

平成27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	1492700032	事業の開始年月日	平成18年10月1日
		指定年月日	平成18年9月15日
法人名	木村貿易有限会社		
事業所名	三浦市総合福祉センターグループホーム第2		
所在地	(238-0102) 三浦市 南下浦町 菊名1258-3		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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27年11月3日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月22日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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)】

ご自宅での暮らしをそのままに美味しい食事をしてゆっくりとお風呂に入り毎日を過ごせます。畑など自然に囲まれ、三浦市を360度見渡せる景観の中で季節の移り変わりを感じながら生活できます。食事は新鮮な食材を職員が仕入れ、提供します。ご家族の負担を減らす為、通院介助は積極的に職員が行います。24時間医療連携がとれ、安心できます。利用料も低価格となっております。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年12月16日	評価機関 評価決定日	平成28年2月17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)】

事業所は、京急三崎口駅からバスで5分、バス停「引橋」から徒歩1分の、三浦総合福祉センター構内の一面、鉄筋コンクリート造り1階部分の定員9名のグループホームです。周辺は三浦半島の高台で、東京湾、相模湾が見え、広大な畑が見渡せます。敷地内の福祉センター本館に同一運営法人による2ユニットのグループがあります。また平成26年度の三浦市人口は、46,283人高齢者人口は15,376人で3人に1人は高齢者です。

＜優れている点＞

開設時から、地元の馴染みの人との交流があり、事業所に気軽に来訪しています。時には、野菜などのお土産を持参してくれています。風通しの良い開かれた事業所になるように心掛けています。また、三浦は海や畑からの食材に恵まれ、新鮮な野菜(大根、カブ、白菜、スイカ、トマト)や、海から新鮮で沢山の種類の魚が獲れています。食は命なりをモットーにして、この食材を生かした美味しい食事を提供することで、自宅での暮らしをそのまま継続できるように支援をしています。

＜工夫点＞

利用者が、地域の色々な行事への参加できるように、運営推進会議ではグループホームの内容を紹介しています。利用者の体調や職員の対応も含め参加の可能性を検討しています。さらに、介護にあたる職員が介護計画を意識することにより、より良いケアと支援が行えるような仕組みを検討しています。

【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	三浦市総合福祉センターグループホーム第2
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、活き活きと働いている。 (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。	開設時に作成した理念を事業所内に掲示し、理念の共有を図っている。	昨年職員と協議し、理念を改正しています。「利用者がふるさと三浦で心地よい家庭的な生活が暮せるよう真心と愛情でサポートする」と定めています。壁面に掲示し、日々の介護の中で生かせるよう努めています。	この理念を基に職員と話し合い、毎月の具体的な行動指針を決め、ケアの充実を図ることも期待されます。
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。	ウクレレボランティアや傾聴ボランティアなど地域での活動の場の提供や、運営推進委員に民生委員に入ってもらい、地域との繋がりをもっている。社会福祉協議会のイベントに利用者様は参加されている。	昨年初めて町内会に加入し、事業所の紹介や地域の行事の案内を受けるなど、日常的な交流を考えています。さらに、地域の人々が、事業所の行事やレクリエーションなどに参加できる可能性について検討を行っています。	平成26年度から、利用者が地域行事に参加できるよう検討をしています。馴染みの地域イベントは、生がいにも通じる事でもあり、継続して行うことが期待されます。
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。	ウクレレボランティアや傾聴ボランティアなど地域での活動の場の提供や、運営推進委員に民生委員に入ってもらい、地域との繋がりをもっている。社会福祉協議会のイベントに利用者様は参加されている。		
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。	2ヶ月毎に運営推進会議を実施し、各委員の意見を参考にして事業の運営を行なっている。	運営推進会議は、利用者や家族、地域代表者、市職員、包括支援センター、管理者、職員が参加しています。議題は、運営状況やボランティア活動を報告したり、利用者の体調やインフルエンザ対策を話しています。また、事業所の将来展望なども話し合っています。	
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に取り組んでいる。	市の担当課の職員を運営推進委員になってもらい、意見を気軽にもらえるようにしており、生活援護係職員ともこまめに連絡をとり合うようにしている。	外部評価の報告や運営推進会の議事録、運営状況、空き室情報の連絡、利用者の状況など、細かな連絡をしています。また、県や市の介護事業などの情報なども得ています。	

