

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	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 )			
	神奈川県横浜市緑区新治町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27年8月10日	評価結果 市町村受理日	平成27年10月19日	

基本情報リンク先	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493300014&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493300014&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100</a>
----------	---

### 【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)】

緑多い大変環境に恵まれたグループホームです。年に2回の日帰り旅行や収穫祭など、集団生活ならではの楽しみを生活に取り入れると共に、入居者様一人ひとりの「その人らしさ」を大切に考えた個別ケアにて、今までと変わらない、なじみの生活の継続に努めています。

### 【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27年9月17日	評価機関 評価決定日	平成27年10月8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)】

来年4月に開設10年目を迎える「グループホーム水車の里」は、JR横浜線十日市場駅下車、若葉台中央行バス・萱場公園入口バス停から徒歩数分の自然環境に恵まれた場所にあります。

<優れている点>

理念に掲げた「家族・地域との連携を大切に考え、地域福祉の充実に貢献できるホームづくり」を実践しています。家族交流会を年2回実施すると共に、毎年開催の収穫祭では利用者、家族、職員が協力して準備を行い交流を深めています。ホームの立地上、隣接する2自治会に加入し連携を深め、運営推進会議は、2地区から自治会長を始めとした委員が参加し、実施しています。管理者は、認知症介護指導者として市・区と連携し地域福祉に貢献しています。利用者の個別支援に力を入れており、利用者の希望に応じた外出の機会を多く持つと共に、体調に応じて積極的に散歩をしています。散歩は、時間を決めて一斉にするのではなく、利用者個々の体調を勘案しながら毎日のように行っています。ホームでは、他の介護施設や病院等で受入れ困難とされた人でも利用者として積極的に受け入れ支援しています。また、10数件の看取りの実績があり、「ホームでの最期」を安心して任せることが出来ます。

<工夫点>

利用者や家族等の意見、要望を把握するため、ホームと家族との「交換連絡ノート」を活用し、意見や要望に対処する工夫をしています。

### 【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 水車の里
ユニット名	霧が丘第一

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、生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
<b>I 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。	職員と共に作ったホーム理念である「その人らしさを大切にケア」は全職員の目標であり、ケア方法に迷ってしまった時の私たち職員の道しるべとなっています。常に理念に基づいたケアが提供できるよう職員一人一人が入居者様に寄り添い生活しています。	理念を玄関ホールを目に付くところに掲示し、朝・夕の申し送りやカンファレンスで必要に応じ確認し、常に理念に基づいた支援を心掛けています。また、理念と共に「グループホーム水車の里 3つの支援」を掲げ、利用者が楽しめる生活を支援しています。	
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。	入居者様が地域とのつながりを継続できるよう、地域の盆踊りや餅つきなどへの参加を支援しています。また防犯パトロールや町内清掃などにも参加し入居者様の力を発揮できる場面作りも行っています。	ホームの立地上2つの自治会に加入し交流をしています。盆踊りではホーム用の敬老席の設置があります。町内清掃や防犯パトロール活動では利用者と共に積極的に参加しています。また、本年4月から町内の防犯プロジェクトに参加し活動を行っています。	
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。	地域の介護事業所職員を対象に認知症介護指導者有志と共に勉強会を開催したり、グループホームを対象に虐待・身体拘束の研修会を行っています。地域住民向けの認知症に関する勉強会についてもご依頼をいただくことが多く認知症啓発活動に力を入れています。	/	/
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。	2か月に1回、自治会長、民生委員、地域包括職員、ご家族等に参加いただき開催しています。会議では多くの助言をいただきサービスの質の向上へとつなげています。	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。加入する2自治会から会議メンバーが参加しています。ホームの運営・活動状況を報告し、意見交換を行うと共に助言を得て運営に活かしています。自己評価、外部評価についても報告、説明をしています。	
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横浜市や緑区職員にも参加いただき情報交換の機会を設けています。今年度は区のチャレンジ提案事業にて認知症カフェや認知症フォーラムを地域の認知症介護指導者有志と開催する予定です。	グループホーム連絡会や認知症介護実践者研修、区のチャレンジ提案事業などを通じ市や区の職員とは良好な関係を築き連携を図っています。区の要請により、他施設では受入れ不可能とされた人でも利用者として受け入れ、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
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。	神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として虐待・身体拘束廃止の取り組みに力を入れています。近隣施設やホーム内にて勉強会を開催し全職員が共通の認識をもてるよう努めています。	県の身体拘束廃止推進モデル施設として身体拘束のない支援に取り組んでいます。定期的に研修を行うと共に、身体拘束・虐待廃止委員会を設置し、職員の啓蒙に努め、身体拘束をしない支援を実践しています。	
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。	定期的な勉強会や会議の開催の他、外部研修にも積極的に参加しています。またホーム内では身体拘束廃止委員を中心にスローガンを作成し事務所や休憩室に貼付し不適切なケアの防止に努めています。		
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、外部研修へも積極的に参加しています。		
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。	ホーム見学時から時間をかけ、分かりやすく説明することで不安や疑問の解消に努めています。		
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。	ホームへの希望や日頃感じていらっしゃることを気軽に伝えられるよう交換連絡ノートを活用しています。また日頃から気軽に情報共有できるような関係性の構築にも努めています。玄関には意見箱を設置している。	ホームと家族との「交換連絡ノート」を活用し、利用者、家族等の思いや意見、苦情などを聞くようにし、対応しています。また、毎月開催のカンファレンスに利用者も参加する機会を設け、利用者の意見や要望を聞くようにしています。	

