

平成30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	1471903045	事業の開始年月日	平成18年3月1日
		指定年月日	平成18年3月1日
法人名	有限会社 ライフサポートマルヤマ		
事業所名	グループホーム浦上台		
所在地	(239-0815) 神奈川県横須賀市浦上台3-2-3		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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30年10月10日	評価結果 市町村受理日	平成31年2月12日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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)】

○当施設は高台の閑静な住宅街にあり、地域の支えを受け10年を経過しました。建物は軽量鉄骨2階建て。設備としてはエレベーター有、浴室リフト・バスキャリー有、スプリンクラー他、防火設備完備(消防設備点検年2回)、ソーラーパネルによる非常用電源有。
○認知症ケアを学んだ専門スタッフがチームとなり利用者の生活を支えています。月2回の訪問診療で(内科、精神科)利用者の体調管理をしています。看取りの実績も多く、本人、家族の思いに添ったターミナルケアを実施しています。
○職員の勤務希望には十分配慮し、働きやすい職場づくりを心がけています。

【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藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月20日	評価機関 評価決定日	平成31年2月4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、京浜急行浦賀駅下車、駅隣設のスーパーマーケット前の坂道を15分ほど登った閑静な戸建ての住宅街の中にあり、小公園そばの鉄骨2階建ての建物で、1ユニットのグループホームです。

<優れている点>

医師、看護師、事業所との3者の相談、報告、連携に力を入れ、利用者が健康に暮らせるよう配慮しています。また介護関係のマニュアル、書類の整備を充実させ、スムーズに業務を進められるよう図っています。また、職場内の「報告・連絡・相談」の連携にも力を入れています。

<工夫点>

美味しく食事が摂れることは健康の元と考えています。体調管理や栄養バランス、刻み食などの食事の形態、食事道具の検討、加えて自分の歯で食べる楽しみを重視して支援しています。手作りの食事とおやつは利用者の楽しみとなっています。利用者から食べたい物の希望を聞き、出来る人には調理の準備や食器の片づけをしてもらっています。暮らしの中でのリハビリに繋がっています。

【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	グループホーム浦上台
ユニット名	1ユニット

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、生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。	日々の申し送り、また毎月1回の勉強会にて運営理念、介護理念を念頭に意見交換し、介護実践に反映している。地域の一員としての責任と自覚をもって業務に従事している。	事業理念には、事業の目標、使命を置き、介護理念に、職員が介護にあたる心がけを掲げています。利用者の思いを聞き、自立を支援し、地域活動への参加、また、職員は専門職として明るい職場づくりの実践など、日々の介護の中で生かしています。	
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。	利用者との散歩などで日常的に地域住民と交流の機会を持つようにしている。町内会に加入し地域の役割を担い、行事にも参加している。児童の登下校緊急避難所として開放している。	町内会に加入し、ごみの清掃、祭礼の休憩所の設置、防災訓練などに参加して12年を経過しています。児童の緊急避難所としてマップに掲載され、地域に周知しています。近所を散歩し、自然に挨拶が出来る様になっています。	
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。	常時、認知症介護相談、施設見学を受け入れている。中学生の職場体験学習の受け入れをしている。民生委員が主催するふれあいサロンに参加し運営の協力をしている。		
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。	家族、民生委員、ボランティアセンタースタッフ、また地域包括支援センター職員、市職員が参加し、施設活動報告をし、助言を受けている。会議の活性化をはかる為、他施設見学や内部研修なども行っている。	会議の議題に、事業所の活動報告や他施設見学会、ボランティアのミニコンサート、敬老会、防災訓練の様子などがあります。利用者家族にも会議への参加を呼び掛け、敬老会などイベントと合同開催の時などには参加していません。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	ケアや運営上の疑問は、市福祉部担当者へ直接相談し指導を受けている。市主催研修や地域ケア会議には積極的に参加している。	地域包括支援センター区域内のホームが参加した地域ケア会議で情報の交換をしています。また、年4回の市主催の会議では、虐待防止、身体拘束、感染症の予防などで連携しています。市には外部評価の結果および運営推進会議々事録を報告しています。	

