

平成 21 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20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	
定員等	認知症対応型共同生活介護	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22年2月4日	評価結果 市町村受理日	平成22年6月3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 <http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1472800364&SCD=320>

### 【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、認知症の実行機能障害に配慮し、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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ｸﾞﾞ ｽﾌﾞﾌﾞ 3階		
訪問調査日	平成22年3月25日	評価機関 評価決定日	平成22年5月10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)】

管理者は職員に利用者は認知症であっても人生の大先輩でありプライドもある為、人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねないように、対応に関しては常に指導を行っています。人格を無視した言葉掛けや態度は勿論の事、利用者に対しては苗字に「さん」を付けています。身体拘束や虐待に関しても早期発見・事前防止に繋がるよう「虐待防止委員会」で周知すると共に、職員に点検チェックリストを作成し自己点検をしながら「虐待・拘束」のないケアの実践に努めています。

利用者の思いや希望、意向の把握の為、生活歴や「私の事をもっとよく知って下さい」シートを作成し、その人がどのような生活を望んでいるか、困っている事・出来る事・出来ない事や、職員が気付いた事を記入し、家族・医療機関等からの情報も記載し、それを基に出来る事・出来ない事を見極め、持っている力や思いを把握し、能力が最大限発揮出来る生活がおくれるように「自分らしく生きる」支援をしています。

利用者は率先して洗濯物干し・洗濯物たたみ・テーブル拭き等を行い、ホームで作ったじゃがいも掘りや野菜収穫祭を行ったりしています。市の福祉フェスティバルには作品を出展しています。今年は陶芸の箸置きを200個作り配ったという事でした。役割活動を通し、張り合いや喜びのある日々を過ごしています。職員は「共に生きる」を合言葉にし「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。

### 【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 渋沢
ユニット名	

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、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
<b>理念に基づく運営</b>					
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がら目にするようにしています。	理念はスタッフルームや廊下等に掲示し、職員は「理念カード」を携帯して常に共有しています。社会の常識を踏まえ、認知症であっても実現可能な機能を追求し、自立に向けた理念の実現に努めています。	
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います。施設の納涼祭等の行事を地域に知らせ、施設を開放し、又、公立学校の教職員新人研修や福祉系大学の実習施設の役割を果たしています。	自治会に加入し地域からリサイクル品（布など）を譲り受け、ホームで活用しています。納涼祭などホームの行事には地域の人々やボランティアを招いて地域との交流を図っています。新たに自治会の夏祭りに参加を計画しています。	地元自治会や民生委員、老人会等を通して、地域の高齢者施設の拠点として更に情報発信に取り組みされるよう期待されます。
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、日常の生活、認知症の特徴、対応等を紹介しています。		
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。	会議には行政担当、地域の自主防災会長、地域包括、家族が参画してホームの活動、インフルエンザや防災対策、家族の要望などが討議されています。家族の要望で職員の顔写真と名前を掲示するようになりました。	
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。	市の福祉フェスティバルには毎年参加し、利用者の作品も出展し見学、観賞を楽しんでいます。市の福祉部会による、介護のスキルアップやケアプランの改善などの会議に積極的に参加し行政との連携に努めています。	

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
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。	身体拘束防止のポスターの掲示や毎月の「虐待防止委員会」で周知、啓蒙を図っています。職員にケアの点検チェックリストを作成し、自己点検をしながら拘束のないケアの実践に努めています。	
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、職員にたいして身体拘束・虐待のアンケートも実施しました。		
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できています。		
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ます。		
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。	家族の面会時には要望や意見をきくようにしています。ケアプランの作成時には家族の参加を義務付け、それぞれの家族や利用者の要望、意見をケアプランや運営に反映するよう努めています。	

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	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。	職員の要望や意見は毎月開催するカンファレンスで聞く機会を作っています。「自由ノート」を備え日頃気付いた提案、要望などを書き込み、定例のカンファレンスの議題に載せ、サービスの向上や運営に活かしています。	
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、自信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ます。		
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、実施しています。		
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。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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
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。		
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。	利用者の以前の生活歴を踏まえ、墓参りや友人との付き合い、家族との旅行、家族との散歩など家族の協力のもとに維持継続ができるよう支援しています。	

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。		
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。	入所時や定期的なアセスメントの中で「私はいくらこういう人です」「私のことをもっとよく知ってください」という項目に家族から聞いた事、職員が気が付いた事を記入、思いや希望・意向の把握に努め日々の支援に役立てています。	
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おくられるように（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ます。		
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よい疲労感、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ます。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ます。	職員は各利用者の「困っている事・出来ない事」「出来る事・持っている力」を日々の援助の中で記入し、そこからそれぞれの生活の目標設定を見つけ出し、現状に即した介護計画を作成しています。その他医師や看護師の意見を取り入れています。	
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ます。		
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ます。		
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。	月1回協力医の往診があり、2週間毎に往診連絡表を協力医にFAXで送り、利用者の健康状況を知らせ連絡を取り合っています。その他訪問歯科医が必要時に往診をしています。また週1回看護師が訪問をしています。	



