

平成25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	1493300014	事業の開始年月日	平成18年4月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	有限会社 水車の里			
事業所名	グループホーム 水車の里			
所在地	(226-0017)			
	横浜市緑区新治町1101-2			
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	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成25年11月23日	評価結果 市町村受理日	平成26年2月7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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?JGNO=ST1493300014&SVCD=320&THNO=14100
----------	---

【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)】

緑多い恵まれた環境の中、「認知症にあっても自分らしく安心して暮らせるグループホーム」を目標に、職員一丸となり取り組んでいます。
個別支援に力を入れ、コンサートや映画、カラオケ、銭湯と、その方ならではの外出や必要な支援を適切に提供できるよう心がけています。
年に2回、春と秋には全員参加にて日帰り旅行にも出かけています。
熱海で温泉を楽しんだり、房総で美味しい海鮮をいただいたり
入居者様の楽しみの一つとなっているようです。

【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25年12月12日	評価機関 評価決定日	平成26年1月23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)】

グループホーム水車の里は、JR横浜線十日市場駅からバスで4つ目の萱場公園前より徒歩で数分の、閑静な住宅地にあります。新治市民の森に隣接した自然豊かな処に、平成18年4月に開所した木造2階建ての、2ユニットの事業所です。

<優れている点>

入居者がその人らしく、少しでも自立に近い生活を送るための支援として、家族の同意と協力を得て、利用者一人での外出を支援しています。地域の人々もあたたかく見守ってくれています。また、コンサートや映画、美術館、スーパー銭湯など普段は行けないような場所へも本人の希望に合わせ、職員とマンツーマンで出かけています。認知症キャラバンメイトである管理者が、地域住民向けの認知症サポーター講習会の講師を務めたり、ホームで中学生の体験学習や認知症介護実践研修の受講者を受け入れています。また、今年度から神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として勉強会を開催し、身体拘束防止のアピールに努めています。入居者のみならず地域にとっても、頼りになるホームとして認知されています。

<工夫点>

新入職員が連携している他ホームとの交換研修で視野を広げ、介護に対する気づきを得たり、介護職員としての意識を高めています。

【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 水車の里
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)	<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、活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近づけている。	職員と共に考えたホーム理念はカンファレンスやケアプラン作成時、また日々のケアを考える際などあらゆる場面で私たち職員の指標となっています。	理念は全職員の話し合いで作成しています。玄関などに掲示し、常に理念を念頭に置いて、ケアに努めています。会議のときは「その人らしさ」や「家族、地域との連携」を大切に考えるという、理念に沿ったケアをしているかを、振り返っています。	
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。	日頃より地域の方へは積極的に気持ちよく挨拶を行うよう努めています。また地域の行事（盆踊りや餅つき等）への参加の他、月に1回、地域の防犯パトロールや地域清掃にも入居者様と共に参加しています。	立地の関係で2つの自治会に加入しています。自治会の広報誌などは入居者にも回覧して、盆踊り、餅つき、夏祭り、清掃、防犯パトロールなどに参加し地域との交流を深めています。ホームの避難訓練には地域の人も参加しています。	
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。	地域で実施される研修会に講師として参加させていただいたり、新たに区内の認知症指導者有志と地域包括支援センター共催で行う月に1度の認知症ケア勉強会に認知症介護指導者である管理者が参加するようになりました。	/	/
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。	概ね2か月に1回のペースにて自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、ご家族様、入居者様に会議に参加いただき、会議内でいただいた助言はカンファレンス等で職員と共に共有しサービスの向上に努めています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。2つの自治会から会長が出席しています。議題は避難訓練などの災害対策、行事報告や予定、医療対応など、多岐にわたります。ホームの状況を説明し、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。	グループホーム連絡会のブロック会には区職員にも参加いただき、定期的に情報交換や話し合いの機会を設けています。	日頃から区や地域包括支援センターの職員とは連絡を取り合い、情報の共有に努めています。2、3ヶ月に1回、開催する緑区、青葉区のブロック会に参加することや、認知症キャラバンメイトとしての活動を通して、情報の交換をしています。	