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。	職員同士の引継ぎ等により、利用者の状況の変化を把握しやすくしており、状況にあったケアをおこなっている。	事業所は、運営の手引き並びに重要事項説明書で、緊急の場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為をしない事を定めています。虐待の禁止についても認識し、外部研修や内部での研修に努めています。利用者の出入りを見守り、玄関の施錠はしません。	
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。	外部の研修等に参加し、虐待についての認識をもち、虐待につながらないケアをおこなっている。		
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。	利用者の後見人等の立場について話し合いをとおして成年後見制度について理解しあえるようにしている。		
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。	入居相談の時点より、入居後の生活の不安や疑問点について説明をし、契約時にも詳細に本人および家族に対して説明を行い理解を求めている。		
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。	利用者に面会に来られた家族等に近況の説明をし、状態を把握してもらい、要望等も聞くようにしている。また、電話でもこまめに家族に連絡をするようにしている。	利用者や家族は、運営推進会議メンバーとして意見や要望を言っています。また、家族の来訪は予約なしで受け入れ、意見や要望を聞いて風通しの良い運営を心掛けています。	

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。	職員全体会を2ヶ月に1度開催しており、日々の業務やホームの運営に関する機会を設けており、職員全体の意見を聞くようにしている。	施設長、職員ともフル回転で、会議を開く余裕も少ないようですが、施設長は、毎日の申し送りノートやグループホーム日誌、ケアの様子など、職員から細かく内容を聞いています。	ケアは積み重ねでもあり、職員間のコミュニケーションも大切です。会議の余裕がない時は、回覧形式の事業所内の便りなど、伝達方法の検討なども期待されます。
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。	代表は、毎月行なう職員会議で管理者や職員の状況や思いを把握するように努め、日々の職員との会話の中でも職員の思いを把握している。		
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。	職員全体会での勉強会や、外部研修に参加してもらい、認知症ケアに対する理解を深めている。		
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組みをしている。	三浦市グループホーム連絡会定例会への出席をし、それぞれのホームの現状や問題点を把握し、サービスの質の向上へとつなげている。		
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。	入居相談の時点より、本人や家族との話し合いで、性格や生活の様子などを把握し、入居後に不安にならず生活が送れるようにしている		

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。	入居相談の時点より、本人や家族との話し合いで、性格や生活の様子などを把握し、入居後に不安にならず生活が送れるようにしている		
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。	職員同士の引継ぎ等により、利用者の状況の変化を把握しやすくしており、状況にあったケアをおこなっている。		
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。	職員との気軽な会話や、日常生活の中で出来ることを職員と一緒にこなすことにより、同じ生活をする関係を築いている。		
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を築いている。	家族の面会時などに居室で利用者の食事介助などを家族にお願いして、家族による本人の支援をできるようにして、現在の本人の状況を理解してもらっているようにしている。		
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。	面会の時間を細かく決めずにいつでも面会に来やすいようにしている。また、知り合いからの電話の取次ぎなども出来るだけおこなっている。	利用者の馴染みの友達や、在宅の頃の近隣の人が訪ねて来る事があります。電話での問い合わせには、利用者との関係を聞き、慎重に対応しています。利用者や家族の見知らぬ人に対しては、プライバシーの関係から対応を断っています。	

