

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	4270604152		
法人名	有限会社 グループホームせいゆう荘		
事業所名	有限会社 グループホームせいゆう荘		
所在地	長崎県五島市上崎山町430番地1		
自己評価作成日	平成21年12月1日	評価結果市町村受理日	平成 22年 3月 3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 21年 12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)】

家族やお客様の対応の仕方、挨拶、言葉使いは特に力をいれている。家族やお客様が来られた際は、利用者にも負担が掛からない場合は、何かをしていても手を止め挨拶し見送る。言葉使いでは、主に敬語を使うように指示しているが、方言を使うことにより利用者が理解出来、昔から使い慣れた言葉に安心してスタッフとの交流がうまく出来るということもあり、ある程度の方言は許している。度が過ぎる方言はその都度注意している。ホーム正面には海が見渡せ、裏手には五島シンボル鬼岳を見上げる豊かな自然に囲まれています。庭には季節の花が咲き、近所畑には夏になると黄金色の麦が見られ、ホーム付近だけで利用者は自然に季節を感じ取っている。外出も多くなり、季節の花見に出かけたり買い物に行ったり、馴染みの物を持ち込みさせたりし、利用者が『その人らしく』生活が出来るように支援している。

【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)】

穏やかな代表のもと、立ち上げから関わってきた管理者や職員を中心に、今の“せいゆう荘”が作られてきた。職員の入れ替わりも経験してきたが、その時の苦労や課題を教訓に“ホームのあるべき姿”を見つめ続けてきた。次第に“その姿”は見えてきており、職員の結束も強くなってきている。この2年離職者は無く、この2年の間に職員からより多くの意見が出るようになった。今年の8月から“気付きシート”の導入も行い、職員の意見はスタッフ会議の中で検討されている。職員の意見を受けて、代表が外出用の車を購入して下さった。赤い車(車いす用)は五島でも珍しく、今後も“故郷訪問”や“海”“山”へと、ご利用者の希望に応じて地域を走り続けることになる。代表は、「どこにでも行っていい」と言って下さっており、船に乗って長崎市内に買い物に行った方もおられる。ホーム前の海を見ながら、ご利用者同士で散歩をする光景も当たり前になった。散歩の途中で知り合いになった農家の方から“イモ掘り”のお誘いを受けるなど、ご利用者が主となり、地域の方々と交流を深めて下さっている。重度化していたご利用者がお元気になられた例もあり、“互いに癒し癒されながら、その人らしく穏やかな生活”が行われているホームであった。

