

## 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	1492400021	事業の開始年月日	平成18年9月1日
		指定年月日	平成18年9月1日
法人名	株式会社へいあん		
事業所名	グループホーム「へいあん小和田」		
所在地	(〒 253-0012 )		
	茅ヶ崎市小和田3-3-25		
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
		工外数	1ユニット
自己評価作成日	平成25年3月22日	評価結果 市町村受理日	平成25年8月1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）】

<p>ご入居者様一人ひとりの心と体の安心を第一に考え、認知症をかかえても「その人らしく生活できる環境」をご入居者様とケアスタッフでつくりあげていきます。それが、「へいあん小和田」の目指すグループホームです。</p>
---

### 【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	神奈川県横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成25年3月28日	評価機関 評価決定日	平成25年5月28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><b>【事業所概要】</b>                  当事業所は「株式会社へいあん」が神奈川県内の5箇所で開催しているグループホームの一つであり、1ユニット、利用定員9名である。木造2階建ての2階部分を占有している。1階部分は同系列の「へいあん小和田デイサービスセンター」と居宅介護支援事業所、訪問介護事業所が利用している。両事業所の玄関は別々であるが、事務室は1階にあり、内部ではそれぞれの利用者の行き来ができる構造になっている。グループホームにはエレベーターが設置されている。当事業所は現在、管理者以下、9名の職員が交代で業務に当たっている。                  所在地はJR東海道線・辻堂駅西口から赤松町通りを直進、国道1号線を横切って30mほど進んだ右側である。最寄りの駅からは徒歩で10分ほどの場所にある。事業所周辺は住宅地である。地主の好意で駐車場の一角を提供してもらい、小規模ながら畑にしており、利用者が野菜や花を栽培して楽しんでいる。そこからは「小和田小学校」の校庭が見渡せる。</p> <p><b>【介護業務に対する職員の意識】</b>                  当グループホームを利用する「お客様」に、ここでの暮らしが最良だと感じてもらえる介護支援を提供しようとする意識を、全職員が明確に保持している。また、経験豊富な管理者の下で、職員一人ひとりが自らの思いや考えを持ち、業務改善への意見やアイデアを自由に表明しており、お互いに業務へのモチベーションを高めている。                  加えて、日常における介護ケアの実践では職員のチームワークが良く、職場に明るさがあるので、利用者や家族に好感を与えている。家族からは「安心して預けられる」と感謝の言葉が寄せられている。業務に事業所理念が確実に反映されていることがうかがえる。</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
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	グループホーム「へいあん小和田」
ユニット名	グループホーム「へいあん小和田」

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、生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	スタッフと共に創立時に掲げた理念を毎朝唱和。理念に基づくケアの実践を日々心がけている。	法人の基本理念と事業所独自の理念、更にISO認証取得に向け作成した品質方針を所内に掲示している。職員は毎朝の申し送り時、及び定例のミーティングの場で唱和している。職員は、これ等の理念が日常業務での「抛りどころ」として認識し、業務に反映させている。		
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	自治会の行事等(盆踊り・敬老会等)に積極的に出向き、地域の住民の一人として参加意識を持っている。	「本宿自治会」に利用者個々が加入し、事業所自体も会員となって地域の行事等に参加している。併設のデイサービスと一緒に駐車場で開催した夏祭りには、近隣の方達も参加している。地域ボランティアの来訪があり、フラメンコ実演やアロマセラピーのサービスを受けている。また、地域の方から畑を借りて利用者が野菜作りを楽しんでいる。		
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	事業所へかかってくる電話相談や問合せに懇切丁寧に対応し、認知症の理解の一端を担っていると自負している。			
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	今期は、4月開催の推進会議でこのテーマを取り上げることを予定とする。	会議は概ね2カ月毎、偶数月に開催している。自治会長、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員、利用者家族が参加し、事業所の活動状況(開催行事など)や事故報告などがされている。直近の会議では、今年度の地域交流をどうするかをテーマに上げて話し合われている。		