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	○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。	身体拘束の対象となる具体的な行為や、拘束しない介護の工夫について職場内で確認をしている。玄関の施錠は原則行わず、利用者の個別ケアを重視している。	事業所の義務事項として「身体拘束は行わない」、事例はありませんが、「緊急やむを得ない場合のみ行う」と重要事項説明書や運営規定で規定しています。職員研修は規定に基づき身体拘束をしないための研修を行っています。	
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。	市主催の高齢者虐待防止研修会には積極的に参加し職場内研修で共有している。家族介護の苦勞を受け止め、また職員においても身体的、精神的な負担を考慮し、ストレス軽減に努めている。		
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。	高齢者の権利擁護や成年後見制度研修に参加し、制度の理解に努めている。利用者が成年後見制度を利用している場合、後見人と連携し利用者個々の意思が尊重され、また代弁できるよう努めている。		
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。	契約では、利用者や家族の不安や疑問に耳を傾け、信頼関係の構築を第一に考えている。契約の改定等も同様、書面並び口頭で十分に説明している。		
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。	日常的には電話や面会の際に生活の様子について報告している。その他、運営推進会議やホームだよりなどで意見交換が出来るようにしている。施設外の相談、苦情窓口も施設内に掲示している。	利用者からの個別相談が多く、職員全体で把握し、家族面接の際に対応を説明して了解を得ています。運営推進会議の場での発言が少ないため、アンケートや苦情解決相談の窓口、投書箱などから意見を集めています。	

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。	職員の気づきや新しい発想を大切に、日々の介護実践に反映している。年に数回、個別面談を実施し、個々の考えを理解するよう努めている。	毎月の職員会議で、利用者の状況、希望などを職員全体で把握しています。介護方法、入浴時間の変更、利用者の希望など、業務全体の運営や職員の勤務体制の意見を調節し、改善に繋げています。	
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。	職場内キャリアパスを用い、資格取得など向上心を持って働けるよう働きかけている。雇用管理責任者を選任し職員の勤務希望に添えるよう努めている。個々の特徴、特技が発揮できるよう業務の役割など工夫している。		
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。	外部研修情報を掲示し、研修参加の機会を提供している。ホーム内勉強会にて外部研修の報告を行い共有を図っている。行動力考課表を用い個々でケアの振り返りが出来るようにしている。		
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。	グループホーム協議会を通じ、他事業所と意見交換や交流の機会を持っている。また、他事業所との職員交換研修や、他施設見学も行い認知症介護の知見を深めている。		
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。	本人の生活の意向が入居後も実現できるよう、初期面談では対話を心がけ、意見が自然に出やすい関係構築に努めている。		

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
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。	家族の介護の苦労や、入居に際し不安な思いに共感し、一つ一つの疑問には丁寧に答え、納得していただけるよう努めている。		
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。	施設の実際の生活状況を見学していただいたり、訪問面談を行っていく中でニーズを見極め、本人また家族にとって最善の選択が出来るよう共に考える姿勢で支援している。		
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。	これまでの生活歴、生活スタイルを尊重し、主体的に生活参加できるよう家事など本人に合った役割の提案をしている。共に助け合い生活する環境づくりの一環として職員は制服を着用していない。		
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。	認知症による生活のしづらさなどについて、家族に相談し意見を伺いながら支援している。行事や外出、病院受診などは、ご家族の協力を得て行っている。		
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。	入居後も継続したい事などは丁寧に聞き取りをし、実現に向け努力している。面会時間の制限はなく、いつでも自由に家族、友人が面会、外出している。また、電話連絡もそのつど取り次いでいる。	入居後に、在宅時の頃行っていた「ふれあいサロン」への出席が実現できるように図っています。高齢化により、訪ねていく事が少なくなる傾向ですが、友人からの電話、面会など、利用者との関係を確かめ、プライバシーに配慮して関係が継続出来るよう取り組んでいます。	