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
31		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>		
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、事業所ですることが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>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。</p>	<p>入所時に重度化・終末期に係る指針を書面にて説明をし、意向確認書を頂いています。重度化した場合は再度意向を確認し、協力医・訪問看護師等の関係者と連携を取り支援に取り組んでいます。</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>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。</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>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あいました。地域の方にも訓練に参加して頂き、協力の要請をしています。</p>	<p>年3回の防災訓練を行うと共に自主点検を行っています。地域の方にも訓練に参加して頂き、協力体制も出来ています。災害時の為に備蓄の準備もされています。</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	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、個人情報に関する物は鍵付き棚に保管。	認知症であっても利用者は大先輩である、プライドがあるので、上から目線で話さない等、管理者は職員に指導をし徹底を図っています。また資料等も鍵を掛ける等責任のある管理を徹底しています。		
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。			
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、米とぎ、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。	利用者はそれぞれの出来る事を行い職員と一緒に食事の準備をしています。食事も同じテーブルで話をしながら楽しんで食べています。誕生会には職員が手作りケーキを用意、行事ではお寿司を用意したりしています。		

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>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、個別に声かけやトロミにて対応しています。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>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、声かけや誘導を行い、排泄パターンの把握に努めています。</p>	<p>排泄チェックシートを活用し、声掛けや誘導を行い自立に向けた支援を行っています。夜間おむつの方も昼間はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄を促しています。現在おむつ使用の利用者は夜間は2名、昼間は1名となっています。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>入浴は希望があれば毎日でも入ることが出来ます。入浴をあまり好まれない方も週に2~3回は入ってもらうよう支援をしています。また、季節に合わせゆず湯・菖蒲湯などの入浴剤なども使用し、楽しんでもらっています。</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
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ト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。		
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、必要時確認しています。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て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、外出にとても協力的です。	散歩・買い物・ドライブの他、お花見・紅葉狩りに出掛けたり、市で行っている福祉フェスティバルに参加しています。ボランティアや家族の協力を得て外出が出来るよう支援を行っています。	
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。今後、自分の好きな物が買えるよう、職員と一緒に買い物に行きたいと思っています。		

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ます	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。和室にはホットカーペットを敷き憩いの場としています。男性専用便器もあります。	食堂・リビングの脇に和室があり、利用者同士がくつろいだり、洗濯物たたみなどを行っています。また、リビングに続くウッドデッキでは暖かい日は外気浴を楽しむ事が出来るようになっています。	
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	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。	居室は全て畳の部屋です。利用者が自宅から自由に家具などを持ち込み仏具・ミニ椅子・テーブル・テレビなどが置かれ、自宅に近い環境をセッティングする事で混乱をきたさないようになっています。	
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	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。居室のドアを黄色、トイレのドアを黄緑に変え、トイレと居室を色で分けわかりやすくしています。		

## 目標達成計画

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 35	<事業所と地域とのおつきあい～改善目標> <災害対策～改善目標> 防災体制の見直し	非常災害時の地域連携	自治会長と民生委員を運営推進会議のメンバーに取り込み助言をいただく。	6ヶ月
2	54	<居心地よく過ごせる居室の配慮～改善目標> 居心地の良い共用空間づくりの強化	BPSDの軽減	スタッフのコミュニケーション技術の向上を図るため、月間カンファレンスなどにおいて重点目標を意識したケア検討を行い実践する。 ①リフレージング ②納得できる言葉掛け (物的空間(音、温度、光等)の調整に限らないもの。)	12ヶ月
3	2 3	<外部評価報告書～ステップアップの期待> <第7回運営推進会議～秦野市助言> 施設側が出来る地域交流	施設の周知と介護情報の提供	広報誌を作成し、地域に介護情報を発信する。	10ヶ月
4	10	<利用者家族等アンケート～改善要望点> 尊厳を重視して、飲食時には不用意にエプロンを使用しないが、そのために発生しやすい食べこぼしの改善	床を清潔に保つ	有効な食事介助技術及び清掃方法について、月間カンファレンスで検討を行い実践すると共に、定期的に申し送りで食事状況と床の状態を確認し評価する。 ①こぼさず食べて頂く為の見守りと介助方法 ②床にこぼれてしまった際の対処の仕方 ③必要に応じた重点清掃と定期的な床ワックス掛けなど (通常の清掃以外のもの。)	12ヶ月
5					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。