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	市町村とは、待機情報を通じて、また運営推進会議への出席を通して連携を密にしている。	市の高齢福祉介護課と連携し情報の授受が行われている。分からないことの相談や更新申請の手伝い、運営推進会議の議事録提出があった。また、介護相談員の派遣を受けている。グループホーム連絡会の部会に出席し意見交換を行っている。事業所は1月に、地域包括支援センターと協力して認知症サポーター講座を開催し、管理者がその講師を務めた。	
---	---	---	---	--	--

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	身体拘束に対する研修の実施やマニュアルの整備等を通して、スタッフへ周知し、ケアにおいて身体拘束をしないケアを実践してもらっている。	法人内の全社が取り組む課題と認識しており、新任研修では法人作成のマニュアルで権利擁護について学んでいる。身体的拘束はもとより、言葉による拘束もあることなども学び「拘束とは何か」を全ての職員が理解している。出入口は施錠していないので、チャームとモニター画面で利用者の外出を確認したら、直ちに職員が同行し、見守りながら散歩することになっている。	
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	採用者には、採用時研修において学習してもらい、年に1回は現場向けに内部研修を企画している。		
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	上記同様。		
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	契約締結の際は、十分な説明を行い、疑問・不安等を解消している。また、契約書改定、重要事項説明書改定の際は、家族会等を開催し、説明を行い、同意を得ている。		
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	家族会等を開催。その際の要望等に迅速に応えている。 今期は3月に開催予定	家族の参加を得るためイベントや家族懇談会を企画し、今年は3月に開催した。利用者家族から医療費に関して質問があったので説明している。担当職員が機会ある毎に意見や意向を聞くようにしている。年に4回、「絆のたより」と題した事業所便りを家族に送っている。	

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
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	半年に1回のスタッフ面談、及び月に1回の業務会議、職員用投書箱を設置し、職員の声を引き出し運営に反映させている。	日常で管理者やリーダーに意見や要望を直接話せる職場環境である。また月1回の業務会議、ミーティング等で話せる機会を設けている。職員は「気づきノート」への記述や「議案提案書」の提出などで業務改善の提案を行っている。職員から、利用者の起床時間に合わせて昼食の時間を30分早めた方が良い、との提案があり、実践されている。	
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	上記同様、半年度のスタッフ面談等で、業務評価を行い、左記の内容についてスタッフ評価、意識付け等を行っている。		
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	スタッフ個別に研修計画を設け、年間の内部研修計画、外部研修を通じて教育を実施。また、新人に対するOJTも日誌やチェックシート等の活用により、着実に実施。		
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	グループホーム協会に所属し、研修等を通じて左記の取組みを実施。また、グループ内の5施設において毎月1度のミーティングを通じた交流、情報交換、業務改善会議を実施。		

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
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	(部分的に)センター方式を活用し、左記の内容をアセスメントに反映させている。		
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	同上。		
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	サービス利用開始前に、管理者とケアマネがインテークを行い、利用者支援の視点で相談対応、情報提供等に努めている。		
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	左記の視点に立って、ケア方針を作成(ケアプランに反映)、援助を実践している。 *余暇活動においても、左記視点にて「畑作業」を実施。今期も継続中。		
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	「家族との絆を大切にする」を理念に盛込んでいるとおり、これを意識し実践している。 *「絆のたより」を発刊、家族へ送付 *状況報告書送付を予定		

