

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22年11月10日	評価結果市町村受理日	平成23年2月14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11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)】

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)】

綺麗な海と山を見ながら五島市の三井楽町に入ってくると、“グループホームさざなみ”がある。ホーム内では、水戸黄門の音楽に合わせて、楽しくリハビリをされている声が聞こえており、日頃の様子が伝わってきた。平成21年4月、別法人のグループホームから、“社会福祉法人 聖マリア会”に運営が変わったが、“さざなみ”という名前は引き継がれている。ご利用者もそのまま継続して利用頂いており、職員の方々も半分が残られたため、大きな混乱は無く、日常生活を継続することができている。聖マリア会“さざなみ”の理念として、新たに「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」の実践を掲げ、全員で力を合わせて1年半取り組んでこられた。聖マリア会の基本理念でもある「自分を愛するよう他人を愛しなさい」という理念も、シスターを通して受け継がれており、優しい笑顔がホーム内に溢れている。この1年、高齢化に伴い、車いす利用の方も増えてきているが、“行きたい所”を確認しながら、変わらぬ楽しい外出ができるように支援していきたいと努め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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	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」の実践という理念を掲げ、日々の申し送りでも共有 している。笑顔で理念の中には“ご家族、地域の方と も・・・”という思いも込められている。	日々の生活の中で理念の実践を続け、意思疎 通が難しい方も、職員の対応によって笑顔が 返ってくるようになった。今後は、ご家族や訪 問者に、ホームの雰囲気や意見を伺う機会を増 やし改善に活かしていきたいと考えており、家 族交流会なども検討している。
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流 している	保育園の行事、敬老会、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。	地域的に、診療所や薬局、教会等で地域の方々とお会い する機会も多い。“笑顔で挨拶”を心がけ、保育園の運動 会、敬老会、文化祭の展示会、系列施設での行事(花 見、音楽会、敬老会、レクリエーション大会、クリスマス会、 バザー)、他グループホームとの交流運動会、物産展に も参加し、地域の方々との交流を続けている。	
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。	年6回、ご家族、市の職員、民生委員、保育園の園長先 生等、地域住民代表の方等が参加して下さり、意見交換 をしている。会議の意見を反映しながら、ホームでの夜間火 災事件報道により、夜勤体制を2人にして緊急時の対応 ができるようにしたり、避難出口に段差があったが、スムー ズに避難させるためのスロープを取り付ける事ができた。	会議の時の様々な意見を、明確に議事 録に残していく工夫を行うと共に、ご利用 者の意思もあって会議に参加できていな い状況ではあるが、ご利用者の意見の反 映方法を検討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。	市役所には、毎月、事業報告書やホーム便りを持参し、口 頭でも報告している。ホームは市の建物でもあるため、棚や スロープの取り付け、スプリンクラーの設置含めて事前相談す ると共に、結果報告を心がけている。市の方には、ホーム内 に設置されている入居検討委員会のメンバーにもなって頂 いており、市の建物でもあるため、議員の方々には施設見 学もして頂いている。	
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	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。新しいご利用者も、知り 合いのご利用者が多かった事や寄り添いケアの成果もあ り、感情が不安定にならず、穏やかに過ごされている。 転倒防止の為にセンサーマットを使用していたが、コールを押 して頂くことを、ご本人、ご家族に説明し、職員の見守りを 徹底し、センサーマットを外す事ができた。	