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
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。	日々の利用者同士の会話などで利用者同士の関係を把握し、お互いが良い関係が保てるように努めている。		
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。	サービス利用が終了した後も、その後利用しているサービス状況の把握などを行っている。		
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。	日々、利用者との会話の中で、思いや希望を出来るだけ把握し、それに沿った生活ができるように努めている。	日頃のケアから、思いや希望を聞き、申し送りノートや個人記録に記入し、ケアに携わる全員が把握するようにしています。発言の少ない人には、日頃の様子から把握に努めていますが、家族に聞くこともあります。	
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。	入居申込書に本人の生活歴や嗜好等の記入欄があり、また家族から本人の在宅での生活状態を聞いたりしながら、本人の生活について把握するように努めている。		
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。	利用者にはこまめに声かけをし、また居室での状態を把握するように努め、現状の把握に努めている。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	担当ケアマネージャーが率先し、利用者様、またご家族の要望を聞き、サービス計画を作成し、利用者様の要望に即したサービスを提供している。	計画作成担当者は、利用者と日々接している介護職員が得た利用者や家族の要望を聞いています。はっきりしない時は、利用者の言葉や動きから最適のプラン案を作成し、利用者や家族に説明し承認を得てから決定しています。	平成26年度目標の「介護職員が計画を念頭に、ケアが出来るように利用者の記録に介護計画を付け達成をチェックする仕組み」の継続検討を期待します
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。	職員がいつでも見ることができるところに記録を配置し、情報の共有ができるようにしている。		
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。	本人の希望などにより、通院等をしている。		
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。	地域で活動しているボランティア等がホーム内で活動してくれている。		
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、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。	かかりつけ医とは、簡単に電話で相談でき、アドバイスをもらえるようにしている。また、随時往診もお願いできるようにしている。	事業所のかかりつけ医は内科と泌尿器科の専門医で、利用者の状態により毎日の往診もあります。看護師が週に2回訪問しています。歯科医、精神科医とも提携しています。通院は家族の希望があれば、職員が付き添いをしています。	

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
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。	利用者の日々の変化を看護師に相談できるようにして、アドバイスをもらえるようにしてあり、利用者が適切な受診ができるように支援している。		
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。	入院後も病院の相談室等に定期的に連絡をし、病院での状態の把握に努め、退院後、ホームの生活が無理なく送れるようにしている。		
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。	重度化する可能性が出てきた場合、早い段階で、家族等と話しあうようにし、その後の生活の送り方について話しあう機会を設けており、方針を共有して支援している。	入居時に、「重度化対応と終末期ケア対応指針」を看護師が家族に説明し、同意書も得ています。看取り介護に際しては、「看取りに関する同意書」を再度結んでいます。数例の看取りの実績があり、職員も受け入れ態勢ができています。	
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。	緊急時の対応マニュアルを作成しており、それに沿って職員は行動し、管理者に報告したり対応することが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。	防災訓練を年に2度実施し、災害時の対応と非難について職員が対応できるようにしている。	年に2回の消防訓練をしています。災害用備蓄は、加工せずに食べられる食料品と水を3日分、及び避難用具を揃えています。今後は、職員一人での夜間想定訓練を計画しています。自治会組長も参加する、救急救命とAED使用訓練も計画しています。	夜間は職員一人での対応という難しさがあるので、計画中の夜間想定訓練の、早期の実施が期待されます。

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。	職員は、利用者の人格やプライバシーを尊重して声かけをおこなっている。	親しくなっても利用者は友達ではなく、年長のお客様であるという意識を常に持ち、呼び名や言葉遣いには気をつけています。今年、職員が外部の接遇研修を受け、成果もみられたことで、次年度も研修参加の計画しています。		
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。	職員と利用者が気軽に会話できる状態ができおり、利用者から希望が言えるようになっていて、職員もその希望に対し、どのようにしたら、希望が叶うか利用者と話し合いながらおこなっている。			
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。	利用者の多くが居室で自分の時間を大切にしながら生活しているが、その中で何か希望や要望があるか把握できるように声かけをしている。			
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。	利用者が希望する化粧品等を購入して本人が満足できる身だしなみやおしゃれができるように支援している。			
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。	利用者の可能な人は食事後の食器をさげてもらうなど、片づけを一緒におこなっている。	地元三浦野菜や海産物を食材にして、利用者の最大の楽しみの食事に力を入れています。正月にはおせち料理を作り、誕生日やクリスマスなどの行事のおやつにはケーキで祝っています。花見や墓参の折には家族と外食をすることもあります。		

