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	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	□　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 ユニット数　1　ユニット	
自己評価作成日	平成31年1月25日	評価結果 市町村受理日	令和1年5月28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）】

地域に密着した施設を目指し、2001年に開設しました。ホームより丹沢の山並みを見渡す環境の下、家庭的でゆったりとした雰囲気を大切にしています。一人、一人の認知度や症状、性格や身体状況に配慮し、個々の想い（不安・悲しみ）を受け止め、一人、一人に合わせたデイタイムケアプランを作り、季節を感じる外出、季節の味覚を楽しむ食事等、今を楽しむ環境作りを心がけています。二階には認知症対応型通所介護（デイサービスセンター）があり、ホーム内の畑での野菜作りや合同でイベントを開催するなど利用者様の交流の場になっています。また役割活動（食事前のテーブル拭き・食後の下善・簡単な、はき掃除・お花に水やり・日めくりカレンダーめくり他色々）積極的に行い喜びのある日々をおくって頂いてます。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年3月2日	評価機関 評価決定日	令和1年5月17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、小田急線渋沢駅から徒歩１０分、丘陵地の住宅街の一角にあります。２階建ての１階に１ユニットのグループホーム、２階に認知症対応型デイサービスがあります。法人は５００床を超える病院を核に、老人保健施設、地域包括支援センター、訪問看護事業所などを運営しています。

＜優れている点＞

居間からデッキが張り出し、踊り場を通って数段降りると事業所の畑が広がっています。利用者参加のサークルがあり、季節ごとの野菜を育てて収穫しています。事業所畑の外回りには市民に開放した市民農園が広がり、市民と共通の話題に花が咲いています。階段ホールや廊下にはボランティアのデザイナーによる、利用者全員の笑顔の似顔絵が飾られています。今年の1月、これまでの理念をより分かりやすく身近に感じられるようにと職員全員に意見を出して（ＢＳ法）もらい、それをまとめ（ＫＪ法）ています。各個室は、半畳の踏み込み（板）があり、畳敷きの部屋になっています。利用者の心が和み安寧を引き出す効果を得ています。

＜工夫点＞

仕事のストレス判定や職場の環境改善のために、各職場ごとにメンタルヘルスチェックを年に１回実施しています。得られたデータを分析し、職場や職員にフィードバックしています。

【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	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る。 （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
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。	開設当初の理念より、本年度新しい理念を作る。約半年をかけて、カンファレス等で『認知症の人を介護する上で大切にしたい事は』からはじめ、ＫＪ法・BS法でまとめて、形にしました。ケアチームとして職員全員が、理念を共有し実践していきます。	グループホーム開設から１７年目になり、時代の変化をとらえつつ、わかりやすい言葉で新しく理念を構築したい、と全員で取り組み、1月に出来上がっています。理念に沿って、その人の輝きを引き出す対応を目指しています。	
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。	近隣に、小学校・子ども園があり、小学校のふれあい祭りや、自治会の夏祭り等に積極的に参加してます。ホームの前に地域の皆さんの畑が広がっており野菜の作り方を教わったり、頂いたりと、楽しく交流させていただいてます。	地域の夏祭りに利用者も一緒に参加し、身近なふれあいを実感しています。管理者は認知症の理解を広める認知症キャラバン活動を通して地域の人の理解向上に努めています。特に地域の力の重要性を伝えています。	
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。	職員が認知症キャラバンメイトに参加して、サポーター講座を地域で開き、認知症の理解を広めている。またそのことで地域の他の事業者の方との交流も増えました。長年、看護系大学の実習も受けており多くの学生さんがはじめて認知症の方と触れ合ってます。		
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。毎回10名以上の参加があります。	年６回、地元の人、行政、利用者家族の参加で開催しています。元利用者家族もそのまま継続して参加してくれています。会議の中でキャラバンメイトの依頼があり、地域の人の認知症の理解に向けて、協力しています。	
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に取り組んでいる。	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。	市で開催した防災訓練で、被災を想定して他の福祉施設への移動訓練に参加しています。キャラバンメイトのボランティア団体が発足し、認知症の理解に向け、活動を推進しています。「認知症声かけ訓練」では６０名の参加を得ています。	

