

平成28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		
	■ 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
自己評価作成日	平成28年8月25日	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
		評価結果 市町村受理日	平成28年11月16日

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&figvosocId=1493300014-00&PrfCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

新治市民の森に隣接しているため緑が多く、大変環境に恵まれたグループホームです。収穫祭や日帰り旅行など集団生活を楽しんでいただけるよう工夫しながらも、入居者様一人一人が自分らしく、なじみの生活が継続できることを職員一人一人が大切にしています。そして入居者様を介護される一方的な立場に置かず、入居者様・ご家族・職員・地域の方々など皆が互いに支えあいながら生活していくことを大切にしています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年9月26日	評価機関 評価決定日	平成28年11月7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)】

事業所はJR横浜線十日市場駅から若葉台中央行きバスで約10分の「萱場公園入口」で下車した閑静な住宅街の一角にあります。近くには毎日の散歩で訪れる「鉄谷公園」や、隣接して「新治市民の森」公園があります。玄関前の畑では季節の花や野菜を栽培し、収穫祭を行い、利用者は職員と一緒に収穫を楽しんでいます。

<優れている点>

事業所には職員一同で作った理念と共に「3つの支援」に表現された具体的な支援方針を作成しています。その一つに「その人らしさを大切に」を掲げ、利用者一人ひとりの個別支援に力を入れています。利用者は馴染みの行きたい場所や得意な料理作りなど職員と話し合い、自分自身のミニケアプランを作成し、自分らしい生活を実践しています。利用者が介護される一方的な立場ではなく、職員や利用者同士がお互いに支えあいながら生活しています。当たり前な生活をしていくうえで発生するリスクも、行動を制限するという考えではなく、どう軽減させていくかを身体拘束廃止委員会を中心に検討して支援しています。事業所は隣接する2つの自治会に加入しています。熱心な両自治会長は運営推進会議に積極的に参加し、地域との交流に協力しています。近隣の大学では事業所の介護体験を授業の一環として取り入れています。地域の写真クラブに場所を提供し、そのメンバーが定期的に展示替えをし、新しい話題作りに協力しています。

<工夫点>

新年会や収穫祭など、事業所内でのイベントには、家族も台所で一緒に調理をしたり、日常のケアの様子をビデオで見えています。看取り後の支援では、他の利用者も

【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 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
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 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
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つなげている。	職員とともに構築した理念はホームの目標であり、ケア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、入居者様の思いをくみ取る努力をしています。	「その人らしさ」と「家族・地域との連携」を大切にという2つの理念を具体的に大きな写真で3つの支援を説明し、階段に掲示しています。気の合う利用者同士で楽しんでいる集団生活の中で、利用者みんなが自分らしさを発揮できるよう、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。	地域の盆踊りや餅つきに参加させていただき、入居者様の力を地域に活かせるよう、防犯パトロールや町内の一斉清掃にも参加しています。	事業所は区の地域境にあり、二つの自治会に参加し、地域の盆踊りや防犯パトロール、町内清掃など積極的に交流しています。管理者は認知症サポーターの講習会の講師を努めたり、地元学生の実践研修の受け入れなど地域の認知症啓発活動に取り組んでいます。	
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。	地域ケア会議や介護者の集い、認知症サポーター養成講座などには積極的に参加しています。また区開催の認知症啓発講演会などへはパネリストとして参加しています。	/	/
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・地域包括職員など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につなげています。	年6回、地域包括支援センターの職員や民生委員、2か所の自治会長、家族、利用者などが参加しています。行事報告や避難訓練、自己評価など現状を明らかにし、次のステップに向けた課題や助言を受けています。防災訓練や地域の行事など確認しています。	
		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。			

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「すべての事業所が虐待・身体拘束廃止ゼロ」を目標に取り組んでいます。他事業所やホーム内にて勉強会を開催しています。	身体拘束廃止委員会を中心に、不適切な対応を防止するスローガンを職員の休憩室に掲示しています。身体拘束ゼロを目指し、入社時から内部研修で身体拘束による弊害を周知徹底しています。神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設に指定されています。	
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。	虐待につながりやすい不適切なケアに目を向け、常に自身のケアを振り返られるよう身体拘束廃止委員会を中心にスローガンを作成し取り組んでいます。		
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ほか、外部の研修にも参加しています。成年後見制度に関する意見交換会にはパネリストとして参加しています。		
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。	ホーム見学時より分かりやすい説明を心がけ、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。	玄関には意見箱を設置していますが、ホームへの希望や日ごろ感じていらっしゃることを気軽に記入していただけるよう、交換連絡ノートを活用しています。	事業所との「交換連絡ノート」により、家族は要望や意向など、気楽に記入して意思の疎通を図っています。運営推進会議には家族や利用者も参加し、運営や設備に関する要望など積極的に意見交換しています。家族会では看取りの事例など紹介しています。	

