

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	1490900022	事業の開始年月日	平成18年10月1日
		指定年月日	平成18年10月1日
法人名	医療法人社団 裕生会		
事業所名	グループホーム ウェルケア新羽		
所在地	(〒223 -0057) 神奈川県横浜市港北区新羽町2153		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員 計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年11月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年2月20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	
----------	--

【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)】

29年度の目標として、数々の実践から学んだ知識の更なる向上を目指した取り組みを掲げている。
主治医、訪問看護との連携により在宅で介護困難な重症で御見取りの方々を各階で支援している。毎日の生活に於いて声掛をし刺激を行ない、食事が召し上がられる様になり栄養が確保された。声が出る事により、会話可能となり自分の意思を伝えられる様にもなった。褥瘡が悪化して食事も取れない方を毎日洗浄し、処置を行い褥瘡が完治された。完治されてからはリビングで過ごされる時間が持てる様になり、活動性が出てきて笑顔も時折見られ歌の会、音楽療法に参加されている。認知が軽度の方は毎日畑で作物、草花の手入れをされ、ボランティアの方と会話を楽しみながら収穫しサラダ、味噌汁の実にして楽しんで過ごされている。又近隣の小学生、中学生との交流でホームに遊びに来られ、皆様と共に楽しまれています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成29年12月22日	評価機関 評価決定日	平成30年2月3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)】

【事業所の優れている点】
 ◇職員体制の充実
 職員の資格取得や研修参加への費用負担や勤務扱いなど常勤、非常勤の区別なく支援体制が整い、就業環境も整備されてきた。重度化や、看取りなどへの対応も経験豊富な職員が多く、勤務年月が長い職員が多数いる。
 ◇地域との連携と利用者の社会参加
 3つの町会にまたがって同一法人の介護老人保健施設と3つのグループホームがあり、近隣の町内会と法人で「防災協定」を結び相互協力体制を構築している。地域の学校から児童と保護者が年数回交流に訪れたり、地域の運動会や地区センターの文化祭、地域ケアプラザの催し物に見学に行き地域の方と交流をしている。職員は利用者の社会とのかかわりを積極的に支援している。

【事業所が工夫している点】
 ◇医療、介護の連携と情報の共有化
 近隣に同一法人の介護老人保健施設や訪問看護ステーションがあり、管理栄養士や理学療養士、言語聴覚士、看護師との職種間連携がとりやすい環境がある。利用者の状態変化や嚥下、口腔ケア、食形態の相談などいつでも利用者の最新の状況などが把握しやすいようにパソコンでネットワーク化されている。今年度の4月から法人クリニックの在宅診療医が電子カルテを導入して利用者の状況把握や薬の情報を共有しやすくなっている。

x

【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	グループホームウエルケア新羽
ユニット名	新羽1丁目

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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

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
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	29年度の目標として多様化する課題に挑戦。最適な支援の実践に努力した。地域密着として在宅で重症となった介護困難な方々を受け入れるにあたって主治医、看護師と会議等で話し合いを行い実践し効果を上げている。	・法人の理念に沿い年間の目標を設定して日々のケアの実践をしている。今年度は、利用者の日常生活の充実を図り、地域の方と交流を深めたり、個別支援を進めるために、パソコンやタブレットを使って情報共有や業務の簡素化に努めている。	
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	運動会、バザー、地区センターでのコンサート、ふれあい動物園、ちびっこ相撲、奇席、近隣の小学校、中学校との交流、子供110番の受け入れ等を行い市域の行事に参加して交流している。	・公会堂のコンサートや地域ケアプラザの催し物、地区センターの文化祭など地域の社会資源を活用し地域の方と交流する機会を作っている。 ・庭の菜園で地域のボランティアが野菜作りをしている。菜園で採れた野菜が食卓に上がることもある。	
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	運営推進委員会で地域の方々、利用者様の御家族の方々に発信したり、ホーム内でコンサートを開催し御家族様、ボランティアの方々に一緒に参加して頂き認知症を理解頂いている。		
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	2ヶ月に一度運営推進委員会を行い入居御家族、町内会長、民生委員、地域ケアプラザ、他グループホーム管理者等と意見交換してご意見、要望を聞き、会議にて話し合いを実践している。	・年6回の運営推進会議のうち数回は同一法人の近隣の3つのグループホームが合同で災害対策などを話し合っている。 ・職員の顔が分からないので写真を掲示して欲しいと家族から要望が出て入り口に掲示を行っている。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村生活保護担当の方々と連絡を取り合い、報告書、おこずかい帳のコピーを送り、状況説明を行い協力関係を築いている。また、入居空き情報を伝えている。	・港北区区の生活保護課とは利用者の状況報告や相談事などで連携をとっている。 ・区のグループホーム連絡会に出席をし、他事業所と情報交換や職員の交換研修などを行っている。	