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。	全体会議などにて職員は意見や提案を出し、その意見等に代表者が対応している。職員の意見を反映し多くの改善を行っている。	全体会議やカンファレンスを通じて職員の意見や提案について協議し、ホームの運営に活かしています。管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図り信頼関係を築き、何でも話し合える環境づくりに努めています。	
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現状報告を参考に検討を行っている。		
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。	人材育成については管理者にすべて一任されている。定期的な勉強会の開催や外部研修などを活用し職員の知識、技術の向上に努めています。		
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。	グループホーム連絡会による他施設実習に参加したり、今年度は管理者が連絡会の監事を行っているため、同会のブロック会を活用し、情報交換の機会確保に努めています。		
<b>II 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。	入居前のアセスメントはもちろんのこと、入居直後は専用のシートを活用したり、全職員が情報を記録する「気づきファイル」を利用することで入居者様の困りごとや不安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
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。	ホーム入居後も入居者様のご家族と良好な関係が築けることを目標に職員とご家族との信頼関係構築に努めています。家族の不安や希望は丁寧に時間をかけ傾聴すると共にホームへ来苑しやすい環境づくりにも取り組んでいます。		
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。	初期段階ではご本人や家族等からの情報収集に努め、現状必要なサービスの把握に努めている。またグループホーム以外へのサービスにもつながられるよう、事業所の垣根を越えたネットワークづくりにも努めています。		
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。	グループホームは入居者様が生活する家であり、私たちが一方的に介護することなく、その方が必要とする場面を支えることで入居者様が自分らしく自立した生活が出来るよう努めている。		
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。	受診等に関しては可能な限り家族の同行をお願いしています。また家族交流会や収穫祭など家族同士が交流できる機会や家族が積極的に参加できる機会の確保に取り組んでいます。		
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。	ミニケアプランなどを利用し入居者様のなじみの場所を訪れたり、なじみの方と交流できるよう支援している。ご友人が遊びに来ることも多く、共にランチに出かける方もいらっしゃいます。	馴染みの人の訪問時には快く出迎え、楽しい時間を過ごせるよう支援しています。電話や手紙のやり取りも支援しており、電話機はリビングに設置しており自由に使っています。また、希望を聞き、馴染みの場所へ積極的に出掛ける外出支援を行っています。	

