

平成21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 |
| | | 宿泊定員 | 名 |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 定員計 | 9名 |
| | | ユニット数 | 1 ユニット |
| 自己評価作成日 | 平成22年1月29日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成22年7月13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.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1492700032&SCD=320>

【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)】

生活保護受給者の入居も随時申込を受け付けています。景色の綺麗なグループホームです。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ケ'双ファースト 3階 | | |
| 訪問調査日 | 平成22年2月12日 | 評価機関 評価決定日 | 平成22年4月26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)】

事業所の優れている点

- 1、自然豊かな環境にあります。
三浦半島の高台に位置し、緑豊かな畑や、林に囲まれ、東京湾と相模湾が望める風光明媚なところにあります。そこで利用者はゆったりとした生活を送っています。
- 2、職員が明るく楽しそうにしています。
職員同士の連携チームワークがよく笑顔で利用者に接しています。

【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 |
|--------------------------|---------|---------|
| 理念に基づく運営 | 1 ~ 14 | 1 ~ 7 |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | 15 ~ 22 | 8 |
| 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 |
| 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 |
| 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 | |

| 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 | |
| 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 | 理念を、ホーム内の見やすい場所に掲示し、理念に立ち返り、利用者の生活の援助を行う。 | 理念を玄関脇に掲示し、カンファレンスなど機会あるごとに職員同士が確認しあい、共有化を図っています。管理者は利用者中心の理念に変更したい意向を持っています。 | | |
| 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 | 特になし | 自治会への加入を予定しています。月に1度理容師が来訪して整髪をして頂きます。近くの開業医に電話依頼すると、こまめに往診に対応してくれます。 | 早期に、自治会に加入して、より一層の利用者と地域の方々との交流を深めるような配慮が期待されます。 | |
| 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 | 特になし | | | |
| 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ヶ月に1度委員会を開催し、サービス向上に活かしています。 | グループホーム第1と合同の運営推進会議を2ヶ月に1度開催し、そこでの意見を参考にサービスの質の向上に努めています。例えばハーモニカのボランティアを紹介して頂いたこともあります。 | | |
| 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 | 生活保護受給者を利用者として受け入れており、担当ケースワーカーとも連絡を密にし、ワーカーの訪問が必要だと思われるときは、訪問依頼を行っている。 | 本館の職員を中心に市の担当者、ケースワーカーなどと連絡を取り合い、状況により来訪をお願いしています。 | | |

| 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 |
| 6 | 5 | <p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | <p>身体拘束を行うことのマイナス点を考え、出来るだけ見守りを実施し、身体拘束を行わないようにしている。</p> | <p>身体拘束廃止マニュアルは未だ整っておりません。身体拘束に関する市のアンケートに職員が回答しています。</p> | <p>身体拘束廃止マニュアルを制定し、職員への研修の実施と共有化を図り、その記録を保管することが期待されます。</p> |
| 7 | | <p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p> | <p>職員同士が常に声をかけあい、危険防止や虐待防止に心がけている。</p> | / | |
| 8 | | <p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>特になし</p> | / | |
| 9 | | <p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | <p>契約を締結する際には、家族や本人を交え、話し合いをしながら、行う。その中で、家族や本人より不安や疑問点を出してもらい、ホーム側の考えを提示し、理解していただき、契約の締結を行う。</p> | / | |
| 10 | 6 | <p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p> | <p>利用者個々について、変化等があった場合、家族等との連絡を行い、家族等の希望を聞き、ホームの運営に反映させている。</p> | <p>入居前の家族や本人との面談で利用者本人などの意向を把握し、また、面会時や、運営推進会議などから家族の意向を汲んでホームの運営に活かそうとしています。</p> | <p>利用者や家族の忌憚ない意見や要望が表せる制度や仕組の周知と第三者へのアンケートへの協力が得られ、運営に活かすことも期待されます。</p> |

| 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 | 管理者は職員が意見等を聞きやすい雰囲気をつくり、月に一度行われる常勤職員会議で代表者に対し、職員の意見を伝えられるよう努力している。 | 管理者は、職員と一緒に仕事をしながら職員の声を把握するように努め、常勤職員会議の場で議題とするよう努力しています。また、目安箱を設置し、職員の意見を汲み取る工夫をしています。 | |
| 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 | 特になし | | |
| 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 | ホームヘルパー2級研修や、認知症管理者、実践者研修など、参加している。 | | |
| 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組みをしている | 市内にはグループホーム連絡会があり、定例会等で情報交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。 | | |
| 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 | 入居当初は出来るだけ本人に話しかけ、本人の感じていること、思っていることなどを職員に対して話してもらえるよう努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、既往歴や本人の性格・生活歴などよく把握するよう努め、本人がホームでの生活に不安を持つことの無いようにする。 | | |
| 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 | 本人の精神的・身体状態等を把握し、在宅生活での困難な部分を理解し、ホームでのサービス開始時期等を考慮する。 | | |
| 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 | 入居者と職員はできるだけ気軽に会話が出来るようにし、親しい会話の中から気軽に生活をよりよくできるようにしている。 | | |
| 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 | 入居者一人一人の生活上の変化や体調の変化等できるだけ家族に報告するようにし、家族の必要な支援について話し合い、職員、家族とともに支援するようにしている。 | | |
| 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 | 本人の生活歴を把握し、今まで交流のあった人たちには、本人の希望があれば連絡をして、ホームに面会にきてもらうように努めている。 | ホームを訪問された友人や知人、家族などと一緒に食事をするなどの支援をしています。 | |