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。	すべての職員が参加する全体会議などにて職員が提案や意見を出し、代表者が対応しています。職員の提案にて洗濯干し場やキッチン、畑の活用など、さまざまな改善が行われています。	定期的開催する全体会議には、代表者はじめ職員全員が参加し、現場の意見や情報をしっかり取り入れ、多くの改善につなげています。利用者も参加するカンファレンスには本人から、やりたい事や行きたい場所など聞き取り、個別支援計画に反映しています。	
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。	代表者は管理者からの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がすべてを一任されている。定期的な勉強会の開催や外部研修を活用し職員のスキル向上を図っています。		
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ブロック会や他施設実習に参加しています。		
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。	ご相談の段階から、不安や希望を丁寧に傾聴することを心がけています。		

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
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。	職員は入居者様、ご家族に信頼していただけるよう丁寧な対応を心がけています。また気軽にホームにも遊びに来ていただけるよう環境づくりにも配慮しています。		
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。	初めてのご相談ではご本人やご家族等からゆっくり話を聞き現状必要なサービスの把握に努めています。またグループホーム以外のサービスへも繋げられるようサービス種別の垣根を越えたネットワーク作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。	入居者様を介護される一方的な立場に置くことはなく、互いに支えあいながら生活していくこと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。	受診などは可能な限り、ご家族に同行をお願いしています。また家族交流会や収穫祭などご家族が主体的に参加できる機会を作っています。		
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。	ミニケアプランなどを活用し、入居者様のなじみの場所を訪問しています。	三つの支援方針の一つに「その人らしさを大切に」を掲げ、個別支援に力を入れています。利用者と職員が相談してミニケアプランを作成し、家族の協力により、馴染みの場所への外出や得意な料理作り、映画、釣りなど個別支援に努めています。	

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
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。	余暇時間を利用し、共に楽しく過ごせる場面作りを行っています。歌が好きな方の集まりでコンサートへ出かけたがり、お酒が好きな方同士で飲み会なども開催しています。		
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。	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。フェイスブックなどのSNSも活用しています。		
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の意向や暮らしに関するご意向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向を伺っています。	利用者が自分らしい生活を過ごせるよう、入居時のアセスメントシートを活用して一人ひとりの思いや暮らし方などの把握に努めています。利用者と一緒に作成するミニケアプランには何をしたいか、誰に会いたいかなど一つひとつ話し合っ作り上げています。	
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のほか、ご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」の活用など工夫しています。		
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。	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。常に入居者様の現状に合った生活を模索し安心して生活していただけ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
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。	入居者様とのカンファレンスを行った後、職員のみでのカンファレンスを行い、入居者様のご意向が実践されやすいよう工夫しています。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させています。	利用者と職員のカンファレンスを繰り返しながら、本人の希望を確認しています。利用者の変化など記録したケース記録を基に毎月カンファレンスしています。6ヶ月ごとに職員や看護師と話し合い、医師の助言も取り入れ、介護計画を見直しています。	
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い、ケアプランの実施状況をその後のケアに繋がられるよう工夫しています。		
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。	臨機応変な対応を心がけている。常に一人ひとりの状況を、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。	地域の防犯パトロールに参加したり、さまざまな地域のイベントに参加できるよう、日頃より情報収集を行っています。		
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。	入居前に通院していた医療機関を継続されたり、ホームの往診にて日々の体調管理を行うなど柔軟な対応を心がけています。急変時には往診や病院受診など状態に合わせ支援しています。	利用者や家族の希望で選べます。看取り支援も視野に入れて、現在は全員が事業所協力医を選んでいきます。内科が隔週、歯科および看護師の毎週訪問により適切な医療が受けられる体制となっています。専門医通院は原則家族対応ですが、通院支援も行っています。	

