

### 1 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	0891200040		
法人名	有限会社 修明		
事業所名	グループホーム和み水府	ユニット名( 東ユニット )	
所在地	茨城県常陸太田市国安町1627-1		
自己評価作成日	令和1年9月10日	評価結果市町村受理日	令和2年2月12日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=trurue&amp;JigvosvoCd=0891200040-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=trurue&amp;JigvosvoCd=0891200040-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和元年10月17日

**【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)】**

当施設は県内の観光名所竜神峡大吊橋に通じるそば街道の入口の国安町に位置し、東西を山々に囲まれ、四季折々の自然の美しい風情に恵まれたのどかな田園地帯の中にあります。私たちのグループホームは最高齢104歳、平均年齢85歳の大家族です。年の初めに市内の八幡宮へ幸せ祈願をして今年も始まりました。私たちは昔ながらの季節ごとの生活習慣を大切に、時季に応じたイベントを取り入れ、現在の生活を満喫していただいております。中でも施設最大のイベントの夏祭り“和みまつり”は今年で15回目を迎えることが出来ました。恒例となりましたご利用者様と職員とで結成された『ジョイフル和み楽団』による①ふるさとと②青い山脈の演奏を披露させていただきました。毎日の練習の成果で、ご利用者様と私たちの息もぴったり合い、最高の出来栄でした。この夏まつりにより私たちの一致団結した和が強固となり、仕事にも活かすことが出来ております。当施設のご利用者様もだいたい高齢になって参りました。皆様方の残存機能を活かしながら、私たちの気づきと支援によって、お一人お一人が生き甲斐のあるご自分らしい生活が出来、“和みで暮らせてよかった！”と思っ頂けるようなより良いグループホームをこれからも目指していきたいと思っております。

**【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)】**

平成19年に設立された2ユニットの落ち着いた家庭的なホームである。地域の自治会に加入しており、回覧板が回り、地域住民とお花見を楽しみ、散歩の途中では家に招かれたり、野菜のおすそ分けがある等、近隣住民と親しい関係が作られている。職員は暮らしの中で利用者一人ひとりの表情や仕草からそれぞれの思いを把握し、丁寧な対応を工夫して利用者の穏やかな暮らしを支えている。献立会議を2ヶ月に1回開催して利用者の好み等を検討し、毎月の献立に活かし、週2～3回買い物に行き、調理師を配置して日々季節感のある美味しい食事を楽しめるよう工夫している。月2回の往診や毎週の看護師訪問など、医療との連携が適切に図られ、利用者の健康管理が行き届き、重度化しても安心して過ごせるような取り組みが出来ている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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
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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 ○ 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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	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
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	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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	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. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (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			

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	運営理念 1.最適な環境で、最適な介護 2.満足されるサービスの提供 3.生き甲斐を謳歌する人生 スローガン「満足されるサービスの提供で、地域の方々と共に歩む介護施設」 施設の理念を、朝の朝礼において唱和している。また、職員の採用時には必ず理念を伝え理解をしてもらっている。	地域密着型サービスの意義と事業所の役割を十分に意識した上で、法人理念にホームのスローガンを加えた事業所独自の理念を作成している。理念やスローガンに基づいた日頃のケアが出来るように地域の自治会に加入して日頃から地域住民との交流を深めている。	
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	町内会に加入し、葬儀に参列したり、町内の廃品回収に協力したりしている。日常的に散歩に出掛け、近所の方々や挨拶を交わしたり、野菜を頂いたりしている。地域の盆踊り会や保育園の夏祭りや運動会に参加して交流を図っている。	自治会に加入し、地域の回覧板を回す等の関係を継続している。小学校の行事(運動会・花見)や地域の祭りへ参加したり、子ども会の廃品回収への協力等を行っている。認知症地域サポート相談窓口を開設している。近隣住民とは顔見知りの関係が出来ており、散歩の途中では、季節の花や野菜を頂くことも日常的にある。	
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	施設長が認知症ケア専門士の資格を有するので、地域の方から認知症介護での困り事の相談を受けている。		
