

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	1471300184	事業の開始年月日	平成13年3月1日
		指定年月日	平成27年3月1日
法人名	社会福祉法人大磯恒道会		
事業所名	グループホームかわわの家		
所在地	(259-0125) 神奈川県中郡二宮町川匂177-1		
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 通い定員 宿泊定員	名 名 名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	定員計 ユニット数	18名 2ユニット
自己評価作成日	2016. 3. 5	評価結果 市町村受理日	平成28年5月31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	
----------	--

【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)】

<ul style="list-style-type: none">・地域やご家族との連携…町内行事、神社の祭り、お寺の行事、ご家族の施設への行事協力・中学校の福祉体験学習者、職業体験受け入れをしている。・散歩のコースに昔ながらの風景がある。近所のお庭には季節を感じられるような植栽があり気軽に見せていただき、何気ない会話を日常にかわしている。・猫を飼い皆で世話をしている。・近所との交流が日常的にあり、緊急災害時の協力体制もある・2ユニットの施設の形状が異なることで、近所付き合い的な工夫が出来る。・毎月習字教室、ミュージックセラピーを講師を呼んで行なっている・庭の活用…園芸 梅干し作り、夕涼み会、そうめん流し、焼き芋、バザーとオープンカフェの実施
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成28年3月22日	評価機関 評価決定日	平成28年6月2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)】

<p>【事業所の概要】 この事業所は東海道線二宮駅より神奈中バスで5分、押切坂上バス停から徒歩8分ほどの静かな住宅地にある。建物は民家を増改築したもので、屋内は上がり框などの段差がある。その環境が、利用者の筋力の維持、向上に役立っており、屋内で車いすを利用している方は1名のみである。庭にはベンチが設置され、利用者はベンチに腰を掛け事業所で飼っている2匹の猫や飛来するメジロなど小鳥の様子を眺め楽しんでいる。</p> <p>【事業所理念】 「ゆったりとした自分の時間を持ち、言いたいことが言え、仲間と共に笑顔で過ごせる私の家になるように」という理念の下、職員は本人の意志を大事に、畑仕事ができるよう環境を整えたり、買い物や美容室へ行くなど利用者一人ひとりの想いを実現できるように支援している。</p> <p>【地域との交流】 入川町自治会に加入して自治会の夏祭り、清掃、餅つき大会に参加している。近くのお寺の花まつりなど行事に参加している。今年も中学生が職業体験に訪れ、調理、折り紙などで交流し、利用者に喜ばれた。近隣の方とは挨拶を交わしており、散歩時は休憩場所を提供してくれるなど協力的である。</p>

【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	グループホームかわわの家
ユニット名	ひまわり棟

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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	日々の活動や打ち合わせ、カンファレンス等で理念や目標を念頭において行うよう実践している。理念は事務所に掲示している。	理念は「ゆったりと自分の時間を持ち」、「言いたいことが言え」、「仲間とともに笑顔で過ごせる」など3つの柱になっている。3つの柱はそれぞれに「私の家になるように」につながっている。職員は出退社時は「ただいま」「行ってきます」と利用者に声をかけるようにしている。利用者の意思を否定しないで叶えられるように支援している。	
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	回覧板を回す際に利用者がかけている。散歩や、ゴミだしなどの折挨拶をしたり、会話を楽しんでいる。地域の祭りや行事に参加し、施設の庭にお祭りの神輿や子供太鼓を毎年招き、休憩所としたり、バザーを開き地域の方との交流の場とした。	自治会の夏祭り、清掃、餅つき大会に参加している。今年も中学生が職業体験に訪れ、調理、折り紙などで交流し、利用者に喜ばれた。近隣の方とは挨拶を交わしており、散歩時は休憩場所を提供してくれるなど協力的である。	
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	・日常的な交流の際に理解をしていただけるように話している。地域の方からの相談も日常で受けている。また近くを散歩をしている方へ施設で休憩していただき水分補給などもしている。中学生の職業体験の折に説明を行った。		

