

### 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		
所在地	長崎県西彼杵郡時津町左底郷733-1		
自己評価作成日	平成22年1月5日	評価結果市町村受理日	平成 22年 3月 31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22年1月27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)】

ホームで生活されている方の思いや求めていることを知り、望まれる生活に近づけるよう支援をしている。手段としてICFの視点に立ったアセスメントを行い、パーソンセンタード・ケアを念頭に実現可能な限り、一人ひとりの望む生活を支援している。出来る限りグループホームを地域の方に知って頂くため、時津警察署や民生委員さんの方々に対し認知症研修や講演を行なっている。また、夏祭りなどに参加し地域の方々との交流を深めている。障害者・児童を含めた地域プラットホームを目指し、いちごの家、時津町社協との連携を計っている。

【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)】

ホーム開設にあたり、時津町役場の方や地域の方々にもご尽力頂いた。“時津町”で暮らしている方々とともに、ホームの年輪を刻み始めてきているが、少しずつ、地域のニーズも把握できるようになり、地域の方々にとっても“寄り合い的”な存在になってきている。誤嚥をしやすいご利用者の方から「(時津町の)馴染みの店のちゃんぽんを食べたい」という希望を叶えるために、ご家族や主治医、言語聴覚士に相談し、そのお店の方にも調理の協力を頂き、馴染みのちゃんぽんを食べることができた。“その方の意思で、生き通してほしい(生き切る)”という代表の思いは、確実に職員にも受け継がれ始めている。代表は、ご利用者が社会参加できる環境作りをしていきたいと願い、ホームの運営を続けてきているが、その実現のために、ホームの移転が予定されている。“スローライフ”を実現し、“時間”を貴重に使い、人・土・空・花々・木々・作物・動物等と触れ合える“環境”を作っていく予定である。この春、新しい管理者が就任した。“移転”を控え、現状の生活を維持しつつも、新たな環境設計も含めて、職員全員で結束し、職員主体で考えていくための新体制である。今まで培ってきた地域の方々との関係も継続される予定であり、“グループホーム時津ぎんなん”の新たな取り組みが始動されている。