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。現在是对応する必要の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にも参加していただき、意見・要望を伺っている。また、面会に来られた際、現状を話しながら意見を聞くようにしている。出された意見はスタッフ会議で話し合うようにしている。	毎月のお便りと合わせて、管理者が職員にも相談しながら、毎月個別のお手紙で日常の様子を報告しており、管理者(毎月)、ケアマネ(3月に1回)の方々は、自宅訪問も続け、希望等を把握している。団樂時や入浴時等にご利用者の意向も伺っており、運営に反映できるように努めている。	ご家族や訪問者に、ホームの雰囲気や意見を伺う機会を増やし、改善に活かしていきたいと考えている。より多くの方が参加できる家族交流会なども検討されており、交流を通して、ご意見を頂ける機会が増えていく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	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。	新体制でスタートをしているが、現管理者等は、運営主体が変更になる前の職員の意見を大切に聞きながら、新たなチームワークを作り上げてきた。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ています。	日頃の雑談の中で良い意見が出ているが、十分に記録に残せていない現状もある。職員間の連絡帳を活用しながら、職員の貴重な意見を実践していけるように取り組んで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	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ながら、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。		
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。		
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が、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。	馴染みの方が訪ねて来られた際には、会話しやすい居室等でお茶を飲みながら、ゆっくりお話して頂いている。教会で行われる毎月のミサやクリスマス、ご復活祭に参加し、信者さんや知人と顔をあわせることで、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は、馴染みの方々とお会いすることが多く、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、利用者の方に声かけし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。		
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、「何がしたい」「何が食べたい」等、生活への意向や要望を伺っている。ご本人が担っておられる役割や楽しみごと等も、計画に盛り込まれている。意向の把握が難しい方にも、笑顔での声かけを続けることで表情に変化が見られたり、時にはお返事を返して下さることもある。	管理者が、毎月ご自宅を訪問して、ご家族に要望や意向を伺っているが、感謝の言葉が多く、具体的な要望を伺う事が少ない。計画の中に、ご家族の担っておられる役割を盛り込むことで、ご意見も多くなるのではないかと思います。今後の取り組みに期待していきたい。
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	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来所された時に話をしたり手紙を出している。	ご本人、ご家族の意見を基に、計画作成担当者が原案を作成している。毎月行われるスタッフ会議で、原案の検討が行われており、ケアの一つひとつについても、職員全員で検討が行われている。3ヶ月ごとに計画の見直しを行っているが、状態に変化が見られたときは、随時話し合いを行い、現状に即した計画が作成されている。	誰が見てもわかるように、日頃行っているケアを計画に盛り込まれてはどうかであろうか。また、ご利用者の計画という視点に立ち、ご本人の力が発揮できるよう、表現を工夫したり、ご家族等の役割を計画に盛り込まれてはどうかであろうか。
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	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通院の支援を行っている。		