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
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	意見の交換を行い、施設への理解をしていただき、防災訓練の際の協力を得られるようになった。	運営推進会議は3か月に1回、年4回実施している。参加者は家族、町役場職員、地域代表者等である。事業所の現況報告のほか、参加者と意見交換をしてサービスに活かしている。参加者から良心的な弁当屋の情報をもらい利用した。次回から参加者が会議に参加しやすいように曜日を変更する意向である。	
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	運営推進会議に必ず出席し協力していただいている。入居者の待機状況や入居に際しての相談など連絡を取り合っている。県の保健福祉事務所のケースワーカーとも利用者のことを定期的に報告し、訪問もある。	二宮町健康長寿課担当職員とは、運営推進会議議事録を持参し情報交換したり、事業所運営の相談をして連携している。町担当職員が参加する「二宮ケアカフェ」は、運営上の相談ができる場にもなっており、管理者が参加している。	
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	現在は玄関の施錠は行っていない。利用者の状況に応じて転倒のリスクがある利用者には居室にセンサーを設置している。このことに関してはご家族の了解を得ている。	ユニット会議の中で管理者は外部で起きた事例の説明や身体拘束の内容について話をしている。現在、あじさい棟のみ状況に応じて玄関の施錠をしている。外に行きたそうな素振りの利用者には、職員が付き添って出かけている。	
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			

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
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	個別に権利擁護サービスの必要な利用者に関して制度の利用を進めた。		
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	契約の際に十分に理解していただけるよう説明している。改定の際には事前に説明し、文書に表し理解を得ている。		
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	運営推進会議で家族の方に出席していただき、また家族会を年に二回行い意見を頂いている。訪問時や、電話連絡の折に気軽に声をかけあっている。又介護相談員やボランティアの訪問時利用者とのお話しで気づいたことを報告して頂いている。	家族は運営推進会議や家族会で意見などを出せる機会がある。家族から意見などは特に寄せられていない。利用者から「畑仕事をしたい」という希望があり、土や砂ふるいを準備して環境を整えた。	
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	カンファレンスの折や法人の職員全体が出す目標シートに意見や個人の目標などを書いてもらい代表が目を通して見ている。また、連絡ノートにも自由に改善点など記入できるようにしている。	カンファレンス時に職員の意見を聞いている。また、連絡ノートがあり、いつでも意見を記載できるようになっている。その内容は職員間で共有している。職員からの意見を取り入れ、利用者が洗濯物を座って干せる物干しを配置した	
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	一昨年より代表者が大きく変わり面談などが行われていないが職員により労働組合を8月に結成し労働条件などの整備を法人代表と話し合う機会を作っている。		

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
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	勤務年数に応じて資格取得に向けての研修や資格試験を受けてもらっている。初任者についてまだ外部の研修が未実施。		
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	・各事業所が設定して法人内外でのネットワーク作りと介護の悩みの相談ができるように他事業所が立ち上げた定期研修に時折参加し仲間づくりや勉強会を行っている。		

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
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	サービスを開始する前にはケアマネから情報を提供していただいている。また自宅への訪問を行いご本人の様子をうかがいサービスへつなげている。またサービス開始から1ヶ月内にカンファレンスを開き問題の解消に向けての取り組みをしている。		
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	ご家族の困っていることや要望などの聞きとりや入所時アンケートを実施しサービスを開始している。連絡可能な日時を聞き、出来る限りご家族の要望に応えられる機会を作って関係作りをしている。		
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	相談内容を詳しく記録し一番必要としているサービスが何かを見極めるよう努めている。		
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	利用者の持つ能力をいかしコミュニケーションを図りながら一緒に行い、役割感を持ってもらえるよう支援している。(掃除、料理、生け花、洗濯、裁縫、お茶出し、季節の行事など)		

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
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	ご家族の行事や冠婚葬祭などには積極的に関わってもらった。ホームの行事には職員と一緒に運営し、お祭り、バザーや家族会などに協力していただいている。		
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	・お友達との電話やお手紙があった時は関係が継続できるよう支援した。自宅近くのなじみの商店で買い物をしてもらったり美容院へ行く機会を作った。	友人、知人の訪問時はお茶を出しもてなしている。個別の対応で馴染みの商店や美容室に出かけている。孫の結婚式に出席したり、正月を自宅で過ごした方もいる。家族との時間を決めて電話や手紙のやり取りを支援している。	
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	・利用者同士の関係に目を配り、支援できるようにしている。外出の際の利用者の組み合わせも考慮して行なっている。生け花などお好きな人が花を摘んできたりし、いけるのがお得意な方が花瓶に生けるなど協力できる環境づくりをしている。		
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	近くの病院への入院や退所となった方には病院や法人内の特養などへ様子を窺いに行くことがある。また電話やお手紙などをいただいたりするときには十分お話をするように努めている		

