

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	1472800364	事業の開始年月日	平成13年4月1日	
		指定年月日	平成26年4月1日	
法人名	医療法人社団 三喜会			
事業所名	グループホーム渋沢			
所在地	(259-1326)			
	神奈川県秦野市渋沢上1-13-28			
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1月9日	評価結果 市町村受理日	平成28年7月6日	

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)】

日々、利用者と接する際は、利用者の持つヒエラルキー（階級層）の逆転（立場の逆転）を職員との間で、起こさないように、敬意、尊厳、社会常識の観点から「親しき中にも礼儀あり」の精神を重視し、お名前を呼ぶ際は苗字に「さん」付けをしています。また、常に安心感を持って頂くよう、ノンバーバルコミュニケーションをこころがけ、アイコンタクト、声の調子、態度、にこやかな表情を大切にしています。生活援助においては、認知症の中核症状に配慮し、そのひと、その人にあった、生活を送って頂くよう、できること、できないことをアセスメントし、活動と休息のバランスを考慮した上で、個別にデイトタイムケアプランを作り、充実かつ満足して頂けるように「マズローの5段階のニーズ」にて確認しながら、サービスを提供しています。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年3月25日	評価機関 評価決定日	平成28年6月6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)】

小田急線渋沢駅から徒歩10分の丘陵地に広がる住宅地の一角にあります。1階にグループホーム、2階にデイサービスの事業を実施しています。

<優れている点>

①居間に面した木製デッキから降りた所に畑が広がり、季節の花を楽しんだり、玉ねぎやカボチャなど野菜の収穫が楽しめ、季節感を感じることによるリアリティオリエンテーション（現実見当識訓練）が展開されています。②ホーム職員の6割が介護福祉士の国家資格取得者で、かつ勤務歴の長い人が多く、質の高いケアが実施されています。③ホーム長は認知症介護指導者（厚労省）で地域の認知症啓蒙の講師を務めたり、専門図書に執筆の機会をもち、活発な活動をしています。④家族だよりに「認知症のワンポイントアドバイス」を連載し、分かりやすく伝えることで「認知症の理解」を推進しています。これまでの積み上げが60ページ（A-4版）に達しています。

<工夫点>

①利用者に月日を分かってもらえるよう、手作りのスタンド型日めくりカレンダーを作成して活用しています。さらに場所の見当識障害の支援としてトイレの場所が通路から見渡せるよう、目立つ色で立体的なサイン表示をしています。②ノロウイルスやインフルエンザの感染症対策を細目にしてしています。この10年間は感染者がなく、快適な暮らし環境が提供されています。

【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	グループホーム渋沢
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	運営母体法人の理念から抜粋したものを事業所の理念としており、職員の目の届く所、事務室や廊下に掲示しています。又、リビング横の和室には、理念が記入されたカードを用意して職員が日常から目にすることができるようになっている。	職員が日常の仕事で迷いや戸惑いがある時、あるいは軌道修正していく際、または、自分の行動が正しいかを問う時の道標が理念の原点であるとしています。理念は職員がいつも見られるところに掲示しています。	
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。	地域の自治会に加入しており、回覧板等により地域の情報が伝わってきますし、広報誌の回覧もしています。PTAの資源回収に協力したり、看護系大学の実習施設の役割を果たしています。	自治会交流の幅が人的に広がっています。「認知症に関する発信」が欲しいとの意見があり、その具体化を図っています。ボランティアによる陶芸教室が開催され、作品作りをしています。また近くの福祉系大学の学生の研修受け入れています。	ホーム主催の行事に地域の人の参加がありますが、地元主催の祭りなどの行事へ積極的に参加することで、さらに交流が進展することと期待されます。
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。	法人で発行している「渋沢ファミリー」を通じ、日常生活、認知症の特徴、対応等を紹介しています。認知症ワンポイントアドバイスの冊子を市の福祉フェスティバルで配布しました。	/	/
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。	会議では施設の日々の活動、事故等を報告すると共に、行政からの助言やご利用者、ご家族からの要望などを取り入れ、検討する貴重な場としています。消防団との連携はこの会議から生まれました。	3ヶ月に1回開催しています。加入している自治会会長の他にも隣接している自治会の出席を得るなど幅広い参加で運営推進会議が開催されています。「活動実績・予定」、「事故などの状況」が報告される他、家族や地域及び行政を含めて意見交換をしています。	
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取り組んでいる。	市が企画した福祉フェスティバルに毎年参加しています。又、普段より運営に関して、相談にのって頂いたり、助言を頂いたりしています。運営推進会議にもご参加頂いております。	市の福祉フェスティバルに作品出展をしています。市の高齢予防課から依頼があり、ホーム長が「市民講座」で認知症に関する講座の講師をしています。この他、地区の市民セミナーでも同様に講師を務め、認知症の理解に向けての活動をしています。	