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
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	毎月カンファを行い身体拘束をしないケアを実践。施錠無く利用者は自由に畑に出入りし、花や作物の世話をされている。また、随時全職員で身体拘束しないケアについての話し合いを行っている。	・法人が行う身体拘束の研修を受講したり、毎月のカンファレンスの中で拘束につながらない声掛けやケアの実践について話し合っている。 ・ユニット間やベランダ、庭へは自由に出入りができ、エレベーターの使用も特に制限はしていない。	
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	法人内勉強会、グループホーム連絡会に参加して会議にて報告、話し合いの場を設け、全員で取り組み実行している。		
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	利用者の権利、自立支援を守るため毎月カンファレンスを行い、利用者個々のADLに沿った支援を全職員統一して実践している。		
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	入所についての説明を十分に行ってご理解頂き、了承頂いた上で契約締結し解約時にはご家族様の意向に沿って不安を解消して頂けるようご相談にのり他機関をご紹介する等、納得の上解約に及んでいる。改定時には同意を得ている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	1年に1回外部評価にて御家族様へアンケートを頂き、結果を運営推進委員会にて発表。要望、ご意見に対して速やかに取り組んでいる。	・家族とのかかわりを重視して家族会を年2回行っている。家族から意見や要望などはあまりないが、利用者に対する個別の要望なども細かく拾い上げるように、職員は家族とのコミュニケーションを大事にしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	会議、申し送り終了時間後に話を聞いている。	・ 職員の意見が運営に反映され資格取得の費用負担や処遇改善などが行われ、職場環境の改善ははかられている。 ・ ホーム会議やミーティングで休憩時間の取り方や事務所内の整理、整美などを話し合い実現している。	
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	コンピテーションを行い職員介護加算の指導、見直しされ改善された。		
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	法人内、新人教育実行、毎月の勉強会に参加出来るよう残業が認められた。		
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	交換研修を毎年行って勉強会、情報交換を行っている。		
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	生活歴を御家族様、ご本人から情報を得てカンファを行い統一した声掛けを行う。		

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	入所時にホームの事を細かく説明する、家族として困っている事等を傾聴し対応策を共に考え信頼関係を築いている。		
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	医療体制が整い、医療的にその方にあつた支援を行い他職種連携している。		
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	できる事は協力して頂き、その方の得意とする事を積極的にして頂き、生活感を持って頂く。		
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	毎月の報告書で近況を知らせ、行事の催し物に参加、協力して頂く。		
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	ホームでの催し物、手作り年賀状の送付、お知らせしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・古くからの友人や近所の知人が時折訪ねてくる。訪問時には湯茶でもてなし居室で歓談している。 ・毎年職員が芋版を作り、年賀状を家族や友人に出す支援をしている。 ・ボランティアとともに畑で趣味の花づくりをする方や、毎朝眉や口紅を引いて身支度をする方もいる。 	

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
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	他様の居室で一緒に会話されたり、1.2階合同でレクリエーションを楽しんで頂きおやつを召し上がって頂いたり利用者様どうしの交流を行っている。		
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	契約終了後も必要に応じ連絡を行いご相談を伺っている。		
会					
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。	日々、ご希望、ご要望をお聞きし、カンファレンスを月1回または随時必要に応じ行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・発語のできない方には、日々の生活の中での何気ない一言や表情の変化を把握し、パソコンの「かかわりと、気づき」に随時入力して職員間で共有している。 ・汲み取った思いや意向は毎月のカンファレンスで話し合い、ケアプランに反映させることもある。 	
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	入居時にご本人様、御家族様にお話しをお聞きしたり日常の会話の中で今までの生活歴等を聞き取りカンファレンスに繋げている。		
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	常に状態の小さな変化にも配慮し、医療等と連携している。		