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
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。日ごろの健康管理からターミナル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。またホームにて行えることを事前に伝え早期退院できるよう心がけています。		
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。	入居時また状態悪化時には重度化やターミナル時のホーム指針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、看護師、ご家族と連携し支援しています。	契約時に重度化や終末期の方針について説明し、本人や家族の希望を聞いています。必要になった段階で医師から家族へ説明し、新たに話し合い依頼を受けています。職員へは、入職時に看取りを行う旨を伝え日頃から勉強会を開いて支援する体制を整えています。	
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。	年二回、消防訓練を通して地域住民や消防署と連携し情報を共有しています。	消防署立会いで年2回避難訓練を行っています。自治会の防災プロジェクト会議のメンバーに入り、また、近隣の学校とのネットワーク作りも進んでいます。支援を依頼するだけでなく、事業所からも出来ることを伝え、互いに協力し合う関係を構築しています。	

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。	その方にあったお声か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。	利用者のその日の体調や思いを感じ取れるように努め、居室へ入る時には必ず声かけをするなど、利用者が安心して楽しんで暮らせるように心掛けています。行動指針を用意し、職員に不適切な対応があった場合には管理者はその場で伝え、意識を喚起しています。		
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支援しています。ご本人の思いや希望が話しやすい環境作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。	入居者様一人ひとりの生活リズムを大切にしています。状況によってはルーティンの時間を変更し、現状に合った生活リズムが提供できるよう努めています。			
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。	毎日の洋服選びだけでなく、共に洋服を買いに出かけるなど、おしゃれを楽しめる機会を作っています。			
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だけでなく入居者様の希望や入居者様の出身地の郷土料理を皆で楽しむなど、工夫しています。きりたんぼやだご汁などを皆さんでいただきました。	食材や献立の基本は外注ですが、日々の会話から利用者の希望に沿って臨機応変に対応しています。外食をはじめ、移動パン屋で好きなパンを選ぶ、故郷の郷土料理を作る、居酒屋で飲み会をする、畑での野菜栽培など、食事を楽しむ機会を多く作っています。		

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
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。	状態や嗜好に応じ、柔軟に対応しています。お食事を楽しめるよう、さまざまな食材も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。必要に応じ訪問歯科による診療も可能です。		
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。	安易なおむつの使用は一切行いません。ターミナル期を除いておむつの方はいらっしゃらず、リハビリパンツから綿パンツになられた方も多いです。	トイレでの排泄を支援しています。終末期以外はおむつを使用しない方針です。排泄記録や表情、仕草などから判断してトイレ誘導をしています。また、トイレの場所を分かりやすい表示にすることで通常の下着で過ごせるようになった人もいます。	
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。	状態に応じ、排泄記録にて情報を共有しています。安易に薬に頼らずヨーグルトやフルーツ、体操、マッサージなどその人に合った対応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。毎日入浴される方や状況に応じ、夜間の入浴にも対応しています。またスーパー銭湯や温泉に出かけたこともあります。	入浴は、毎日や、夜間に入る人など、利用者の希望に沿って入浴できるように支援しています。日帰り旅行で温泉にも出かけています。機械浴は利用者にとって恐怖感があるだろうとの思いから導入せず、終末期の人にも複数の職員で介助しています。	

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
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。	入居者の好みに応じた空調調整や必要な時に必要な休息がとれるよう支援しています。パジャマは週三回、シーツなどは週一回のペースで洗濯し気持ちよく就寝できるよう支援しています。		
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。	入居者が服用している薬は介護記録のファイルにすべて内容がセットされ全職員が把握できるよう工夫しています。与薬時にはその人に合ったケアを心がけています。		
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。	その人らしい役割をもって日々生活できるよう努めています。日常の家事については自身ができることは自身でおこない、お元気な方が重度の方を支える関係性ができています。		
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。	毎日の散歩は日課になっています。その他、買い物、ドライブ、外食、コンサートなど一人ひとりにあった余暇の使い方を大切にしています。	夏は暑いから行かないとかでなく、その日の状況に応じて時間帯や利用者の体調に合った対応で散歩に出かけて外の空気や景色に触れています。その他、毎月ミニケアプランを立てて利用者が行きたい所へ出かけたり、その日の会話で急遽出かけたりしています。	
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されている方や、ホームが立替え対応している方など、その方の状況に応じ臨機応変に対応しています。		