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
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。	利用者それぞれの強み弱みを理解し、それぞれに活躍の場があり、共助的に生活できるよう職員が環境調整をしている。利用者同士の関係やその時の精神状態は常に職員間で共有し、利用者同士のトラブルが未然に防げるよう努めている。		
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。	契約終了後も経過記録等は保管し、相談支援の体制を整えている。退去後も季節のお便りを頂くこともあり近況報告、情報交換をしている。		
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。	家族からの情報や、本人との日々の関わり合いの中で、これまでの暮らし向きをアセスメントしながら、本人の生活の意向を理解するよう努めている。ちょっとした仕草や表情などに気を配り、本人の立場に立って考えるようにしている。	利用者からマッサージを受けたいとの希望があり、健康状態を確認し、実現しています。アピールの乏しい人の場合は、仕草などから意向を汲み取っています。職員は会議で情報を共有しています。	
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。	生活環境の変化による不安や負担をできる限り軽減できるよう、また、自分らしくホームでの生活が送れるよう、入所前から本人、家族と話し合いを多く持ち環境調整している。		
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。	バイタルサインチェックだけでなく、表情や口調など、小さな変化にも目を向け、記録し職員間で共有している。また、業務を優先せず、利用者一人ひとりの体調に合わせ、日々の過ごし方を個別に変更している。		

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。	日々の申し送り、月一回の勉強会で意見交換し、ケアのあり方について職員間で見直している。 また新たな課題への対応は、本人、家族、主治医等と相談し連携しながら実施している。	介護計画の更新は、介護認定の改定時、退院時、身体状況が変化した時に行っています。勉強会で利用者のモニタリングをし、状況を把握しています。介護計画担当者は、原案を家族に諮り、同意を得て計画を作成しています。	
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。	日常生活の様子、身体状況などは、個人の経過表に記録しモニタリングに活かしている。日々の申し送りでは申し送りノートを活用し、統一した支援ができるよう情報共有している。		
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。	個々の趣味、嗜好など特性を大切に、そのつど食事検討やレクリエーション検討を行っている。また、訪問マッサージなど介護保険以外のサービスの要望にも対応している。		
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。	市事業による訪問理美容、オムツ券の活用。栄養バランスのとれた食材の配達サービスの利用。施設行事はボランティアセンターの協力あり。その他、地域包括支援センターや民生委員、町内会、地域消防との連携など。		
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。	入居前にかかりつけ医の往診希望を本人、家族に伺っている。日常的に健康チェックを行い異常の早期発見、早期対応を心がけ、家族、かかりつけ医と相談しながら適切に外部医療機関に繋がられるよう支援している。	月2回、内科、精神科の各訪問医の来訪があり、看護師、施設長が立ち会い、健康状態や薬の変更を聞いています。希望者による週1回のマッサージも多くが受け、かかりつけの眼科、整形外科にも家族の付き添いで受診しています。その情報は訪問医につなげています。	