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
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	毎月のカンファレンスを行い1ヵ月間の様子を確認して課題とケアをのアイデアを元に現状にあった介護計画をたてている。	・居室担当者と計画作成者が協力してアセスメントを行い、カンファレンスで話し合い、医療情報などを反映して計画作成をしている。 ・日々の介護記録はパソコンに入力をして法人本部、訪問看護ステーション、各ユニットをネットワークでつなぎ情報共有している。	職員がケアプランを意識してケアに当たり、パソコン上の日々の介護記録がケアプランと連動したものになるようなパソコンソフトのカスタマイズを期待します。
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	様子観察をしてささいな事でも記録に残して少しでも変化を見逃さない様、申し送りを行い情報共有に努めている。		
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	パソコンソフト導入を行い医師との情報共有を行い電子カルテも共有になり医師の指示を確認できるようになっている。職員での共有も行き易くなっている。		
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	地域センターでの文化祭、移動動物園、近隣の小、中学校との交流、ボランティアの方と歌と一緒に歌う等の活動を行っている。		
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	入居の際、提携医と医療機関の説明を行い納得し同意を頂いた上で契約を行って頂いている。必要に応じ御家族様へ医師、介護から話し合いの場を設けている。	・法人クリニックを全員がかかりつけ医として受診している。内科以外の専門医の受診にも対応ができ、血液検査やエコーなども事業所で受けられることが家族の安心につながっている。今年の10月から電子カルテを導入して訪問看護とも情報共有し、医療連携の強化を図っている。	

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
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	毎週、1回の定期訪問が行われており、特変があった際は連絡を行い看護師が訪問し様子確認をしている。		
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。	入院された際は御家族様、入院先病院と密に連絡を行い情報共有を行い、早期退院に備えている。		
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、事業所ですることが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、終末期になった際、今後の支援方法をご本人様、御家族様、主治医、ホームと話し合いを行い十分な説明、納得、同意を頂いた上で支援を実践している。	・開所来20件以上の看取りの実績があり、経験豊富な職員も多く、重度の利用者の受け入れも行っている。法人クリニック、訪問看護ステーションと職員が、ネットワーク化された情報ツールにより情報を共有し看取りにあたっている。	
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	法人内での勉強会、外部での研修、グループホーム内で研修、カンファレンスにて情報共有を行い、急変や事故発生時の対応が行えるよう定期的に行っている。		
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	所轄の消防署長の指導の下、施設内にて年2回定期防災訓練を行っており、職員全員が対応できるように助言頂き、地域の方へ防災訓練のお知らせも行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回の避難訓練のほか、今年度は11月に水害を想定した避難訓練を行っている。 ・法人が地域と防災協定を交わしており、近隣のグループホームとは協力体制が取れている。 ・災害用の備蓄や備品は施設内のほか、今年の4月から近くの法人内に備蓄庫を設け保管管理している。 	

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
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	その人らしさを尊重し、生活歴、性格に配慮したお声掛けを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の保護、プライバシーは入職時に研修を受けている。 ・情報連携に際しては、責任ある取扱いと管理を徹底している。 ・管理者は職員の言葉かけが気になったときはすぐにその場で注意をしている。 	
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	日常の会話の中で見極め、地区の催し物や買い物等、企画をたて支援している。		
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	その日の様子を確認し散歩、午睡、歌を唄う、ゲームをする等、ご本人様のペースに合わせて過ごして頂いている。		
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	日常では顔にクリームを塗布や眉毛を書いたり、行事によって浴衣を着て口紅を塗って参加したり2か月に一度、訪問理美容で髪を切ったりされている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	畑で育てた野菜を収穫し、みそ汁、サラダ等にして食べて楽しまれたり、お誕生日には出前の寿司を注文したりしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・系列の介護老人福祉施設から調理した副食が毎日届けられ、事業所は主食と汁物を調理して提供している。利用者が庭で収穫した野菜が食卓にのぼることもある。 ・希望により外食や出前も楽しんでいる。 	

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
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	毎食、食事量、水分量の記録を残し日々の変化に対応できるようにし、管理栄養士とも連携している。		
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	個々の状態にあった口腔ケアを実践し全介助の方はマッサージやスポンジを使用、提携している歯科と連携し支援している。		
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向けた支援を行っている	立位が困難な方も尿意、便意を感じられた際は日中は職員2名対応にて無理の無いようトイレにて排泄して頂いている。排泄時間を記録することによって個々に合わせた排泄時間、量の把握に努めている。	・オムツを使わない方針で、トイレでの排泄を大切にしている。立位が困難な利用者も日中は二人対応でトイレ介助をしている。 ・パソコンで排泄パターンを把握し、羞恥心、プライバシーに配慮した排泄を支援している。	
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	散歩や体操と体を動かして頂いたり、起床時にお茶を飲んで頂いたりし、精神面では運動、レクリエーションの支援を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴される時は職員と一緒に衣類の準備をして頂いたりし、入浴日以外の日でもご本人様より入浴の希望があった場合、配慮しています。	・利用者の希望に配慮しながら、週に2回の個別入浴をしている。 ・職員と1対1の入浴で、利用者は普段話せない会話を楽しみながら入浴をしている。 ・体調により、全身清拭や足浴を希望される利用者もいる。	