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	
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。	きままに暮らしたいとの意向が強い方にはホームの大まかなメニューに参加することは自由意志に任せている。ケアカンファレンスで一人一人の変化していく意向をその都度検討している。	日々の生活の中で意向を把握している。把握した意向は連絡ノートで共有している。把握が難しい方は生活の中で日頃と異なる様子が見られた時に声をかけ思いを聞いている。裏腹な意思表示の場合もあるので、選択肢を準備し、利用者に自己決定してもらっている。		
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	サービス開始前にご家族からアンケートを書いてもらったり訪問調査の折に聞き取り調査をして把握に努めている。ご家族とは入居後も連絡を取り合っ意向や以前の生活のことなど情報の交換を行っている。			
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	毎朝の申し送り時に注意事項を確認しあい日誌にもバイタルの変化や摂取量の確認を常に行い把握できるよう努めている。			
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	ケアカンファレンスの折にチームで課題を分析したものとご家族からの情報や意見、本人の意向を踏まえて（意向が伝えられない利用者には予測して）プランを立てている	介護計画は、本人、家族の意見、必要な方は医師、看護師、マッサージ師の意見を反映し、チームとして作成している。入居時は3か月、その後は状態に変化がない場合は6か月で見直し、2か月毎に評価している。		

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
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	日誌のほかに気づきやアイデアがあったら記入するものを作り随時メモ代わりに記入して会議に活用している。		
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	訪問看護と契約し、利用者の日々の健康管理に努めている。又送迎付きのマッサージ治療院や訪問マッサージを利用している利用者もある。遠方のご家族に宿泊して頂き共に暮らす雰囲気を味わっていただいている。		

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
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	近所のお庭を散策させてもらったり、栗拾いなどをさせてもらったり、お祭りや行事など来ていただいたりなどしている。図書館に行き、読みたい本を借りたりもする。町の文化祭にも出品させていただき、見学にも行っている。		
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	・以前から通っている病院や医院に継続してかかっている。又日常の様子などはご家族へ伝え通院先の主治医に正しく伝わるようにしている。	協力医以外のかかりつけ医への受診は家族が対応しており、3名の利用者がいる。受診内容は、家族から職員が聞き取り、通院記録に記載し共有している。協力医は月1回、訪問歯科医は週1回、訪問看護師はそれぞれのユニットに週1回訪れている。マッサージ師は個人の契約である。	
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	日々の変化を随時訪問看護師にその都度連絡し指示を仰ぎ場合によっては主治医にも連絡をしていただき早期対応に努めている。		
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。	入院時や途中の経過などをご家族や病院関係者、訪問看護師と連絡を取り合い話し合いを設けている。大学病院との連絡協議会が出来ているので相談員との連携も取りやすくなっている。		

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	
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	変化の著しい利用者に関してはご家族と多くの話し合いを設けている。面会時なども変化や様子を伝える様になっている。近くの大学病院とも連絡会が出来相互理解をしている。	「重度化した場合における対応及び看取りにかかわる指針」について、利用者、家族から同意を得ている。重度化した場合は指針に沿って話し合いを行い対応を決める。重度化についての研修の実施、マニュアルの整備はこれからである。	利用者の急変などに備えて重度化についての研修を実施し、マニュアルを整備することが望まれます。	
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	個々の利用者の急変時の対応に関しては個別にカンファレンスで情報交換をしている。入職間もない職員にはまだ経験が不足しているため理解を深めてもらうため研修を考えている。			
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	避難訓練は定期的に行い、又近隣の方への協力もとりつけている。消防署からも立会いに参加していただき講評をいただいている。スプリンクラーや通報装置などが新たに設置されてまだ間がないので再度訓練をしている。	年2回(4・10月)夜間想定を含めて消防署立ち合いで避難訓練を実施した。近隣の方へ避難訓練の連絡票を渡し周知してもらったが避難訓練時は協力が得られなかった。飲料水や五目御飯など食品類を3日分備蓄している。またヘルメットやガスコンロなども準備している。備蓄チェックリストを事務所に掲示している。	地域住民の避難訓練への参加、協力が得られるよう期待します。	

