

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	4270202866		
法人名	有限会社あじさい		
事業所名	グループホームあじさい		
所在地	長崎県佐世保市世知原町筍瀬778番地3		
自己評価作成日	平成22年2月19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	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 3月 9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>自然に囲まれ、穏やかに生活できる。「自由に楽しく笑顔で」その人らしい生活ができるようサポートしています。</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>開設から5年が経過した。管理者、職員の方々の笑顔は変わらず温かく、ご利用者も、穏やかな表情で過ごされている。訪問時、ホールで“ビンゴゲーム”が行われており、皆さんが集中して“ビンゴカード”を見つめている姿が印象的であった。ホールから見える山々は緑が濃く、常に自然を感じる事ができる。ホールの窓が広いので、外の山々と一体感があり、開放感を感じることが出来る。長年、病院で過ごされてきた方もおられ、“グループホームあじさい”において、“家庭的な雰囲気、ゆっくりくつろげる、ふれあい”の生活を送ることができている。ご自分の生活のペースも守られ、個室なのでプライバシーも保護され、散歩も自由に行えている。「どこにも行かなくて、ずっとここにおらせてね」と職員に伝える方もおられ、“自由”に生活ができる喜びを体験されている方も多し。職員の離職も少なく、チームワークも抜群で、職員同士の仲も良い。何でも話し合える環境が作られている。ホームの中で感じられた“自然との一体感”を、今後は“地域”に広げ、“地域との一体感”を望まれている。“グループホームあじさい”での暮らしぶりを、より地域に発信し、いつでも遊びに来て頂ける関係を目指しているホームである。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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)
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
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
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	
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	開設時に「自由に楽しく笑顔で」の理念をつくり、毎月の勤務表、玄関、リビングにかかげ、職員に周知徹底し、笑顔でのケアに心がけている。	ホームの理念「利用者が安心して生活できるよう、地域に密着、開かれた運営を行います」、ケア理念「自由に楽しく笑顔で」を掲げ、実践を続けてきた。地域の行事(演芸会やスポレク祭等)に参加でき、地域の方々との交流を行ったり、入居時は、食事も入らず、笑顔がみられなかった方が、徐々に笑顔が見られている。	近くに民家がない事もあり、地域の方との交流が難しい状況にある。地域の方々に、“グループホームあじさい”を理解して頂き、子ども達含めて、地域の方々との交流を深めていきたいと考えておられる。運営推進会議等での検討も、引き続き、行っていく予定である。
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	町内会に入りたいとの意向を町内に伝えたが、住宅地から離れているとの理由で断られた。地域の行事があるときは参加させていただいているが、日常的な交流は出来ない。	運営推進会議の時に地域行事を教えて頂き、グラントゴルフに参加したり、巡回図書の利用もしている。巡回図書はホームの玄関に横付けしてくれ、ご利用者も本を借りている。散歩コースのゴミ拾いもたまにしており、集めたヘルマークは、小学生のいる職員に渡している。町内会への加入も試みたが、諸事情により入れなかった。	保育園や学校の行事に参加したり、園児等に訪問して頂きたいと考えている。まずは、小学校にご挨拶に伺い、交流のための接点を持つ予定である。同地域の、他のホームの方と連絡を取り合い、交流を持たれてはいいかがだろうか。情報交換が深まることを期待したい。
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	運営推進会議に参加いただいている地域の代表の方には理解していただいていると思うが、他の人々とは交流もなく、地域貢献できているとはいえない。		
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	利用状況、ホームでの生活ぶりの報告はし、外部評価の結果報告もしているが、特に意見はなかった。会議の中で地域の行事をおしえていただき参加している。	2か月に1回、ご利用者家族、地域住民代表者、地域包括支援センター職員に参加頂き、開催している。ホールで会議をしているので、ご利用者が近くに来られた時には参加されている。会議の中で、次回の日程を参加者全員で決め、参加しやすいようにしている。雑談の中で、地域行事を教えてもらうことも多い。	利用状況、ホームの活動報告等を行っているが、意見交換ができていないと感じておられる。議題に迷うことも多いということで、外部評価の項目をテーマにしたり、可能であれば、消防署や派出所の方等をゲストとして招待し、講話をして頂いてはいいかがだろうか。
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取り組んでいる	運営推進会議で、市の職員に利用者の様子を伝えている。生活保護の方のことについては、福祉の担当者との連携をとっている。また必要時、市の保健師に協力依頼することもある。	毎回、運営推進会議に地域包括支援センターの方が参加して下さるので、ホームの報告は行っている。入居者の紹介依頼をした時も、紹介して頂いた。支所には用事のある時に訪問しており、市の長寿社会課には、成年後見人の件などを電話で相談する事がある。アドバイスを頂く関係は築けており、親身に相談にのって下さっている。	
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	職員間で、日常的に拘束について話し、理解している。日中は、玄関に施錠することではなく、外出される時はついて行き、車椅子から立ち上がろうとされるときは、近くで見守る等行い、拘束はしていない。	身体拘束のマニュアルもあり、ミーティング時『どういう事が拘束になるのか』を職員全員で共有した。職員からは、自分が考えていたよりも、拘束になる事柄が多いことを知り「勉強になった」との声があった。身体拘束をしない事でのリスク説明は、入居時に、ご家族等に行っているが、転倒や外出が予測される方には常に付き添っている。	
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	会議で話し、入浴のときは、全身の状態を観察している。		