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
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。	入居者様同士が交流を深め、共に楽しく過ごせる場面作りを行っています。余暇時間の活用の他、共に家事を行ったり、元気な方が重度な方のお手伝いをするなど、共に支え合いながら生活されています。		
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。	長期入院などでの退居ではその後の経過が把握できるよう努めています。退居後も連絡を下さったり、相談のお電話を頂くことも多いです。		
<b>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</b>					
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の意向や暮らしの希望を記入する内容が盛り込まれています。またカンファレンスには入居者様も参加されご意見を伺っています。ご希望の実現が困難な時ご本人や家族、職員にて検討し実現に向け努力しています。	職員が利用者との日々の触れ合いの中で気付いたこと、居室担当者が利用者との話し合い、思いや意向を把握したことなどを「気付きシート」に記入し、職員間で共有し、カンファレンスで話し合っています。	
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情報が収集できるよう「気づきシート」など工夫を行っている。		
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載されておりプランの実施状況が分かるようになっていきます。職員は常に入居者様の現状に合った生活を模索し、安心していただけるよう努めている。		

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
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。	職員で行うカンファレンスの前に入居者様参加のカンファレンスを行い、ご本人の意向が実践されやすくなりました。またモニタリング時にはご家族からもご意向を伺いケアプランに反映しています。	3ヶ月に一度モニタリングを行い、ケアプランの見直しを行っています。モニタリング時には居室担当者が利用者・家族から意向を聞いています。また、利用者も参加するカンファレンスを毎月実施し意向を聞くようにし、ケアプランに反映させています。	
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。	ケアプランに沿って記録を行っている。ケアの実践状況はカンファレンスなどで共有し見直しを行っているが日々の記録すべてを職員が見ているわけではないので情報を共有できていない事もあり今後の課題と考えます。		
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。	臨機応変な対応を心がけてはいるがその日の状況により実践できない事もある。しかし職員は常に一人ひとりの状況、ニーズに合ったサービスや支援を提供できるようチームで取り組んでいる。		
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。	地域の防犯パトロールに参加したり、ケアプラや区などが開催しているイベントに参加できるよう、日頃より情報収集している。地域との交流を大切に考え、また入居者様は交流を楽しんでいます。		
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。	入居前に通っていた医療機関を継続されたり、またホーム往診ではご本人、ご家族の意向を第一に支援しています。急変時には往診医に訪問していただいたり、病院を受診できるよう支援しています。	事業所と連携がとりやすい事と最期まで継続的に診てもらえる安心感から、多くの利用者と家族は、協力医に変更しています。隔週の往診と週1回の訪問看護があります。専門医への通院は家族対応です。家族からの報告は、受診記録で職員が共有しています。	



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。	週に1回、訪問看護が来苑し健康管理を行っています。来苑時には看護師に入居者様の状態を伝え、相談し、ターミナル期には共に連携し、最期まで安心して過ごしていただけるよう努めています。		
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に努めています。また退院後、ホームにて出来ることを積極的に医療機関へ情報提供し、早期退院に努めています。		
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。	入居時また状態が悪化した場合には重度化やターミナル期におけるホームの指針についての説明を行っています。ターミナル期にはより良い最期を迎えられるよう往診医、訪問看護師、ご家族と連携し取り組んでいます。	入居時に「重度化した場合における対応に係る指針」の説明をし、状態が悪くなると、家族や主治医とカンファレンスを行っています。「ターミナルケア説明書」により、ターミナルの依頼を受け、状態変化によりその都度意向を確認し、職員と共有し支援しています。	
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。	勉強会やカンファレンスにて急変時の対応や事故発生時の対応について学ぶ機会を設け、すべての職員が共有できるよう努めている。		
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回の消防訓練を通して、地域の住民や消防署と連携し情報を共有している。	消防訓練は消防署長、自治会長、利用者全員参加の下、夜間想定訓練を含め実施しています。備蓄品は3日分あり、訓練時に炊き出しなどで利用しています。「災害発生時対応の方法」「応急給水マップ」自治会の「防災ハンドブック」などを備えています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	言葉遣いや話し方については十分配慮し、その方に合った声掛けを心がけています。必要に応じてケアプランにも記載し統一したケアの提供に努めています。	行動指針があります。目上の人を尊重しつつ、利用者によっては、丁寧語だけではなく方言も使ってその場に合った対応をしています。周りに気づかれないように排泄処理や着替え、往診は居室で行うなど、プライバシーを損ねないように配慮しています。	
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。	毎日の生活の中のさまざまな場面で自己決定できるよう取り組んでいます。ご本人の思いや希望が話しやすい環境づくりにも配慮しています。		
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。	入居者様の生活のペースを大切に、一日の流れを考えています。お一人での散歩を楽しまれる方もいます。		
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。	洋服選びなど、共に行いながら、おしゃれを楽しんでいます。外出時にはメイクなどが行えるよう支援しています。		
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。	決められたメニュー以外にも入居者様の希望で好み焼き、海鮮焼き、餃子などをパーティーと称し共に行っています。また季節に合った食材が召し上がられるよう支援しています。準備、後片付けなど、その人が出来ることを支えています。	栄養計算された業者の食材が届き、毎食職員が手作りしています。利用者は、盛り付け、下膳、食器洗い・拭きなど出来る事を行っています。日々の会話の中で希望が出れば、外食に行ったり、一緒に食材を買い物に行ったりしています。晩酌する人もいます。	