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
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	常に人格の尊重を念頭に入れ接している。言葉のかけ方にも声のトーンなどにも気を配り感情的な接し方にならないよう努め、新人職員には特に日々の接遇についての諸注意をしている。	管理者は会議の中で接遇のあり方について話をしている。基本は敬語を使い、声掛けは耳元で行う。新入職員に「利用者には手伝いをするような気持ちで接してほしい」と伝えている。個人情報を含む書類は鍵のかかるキャビネットに保管している。	
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	日々の活動の中で選ぶ場面を多く作っている（献立や外出、美容、買い物、家族への連絡など）。また選挙への参加を支援できた。		
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	ゆっくりとしたペースを原則とし、喫煙の希望や買い物のための外出の希望などを聞いている。		
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	ヘアカラーをしたいという希望の方にはホームで髪染めを支援している。美容院に行きたいとの希望には必ず実行している。極力着替えの用意は本人に選んでもらっている。		
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	季節感のある食材や畑のものを利用し、収穫から参加して料理を楽しんでもらえた。また下ごしらえ、盛り付けや茶わん洗い、茶碗拭きなど日常的に行っている。庭でサンマや焼き芋を焼いてもらったり、そうめん流しなど食欲がわくように工夫した。	献立は職員が利用者の好みを聞いて立て、食材を近くの店で購入し、手作りの食事を提供している。利用者と職員は同席して同じ物を和やかな雰囲気の中で食べていた。誕生日は本人の好みの物を用意している。出前や外食も楽しんで	

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	・日誌に食事量と水分摂取量を記入している。食事時間外でも摂取量の低下がみられる利用者には工夫を行い提供している。嚥下障害の方には完全ペースト食の提供を行った結果現在は普通食にまでレベルが向上している。		
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	毎食後口腔ケアをできるように口腔セットの準備をしておき、声かけと援助をスタッフ間で決めたやり方で実行している。必要に応じ歯科医の受診をしている。認知症の進んだ方へは落ち着いた時間を見計らって対応している。		
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	一人ひとりの排泄のパターンを把握し声かけや誘導に努めている。夜間では歩行に不安定な方へポータブルトイレを設置している。リハビリパンツから布パンツへの移行が出来た方へは更に維持が出来るよう努めた。	排泄チェック表で排泄パターンを把握して支援している。現在は全員がトイレで排泄している。紙パンツのサイズを大きくしてトイレの失敗が減少した事例がある。トイレの表示は大きく明示して分かりやすくしている。	
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	毎日の体操や散歩、個別の体操で体を動かすことを習慣化している。また食材や調理の仕方（圧力鍋の活用や寒天の利用）で水分や繊維を多く摂れるように工夫している。		

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
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	毎日入りたい方にはできるだけ希望に沿っている。好きなテレビ番組ややりたいことがある方へは入浴時間の選択を利用者に選べるように声掛けしている。	入浴の基本は3日に1回である。希望があれば回数を増やせる。お風呂を好まれない方は職員を変えたり時間を変えるなどして促している。歌が好きな方は入浴中に歌を歌ってもらっている。ゆず湯、しょうぶ湯、バラ湯などの季節の湯を楽しんでいる。	
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	バイタル上休んだほうがよいときなどは行事などでも休んでもらっている。お部屋よりもリビングや、人の気配のあるところがお好きな方には好きな場所で休んでもらえるようにしている。(リビングや食堂)		
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	服薬表を身近に掲示してすぐに見られる工夫をしている。新しい薬が処方されたらその都度情報を周知してもらえよう申し送りボードやノートに記入している。訪問看護の方へも情報共有している。		
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	お茶を行っていた方には行事などで発揮できるようにした。洋裁を行ってきた人にはエプロン作りをし施設で調理の時には使用している。喫煙習慣の方には日常的に支援している。		