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	運営推進会議では事業所からの報告に対して色々な意見が出される。また介護保険のことや地域の現状についても意見交換をしている。外部評価の結果を踏まえて現在取り組んでいる内容について報告し、意見をもらっている。	家族等の代表や市職員、地域包括支援センター職員、民生委員等が参加して定期的に開催されている。地域行事の情報を得たり、生涯学習センターでの認知症カフェに参加するようになった。	
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り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	市町村担当者とは相談しやすく、運営推進会議はもとより、事業を行っていく上で生じる運営やサービスの課題について、色々と助言を頂いている。また、種々の情報も提供していただいている。	運営推進会議でホームの取り組み状況などを十分に伝えると共に、認知症カフェへの参加など市の担当者とは日頃から情報交換を丁寧を実施して良好な協力関係を築いている。市のグループホーム連絡協議会への参加や介護支援専門員連絡協議会などにも常に参加し情報の交換を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	身体拘束廃止検討委員会を3ヶ月に1回開催している。年2回の身体拘束廃止に関する勉強会も実施している。身体拘束については厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦」の11項目や「言葉による拘束」についても研修により全職員が学んでいる。利用者の人権を守ることがケアの基本であり、どんなことがあっても拘束は行わない方針である。やむを得ない場合は身体拘束廃止検討委員会を通して決定することになっている。自覚しないでの身体拘束が行われていないかミーティングや申し送りの中でケアを振り返っている。	「身体拘束ゼロ作戦」の11項目をフローアに掲示するとともに「言葉による拘束」を含め理解するようにしている。「身体拘束廃止検討委員会」を3カ月に一度開催し、やむを得ない場合は当委員会で検討・決定することになっている。玄関は解錠し、見守りや声掛けで自由な生活を支援している。身体拘束排除に関するマニュアルがあり、外部研修を年1回、内部研修を年2回行っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	施設外の虐待防止の研修に参加している。勉強会やミーティングを実施し、高齢者虐待防止法に関して全職員が理解をする取り組みを行っている。		
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	勉強会にて職員の理解を深めるようにしている。対応が必要と思われる利用者がいた場合には、権利擁護の制度を活用できる様に支援している。		
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	契約時には時間を十分にとり、説明をして同意を得ている。事業所のケアについての考え方や取り組み、利用料金や重度化・看取りについての対応や医療連携体制、事故時の対応、退去を含めた事業所で対応可能な範囲について詳しく説明をしている。質問があれば丁寧に説明をして納得していただいている。		
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なら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	利用者の言葉や表情・態度からその思いを察するようにしている。ご家族には手紙や訪問時に問いかけ、何でも言ってもらえる雰囲気作りをしている。生活の中でご利用者、ご家族からの意見があった時にはすぐに施設長に報告し、早期に解決している。ご意見箱を設置し、意見や苦情を受け止めている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口と対応者を明示するとともに、意見箱を玄関に設置している。利用者からは日々のふれあいの中で、家族等からは面会時に聞くようにしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	月に1回は全職員出席のミーティングを実施し、職員の意見や要望を出している。代表者や管理者は職員の意見や要望を出来るだけ反映できるように心掛けている。毎月カンファレンスを実施して入居者へのかかわり方に問題点があった場合は、早期に対応できるように検討会を実施している。	日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、月1回の職員会議時や状況に応じて随時面接を実施して、その際に意見等を聴いている。消耗品の購入や事業所内の設備については職員のアイデアを取り入れている。	
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	代表者は頻繁に現場に来て、利用者と接したり、職員の業務や悩みを把握する様になっている。職員の資格取得に向けた支援を行っている。また、職員が向上心を持てるよう職場環境を整えるため職員の各家庭の状況に合わせた勤務体制を取りながら、休暇希望や勤務変更にも柔軟に対応をし継続勤務を支援している。		
13		○職員を育てる取り組み 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	全ての職員が質を向上させていける様事業所以外での研修に参加し、学びの機会を設けている。学んだことを全職員が共有できるように研修報告会を実施している。施設内においても年次計画を立てて研修会を実施している。		
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作り、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り組みをしている	市内のグループホーム連絡協議会や在宅医療介護連携推進協議会、県の介護福祉士会、生活リハビリ懇話会に参加し、意見交換や研修会を実施している。全国グループホーム協会、県地域密着型介護サービス協会、認知症ケア学会の会員となり、情報交換やサービスの質の向上に取り組んでいる。		