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 利用者や職員が、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、生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	地域の行事(運動会や敬老会)に参加したり、買い物等職員と外出同行したりして地域(社会)参加を心掛けている。	『互いに癒し 癒されながら その人らしく 穏やかに』という理念には、ホーム内にとどまらず地域の方とも交流し、個人の主張に合わせ臨機応変にケアを行い、ご利用者に穏やかに過ごして頂きたいという思いが込められている。年々職員のチームワークが強くなっており、ご利用者との生活の中でも癒しを感じる機会が増えている。	現在、新型インフルエンザの流行に伴い、職員体制にゆとりがない状況もあるが、お互いの連携を図りながら、理念の実践に取り組んでいきたいと考えられている。
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	毎年恒例となっている地域の協働作業(草払い奉仕活動)に年に3回は参加し地域住民としての義務をこなしている。集落から少し離れており日常的に交流ができる様な環境ではないが、町内会の一員として会費の納入をしており市の広報や回覧板が回ってくる。	ご利用者が日課とされている、ホーム周辺の散歩を通して地域の方と親しくなられ、地域の方が畑でのイモ掘りに誘って下さったり、野菜を下さることもある。ご利用者が地域の小中学校の運動会や敬老会に参加したり、地域の方がホームのパーベキュー大会に参加下さる等、日常的に地域との交流が行われている。	
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	地元中学生の体験学習に於いて認知症を理解してもらい人間としての尊厳の大切さを学んでもらっている。運営推進会議を利用して学習会を行なっている。		
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	月ごとのテーマを決め、事業運営や利用者サービスへの取り組みなど報告や話し合いをし、アドバイスなどもして貰っている。	2ヶ月に1回開催している。ご利用者やご家族、市職員、地域住民の方が参加されており、ホーム行事の様子や避難訓練の状況報告、外部評価の結果報告などを行っている。会議の議題に沿って、地域の消防団長や駐在所の警察官等に参加頂くこともあり、地域の情報やホーム運営の助言を頂いている。	
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取り組んでいる	運営推進会議に出席してもらって、情報交換や行政サイドからのアドバイス等してもらっている。入所者の異動や介護認定の代行申請等書類の提出時に相談する事が多い。	計画作成担当者は、随時、市役所の窓口を訪れ、窓口の職員にホームの状況を報告しており、ホーム運営について分からないことがある時は、管理者から市の担当者に電話で相談を行っている。市の担当者は、運営推進会議にも出席されており、相談には親身に対応して頂いている。	
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	出来るだけ拘束しないよう心がけているが視界を防げない程度のベツ柵は安全のためにしている。日中の施錠はほとんどしていないがスタッフの眼が行き届かない場合、やむを得ないこともあり夕方の施錠をしていることがある。	ホームでは、薬に頼らず職員の見守り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。ご利用者がベツ柵から落ちる危険性があり、ベツ柵を使用する際にも、ご家族に了解頂いている。やむを得ない状況の時のみ、必要個所に策を使うようにしており、不要な時は使っていない。	
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	月1回のケア会議の問題のある人は話し合いをしているが、虐待防止について特別に学習する場はない。		

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	活用していない。職員の中に権利擁護事業に関しての知識があり相談業務の経験者はいる。		
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	入所契約時に主な内容については説明をしている。解らないことや疑問に思うことはその都度説明している。入院などで解約の事が一番不安のようである。介護報酬改定による新規加算については文書にて同意を得ている。		
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	運営推進会議に出席して下さる家族の方からは意見を聞かせてもらっている。	ご家族は運営推進会議に参加されており、会議の場や面会の機会を通して、ご家族から意見を頂いている。また、ご家族は、ホームの行事に積極的に参加して下さっており、行事の際には、準備や片づけのボランティアを申し出てくださいご家族もおられる。	管理者は、ご家族が集える機会を設けることで、よりご家族からホーム運営についての意見を頂けるのではないかと考えている。今後より多く、意見を頂ける機会が作られ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	主任会議やケア会議の場で意見を聞くようにしている。	管理者は、ホーム運営について、職員からより多くの意見が出せるように、今年の8月から“気付きシート”を導入した。職員は“気付きシート”に意見を記入し、意見箱に投入しており、出された意見はスタッフ会議の中で検討されている。これまでに、職員の意見を受けて、ホームに手すりを設置され、外出用の車が購入された。	法令遵守等に関する、ホーム内研修の希望が職員から挙げられている。更なる内部研修の充実が図れるよう、今後も検討を行う予定にしている。
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	年に2回辞令を作成し代表者と面談をしている。子育て中の職員も多く、個人的事情等を把握した上で勤務調整をしており、月1回の希望休を取らせている。		
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	資格取得を考える職員には外部研修受講の為、勤務を調整したり、代表は職員の向上心をサポートすることを考えている。		
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	特にない		