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
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	毎日の散歩や、遠出、買い物平塚七夕への参加にもご家族の協力体制を得られた。誕生日に映画を観たいとの希望があった方にはご家族とともに映画館へ出かけることが出来た。	天気の日には毎日散歩に出かけている。歩行が難しい方は車椅子で出かける。訪問時には、あじさい棟の利用者はドライブに出かけていた。小田原フラワーガーデン、曾我梅林など遠方にも出かけている。	
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	金銭管理のできる利用者には買い物の機会を作っている。徐々に金銭管理が困難になっているが、財布を持つことで主体性を維持してもらっている方もいる。またバザーで買い物したり、お客さんへのお金のやり取りを行えるようにした。		
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	電話でのやり取りは日常的に行えるよう職員が支援し制限はしていない。携帯電話の使用を行っている方へは充電や使い方への援助を行っている。手紙なども出したいかたにはポストに行ってもらったりと支援している。		
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	共用空間が自然な家としての雰囲気があるように季節感のあるものの提供をしたり花を活けたり工夫している。夏には自由に麦茶が飲めるようフロアに冷茶のポットを置いて自由に飲んでいただいた。	リビングや廊下などに利用者の書いた習字や、花見、夏祭り、流しそうめんなど行事の写真が飾ってある。散歩で摘んだ土筆が飾ってあり、季節が感じられた。食堂は窓を通して庭のメジロや事業所の猫の様子が眺められゆっくり出来る空間になっている。	

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
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通りに過ごせるような居場所の工夫をしている	1F、2Fのリビングや食堂、などご本人のくつろげることができるように本棚やテレビなど設置してくつろげるように工夫をしている。		
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	入居の際に本人のこだわっているものなどを持ち込んでいただいている。（仏壇、お茶道具、なじんだいすやテーブル）またベッドの位置や家具の配置など本人と相談して危険のないように模様替えをしている。	手作りの表札があり、エアコンと押し入れが設置されている。和室の部屋を、本人の希望でフローリング風にするなど、自由にアレンジしている。テレビ、三味線、鉢植え、ジグソーパズルなど自由に持ち込んでいる。	
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	てすりや家具の配置を考え安全に自立した生活ができるようにしている。新聞や本などすぐ手に取れるようにしている。口腔ケアなども力量に応じて出来るようにしている。夜間の水分補給などが安全にできるよう個別に補給方法を工夫している。		

事業所名	グループホームかわわの家
ユニット名	あじさい棟

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	日々の活動や打ち合わせ、カンファレンス等で理念や目標を念頭において行うよう実践している。また玄関に掲示して共有化している		
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	納涼祭などホームに来ていただく行事に地域の方に回覧などで呼びかけ参加していただいている。町の文化祭に作品を出品して会場にも出かけている。散歩など毎日行い自然に挨拶などかわしている。		
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	中学校の生徒さんを職業体験や、福祉体験で受け入れ認知症介護の理解をしていただいた。地域行事などで外に出かける機会がある時に相談を受けたりした。		
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	意見の交換を行い、施設への理解をしていただき、防災訓練の際の協力を得られるようになった。町の行事の際に参加するときは協力が得られた。		
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	運営推進会議に必ず出席し協力していただいている。入居者の待機状況や入居に際しての相談など連絡を取り合って行えた。		

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	居室の施錠はないが玄関の施錠や吐き出しの窓に関しては安全上行なっている。このことに関してはご家族の了解を得ている。また転倒のリスクの高い方はご家族の了解を得てセンサーの使用をしている		
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	事故防止の話し合いを毎月カンファレンスで話し合われ不適切な声掛けや介護をしないよう話し合われている。		
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	今年度は研修の機会をもてなかった。		
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	契約の際に十分に理解していただけるよう説明している。改定の際には事前に説明し、文書に表し理解を得ている。		
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	運営推進会議で家族の方に出席していただき、また家族会を年に二回行い意見を頂いている。訪問時や、電話連絡の折に気軽に声をかけあっている。又介護相談員やボランティアの訪問時利用者とのお話しで気づいたことを報告して頂いている。		

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
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	カンファレンスの折や法人の職員全体出す目標シートに意見や個人の目標などを書いてもらい代表が目を通して。また、連絡ノートにも自由に改善点など記入できるようにしている。		
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	昨年度より代表者が大きく変わり面談などが行われていないが職員により労働組合を8月に結成し労働条件などの整備を法人代表と話し合う機会を作っている。		
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	勤務年数に応じて資格取得に向けての研修や、介護研修を受けてもらっている。		
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	法人内外でのネットワーク作りと介護の悩みの相談ができるように他事業所が立ち上げた定期研修に時折参加し仲間づくりや勉強会を行っている。		
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	サービスを開始する前にはケアマネから情報を提供していただいている。また自宅への訪問を行いご本人の様子をうかがいサービスへつなげている。またサービス開始から1ヶ月内にカンファレンスを開き問題の解消に向けての取組みをしている。		

