

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	1473700258	事業の開始年月日	平成9年11月27日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	医療法人社団 三喜会			
事業所名	グループホーム青葉台			
所在地	(227-0054) 横浜市青葉区しらとり台3-9			
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28年2月10日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月25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)】

青葉台の地で18年、地域に根ざした認知症介護に取り組んできました。建物は決して新しいとは言えませんが、ゆったりとした暖かみのある環境の中で皆様自分らしくゆったりと暮らしていらっしゃいます。利用者様、スタッフ共にここでの経験が長く、非常にアットホームな雰囲気です。ここ数年、利用者様の重度化が進んできた為今まで以上に医療連携に力を入れています。利用者様がお望みであれば最期まで青葉台で安心して暮らせるよう、主治医、看護師等と連携協力し 最大限の支援をさせて頂きます。

【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1-2-4 クゲヌマファースト 3階		
訪問調査日	平成28年2月24日	評価機関 評価決定日	平成28年4月13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)】

旧企業的女子社員寮を改造し、認知症専門施設として設計、改築した木造2階建てのグループホームで、東急田園都市線駅から徒歩8分と近く周辺は住宅が多い静かな環境です。

<優れている点>

開設以来18周年を迎え、市・区などの介護関係機関、地域との連携体制が整っており、ボランティアの協力もあります。運営が長期にわたって行われているため、介護度の低い状態から看取りまでのケア経験を持っている職員も多く、安心して暮らせるホームです。かかりつけ医の往診、訪問看護、法人が運営する協力病院との連携体制が整っており、重度化した利用者の介護やターミナルケアが手厚くできています。週1回歯科医師と歯科衛生士が来訪し、義歯の調整などの治療、口腔ケアを行い、食べる機能の維持に努めています。家族との関係も、気軽に訪問できる環境と、職員の対応がよく、多くの家族が何度も訪れたり、一緒に外出したりと協力関係ができています。職員を大事にする運営が利用者に対しても伝わっています。

<工夫点>

食事作りは調理専門のスタッフが3食分作っており、他の職員は重度化した利用者の介護に専念できています。木造2階建ての旧女子寮を改築し、新しい水回り設備(浴槽、トイレ、キッチン)や仮眠室など、利用者も職員も共に使いやすく過ごしやすい環境になっています。

【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	グループホーム青葉台
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	事業所独自の理念を創り、玄関、事務所、台所等に掲示しています。職員全員で理念を共有化し日々のケアの中で実践しています。	法人の理念を受け継いだ事業所理念を玄関に掲示しています。「住み慣れた地域の家庭的な環境で、その人らしく暮らす」との地域密着の考えを明記し、職員は共有しています。	
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	朝夕の挨拶等、声を掛け合うことが出来ています。自治会にも参加し、夏祭り 獅子舞等地域のイベントにも参加させていただいています。（自治会の副会長、民生委員が窓口になって下さる）	開設18周年を経て、地元地域との関係は密接です。地元のボランティアがイベントの他、部屋の掃除、衣類の洗濯などを行っています。	
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	近くにお住まいの方が立ち寄り相談に来られることがあります。	/	/
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	会議において委員の方々から頂いた貴重な意見を真摯に受け止め、サービスの質の向上に役立てています。	3ヶ月に1度の開催です。家族、自治会、民生委員、地域包括支援センターの出席で行われ、活動報告の他、質問や説明など、活発な話し合いを行っています。	
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	横浜市の青葉区担当職員、青葉区のケースワーカーと面識があり協力し合える関係が出来ています。	市及び区の関係課、福祉保健センターとはいつでも連絡がとれ、協力しあう関係ができています。グループホーム連絡会が月1回開催され、情報交換を行っています。	