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 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	
<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	・地域での買い物、病院、美容院等にお連れしたり、地域の行事や催し事の参加、地域の方や家族にもホームへ来て頂き、できる限り利用者の思いに副った支援を実践している。	「敬意・傾聴・受容・寛容・愛情」を理念に掲げている。“その方の思いで、その方の意思で、生き通してほしい”という意味を込めて“生ききる”と言う言葉も合わせて、代表が職員に話しをしている。常に、ご利用者の思いや要望を知るために、日々、寄り添い、ケアを行いながら、社会参加のできる環境作りも目指されている。	理念の理解はできていても、思うように実践ができていない場面があり、研修方法の検討や個別指導を行い、職員全員で実践していきたいと考えている。“その方の意思で、生き通す”ための方法を、ご利用者も含めて考えていける機会が増えていくことを期待したい。
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	・地域の行事には積極的に参加している。利用者が地域でできる限り望む生活を送って頂けるよう、事業所は積極的に地域との関わりを持つ努力をしている。	高校生ボランティアの受け入れや、読み聞かせパフォーマンス、敬老会等に地域の方をお招きした。地域の方に、もつとグループホームや認知症の事を知って頂く為に、民生委員の方々との認知症の勉強会や、リハビリテーション、警察署において認知症についての講演を行った。地域の夏祭りではハザーを行い、地域の方との交流が図られた。	子供との触れ合いができるよう、学校へもアプローチしていく予定である。近隣に重度心身障害者の通所施設があり、互いの行事の参加を呼びかけているが実現できていない。子供や障害者を持った方、近所の方が、気軽に立ち寄れるホームを目指していきたいと考えている。
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	・運営推進会議を概ね2ヶ月に1回持ち、民生委員、行政、警察署、自治会長、医療関係、家族等と意見交換を行っている。また、認知症の勉強会や講演を行うことで、理解を深めて頂いている。		
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	・地域の方々から意見や助言を頂けば、当然サービス向上に活かしていく必要がある。実際町内の行事のお誘いがあり、早速サービスに結びつけた。	ご利用者、ご家族、民生委員、町の職員、地域包括支援センター、地域の医療関係者、警察署、社協の方々に参加頂き開催している。参加された方々が、遠方にある同法人のホームも見学され、ホームの取り組みを理解して下さり、地域行事や自治会参加への声をかけて下さるなど、有意義な会議となっている。	ホーム等の事を地域の方々にもっと知って頂くために、会議開催の意義を明確にし、今後も、学校関係や消防署に声をかけていきたいと考えられている。高齢化率が低い地域ということもあり、運営推進会議を活用して、“地域の連携を強めていく”きっかけになることを期待していきたい。
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	・運営推進会議や用事がある時などにホームの取り組みを積極的に伝え、協力して頂いているが、密に連絡を取っているとは言えない。	ホーム開設にあたり町の担当者にご尽力頂いた。その後も、各種申請や手続きのために市の窓口を訪れたり、運営推進会議に出席頂き、ホームの状況を報告し、助言を頂いている。時津町の民生委員の方々を対象とした研修会の講師依頼があり、講師を務める等、町の方々のために、協力関係を築いていっている。	
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	・禁止の対象となる具体的な行為については、代表者および概ねの職員が理解できている。今後も身体拘束に関する研修に参加したり、ミーティングでも取り上げて行きたい。	職員は身体拘束にあたる行為を理解し、周辺症状の原因や、本人の思いや要求は何か、スタッフ全員で話し合っている。拘束をしないケアを行うことで、リスクが発生する可能性があることをご家族にも伝え、ご本人の思いに添ったケアを行う努力をしている。また、言葉の拘束等も含めて、ミーティングで確認している。	職員の人員の関係で、「ちょっと待っててください」等の言葉かけを行うことがある。職員の言葉の背景にある原因や心理も含めて、全員で共有するために、今後も勉強会を行っていきたくて考えられている。人員体制の整備も含めて、今後の取り組みに期待していきたい。
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	・ミーティングやカンファレンスで学ぶ機会を持ち、常に意識している。		

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	・研修にも参加し、ミーティング等で学ぶ機会を持っている。金銭管理に不安がある方がいれば、趣旨を説明し利用できる旨を伝えている。現在利用されている方はいない。		
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	・契約時にケアマネージャーもしくは各ユニットリーダーが説明し、不安や疑問点について納得いただけるよう説明している。		
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	・家族会や運営推進会議等で要望や意見を出して頂き、運営に反映させている。	日々のケアに関する要望が多く、「ミキサー食ではなく、できる限り普通の食事を・・・」と言うご家族の要望に対し、主治医や言語聴覚士等に相談し、まずは、「きざみ食」に変更した。また、「教会に連れて行ってほしい」との要望の方を日曜毎にお連れするなど、個別の対応を行っている。	管理者の交代に伴い、ご家族への挨拶含めて、信頼関係作りを始めていく予定である。ご家族の面会も多く、協力関係も期待できることから、更なる“運営”に関する意見が頂けるようになること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	・全体ミーティング、職員ミーティングまた、ユニットカンファレンスなどで出た意見や提案は、検討し実現可能なことであれば、反映させている。	職員からの意見は多く、ケアを行う上での課題や、「現在行っているアセスメント(11分類シート)をどのようにケアプランに繋げたらいいのか研修をしてほしい」などの意見があった。ホーム移転に関し、職員の意見を聞いたり、職員を対象に、認知症指導者を講師にICFの視点、11分類シートの考え方、ケアプランの作成についての研修が行われた。	11分類シートは、カンファレンスの中でユニットスタッフ全員で行っている。新人のスタッフがまだよく理解できていないため、今後パートスタッフも含め研修の機会を増やし、スタッフ全員が理解し取り組むことで、ご利用者が望む生活に繋げていきたいと考えられている。
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	・職員個々個々の努力などで、賞与に反映させ、サービス残業をしないよう徹底し、手当てに配慮するなど、働きやすい職場を目指している。		
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	・新人職員には必ず期間を決め研修冊子を作成し、研修を行っている。スタッフの力量等を把握し、実践者研修や管理者研修の参加を促している。また、リーダーや先輩が働きながら指導している。		
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	・介護福祉士会研修の参加、認知症研修高次機能障害研修など、勉強会や意見交換会などを通して、質の向上を目指している。		