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	ご家族の困っていることや要望などを聞きとりサービスを開始している。連絡可能な日時を聴き、出来る限りご家族の要望に応えられる機会を作って関係作りをしている。		
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	相談内容を詳しく記録し一番必要としているサービスが何かを見極めるよう努めている。		
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	できる人できない人によりコミュニケーションが偏りが出てしまう事がある。ADLの低下等で実施が出来ないことが増えてきている。以前の職業を生かし出来る方には催し物の時挨拶や号令などを行ってもらった。		
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	ご家族の行事には積極的に関わってもらったりしている。ホームの行事には職員と一緒に運営し、お祭りやバザーや家族会などに協力してもらっている。毎月現状の報告を行い必要に応じ電話等連絡を取り依頼などを行っている。		
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	ご家族が企画し、地元の祭礼に参加しはっぴを着てお神輿を担いだ。ミカン山の経営をしていた利用者さんに山にいて作業をしていただいた。また近隣の行事の際には出かけて出会える機会を設けた（カラオケ大会、なじみの商店）		

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	個々の状態に合わせた座席の配置を考え利用者同士がかかわりを持てるようにしている。散歩の際いつも同じ人同士にならないようにしている。庭の活用をし、ベンチでくつろぎお話が自然にできるようにしている。		
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	病院への入院や退所となった場合病院や法人内の特養などに行かれた時には様子を窺いに行き、担当者との情報交換をした。		
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。	大まかなホームのスケジュールには常に参加の意思をうかがい自由な暮らし方が選択できるようにしている。月一度のカンファレンスまでに個々の思いや意向の情報をまとめ、把握し実施に努めている。		
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	サービス開始前にご家族からアンケートを書いてもらったり訪問調査の折に聞き取り調査をして把握に努めている。ご家族とは入居後も連絡を取り合って意向や以前の生活のことなど情報の交換を行っている		
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	毎朝の申し送り時に注意事項を確認しあい日誌にもバイタルの変化や摂取量の確認を常に行い把握できるように努めている。日々の申し送りから個々の変化について取り上げ状態に合わせた過ごし方を話し合っている。		

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
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	課題分析の際グループワークを行い話し合いの下、意見をまとめプラン作成につなげている。状態に変化がみられる時は家族に事前に連絡をして意向などを聴いている		
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	日誌のほかにケースカンファレンスの事前資料をみんなで作り日々の変化や気づきなど情報を共有化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	訪問看護と契約し、利用者の日々の健康管理に努めている。訪問マッサージを利用している利用者もある。		
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	近所のお庭を散策させてもらったり、栗拾いなどをさせてもらったり、ボランティアで来ていただいたりなどしている。町の新しい行事にも可能な限り参加している。町の文化祭では書道作品を出品している。		
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	病院に行く際には様子をご家族に伝え情報を主治医に伝えられるように支援している。又報告も記録している。必要に応じ医師と電話で相談もしている。家族の都合や利用者の状態の変化により通院付添いが困難な場合は往診医を紹介した。		

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	日々の変化を随時訪問看護師にその都度連絡し指示を仰ぎ場合によっては主治医にも連絡をしていただき早期対応に努めている。		
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。	入院時や途中の経過などをご家族や病院関係者と連絡を取り合い場合によっては話し合いを設けている。リハビリなどは訪問看護師とその現場に行き現状を把握し希望を伝えている。病院の相談員とは連絡を取り合いご家族と病院との橋渡しを行っている。		
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	重度化した場合については事前に家族と方向性について話し合っている。他施設の申し込みや対応可能な医療機関を検討している		
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	個々の利用者の急変時の対応に関しては個別にカンファレンスで情報交換をしている。事故発生時のフローチャートを作成し初期対応の流れについても周知している。		
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	避難訓練は定期的に行い、消防署からも立会いに参加していただいた。避難路については別の経路も対応できるように訓練の工夫をした。		

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	喜怒哀楽の表現には相手の表情やしぐさなどを読み取り一方的な会話や受け取り方をしないよう努めている。		
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	自らの意思表示が少ない方や表現の困難な方へは家族からも話を伺い、思いをくみ取れるよう支援している。利用者の得意なことやできることなど職員間で把握し個々の役割として働きかけるようにしている。		
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	利用者のその日の体調や動きなどを観察し、また本人の訴えを聞き日々の関わりをしている。		
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	好みの服などご家族に持参していただいている。また季節の変わり目には衣替えの依頼を行いご家族とかかわりながら支援している。訪問美容や外部の美容室利用などへの支援もしている。		
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	個人の力量に応じ野菜の皮むきや調理に参加していただいている。食前のテーブル拭きや食器洗い等準備や片付けなどもできるだけ一緒に行っている。又お庭で作った野菜を共に収穫したり、芋煮会や焼		