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
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	職員が皆理解しているとはいえないが、必要時活用できるように市と話し合っている。		
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	入居時、ご利用者・家族に納得いくよう説明し、不安・疑問点はいつでも問い合わせ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	意見箱を設置し、面会時、またホーム便りにも無記名でご意見をいただけるようお願いしているが、迷惑をかけているのでは・・・とご意見・要望を話してはいただけない。	過去の生活背景から、ご家族との関係も様々であり、それぞれ個別の連絡方法を検討してきた。ホーム便りや介護計画を郵送するで、暮らしぶりを理解頂けるように努めてきた。面会時等に頂いた意見は職員間で検討し、ご本人の病状も含めた最善策を考えている。「初詣に行きたい」等の要望にも、日程を調整して出かけた。	面会時、ご家族に暮らしぶりを伝え、ホーム便りも郵送しているが、「今のままでいいです」と言われる方も多。これまで以上に話しやすい雰囲気を作る努力をしたいと考えられている。お便りの郵送時に、「一言メッセージ」等も同封する予定にしている。
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回の会議で職員の意見を聞き、また日常的に意見提案を聴き、よりよい運営ケアができるよう努めている。	管理者は、日々の業務やケア全般について、施設長から任されている。施設長には、職員からの要望なども、随時報告を行っている。職員の入れ替わりは少なく、掃除道具の件等、職員からの気付きやアイデアは多く、自由に言っている。「ホーム便り」の作成も、職員からの提案で実施されるようになった。	
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	ホーム長から代表に勤務表を渡し、把握してもらっている。周囲のグループホームと大差ない給与水準で時間外労働もないよう努めている。		
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	代表は、ホーム長より随時報告を受け把握し、希望する研修があるときは、受けれるようにしている。		
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	グループホーム連絡協議会に入会しており、定期的な会議・研修会で交流しており、情報交換している。		

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	
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	事前の面談で身心および生活の状態を把握し、要望にこたえられるよう努めている。		
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	ご家族からこれまでの経緯・生活暦を伺い要望を聴いている。また、いつでも要望・意見をいただけるよう依頼している。		
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	相談があった段階でグループホーム入所ではなく、他のサービスが適切と判断した場合は、そのサービスが利用できるよう援助している。		
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	ご利用者は、人生の先輩であるとの思いで接し、家庭的な雰囲気の中で、おやつ作りや漢字・ことわざ等教えていただいている。		
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	2ヶ月に1度ホーム便りを作成し、ホーム内での生活ぶりを知っていただく。面会に来られたときは、ご利用者の状態を報告し話し合っている。		
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	いつでも電話したり、手紙をだせるように支援している。希望の場所があればお連れしている。	会話の中で、昔話を伺うこともある。他のホームから入居された方が、そのホームに手紙を出されたり、職員間で情報交換し、面会に来て頂く取り組みも行った。ご住職が毎月来られたり、遠方にいるご兄弟と電話で話をされている方もおられる。若い頃、一緒に生活をされていた家族の家にお連れした方もおられる。	入院生活の長い方も多く、馴染みの人や場所がどこになるのか迷うことも多い。今後、日常の中で、ご本人の会いたい人、行きたい場所の把握をしていき、ご希望やご要望を引き出せる会話を心がけ、支援していきたいと考えている。
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	常にコミュニケーションを心がけ、ご利用者同士も会話ができるよう声かけしている。		