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	・本人のお困りごと、不安や要望に耳を傾けアセスメントを行い、本人が安心して生活できるよう信頼関係を築きながら支援している。		
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	・本人のお困りごとだけではなく、家族の希望や不安なことに耳を傾け、相談しやすい雰囲気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	・本人と家族が居間必要としている支援を見極め、他のサービスも含め実現可能な限り対応するよう努めている		
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	・ICFの視点に立ったアセスメントを行い本人の望むこと、できることに視点を置きできずに困っているところは支援しながらできる力を十分発揮できるようスタッフは暮らしを共にする者として支援している。		
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	・行事の度にご家族に参加頂くよう連絡し、できる限り一緒に過ごして頂いたり、家族会や面会時などに相談しながら、共に支えていく関係を築いている。		
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	・思いを伝えられない方は、家族に利用者の歴史や馴染みを尋ね、馴染みの店にお連れしたり、馴染みの人に家族から連絡して頂く等関係が途切れないよう努めている。	町の役員をされていたご利用者を、地域の方が尋ねて来られたり、馴染みの神父が訪ねて下さっている。嚙下障害の方が、「馴染みの店のちゃんぽんを食べたい」との事で、ご家族や主治医、言語聴覚士に相談し、職員が、その中華料理店を訪問した。野菜を小さく刻む事やとろみをつけることをお願いし、美味しく食べる事ができた。	ご利用者の希望が、十分に聞けていないのではないかと感じている。今後も、ご利用者やご家族から、馴染みの場所等を聞いていきたいと考えている。ホーム移転後は、外出しやすい環境になることも期待でき、馴染みの場所への外出の機会を増や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	・関係を把握し、孤立しないよう努めている。性格や生き様がそれぞれなので、中には上手に関わり合うことができない利用者もいて、人間関係に苦慮することもある。		

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	
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	・退所されても行事などの案内を出したり場所が変わっても時々訪問して、関係を断ち切らないようにしている。		
<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	・毎日の利用者との会話や11分類シートを利用してアセスメント・カンファレンスを行い、できる限り希望や意向の把握に努めている。困難な場合は特に時間をかけて検討している。	ご家族面会時や面談時にお話を伺っている。思いや意向の把握が難しい方もご家族に相談し、日頃の様子や表情等から思いや求めている事を把握し、カンファレンスにおいてスタッフ全員で話し合い、ケアを行っている。行ってみて上手くいかない時は、モニタリング・再アセスメントを行い、できる限りご利用者の望みに近づけるよう日々努力している。	ホームの運営やスタッフの経験が浅いため、まだまだご利用者の思いに近づけていないようなところがある。11分類シートも中身が薄いので、職場内研修を増やし、ご利用者の本当の思いにもっと近づけるよう努力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	・生活歴・馴染みの環境・暮らし方を把握しご家族にも相談し安心して生活できる環境を提供している。(馴染みの病院・美容院馴染みの持ち物等)		
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	・生活チェック表やケース記録を毎日記入し、カンファレンスでモニタリング・アセスメントを行うことで、利用者一人ひとりの過ごし方・心身状況を把握し、持っている力を発揮頂くよう努めている。		
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	・介護計画を作成する上で、利用者・家族はもちろん関わる主治医、言語聴覚士等に相談し意見やアイデアをカンファレンスで反映させながら介護計画を作成している。	オリジナルシートや11分類シートを活用して、常にご本人の意向やご希望、ご家族の思いを取り入れながら実現可能なことについては取り組んでいる。ご意見やアイデアを基に、できる限り馴染みの店への外出、病院や美容院の利用なども計画に盛り込んでいる。また、地域の夏祭りには、ご利用者ボランティアによるハザー等も実施された。	“身体的に重度であったり、認知症が進行しても地域でその人らしく生活できているのか” “もっとできることがあるのではないかと”と、常に考えている。今後も、ご利用者、ご家族、地域の方々も含めて相談していく予定にしている。
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	・生活チェック表を作成し個別に記入して、職員間で共有し実践や介護計画に生かしている。また、個別記録を必要な時は主治医とも情報を共有し、アドバイスを頂く時もある。		
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	・その時に生まれるニーズに対して当ホームだけでなく、その人に応じたサービスを紹介するなどサービス化の多機能化に取り組んでいる。		