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。	ホーム内は施錠することなくユニット間の交流も自由に行える環境です。また目に見えない拘束に対するスローガンを定期的に作成したり神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として勉強会を開催し身体拘束の防止に努めています。	身体拘束については独自のマニュアルを作り、言葉による拘束を含め内部研修をしています。玄関や各フロアの出入口に施錠はなく、入居者は自由に行き来ができます。本年度からは神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として活躍しています。	
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。	入職時より虐待について学ぶ機会を設けています。質の高いケアを提供する事が虐待防止につながると考え、日々のケアの中に起こりやすい不適切な対応を防止するスローガンを休憩室に貼付しています。		
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。	ホーム内での勉強会の他、外部の研修会へ積極的に参加し現場へフィードバックできるよう心がけています。また入居者様の成年後見人などから話を聞く機会も多いです。		
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。	不安や疑問などが解消できるよう、契約以前より分かりやすい言葉で必要な情報を伝えるよう努めています。		
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。	契約時、意見や苦情等の窓口について説明を行っています。また気になったことやホームに頼みたいこと等、直接言いにくいことなどは交換連絡ノートを作成しノートへの記入をお願いします。	入居時に重要事項説明書に記載の意見や苦情などの窓口、担当者について説明しています。玄関にも掲示しています。意見箱も設置しています。家族との交換連絡ノートで、意見や要望の把握に努めています。	

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
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。	法人参加の全体会議にて職員が意見や提案を発信できる機会を設けています。職員からの提案により改善されたことは多く、法人も重要な会議の1つと捉えています。	年4回開催の全職員と法人参加の全体会議、毎月2回開催するカンファレンスで、常勤職員やパート職員から意見や提案が出来る機会を設けています。職員提案から洗濯物干し場が改善され、利用者の転倒防止に役立っています。	
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。	代表者は管理者からの提案内容をもとに検討を行い、職場環境や条件の整備等に努めています。		
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。	人材育成については全て管理者に一任されています。管理者は把握している職員のスキルに合わせホーム内研修や外部研修へ職員が参加できる機会を設けています。		
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。	GH連絡会による交換研修や外部研修には積極的に参加し、同業者と交流できる機会を設けています。		
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。	入居から最短でも1週間は日々の介護記録とは別に新入居者様専用の記録用紙を使用し、入居後のホームでの様子やご本人の訴えを、職員が情報共有でき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。	ホーム入居後も良好な家族関係を築き継続していただくことが大切と考えています。ご家族様には入居直後より入居者様にはたくさん会いに来ていただくよう伝えていきます。		
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。	ご本人の状況を正しく判断する事が重要と考えています。またGH以外のサービスについても正しい知識がもてるよう、他サービス関係者との交流の必要性を強く感じています。		
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。	ご本人の好きな事や嫌いな事、得意な事、苦手な事を知り、その方が輝いて活動できる場面作りに努めています。が、人生の先輩である入居者様から学ぶことの方が多いです。		
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。	ホームの行事などでは準備や出し物、後片付け等にもご家族に参加いただき「招待客」ではなく、入居者様やご家族、地域等と共にグループホームは作り上げていくものと考えています。		
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。	入居前の近隣の方がボランティアコンサートを開催したり、ご友人とランチに行かれたり、職員と共に生まれ育った町を訪れたり、なじみの人や場所をいつまでも大切にできるよう支援していきます。	入居前の隣人の方がボランティアでコンサートを開催して、入居者の好評を得ています。入居者と職員で馴染みの場所に定期的に外出したり、定期的な家族の来訪で、入居前の関係が途切れないよう工夫しています。	

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。	「歌好きグループでカラオケ」「晚酌グループで飲み会」「健脚グループで江ノ電鎌倉ツアー」など、気の合う仲間や共通点のある人同士での交流場面に努めています。		
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。	看取り以外の退居の場合、長期入院によるものが多いですが、病院やご家族との関わりを継続できるよう努めています。		
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。	入居時のアセスメントシートにはご本人らしい生活を送るために必要な内容が盛り込まれています。また入居後もホームケアプランの他、職員と入居者様が共に作成するミニケアプランがあり、その人らしい生活が送れるよう工夫しています。	入居時のアセスメントシートを入居者一人ひとりの思いの把握に生かしています。職員を居室担当制にして入居者の日々の思いや暮らし方を観察、傾聴し作成したミニケアプランで、その人らしい暮らしが送れるよう工夫しています。	
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。	入居時のアセスメントシートの他、入居後もさまざまな新しい情報をケアプランへ取り込んだり、職員同士が情報を共有できるよう日々の気づきや新たな気づきを記入する専用シートを設けています。		
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。	毎日の生活記録にはケアプランが記入されており、プランが実施されたか否かの記入欄を設けています。ケアプランを掲げただけでなく、現状に合っているのか現状の振り返りを毎日行いながら次のプランへとつなげています。		