<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 サービスを導入する段階で、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	必ず利用前に本人と会って、本人の置かれている状況を理解し、心身の状況や本人の思いなどを知り、職員が本人に受け入れられ、利用者が安心して生活できるような馴染みの関係作りをしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入所するまでの経緯をゆっくり聞くようにしている。初期面談の中で、困っていることや不安なことなど何でも話せるような雰囲気作りをしている。ご家族の求めているものは何か、今後どのようにして欲しいのかを理解し、事業所として何が出来るか考え、安心して生活を任せられる施設であると思っただけの様な信頼関係を築ける様にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	相談を受けた時には、本人や家族の思いや状況を確認し、グループホームとは限らず必要なサービスにつなげるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有している。日常生活のことばかりではなく、利用者の得意分野で力を発揮してもらい、色々と利用者教へてもらうこともある。喜怒哀楽を共にし、お互いに助け合って安心と心の安定を生み出し、一緒に和やかに穏やかに生活が出来るようにしている。		
19		○本人と共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	職員は本人と家族との絆の大切さを理解している。常に家族の方には日々の暮らしの出来事や気づきの情報を伝えながら、家族の思いに寄り添って本人を支援している。		
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	利用者様の近所の友達が訪ねてきたり、月に1回は家族と一日出掛けてきたり、お盆やお正月でご家族が集まるため外泊をする利用者もいます。本人や家族の思いを知り、馴染みの美容院へ出掛けたり、家族や知人への電話や手紙は希望に沿って支援している。	入居時の聞き取りや日頃の会話の中からこれまでの馴染みの関係を把握している。面会者にはお茶を出してゆっくりと話ができるよう配慮したり、電話の取次ぎなども支援している。家族等とは墓参りや外食に出かけている。外出時は馴染みの場所に出かけている。	
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	車椅子を押してあげたり、手を引いてあげたり、利用者同士お互いに支え合う、協力しあう雰囲気がある。日中はほとんどの利用者はフロアーに集まり、お茶や会話を楽しんでいる。職員も一緒に多くの会話をもつ様になっている。生活に馴染めない人には、利用者や職員が協力して馴染める様な雰囲気づくりをしている。		
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	サービスの利用が終了された方にも、行事に招待したり、遊びに来てもらうなど継続的な付き合いが出来るようにしており、時々電話で近況を聞いたりしている。退所後の相談を受けることもある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
<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	本人がどの様に暮らしたいのか、何をしたいのか、誰に会いたいのか、日々の関わり合いの中で声を掛けたり、言葉・表情・行動の中から汲み取り把握する様になっている。七夕まつりでは職員の支援のもと一人づつ願い事を短冊に書き、発表をし、その願いが叶うように家族の方に協力をいただいている。本人からの依頼があった時にはすぐにご家族に連絡して気持ちを伝えている。	七夕まつりの短冊に思い思いに希望する事や願い事を書いてもらったり、会話の中から把握している。言葉や文字で表現することが困難な場合には、日頃の話の中やその時々表情などを申し送りノートに記載し、職員会議で本人本位の話し合いをして把握に努めている。レクリエーションへの参加や散歩に出かける時などは本人の思いにそって無理強いはいしない。入浴や着替えなども本人の希望に沿って行っている。		
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	利用時に家族から入居までの生活を必ず聴きとって、生活歴や趣味・人柄などの情報を頂いている。そして職員全員で共有している。できるだけ現在使用している馴染みの物を持って来て下さるように話している。知り得たこと、入居後も日々のかかわりの中で気づいたことは家族に伝えるようにしている。			
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	朝夕の申し送りの中で、利用者一人一人の体調・表情や言葉・行動などで気付いたことを伝え、職員が共有している。そして本人が自分の有する能力を発揮しながら、自分らしく暮らしていくことを支援している。			
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	本人やご家族には、日ごろの関わりの中で思いや意見を聞き、介護計画に反映させるようにしている。アセスメントを含め職員全員で意見交換をし、毎月ケアカンファレンスとモニタリングを実施している。また本人や家族の要望や変化に応じても見直している。	家族や利用者の意向を基に、医療関係者の意見も聞き、作成している。毎月モニタリングを行い、利用者の状態に応じて随時の見直しを実施している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個別ファイルを用意し、バイタル、食事量・水分量・排泄など日々の健康管理の記録をしている。また利用者への気付き等を個別記録に記入し、職員間で情報を共有している。それらの日々の記録を根拠にしながら、介護計画の実施評価をし、介護計画を見直している。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院や自宅や美容院への送迎、必要品の購入など必要な支援に対応し、個人の満足度を高めるようにしている。また一緒に買い物に行ったりしている。		
