

平成26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
		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26年12月16日	評価結果 市町村受理日	平成27年7月10日

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1472800364&SVCD=320&THNO=14211
----------	---

【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、その人にあつた、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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年3月26日	評価機関 評価決定日	平成27年6月11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)】

小田急線渋沢駅で下車し、南口を10分位坂道を上った住宅地にある2階建ての建物で、2階がデイホーム、1階が1ユニットのグループホーム渋沢です。
<優れている点>
室内は毎日2回以上の清掃と消毒（ハイター、次亜塩素酸）を行って、清潔に特別の配慮をしています。利用者もイソジンのうがいをしており、インフルエンザ・ノロウイルス・風邪などに大きな効果を発揮しています。
職員は毎日気が付いたことを何でも書くことが出来る「自由ノート」に自分の気づきなどを気軽に書いています。施設長はこの内容を見て、日々の対処やカンファレンスの議題として拾いだし話し合いに活用し、支援につなげています。
<工夫点>
家族と交流が図れています。事業所では「認知症ワンポイントアドバイス」や「入浴介助の工夫」など介護に関する情報を小冊子や広報誌「渋沢ファミリー」で家族や地域に配布しています。家族は認知症や介護に理解を深め、施設長・職員と話すきっかけにもなっています。また利用者の多数の家族が良く訪問しているので、その折に意見交換をしています。その中から意見、要望を実現しています。ケアプランを工夫しています。家族了解のもと家族と散歩することをケアプランに含めている人もおり、よく家族と散歩しています。利用者がやりたいこと（洗濯物たたみ、掃除など）が重なった時に、各々やりたいことの時間をずらした「デイトタイムケアプラン」を作成し、各々がやりたいことを実現できるようにしています。

【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
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	グループホーム渋谷
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)		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近づけている。	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している。	職員は法人の理念をかみくだいた「道標」を作成し、道しるべとして共有し、日々の実践の振り返りに活用しています。利用者の個別の状態に合わせて希望に沿ったサービスを提供しています。		
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。	地元自治会に施設の活動を広報誌「渋沢ファミリー」として配布しています。施設での生活の様子や認知症に対する理解やアドバイスなどの役立ち情報を載せています。地域の人から季節の野菜を貰うことも多く、地域の一員となっています。		
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。	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。	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。	運営推進会議は3ヶ月に1回確実に行っています。市職員、自治会長、民生委員、地域包括センター職員、利用者、時には家族など10人近くが集まり活発に情報交換が行われています。		
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。	広報誌「渋沢ファミリー」の送付、運営推進会議への出席依頼、年1回の市開催の福祉センターフェスティバルへの参加を通じて情報発信と連携を強めています。		

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。	接遇において気付いた事を「自由ノート」に記入し、カンファレンスにて確認しています。玄関は安全を考えテンキーによる施錠をしていますが、利用者が出たい時には出れる環境を提供して心の鍵がかからない様にしています。家族にも身体拘束防止について説明をしています。	
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1回の家族アンケートを独自に実施しています。また月に利用者の9割位の家族が訪問しているので、その折に意見交換をしています。家族の意見から職員の写真、名前の掲示をす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
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。	気が付いたことを何でも書くことが出来る「自由ノート」に自分の気づきを気軽に書いています。施設長は内容を見て、日々の不足品の対処や利用者の細かな変化をカンファレンス時の議題として拾いだして話し合い、支援につなげています。	
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。		
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お声掛けをしている。		
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。	利用者の生活履歴や情報ファイルは開くだけで活用できるよう工夫しています。家族もケアプランの支援者として役割を担って貰っている例もあります。家族の面会も多く共に食事や墓参り、散歩などこれまでの関係を継続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り組み 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。	利用者の表現できない思いから見られる様子を「真のニーズ」として介護経過記録に居室担当者が中心に拾い出し、まとめてカンファレンスで話し合っています。この中で食事をとらなかったことは「ダイエット中」との思いに気付く事も出来ています。	
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、ゆつ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。	利用者、家族とのかかわりの中で思いや希望を聞いています。看護師、医師の意見もふまえチームでモニタリングし、ケアプランに反映しています。思いが重なる時は時間をずらした個別のデイトタイムケアプランを作成し、個別に支援をしています。	
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。	内科では、利用者は皆家族の了解のもと、事業所の協力医が主治医で月1回往診に来ています。事業所は月2回利用者の健康状況を協力医に報告し、連絡を取り合っています。内科以外の以前からのかかりつけ医には家族と一緒に通院しています。	