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。	ご意向を伺うのはもちろんの事、日々の変化や新しい情報を見逃さない為のシートを設けています。また入居者様の状態は日により変化する為、入居者様と共にミニケアプランを作成し、状態に合った支援の提供に努めています。	居室担当職員が入居者の日々の表情や仕草など観察結果や、意向などの情報を専用シートに記載しています。入居者、居室担当職員、管理者でミニケアプランを作成し、入居者の状態に合った支援を行っています。	
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。	毎日の介護記録にケアプラン実施の有無を記入する欄を設けたり、新たな情報や新しい気づき、意外な一面が見られた時には専用のファイルへ記入し次のケアプランへ反映させています。		
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。	骨折で治療後、退院された方のような状態低下後の回復期には生活リハビリに力を入れていますので当ホームにはホーム内で車いすを使用されている方はいらっしゃいません。また状態安定期には外出などの活動を積極的に取り入れ支援しています。		
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。	ケアプラザ主催の囲碁や卓球、コーラスなどに参加したり、入居前の近隣住民によるボランティアコンサートなど既存のサービス以外にも目を向け柔軟に対応しています。		
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。	入居時に長年診ていただいている主治医がいる場合には継続できる旨、お伝えしています。しかし多くの方がホーム往診医での健康管理を希望され、眼科や精神科などの専門外来については継続されるという方が多いです。	毎週歯科医の定期診療があります。内科医は隔週で訪問しています。毎年インフルエンザの予防接種を実施しています。また週に1回、訪問看護師が健康管理に來ています。他科受診の際は基本は家族対応ですが、状況によっては職員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。	日常生活で気になったことなどは往診医・看護師への伝言ノートに記入し情報や気づきを伝えています。また看護師が気づいた事や気になった事は職員へ伝えると共に主治医へ直接FAXにて報告する仕組みとなっています。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供を行っています。またホーム内にて出来ることを明示し早期退院が出来るよう働きかけています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時や状態が低下してきた場合などには重度化や終末期に向けたホームの方針について説明を行ったうえで、入居者様、ご家族の意向を伺うよう努めています。	入居時に本人、家族の意向を伺い重度化の指針の説明をしています。ホームでの看取りの経験も数件あり、会議で振り返り、その時の事例を検討しています。また職員は日ごろから医師、看護師から看取りに関する話を聞き研鑽に努めています。	
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。	定期的に行われる全体会議を利用し急変時や事故発生時の対応方法の確認を行っています。		
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。	年に2回、消防署の方や地域住民に参加いただき避難訓練を行っています。ここ数回は炊き出しなども行い、地域の方との交流の機会を持ちながら協力関係を築いています。	年2回消防署の協力を得て、避難訓練を行っています。訓練の際は地域の人にも参加を呼びかけ、炊き出しを行うこともあります。2階の場合は、ひとまずベランダに避難し、消防の救助を待つようにしています。備蓄は食糧3日分用意しています。	

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。	カンファレンス等にて入居者様一人ひとりに合った対応方法を検討し、実践へとつなげています。またケアにばらつきが出ないように、ある程度はルール決めを行い統一されたケアの提供に努めています。	職員は入居者のその人らしくを大切に考え、自尊心を傷つけないようさりげないケアを行っています。トイレに誘導するときや入浴支援のときは、羞恥心に配慮した言葉かけをするよう注意しています。個人情報などの書類は書庫に保管しています。	
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。	その日に着用する服や10時に飲まれる飲み物、15時のおやつなど、さまざまな場面で入居者様が自己決定できるよう取り組んでいます。		
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。	大まかな一日の流れはあるものの、朝ゆっくり休まれ朝食時間をずらしたり、ご本人が行きたいタイミングで散歩へ出かけたりと入居者様一人一人の希望、ペースを大切にしています。		
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。	洋服やヘアスタイルなど一緒に考え、共におしゃれを楽しめるよう取り組んでいます。ご希望のある方にはメイクやマニキュアなども楽しんで頂いています。皆様、大変おしゃれです。		
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。	決められたメニューの他、入居者様の希望を取り入れた食事内容など柔軟に対応しています。また季節のメニューが楽しめるよう工夫し、これからの季節ではお鍋やおでんを楽しんで頂きます。	食材は業者から配送され、職員が入居者の希望を取り入れ調理しています。入居者も「昔取った杵柄」で上手に調理を手伝っています。下ごしらえ、配膳、後かたづけを積極的に行っています。希望により、鮎屋、中華など外食にも出かけてます。	