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
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	手作りのクッションを用意して、寝返り等できない方には、2～3時間でのポジショニングを行い褥瘡予防をしている。天気の良い日には日光浴を行い夜間の睡眠に繋げている。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	定期往診で薬の変更など電子カルテを見て薬剤師に薬の飲み方を確認し職員全員が理解徹底している。		
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	毎日の洗濯干しや取り込みやたたんで頂いたり、食器拭き等をお手伝いして生活の一部にして頂いている。		
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	地域センターでの文化祭、移動動物園、近隣の小、中学校との交流、ボランティアの協力も得て外出支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は事業所に隣接している、「せせらぎ緑道」で散歩を楽しんでいる。 ・個別対応でスーパーに買い物に出かけたときには、利用者が自分で支払いができるような配慮をしている。 	
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	職員と外出された際やバザー等、買い物支援を行いお好みの品を購入されている。		

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	
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	御本人が家族の声が聞きたいとの要望や、御家族様からの電話があった時は電話口に出て頂き会話を楽しまれている。年賀ハガキを書いて頂き投函しています。			
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	皆様が集まるリビングでは壁にレクリエーションで作った季節感あふれる飾り付けを心掛けています。また、笑顔の写真も飾り付けし庭のお花をテーブルに飾ったり等行っている。	・広い居間には床暖房設備と加湿器が置かれ、快適に過ごせるようになっている。 ・壁面には季節感のある貼絵や折り紙などの作品が飾られている。 ・来訪した小学生の交流手紙が貼られている。		
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	テレビの前にソファを置き好きな時にくつろいで頂いています、リビングでは新聞を見たりされている。			
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室内には見慣れた私物、家族の写真、手紙、誕生日カードを飾り、安心して過ごして頂いており、各居室、個性的空間作りを行っている。	・家具の配置は利用者の身体機能の状態に合わせ、利用者、家族、職員と相談しながらを決めている。 ・それぞれが自分の部屋と思えるように写真や思い出の品などで飾りつけをして居心地の良い部屋づくりをしている。		
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」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	毎月のカンファを行い、その人に合った出来る事を見極め参加出来る事をお願いして達成感を味わって頂いている。リビングで出来るリハビリを毎日実行する事で下肢筋力低下しない様に工夫している。			

事業所名	グループホームウエルケア新羽
ユニット名	新羽2丁目

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	利用者と職員と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、安全面で不安な区過ごせている。 (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

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
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	カンファレンス、会議ではホーム理念を基本として話し合いを進め、ホーム各所に理念を提示し常に確認できるように行っている。		
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	地域にて行われているバザーや運動会、チップコ相撲、小、中学校との交流、こども110番の表示もしている。		
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	運営推進委員会で地域の方々、利用者様の御家族の方々に発信したり、ホーム内でコンサートを開催し御家族様、ボランティアの方々に一緒に参加して頂き認知症を理解頂いている。		
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	同一法人の3つのグループホームと合同で行い各グループホームの代表のご家族様も参加しサービス状況の報告や今後の検討などを行い他職種との情報交換を行いサービス向上に努めている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	区の担当者の方とは近況報告やご家族様からの相談事などの対応についても連携を行なう場合がある。各研修やセミナー、勉強会などの案内も頂き、ホームへ挨拶を行いに来所して頂ける時もある。		