自己	外部	自己評価		外部評価	
		実践状況	実践状況	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	・民生委員や学生のボランティアや近所の病院から言語聴覚士に来て頂いたり、少しずつ地域地域資源を把握し、助けて頂いている。これからもスタッフが地域資源をもっと把握していく必要がある。		
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馴染みの病院にお連れしている。利用者のご様子や体調の変化をみて、随時往診をお願いしたり、主治医に必ず指示を仰いでいる。	通院困難な方については往診をお願いしており、夜間の連絡も取れる体制となっている。受診結果は面会時に報告しているが、受診結果によっては電話で報告している。かかりつけ病院や通所介護事業所で、絵本の読み聞かせボランティアを行うことで親睦を図ったり、かかりつけ病院と合同で、認知症の勉強会も行った。	かかりつけ医に、もっとホームの思いや方針を理解して頂けるよう、積極的に相談していきたいと考えられている。管理者が交代したこともあり、訪問看護の導入等についても、連携が図れるような体制作りを検討していく予定である。(外部評価12も共通)
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	・定期的に訪問する看護師に情報を伝え相談し助言を頂いている。		
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。	・運営推進会議にソーシャルワーカーに必ず出席頂き、ホームの現状を理解して頂いている。入退院や入院中もそれぞれの病院関係者と密に連絡を取り合い、積極的に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	・ターミナルケアについて早い段階で本人や家族と話し合いを行い、専門職としてできる事を説明し、主治医やST、歯科医等地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	開設以来、2名の看取りが行われた。入居時に、重度化した場合や終末期に関して説明し、ある程度の方針をご家族含めて話しあい、ケア方針を決めている。終末期に入る時は、ご家族や主治医に相談し、主治医の協力を頂きながらチームで支援している。ホームの職員ができること、できないことを説明し、主治医からも、ご家族に説明して頂いている。	
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連絡方法や緊急時の対応はできているが、全ての職員が応急手当や初期対応ができているとはいえない。定期的な研修を増やす必要がある。		
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	・災害対策が明確にできてない。ホーム独自で訓練を行い、地域との協力体制を築いていく必要がある。	病院職員と合同で、昼間の災害を想定した訓練が行われた。長崎総合警備と契約し、緊急時は協力体制ができている。民生委員や警察署とも、運営推進会議を通して相談している。災害に備え、1週間分程度の米や飲料水、食料が確保されている。	災害時の、地域との協力体制を作っていきたいと考えられている。ホーム移転に伴い、移転先での地域の協力体制の確立と共に、地域に応じた災害を想定した訓練や夜間を想定した訓練等の検討も行っていく予定である。