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。	本年度５月に『身体的拘束等適正化のための指針』を作り、毎月のケアカンファレンスと２ヶ月に一回の運営推進会議にて検討委員会を開く	市の呼びかけで指針を作成しています。その指針に沿って２ヶ月に一度、会議を開催しています。毎月のカンファレンスでは、利用者の安全との狭間に関して事例をもとに話し合っています。移動センサーについては家族の了解をもらって用いています。	
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、利用者に必要が生じれば、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。	ご家族様には来所時、担当者会議時に細かく現状報告すると共に、意見の言いやすい雰囲気作りに取り組んでいる。また毎月の手紙・独自のご家族アンケートも実施している。	家族アンケートを実施し、もらった結果や意見をまとめて家族にフィードバックしています。改善事項については取り組みや意見を反映し、職員が対応したことなど、毎月発行している「お便り」で報告しています。	

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
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き、すぐに対応し、設備等の不具合であれば、法人の施設課がすぐに対応している。個々の面談も年2回実施する。	年２回、個別面談や月例会議で意見を聞いています。玄関の呼鈴が深夜早朝に鳴ることがあり、不審者の侵入ではないかとの声があり、カメラ付きのドアフォンにしています。この他、利用者対応の違いに対する調整など意見を反映しています。	
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。	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。法人内で介護職研修、経験度に合せた研修があり多くの職員が参加する。また法人内の研修チームが出張で仕事後の夜にも行っている。		
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。	管理者は、地域の管理者等と交流し、独自の研修会に参加、今後職員にも参加を促し、地域のネットワーク作りを実践していきたい。法人内にて、リーダー会議・勉強会を実施している。		
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。	初期は、特に気配り・目配り・心配りを徹底して、『何が本人様にとって1番心地よいか』と考え、支援する。入居間もないと時は、心細いので、さりげない声かけや、対応を行う。		

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。特に初期は聞き役に徹して要望等を出しやすくする雰囲気を心がけている。		
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、利用者様と職員が同じ空間で笑い、同じものを味わい、感じる、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、現状を報告するだけでなく、時には認知症を理解して頂くお話も、事例を出しながらすることもあります。		
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。	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。なじみの美容室や、ご家族との墓参り等も行ってます。	入居前から独居だった人が、父親の墓参りを楽しみにしており、家族の協力を得て３ヶ月に一度、墓参りをしています。その他、行きつけの美容院や、かつて世話になった歯科医に今でも継続して通う人もおり支援しています。	

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
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。	認知症ケアを考えるうえで、やりがいや役割を持つことは重要である、という見地から率先してできることをやってもらっています。一人ひとり異なる人生を歩んできて、各個人の「その人らしさ」を謳歌してもらうことが大切と考えています。	
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ィアを反映し、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、居室担当中心に全ての職員で意見を出し合い決めている。利用者の心身に変化が現れた際は家族、関係者等と話合い、本人の負担を考慮し、新しい計画を作成している。	個別の担当スタッフを中心に利用者の様子や思い、心身の状況などを観察して、変化を取り上げ、共有し介護計画に落とし込んでいます。計画内容の実施結果は３ヶ月くらいでチェックし、次のプランに反映しています。	職員の意識やスキル向上のために、日々実施するサービスについて記録できる様式を定め、実施していくことも期待されます。
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、てケアプランの見直しの前に担当者会議（ご家族を含む）を行い見直しいている。		
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、その時々に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。	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。	全員が提携医療機関の内科医をかかりつけ医とし、月１回の訪問診療を受診しています。かかりつけ医には月２回、処方連絡表や電話、ＦＡＸで利用者の健康状況を連絡し、情報共有しています。提携医療機関以外の通院は、原則家族が付き添っています。	

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。	入居時に「重度化・終末期対応に係る指針」を説明し同意書をもらっています。急変時や終末期の対応に関する意思確認も行っています。看取りに関する研修を系列病院の専門家を招き実施しています。これまでに多数の看取り実績があります。	
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、入居者捜索マニュアル、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合いました。地域の方も訓練に参加しています。	年２回、夜間を想定した総合訓練（通報、消火、避難）を実施しています。秦野市の避難訓練にも参加しています。災害時対応研修会を開催しています。災害用備蓄品として食料と飲料水３日分、カセットコンロ・ボンベなどの防災用品を確保しています。	