自己	外部		自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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。情報交換等を行っていない。		
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、入居前に主治医にお会いして話をし、いつでも相談できる関係を作っている。電話で受診結果を報告し、検査の時や必要時はご家族に同行して頂いている。	
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域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っていない。これから本人、家族と話し合いを行っていききたい。	ターミナルケアを望まれる方は、馴染みの関係で最期までお世話してい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できない方や医療面に対応できない方には、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、ご家族等と話し合いながら、今後の対応を検討していく予定である。	21年4月から新体制に移行したこともあり、ご本人、ご家族に対して、重度化や終末期に向けた意向の再確認を行っていく予定である。新たな体制での、今後の取り組みに期待していきたい。
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、繰り返し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。	防火管理者の指導の基、約3ヶ月毎に自主訓練が実施されており、消防署の方や消防設備点検業者の方にも参加頂き、訓練が行われている。災害時には地域の方が駆けつけて下さる体制となっている。グループホームの火災報道を教訓に、21年10月より、2名での夜勤体制が取られている。災害発生に備えて備品等も準備している。	

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
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意識し、職員同士、お互いに注意しあっている。「目上の人に対する尊敬を言葉に表そう」を11月の目標として掲げ、目に付く場所に掲示することで、職員の意識づけを行っている。毎月行われる介護者教室では、個人情報保護等の研修が行われており、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、利用者の方がその時間帯に集まる強制はしていないので、遅れてくる人、参加されない方も心の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、オシボリたみ、食後の台拭き等はお願している。	ご利用者の心身状況の重度化等に伴い、準備等への参加が減っているが、食材の下ごしらえやテーブル拭き等、できる範囲で参加して頂いている。栄養士に献立を見て頂き、食事のバランス等助言を頂いている。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。外庭での食事や外食等、食事を楽しんで頂いている。	食事を楽しんで頂けるように、ご利用者自身が楽しんで一連の作業に参加できるような環境を作っていくと共に、外食等の機会を更に増やしていきたいと考えている。車椅子の方でも、楽しんで参加できるような取り組みを期待していきたい。
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。水分確保の為の配慮も行っている。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。		
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に、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。週二回、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、様子を伺いながら日中は全員トイレ誘導し、トイレで排泄されている。自分でできる方も時々声かけをしている。	排泄チェック表を活用して、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。日中は全員トイレを利用して頂いており、トイレ誘導回数を増やしたことで、リハビリパンツの汚染が減った方もおられる。トイレ誘導を拒まれる方には、手を洗いにいったついでにトイレ誘導するなど、声かけの工夫も行われている。	
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	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	毎日入浴を希望される方、毎日入浴が必要と思われる方は毎日声かけ誘導している。隔日を希望される方もいる。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。	ご利用者の希望に合わせて毎日の入浴も可能となっている。体調に無理のない範囲で入っている時間や湯温等、ご利用者の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、安全に配慮した支援が行われている。入浴後のおやつもご利用者の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る。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。		
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、出来る事をお願いするようにして感謝の言葉を伝えるようにしている。本人の好きな物の購入ができるように支援している。		
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に支援している	日常的ではないが、ドライブ、初金ミサ、教会、買い物等にたまに出掛けている。天気の良い日は外に出るだけでも喜んでる。	ご利用者の希望で、馴染みの店に買い物に行ったり、地域の行事やミサに行かれている。季節毎に車でドライブしたり、お花見に出かけるなどの支援も行われているが、車椅子が必要なご利用者が多くなったことで、以前に比べると外出の機会が少なくなっている。また、外出を好まない方も増えている。	今後も引き続き、気分転換やストレス発散、五感刺激のためにも、外に出る機会が増えるよう、意識して取り組んでいきたいと考えている。

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。廊下の一角には畳のスペースがあり、ご利用者が一人になる時間や空間が作られている。共用空間には、季節毎の貼り絵や生け花が飾られている。掃除にも力を入れておられ、訪問者から「きれいになっていますね」と言っている。	
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	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。	ヘッド・タンス・テーブル・椅子・カーテンは備え付けているが、ご利用者の使われていた衣装ケースや筆筒、寝具の他、好みや習慣等からフランス人形やマ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、使い心地や安全性を考慮し、ご本人、ご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。介護用ベッドの使用で車椅子移乗も安定している。		

事業所名：グループホームさざなみ

作成日：平成 23 年 2 月 14 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)	日頃行っているケアが計画に盛り込まれていない	誰が見ても分かるケア計画を作成する	ケアプランを見直し誰が見てもわかるようなプランにする	6 ヶ月
2	(9)	具体的な要望を聞く機会が少なかった ご家族の役割を盛り込むことができなかった	ケアプランの見直し前に訪問しご家族の要望・意見を伺う	ケアプランの見直し前に訪問しご家族の要望・意見を伺う	6 ヶ月
3	(15)	食事作りの一連の作業が困難になってきている 為できることが減少している	食事を楽しんでいただく	ピクニックや外食の機会を増やす 3ヶ月に1回の計画を立てる	12 ヶ月
4	(1) (6)	家族交流の機会が少ない為ホームの雰囲気や意見を伺う機会が少ない	家族交流の機会を増やす	ご家族の意見を伺いながら利用者の誕生日を家族と一緒に祝いできるように計画する	12 ヶ月
5	(7)	日頃の雑談の中で良い意見が出ているが十分に記録に残せていない	記録ノートを作り活用できるようにする	利用者のご家族・地域の方との交流記録ノートを作り記録する 代表者も確認する	6 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)	重度化や終末期に向けての意向を聞いていない	本人・ご家族の重度化や終末期の意向を伺う	重度化や終末期に向けての本人・ご家族の意向の確認を行う 職員にも結果を伝える	6 ヶ月
7					ヶ月
8					ヶ月
9					ヶ月
10					ヶ月
11					ヶ月