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。	無理強いすることなく、必要な栄養や水分を確保していただけるよう、さまざまな代替品やその方の嗜好にあった食品のストックを行っています。		
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。	状態に合わせた見守りや声掛けを心がけています。介助が必要な方の口腔ケアは職員にて行うため口腔内を良い状態に保ちやすいですが自立度の高い方の場合には入居者様の自尊心に配慮した様々な工夫を行い対応しています。		
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。	失敗なくトイレで排泄できることを目標に入居者様一人ひとりに合った支援を行うよう心がけています。当ホームではリハビリパンツを使用していない方も多いです。	排泄チェックリストや食事前後、外出前後に、一人ひとりに合わせた職員のさりげない声かけでトイレ誘導しています。日中だけでなく夜間も含めて、安易にリハビリパンツなどを使用せず、トイレで排泄ができるよう支援しています。	
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。	便秘しやすい入居者様に合わせた食品を用意しています。また体操やマッサージなども取り入れ、安易に薬に頼らない工夫を行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	お好きな方は毎日入浴を楽しんでいます。余りお好きでない方にも少しでも入浴を楽しんで頂けるよう、工夫しています。また希望者と銭湯などにも出かけています。	入浴時間は決めていないので、入居者の希望の時間に入浴が出来ます。毎日入浴している入居者もいます。入浴剤や声かけのタイミングなどで、入浴が楽しめるよう工夫しています。スーパースタッフ銭湯に職員と出かけている入居者もいます。	

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
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。	日中の活動や介護用品などを工夫することで夜間安眠していただけるよう取り組んでいます。また状態に合わせ、日中休息が出来るよう声掛けを行ったりその人らしい休息、安眠を心がけています。		
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。	内服薬については薬剤師より説明を受けるようにしています。また職員全員が入居者様の服用している薬を理解できるようにファイル作りなどの工夫も行っていきます。		
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。	生活の中にその方らしい役割がもてるよう支援しています。また晩酌など、長年の楽しみごとなどがホーム入居後も継続していただけるよう取り組んでいます。		
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。	毎日の散歩は決められた時間以外でも要望に合わせて柔軟に対応しています。またコンサートや映画、美術館、温泉など普段は行けないような場所へもご本人のご希望に合わせて出かけています。	毎日の散歩が習慣になっています。一日に数回散歩する入居者もいます。弁当を持ってのピクニックなどの入居者の希望に合わせた外出支援を行っています。年2回入居者全員で、熱海温泉や房総半島などの遠出を行っています。	
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。	何名かの入居者様は入居後もご自身でお金を所持し外出時にはお好きなものをご自身で購入されています。入居者様の状態やご家族の要望に合わせて柔軟に対応しています。		

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
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。	携帯電話をお持ちの方もいらっしゃいますし、ホーム電話を利用しご家族などに連絡をとられる方もいらっしゃいます。年賀状や季節の便りなどもご本人が希望されることには柔軟に対応しています。		
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。	季節感のある装飾を飾ったり、入居者様皆で作ったソファカバーやクッションカバーがリビングに色を与えています。またホーム内は常に整理整頓を心がけ居心地の良い空間づくりに努めています。	入居者と職員で力を合わせて作った季節のクリスマスリースを廊下などに飾っています。ホーム内での行っている生け花も居室や居間に彩りを添えています。入居者が不穏になりやすい夕方、職員は入居者に寄り添い心の安定を図る工夫をしています。	
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。	多数でにぎやかに過ごしていただくリビングの他、気の合った数人でちょっとした談話が出来るスペースなども作っています。1人で過ごしたい場合には自室で安心して過ごしていただけるよう工夫しています。		
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。	各居室は入居者様のなじみの家具が置かれ部屋ごとにその人らしさを感じられる空間になっています。また仏壇や冷蔵庫、書庫などその方らしいなじみの物や生活に必要なものが置かれています。	広いクローゼット、エアコン、防災カーテンを設置した居室には、入居者の馴染みの家具や電気製品、仏壇などその人の暮らし方に合わせて置かれています。入居者が出来る事、わかる事は、力を発揮してその人らしく過ごせる工夫をしています。	
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。	トイレなどは分かりやすく目印を取り付けご本人の力を発揮できるよう工夫しています。また生活用品の保管場所を入居者様も利用できるようにすることでリビングのティッシュなどがなくなると入居者様が補充して下さいます。		