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。	状態に応じ、刻んだり、柔らかく煮たり等、工夫し対応しています。無理強いすることなく必要な水分や栄養が摂取できるよう、さまざまな食材をストックしています。		
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。	入居者様の状態に応じた対応を心がけています。必要に応じて訪問歯科による診療を受けることができます。		
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。	安易なおむつ、リハビリパンツの使用は行いません。現在、おむつの方は一人もいらっしゃらず、リハビリパンツから綿パンツになられた方も多いです。一人ひとりの状態に合わせたケア、声掛けを心がけています。	一人ひとりに合わせて対応しています。パットの準備があれば自力でできる人もいます。尿意がない、トイレの場所が分からないなどの理由により失禁していた人が、事業所での生活が安定しトイレの場所が分かるようになる事で綿パンツに変更になっています。	
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。	排泄記録にて情報を共有し、安易に薬に頼らず、果物やヨーグルト、体操、マッサージなどその人に合った方法を取り入れ支援しています。		
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。	ご本人の希望に合った入浴を心がけています。夜間の入浴にも対応し、毎日入浴されている方もいらっしゃいますが、希望に沿えない事もあるのでより良い方法を今後も検討していきたいと思えます。	その日の希望に沿って入浴ができ、夕食前の希望にも対応しています。2人対応で入浴することもあります。お風呂嫌いな人の生活習慣を見直すことで、入浴拒否が改善しています。季節のゆず湯・菖蒲湯などもあり、好みのシャンプーや石鹸の使用も出来ます。	

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。	入居者様の好みに応じた空調調整を行ったり、いつでも必要な時に休息が出来るよう洗濯後のリネンセットを早急に行うなどの配慮をしています。定期的にパジャマも洗濯し気持ちよく過ごしていただけるよう心がけています。		
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。	入居者様が服用している薬は介護記録ファイルにすべてセットされていて薬の内容を全職員が把握できるよう工夫しています。与薬時についてはその人の状態に合わせてケア方法を工夫しています。		
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。	その人らしい役割が持てるよう工夫しています。日常の家事については出来ることをご本人が納得して出来るようその都度確認し、了承をいただいています。		
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。	毎日散歩に出かけられるよう支援しています。またご自身で希望し決定したドライブや外食などにも出かけています。	一日一回は散歩など戸外に出るよう支援しています。本人の希望で、公共交通機関を利用しスーパー銭湯へ行ったり、買い物に同行したりしています。認知症カフェにも出かけています。年2回の日帰り旅行で、温泉に入ったり、外食したりしています。	
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。	ご自身でお金を所持し、買い物時に自身で支払いをされる方もいらっしゃいます。入居者様やご家族の要望、その方の状態に応じ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。	ご本人の希望や家族の意向に沿って支援しています。携帯電話をお持ちの方もいらっしゃいますし、ホームの電話も自由に利用できます。		
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。	季節感のある装飾品を飾ったり入居者様手作りの作品を飾っています。特に飾り付けの決まりごとは設けていませんが気持ちよく生活できるよう毎日午前中に共に掃除を行う時間を作っています。	リビングはフロアの中央にあります。季節を感じる飾りつけやボランティアの写友会の写真があります。人の気配を感じつつ独りの時間を過ごせる空間として、廊下にイスとテーブル、2階踊り場にベンチを配置しています。2階のベンチから見える畑や夕焼けは、利用者の心が和みます。	
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。	大勢で過ごす場所、少人数で過ごせる場所、一人になれる場所など、工夫しさまざまな環境を作っています。		
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。	ご本人の身体機能に配慮しつつ、使い慣れたなじみのある家具を活用した居室づくりに努めています。清掃などは入居者様と一緒にしているが細部まで手が回らない事もあり、今後工夫が必要と思っています。	エアコン、防災カーテンは備付ですが、それ以外の物は家具を始めとし、本人の好みや馴染みの物品が持ち込まれ、生活しやすく配置されています。家族の写真や花なども飾られ居心地よく、思い思いに過ごせるようになっていきます。	
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」の表示を分かりやすくしたり、タンスの衣類が分かるよう表示を付けたり工夫している。ご本人が自身で出来るよう支援することで自立した生活の継続に努めています。		