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
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。	月一回の業務カンファレンスの際には必ず、虐待を取り上げ、早期発見、事前防止に努めています。又、身体拘束防止のポスターを廊下に掲示し、職員が日頃から目にするようにしています。	研修の年間計画に身体拘束や虐待を取り上げ、全職員に研修を実施しています。研修では「QOL（生活の質）を上げながらリスクを下げる」というメッセージを伝えています。	
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。	月一回の業務カンファレンスの際には必ず、虐待を取り上げ、早期発見、事前防止に努めています。又、職員に対して身体拘束・虐待の勉強会も実施した。		
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。	管理者が研修に参加しており、利用者が必要が生じれば、市の担当者の協力を得て、制度を活用する準備が出来ている。		
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。	単に契約を結ぶという姿勢だけでなく、不安を抱えている家族の話をしっかり傾聴し、こちら側の話が聴ける状態になった上で、わかりやすく、理解できたかを確認しながら行っている。		
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。	苦情等の窓口（内部、外部）は契約時において重要事項の中で説明しています。又、運営会議でのご家族からの意見も反映させています。	年に1回、独自に家族アンケートを実施し、意見を聞いています。記入してもらった内容は、ホーム備え付けの「意見箱」に直接入れてもらうようにしています。得られた意見を反映し、職員の顔写真に名前を添えて玄関ホールに掲示しています。	

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。	認知症介護においてはチームケアが基本である為、運営に留まらず、職員の意見を積極的に聞くようにしています。	正職員の個人面談を年に1回実施しています。管理者は、普段から気軽に意見を言ってもらえるよう、雰囲気作りを心掛けています。厚手のタオル地を薄くして乾くのを早め、洗濯の効率をよくするなど、もらった意見が業務改善に結びついた事例があります。	
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。	人事評価において、個々の得意、不得意を明確にして、目標達成など、示すことで、自身の立ち位置がわかる為、次の目標設定や動機付けになっている。		
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。	年間研修計画の中で、実施している。また、個々の能力や責任に応じて、外部研修にも参加させている。		
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。	現在のサービスに満足や固執することなく、地域との交流や勉強会で得た、新たな情報は工夫して取り入れるように柔軟な体制をとっています。		
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。	いつでも相談し易いように、普段から職員は笑顔を絶やさず、不安そうであれば、こちらから声をかけるようにしている。		

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
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。	電話で相談事を聞いたり、見学時にもお話を聴いています。また、直接利用希望者の自宅に伺い、リラックスした状態でお話を伺っております。		
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。	相談を受けた際は、利用者と家族の状況を第一に考え、事業所だけで解決しようとせず、関連機関と連携をとり、他のサービスも視野に入れた検討をしています。		
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。	「共に生きる」を合言葉にしており、「して下さって」ありがとうございますを大切にしています。理念に基づき、暮らしを共にする関係を築いている。		
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。	家族もチームケアの一員とし、コミュニケーションを意識的にとるようにしている。面会時には積極的に声掛けをしている。お茶を居室に運び、気兼ねなく、家族団らんのひと時となるようにしている。また、毎月、心身の状況がわかる家族連絡表を送付している。		
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。	入所時には生活歴をしっかりとアセスメントし、生活が継続できるよう支援しています。認知症専用のアセスメントシートやバックグラウンドシートを活用しています。	行きつけの美容院や外食レストランに行ったり、家族と墓参りに行く人もいます。九州や北陸、関東の各地域から親戚の人が訪ねて来て、かつての思い出を回想しています。最近では、この地域で有名な曾我梅林に出かけ、花や香りを堪能しています。	