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	全ての職員が身体拘束についての正しい知識を持っています。またカンファレンスで事例等を通じて身体拘束の有無を確認しています。（玄関の施錠は安全を考慮し実施）	ホーム内会議では、全職員に対し、事例などを交えて「拘束をしないケア」の徹底をはかっています。家族の了解の上で部屋の施錠はしていません。	
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	毎月のカンファレンスや研修等を通じて、虐待防止に対するお互いの意識を高めあっています。		
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	入居者の中にも実際に活用されている方がいます。また、利用者の権利擁護に係わる介護相談員の実習受け入れも毎年行なっています。		
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	利用者、家族、担当のケアマネ等実際に来所して見学をしていただきます。その上で十分な説明を行い、理解、納得をして頂いてから契約を行います。		
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	ご家族の訪問の際に何でも話していただいています。また、運営推進会議も、そのような機会として捉えています。	家族の訪問が多く、訪問の際に利用者や運営についての話や「違った洗濯物が入っていた。」といったクレームなどを気軽に出示してもらい、運営に活かしています。	

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	毎月のカンファレンスにおいて、様々な意見や提案を出してもらっています。また、特に大事にしているのは、普段からスタッフが意見や提案をし易い環境づくりをすることです。	会議の内容記録は連絡帳に記入し、読んだ上で全職員が捺印しています。管理者は、職員が何でも報告や相談ができる環境づくりを行っており、意見が出しやすいホームになっています。	
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	職員の努力、取り組んできたことに対して適切な評価をしてくれています。また、スタッフ各々が自己研鑽できる環境を与えてくれています。		
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	スタッフまた事業所全体のレベルアップの為、様々な研修への参加の機会を与えてくれます。		
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	交流し易い環境を提供してくれています。特に管理者はそれぞれのホーム良いところを取り入れ、ホームの質の向上に活かしています。		
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	初期の関係作りは特に大切なので、十分な時間を取りじっくりと向き合っていきます。焦らずゆったりとした環境の中で自然な関係を築けるように力を入れています。		

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
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	利用者様同様、ご家族との関係も非常に大切にしています。お話しをじっくりと聞くこと、それに対して適切な答えをすることが大切だと考えています。		
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	まずよく話を聞く機会を作り、本当にその方が必要としているサービスを見極めていきます。また、他のサービス機関へ繋げたり紹介したりということも行っています。		
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	可能な範囲内で、得意分野で力を発揮していただけるように努めています。ホームの主役は利用者様です。スタッフは脇役として出来ない部分をそっと手助けをさせていただいています。		
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	面会、お手紙、電話等を通じて何かあればとにかく家族に連絡をするようにしています。また、誕生会、記念祭等のイベントを通じて利用者を共に支える関係が出来ています。		
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	馴染みの人が、ホームを利用者様の家だと思って気軽に来られるよう配慮しています。また、ご希望の方にはご家族の住む自宅へ定期的に帰ることが出来る為の支援を行なっています。	面会時間を決めておらず、いつでも自由に来訪できます。家族と一緒に家に帰り、外泊をする利用者もいます。家族と墓参りに行くこともあります。	

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	利用者同士の自然な関わり合いを大切にしています。利用者同士が自然に交流できるように支援しています。トラブルが起きそうな時は、状況をいち早く察知しさりげない対応でトラブルを回避しています。		
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	一度、利用が中止になった方であっても、相談を受けたり、または その方が必要としている支援が受けられるようお手伝いしていきます。		
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。	利用者本人の思いを一番に考えています。本人が意思表示しにくい場合は本人の気持ちに寄り添うと同時にキーパーソン、その他の家族から本人の意向を汲み取り、意向の把握に努めています。	本人の思いを大切にし、よく話を聞くようにしています。食事の献立は食べたいものを聞いて決めています。洋服も希望を聞いて選び、エプロンの色も好みを聞いています。	
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	時間をかけてアセスメントを行います。可能な限りの情報を収集し、ご本人の支援に役立てています。		
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	ケアマネが介護スタッフを兼務しているので、様々な角度から情報を収集できます。利用者一人ひとりの特性を細かく、また総合的に把握しています。		