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
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。	利用者の苗字に「さん」をつけて呼ぶことに、高い価値観をもって取り組んでいます。管理者は、職員の会話や行動が、利用者を傷つけることがないか目配りし、気付いたことはすぐに注意を促しています。年２回の個人面談でも、尊厳について話し合いを行っています。	
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。	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。	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。訪問理美容で希望に合せたカットやカラーにしてます。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者様に、テーブル拭き・テイッシュ設置他準備に参加して頂き、施設の畑で出来た野菜を一緒に収穫し、それを召し上がったり、バルコニーにて秋の『秋刀魚』を炭で焼き召し上がったり、味だけでなく、目でも楽しむ食事を心がけている。	食事は手作りにこだわり、パート職員の調理担当が月１５日間、残りの日は介護職員が調理しています。給食委員会が利用者の意見を取り入れ、１週間分の献立を作成しています。食材は、利用者とスーパーマーケットに買いに行っています。事業所の畑で採れた野菜も使用しています。	

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
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、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い、舌苔のある方は、スポンジ等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ので、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。	排泄チェック表を活用した排泄パターンや特徴を基に、利用者の様子や仕草でトイレ誘導を行っています。重度化してもトイレでの排泄を重視し、２人介助も行っています。複数の利用者がリハビリパンツから布パンツに改善された事例もあります。	
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。	週平均２回、１３時～１５時の間に入浴しています。２日に１回入る人もいます。入浴する利用者や順番などは、前回からの間隔や排泄の失敗などを勘案し、当日の朝に決めています。入浴を拒む利用者には、声かけを工夫し対応しています。	

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の状況に応じて、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CD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。		
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、時間帯個別の薬ケースがあり名前と日付けと薬を２名で確認し内服しています。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、洗濯格納、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。		
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。	外出の機会を増やして、季節を感じて頂いている。また小人数でのドライブや、ご家族も散歩など協力的で、今後は、春には外食ツアーの予定です。	スーパーマーケットや散歩に出かけています。季節の行事として初詣、花見、チューリップ祭り、盆踊り、紅葉狩りなどで外出しています。近々、家族と回転寿司に行くことを企画しています。行事はレクリエーション企画書として記録しています。	
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。	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。夏祭りでは、焼き鳥や、カキ氷を買って楽しまれました。		

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
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。	ご家族や親戚からの電話は本人に取りつぎ、対応している。手紙を書くことは少ない。		
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。	北側の廊下には、日が入らず、夜間寒くならないよう、暖房を入れ対応、湿度温度計を設置して快適に過ごしていただいている。	リビングには明るい日差しが差し込んでいます。壁面には、ひな人形の貼り絵やぬり絵など、利用者の作品とイベントの写真が飾られ、季節感、生活感が感じられます。また、手作りの日めくりカレンダーや、トイレの矢印表示など、見当識に配慮しています。	
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。	一日ゆったりと過ごして頂けるよう食堂と居間が一緒だったので、分けて環境をかえ、食後は、ソファーにて、ゆっくりTVを見たり、自分の時間を過ごしていただく。フロアには生花や造花を飾り、壁には手作りの季節の飾り物を貼り居心地良い空間を作る		
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。	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。	エアコン以外は、使い慣れたものや思い出のあるものを持ち込んでいます。ボランティアのデザイナーに書いてもらった似顔絵や、誕生会の写真が居室を華やかにしています。毎日の掃除、洗濯や週１回のシーツ交換など、清潔な生活が送れるよう支援しています。	
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30年度

目標達成計画

事業所名　　グループホーム渋沢

作成日：　令和　元年　５月２８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	10	《チームでつくる介護計画とモニタリング》プラン作りに反映させる記録はあるが、個別の担当職員中心で行っており全員参加（さまざまな意見、アイデア）が必要	全員の職員が分かりやすく、簡単に書ける様式を作り、ご利用者様ひとり、一人の個性がいかされる、プランを作り、日々実施し、職員の意識、スキルUPにつなげる。	ご利用者様の[できること・できないこと]の様式を作り、全員の職員より、とにかく沢山、色々な視点・観点から意見・情報を集める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月