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。	利用者同士の関係を見極め、場面設定したり、座る席を考慮して、円滑な交流が図れるよう支援し、トラブルになりそうな場合は介入しています。レクリエーションや散歩等では、利用者同士のコミュニケーションを図っています。		
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。	サービス終了後も困ったことや介護のことの相談を継続しています。サービス終了後もご家族には、認知症の理解者、地域住民代表として運営推進会議に参加して頂いています。		
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。	認知症の重度化により、本人の意向が掴めない時は、その利用者が認知症でなかったら、どう判断するかが重要になるので、発症前の生活の様子を再度アセスメントしています。	アセスメントのオリジナル版として「私のことを教えてください」というA-4版のシートがあります。利用者別の各担当者が定期的に作成しケアプランにつなげています。	
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。	生活歴を把握し、能力が最大限に発揮できる生活が送られるように（自分らしく生きる）、できること、できないことを見極めケアに活かしている。 （私のことをよく知って下さいシートを活用）		
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。	のんびり、ゆったりを基本に心地良い疲労感、活動ができるように個別にデイタイムケアプランをたてており、その場の状況にあわせて柔軟に行っています。		

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
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。	介護計画にあたっては、視点が片寄らないように、さまざまな意見を取り入れている。利用者の心身に変化が現れた際は家族、関係者等と話し合い、本人の負担を考慮し、新しい計画を作成している。	「自由ノート」「個人担当」「各係より」という項に分けて気付きを積み上げ、業務カンファレンスを月に一度実施しています。6ヶ月に1回、シートを見直し、「本人と家族の思い」の再評価をしています。	
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。	利用者の様子を個別ケア記録に記入し、朝、夕の申し送りや、カンファレンスにて情報の共有を図り、6ヶ月に1度、又は状態の変化に応じてケアプランの見直しをしている。		
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。	医療連携加算を受けており、1週間に1度、看護師が訪問して利用者の健康維持に努めている。		
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。	自治会に加入しており、回覧板等により、地域の情報が伝わっている。自治会、行事等に参加したり、地域のボランティアを招いたり、地元の人々と交流することに努めています。		
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。	通院が困難な利用者が多く、その為、往診を含めて協力医と情報交換をしながら、利用者の健康維持に努めています。常に協力医と連携し、絶えず利用者の健康状態について連絡を取り合っています。	月に1回、内科、歯科の提携医の往診があります。状況に応じ、以前からのかかりつけ医でもある大病院などへ受診する利用者もいます。提携医との事前事後連絡は、往診連絡票で行い、その他にも2週間に1回、電話またはファクスで連携を図っています。	

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。	医療連携加算を受けており、週1の看護師の訪問では利用者の健康状態を報告しています。又、具合の悪い方には協力医の指示にて訪問看護師に来て頂き、適切な看護を受けられるよう支援しています。		
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。	入院の際は、協力医に相談し、紹介状を書いて頂いています。又、入院中においては、家族に様子を聞いたり、早期退院に向けて、管理者が病院と電話や、訪問したりして情報交換をしています。		
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。	入所時に重度化指針を書面で家族に説明して了解を得ています。重度化した場合や終末期には、利用者にとって一番良いと思われる方法を家族や協力医等の関係者と相談して決めています。	主治医から看取り介護の話があった利用者に、主治医、訪問看護、職員の連携した統一ケアにより、経口栄養剤をゼリー状にした物を口にするようになり、少しずつ元気を取り戻し、立ち上がりや口腔ケアが可能になった事例があります。職員全員で支援に取り組んでいます。	
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。	事務所の目に付く所に緊急時対応マニュアル、入居者検索マニュアル、緊急連絡網を掲示しています。利用者の急変、事故発生時には管理者や協力医に報告し、指示をあおいで対応しています。		
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。	定期的に防災訓練を行い、消防署にも報告しています。万一災害が起きた時には利用者を毛布にくるんで外に出すなど確認しました。地域の方も訓練に参加し、消防団にも協力の要請をしています。	防災の一番は予防と考え、地域の人と定期的に消火活動や、毛布を使った避難などの防災訓練を行い、周知徹底しています。毎年7月に非常災害時研修会も行っています。水、食料の備蓄は3日から1週間分を準備し、家具の固定も行っています。	