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
20	8	<p>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</p>	<p>居室に馴染みの物を置いてもらったり、入居でそれまでの人間関係が途切れないよう配慮。            リロケーションダメージの緩和に努めている。</p>	<p>知人、友人が来訪したら湯茶でもてなす。美容院や墓参に行きたい希望があった際には職員が同伴して行っている。住む場所が変わったことで、その人の生活に生じた混乱を緩和するため、農作業の好きだった利用者に畑を借りて提供したり、おやつ作りを同好の利用者と一緒にさせたりして、変化への戸惑いの解消に活用している事例があった。また、「懐かしのメロディー」のビデオテープを見せたりして心に和みを与えている。</p>	
21		<p>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</p>	<p>利用者同士の人間関係はケアの大きな要素であると認識し、日常の支援において配慮している。</p>		
22		<p>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</p>	<p>退所し、死去されたご利用者様家族が来訪され、スタッフがご家族のお話を傾聴したり、ご家族が入居者様と歓談したりといった関係が継続している。</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
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。	上記同様、センター方式を一部活用し、左記内容のアセスメントを実施、ケアに反映させている。	入居前の生活歴をアセスメントで把握している。入居後は日常的にその人の話しを傾聴し、絶えず会話をすることで、その中から意向や望みを把握するように努めている。会話が無いか少ない方の状況は、反応が良かった事項を職員が判断して「心身情報ノート」に記録して全員が共有し、日常の介護に反映させている。	
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	上記同様、センター方式を一部活用し、左記内容のアセスメントを実施、ケアに反映させている。		
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	上記同様、センター方式を一部活用し、左記内容のアセスメントを実施、ケアに反映させている。毎朝申し送り時に、必要があれば小カンファレンスを実施等。		
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	担当スタッフより、毎月情報シートを提出してもらい、モニタリング記録と合わせて、ケアプラン作成に活用している。	利用者個々の生活状況が「私が概ねしていること」と題したシートに記録されており、毎月のカンファレンスに活用されている。これを基に6カ月毎に介護計画の評価を行い、必要な計画更新につなげている。同時に「往診ノート」からの所見と看護師の意見、家族の意見を加味して新たな計画書を作成する手順が整っている。	
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	毎日、個別ごとのサービス提供日誌を記載し、左記内容に取り組んでいる。昨年度より「気づきノート」を導入しスタッフ間で共有している。		

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
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	グループの社内資源も活用し、左記の内容に取り組んでいる。基本的には、自宅にいらっしゃる時と同じようにニーズに対応できることを旨としている。		
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	個別の外出などを毎日実施し、左記内容に取り組んでいる。		
30	11	かかりつけ医の受診支援 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	当グループホームとして協力連携病院を確保しているが、これにとらわれず、病院受診は、ご本人ご家族の要望に対応できている。	協力医による内科往診が隔週で行われている。必要があれば従前からの、かかりつけ医での受診も可能であり、通院等は主に家族が対応している。その際の情報は互いに共有している。緊急時における夜間診療、看護師の24時間対応の体制も確保されている。状況の共有に「往診ノート」が活用されている。	
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	法人事業部内の看護師と連携を取り、毎週1回、医療的な視点でのケアと観察を実施しており、介護スタッフと情報共有を図り、必要な医療的アドバイスを受けている。		
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。	入院中も病棟に出向き、担当ナースから病状把握や退院支援に対応している。また、入院加療において必要な生活情報、身体情報を提供している（家族同意を得て行っている）。		

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	
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>看取り指針を作成し、これに基づき、左記に対応している。</p>	<p>法人内の全事業所に共通する「看取りに関する指針」が入居時に説明されている。延命のための医療行為を伴わない範囲での終末期対応を行うと表明しているが、具体的な対応は改めて家族と話し合っているとしている。職員は急変時救急法（CPR）と心肺蘇生（AED）の研修と訓練を受講している。</p>	<p>昨年は利用者の1人が重度化し、病院に移るまで事業所内の居室で介助を続けました。今後もこのようなケースが増加することも予想されます。看取り対応研修実施の際には、座学だけでなく、職員の方の心理面でのフォローもかねて、実体験された方の話しを取り入れて行うなどの工夫も期待されます。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>採用時研修において、救急対応、心肺蘇生等のスキルが身につくよう研修メニューに取り入れている。また、毎月のフロアミーティングの際にCPR訓練を実施している。</p>			
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>基本的には、年に2回避難訓練等を実施。</p> <p>安全点検表を作成し、毎月1度安全点検日を設けていくこととした。（当月より）</p>	<p>昨年は7月と11月に夜間想定を加えた避難訓練を行っている。1回は消防署員の指導を得ている。訓練に利用者も参加している。自治会の防災訓練に管理者が参加しており、事業所の様子も話している。飲料水・食品の備蓄、及び照明用蓄電池、拡声器、ヘルメット、シューズが備蓄されている。災害発生時には、法人が編成する組織が全社的な対応をする体制ができている。消火器やスプリンクラーが備えられ、火災通報装置も完備している。</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
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	コンプライアンスルールを掲げ、左記内容をスタッフに周知し、これを実践している。	毎年の「接遇研修」では、その人の生活歴を大切に、先輩に敬意を表し、話しに傾聴して敬語を用いること、などのルールが周知されている。排泄誘導の際の声かけやドアの開閉に注意し、ノックを忘れないなどの配慮がされている。個人記録や情報の書類等は、鍵付きロッカーや金庫に保管している。	
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	ケアの実践において「話しを傾聴すること」「待つこと」を旨とし、左記内容が実践できるよう心がけている。		
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、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	同上。日々の日課を決まったものにするのではなく、その日のその方の状態、ペースに合わせて過ごしてもらえよう臨機応変に対応している。		
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	馴染みの服を用意してもらい、その方の普段着をそれぞれに演出してもらっている。毎月、訪問理容にて散髪している。（希望者のみ）		
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	調理や後片付けを手伝ってもらい、スタッフとお客様が共同作業で食事作りを行っている。	毎食の食材は調理法を付けて食品業者から届けられる。職員が調理する時に下ごしらえの手伝いをしたり配膳の準備をしたりして、食事の時を楽しんでいる。朝食が早いので昼食も11時半に早めるなど、居住者の生活サイクルに合わせた配慮もされている。2職員が検食を兼ねて同食している。時期には畑で育てた野菜を料理して楽しんでいる。	