| 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 |
| 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 | 居室で過ごすことを好む利用者に対しては、小まめに部屋に行き声かけをし、フロア等居室以外で過ごす利用者にはお互いが会話をし易いように、職員が中に入り一緒に会話をすようにしている。 | | |
| 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 | ホームを退去したり入院中の利用者に対しても現在の状態の把握をして、現在受けているサービスの把握や退院後のサービスを行うようにしている。 | | |
| 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。 | 入居までの本人の生活の様子や性格の把握を本人や家族等をとおして、把握し入居後の生活に不安がないように検討する。 | 職員は、利用者の生活暦を把握した上で、日々の暮らし方の希望や意向に添うように努めています。管理者は職員のレベルが同質となるよう常に気を配っています。 | |
| 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 | 入居申込書や家族等や本人との会話の中で生活歴や入居前の生活について把握するように努め、入居以前のサービス利用についてもサービスを実施していた事業所等と連絡をとり、本人の様子を聞く。 | | |
| 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 | 朝と夜、1日2回職員同士の申し送りを行い、利用者1人1人のその日や最近の生活状況などを情報交換している。 | | |

| 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 |
| 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 | 家族等の本人の介護に対する思い、考えを良く聞き、既往歴や本人の性格・生活歴などよく把握するよう努め、本人がホームでの生活に不安を持つことの無いようにする。 | 施設サービス計画書に従い利用者本人が安心して暮らすために利用者ごとに担当者を決めています。全職員は色々な方向からの見守りをしてい | モニタリングの記録を文章で保管し、サービス計画の変更時に参考とし、更なるサービスの質の向上を図られることが期待されます。 |
| 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 | 個別の介護記録をつけており、毎日の利用者の変化が理解できるようにしており、必要に応じて介護計画を見直 | | |
| 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 | 通院介助や病院での付き添いなど、家族が行うのが難しいサービスも実施している。 | | |
| 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 | 地域住民を職員として採用するよう努力している。 | | |
| 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 | 受診は主にホーム職員が対応しており、本人の健康上の変化等を担当医に話し、必要があれば服薬の変更や、生活上の注意点などを伺い、その様子を家族に報告し、本人の様子を把握していただく。 | 皮膚科、精神科などの専門医を除き、入居前の主治医からホームの医師に全員が代わっています。専門医への通院介助は家族が基本ですが、大多数の方には施設が代行して介助をしています。 | |

| 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 | 介護職員が日々の利用者との交流の中で気づいた本人の健康上の変化等を看護師に相談し、看護師より担当医師に相談して適切な受診ができるようにしている。 | | |
| 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。 | 入院時にはサマリーを作成し、病院側に情報提供を行う。また、入院中の状況なども病院より報告を受け、円滑に退院後の生活に移行できるように努めている。 | | |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 看護師を職員として配置し、本人の担当医と連絡を密にし、重度化による入院に対しても退院後は出来るだけ | 医療依存度の高い方および入院治療が必要な方を除き、可能な限りホームで支援を行っています。看護師とは24時間体制で連絡が取れる体制を敷いています。 | |
| 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 | 特になし | | |
| 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 | 特になし | 来年度に、火災通報システムを導入する予定にしています。また、避難訓練を5月頃に計画しています。災害時の職員の役割分担は未だ整っておりません。 | 早期に避難訓練を計画実施し、災害時マニュアル、災害時の職員の役割分担を決めて周知徹底されることが期待されます。 |

| 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 | |
| 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 | ホーム入居以前の生活などを把握し、本人の生活歴に即した話などをして、会話しやすい状況にしている。 | 利用者一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保に注意するようにしています。職員は利用者との信頼関係を築いて、言葉のかけ方に気を配っています。 | 職員間で、利用者の尊厳や、プライバシーの確保に対する考え方にバラツキが見られるようです、研修会などを通じて職員の質の向上を図ることが期待されます。 | |
| 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 | 会話のなかで本人の希望や思いを聞くようにしている。 | | | |
| 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 | 利用者と職員が話しやすい状況にあり、どのようなことをしたいかなどを聴くようにしている。 | | | |
| 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 | 家族に本人が着ていた洋服や小物を持ってきてもらい、その人らしい身だしなみ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 | 本人が食べやすいような状態にして食事をしてもらったり、職員と一緒に準備ができる利用者には一緒に準備をしてもらっている。 | 利用者の自立度が低いいため食事の準備の手伝いは可能ですが、後片付けは難しいようです。節分食など季節の行事食を計画実施し、利用者と職員が一緒に食事を楽しんでいます。 | | |