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
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。	利用者には苗字に「さん」付けで呼ぶことにしており、人格を無視した言葉掛けや態度をとらないようにしています。その為の指導を職員に徹底しています。又、個人情報に関わる物は鍵付き棚に保管。	名前や愛称で呼ぶと、言葉遣いや態度まで友達感覚になりかねないとの管理者の考えのもと、職員は利用者に丁寧な呼びかけや言葉遣いをしています。不適切な言葉掛けがあった場合は、職員同士で注意し合い、管理者も気付いたその場で注意を促してしています。	
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。	利用者の声には耳を傾け、何を望んでいるのかを考え、話しやすい環境作りをしています。		
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。	その人らしさを出す為には持てる力を最大限に発揮出来るように、又あくまで主役は利用者であるようにしています。利用者が社会参加、尊厳され、愛されていることを実感出来るように常に接しています。		
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。	一日の始まりのモーニングケアでは鏡に向かい、洗顔、整髪、男性にはヒゲ剃りを行っています。衣類は季節感のある物を職員と一緒に選び、行事等には化粧、お洒落をして参加して頂いています。ご家族の方と定期的に美容室に行かれ、毛染めをされている方もおります。		
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。	利用者には、米研ぎ、野菜切り、皮むき等をして頂いています。誕生会では手作りケーキ、行事には特別食を用意し、誕生日には、その方の好きな食べ物をお聞きし、皆で食事を楽しんでいきます。	職員は、家族アンケートの食事の希望や、畑で収穫した野菜を献立作りに活かしています。また、「親子丼」などを上手に作る職員が利用者に指名され食事を提供することもあるなど、利用者に喜んでもらう「もてなしの心」で食事作りに取り組んでいます。	

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	
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。	食事量のチェック、栄養バランスを考慮した献立。ティータイム、食事の際のお茶で1日の水分を取って頂いています。水分不足や嚥下不良の方には声かけや形態を変えたりトロミにて対応しています。			
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。	食後3回口腔ケアをし、義歯の方は義歯を外し行き、舌苔のある方は舌ブラシを使用し清潔に心掛けています。夜間は義歯をお預かりして、洗浄剤にて消毒もしています。必要に応じて訪問歯科を受診。			
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。	夜間オムツの方は、日中はリハパンツを使い、トイレ介助を行っています。排泄チェック表を使っているため、トイレの間隔のある方には、声掛けや誘導を行い、排泄パターンの把握に努めています。	トイレ介助を恥ずかしがる利用者には、さりげなくタオルをかけたたり、トイレに行きたくない人には無理に誘わず、自分で行こうとするまで待つなど、一人ひとりの状況に応じ、習慣に配慮しています。普段からの関係づくりや信頼を築くことで支援につながっています。		
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。	便秘予防の為、朝起き抜けに牛乳をお出しし、朝食時ヨーグルトを用意しています。食事メニューも食物繊維を考慮し作成し、トイレでは、必要に応じて腹部マッサージをして排便を促しています。			
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。	毎日午後お風呂を沸かし、1日3人以上入浴して頂き、スキンシップの場としても活用しています。要介護度の高い方は職員が2人体制で支援しており、ゆず湯、菖蒲湯などのお楽しみの日もあります。健康上、支障のない範囲で湯加減も調整しています。入浴後は水分補給を行っています。	入浴は週に2回行っています。湯ぶねに入れない利用者にはシャワー浴や足浴を行い、肩にタオルをかけ、湯冷めがないよう湯温にも配慮しています。また、呼び出しボタンを押すと二人体制になり、重度や体の大きな人も安心して入浴ができるように支援しています。		