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	電話で状況を伺ったり、入院された場合は利用者と共にお見舞いに行き、相談があれば受けている。		
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	生活歴や趣味・特技、また日常の会話・行動から希望・意向を把握している。	会話の中で、“何をしたいか、したくないか”を話題にして、意向を汲み取っている。行動や表情から気持ちを汲み取る努力もしており、趣味や特技とされていた事を試みながら、意向の確認を行う時もある。夜の時間等で、『言葉に隠れた思い』を意識しながら、個別の会話を大切にしている。把握できた情報は、職員間で共有している。	
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	入居時の情報収集だけでなく、日常の会話のなかで、昔話をして把握している。		
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	毎日の申し送り、月1回の会議で情報交換し、全職員が把握できている。		
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	職員間では、月1回の会議で検討、必要時毎日の申し送りで検討しているが、家族の意見がなかなか聞けない方がいる。	ご利用者毎に要望等を伺っており、ご家族には、介護計画を郵送し、意見を求めている。「馴染みの店に買い物に行く」等、“地域で暮らす”視点も計画に盛り込まれた。状態に応じて、3カ月、6カ月、1年と、様々な短期目標だが、入居時は、1カ月の方もおられる。毎月、見直しをしているが、変化時は、医師、職員等で検討している。	アセスメントは、“MDS”できる事シート”を活用しており、ご家族にも意向を伺っているが、今後更に、ご家族の意向を伺えるよう努力したいと考えている。状況に応じて、介護計画を郵送後、1週間後くらいに電話で確認するような方法も検討されている。
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	毎日個別に記録し、申し送りを行っている。問題があるときは、申し送り時に話し合っている。		
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	その時々々の希望に沿うように、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	月1回地域の巡回図書で好きな本を借り、読書されている。		
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	協力医療機関から往診してもらっている。本人と医師との信頼関係も築かれている。急変時は、救急車で救急病院に搬送される場合もある。	待ち時間等にも配慮して、往診を受ける方が多い。往診時、「畑仕事はどがんね」等、1人約30分ほどかけて色々な話をして下さる。診察時の内容は、挨拶の言葉含めて、全て医師が記録に残しておられるが、職員も立ち会っており、往診結果は、ご家族に報告されている。ご家族が通院介助される方もおられる。	
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	小さな気づきでも看護職に伝え、適切な処置が受けられている。		
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。	利用者と共にお見舞いに行き、情報交換している。		
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	入居時に、終末期ケアについて「看取りに関する指針」を説明し、「看取り介護についての同意書」に署名いただいている。終末期になられた方が、まだいないが、その時は、ご家族と話し合いながら取り組みたい。	24時間、医療機関との連絡体制はできている。指針は平成18年に作られたが、24時間往診体制については、終末期の段階になられた頃に体制を作ろうと考えている。希望があれば、看取りまで行いたいと考えている。現在、ご家族の意向は聞いているが、本人の意向は全員までは把握できていない。「死ぬまでここにおとくとく」「どこにも行かなくて、ずっとここにおらせてね」と言われている方もおられる。	夜間の体制に関しても、少しずつ検討していきたいと考えられている。病院との調整を行いながら、24時間往診体制を含めた指針作りをされてみてはいかがだろうか。終末期への思いを語って下さる方もおられることから、他のご利用者に関しても、ご様子を見ながら、ご本人の思いを聞いていく予定である。
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	救命講習に参加し、会議で共有している。またマニュアルに基づき対応できるようにしている。		
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	年2回夜間想定避難訓練、消火訓練を行い、関連施設の協力を得られるようにしている。	ご利用者、職員、関連施設や病院と協力して、21年3月、11月、夜間を想定した避難訓練を行い所要時間を計った。関連施設や病院には、避難誘導の協力をして頂けるようにしている。災害時の備品の準備はしていないが、系列病院や系列事業所の応援を頂けると思うとのこと。オムツは数日分のストックはある。	

