けや刺身が食卓に並ぶこともある。ご利用者に応じて、ソフト食をお出ししており、食事の色合いや見た目の工夫をしている。職員は、ご利用者と一緒に同じ食事を摂り、食事を楽しんで頂けるよう支援している。	
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	毎食時に食事量の把握をし、1日トータルの水分量を記録している。偏食には代替食を、嚥下の機能に応じて、刻み・ソフト食を提供している。量を摂れない、ご利用者には、ナッツやドライフルーツ、いりこ等の間食を、肥満の方には、低脂肪低糖のお菓子を出している。		
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	歯科医や歯科衛生士の指導のもと、ご本人の口腔の状態に応じて、ブラシやスポンジブラシを使って、ご本人の力に合わせたケアを行っている。		

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
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	尿取りパットやオムツを使用している、ご利用者は少数で、ほとんどがパットを使うことなく生活されている。排泄リズムを把握し、夜間の保温などにも、気を配っている。	職員は、それぞれのご利用者の排泄間隔を把握しており、歩行が不安定なご利用者には、夜間のみポータブルトイレを使用して頂いている。ホームから主治医へ相談し、内服薬の整理が行われたことで、ふらつきがなくなり、トイレの失敗がなくなった方もおられた。	
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	まず、十分な水分の摂取を努力している。飲食物ではオリゴ糖の利用、牛乳、ヨーグルトの摂取を積極的にすすめている。繊維質や、こんにゃく、味噌などの発酵食品の摂取を心がけている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一番風呂・しまい湯など、ご本人の希望を聞いて、順番を決めている。湯の温度については、職員が、それぞれに把握しており、ご希望に沿って入浴してもらっている。ご本人の愛用シャンプーを使ってもらっている。	ご利用者の身体状況に応じて、湯船の中に椅子を使用したり、職員が二人介助で入浴介助を行うこともあり、それぞれのご利用者に不安なく入浴して頂けるように支援している。菖蒲湯やゆず湯など季節の湯を提供しており、仲の良いご利用者同士と一緒に入浴して頂く等、入浴を楽しんで頂けるように工夫している。	
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	寝具は、ご本人の好きなものを準備し、冬場は湯たんぽなどの工夫をしている。また、それぞれのご利用者が、自由に休息し、昼寝をとることができる環境であり、それができるように、職員が支援している。		
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	一人ひとりの薬の内容、目的や副作用について、文献を参考に職員が把握している。ご利用者に合わせて服薬の支援を行っている。副作用についての観察も行っている。個々の「お薬ノート」も活用している		
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	その人ごとの楽しみ生きがいをみつけて、自由に楽しめる支援をしている。生活力に応じた役割を持ってもらい、張りのある生活を送ってもらっている。		
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	ご利用者の希望に沿って、お好きな場所にお連れするよう努めている。普通だった喫茶店、住んでいた地域、お寺や信仰している教会。その他、民謡見物、作家の講演会に出かけた。	ご利用者が「外出したい」と思われた時に外出することを大切にしており、神社の初詣やランタンフェスティバル、あじさいの見物、おくんちのお旅所見物等、季節に応じた外出を楽しまれている。また、それぞれのご利用者の希望に応じて、馴染みの洋品店へウインドショッピングに出かけたり、以前住まれていた地域への散歩に行く等、個別の外出支援も行われている。	

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
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	ご本人がお金を持つことで、精神的に落ち着く場合もあり、ご家族と話し合いの上、小額を持っていただいている場合もある。また、外出時には、ご自分で買い物の支払いを、していただく支援もしている。		
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	ご本人の希望で娘さんの誕生日に、お祝いの電話をしたり、ご家族からの電話に、ゆっくり会話ができるように配慮している。手紙も読み返すことができるように飾り、返事を書く支援もしている。		
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	においの対策として、消臭剤の設置、EM液等を使った消臭。台所、浴室、トイレで換気扇の使用。温湿度計を使ってホールや居室の環境の管理を行っている。花をいつも絶やさないようにしている。季節感を取り入れて、額縁や飾り物などのインテリアをかえるようにしている。	ホームには、ご家族や職員が持ってこられた季節の花等がさりげなく飾られており、建物の中にも季節の移ろいを感じられる。また、ご利用者と温度や湿度、日々の天気の話を行うようにしており、会話を通しても季節を感じていただけるように工夫している。リビングでは、職員がカーテンやブラインドでこまめに光の調整が行っており、テレビや音楽等のBGMの音量にも配慮されている。	
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	食事のときは、ほぼ決まった席に座っており、気の合うご入居者は隣同士になっている。ご自分のお気に入りの場所でテレビをみたり、レクリエーションに興じたりしている。日中、自室にも自由に出入りし、仲のよい、ご入居者の居室で過ごす場面もみられる。		
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	ご本人の使っていた家具や調度品を、出来るだけもってきていただいている。ベッド、寝具、タンス、座布団、飾り物、仏壇、ご神体など。また、ご家族の写真、手紙などを掲示している。寝具やインテリアは、ご本人の好みに合わせている。	入居の時に、馴染みの物を持ってきて頂くようご家族にお伝えしており、自宅で使っておられたタンスや寝具、飾り物やご仏壇を持参された方もおられる。入居された後も、ご家族と相談しながら、家族の写真や手紙を飾ったり、ご利用者の服を見えるように掛けておく等、ご利用者にとって居心地のよい部屋作りに取り組んでいる。	
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	トイレの場所を、ご利用者に対して、見やすく表示をしている。タンス等に何が入っているか、ひとめで、わかるようにシールを貼っている。ご自分でできる、ご利用者には、部屋でタオルを干す場所を準備している。部屋で聞く音楽の希望をお聞きしている。		

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】					
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	理念について、職員が理解はしているが、さらに日々のケアに生かされるよう、浸透させたい。	職員が、理念の持つ意味を深く理解し、ご利用者に対するケアに理念が反映されるように、行動できる。	職員会議の場で、理念の言葉の持つ意味を勉強する。ご利用者の自己実現を目指すケアを計画し、ケアプランに基づいたケアを徹底する。	6 ヶ月
2	2	広報誌の定期的な発行。	ご家族向け、地域向け、それぞれの広報誌を年4回ずつ、定期発行していく。	広報誌の担当者を決め、職員全員がアイデアを出しながら、作成する。	12 ヶ月
3	31	医師への報告や連携の記録。	ご利用者のご様子等の連携を、口頭で行っていたが書面にて、報告し、医師の指示についても、記録を残していく。	書式を決め、日頃の健康状態、体重、食事摂取量・排泄を記録し、医師からの指示、薬の変更も記録する。	6 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月