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。	看護師と介護職員は、日々の申し送りや記録を通して情報を共有し、医療的支援の必要性について随時検討している。また、医療従事者との連携を円滑に行うため、介護職員が医療、看護の視点や知識を研修等で学べるようにしている。		
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。	入院時は、介護サマリーにて施設での生活の様子、身体状況を伝え、入院中も院内地域連携室等と情報交換に足を運んでいる。退院時は退院時看護サマリーにより注意点を確認し、かかりつけ医と連携しながら切れ目無い支援を心がけている。		
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。	入所当初より、医療ニーズが高まった時の対応や看取りの指針の説明をしている。終末期を前に、利用者や家族の思いは揺れる為、そのつど話し合いを持っている。また、看取り後の偲びのカンファレンスも実施している。	入居時に「重度化の指針」の説明をして承諾を得ています。容態の変化に合わせて、訪問医、家族、施設長、看護師で話し合い、看取り介護計画を作成しています。看取り介護マニュアル、看取り期における観察、ケアの留意点の項目があり、多くの看取りをしています。	
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。	緊急時の対応はマニュアル化し、定期的に職場内で対応の確認と見直しをしている。心肺蘇生、AED研修にも参加している。		
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。	定期的に防災訓練を実施し、緊急連絡網、非常食、備品などの確認もしている。町内会防災訓練にも参加している。消防署や消防設備点検業者、エレベーター点検業者、民生委員、地域住民等と、防災計画の情報交換をしている。	年2回避難訓練を行い、消防署立ち会いのもと、消火器を使った総合避難訓練も実施し、2階の利用者の避難誘導の協力も得ています。運営推進会議に訓練を実施し、地域の人へ情報提供と理解を求めています。夜間の緊急時の職員の駆けつけ体制もあります。	

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
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。	個人情報取り扱いや守秘義務は内部研修等で共有し徹底している。個人情報を取り扱う書類は施錠し保管している。理念に沿って、個々の意思を尊重し尊厳に配慮している。	入居時に「重要事項説明書」で、利用者の権利と義務、具体的な権利事項を説明しています。自分で食べる、着る、歩くなどの支援と自主決定を尊重しています。生活歴を大切にし、1日の過ごし方や、居室での食事、起床時刻も本人の意思を尊重しています。	
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。	信頼関係を土台に、自然に思いや希望、時には愚痴を表出できる雰囲気づくりを心がけている。職員の考えを押し付けることなく、選択肢を提案するなどして自己決定ができるよう働きかけている。		
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。	業務優先ではなく、利用者の希望を第一に考えている。その為、業務のマニュアルを柔軟なものにし、そのつど職員自らが考え臨機応変に対応できるようにしている。		
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。	本人の好みを尊重し、家族と協力しながら季節に応じた服装選び、衣替え、散髪等を行っている。毎日の身支度、整容等は自立支援を心がけている。		
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。	準備から片付けまで無理のなく家事参加をしている。間食のお茶うけなども、できる限り季節感、手作りを心がけ、会話が弾むよう配慮している。	業者からの食材と、事業所で購入した野菜を使い、栄養を考えたメニューをアレンジして提供しています。配膳の品数も多く、利用者は季節の物を味わいながらゆっくりと食べています。野菜の皮むきや盛り付け、食器洗いの役割もあり、おやつも職員と作っています。	

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。	食事は栄養バランスが取れ、カロリー計算が出来ている。食事、水分摂取量は記録し体調管理をしている。味の嗜好や食事形態、道具選びなどは食事検討を行い個別に対応している。		
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。	歯科衛生士が在籍し、訪問歯科医の療養指導を受けながら、個々の力に応じた口腔ケアの方法、道具、義歯の取り扱い方などを提案している。洗口液なども希望により使用している。		
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。	排泄チェック表を活用し、昼夜を通して個々の排泄習慣や排泄状況の把握に努めている。日中は出来る限りトイレでの排泄を促している。夜間、歩行に不安を抱えている利用者は、ナースコールを使用し付き添っている。	排泄パターン表で声かけして、今では自立した利用者が多く、昼間は殆どが布パンツのみです。排泄チェック表に、尿量、便の形状を記入し、排泄管理に努めています。夜間も安心してトイレに行けるよう廊下のソファに職員が待機し、見守り支援しています。	
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。	排泄チェック表を活用し、個々の排泄習慣や排泄状況の把握に努めている。自然排泄を促すため、朝は乳飲料を中心に提供し、その後、体操など軽い運動も日課としている。		
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むように、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。	個々の身体状況に応じ、バスキャリー、リフトを使用し、安全で快適な入浴を支援している。また入浴剤など使用し、職員とマンツーマンで会話しながらリラックス出来る時間として大切にしている。	利用者の要望から午後の入浴になり、1対1介助の週2回入浴をしています。浴槽が高いためにバスキャリー・リフトを希望する利用者が多く、安心、安全に入浴ができています。ラベンダー、レモンの入浴剤を使い、香りや色を楽しみ入浴しています。	