事業所名	グループホーム 水車の里
ユニット名	2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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	職員と共に考えたホーム理念はカンファレンスやケアプラン作成時、また日々のケアを考える際などあらゆる場面で私たち職員の指標となっています。		
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。	日頃より地域の方へは積極的に気持ちよく挨拶を行うよう努めています。また地域の行事（盆踊りや餅つき等）への参加の他、月に1回、地域の防犯パトロールや地域清掃にも入居者様と共に参加しています。		
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。	地域で実施される研修会に講師として参加させていただいたり、新たに区内の認知症指導者有志と地域包括支援センター共催で行う月に1度の認知症ケア勉強会に認知症介護指導者である管理者が参加するようになりました。		
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。	概ね2か月に1回のペースにて自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、ご家族様、入居者様に会議に参加いただき、会議内でいただいた助言はカンファレンス等で職員と共に共有しサービスの向上に努めています。		
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。	グループホーム連絡会のブロック会には区職員にも参加いただき、定期的に情報交換や話し合いの機会を設けています。		

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。	ホーム内は施錠することなくユニット間の交流も自由に行える環境です。また目に見えない拘束に対するスローガンを定期的に作成したり神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として勉強会を開催し身体拘束の防止に努めています。		
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。	入職時より虐待について学ぶ機会を設けています。質の高いケアを提供する事が虐待防止につながると考え、日々のケアの中に起こりやすい不適切な対応を防止するスローガンを休憩室に貼付しています。		
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。	ホーム内での勉強会の他、外部の研修会へ積極的に参加し現場へフィードバックできるよう心がけています。また入居者様の成年後見人などから話を聞く機会も多いです。		
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。	不安や疑問などが解消できるよう、契約以前より分かりやすい言葉で必要な情報を伝えるよう努めています。		
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。	契約時、意見や苦情等の窓口について説明を行っています。また気になったことやホームに頼みたいこと等、直接言いにくいことなどは交換連絡ノートを作成しノートへの記入をお願いします。		

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。	法人参加の全体会議にて職員が意見や提案を発信できる機会を設けています。職員からの提案により改善されたことは多く、法人も重要な会議の1つと捉えています。		
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。	代表者は管理者からの提案内容をもとに検討を行い、職場環境や条件の整備等に努めています。		
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。	人材育成については全て管理者に一任されています。管理者は把握している職員のスキルに合わせホーム内研修や外部研修へ職員が参加できる機会を設けています。		
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。	G H連絡会による交換研修や外部研修には積極的に参加し、同業者と交流できる機会を設けています。		
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。	入居から最短でも1週間は日々の介護記録とは別に新入居者様専用の記録用紙を使用し、入居後のホームでの様子やご本人の訴えを、職員が情報共有でき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。	ホーム入居後も良好な家族関係を築き継続していただくことが大切と考えています。ご家族様には入居直後より入居者様にはたくさん会いに来ていただくよう伝えていきます。		
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。	ご本人の状況を正しく判断する事が重要と考えています。またGH以外のサービスについても正しい知識がもてるよう、他サービス関係者との交流の必要性を強く感じています。		
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。	ご本人の好きな事や嫌いな事、得意な事、苦手な事を知り、その方が輝いて活動できる場面作りに努めています。が、人生の先輩である入居者様から学ぶことの方が多いです。		
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。	ホームの行事などでは準備や出し物、後片付け等にもご家族に参加いただき「招待客」ではなく、入居者様やご家族、地域等と共にグループホームは作り上げていくものと考えています。		
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。	入居前の近隣の方がボランティアコンサートを開催したり、ご友人とランチに行かれたり、職員と共に生まれ育った町を訪れたり、なじみの人や場所をいつまでも大切に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
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。	「歌好きグループでカラオケ」「晚酌グループで飲み会」「健脚グループで江ノ電鎌倉ツアー」など、気の合う仲間や共通点のある人同士での交流場面に作り努めています。		
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。	看取り以外の退居の場合、長期入院によるものが多いですが、病院やご家族との関わりを継続できるよう努めています。		
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。	入居時のアセスメントシートにはご本人らしい生活を送るために必要な内容が盛り込まれています。また入居後もホームケアプランの他、職員と入居者様が共に作成するミニケアプランがあり、その人らしい生活が送れるよう工夫しています。		
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。	入居時のアセスメントシートの他、入居後もさまざまな新しい情報をケアプランへ取り込んだり、職員同士が情報を共有できるよう日々の気づきや新たな気づきを記入する専用シートを設けています。		
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。	毎日の生活記録にはケアプランが記入されており、プランが実施されたか否かの記入欄を設けています。ケアプランを掲げただけでなく、現状に合っているのか現状の振り返りを毎日行いながら次のプランへとつなげています。		

