

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 | 4292200039 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 聖マリア会 | | |
| 事業所名 | グループホームさざなみ | | |
| 所在地 | 長崎県五島市三井楽町濱ノ畔1046-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月22日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年3月21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24年1月17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)】

| |
|---|
| 一人ひとりを大切にすることを、言葉使い等には特に注意し、気持ちよく過ごせるようにしている。 |
|---|

【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)】

| |
|--|
| “社会福祉法人聖マリア会 グループホームさざなみ”は、開設から3年、管理者と職員全員で力を合わせ、より良い支援の検討を続けてこられた。“心に触れる挨拶、感謝の言葉が満ちるぬくもりのある施設を目指します。1. 笑顔で挨拶 2. 喜びと感謝の言葉「ありがとう」 3. 思いやり「手伝う、助ける、励ます」という理念のもと、ご利用者、職員共に「ありがとう」の感謝の言葉が日常の中で聞かれ、ご利用者の笑顔も増えてきている。ご利用者とゆっくりお話しする機会も多くなり、“常に何かしたい”と言う方の要望に応じて色々なお手伝いをして頂いている。地域の方から旬の野菜やお米を頂いたり、家族の方が手作りのかんころ餅を持ってきて下さり、楽しい食事(おやつ)タイムとなっている。外出を好まれない方も増えているが、可能な限りドライブ等にお誘いしている。診療所の待合室などでは地域の知り合いの方との会話を楽しまれており、24年夏には近くに系列の特養が移転してくるため、特養に来られる保育園児との交流を今から楽しみにされている。管理者と職員全員の笑顔が温かいホームで、今後もご利用者の要望を引き出しながら、“感謝の言葉が満ちるぬくもりのある施設”を作り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、活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している (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 |
| 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 | 職員全員で話し合っ、一人ひとりを大切に する思いを込めて理念を作った。玄関に掲 示している。毎朝、勤務者全員で暗唱するこ とで意識し、実践につなげている。 | 理念の中には“家族、地域の方とも…”という思いが込め られており、地域の行事や散歩時にも“心に触れる挨拶” を続けている。ご利用者、職員共に“ありがとう”の言葉や 笑顔が増えており、職員も嬉しく思っている。ご利用者の 方が率先して家事をして下さり、思いやり「手伝う、助け る、励ます」の実践に繋がっている。 | |
| 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 | 公民館で行われる行事や、他のグループホーム との交流運動会等に参加している。系列の施設 の行事に参加し、地域の人達との交流を行って いる。野菜の苗を分けていただき成長過程での 話題を楽しんでいる。 | “笑顔で挨拶”を心がけ、敬老会、文化祭の展示会、物産 展、系列施設での行事(花見、音楽会、敬老会、レクレ ーション大会、クリスマス会、バザー)にも参加し、地域の方 との交流を続けている。24年夏には系列の特養がホーム の近くに移転予定であり、特養に来られる保育園児と の交流を楽しみにされている。 | |
| 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 | 研修会等には参加しているが、地域の人々 に向けては活かさきれていない。 | | |
| 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 | 月々の行事や事業所が取り組んでいる内 容等の報告を行い、意見を求めるようにし ている。議事録に残し、見ていただけるよう に玄関に置いている。 | 年6回、家族、市の職員、地域の方々(知見者)等が参加 して下さり、意見交換をしている。「外のスロープの出口 の所に駐車しないよう、診療所をお願いしてはどうか」と 言う意見を頂き、診療所をお願いをした。今後も引き続 き、ご利用者との交流の機会を作るために、“食事会”な どの企画もしていく予定である。 | |
| 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 | 運営推進委員会のメンバーとして参加して いただいている。事業報告書を提出し、利 用者の状態を伝えている。さざなみからの お便りも配布し意見を伺っている。 | ホームは市の建物でもあり、毎月の事業報告書やホーム便り を持参している。スロープの取り付け含めて事前相談を行う と共に、結果報告も行っており、医師との連携についての 相談も続けている。市の方には、ホーム内に設置している 入居検討委員会のメンバーになって頂いており、ご本人本 位の検討が行われている。 | |