事業所名	グループホーム 水車の里
ユニット名	霧が丘第二

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、生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
<b>I 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。	職員と共に作ったホーム理念である「その人らしさを大切にケア」は全職員の目標であり、ケア方法に迷ってしまった時の私たち職員の道しるべとなっています。常に理念に基づいたケアが提供できるよう職員一人一人が入居者様に寄り添い生活しています。		
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。	入居者様が地域とのつながりを継続できるよう、地域の盆踊りや餅つきなどへの参加を支援しています。また防犯パトロールや町内清掃などにも参加し入居者様の力を発揮できる場面作りも行っています。		
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。	地域の介護事業所職員を対象に認知症介護指導者有志と共に勉強会を開催したり、グループホームを対象に虐待・身体拘束の研修会を行っています。地域住民向けの認知症に関する勉強会についてもご依頼をいただくことが多く認知症啓発活動に力を入れています。		
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。	2か月に1回、自治会長、民生委員、地域包括職員、ご家族等に参加いただき開催しています。会議では多くの助言をいただきサービスの質の向上へとつなげています。		
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横浜市や緑区職員にも参加いただき情報交換の機会を設けています。今年度は区のチャレンジ提案事業にて認知症カフェや認知症フォーラムを地域の認知症介護指導者有志と開催する予定です。		

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
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。	神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として虐待・身体拘束廃止の取り組みに力を入れています。近隣施設やホーム内にて勉強会を開催し全職員が共通の認識をもてるよう努めています。		
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。	定期的な勉強会や会議の開催の他、外部研修にも積極的に参加しています。またホーム内では身体拘束廃止委員会を中心にスローガンを作成し事務所や休憩室に貼付し不適切なケアの防止に努めています。		
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、外部研修へも積極的に参加しています。		
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。	ホーム見学時から時間をかけ、分かりやすく説明することで不安や疑問の解消に努めています。		
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。	ホームへの希望や日頃感じていらっしゃることを気軽に伝えられるよう交換連絡ノートを活用しています。また日頃から気軽に情報共有できるような関係性の構築にも努めています。玄関には意見箱を設置している。		