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
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	1食ごとに個別に摂取量を記録し、これを観察し、健康管理に配慮している。		
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、その方の状態に応じた口腔ケアを実施。		
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	排泄介助が必要になったり、紙パンツ等が必要になった方も、習慣的にトイレに座ってもらい、自力排泄ができるようケアしている。	排泄チェック表を利用して個々の排泄パターンを把握している。それを基に適時に声かけして、3カ所あるトイレへ誘導し、自立排泄を支援している。日中はおむつを使用している方はいないが、夜間、就寝中のトイレ利用が困難な方の中には、おむつ使用を希望する方がいるので、家族の合意もあり対応している。	
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	便秘予防にフルーツ入りのヨーグルトやオリゴ糖入りの飲み物を出している。個別に排便状況を観察し、やむを得ない場合は主治医に相談し、緩下剤を処方してもらっている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	夕食前に入浴時間を設定し、個別に誘導。入浴を強要せず、無理強いせず、気持ちよく安心して入浴できるよう個別に創意工夫を行っている。	入浴は週に2～3回、午後3時半ごろからを基本にしているが、その時のタイミングを見て入ってもらうようにしている。入浴をしたがらない場合は無理に勧めず、介助する職員を替えてみたり、次の日に延期したりするなどの対応を考えると共に、清拭や足湯で対処することで清潔保持に工夫を凝らしている。脱衣場や浴室内は広く、暖房器具、腰掛けて脱衣できる設備や浴室に手すりを設置し、歩行の安全を保つ備えなどに工夫が見られる。季節に合わせ、菖蒲湯や柚子湯を提供し入浴を楽しめるようにしている。	

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
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	疲れたら居室にて横になってもらう、眠れない時は、リビングで好きなだけ過ごしてもらう等、臨機応変に対応しているが、日常生活の休息リズムにも個別に配慮している。		
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	服薬処方の説明書を個別ファイルに添付し、服薬情報をスタッフで共有している。また、変薬の際は、必ず申し送りノートに記載し、直ちに情報共有を行っている。症状変化についても個別サービス記録に記載。		
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	センター方式を一部活用し、左記内容を取り込んだケアプラン作成に努めている。		
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、個別に外出支援を実施（散歩、買い物等）。また、外食イベント等も、グループ単位で外出支援を行っている。	外出したい意向を持つ利用者個々に、散歩や買い物に職員が同行している。チャイム等で見守りをしているが、突然にふらりと外へ出ていく人もいるので、その場合は、一緒に散歩してから帰るようにしている。天候しだいでドライブをしたり、パラソルの下でお茶を飲んだり、外のベンチで日光浴をしたりして、屋内に閉じこもる人がないようにしている。	
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	ご家族に相談しながら、一部のお客様において（能力を勘案し）実施。		