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	傾聴の態度で不安の軽減ケアに努めている		
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	在宅での介護の苦労状況について聞いたり、望むこと等提供するサービスの説明と同時に行なっている。殆どどの家族の方が入所による介護の苦労からの開放に安心される。家族の役割として出来るだけ面会をお願いしている。		
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	まず日常生活において本人が出来ない事への支援についての話し合いをして、日課を通して経過を見ながら対応を検討する事になっている。		
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	出来ることを無理強いない様にして協力して貰っている。洗濯物をたたんでもらったり食事の準備や後片付けなど、又、利用者同士の思いやり等。本人の考えを尊重し社会情勢を話題にした世間話で会話を待つなどして時間の共有を図っている。		
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	入所時オリエンテーションで家族の役割は面会に来ていただくをお願いしている。毎月のお便りや面会時に暮らしぶり等情報提供している。体調が急変したり入院など生活上の変化が起こった場合は連絡して協力して貰っている。家族の生活上の相談に乗ることもある。		
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	家族にできるだけ面会に来ていただくようにしている。	入居前から友人だった方の訪問が日常的にあり、ご利用者は、入居後も馴染みの店での買い物や以前から利用している病院への受診を続けておられる。ご利用者の希望に応じて、ご利用者のふるさとへ外出を行っており、島外出身のご利用者も、ご家族の協力を頂きながら、ふるさとへの外出を楽しまれた。	
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	能力的にリーダーの立場になれる人を職員がバックアップして人間関係の調整を図るようにしている。一人ひとりの個性を生かして協力して貰うようにしている。一人の人を集中攻撃するような言動などみられるときは職員が仲裁している。		

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	契約の終了は入院がほとんどで他県へ異動したケースが1件、解約後も面会に行ったり連絡があったり関係継続し喜んでいただいている。		
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	本人の希望はほとんどの人が家に帰りたいと訴えられる。自分の家がない人はホームでの生活で気持ちは安定している。帰宅願望が強い場合は出来るだけ自宅へ連れて行くようにしており、本人の言動や表情から察するようにしている。	ご利用者の思いの把握にはホーム独自のアセスメント様式(できること・できないこと表)を使用している。職員は、レクリエーションや入浴の時間を通して、ご利用者とゆっくり話す機会を作りながら、生活への希望や思いの把握に努めている。職員間でご利用者の日々の様子を共有しながら、ご利用者の思いを見つめ続けている。	
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	日々の暮らしの中で話しを通して過去の生き方を聞き取ることが多い。必要なことで本人でわからない時は家族面会時に尋ねてみるようにしている。本人の望みに沿ってホームで提供できる内容や範囲には制限もあるが出来る範囲で対応するよう努めている。外出の機会は結構多い。		
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	記録する事でその人の生活の状況が認識でき、大事なことは口頭での報告でしっかり情報の伝達を図る。		
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	日々の変化に応じた対策については、その日のスタッフで随時話し合っ解決するようにしているが、話し合いの内容を記録に残せず口頭で終わることが多い。代表者も含め全員ケア会議を月に1回ユニット別に定例で行っているが時間が限られており問題ケースや全体的な対応策について話し合うようにしている。介護計画作成の記録やモニタリング記録はサービス計画作成担当者(ケアマネジャー)が行なうようにしている。	計画作成担当者が中心となり計画を作成しており、月に1回のケア会議で、ご利用者の情報を共有しながら、職員全員でモニタリングをしている。状況変化に応じた計画の変更ができていない状況もあり、課題となっている。今後は、職員全員がチームとなって計画作成に取り組めるよう、準備を整えている。	今後、チームで計画作成に取り組まれることで、計画の中に実際に行われている楽しみの活動や、ご本人やご家族の役割が掲げられ、よりご利用者の生活に即した計画書作成ができると考えられる。今後の更なる取り組みに期待していきたい。
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	日々の記録の中に担当者を決めて日中時間帯と夜勤時間帯の記録をする様にしているが肝心なことが抜けていることがある。得た情報等は対応したスタッフが責任をもって記録、あるいは伝達する必要がある。		
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	利用者や家族主体に視点を合わせられるだけ、対応するようにしているので、スタッフのボランティアも多い。		

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	以前からの掛かりつけ医を利用しているが、自宅から遠方になって掛かりつけ医に行けなくなった利用者は家族の許可を得て変えており、医師とも相談しやすい関係にある。		
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	定期受診により主治医と連携しながら体調変化時等は随時早期受診対応で健康管理に努めている。	ご利用者には、希望される医療機関を受診頂けるようにしており、ホームの協力医療機関への変更希望があれば、移行の支援も行っている。通院介助は職員が行うようにしており、受診結果については、ご家族へ毎月のお便りや面会時に報告している。体調変化があった時は、その都度報告を行っている。	
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	看護師の資格を有する職員(介護支援専門員)に報告して受診や便秘対策など適切に対応するように努めている。		
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。	入院した際は出来るだけ面会に行くようにして、心身の状況を把握すると共に不安の軽減や治療に対する意欲が高まるよう激励している。医療スタッフから治療状況など情報収集しながら退院に備えるようにしている。入院後1ヶ月は利用契約保留しているが、退院の目途が立たない場合は医師や家族と話し合い解約している。		
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	老衰的なターミナルの場合施設での看取りを希望されている家族が1件、他の利用者についてはターミナル期までの話し合いはまだしていない。	ホームでの看取りの経験はないが、ご利用者やご家族からの希望があれば、ターミナルケアを行う方針である。ホームの看護師に、夜間も電話で連絡が取れるようにしており、一人のご利用者については、主治医から夜間の往診をして頂ける体制も整えている。	今後、医療機関との連携の充実や、24時間の看護体制の確保を含め、取り組みを続けていく予定である。
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	急変事は医療機関との連携で対応してもらっているが、救急蘇生など臨時的応急対応を要するような状況は現在迄体験なくそういう場合が起こった時、特に夜勤帯は一人になるので不安を抱えている。誤嚥による窒息に対しては掃除機接続の吸引チューブの備えをしているが使用した事は一度もない。急変事連絡体制は整備してある。		
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	防災業者や消防署、地元消防団等の協力を得て火災訓練を定期的実施している。運営推進会議の場で火災発生時の対応や台風等自然災害発生時の避難等対策を、話し合って準備している。	ご利用者と職員と防災業者が参加し、消防署立会のもと、年に2回の避難訓練を行っており、夜間想定訓練も行っている。現在、地域の方の訓練への参加はないが、地域の消防団長の連絡先を施設の緊急連絡網に入れており、災害時は協力を頂ける。災害に備えて、懐中電灯を準備している。	ホームでは、災害時の非常食や飲料水などの準備をまだ行っていない。管理者は、今後、必要物品や量についてホーム内で検討し、準備していく予定にしている。

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	
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	指示命令的言動や幼児語、きつい口調等話しをする時気をつけるようにしているが、職員全員に行き渡っていない。	ご利用者への声かけの大きさや言葉遣い等、日々のケアの中で気付きがあった時は、その都度、管理者から職員に伝えたり、会議の場で全員に伝えることで改善を図ってきている。排泄時の声かけや着替えの誘導は小さな声で行い、周囲のご利用者に気付かれることがないように配慮している。個人情報の管理もできている。	この2年の間に、言葉遣いや方言の使い方も改善されてきている。今後も引き続き、慣れ合いにならないように意識をしながら、職員全員で、ご利用者へ尊敬の念を持ったケアが実践できるよう、取り組みを続けていきたいと考えられている。
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	比較的自己主張が出来ている。訴えに耳を傾け、出来るだけ希望に応じられるように努力している。		
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	利用者の望むことは日常生活の暮らし方以外にドライブや買い物等外出、家族との面会、帰宅願望等がよくあり状況を見て極力対応するように努めている。日課の過ごし方は共同生活の中での個別的ケアになるので全てを本人の望むようには対応できない。		
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	散髪はボランティアの人が来てしてくれているが、好まない人は行きつけの理美容院に連れて行っており、お化粧を出来なくなった人は介助している。洋服でのお洒落は皆気持ちがあるようで気に入った服装を着てもらい、自らできない人は支援している。		
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	食事の準備後方付け等出来る人には協力を要請すると気持ちよく手伝ってくれ役割分担して日課のようにになっている人もいる。献立には好みのメニューを取り入れる努力をしている。	献立は、ご利用者の希望を聞きながら考えており、つわ等の山菜や海の幸を多く取り入れた料理が出されている。それぞれのご利用者は、つわの皮むきやきびなご等の調理の下ごしらえ、下膳や食器洗い等、職員と一緒に楽しんでいる。食事中は職員も一緒に席に着き、ご利用者と同じ食事を食べている。	
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	水分摂取量や食事の量を記録し把握している。スタッフが一緒に食事を取り食事の状態を観察し不十分な摂取の場合、声掛けし少しでも多く摂取して貰うよう支援している。入浴後の水分補給もしている。飲み込みの能力に応じて調理を工夫し誤嚥の防止に努めている。		
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	毎食後イソジン液などでうがいや、歯磨きをして口腔ケアしている。		

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	排泄チェック表の記録で排泄パターンを把握、訴えの出来ない人には時間的誘導や行動を見て察するようにしている。	ご利用者にはできるだけおむつを使わずに過ごして頂けるように取り組んでいる。尿意があいまいなご利用者には、それぞれのご利用者の排泄パターンに応じて、職員がトイレへの誘導を行うことで、多くのご利用者が失敗なくトイレでの排泄が行えている。	時間帯によっては、トイレが混雑することがあり、ホームではトイレの数が増やせるよう、長期的な検討が行われている。
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	便秘は少なくとも3日に1回は促すように注意している。水分の量や食事の内容に工夫しながら快適に排便できるように心がけているが、頑固な便秘には主治医に相談し薬の処方をして貰っている。		
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	1日置きには入ってもらおうようにしているが、本人の希望や失禁などによる汚染などには随時対応している。	週3回を入浴日と決めているが、ご利用者の希望に応じて、入浴日以外の時にも対応している。これまでの生活習慣で朝や夕方の入浴を希望されるご利用者には、希望される時間に入浴していただいております。一番風呂を好まれるご利用者にも、ご希望に応じて対応している。	
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	自由に身体を動かさない人には時間を見て休息を促すなど、本人の意思を確認しながら誘導している。空調の調整などで室温調整を図っている。夜間の睡眠障害がひどい人に対しては主治医に相談し薬を処方してもらっている。		
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	調剤薬局から交付される薬の説明書を見て内容を理解したり、受診時に医師に説明してもらう。血圧・精神安定剤を服用している人は日中の活動の様子や夜間の睡眠状態に特に注意して観察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	日課を通して出来るだけ自主的に行動してもらっているが、園芸が趣味の人がおり、時間や作業量の調整など管理する必要があるが、本人の意に反することがある。季節の変化、自然の恵みを感じられるよう花見などを行事計画に入れている。		
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	買い物や散髪など本人の希望に沿って外出支援している。天気の良い日はドライブなど皆で外出する機会を持ち気分転換が図れるようにしている。	ご利用者は、日常的にホーム周辺の散歩を楽しまれており、ご利用者の希望に応じて、自宅への訪問やお墓参り、ドライブや季節のお花見などの外出も行われている。ホームには車いすに対応した車両が準備されており、車いすのご利用者にも安心して外出を楽しんで頂けている。外出が少ないご利用者でも、週に1回は外出を楽しまれている。	

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	
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	家族から小遣い銭を預り本人の希望に沿って買い物支援をしている。銀行からお金を下ろしたり好きな物を買ったり自分でお金を管理している人もいるが、買い過ぎや金銭感覚に乏しく付き添って買い物調整をする場合がある。		
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	電話を掛けてほしいと希望される時や、不穏時は電話介助し、家族との接触を心がけている。		
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	ホールには衛生的に保ちテレビやソファの設置でゆっくり気持ちよく過ごせるように工夫している。玄関や洗面台には季節の花を飾って、気持ちよくなるように工夫している。トイレは、冬季には便座を温かくして不快感がないようにしている。	リビングにはソファやテーブル席が配置されており、それぞれのご利用者が好みの場所で過ごして頂けるように工夫している。ご利用者がソファで過ごされる時には、近くに人がいることを感じられるように、ソファの配置を工夫している。季節に応じた飾り付けもされており、職員のお力の発揮にもなっている。	時間帯によってはトイレが混雑することがあり、現在トイレの数を増やせるよう検討が行われている。
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	自然にそれぞれに居場所が決まっている。(食堂のテーブルの座席やリビングのソファ等)		
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	入所時に使い慣れた持込み可能な家具等は家族とも相談し持って来てもらうようにしている。特に布団類は着慣れたものが落ち着くようである。在宅での寝室環境がベットか布団かで睡眠の環境作りを配慮している。	入居の時に、馴染みの物を持ってきて頂くようご家族に伝えている。自宅で使っておられたこたつや家具、お祈りの本を持参された方もおられる。入居後も、ご利用者やご家族と相談しながら家具の配置を変えたり、大好きな芸能人のポスターを貼るなど、居心地良く過ごして頂ける工夫を続けている。	
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	部屋の作りが皆同じで自分の部屋やトイレが分からず迷う人がいるので、居室のドアに名札を張ったり、トイレと書いた紙を張ったりして表示を工夫しているがそれでも迷い職員が誘導している。玄関の段差をスロープに改修しつまずき転倒防止をしている。		

事業所名: (有)グループホープせいゆう荘

作成日: 平成 22 年 3 月 1 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】					
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	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 運営推進会議に家族の方に出席して貰っているが、毎月一部の家族のみの出席だけになっており、他家族の意見があまり聞かれない。	家族会を開催する。	家族会を試みるが、時間のズレでなかなか開催出来ない。が、なるべく面会時に意見を聞くようにしている。	ヶ月
2	12	○就業環境の整備 急遽の休み職員がいた際人手不足になり、ゆとりのないケアになっており休憩が取れないと職員からの意見が聞かれた。	職員人数を増やす。	パート職員を増やしフリー職員を配置した。	1 ヶ月
3	19	○本人を共に支えあう家族との関係 不穏の多い利用者は、いくら職員が対応しても心を開いてくれない。心のケアが必要である。	なるべく多く家族の面会を協力して貰う。	月一回は必ず面会に来て頂ける様に家族に相談した。家族と会話する事で落ち着きが見られるようになり、不穏になることが少なくなった。	ヶ月
4	23	○思いや意向の把握 帰宅願望が強い利用者で、職員の説明にも耳を傾けず、大声を出し他利用者とのトラブルがあったり、ちょっとした隙に外に出ていなくなる。	何故帰りたいのか？理由を聞いて本人が納得するまで職員は説明し、目を離さないようにする。	やむ得ない場合は、他棟の職員に家族の役をしてもらい内線で会話してもらい落ち着かせている。	ヶ月
5	26	○チームでつくる介護計画とモニタリング 計画作成担当者の入れ代わりにより、ケアプランが具体的に出来ていない。	全職員で協力し、計画作成担当者にたくさんの情報を提供する。 詳しく記録をとる。	アセスメントを全スタッフで再実施し計画作成担当に情報提供した。作成中。	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	27	○個別の記録と実践への反映 日々の記録・業務日誌は毎日記録しているが、時々肝心な事が抜けている事があり、全スタッフに伝達がされていない。	利用者の状況は対応したスタッフが、責任を持って記録・口答で伝達する。	口答により全スタッフに伝わっているが、後に残らない為、必ず記録するように努める。	ヶ月
7	48	○役割、楽しみごとの支援 園芸が好きな利用者で、天気に関らず雨の日もする為、注意を促すが暴言を吐いて作業を止めない。	暴言を吐いても注意する。	家族に相談し家族の方からも注意して貰い、理解してもらった。	ヶ月
8	50	○お金の所持や使うことの支援 お金を自分で管理している利用者で、買い過ぎや金銭感覚に乏しく、スタッフ付き添って買い物等を調整しているが、なかなか直らない。他利用者にかくれて食べ物をやったりする。	職員は注意する場合はちゃんと注意し、職員全員統一した介護に努める。	買い物を週一回にし様子を観る。	ヶ月
9	53	○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 一人ひとりの居場所が決まっていたが、新入居者によりソファや椅子が足りらず、場所の取り合いでトラブル発生。	十分な見守り重視	皆が座れるようにソファベッドを購入した。	ヶ月
10					ヶ月
11					ヶ月