| 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 |
| 41 | | <p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p> | <p>食事の形状などは、個人の嚥下状態や、嚙むちからにあわせ、決めており、糖尿病など摂取カロリー制限のある利用者の食事にも注意している。また水分摂取については、水分の摂取表をつけている。</p> | | |
| 42 | | <p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p> | <p>朝・昼・晩と3回の食事の後には必ず入居者全員の口腔ケアを行っており、本人が出来ない場合は、職員が補助し行う。</p> | | |
| 43 | 16 | <p>排泄の自立支援</p> <p>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</p> | <p>排泄を自立で行えない利用者については、小まめにトイレに行きたいかなどの声かけをし、時間毎のトイレ誘導も行っている。</p> | <p>意思表示があり自立している利用者は少なく、ほとんどの利用者に介助が必要です。排泄チェック表やカンファレンスノートを活用し時間ごとに誘導するなど臨機応変に対応しています。</p> | |
| 44 | | <p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p> | <p>水分を十分に取っていただくようにして、排便の記録をつけており、必要に応じて下剤等の服薬を行っている。</p> | | |
| 45 | 17 | <p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p> | <p>入浴日は決めているが、その時入浴できなかった入居者や体調不良の入居者については、別の日に入浴してもらっている。</p> | <p>入浴は1人平均週2回、曜日を決めて実施しています。バイタルの結果によっては中止または清拭、部分浴対応をしています。入浴を拒否される方には拒否が習慣化しないよう工夫して誘導しています。</p> | |

| 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 | 基本的には、本人の生活のリズムを重視しているが、なるべく昼夜逆転しないように、本人と話したり、声かけをしながら、日中は起きていられるように誘導している。 | | |
| 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 | 薬の内容等できるだけ服薬をしている利用者には説明をしており、服薬による体調の変化等、利用者には聞くようにしている。 | | |
| 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 | 外出や、洗濯物たたみなど、個人の力を活かした支援をしている。 | | |
| 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 | 散歩をかねた外出等行っている。 | 杖や車イス使用者が多いため全員揃っての外出は難しい状況にありますが天気の良い日には近くの遊歩道や庭で散歩や日光浴をします。通院の帰りにドライブや買い物を楽しむ利用者もいます。 | |
| 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 | 一緒に、銀行へ行き、支払のお手伝いや、お小遣いの引き下げを行っている。 | | |

| 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 | 本人が連絡したい人等に職員より連絡をとり、本人が希望すれば、電話での会話や面接にきていただくように促すようにしている。 | | |
| 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 | 居間、食堂は出来るだけ広くしてゆったりできるようにしている。また、花などを置き、居心地よく過ごせるようにしている。 | 食堂兼居間部分が一部壁で仕切られていますが利用者はそれぞれお気に入りの席を決めています。廊下やトイレには利用者が使いやすいように工夫された手すりが設置されています。 | |
| 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 | 単独の椅子を設置して、一人で座ることや、並んで座ることができるようにまた、テレビも2台設置し、それぞれ好みの番組を見ることができるようになっている。 | | |
| 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 | 入居時に本人と家族が相談し、必要なものを居室に持ってきていただいている。またその後も、本人が必要だと感じたものについては、家族に居室へもってきてもらうようにしている。 | どの部屋も明るく風通しの良い室内です。ベッドから外を見ることが好きな利用者には配置を変えるなど個人の希望に配慮し支援しています。掃除はそれぞれが出来る範囲で行っています。 | |
| 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 | トイレや風呂などは、理解しやすいように大きな文字であらわし、介助も本人の残った機能を活かした介助を行う。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 三浦市総合福祉センターグループホーム第2

目標達成計画

作成日：平成22年6月30日

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 番号 | 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 | 職員の資質向上に向けた研修等への取り組みが現状では完全でない。 | 外部研修等の情報を出来るだけ職員に周知し、参加を促す。 | 郵便物やFAX その他研修の内容がわかるものを職員の目につきやすい場所に掲示する。 | 6ヶ月 |
| 2 | 29 | 地域資源の把握が十分にできていない。 | 市内で活動しているボランティアサークルを把握し、レクリエーション等への参加依頼を行なう。 | 市民センターやボランティアセンター登録のボランティアへの呼びかけを行ないたい。 | 6ヶ月 |
| 3 | 35 | 災害対策が十分とはいえない。 | 避難訓練の実施をできるだけ行い、災害時に対応できるようにしたい。 | 小規模な避難訓練から実施し、その都度問題点を出し合い、より充実したものにしていく。 | 6ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |

注) 項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。