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
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。	全体会議などにて職員は意見や提案を出し、その意見等に代表者が対応している。職員の意見を反映し多くの改善を行っている。		
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現状報告を参考に検討を行っている。		
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。	人材育成については管理者にすべて一任されている。定期的な勉強会の開催や外部研修などを活用し職員の知識、技術の向上に努めています。		
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。	グループホーム連絡会による他施設実習に参加したり、今年度は管理者が連絡会の監事を行っているため、同会のブロック会を活用し、情報交換の機会確保に努めています。		
<b>II 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。	入居前のアセスメントはもちろんのこと、入居直後は専用のシートを活用したり、全職員が情報を記録する「気づきファイル」を利用することで入居者様の困りごとや不安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
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。	ホーム入居後も入居者様のご家族と良好な関係が築けることを目標に職員とご家族との信頼関係構築に努めています。家族の不安や希望は丁寧に時間をかけ傾聴すると共にホームへ来苑しやすい環境づくりにも取り組んでいます。		
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。	初期段階ではご本人や家族等からの情報収集に努め、現状必要なサービスの把握に努めている。またグループホーム以外へのサービスにもつなげられるよう、事業所の垣根を越えたネットワークづくりにも努めています。		
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。	グループホームは入居者様が生活する家であり、私たちが一方的に介護することなく、その方が必要とする場面を支えることで入居者様が自分らしく自立した生活が出来るよう努めている。		
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。	受診等に関しては可能な限り家族の同行をお願いしています。また家族交流会や収穫祭など家族同士が交流できる機会や家族が積極的に参加できる機会の確保に取り組んでいます。		
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。	ミニケアプランなどを利用し入居者様のなじみの場所を訪れたり、なじみの方と交流できるよう支援している。ご友人が遊びに来ることも多く、共にランチに出かける方もいらっしゃいます。		

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。	入居者様同士が交流を深め、共に楽しく過ごせる場面作りを行っています。余暇時間の活用の他、共に家事を行ったり、元気な方が重度な方のお手伝いをするなど、共に支え合いながら生活されています。		
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。	長期入院などでの退居ではその後の経過が把握できるよう努めています。退居後も連絡を下さったり、相談のお電話を頂くことも多いです。		
<b>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</b>					
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の意向や暮らしの希望を記入する内容が盛り込まれています。またカンファレンスには入居者様も参加されご意見を伺っています。ご希望の実現が困難な時にご本人や家族、職員にて検討し実現に向け努力しています。		
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情報が収集できるよう「気づきシート」など工夫を行っている。		
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載されておりプランの実施状況が分かるようになっていきます。職員は常に入居者様の現状に合った生活を模索し、安心していただけるよう努めている。		

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
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。	職員で行うカンファレンスの前に入居者様参加のカンファレンスを行い、ご本人の意向が実践されやすくなりました。またモニタリング時にはご家族からもご意向を伺いケアプランに反映しています。		
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。	ケアプランに沿って記録を行っている。ケアの実践状況はカンファレンスなどで共有し見直しを行っているが日々の記録すべてを職員が見ているわけではないので情報を共有できていない事もあり今後の課題と考えます。		
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。	臨機応変な対応を心がけてはいるがその日の状況により実践できない事もある。しかし職員は常に一人ひとりの状況、ニーズに合ったサービスや支援を提供できるようチームで取り組んでいる。		
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。	地域の防犯パトロールに参加したり、ケアプラや区などが開催しているイベントに参加できるよう、日頃より情報収集している。地域との交流を大切に考え、また入居者様は交流を楽しんでいます。		
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。	入居前に通っていた医療機関を継続されたり、またホーム往診ではご本人、ご家族の意向を第一に支援しています。急変時には往診医に訪問していただいたり、病院を受診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
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。	週に1回、訪問看護が来苑し健康管理を行っています。来苑時には看護師に入居者様の状態を伝え、相談し、ターミナル期には共に連携し、最期まで安心して過ごしていただけるよう努めています。		
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に努めています。また退院後、ホームにて出来ることを積極的に医療機関へ情報提供し、早期退院に努めています。		
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。	入居時また状態が悪化した場合には重度化やターミナル期におけるホームの指針についての説明を行っています。ターミナル期にはより良い最期を迎えられるよう往診医、訪問看護師、ご家族と連携し取り組んでいます。		
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。	勉強会やカンファレンスにて急変時の対応や事故発生時の対応について学ぶ機会を設け、すべての職員が共有できるよう努めている。		
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回の消防訓練を通して、地域の住民や消防署と連携し情報を共有している。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	言葉遣いや話し方については十分配慮し、その方に合った声掛けを心がけています。必要に応じてケアプランにも記載し統一したケアの提供に努めている。		
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。	毎日の生活の中のさまざまな場面で自己決定できるよう取り組んでいます。ご本人の思いや希望が話しやすい環境づくりにも配慮しています。		
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。	入居者様の生活のペースを大切に、一日の流れを考えています。お一人での散歩を楽しまれる方もいます。		
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。	洋服選びなど、共に行いながら、おしゃれを楽しんでいます。外出時にはメイクなどが行えるよう支援しています。		
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。	決められたメニュー以外にも入居者様の希望でお好み焼き、海鮮焼き、餃子などをパーティーと称し共に行っています。また季節に合った食材が召し上がられるよう支援しています。準備、後片付けなど、その人が出来ることを支えています。		