| 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 | 研修会で学んだことをスタッフ会議で話し合い、 拘束を行わない介護に心掛けている。利用者 の様子を見ながら、出かけようとする時はさりげな く声かけ一緒にしていくようにしている。日中 の施錠は行っていない。 | 身体拘束は一切行っていない。新しいご利用者には役割 を担って頂くと共に、寄り添いケアの成果もあり、穏やか に過ごされている。以前、感情が不安定な方もおられた が、寄り添いと共に医師との連携も行いながら、薬の調 整も続け、落ち着かれた。転倒のリスクが見られる方は 職員の見守りを続けている。 | |
| 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 | 介護者教室、研修報告、言葉適正委員会で 学ぶ機会を持ち、話し合って虐待防止に努 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 | 研修会に参加し勉強しているが全員が知っているわけではない。現在は対応する必要がある利用者がいない。 | | |
| 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 | 契約時に説明を行っている。今のところ利用者や家族からの不安や疑問点は聞かれない。 | | |
| 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 | 運営推進委員会に家族の参加が少ないため会議録を玄関に置くようにした。ご意見箱も置いているが全く利用がない。面会に来られた時に現状を詳しく報告して意見や要望を伺い内容を記録ノートに書くようにしている。 | 3ヶ月毎のお便りと合わせて、毎月個別のお手紙や面会時に日常の様子を報告している。管理者(毎月)とケアマネ(3月に1回)の方々は自宅訪問を続けており、訪問時に把握した内容は家族交流記録ノートに残している。回診時にご利用者の意向も伺い、運営に反映できるように努めている。 | 管理者や職員は、“利用している方々の気持ちを知りたい”と考えており、今後はホーム独自のアンケートを行っていく予定にしている。 |
| 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 | 責任者を通して伝えられる意見は、できるだけ検討し取り入れていくようにしている。利用者の状態に合わせて検討することも多く、本体施設との協力の中で実施していくこともある。 | 管理者等は職員の意見を大切にされており、より良いチームワークを作り上げてこられた。職員の方々も、話を親身に聞いて下さる管理者等に安心感を感じながら、新体制作りに取り組むことができ、医療面、健康管理も含め、スタッフ会議の時の意見交換も深くなってきている。 | |
| 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 | 一人ひとりに年間目標を設定していただき、その成果を毎月報告していただくようにしている。給与については、交付金を利用し手当をつけたりしている。休みも要望を入れながら勤務を組み、交代なども柔軟に行って、やりがいを持てるよう工夫している。 | | |
| 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 | 研修会参加はできるだけ工夫し、内部での研修、外部研修と力量を高める機会を設けている。本体施設での研修も交代で行い、常に新しいものを学ぶ機会を設けている。 | | |
| 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 | 他のGHとの交流運動会に参加し、系列の施設での行事、研修、会合にも出席し学ぶ機会を得ている。ケアプラン事例検討会に参加し情報交換もしている。 | | |

| 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 | |
| 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 | 事前に家族・関係者より情報を得て、生活状態を把握するように努めている。家族と連絡を取り、本人に会うことが出来る時は面談するようにしている。入所検討委員会を開く為に、年一回、入所申込書を再提出していただき現状を把握している。 | | |
| 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 | 家族の話聞き、困っている事や要望等を理解することで信頼を得るように努めている。 | | |
| 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 | 本人と家族等から話を聞き、必要としている支援を見極め、出来るだけの対応をしている。 | | |
| 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 | 昔話をしながら思いを共感するようにしている。出来ることを手伝っていただき、共に感謝している。音楽会等の出し物に共に取り組み達成感を味わうことができている。食事については、食べたいもの、作り方など相談する形をとり一緒に生活している者という立場をとるよう工夫している。 | | |
| 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 | 家族が面会に来られた際には、現状を報告し支援が必要と判断される場合は相談し協力を得て共に支援している。誕生日には家族にも連絡して気に留めていただくようにしている。家庭にいる時はどんな生活をしておられたのかを折りにふれて伺うよう心がけている。 | | |
| 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 | 通院時や宗教活動に参加し、地域の馴染みの人との会話ができるように支援している。散髪は家族の方に相談し馴染みの理髪店に連れて行っていただいている。事業所内の生活がほとんどで地域との関わりが薄れているように思う。 | 馴染みの場所にドライブするようにしている。馴染みの方の訪問時には、お部屋でお茶を飲みながら、ゆっくりお話して頂いている。系列の施設で行われる毎月のミサやクリスマス、ご復活祭に参加し、信者さんなど多くの方から声をかけられ喜ばれている。かかりつけの診療所でも、馴染みの方から声をかけて頂いている。 | |