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。	ご意向を伺うのはもちろんの事、日々の変化や新しい情報を見逃さない為のシートを設けています。また入居者様の状態は日により変化する為、入居者様と共にミニケアプランを作成し、状態に合った支援の提供に努めています。		
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。	毎日の介護記録にケアプラン実施の有無を記入する欄を設けたり、新たな情報や新しい気づき、意外な一面が見られた時には専用のファイルへ記入し次のケアプランへ反映させています。		
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。	骨折で治療後、退院された方のような状態低下後の回復期には生活リハビリに力を入れていますので当ホームにはホーム内で車いすを使用されている方はいらっしゃいません。また状態安定期には外出などの活動を積極的に取り入れ支援しています。		
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。	ケアプラザ主催の囲碁や卓球、コーラスなどに参加したり、入居前の近隣住民によるボランティアコンサートなど既存のサービス以外にも目を向け柔軟に対応しています。		
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。	入居時に長年診ていただいている主治医がいる場合には継続できる旨、お伝えしています。しかし多くの方がホーム往診医での健康管理を希望され、眼科や精神科などの専門外来については継続されるという方が多いです。		

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。	日常生活で気になったことなどは往診医・看護師への伝言ノートに記入し情報や気づきを伝えています。また看護師が気づいた事や気になった事は職員へ伝えると共に主治医へ直接FAXにて報告する仕組みとなっています。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供を行っています。またホーム内にて出来ることを明示し早期退院が出来るよう働きかけています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時や状態が低下してきた場合などには重度化や終末期に向けたホームの方針について説明を行ったうえで、入居者様、ご家族の意向を伺うよう努めています。		
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。	定期的に行われる全体会議を利用し急変時や事故発生時の対応方法の確認を行っています。		
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。	年に2回、消防署の方や地域住民に参加いただき避難訓練を行っています。ここ数回は炊き出しなども行い、地域の方との交流の機会を持ちながら協力関係を築いています。		

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。	カンファレンス等にて入居者様一人ひとりに合った対応方法を検討し、実践へとつなげています。またケアにばらつきが出ないように、ある程度はルール決めを行い統一されたケアの提供に努めています。		
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。	その日に着用する服や10時に飲まれる飲み物、15時のおやつなど、さまざまな場面で入居者様が自己決定できるよう取り組んでいます。		
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。	大まかな一日の流れはあるものの、朝ゆっくり休まれ朝食時間をずらしたり、ご本人が行きたいタイミングで散歩へ出かけたりと入居者様一人一人の希望、ペースを大切にしています。		
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。	洋服やヘアスタイルなど一緒に考え、共におしゃれを楽しめるよう取り組んでいます。ご希望のある方にはメイクやマニキュアなども楽しんで頂いています。皆様、大変おしゃれです。		
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。	決められたメニューの他、入居者様の希望を取り入れた食事内容など柔軟に対応しています。また季節のメニューが楽しめるよう工夫し、これからの季節ではお鍋やおでんを楽しんで頂きます。		