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		○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。	昨年、終末期に向けた対応を複数行っています。その際にその経過を「終末期サマリー」としてまとめています。入所時に重度化の指針を家族に説明し、了解を得ています。具体的に、終末期の対応が必要となった際には改めて家族や協力医と話し合い、決めています。	
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。	年2回、通報・消火・避難訓練を含めた防災訓練を行っています。その内1回は利用者を毛布にくるんで避難する方法も行っています。自治会主催の地域の防災訓練に職員が参加し、事業所では“異常なし”の表示として入口に黄色い旗を出す訓練も行っています。	

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。	人格の尊重や言葉かけの教育を行っており、職員も十分理解しています。年3回発行する広報誌の利用者の写真も家族の了解を得ています。個人情報資料は鍵のかかるファイル棚に保管しています。		
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。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。ご家族の方と美容院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ます。	食材は職員・利用者で買い出しに出掛けています。年1回家族アンケートを行い、利用者の食事の好みも確認し、食事に加えています。誕生会は赤飯で祝っています。収穫祭で芋を食べたり、また焼きそばや年越しそばを食べたり、寿司を家族と食べに行く人もいます。		

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。	排泄の完全自立の人は少なく、排泄チェック表を使用し、利用者ごとの排泄パターンを把握するようにしています。排泄パターンの把握から声掛けやトイレ誘導を行い、排泄の自立の支援をしています。	
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、スキニ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。入浴後は水分補給を行っています。	毎日午後、週2～3回入浴しています。入浴日は計画的に決めてはいません。入浴拒否の方も誘い方法など工夫し、入れるようにしています。介護度の高い人には職員が2人で対応しています。季節を感じるゆず湯、菖蒲湯なども行っています。	

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
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。		
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、テーブル拭き等の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、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、庭で野菜を作り職員と一緒に収穫し取れたての野菜を食べます。		
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。	ウッドデッキでの外気浴やスーパーに買い物に行ったり、近くの園芸店で季節の花を見に散歩に出掛けています。家族了解のもと家族と散歩することをケアプランに含めている人もおり、よく家族と散歩しています。近くの運動公園に利用者全員で花見にも行っています。	散歩に行く人、行かない人がおります。工夫により、一人でも多くの人の外出支援につながることを期待します。
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なっています。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。	加湿器2台が有り、職員により温湿度管理をしています。さらに毎日2回以上の清掃と消毒（ハイター、次亜塩素酸）を行って、清潔に特別の配慮をしています。利用者もイソジンのうがい、インフルエンザ・ノロウイルス・風邪などに効果を発揮しています。	
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。	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。	居室は全室「畳の部屋」です。エアコン・押入れは備え付けです。居室にはテレビ、和ダンス、藤製和ダンス、仏壇など、利用者の思い思いの物を持ち込んでいます。どの部屋の壁にも誕生会の写真が貼ってあり、何年入居しているかが分かります。	
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をしている。	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26年度

目標達成計画

1E+09

事業所名 グループホーム渋沢

作成日： 平成27年 7月10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	35	<災害対策～改善目標> 防災体制の維持、強化	非常災害時の地域連携	今年度も地域の防災訓練に参加する（9月予定）。 ホームでの防災訓練に今年度も自治会長や地域住民の方に参加して頂く。	12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の予防・軽減 虐待や身体拘束の理解	5年連続になるが、その重要性から、引き続き年間研修計画にBPSD対策を盛り込み実施する。（年2回）※ 広報誌でも取り上げる。昨年同様、虐待防止拘束廃止委員会において、メンタルヘルスケアや、虐待化する恐れのある不適切なケアについて勉強会・グループ討議を実施する。	12ヶ月
3	12	<運営推進会議委員による改善要望点> 玄関周りに彩りがほしい。	玄関周りの美化（玄彩）	玄関周りに季節の花や緑のプランターを置いたり、置き換えたりして、一年を通し彩りが絶えないようにする。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月