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	ご利用者が安心して地域で暮らし続けられるように、地域包括支援センター、民生委員、地区長、老人会長、ボランティアの方、消防(救急法)、保育園児との触れ合い、理美容サービスなど地域の方々の力を借りて意見交換をする機会を設けている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	事業所の協力医が月2回訪問診療と週1回看護師に健康チェックに来てもらっている。また利用前からのかかりつけ医での医療も受けられるように、ご家族と協力して通院介助を行ったりしている。受診結果について指示や助言がある時は、全職員が共有し、支援している。認知症疾患センターのある医療機関が協力病院のため相談に行き易く、診察情報や治療方針、認知症についての指示や助言をもらっている。	これまでのかかりつけ医への受診が継続できることを伝えており、継続して受診している利用者もいる。週に1回は訪問看護師が利用者の健康管理を実施している。協力医療機関の医師とは24時間オンコール対応になっており、家族等の安心につながっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	協力病院の看護師との契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談助言対応を行っている。看護師とは気軽に相談することが出来、医療連携も密に取れている。介護職員は利用者の少しの変化も見逃さない様に報告をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、又、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。あるいは、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。	入院時に本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、家族とも情報交換しながら、なるべく早く退院ができるようにアプローチをしている。退院時のカンファレンスにはできるだけ同席し、今後の生活の指導を受けている。		
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	重度化や終末期に伴う意志確認書を作成し、ご本人、ご家族の方が希望することに対して事業所が対応できる最大のケアについて説明を行い、医療機関と連携をとり職員全員に介護方針を統一徹底している。	看取りに関する説明として「利用者の介護が重度化した場合における対応に関わる指針」を重要事項説明をする際に同時に説明している。年1回内部研修を行っている。	
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	消防署の協力を得て実施した救急手当や蘇生術の研修をもとに、年1回の応急手当の施設内研修を実施している。		
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	マニュアルを作成し、夜間・日中の想定のもとに利用者や地域の方々とともに避難訓練を行っている。また非常用食料備品(水、食品)と毛布を備えている。地域住民の災害避難説明会に参加。地域の協力体制については運営推進会議で協力をお願いしている。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。近隣住民や消防署の協力を得ている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。災害に備えた備蓄品を一覧表を作成して管理している。	
<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	接遇の勉強会やミーティングで日々のかかわりを点検している。職員の意識向上を図るとともに一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけをしないことを全員に徹底している。	入職時の研修で守秘義務についての研修を実施すると共に全職員に年1回の研修を実施している。日々のケアの中で気づいた点がある毎に随時話し合いをしている。	
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	職員側で決めたことを押し付けず、一人ひとりの利用者が自分で決める場面を作っている(レクリエーションや散歩への参加、入浴や着替えなど)。基本的には一日の流れは持っているが、入居者が言葉では十分に意思表示ができない場合でも、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら本人の希望や好みを把握している。		
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	一日の生活の流れは決まっているが一人ひとりの体調に配慮しながら、その日その時の本人の気持ちを尊重し、個別性のある支援を行っている(作業療法、レクリエーション、散歩やドライブなど)。		



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	着替えはできるだけ本人の意志で決めてもらっている。髪型も本人の意思に添って決めている。自己決定ができない人にはそれぞれの生活習慣に合わせて本人の気持ちに添った支援をしている。月1回の理容室も本人の希望に応じて実施する。また本人の馴染みの美容院とも本人の希望に合わせて連携をとっている。		
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	テレビを消して、利用者と職員が同じテーブルで会話をしながら食事をしている。下膳や食器拭き、おしぼりたみ等利用者で行っている。行事食などのメニューを決める時には利用者の要望を聞いている。	献立会議を2ヶ月に1回開催してより良い食事作りに励んでいる。献立は毎月職員が考え利用者の好みを取り入れ、且つ季節の食材を使った季節感のあるものになっている。職員は利用者と同じテーブルにつき、介助や声かけをしながら同じ食事を摂っている。	
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	2ヶ月に1回献立会議を開催し、栄養バランスや味付け、色合いなどを話し合っている。食事や水分量の摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有している。特に水分を拒否し水分量が不足しがちな人にはジュース、ゼリー等工夫をして飲ませている。カロリーの不足な人はエンシュア等を飲んでいる。食事形態を利用者の食べやすい様に工夫をしている。(ペースト、きざみetc.)		