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
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	家族からは直接または電話等で意見をお聞きしています。また、ご本人、関係者からの意見もカンファレンス等で検討し即プランに反映させています。	介護計画書は管理者が全員分を作成しています。本人、家族からの意見を聞き、職員全員参加の会議で、利用者の個人状況を聞き、介護計画に反映させています。	
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	個別記録、業務日誌、連絡帳を活用し情報を共有しています。変更の必要なことは管理者を中心に申し送りで検討、即実践しています。変更内容は申し送り、連絡帳等を通じて伝えています。		
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、ご家族の要望を大切にし、そのご要望に最大限応じるために柔軟な対応を行っています。		
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	警察、消防、民生委員、自治会の役員等地域の方に全員が認知症であることをお知らせして、協力していただいております。		
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	ホームでお世話になっている先生がいますが、ご本人、ご家族の希望を最優先しています。他にご希望の先生がいれば、その先生の受診、往診が出来るよう支援させていただいております。	利用者によりかかりつけの往診医が異なり、3人の決まった往診医が月2回来訪する状態が続いています。歯科医は毎週往診し、口腔ケア、義歯の調整などを行っています。	

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
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	医療連携の契約をしている訪問看護ステーションとはこまめに連携をとっています。何かあれば気軽に相談出来る関係が出来ています。		
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。	利用者が入院した際は、病院の担当医師、看護師、ソーシャルワーカーとの情報交換に努め、本人、ご家族の意向を大切にしながら早期退院に向けた働きかけを行っています。		
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	本人、ご家族の思いを大切にし、どこでどのように最期を迎えたいかを十分に話し合います。その上で、医師、看護師等の協力の下出来る事を最大限行っていきます。	入居時に「重度化・終末期対応に係る指針」で意向確認、同意を得ています。ターミナルケアを実践し、今までに数多くの看取りを行っています。経験のある職員が多く育っています。	
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	終末期のケアを実践しているホームなので、どのような場合でも適切な対応が出来るように備えています。		
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	年2回の訓練はもちろん、日頃から防災意識を高めています。 いざという場合には、消防団、自治会、民生委員の協力を得ます。	夜間避難訓練を実施しています。緊急対応マニュアルの他、個人緊急時ファイルを用意しています。非常用備蓄には飲料水、食料の他、防災頭巾、ヘルメットを用意しています。	木造の社員寮を改造しているので、火災発生の根絶という観点から、施設面だけでなく、設備、備品・所持品などの再点検も期待されます。

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	利用者様を一人の人として尊重しています。常に相手の立場に立ち、誇りやプライバシーを損ねる言動は慎んでいます。また、そのような言動があった場合は管理者が直接注意・指導を行っています。	車椅子の利用者をトイレに誘うときは、少し移動して周りの人に悟られないように声掛けをしています。話し方や名前の呼び方もプライバシーを損ねないように、OJTや内部研修を行っています。	
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	レクリエーションの参加等でも自己決定の場面を設けています。また、夕食の際は好みの食材をお聞きして調理していますし、おやつも好みのものを提供しています。		
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	一日の過ごし方に、細かいスケジュールは設けておらず、その日の利用者様の状態、希望に沿った過ごし方が出来るよう支援いたします。		
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	出来る方には、自分で着る洋服は自分で選んでいただいております。ご自分で選べない方には、好みを把握したスタッフが代わりに選ばせていただいております。		
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	出来る方には、調理（皮をむく、切る、炒める等）、配膳、片付け等声掛けをして、手伝っていただいております。	献立は職員が交代で作り、買い物は利用者と一緒にしています。数年前に改築した広いキッチンで調理専門のスタッフが3食の食事作りをしています。炒め物、配膳などは利用者が手伝っています。	