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	・一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない配慮をしている。	入浴中はドアを閉めたり、さりげなくトイレ誘導するなど、羞恥心に配慮したケアが行われている。“プライバシーを損ねたり、誇りを傷つける場面があるかもしれない”という気持ちを持って、常に反省するようしており、ミーティングや研修を通して職員間で確認している。個人情報の保護にも努めている。	
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	・本人の思いや求めている事に耳を傾け自己決定できるよう努めている。		
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	・一人ひとりのペースを把握し、その日の過ごし方を希望にそって支援するよう努めているが、スタッフ都合になっている時があるように感じる時がある。		
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	・美容院にお連れしたり、身だしなみやおしゃれの支援をしているが、寝たきりの方や自分の思いを上手く伝えられない方の支援が上手くできてない時がある。		
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	・一人ひとりの力を活かしながら一緒に食事の準備や片づけを行っているが、中には食事準備や片づけを好まず、活動されている利用者に対して、理解ができない方もいて、支援の難しさを感じる時がある。	昼食(木・日曜以外)はデイサービスで調理し、他はホームの職員が手作りしている。栄養士がおり、ちゃんぽんや郷土料理を取り入れたり、ご利用者の希望で出前も楽しんでいる。敬老会には、寿司や新鮮な刺身も登場している。食卓にご利用者と一緒に花を飾ったり、下ごしらえや味見等、ご利用者に力を発揮して頂いている。	
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	・生活チェック表で食事量や水分量に関して把握している。栄養士が栄養バランスを考えメニューを作成している。変化があれば主治医・言語聴覚士・栄養士に相談し嚥下食などの別メニューにしている。		
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	・毎食後一人ひとりの力に応じて声をかけ、口腔ケアを行っている。自力でも磨き残しがある方は、仕上げの磨きをさせて頂くなど、本人の力に応じて支援している。		

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	・日中はオムツではなく、スタッフが利用者の排泄パターンを把握し、早めにトイレのお声かけを行っている。自室のトイレに連れすることで、ゆっくり安心して排泄されている。	全室トイレがあるので、できる限りトイレを使用して頂いている。職員に声をかけて下さる方もおり、頻尿の方も必ずトイレにお連れしている。失禁時は、声のトーン等に配慮し、他の方に気づかれないようにトイレにお連れしている。排泄パターンを把握し、早め早めにトイレ誘導が行われている。	
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	・牛乳やお茶を勧め果物やヨーグルトなどをメニューに摂り入れている。便秘の時は入浴や腹部マッサージを行っている。何日も続く時は、主治医や専門医に相談し診療や薬を処方して頂く。		
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	・いつでも入浴できるので、希望にそった支援を行っている。	毎日入浴できるようにしており、入浴したい時に入って頂いている。毎日入浴される方もおられ、入浴剤を入れたり、5月には菖蒲湯を楽しんで頂いている。浴室のドアは必ず閉めて介助しており、希望に応じて女性職員が介助する等、羞恥心への配慮も行われている。恐怖心を軽減するため、二人で介助する事もある。	入浴を好まない方へは、“病院へ行く日ですよ”“ご家族がお見えになりますよ”など声かけを工夫しているが、何日も入られない方もおられる。言葉かけ等の方法の検討を、今後も引き続き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	・その人のそのときの状況に応じて、休息の声かけや横になって頂く配慮をしている。眠れない時は、話をしたり温かいミルクを出すなどして安心して眠れるよう努めている。		
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	・薬連絡表などで薬の把握をするようにしている。薬剤師に来て頂き、薬の目的や副作用について勉強会を行っている。		
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	・大正琴や折り紙など趣味を生かした支援を行っているが、全ての利用者に対しまだまだ生活歴や力を活かせてない。		
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	・希望にそって戸外に出かけている。墓参りなど普段行けないようなところは、ご家族に相談し協力を頂いている。	遊びも兼ねて、西海市の同系列のグループホームを訪問した。「自宅に帰りたい」「教会に行きたい」「買い物に行きたい」などの、ご利用者の希望に応じるように努めているが、日常的に散歩に出る等の外出までは行えていない。	職員の人員体制や環境上の課題から、自由に外に出ることが難しい状況にある。ホーム移転後は、いつでも自由に外出できる体制を整え、外出の支援をしていきたいと考えられている。日常的に、土に触れ、自然を感じるができる生活になること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	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	・一人ひとりの能力に応じてお金を所持し使えるようにしている。混乱があるかたに対しては、家族の同意でホームが預かり、買い物にお連れするようにしている。		
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	・家族や大切な人に電話をかけたい時は電話番号を押すなどの本人ができないところを支援している。		
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	・いつも明るい光が入るようにしており、室温にも配慮している。暗い雰囲気にならないよう写真を展示したり、電気を点灯したり、楽を流している。事務所など片付いてない時がある。季節に応じた飾りつけもしている。	病院の2階を借りていることから、飾り付けへの制約があるが、生け花をしたり、折り紙細工をされた方の作品や写真を飾り一緒に楽しんでいる。季節に合わせて、鯉のぼりやハローウィン、クリスマス、鏡もちなども飾っている。リビング横の畳の部屋には、日本人形がさりげなく置かれており、懐かしさを感じられ、長く広い廊下は、ご利用者の歩行訓練の場にもなっている。	
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	・気のあ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ができていない。生活環境や性格、認知症という病気等で共同生活の難しさを感じることもある。		
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	・馴染みのものをもって来て頂いたり、生活暦などを視野に居れ、例えばベッドではなく布団にしたり、仏壇を持ってきて頂いたり、人や家族と相談しできる限り居心地よく過ごせるよう工夫している。	こたつ、たんす、テレビ、ソファー、バッグ、帽子、写真、大正琴、茶碗、お箸、湯のみ、衣類、人形、家族の手紙、時計、裁縫道具等、馴染みの物をご家族に持って来て頂いている。時には職員と一緒に買い物に行き、好きな物を購入し、部屋に飾っている。お部屋の入り口に表札を掛け、名前や飾りをつける等の工夫をしている。	
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	・利用者の希望に応じた居室づくりを行いトイレや廊下に手すりを設置している。病院の2階ということもあり、エスカレーターを利用して階下に移動しているが、常にスタッフの見守りが必要である。		