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。	ゆったりと過ごして頂くようデイトタイムケアプランを作成しています。入浴後は保温の為、休まれる方もいます。夜間はTVやラジオを楽しみながら就寝に入る方もおり、生活習慣を大切にしています。足が冷えて眠れない方には温枕を使用しています。		
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。	薬説明書をファイルし、必要時確認している。与薬を間違えないよう名前や色分けした薬ケースがあり名前と薬を確認し手渡しで飲んで頂いています。症状の変化の際は協力医と相談し対応しています。		
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。	洗濯たたみ、洗濯干し、テーブル拭き等、役割活動を通し張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援しています。デイトタイムケアプランではそのような役割活動を取り入れて作成しています。花に水やり、庭には、野菜を作り、職員と一緒に収穫し、取れたての野菜を食べたりします。		
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。	天気の良い日は外気浴で散歩に出掛けたり、桜の季節にはドライブを兼ねてお花見に行っています。ご家族もお墓参りや外食、散歩などに行かれ、外出にとっても協力的です。	天気の良い日は順番で散歩に出かけています。また、芋ほりなど、畑の収穫に参加したり、重度の人はテラスに出て雰囲気味わっています。また、2ヶ月に1回の陶芸教室や秦野市福祉フェスティバルに参加など、外出の機会作りに取り組んでいます。	
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。	家族との話合いで少ない金額ですが、安心感の為、お金を自分で持っている方もいられます。職員と一緒に買い物に行き、自分の好きな物を買っています。		

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
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。	電話をかけたいと言って来る方もおりますが、なかなかタイミングが合わないのが現状です。手紙のやりとりは普段は行いませんが、年賀状を職員と一緒に書き、お出しすることはあります。		
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。	各所にあえてソファを置き一休みする場にはしています。食堂、リビングには加湿器2台を設置し快適な湿度にしています。リビングには季節の花を飾り、目でも楽しんで頂いています。	利用者はリビングで職員と一緒に洗濯物をたたみ、パズルやテレビを見てそれぞれの居場所で過ごしています。また、トイレが分かるよう矢印表示を工夫し、洗面所とともに塩素・アルコール系消毒やペーパータオルなどの利用で清潔保持に取り組んでいます。	
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。	リビングにはシッティングコーナーと称し、ソファが2つあり、TVを見たり、お友達とお話したりして過ごしています。窓側のソファでは日差しが入り気持ちよさそうに、お昼寝をされる方もいます。		
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。	個室は全室畳で日本の寝室のイメージです。畳は撥水性のあるものを使用し、温かい雰囲気の中にも機能性が考慮されています。各自たんすや時計、写真などを持ち込み安住の場になっています。	居室には使い慣れた家具や仏壇、趣味の本を置き、落ち着いて過ごせる工夫をしています。居室が分からなくなる利用者には、ドアに名前、誕生日、年齢を表示して混乱を防いでいます。また、昼夜逆転をなくすため、洗面所の電気を一部消し、明る過ぎない工夫をしています。	
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。	廊下、トイレ、浴室には手すりがあり、歩行不安定な方にも、安心して歩けるようにしてあります。トイレの場所が分からない方には矢印や目印を置くようにしています。		

平成27年度

事業所名 グループホーム渋沢

目標達成計画

作成日: 平成28年 7月 5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	2	〈事業所と地域とのつきあい〉 地域の行事・お祭り等への参加がなく地域の方と利用者様の交流がない。	地元主催の行事に参加し地域の方と交流を図る	運営推進会議等で仕入れた情報を元に計画をして、積極的に地域の行事に参加する。	12ヶ月
2	40	〈食事を楽しむことのできる支援〉 メニューのマンネリ化・利用者様が求める食事の提供ができていない。	メニューの改善をし、楽しんで食事を摂取して頂くため、味だけではなく色彩・形状に気を配る。	メニュー表を1日1日つけるのではなく、1ヶ月の献立を記入し、偏りがないようにする、また作れるメニューだけでなく研究して、このスタッフの新メニューを作る。	12ヶ月
3	49	〈日常的な外出支援〉 外出の頻度が少ない	地域の祭り・行事だけでなく、積極的に外出の機会を増やす。	大人数ではなく、少人数での散歩から・公園や近所の小学校などに散歩・ドライブも増やしていく。	12ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.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。