| 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 | 体操、レクリエーションに参加し、会話したり、お茶を飲んだりする中で、互いに気遣うことができるように支援している。洗濯物たたみ、新聞折りをしながら仲間意識を高め支え合うように働きかけている。食事・体操の時は、利用者の方に声をかけていただくよう心掛けている。 | | |

| 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 | 他の事業へ移られた方は、機会ある時に様子を見に行き様子を伺っている。入院されている場合は、お見舞いに行っている。買い物等でご家族に会った時には様子を伺っている。 | | |
| 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 | ケアプラン作成時や日常的に本人の話を聞いたりしながら、希望等を確認したり、生活を観察し、本人本位に検討するようにしている。困難な場合は、スタッフ会議等で話し合ったり、家族にも相談している。 | 入浴中や体操の前等、ご本人とゆっくりお話する機会が多くなってきており、“何がしたい”“何が食べたい”等、生活への要望を伺っている。“常に何かしたい”と言う方もおられ、色々なお手伝いをして頂いている。言葉が出やすいように発声練習も行っており、ジェスチャーも含めて意思疎通ができるようになった方もおられる。 | |
| 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 | 生活歴を本人、家族、関係者より情報収集し把握に努めている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの生活リズムを把握し、その日の体調を見ながら出来ることを一緒にするようにしている。 | | |
| 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 | 日頃行っているケアを計画に取り入れスタッフ会議でケアカンファを行いサービス計画書を作成し家族の方にも意見をいただけるようにしている。家族の協力が得られる所は支援を計画に入れている。 | ご本人や家族の意見を大切に、計画作成担当者が原案を作成し、スタッフ会議で検討が行われている。ケアチェックは毎月行い、担当者が評価を書き、職員との意見交換をしている。“教会に行きたい”“元気でいたい”というご本人の希望に応じて、リハビリの視点も大切に、洗濯物干し等の役割も盛り込まれている。 | |
| 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 | 個別記録等のファイルを準備し、その日の出来事や身体状況の記録を行っている。ケアチェック表を準備し、ケアプラン内容が実施できているかをチェックし、計画の見直しに役立てている。 | | |
| 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 | 家族が宿泊を希望される時は、いつでも対応できるようにしている。本人、家族が希望される場合は、勤務を変更したり、パートを入れたりして通院の支援を行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 外部評価 | | | |
|----|------|---|---|--|---|
| | | 自己評価 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 | ホーム便りの配布を警察署や消防署、学校等にして現状を伝えている。病院も皮膚科や精神科など本人の希望を入れ、帰りに買い物に立ち寄るなど楽しむ機会を作っている。 | | |
| 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し、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、家族が希望するかかりつけ医となっている。受診や通院は、家族の希望に応じて行い、家族同行が必要な場合は協力を得ている。 | ご利用者の多くが地元の方であり、協力医療機関の医師が主治医という方が多い。以前からのかかりつけ医を受診される方は、入居後に主治医とお会いするようにしている。検査の時や必要時にご家族に受診同行して頂いているが、職員が受診助をした時には、電話で家族に受診結果を報告している。 | 職員の観察力も高まり、異常の早期発見に繋がられている。今後も引き続き、五島市の方（行政）にも協力を頂きながら、日々の健康状態や気になった状況を医師に報告し、治療方針やケア内容の情報共有ができる関係を築いていきたいと考えられている。 |
| 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 | 看護職がない為、状態の変化がある場合はかかりつけ医に相談し、アドバイスを受けながら受診等の対応を行っている。感染症などについては本体施設の看護師の指導を受けながら対応している。緊急時は協力病院に相談し、指導を受けたり、受診などの対応をしていただいている。 | | |
| 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。 | 入院中はお見舞いに行き、本人の精神安定を図っている。病院から適宜報告を受け速やかな退院支援に結び付けている。入院中も日常生活の様子を伝え、出来ることや介護の仕方など提供し、早期回復につながるよう協力している。 | | |