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
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。	一人ひとりの咀嚼や嚥下の能力に応じて食事の形態や食事量を変えて食べやすいようにしている。また、水分摂取については一人ひとりにお茶やジュースなど十分な量がとれる様にしている。		
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。	利用者一人ひとりの能力に応じて、本人が個人で出来る場合は個人で歯磨きをしてもらい、出来ない人は職員が介助で口腔ケアを毎食後行なっている。		
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。	排泄について声かけをして本人がトイレに行きやすいようにしており、本人の排泄のパターンや習慣を把握するようにしている。	食事の前後や入浴の前、おやつ時などに、一人ひとりの習慣を把握して声掛けをしています。失敗した時は素早く居室に入り対処しています。夜は1時間ごとの見回りを基本とし、パット交換などは個々のその日の状況に応じて対応しています。	
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。	水分や牛乳をなるべく多くとってもらいようにし、便秘にならないようにしている。排便チェック表を作成し、管理を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	都合で入浴日に入浴できなかった利用者は、他の日に入浴をしてもらうようにしている。	週に2回入浴しています。立位が困難な利用者が多く、約半数が機械浴です。湯あたり防止のために、バスタブ内には最長5分を目途にしています。肌乾燥防止のため、特に冬場は湯上り後に保湿剤を塗っています。	

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
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。	利用者は居室で生活する時間が多く、その時々状況に応じて休息している。また、夜間も居室でテレビなどを見ながら、好きな時間に眠れるようにしている。		
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。	個人の服薬している薬は処方箋等で管理をしており、薬を服薬しての降下や副作用などは本人との会話やバイタルチェック等で理解できるよう努めている。		
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。	塗り絵や歌を唄ったり、ゲームなどをして気分転換を図っている。		
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。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。	買い物をするときなど、外出できる状態の利用者に一緒にいってもらい、戸外に出かけられるように努めている。	買い物など、外出希望の利用者には、職員がスーパーなどに同行しています。季節行事などで家族同行の外出もあります。遠出が困難な利用者は、事業所周辺の、景色の良い広い敷地内での外気浴を楽しんでいます。	
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。	お金は個人ごとに事業所で預っている。外出時や本人の希望により買い物をしている。預かったお金は支払いごとに随時記録し、残金管理を行なっている。		

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
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。	知り合いに電話をかける希望のある利用者には電話がかけられるように支援している。年賀状を出したい利用者様には、そのお手伝いをしている。		
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。	共有空間には鉢植えなどの植物を置いたり、ピアノなどを置き、また、季節にあった置物などを置き、居心地よく過ごせるように工夫している。	居間は壁によりテレビを見る場所と団欒スペースの2ヶ所に分かれていますが。職員が作成した季節行事の飾り物を壁や天井に飾ったり、季節の鉢植えを置いて季節感を演出しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	共有空間にはソファを置いたり、個別のイスを配置したりして、利用者同士で会話ができるように工夫したり、利用者様が独りでになりたいときは、その環境を整えている。		
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。	居室には、本人が居心地よく生活できるように、本人が大切にしているものを持ってきてもらうようにして、出来るだけ落ちついて生活できるように工夫している。	ベッドと空調機を事業所が備え、寝具と防炎カーテンは利用者が用意しています。ふとんカバーやシーツは毎週洗濯しています。利用者が通院時や外出時にふとんやマットを陽当たりの良いベランダで干しをしています。掃除は毎日行っています。	
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。	建物内には手すりを配置し、またあまり邪魔になるものは配置を控え安全に自立した生活ができるように工夫している。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 三浦市総合福祉センターグループホーム第2

作成日： 平成28年3月1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	4	運営推進会議を隔月で行っているが、内容が充実していない。会議を通じて、地域とのつながりをもっともてるのではないかと推進委員について、現状の委員だけでは不十分では？	運営推進会議に地域包括の方や、自治会長などにお声かけし、参加していただき地域とのつながりを深める。	地域包括センター、自治会長等と連絡を取り、推進会議に参加していただけるようにする。また会議の内容充実の為、今一度議題を考え直す。	6ヶ月
2	33	看取りの介護について職員の知識、心構えが不十分である。	今後、施設で職員が全員参加できる看取りの研修を開き、また職員間で話し合いを行ない、利用者様の看取り介護に備えられるようにする。	看取りの研修を開催する。また給付で看取り加算がとれるように用件を整理する。	6ヶ月
3	26	施設介護計画が達成できているか、書類で確認できない。	介護計画が達成できるように、職員がチェックできるような仕組みをつくる。	介護計画をもとに介護計画一覧等を作成し、チェック項目をつけ、職員が達成できたら、チェックし、計画の達成を可視化させる。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月