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	口腔ケアの重要性を研修会等により全ての職員が理解している。食前の健口体操や毎食後の歯磨きの声掛けを行い、一人ひとりの力に応じた手伝いをしている。就寝前の義歯の洗浄も行っている。2回/日と外出から戻った時にはイソジンによりうがいをしている。		
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むけた支援を行っている	排泄の時間や習慣を把握し、尿取りパットの使用や時間毎の声掛けをして、手引き歩行や車椅子誘導にて出来る限り日中も夜間もトイレで排泄できるように支援している。オムツを使用して入所した方も排泄パターンを把握して、リハビリパンツを使用し、トイレ誘導をして、オムツを外している。	日中はもとより、夜間も出来るだけトイレで排泄ができるよう支援している。利用者一人ひとりのサインを見逃さない支援により、オムツからリハビリパンツに移行する等して、排泄の自立に向けた支援を実施している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。食材のエネルギーや水分補給や運動をしたり、職員が腹部マッサージをすることにより薬に頼らず一人ひとりに応じた自然排便ができるように取り組んでいる。		
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、個々にそった支援をしている	毎日入浴を実施しています。足がむくむ方には足浴を行っています。着替えを自分で用意をして入浴したい日に入浴をしていますが、拒む人に対しては言葉掛けなど工夫をして入浴支援をしている。一人ひとりの意向に沿ってくつろいだ気分で入浴できるように支援している。	毎日入浴できる環境となっている。利用者はそれぞれのペースで入浴をしている。入浴を強く拒否する利用者でも週1回は入れるよう工夫して促している。	
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	できるだけ日中は活動を促し、生活リズムを整えている。夕方からは穏やかで、ゆったりとした時間を過ごす様に工夫をしている。睡眠薬が処方されている方も薬を服用せずに安心して気持ちよく眠れるように支援している。寝付けない時には飲み物を飲みながらおしゃべりをしたりして眠れるように工夫している。		
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	全職員が薬の内容を把握できるように、服薬ファイルを作成。服薬は本人に薬を手渡し、きちんと服用できているか確認をしている。本人の状態の経過や変化等も日誌に記載し、日常生活に特に変化がある時には医師に相談をしている。		
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	カラオケやパズルや草引き、洗濯物たたみ、茶碗拭き等生活歴や好みによって一人ひとりに合った楽しみや役割りを見つけている。草引き、折り紙やちぎり絵等得意分野でそれぞれの力を発揮してもらえるようお願い出来る事は仕事を頼んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。又、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	天気の良い日には利用者の体調に注意しながら“和み水府のベランダ”で外気浴を楽しんだり、散歩をしている。歩行困難な方も車椅子を利用して季節感を味わうため戸外に出掛けている。季節ごとのイベントに参加したり、気分転換にドライブに行ったりしている。本人が気持ちよく生き生きと過ごせるように家族と共に墓参りや自宅への外泊、家族との会食など外出の機会をたくさん設けている。	天気の良い日には毎日のように散歩に出かけている。家族との買い物などの外出は何時でも出掛けられるようにしている。その際は外食や墓参りなど思い思いの外出を楽しんでいる。ウッドデッキなどを利用して常に外気浴を楽しんでいる。年間行事計画を立てて、車いすの利用者も一緒に外出している。2ヶ月に1回程度、利用者の希望を取り入れた外出をしている。	
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	お金を所持できることで安心したり、買物をする中で楽しめたりする人がいるので、家族の協力を得て、少額のお金を持っている人もいる。		
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	希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるように個別に支援をしている。		
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	入居者の方の作品や毎月入居者様と共に作成した作品や飾りつけがある。室内に季節の花や額などを飾って家庭的な雰囲気を作っている。七草がゆや十五夜、菖蒲湯など生活感、季節感のあるものを採り入れ、暮らしの場を作っている。廊下の手すりの位置を低めに設置し使用しやすいようにしている。	居間の広い窓からは森や畑、田んぼが見渡せ、居ながらにして自然が楽しめ、光が入り明るい居心地の良い空間になっている。玄関先のプランターには季節の花が咲き、ウッドデッキやベランダでは外気浴ができる。小上がりの和室には掘りごたつを設けて、寛げようになっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	居間に椅子やテーブルを置き、一人で過ごしたり、家族知人との団欒や仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人と家族の方と相談をし、利用者様の好みや馴染みの物(写真や使い慣れた物)を用意し、本人が居心地の良い場所としている。家族と本人には部屋は自由に使用して下さる様に伝えている。	洗面台の設置なども含めて自立した暮らしができるよう工夫されている。窓の位置を低くして開放的な気分で過ごせるような工夫があり、さらに丁寧に清掃されている居室には居心地よく過ごせるようにとの職員の配慮が感じられた。利用者の馴染みの物を持ち込んだり、家族等と相談して部屋作りをしている。	
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」「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	一人ひとりの“わかる力”を見極めて、不安や混乱の無いように環境面で工夫している。利用者の状態に合わせて手すりや浴室、トイレ、廊下などの居住環境を整え、安全確保と自立への配慮をしている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名：グループホーム和み水府

作成日： 令和2年2月10日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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組み内容	目標達成に要する期間
1		『次のステップに向けて期待したい内容』の指示はありませんでした。		現状の介護サービスを継続していきたいと思 います。課題が発生した時には職員一同で話 し合いながら解決していきたいと思 います。	ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。