| 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 | 重度化や終末期に向けた方針について十分な話し合いが行えていない。これから本人、家族と話し合いを行っていききたい。 | ”馴染みの関係で最期までお世話させて頂くことが望ましい”と考えているが、設備の関係で入浴対応や医療面での対応ができない場合には、特養での介護を勧めていきたいと考えられている。系列の病院と連携しながら、医師、家族等と話し合いながら、今後の対応を検討予定である。終末期に向けた意向の再確認も行われており、今後記録に残していく予定にしている。 | |
| 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 | 消防署の協力を得て、救急救命法等の実技や講習を年一回行っている。事故については、職員での話し合いの中で対策を考え、繰り返さないように努力している。 | | |
| 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 | 火災訓練は年数回行うようにしている。地域住民にも協力を得ている。災害時の訓練は行っていないが、火災の訓練を基本においている。 | 約3ヶ月毎に自主訓練を行い、消防署や消防設備点検業者の方も一緒に昼夜想定訓練が行われている。緊急時にすぐ対応できるよう、朝の5時に玄関の鍵を開けるようにしており、隣の生活支援ハウスの方との連携もできている。21年10月より2名での夜勤体制が取られ、災害発生に備えて備蓄もしている。 | |

| 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 |
| 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 | 系列の施設で毎月行われる言葉適正委員会に参加し、言葉かけや対応について学び、目標を決め毎朝理念の後に暗唱することで意識し実践するように努めている。 | 目上の方に対する尊敬の念をもって接するようしており、「誰が聞いてもこち良い言葉かけをしよう」を1月の目標として掲げ、目に付く場所に掲示している。日々の振り返りも行っており、職員同士でも注意をしている。個人情報保護等の研修も行われ、個人情報の漏えい防止に努めている。 | |
| 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 | 本人が一人である時に、本人の思いや希望を聞き、どうしたいかを本人が答えやすく、選びやすいような働きかけを心掛けている。 | | |
| 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 | 一日のスケジュールは、ある程度決められているので、それに基づいて声かけしているが、どうするかは本人に任せている。負担を感じないよう自由な雰囲気作りに努めている。 | | |
| 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 | 自己決定が出来る人には好きな服を選んでいただくようにしている。外出の際は、家族が持ってきて下さったものや本人が気に入った服を着ていただくようにしている。出来ない人は職員が支援している。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 一緒に出来ることが減少してきている。椅子に座ったまま出来る事、皮むき、おむすび、小皿への盛り付け、オシボリたたみ、食後の台拭き等はお願している。 | 心身状況の重度化等に伴い、食事の準備への参加が減っているが、座ってできる”おにぎりやいなり”を作ったり、ゆで卵の皮むき等をして頂いている。地域の方や家族の方から旬の野菜やお米を頂くこともあり、野菜を沢山使った料理となっている。外庭での食事や家族手作りのかんころ餅も楽しませている。 | |
| 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 | 食事摂取表へ記入し、一人ひとりの摂取状況を把握できるようにしている。水分確保の為に配慮も行っている。自分で飲める方は居室にペットボトルを置き、いつでも水分が摂れるようにしている。必要な方はトロミ剤を使用している。 | | |
| 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、義歯洗浄、うがいの声かけ、見守りを行い、半介助したり、出来ない方は職員が実施している。自分でできると思われる方の支援があまりできていない。週2回、夕食後全員洗浄剤につけるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄チェック表を活用し、様子を伺いながらトイレに誘導し、トイレで排泄される方がほとんどであるが、体力低下に伴い居室にポータブルトイレを設置している方もいる。自分でできる方も時々声かけている。夜間は時間を決めて排泄の確認を行っている方もいる。 | その方に合わせたタイミングでトイレ誘導を行っているが、声かけの工夫も続けている。入居時に紙パンツだった方が、ご本人の希望で布のパンツ(失禁対策用パンツ)に変更でき、トイレに行く回数が増えたこともあり、失禁が少なくなった方もおられる。安眠を希望される方もおられ、夜間の衣類の工夫も続けている。 | |
| 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 | 排泄パターンを記録し水分補給に努めている。下剤はかかりつけ医と相談しながら常に調整を行っている。食事には野菜、果物、ヨーグルト等を取り入れるようにしている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 希望通り入浴の支援を行うようにしているが、毎日入浴希望しても体力を考慮して隔日にしている方もいる。時間やタイミング、湯加減も一人ひとりに合わせ支援している。 | お風呂から内庭が見える造りであり、ご利用者の希望に合わせて毎日の入浴もできる。体調に無理のない範囲で入浴時間や湯温等、好みに合わせた対応が行われている。浴槽が大きく深めであり、ご利用者が恐怖心を抱かないよう、2人介助で安全に配慮した支援も行われている。入浴後のおやつタイムも楽しみとなっている。 | |