## 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	1	理念を理解しているとは言っているが、現状において職員の感情が先走り、利用者の本当の思いに傾聴できていないことが、まず、課題と考える。また、利用者への思いに副った支援が不十分である。	理念に基づき、敬意を表し利用者の思いに耳を傾け、大きな気持ちで愛情を持って接し、利用者が安心して穏やかに暮らせるようにしたい。	職員は利用者の思いや要望にもっと敏感に察知できるよう職員同士の情報の共有と理解を深める為に、今後も更なる勉強会やミーティングの機会を設け取り組む。	6 ヶ月
2	10	新しく管理者兼リーダーの就任に伴い、ご家族や地域の民生委員との信頼関係がまだ浅く、これから、ご家族と関わりを持ち意見や相談しやすい関係作っていかねばならない。	利用者やご家族との信頼関係を築き、意見や相談ごとに耳を傾け、「安心、快適、安全」に生活が送れるよう支援していきたい。	ご家族の面会が多い為、利用者の日頃のご様子や病院受診時の報告等、情報交換を図り、要望や相談が反映できるようご家族からも、協力を頂く。	6 ヶ月
3	11	職員の人員不足や職員の配置関係で、ユニット内において、チームがまとまりにくい。統一されたケアを目指していく中で、意見や提案を聞く機会が欠けている現状がある。	職員からの意見を聞く機会を多く持ち、同じ方向性をもって、ぎんなんの方針をふまえ理解し利用者や職員にとってより良い環境をつくって行きたい。	ユニットカンファレンス、職員ミーティング、勉強会等で意見交換を多く設け、現場で気になっている事や困っている事はないか、情報交換や職員とのコミュニケーションを図り、努めていく。	3 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月