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
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	人生の先輩として尊敬して会話するが、家族と同様に思っていただけのように、親しみを持って言葉かける。	管理者は、職員に「子供に話すような言葉遣いはしない」「常に尊敬の気持ちを持って…」ということを伝えていますが、全職員、「人生の先輩」という思いで、日々、接することができる。居室に入る時にはノックしており、個人情報の保護のために、必要に応じて個室で話をするようにしている。	
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	何をするにも、押し付けるのではなく、問いかけながらご本人の希望を優先し決定する。		
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	その人のペースに合わせ、焦らせることなく、その日その日を自由に楽しく笑顔で過ごせるよう努めている。		
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	定期的に、美容師にきてもらい、好みの髪型にカットしてもらっている。また、化粧品・マニキュアなど声かけし、希望する方にはつけてあげている。		
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	季節を感じるようなメニューを献立にいれ、自分の仕事として箸を並べたり、お茶を入れたり、配膳・下膳をしていただいている。	2年前から、夜週3回、昼週1回、関連事業所から調理済みの食事が届く。ご利用者は「出前が届いた」と喜ばれている。巻き寿司や押し寿司もあり喜ばれている。それ以外は、系列病院の栄養士作成のレシピをもとに職員が作っている。食材は地元のもが使われている。裏の畑では芋を作っており、おやつに登場している。	
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	主食の量でカロリーコントロールを行い、いつでも水分摂取できるようにし、水分摂取量を把握している。		
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、口腔ケアできるよう準備し、声かけしている。充分できない方には、介助し、リステリンで含嗽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	Pトイレ使用されているご利用者も日中はトイレを使用していただくようにしている。オムツをされているご利用者も訴えあれば、トイレ介助している。	自立している方も多く、排泄の報告が無い方は、食欲やお腹の張り具合を確認している。“トイレでの排泄を”との意識が職員にあり、「立つ→ポータブル→自立」を目指したいと計画している方もおられる。ご家族に相談し、安定感のあるポータブルを購入して頂いたり、誘導の結果、普通の布パンツになられた方もおられる。	
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	毎日排便チェックを行い、水分の補給を行い、必要時下剤を使用し調整している。		
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	ご希望があれば毎日入浴していただけるように、ユニット間で違う曜日を入浴日に設定している。	好みの湯温にしており、好きなシャンプーや石鹸があれば使用して頂いている。失敗時にはシャワーを行い、布パンツの方以外は毎日陰部清拭もしている。お風呂の時は、入浴剤も楽しんで頂いているが、職員と1対1になるので、「おうちに帰りたい」等の本音を話されることも多い。ゆっくり入浴頂けるよう配慮している。	
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	全室個室になっており、室内から施錠できる。眠りたい時に、いつでも眠れるが、昼夜逆転しそうなご利用者には、日中はリビングで過ごしていただいている。		
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	「お薬の説明」をファイルしており、いつでも確認できるようにしている。処方変更があった場合は、申し送りし、効果・副作用を把握している。		
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	自分の仕事として、お茶をいれくださったり配膳をしていただいている。ご利用者同士でも車椅子を押したり、薬の袋を開けてくださったり手助けしてくださっている。		
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	ご希望時、買い物・散歩にお連れしている。高齢で面会に来れない姉の家にお連れしたりしている。	食材が注文形式に変更されたため、買物での外出機会が無くなっていたが、今は、おやつ(パン、ミカン等)を買いに行っている。以前は、系列事業所のバスを借りて、みんなで外出していたが、今はその事業所の事情で借りられなくなり、全員での外出が難しくなった。天気の良い時は、日常的に近くのサイクリングコース等を散歩している。5人乗りの車を使用し、少人数で、買物や美容室等には出かけている。	

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	管理できるご利用者には、持っただき、通販での買い物をされたりしておられる。買い物に行った時には、自分で支払っていただいている。		
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	いつでも電話でき、希望あれば介助している。手紙をかかれた時は、投函している。		
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	温湿度に気を配り、調整している。テレビの音量もその時々で調整している。季節の花を飾ったり、不快な臭いがないよう、消臭剤を置いている。	加湿器を増やし、エアコン・加湿器・換気の調整をこまめに行っており、陽射しが強いはカーテンを閉めている。ホワイトボードには献立が大きく書かれており、楽しみの一つとなっている。畳のスペースもあり、横になっている方もおられる。数人で座れるソファもあるが、2階では、空間を広くするためにソファの数を減らしている。皆さん、思い思いの場所で過ごされている。	
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	リビングで、それぞれ落ち着ける自分の居場所があり、ご利用者同士談話されている。		
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	入居時に、馴染みの品を持ってきていただけるよう説明し、長期入院等で、馴染みのものがない場合は、花をかざったり、バースデーの色紙・手作りの作品をかざっている。入り口には、好みの暖簾をかける。	寝具、タンス、椅子、仏壇、写真等を持って来られている。趣味の品物を思い思いに飾っている方もおられ、それぞれ個性のあるお部屋となっている。それぞれの方の好みを尊重した飾り物を置いている。	
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	廊下には、すべて手すりを設置している。車椅子が通り易いようにテーブルの位置を配置している。		

事業所名: グループホームあじさい

作成日: 平成 22 年 3 月 30 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	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	2	地域行事には、参加させていただいているが、日常的に地域と交流ができていない。	地域の一員として日常的に交流できる。	町内の婦人部の人形作りに参加させていただく。保育園、学校の行事に参加させていただいたり、訪問していただく。	6 ヶ月
2	26	ご本人の要望は伺い介護計画に反映しているが、ご家族との話し合いが、できていない。介護計画を郵送し、意見を求めているが、返事がない。	ご家族の意向を伺い介護計画に反映する。	介護計画を郵送後、電話で確認、意見を伺う。	6 ヶ月
3	10	意見箱を設置し、ホーム便りにも無記名でご意見をいただけるようお願いしているが、ご意見・ご要望を話していただけない。	ご家族のご意見・ご要望が聞ける。	面会時、会話のなかでご要望を伺ったり、ホーム便り郵送時、一言メッセージ等同封しご意見いただけるようお願いする。	12 ヶ月
4	4	利用状況、ホームでの生活ぶりを報告し、地域の行事を教えていただき参加させていただいているが、活発な意見交換ができていない。	活発な意見交換ができる。	毎回テーマを決め、報告だけでなく、意見をいただけるようにする。	12 ヶ月
5					ヶ月