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、ホームの電話はいつでも使っていただけます。		
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や入居者様の作品、皆で出かけた時の写真などを飾り、居心地の良い環境作りに努めています。	季節の花を飾った事業所内は明るく、毎朝利用者と共に掃除をして清掃が行き届き、気になる匂いもなく快適な環境が整っています。リビング以外にも、廊下に小さなテーブル、椅子やソファが置いてあり、利用者が寛いで過ごせるように配慮しています。	
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。	皆と過ごすリビングのほか、少人数で過ごせるスペースも設置し、入居者様が過ごしたい場所を多く確保できるよう支援しています。		
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。	ご本人が安心できる、ご本人の好みを大切にしながらも、身体機能に合わせた安心して過ごせる居室作りに努めています。	家族の写真、大切に持っていた作家の全集、本人が作った趣味の作品、家具、仏壇などなど、馴染みの品々や好みのものに囲まれて居心地の良い居室となっています。事業所の新聞以外にも、馴染みの新聞を購入して部屋でゆっくり読んでいる人もいます。	
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」や自身の居室の表示、ダンスなどの衣類がどこに入っているか分かるよう工夫しています。		

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 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
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 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
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つなげている。	職員とともに構築した理念はホームの目標であり、ケア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、入居者様の思いをくみ取る努力をしています。		
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。	地域の盆踊りや餅つきに参加させていただき、入居者様の力を地域に活かせるよう、防犯パトロールや町内の一斉清掃にも参加しています。		
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。	地域ケア会議や介護者の集い、認知症サポーター養成講座などには積極的に参加しています。また区開催の認知症啓発講演会などへはパネリストとして参加しています。		
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・地域包括職員など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につなげています。		
		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。			

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「すべての事業所が虐待・身体拘束廃止ゼロ」を目標に取り組んでいます。他事業所やホーム内にて勉強会を開催しています。		
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。	虐待につながりやすい不適切なケアに目を向け、常に自身のケアを振り返られるよう身体拘束廃止委員会を中心にスローガンを作成し取り組んでいます。		
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ほか、外部の研修にも参加しています。成年後見制度に関する意見交換会にはパネリストとして参加しています。		
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。	ホーム見学時より分かりやすい説明を心がけ、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。	玄関には意見箱を設置していますが、ホームへの希望や日ごろ感じていらっしゃることを気軽に記入していただけるよう、交換連絡ノートを活用しています。		

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。	すべての職員が参加する全体会議などにて職員が提案や意見を出し、代表者が対応しています。職員の提案にて洗濯干し場やキッチン、畑の活用など、さまざまな改善が行われています。		
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がすべてを一任されている。定期的な勉強会の開催や外部研修を活用し職員のスキル向上を図っています。		
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ブロック会や他施設実習に参加しています。		
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。	ご相談の段階から、不安や希望を丁寧に傾聴することを心がけています。		

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
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。	職員は入居者様、ご家族に信頼していただけるよう丁寧な対応を心がけています。また気軽にホームにも遊びに来ていただけるよう環境づくりにも配慮しています。		
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。	初めてのご相談ではご本人やご家族等からゆっくり話を聞き現状必要なサービスの把握に努めています。またグループホーム以外のサービスへも繋がられるようサービス種別の垣根を越えたネットワーク作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。	入居者様を介護される一方的な立場に置くことはなく、互いに支えあいながら生活していくこと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。	受診などは可能な限り、ご家族に同行をお願いしています。また家族交流会や収穫祭などご家族が主体的に参加できる機会を作っています。		
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。	ミニケアプランなどを活用し、入居者様のなじみの場所を訪問しています。		

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。	余暇時間を利用し、共に楽しく過ごせる場面作りを行っています。歌が好きな方の集まりでコンサートへ出かけたがり、お酒が好きな方同士で飲み会なども開催しています。		
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。	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。フェイスブックなどのSNSも活用しています。		
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の意向や暮らしに関するご意向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向を伺っています。		
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のほか、ご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」の活用など工夫しています。		
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。	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ます。常に入居者様の現状に合った生活を模索し安心して生活していただけ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
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。	入居者様とのカンファレンスを行った後、職員のみでのカンファレンスを行い、入居者様のご意向が実践されやすいよう工夫しています。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い、ケアプランの実施状況をその後のケアに繋がられるよう工夫しています。		
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。	臨機応変な対応を心がけている。常に一人ひとりの状況を、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。	地域の防犯パトロールに参加したり、さまざまな地域のイベントに参加できるよう、日頃より情報収集を行っています。		
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。	入居前に通院していた医療機関を継続されたり、ホームの往診にて日々の体調管理を行うなど柔軟な対応を心がけています。急変時には往診や病院受診など状態に合わせ支援しています。		