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
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。	起床や就寝時間の決まりは無く、個々の健康状態や希望に添い、本人のペースでの休息を支援している。日中の昼寝など自室でのプライベートな時間も大切にしている。		
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。	処方箋は一覧表を作り、職員全員で確認出来るようにしている。服薬の変更時は、特に注意して観察、記録し、必要に応じ家族、医師、看護師、薬剤師等へ報告している。また、服薬準備はダブルチェックとし、誤薬の予防に努めている。		
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。	個々の生活歴、趣味、嗜好に合わせて園芸や手芸、歌謡などのレクリエーションや、毎日の家事への自然な参加を促している。他者の為に何かをしてあげたい、役に立ちたいという気持ちを大切に、役割を提供し、感謝の気持ちで応えている。		
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。	天候や体調にあわせマンツーマンで付き添いながら、花壇の水やりや日光浴、散歩など日常的に行っている。季節ごとのレクリエーションとして花見など遠出のドライブも企画している。家族との外出、外食も活発にある。	気分転換、夜の睡眠を考え、毎日、数名ずつ1対1で近くの公園まで散歩をしたり、外のテーブルで茶話会をしたりしています。利用者の買い物の要望で車で出かけたり、家族の協力を得て一時帰宅や墓参り、食事会、誕生会などに出かけたりしています。	
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。	金銭管理は、本人、家族、成年後見人等の意向に添って支援している。お金の所持は禁止していない。		

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
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。	本人の希望により、いつでも電話で連絡が取れ、また、本人への連絡は取り次ぎ、家族や親戚、友人等との関係が入居後も良好に継続できるよう支援している。季節のお便り、年賀状などのやりとりも支援している。		
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。	利用者と協働して、四季折々の折り紙や写真、花などで施設内外をいどり季節感を感じていただけるようにしている。また、毎日の清掃を日課とし、施設を利用する全ての方々へ配慮した安全で居心地の良い環境づくりを心がけている。	玄関の入り口にクリスマスの飾り、集合写真などを掲示し、家庭的な雰囲気です。マスク、消毒液も用意し、風邪予防に配慮しています。廊下や居間には加湿器があり、気温、湿度を管理しています。特に臭いに配慮し、清潔感を保つように心がけています。	
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。	リビングでは利用者同士の関係やこだわりに配慮し、自然に会話が弾むような席の位置など工夫している。気の合う者同士、個々の居室に行きかたり、庭のベンチで気ままに個人や仲間と過ごされている姿が見られる。		
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。	使い慣れた品物を持参し、入居後も自宅と変わらず自分らしく過ごしていただけよう説明をしている。また、入居後、本人が希望された物品は、家族と相談しながら随時揃えている。	エアコン、ロッカーは、備わっています。ベッド、防火カーテン、椅子、戸棚、テレビなどは個人が持ち込んでいます。また、家族写真、化粧品、植木鉢、歩行器、仏壇など、馴染みの品々もあります。ホームで保存している個人用のアルバムで利用者と家族の会話も広がっています。	
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。	本人の立場に立って、日常生活の障害要因を考え、共用スペースや居室環境の検討（トイレ表示や居室の表札など）をしているが、残存機能の維持という自立支援の観点から、すべてにおいてバリアフリーの考え方はしていない。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム浦上台

作成日： 平成 31年 2月 10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	20	馴染みの人との人間関係継続支援がスムーズに行えていない。	入居者の交友関係を把握し、個人情報に配慮しながら、ご家族に心配をかけず面会のご案内をする。	入居者の馴染みの交友関係を把握し、突然の面会、業者の面会等を適切に対応できるようご家族と事前に協議する。面会簿の記帳を徹底しご家族に報告する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月