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。	無理強いすることなく、必要な栄養や水分を確保していただけるよう、さまざまな代替品やその方の嗜好にあった食品のストックを行っています。		
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。	状態に合わせた見守りや声掛けを心がけています。介助が必要な方の口腔ケアは職員にて行うため口腔内を良い状態に保ちやすいですが自立度の高い方の場合には入居者の自尊心に配慮した様々な工夫を行い対応しています。		
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。	失敗なくトイレで排泄できることを目標に入居者様一人ひとりに合った支援を行うよう心がけています。当ホームではリハビリパンツを使用していない方も多いです。		
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。	便秘しやすい入居者様に合わせた食品を用意しています。また体操やマッサージなども取り入れ、安易に薬に頼らない工夫を行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	お好きな方は毎日入浴を楽しんでいます。余りお好きでない方にも少しでも入浴を楽しんで頂けるよう、工夫しています。また希望者と銭湯などにも出かけています。		

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。	日中の活動や介護用品などを工夫することで夜間安眠していただけるよう取り組んでいます。また状態に合わせ、日中休息が出来るよう声掛けを行ったりその人らしい休息、安眠を心がけています。		
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。	内服薬については薬剤師より説明を受けるようにしています。また職員全員が入居者様の服用している薬を理解できるようファイル作りなどの工夫も行っていきます。		
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。	生活の中にその方らしい役割がもてるよう支援しています。また晩酌など、長年の楽しみごとなどがホーム入居後も継続していただけるよう取り組んでいます。		
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。	毎日の散歩は決められた時間以外でも要望に合わせて柔軟に対応しています。またコンサートや映画、美術館、温泉など普段は行けないような場所へもご本人のご希望に合わせて出かけています。		
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。	何名かの入居者様は入居後もご自身でお金を所持し外出時にはお好きなものをご自身で購入されています。入居者様の状態やご家族の要望に合わせて柔軟に対応しています。		

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
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。	携帯電話をお持ちの方もいらっしゃいますし、ホーム電話を利用しご家族などに連絡をとられる方もいらっしゃいます。年賀状や季節の便りなどもご本人が希望されることには柔軟に対応しています。		
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。	季節感のある装飾を飾ったり、入居者様皆で作ったソファカバーやクッションカバーがリビングに色を与えています。またホーム内は常に整理整頓を心がけ居心地の良い空間づくりに努めています。		
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。	多数でにぎやかに過ごしていただくリビングの他、気の合った数人でちょっとした談話が出来るスペースなども作っています。1人で過ごしたい場合には自室で安心して過ごしていただけるよう工夫しています。		
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。	各居室は入居者様のなじみの家具が置かれ部屋ごとにその人らしさを感じられる空間になっています。また仏壇や冷蔵庫、書庫などその方らしいなじみの物や生活に必要なものが置かれています。		
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。	トイレなどは分かりやすく目印を取り付けご本人の力を発揮できるよう工夫しています。また生活用品の保管場所を入居者様も利用できるようにすることでリビングのティッシュなどがなくなると入居者様が補充して下さいます。		

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	6	神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として一年間活動してきたが初年度であったこともあり、どのように活動していくべきか明確でなかった。 次年度は内部、外部共に目標を明確にし積極的に実施していきたい。	「認知症の方を地域で見守る・思いやりネットワーク」に賛同いただける地域住民100名を目標に活動する。	地域への啓発活動を入居者様と共にミニC Pを活用し、実施していく。	12ヶ月
2	〃	〃	神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設としての活動として勉強会を開催し一人でも多くの人に高齢者虐待や身体拘束についての理解を深めていただく	内部、外部共に年1回ずつ、勉強会を開催する。	12ヶ月
3	19	家族とのコミュニケーションが良好に図れていない職員がいる。そのため本当の家族の気持ちを受け止められずいたり、ホーム側の思いや考えが正しく伝わらず誤解を生む原因となっている。	入居者様、家族に「本当に水車の里で良かった」と思ってもらえるよう「信頼できるホーム」を目指す。	家族と意見交換や情報交換が出来る機会をつくる	3ヶ月
4	23	入居者様の記録やアセスメントを行うのがその日のリーダーの業務の為、リーダー業務に携わっていない職員に対し情報の偏りがあったり、職員間に情報共有の差が発生してしまっている。	全職員が記録を書く機会がもてるようになる事とアセスメントを行えるよう工夫することで多くの情報を収集し日々のケアに活かせるようになる。	アセスメントシートの見直し。 記録方法の工夫。	3ヶ月
5					ヶ月