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
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	一人ひとりの適正な量を把握し、支援させていただいております。特に、体調等優れない場合には、細かく管理をしていきます。		
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	歯科医師、歯科衛生士の指導の下、口腔内のケアを行っております。		
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	家族からの情報、利用者様の入居後のデータを有効に活用し、一人ひとりの排泄リズムを把握。声掛けや誘導等を行い自立に向けた支援を行っております。	車椅子の利用者も手引き歩行でトイレに行き、排泄しています。排泄、水分表で排泄パターンを把握し、表情などからも察しています。バルーン留置の利用者の尿量は朝夕測定しています。	
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	便秘の原因や、及ぼす影響を理解し、水分補給、運動、マッサージ、ヨーグルトの摂取、服薬等様々な取り組みを行っています。		
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	安全な環境で安心して入浴していただくことを第一に考えて支援しています。体調や気分を考慮し、その方に適したタイミングで入浴していただきます。	入浴は週3回午前中にしています。時間は特に決めず、利用者の気分や体調に合わせています。ほとんどの利用者は2人介助で行い、入浴拒否する人はいません。	

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	体調、年齢、その方の生活習慣等を考慮し、日中横になれる時間を設けております。また、夜間は温度、照明から体調面まで気を配り、安眠できるよう支援しています。		
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	お薬の説明書を見てしっかり把握しています。また、誤薬のないよう日勤と遅番で2重チェックを行っています。 ※薬のセットは薬剤師に依頼しています。		
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	ご本人の日々の様子や、ご家族から聞いた生活歴、興味、関心等の情報を活用し、1人ひとりが日々の生活の中で喜びや生きがいを実感できるよう支援しています。		
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	天気や体調、気分等を考慮し安全を確保した上で散歩や買い物等一緒に出掛けるよう心掛けています。	郵便物を出しに行く時や買物は利用者と一緒に行っています。車いすの利用者は個別に公園などに散歩に出かけています。デイサービスの車を借りて、全員で花見にも行っています。	
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	普段の管理はホームでしていますが、買い物際にはお財布を本人にお渡しし、支払いまでご本人にさせていただいております（出来ない部分は職員がお手伝いいたします）。		

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
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	ご希望があった時には、職員がお手伝いをして、ご家族とお電話でお話しをしていただいています。		
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	共用空間では、小物、花を置き季節感を表しています。また利用者様にとって馴染みのある懐かしいものを配置し、居心地良く過ごしていただく為の様々な配慮をしています。	リビングは南向きで明るく広く、車椅子の人もゆったりと過ごせています。小まめに換気して空気の入替えを行っています。トイレ、浴室をコア部分に配置してあり移動しやすい環境です。	
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	デイルーム、廊下、ベランダ等にソファや椅子を設置し、一人あるいは気の合った仲間と過ごせる空間を作っています。		
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	各お部屋は本人、ご家族と話し合い、家具等の配置を決めています。少しでも安心して過ごしていただけるよう新しい物よりも使い慣れたものをお持ちいただくようにアドバイスさせていただいております。	約4.5畳の和室を、床を板張りにするなど改装し、テレビ、タンス、仏壇など好みのものを置いています。和室の雰囲気が残った過ごしやすい居室になっています。	
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	利用者様の身体機能を安全に活かせるよう、また、認識力を発揮できるよう様々な工夫がされています。（手摺の設置、バリアフリー、場所を示すラベル表示等）		

平成27年度

目標達成計画

事業所名グループホーム青葉台

作成日： 平成 28年 5月18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	48	役割、楽しみごとの支援。 役割については個々に提供できていると思うが、生活の中での楽しみが多少不足している。	月に1度でも皆が揃って楽しめるようなイベントや個々で楽しめるアクティビティが出来たらよいと考えている。	ボランティアを増員して音楽の提供等、皆が揃って楽しめる環境を作る（重度化が進みスタッフでは対応が難しい為）。6月から既に実施はしている。	3ヶ月
2	35	災害対策。火災対策は日頃行っているが、地震の対策は不十分である。	全てのスタッフが一定の動きが出来るように日頃より火災と共に地震を想定した訓練を行う。	次回、7月or8月の訓練では地震と火災を想定した訓練や勉強会を実施していく。その後も継続していく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月