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。	状態に応じ、刻んだり、柔らかく煮たり等、工夫し対応しています。無理強いすることなく必要な水分や栄養が摂取できるよう、さまざまな食材をストックしています。		
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。	入居者様の状態に応じた対応を心がけています。必要に応じて訪問歯科による診療を受けることができます。		
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。	安易なおむつ、リハビリパンツの使用は行いません。現在、おむつの方は一人もいらっしゃらず、リハビリパンツから綿パンツになられた方も多いです。一人ひとりの状態に合わせたケア、声掛けを心がけています。		
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。	排泄記録にて情報を共有し、安易に薬に頼らず、果物やヨーグルト、体操、マッサージなどその人に合った方法を取り入れ支援しています。		
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。	ご本人の希望に合った入浴を心がけています。夜間の入浴にも対応し、毎日入浴されている方もいらっしゃいますが、希望に沿えない事もあるのでより良い方法を今後も検討していきたいと思えます。		

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。	入居者様の好みに応じた空調調整を行ったり、いつでも必要な時に休息が出来るよう洗濯後のリネンセットを早急に行うなどの配慮をしています。定期的にパジャマも洗濯し気持ちよく過ごしていただけるよう心がけています。		
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。	入居者様が服用している薬は介護記録ファイルにすべてセットされていて薬の内容を全職員が把握できるように工夫しています。与薬時についてはその人の状態に合わせてケア方法を工夫しています。		
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。	その人らしい役割が持てるよう工夫しています。日常の家事については出来ることをご本人が納得して出来るようその都度確認し、了承をいただいています。		
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。	毎日散歩に出かけられるよう支援しています。またご自身で希望し決定したドライブや外食などにも出かけています。		
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。	ご自身でお金を所持し、買い物時に自身で支払いをされる方もいらっしゃいます。入居者様やご家族の要望、その方の状態に応じ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。	ご本人の希望や家族の意向に沿って支援しています。携帯電話をお持ちの方もいらっしゃいますし、ホームの電話も自由に利用できます。		
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。	季節感のある装飾品を飾ったり入居者様手作りの作品を飾っています。特に飾り付けの決まりごとには設けていませんが気持ちよく生活できるよう毎日午前中に共に掃除を行う時間を作っています。		
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。	大勢で過ごす場所、少人数で過ごせる場所、一人になれる場所など、工夫しさまざまな環境を作っています。		
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。	ご本人の身体機能に配慮しつつ、使い慣れたなじみのある家具を活用した居室づくりに努めています。清掃などは入居者様と一緒にいるが細部まで手が回らない事もあり、今後工夫が必要と思っています。		
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。	「トイレ」の表示を分かりやすくしたり、タンスの衣類が分かるよう表示を付けたり工夫している。ご本人が自身で出来るよう支援することで自立した生活の継続に努めています。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム水車の里

作成日： 平成27年10月15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	6	在宅にて生活されていた時には発揮できていた家族の力がGH入居後、本来家族の持っている又は使える力を発揮してもらえず事業所任せになりやすく家族、介護職員との思いにズレが生じやすい。	「GHのあり方」や「家族の力も資源であること」また超高齢社会をすべての人が何かしらの力を発揮し支えあうことの必要性などについて家族・介護職員が共通認識を持てるようになる。	①全体会議を利用し全職員にてGHのあり方を再確認し共通認識とする。 ②家族交流会を利用し家族、介護職員にて意見交換の機会を設ける。各意見をもとにすり合わせを行い共通の認識とする	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月