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	左記については、自由に積極的に行ってもらっている。		
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	利用者が作成した季節の飾り物などを工夫し、心地よく楽しく過ごせるよう配慮を行っている。スタッフが作成した利用者の似顔絵も飾り大変喜ばれている。	居住空間は全てがバリアフリー構造であり、車椅子利用者でも快適に動き回れる。居間やダイニングと台所は隣接しているので調理の場面も見られ、家庭的な雰囲気を感じられる。周囲の壁面に利用者が作ったり描いたりした作品が掲示されている。利用者全員がゆったりと座れるソファと大型のテレビが備えられている。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ソファやテーブルの配置を工夫し、左記について可能な限り配慮を行っている。		
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	馴染みの物を持ち込んでもらい、居室については制約をなくし自由に使ってもらっている。	居室は7畳の広さがあり、エアコンとクローゼット、照明器具が既設されている。ベッドやカーテン、小物入れなどの生活用品は持ち込みが自由なので、各室は居住者の好みで整えられている。敷布団や炬燵、三面鏡、テレビ、冷蔵庫、ちゃぶ台などの他、仏壇なども見られた。	
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	目立つように「洗濯場」等の掲示をしたりして、自らの役割を演習しやすいよう配慮を行っている。		

# 目標達成計画

事業所名

グループホーム「へいあんが和田」

作成日

平成 25年 4月 1日

## 【目標達成計画】

優先順	項目	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	I-1-1 理念の共有と実践	毎朝唱和する「へいあんが和田」の理念を 実践できているか…聖は、私たちの実践して いるケアについての振り返りと自己評価、そ して課題の改善への取組みが行われていない のではないか。	理念を実践する上で明確なケアの 基準を共有し、その基準に基づいてケ アが実践できるようにする。	理念を實踐していく上での行動規 範を作成し、あるべき実践のあり 方がスタッフ間で共有できるように する。	1年間
2	I-2-2 事業所と地域をつきあい	イベントや自治会行事を通じて地域交流を 試みているが、日常的な地域住民との交流や 関係性の構築までは到っていない。 地域密着施設として、施設の日常生活にお いて、地域交流が図られるような機会を確保 していきたい。	日常生活について、地域の方々の ボランティアの導入を積極的に進め ていく。	畑作業、体操、習字、朗読、お 菓子作り、他余暇活動等のボラ ンティアについて、地区社協、公民 館等よりボランティア情報を収集 し、具体的な依頼を掛けていく。	1年間
3	I-1-7 身体拘束をしないケアの実践	法人にて年1回開催が義務付けられている 「身体拘束・虐待予防」の研修が開催できて いない。	年間計画で予定を組み込み、研修 を開催する。	研修の開催 (バーンセンターケアお考え も同時に周知できる研修内容にす る)	1年間
4	I-11-7 運営に関する職員意見の反映	スタッフ一人ひとりから、施設運営に対す る意見が出にくい。	改善提案ができる、実施できる任組 みづくり構築 (→「気づきのノー ト」の再活用)	左記の「気づきノート」の活用 を再検討	1年間
5	I-33-12 重度化や終末期に向けた 方針の共有と支援	看取りケアについてスタッフ全員でのコン センサスを得ていくこと。	・看取りの指針の共有と再周知。 ・訪問看護等、終末ケア経験者によ る研修会を開催。	※左記の通り	1年間
6	I-35-13 災害対策	災害時の地域との協力体制の構築。	「I-2-2」等の取り組みを行い、地 域との関係性の構築を行いつながら、 地域の方々が、自施設の災害訓練に 参加してもらおう。	・自治会災害訓練参加時に施設防 災訓練への参加の呼びかけを行 う。 ・日常的な地域との交流関係を構 築 (「I-2-2」の通り)	1年間
7	I-43-16 排泄の自立支援	夜間排泄についても、極力、オムツに頼ら ない自立支援のケアの実施。	夜間排泄パターンを把握した上 で、トイレ誘導等の機会検討を行 う。	※左記の通り	1年間