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。日ごろの健康管理からターミナル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。またホームにて行えることを事前に伝え早期退院できるよう心がけています。		
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。	入居時また状態悪化時には重度化やターミナル時のホーム指針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、看護師、ご家族と連携し支援しています。		
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。	年二回、消防訓練を通して地域住民や消防署と連携し情報を共有しています。		

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
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。	その方にあったお声か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。		
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支援しています。ご本人の思いや希望が話しやすい環境作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。	入居者様一人ひとりの生活リズムを大切にしています。状況によってはルーティンの時間を変更し、現状に合った生活リズムが提供できるよう努めています。		
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。	毎日の洋服選びだけでなく、共に洋服を買いに出かけるなど、おしゃれを楽しめる機会を作っています。		
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だけでなく入居者様の希望や入居者様の出身地の郷土料理を皆で楽しむなど、工夫しています。きりたんぼやだご汁などを皆さんでいただきました。		

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。	状態や嗜好に応じ、柔軟に対応しています。お食事を楽しめるよう、さまざまな食材も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。必要に応じ訪問歯科による診療も可能です。		
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。	安易なおむつの使用は一切行いません。ターミナル期を除いておむつの方はいらっしゃらず、リハビリパンツから綿パンツになられた方も多いです。		
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。	状態に応じ、排泄記録にて情報を共有しています。安易に薬に頼らずヨーグルトやフルーツ、体操、マッサージなどその人に合った対応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。毎日入浴される方や状況に応じ、夜間の入浴にも対応しています。またスーパー銭湯や温泉に出かけたこともあります。		

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。	入居者の好みに応じた空調調整や必要な時に必要な休息がとれるよう支援しています。パジャマは週三回、シーツなどは週一回のペースで洗濯し気持ちよく就寝できるよう支援しています。		
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。	入居者が服用している薬は介護記録のファイルにすべて内容がセットされ全職員が把握できるよう工夫しています。与薬時にはその人に合ったケアを心がけています。		
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。	その人らしい役割をもって日々生活できるよう努めています。日常の家事については自身ができることは自身でおこない、お元気な方が重度の方を支える関係性ができています。		
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。	毎日の散歩は日課になっています。その他、買い物、ドライブ、外食、コンサートなど一人ひとりにあった余暇の使い方を大切にしています。		
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されている方や、ホームが立替え対応している方など、その方の状況に応じ臨機応変に対応しています。		

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、ホームの電話はいつでも使っていただけます。		
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や入居者様の作品、皆で出かけた時の写真などを飾り、居心地の良い環境作りに努めています。		
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。	皆と過ごすリビングのほか、少人数で過ごせるスペースも設置し、入居者様が過ごしたい場所を多く確保できるよう支援しています。		
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。	ご本人が安心できる、ご本人の好みを大切にしながらも、身体機能に合わせた安心して過ごせる居室作りに努めています。		
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」や自身の居室の表示、ダンスなどの衣類がどこに入っているか分かるよう工夫しています。		

平成28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28年11月12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	10	介護計画作成に関し家族より意向を伺うも「いつも通りでお願いします」との回答が圧倒的に多く又、プランの内容や日頃のケアの目的に関し家族の理解が十分に図れていない。	ホームでの様子やケア目標が分かりやすく伝わるよう工夫することで、ご家族とホームが良好な関係性を構築でき、入居者様のQOL向上につなげることを目標とする。	①ホーム便り、近況報告等には日頃のエピソードなどを加える。写真などの視覚情報を増やし見て楽しい、伝わりやすい情報を提供する。	12ヶ月
2				②ケアプランにおける家族の意向確認はモニタリング直前の電話だけでなく日頃の発言など日常のコミュニケーションの中から収集した情報を記録しケアプランへ反映させる（気づきシートへの記入）	12ヶ月
3				③ケアプランの同意を得る時にはモニタリング（検討内容）の説明。プラン内容を分かりやすく伝え、ご納得いただいてから署名をいただく。	12ヶ月
4					ヶ月