| 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 | それぞれの好みの場所、過ごす時間帯もほぼできていく。テレビを観ながらうとうとされたり、畳の上でごろ寝をしたり、居室で休息されたりしている。夜間は冷暖房や布団で調整し、安眠できるよう配慮している。 | | |
| 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 | 薬局からいただく薬の説明をファイルし、いつでも見れるようにしている。薬の変更等があった場合は、日誌や連絡ノートに記入し、全員が確認するようにしている。わからない場合は薬剤師に相談するようにしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの身体状態に合わせ、出来る事をお願いし感謝の言葉を伝えるようにしている。本人の欲しい物の購入ができるように支援している。日々の会話の中で、何をしたいか、何を食べたいか尋ねるようにしている。 | | |
| 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 | 日常的ではないが、ドライブ、初金ミサ、買い物等にたまに出掛けている。体力低下のため散歩に出ることはなくなったが、玄関やデッキから外を眺めたりしている。 | 高浜海岸で綺麗な海を見ながら手作りのお弁当食べる機会が作られたが、高浜地区の管理の方がテーブルやイス等を出して下さった。ご利用者の希望で、馴染みの店に飴を買いに行かれたり、車でお花見に出かけるなどの支援も行われているが、外出を好まれない方も増えている。24年夏には近くに系列の特養が開設されることもあり、交流を楽しみにされている。 | 今後も引き続き、気分転換や五感刺激のためにも、“外に出たい”と思って頂けるような工夫を続けると共に、地域のボランティアの方にも協力をお願いし、外出支援に取り組んでい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 | 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 | 本人が小額を所持している方もいるが、個人で所持しても、しまった場所を忘れ全額のトラブルもあり、本人、家族も事務所で保管・管理を希望され安心されている。その都度、欲しい物は購入できている。 | | |
| 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 | 本人が希望される時はいつでも電話できるように支援している。荷物が届くと電話かけたりされている。手紙のやり取りは今のところ見られない。 | | |
| 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 | 温度調節は日々の気温にそって行っている。季節感を感じてもらう為、野の草花を飾ったりしている。 | バリアフリーのホーム内は、車椅子の離合も十分できる広さが確保されており、高い天井には天窓があり、明るい室内は開放感を感じさせる造りとなっている。廊下の一角には量のスペースがあり、ご利用者が一人になる時間や空間となっている。共用空間には、季節毎の貼り絵や生け花が飾られており、掃除も徹底され、加湿器も使用している。 | |
| 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 | 談話室にテレビ、ソファを置き、居間の畳の間にもテレビを置いてくつろげるようにしている。食堂は、いつでも来られるので独りで過ごす方もいる。 | | |
| 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 | 入所の際に本人が使い慣れた物、好みの物を持って来られるよう話している。自分にとって心のよりどころとなる物を置き、寝具類も本人が使い慣れた物を使用され、生活しやすいように工夫している。 | ベッド・タンス・テーブル・椅子・カーテンは備え付けてあり、ご利用者の使われていた衣装ケースや筆筒、寝具の他、好みや習慣等からぬいぐるみ、アリア像を持って来て頂いている。それまでの生活習慣に合せ、ご本人、家族と話し合いながら、居心地良く過ごせるような部屋作りに努めている。 | |
| 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 | 今のところ生活空間に慣れ親しんでおり、特にこれ以上の環境整備をする必要は感じていない。手すりの設置もありポータブルの必要な方は居室に設置している。スロープの設置で玄関も裏庭への移動もスムーズになっている。ほとんどの方が介護用ベッドに変更したことで立ち上がりや車椅子移乗がしやすくなった。 | | |

事業所名: グループホームさざなみ作成日: 平成 24 年 3 月 12 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 | 10 | ご利用者や家族が今の対応の仕方で満足されているのか疑問に感じている | ご利用者や家族の気持ちを知る | ご利用者や家族の方が答えやすいようなアンケートを実施する | 6 ヶ月 |
| 2 | 30 | 近くの病院で夕方以降からの受診ができない | 協力病院である聖マリア病院に緊急時はお願いし受診する | 次年度より看護職を配置し病院との連携を繋げる | 6 ヶ月 |
| 3 | 49 | 歩行困難な方が増えてきており外出が困難になってきている | 買い物や外出する機会を増やす | ボランティアを利用して外出を計画する | 6 ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |