

平成28年度

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	1472700499	事業の開始年月日	平成17年8月1日	
		指定年月日	平成17年8月1日	
法人名	有限会社トゥインクル・ライフ			
事業所名	グループホーム みづき			
所在地	(238-0224)			
	神奈川県三浦市三崎町諸磯42-5			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9 名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成29年1月18日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月27日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

・畳での暮らしを主体とし、その生活の中で自然に残存機能の活用と、ADLの向上を図っています。自力での起き上がり、座り込みで全神経を生活の中で確実に集中する為リハビリ効果も向上していくと考えております。
 ・近隣の方々からいただいた野菜を干したり漬けたり。自分たちで行う事でまた食べる楽しみが倍増です。
 ・ターミナルケア対応。
 ・日常生活の中で利用者さん主体の行動を心掛けています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年2月20日	評価機関 評価決定日	平成29年4月7日

【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)】

京浜急行線「三崎口駅」から油壺行バスで16分、「油つぼ入口」下車徒歩2分。小高い台地で、郵便局手前を左に折れた、木造2階建庭付きの家が、1ユニット9名のホームです。周囲は、畑や戸建て住宅が多く、商店、小学校もあり、日常生活に困らない場所です。

<優れている点>

ホームは、畳、布団、階段など、普通の民家の生活です。加齢や認知症に伴う身体の衰えを生活の中のリハビリで改善し、残存能力を生かすように支援しています。重度化、終末期の生活は、状況に応じ利用者に細やかな対応で楽しく暮らせるよう配慮しています。食事作り、洗濯、掃除など、利用者は力を合わせ、取り組んでいます。季節の収穫を活かした切干大根、味噌作りなど地の利を生かしています。出来ないことは、職員の十分な「気配り・目配り・心配り」とケアで支援しています。今まで出来なかった事が出来た利用者の喜びを、職員の喜びとしています。

<工夫点>

食は命との考えから、米は無農薬の5分づき、野菜は減農薬の旬のもの、その他の食材も添加物の少ないもので、健康向上に努めています。夏祭り、節句、菖蒲湯、ゆず湯など季節の行事を行ったり、気分転換を図るため、積極的に外出に努めています。何よりも利用者一人ひとりの残存能力の維持や暮らしの質の向上になるように支援しています。これらの考えをホームページに詳細に発表し、毎月の広報、みづき通信を家族が家で見られるようにしています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム みづき
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	●管理者と職員は、話し合いの場を設けたり、玄関に掲示してある事でいつも意識を持ち、共有している。	1番大切にしているホームの理念は、利用者の心に寄り添い、心を理解し、その人らしい生活を支援することです。利用者一人ひとりの生活を大切に、残された能力を最大限に生かせるよう、日々のケアや、研修の中で取り上げて繰り返し確認しています。	ホームの大切な理念は、玄関のファイルに掲示しています。目立つよう掲示することで、ホームのケアに対する方針について、外部の人の理解が深まると思われます。検討が期待されます。
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。	●町内会への加入、ごみステーションの掃除等をしている。●近隣の方から野菜等頂き、交流している。	町内会に団体加入しています。ホームのごみは、事業所ごみの扱いですが、町内会の一般ごみ置き場の清掃、整理などを利用者、職員としています。回覧板の受け渡しで近所から大根、キャベツなどを貰う事もあり、自然に挨拶のできる付き合いとなっています。	
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。	●推進会を通し、認知症を知ってもらえる様、座談会を行ったりしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	●推進会で利用者さんの状況報告、課題報告をしながら、話し合いをしている。●面会時や電話等、日頃から意見要望を聞き、サービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回、年6回の予定で実施しています。委員は、利用者・家族、民生委員、包括支援センター職員、地域代表者、市職員、管理者、スタッフで、議題は、ホームの活動状況、29年度に向けての検討、中学生の福祉体験などです。福祉体験は継続の要望が出ています。	
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。	●推進会への参加を依頼している。●月に一度、利用状況の提出や適宜相談に乗ってもらっている。	担当者は、高齢介護課職員で、運営推進会議の出席依頼、利用者の入退去連絡票の提出、利用者の暮らし、健康の相談、ホーム内のケアの状況報告を行っています。また、事業の集団講習会などの連絡も行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	●玄関の施錠は、夜間防犯の為以外は常に鍵は開いており、自室の鍵も無し。●内外の研修に参加し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。	身体拘束を原則しない事を運営規定、契約書、重要事項説明書に明示しています。玄関は夜を除いて施錠せず、見守りに徹しています。利用者に外出したい様子が現れると職員と一緒に歩き、気持ちが納まるまで寄り添っています。日頃から「気付き・気配り・目配り」を心掛けています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	●施設内外の研修参加・アンケートの集計により、さらに職員全員で意識を強め共有しながら、虐待防止に努めている。		
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。	●研修に参加。●必要の都度、市役所へ相談したり、担当の人からアドバイスを受けたりしている。		
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。	●ご家族にしっかりと希望を確認し、今困っている点・不安等を詳しく聞き、アセスメントに記載。●ケア・支援の内容を希望に添って説明し、理解を図っている。		
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並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。	●面会や電話連絡の時に、意見・要望を確認。ミーティングや申し送りで管理者と職員は共有し、運営に反映させている。	利用者・家族は運営推進会議に数名出席しています。家族の来訪時の面会や電話連絡の時にも利用者の様子の報告や相談、要望などを受けています。それらは、ミーティングや申し送り時に共有し、運営に反映しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●代表者や管理者は日々の業務の中、毎月のミーティングや申し送り・面談等で意見を聞き、反映させている。	代表者は、毎月のミーティングや面談の時に、スタッフの意見や要望を聞き、就業環境の整備、研修を勧める機会に努めています。また、管理者は個々のケアのこと、イベントのことなどの意見や要望を聞き、運営に反映しています。	
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。	●代表者はミーティングや面談等で、管理者や職員の意見を聞き、整備に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	●代表者は個人面談、内外の研修を進める機会を設け、一人一人に合わせた取り組みをしている。		
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つくり、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。	●市内グループホーム協議会へ参加し、他同業者と交流し業務の中へ反映させ、推進会でも報告している。●研修の推進。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	●本人やご家族に困りごとや不安・要望を聞き、アセスメントを作成し、ケアプランへ反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	●サービスに反映できる様、入所時にご家族の困っていること、不安・要望をしっかりと聞き、ケアマネがアセスメント作成し、ケアプランに反映させている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	●入所時の希望を確認し、先ず必要とする支援を見極めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	●利用者さんをよく知る為に、会話・行動・表情等に気配りし、人として尊重し、向き合うことで関係を築いている。●他の利用者さんとの生活リハビリを通し、共同生活を意識する。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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作りに努めている。	●日々の小まめな報告で、本人の変化を理解して頂く。●ご家族が無理のない範囲で、介助や支援を通して共に本人を支えていく関係作りに努めている。		
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。	●馴染みの人や行きたい場所等、ご家族の協力も得ながら、それぞれの関係が途切れない様に努めている。(電話や手紙等)	家族の墓参りに行きたいという思いを、家族と協力して叶えたり、故郷に住む子に電話したい、手紙を書きたいなど、希望に沿って支援をしています。また、病気になり、今年の桜を見たいという願いについて、大切な思い出として桜見物の機会を作ったこともあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●利用者同士の関係性を生かしながら、互いに尊重しあえる様、生活リハビリ・会話等の介添えにスタッフが入り、支援している。		
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。	●推進会、行事等への参加の声掛け。 ●いつでも立ち寄って下さいと、声を掛けている。●困った時は、相談に乗っている。		
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。	●その人らしく生活できる様、共同生活の中、最大限希望に添っていきける様努めている。●スタッフは、ミーティングや申し送り等で検討し、共有しながら支援している。	ケース担当者は、利用者一人ひとりから希望、思いを聞いています。表現の少ない人には、職歴、家族関係や馴染みの場所、好きな色、会話、申し送りなどを総合し、その人の意向を見出しています。すべての情報は、常にミーティングで共有し、ケアに役立っています。	
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。	●アセスメントやバックグラウンドで生活歴を把握し、傾聴（食事・おやつ時等）。回想法の中からも把握できる様努めている。		
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。	●日々の記録と介護経過を活用し、現状の把握に努めると共に、職員で申し送り・ミーティングで情報共有している。●Dr 往診、Ns 訪問、入浴日のバイタルチェックで早期発見に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●ミーティング、個人記録、申し送りでスタッフは常に情報の共有をしている。●経過作成後、ミーティングで共有しケアプランに繋げている。	モニタリングは、3ヶ月、6ヶ月、急変した時に行っています。ケース担当者は、情報を常にケアプラン作成者に報告し、ミーティングで話しています。それを基に計画案を作り、利用者・家族の同意を得て介護計画書を作成します。スタッフに周知し、ケアに繋げています。	
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、個別記録を記入し各担当スタッフは経過におとしてミーティング等で話し合い、情報共有しながら介護計画の見直しに活かしている。		
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。	●本人や家族の状況、又、ニーズを個別記録・支援記録・申し送り等で職員間の共有を図り、その時々にあった柔軟な支援を行っている。●ボランティアの活用、OB・OGの協力的支援に取り組んでいる。		
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。	●地域の方からの野菜等の頂き物を利用者さんと共に作り、おすそ分けをしている。●買い物・ゴミステーション清掃等。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	●月2回の往診（Ns訪問は週1回）●本人、家族の希望があれば主治医と相談。受診・通院等の適切な医療を受けられる様支援している。	入居時に本人及び家族の同意を得て、協力医の受診（月2回の訪問）を行っています。歯科は必要時訪問し、口腔ケアや義歯調整をしています。週1回、看護師が訪問し、日頃の健康状況を観察し報告・連絡・相談で連携の強化を図っています。専門医の受診も可能です。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	●毎週1回の定期訪問で情報提供し、Drとの連携を図りながら適切な受診を受けられる様に支援している。		
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、また、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。又は、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。	●現在該当者は無いが、医療機関との協力体制はとれている。●近くの病院の医療連携室と小まめに連絡を取っている。		
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。	●重度化した時点で早い段階から、家族と話し合いを行い、事業所でできることを再度説明し、方針を共有している。●Drやご家族との密な連携。●往診時にご家族からDrの相談。	開設当初より在宅で看取るという雰囲気大切に、入所時より、重度化に伴う意思確認書を作成しています。終末期の看取りでは、医師、職員が連携を図り、本人、家族の意志を確認し、チームで柔軟に対応して取り組んでいます。年1回、スタッフの研修を行っています。	
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。	●全ての職員は、内部研修を定期的に行う事で知識を得て日々の業務の中で活用。又、事例検討等を実践力を見につけている。		
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。	●消防署の立会いのもと、年間を通し避難訓練を実施している。(昼夜共に)●地域の方への参加の呼びかけも行っている。	スプリンクラー・火災通報装置・自動火災報知設備・消火器を設置しています。避難訓練(日中・夜間帯)・通報訓練・災害時訓練を行っています。事業所が避難所になることも想定され、水・食糧・衛生用品などの備蓄品を備え、訓練時に改善を図っています。	発災後に大切な本人確認や家族の連絡先、内服薬がわかる非常持ち出し用の資料も大切です。整備の検討が期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	●一人一人、声のかけ方や話の内容等を変えている。●常に一人の人間、人生の先輩として接する事で人格尊重・プライバシーの確保ができる様、対応している。	いつも「心を見る」ということを大切にし、年長者へ敬意を払う言葉遣いや、失禁、トイレ誘導の際には、周りから気付かれないように声掛けを行うなど配慮し、尊厳を支えるケアに取り組んでいます。毎年1回、倫理やプライバシーの研修をしています。	
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。	●日常生活の中で、思いや希望を表せる様、会話の工夫をしている。●自己決定できる様、本人の言葉・行動を待つ（見守り支援）		
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し、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。	●今日何をしたいかを聞き、その日々の体調に合わせてながら、最大限希望に沿える様、支援している。●夜間ベッド交換時で拒否等が見られる場合は職員側の優先もある。		
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。	●散歩、外出時の季節に合わせた服選び。●入浴準備を一緒に行い、色合わせや組み合わせをし、楽しみの時間に行っている。●服装が変化している時に気付きの声掛け。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	●メニュー決めから片付けまで、一人一人の力に合わせ、食事を楽しむ支援をしている。●みんなですると楽しく、片付けも早く終わる。●調理中の音や匂い等で食欲を刺激する。	地元の野菜やその日に食べたい物を全員で決め、調理しています。職員と一緒に取り組み、生活リハビリの強化を図っています。節句のメニューやおせち料理を手作りしています。気分転換を兼ね、庭での青空ランチや近隣の蕎麦屋や回転寿司などでの外食も楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●その日の体調、運動量等を把握し、一人一人に合った量の調節・バランスをとる。●器・盛付け・食材への工夫も支援している。●水分量は季節によっても入浴前後の摂取も心掛けている。		
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。	●義歯の洗浄、消毒。毎日のうがい、歯磨き等、一人一人に合ったケアをしている。●状態に応じて介助支援を行っている。		
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向けた支援を行っている。	●一人一人に合わせた排泄の自立支援が行える様、ミーティング・申し送り等で情報共有し、ケアの統一をしながら最大限自分でトイレへ行ける様支援している。	排泄パターンを把握し、声掛けの支援をしています。失禁時は、「お茶をこぼしたから拭きましょう」など、気遣いをしています。夜間は、職員一人対応ですが、安易にポータブルやパットを使用せず、トイレで排泄できるように支援しています。	
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。	●水分・繊維質の食材摂取。又、日々の生活の中での適度な運動をする事で、便秘予防へ取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	●一人一人のタイミングに合わせ、声掛けをしている。●職員の都合ではなく、個々の希望に合わせて入浴して頂き、気持ち良さを楽しめる様に支援している。●声掛けの工夫（次も入りたい、へ繋げる）	原則週2回の入浴です。利用者のその日の状態や希望に応じて、日にちや時間をずらして入浴できるように配慮しています。手すりがあり、シャワー浴もできます。洗い場や浴槽が広く、窓も大きく開放的です。季節に合わせて、菖蒲湯や柚子湯を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●一人一人に合わせた生活習慣や状況に合わせて、心地良い空間づくりを支援している。(リビング、居室等の室温調節) ●日中の生活リハビリで、ほど良い疲労感を得ることで、夜の安眠へと繋げている。		
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。	●各職員は一人一人の薬の作用・副作用をノートへ記入し、変更時は改めている。●内服時、薬・名前・日付を声に出し、確認。職員同士、情報共有・確認している。●Dr、Nsへの確認相談等の連携。		
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。	●買い物散歩、生け花、日々の生活リハビリ(食事作り、洗濯、掃除等)、無理強いせずに張り合いを持って、自らやりたい気持ちをもてる様、声掛け支援をしている。		
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。また、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。	●家族との連携をしながらの墓参り、ドライブ・外食等、戸外への支援をしている。●月に一度、希望を聞いてドライブ外出の支援をしている。(花見、外食、買い物等)	利用者の希望に合わせて、30分程度、施設周辺の散歩や地元のスーパーへ買い物に出掛けています。毎月1回のドライブ外出は、城ヶ島の水仙や三浦海岸の河津桜などを見物に行っています。気分転換を兼ねてレストランなどでの外食も楽しめるように支援しています。	
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。	●近隣への買い物等の時に、本人にお金の所持・支払いを支援している。(個々の力に合わせて支援)		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	●本人から、要望・希望があった時に支援している。（いつでも使える事を伝えている）●年賀状のやりとり支援。		
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。	●季節や昼夜が自然に感じられる様、配慮している。（生け花・季節ごとの温度調節、風・光・音・小まめな掃除・整理整頓）	居間は約10畳で、中央に座卓を並べ、壁や布団を背もたれに座り、食事や手作業をする場になっています。壁に貼った大漁旗の絵や人生訓を話題にして、会話や生け花、カラオケなどで和やかに過ごしています。玄関には、全職員の顔写真や達筆な書道の作品などが掲示されています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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、自室、どちらも自由に入りにできる様に配慮している。●利用者さん同士の居室の訪問。		
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。	●今までの本人の生活スタイルを活かせる様、馴染みの家具や寝具類・写真等、好みの物を置く事で、居心地良く過ごせる様、工夫している。	全室布団を使用し、廊下と部屋の段差はなく、施設内のスリッパ使用はありません。自宅で大切にしていた調度品、置物や写真などを置いています。浴室やトイレの案内表示はせず、利用者自身の力で「できること」「わかること」を活かそうと支援しています。	
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」や「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。	●トイレ・浴室・階段の手すりやバーの設置。●動線上に障害物を置かない。●畳みでの日常生活の中から、安全かつ自立した生活を送れる様、工夫している。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム みづき

作成日： 平成 29年 4月 21日

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	13	非常持ち出し用の資料ファイルが持ち出しにくい。まとまっていない。	本人確認情報や家族の連絡先などの資料を一つにまとめる。	各利用者さんの本人確認用の情報・内服薬等を書式にまとめ、持ち出しやすいように作成する。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月