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	個々の生活リズムに合わせて遅い食事やずらした食事など個別対応をしている。水分も好みのもので十分摂取できるように飲料類の種類を準備している。また栄養が食事でとれにくい人には栄養補助食品などで補充している。		
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	一人ひとり食後に洗面所にて口腔ケアを行っている。また個別にガーグルベースを使用して洗面所への困難な方や拒否のある方への対応をしている。個別に訪問歯科にかかり口腔内清掃やチェックを依頼し実行している。		
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	一人ひとりの排尿のリズムを把握し声かけ誘導の必要な利用者には誘導して排尿感覚を忘れないよう支援している。その結果昼間布パンツに移行できた方もいる。夜間歩行の不安な方へはポータブルトイレを設置している。		
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	毎日の体操や散歩等状態に合わせた運動を行っている。活動量の少ない利用者には廊下の歩行や足踏み運動など個別メニューを行っている。便秘症の方には主治医に相談し下剤も併用している。調理では繊維質のものを多く取れるよう工夫している。		
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	現在午後に入浴を行っているが、希望により午前に入浴をできるようにしている。夜間は職員が一人のために行っていない。入りたくないと訴えが続くときは着替えをしながら、足浴や清拭など行い清潔保持に努めている。		

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
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	昼は個々に昼寝をしたりソファなどで休めるようにしている。夜間は本人のペースに合わせて個別に就寝介助を行っている。		
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	薬局からの薬表をファイルにし職員が確認をいつでも行えるようにしている。また一覧表を作成し配薬時に確認し服薬を行っている。症状の変化のある時は電話などで相談している。錠剤が困難な方へは粉の処方依頼して飲みやすいようにしている。		
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	ご家族から家での役割や得意なことなど聞き取りホームでもできるように支援している。裁縫や調理などは職員も一緒に行い安全に配慮している。毎月の習字やミュージックセラピーなどの外部ボランティアに本人の希望で参加できるようにしている。		
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	毎日の散歩や食材の買い出しなど力量に応じ行っている。地域の祭りや外食、買い物など機会を作り支援している。平塚の七夕にはご家族の協力で一緒に参加した。		
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	ご家族との買い物の際には個人でお金を持って頂き買い物をいただいている。買い物の要望のある方にはいつでも使えるように管理している。利用明細は毎月報告している。		

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
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	電話をしたいとの希望には職員付き添いで支援している。手紙のやり取りはできないが手紙が届いた時には読んでいたり時にはお礼の電話をしていただいている。		
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	共用スペースはこまめに掃除を行い汚れなどで不快にならないようにしている。季節ごとの飾りで視覚的に楽しめるようにしている。童謡や民謡唱歌などいつでも聞けるよう準備している。		
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	基本的には個々人の思うように暮らしていただいている。ときには他の利用者の居室などに訪れたり、隣のユニットへの行き来をしたりと工夫している。・席は個人の性格や生活リズムに合わせて決めている。		
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	入居の際に使い慣れたものや家族の写真、こだわりのある物などを持ち込んでいただいている。また必要に応じ本人が転倒など不安なく自立して過ごせるよう介護ベッドやてすりの設置をしている。		
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	玄関中央に手すりを設置して自力で安全に靴の脱ぎ着ができるようにしている。散歩などではシルバーカーなどで自力での移動ができるよう能力に応じた機種を使用している。台所流しなど一緒に作業がしやすいように広くとってある。		

目標達成計画

事業所名 グループホームかわわお家

作成日 平成28年5月27日

【目標達成計画】

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	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	重度化時の職員の柔軟な対応が行えるようにする	同法人内の特養に研修に行く。 外部研修に参加し、知識・技術の向上に努める	6ヶ月
2	35	災害時の地域住民の参加が出来ていない	年に2回の消防訓練に地域住民の方も参加をしてもらう	消防訓練を行う際は、事前に地域住民に呼びかけ周知していただき当日参加をしていただく	1年