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	身体拘束についての勉強会を行い、認識不足による意図でない拘束も発生しないよう取り組み、身体拘束を行わない安全の確保、ケアに取り組んでいる。		
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	身体的な虐待、精神的な虐待など種類がある事を理解し、勉強会にも定期的に参加し虐待を防止している。入浴時にさりげなく全身確認も行い異常時は速やかに発見できるよう努めている。職員のメンタル状況にも注意、ヒアリングを行っている。		
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、研修、講習に参加し、参加者は後日、職員に発表し知識の共有を行っている。事務所に資料、参考書も設置しており、必要に応じ御家族様、主治医、事務所と連携、相談を行っている。		
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	契約前にホーム内の見学、説明を行い書面を用いホームの理念を確認し料金の説明等行い十分に説明し同意を得た上で契約に至っている。契約後も随時質問に受け答えし改定がある場合、又、苦情窓口をご家族様全員に通知している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者様の要望、意見は常に受け必要に応じカンファレンスを行い反映させている。御家族様からの意見、要望は来所時、またはご報告等の電話を行った際にお伺いしている。毎月の報告書に御意見の反映状態もご報告している。		

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	毎月の会議の他、臨時会議や管理者、副主任による個別のヒアリングを行い、意見の交換、提案を反映、実現させる為の話し合いの時間を設けている。		
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	毎年2回コンピテンシーが実施され各職員への面談も行われている。職員より提出された資料を元に面談を行いアドバイス等行っている。法人による給与水準への基準にもなっている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	管理者、副主任により個々の職員のケアの実際を確認している。各職員の力量を把握し、苦手な分野をトレーニングできるようにしている。法人内の勉強会はもちろん、外部の研修にも職員のレベル、希望に合わせて参加の案内を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホーム連絡会のブロック会に参加したりグループホーム会議にて主治医、訪問看護、リハビリ科と連携している。訪問歯科や整体師、栄養科にも相談しアドバイスを頂きサービス向上へ反映させている。		
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	入居時の情報収集や入居前に可能であれば面会を行い御本人様の要望や心身の状態を確認し職員へ伝達しカンファレンスを行っている。入居後も常に状態を見守りし御本人様の安心や信頼を確保できる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
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	事前にホームの見学や面談を行い質問や要望にお応えしている。入居時のサービス計画書に反映させ説明の上、同意を頂いている。個々の職員にも挨拶などを徹底し相談しやすいホーム作りをしている。		
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	事前に収集した情報を元に支援を開始し、御本人様、御家族様の意向に沿った支援が出来る様モニタリングを行い必要としている適切な支援が行えるよう他職種と連携し状態に応じ様々なサービス、他施設の案内をしている。		
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	日常生活の中でできるお手伝い食器拭きや洗濯物たたみ等を一緒に行い生活感をだし一方の立場にならないよう工夫している。気の合う利用者様同士で席を近くにしたりと心身共に孤立しないようにしている。		
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	各行事に参加して頂いたり家族会では御家族様同士お話をされその中に職員が入っている。面会時に職員とケアを行って頂ける御家族様もおり、一緒に支援している。近況を報告し協力して頂ける事は協力して頂き関係を築いている。		
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	馴染みの方との面会や電話、毎年年賀状送付の支援、可能であれば馴染みの方の協力の元、外出や馴染みの場所へはホームの車にて外出を行っている。アルバムを御用意し各行事の写真がいつでも見られる様居室に設置している。		

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士コミュニケーションが取れるようアクティビティーや家事の協力が行える場を設けており、良い関係が保てる距離、時間の調整を差し上げている。1.2階交流の場として各行事、歌の会等を定期的で開催している。		
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	療養に入所、病院に入院された方へお見舞い、葬儀場へ出向き御家族様への支援を行っている。		
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。	利用者様1人に対し担当の職員が一名おり、毎月カンファレンスを行い日々の変化に対応している。意向、希望を把握する為、傾聴や生活の中での言葉、表情からも情報を収集し把握に努めている。		
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	今までの生活歴を御家族より聞き取り、カンファに挙げ、御本人からのお話も聞いて参考にし、可能であれば以前利用していた事業所より情報提供を受けている。		
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	常に小さい変化、表情、顔色、バイタルサイン、既往歴等を確認し、状態の変化に気を付け、訪問看護と連携し現状に合わせた生活が維持出来る様対応している。		

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
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	毎月及び必要時にカンファレンスを行い職員同士ケアの方法を検討、モニタリングしている。必要に応じ主治医、訪問看護師と課題に取り組んでいる。御本人様御家族とも随時話し合いを行い介護計画に取り組んでいる。		
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	毎日の申し送りや介護専用パソコン記録ソフトを使用し気付いた事やケアの試行状態、食事量、排泄状態を確認できるようにし、この記録や申し送りの情報を共有し今後の支援方法や実践の結果、介護計画作成の情報にしている。		
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	各研修や勉強会、交換研修にて様々なケアの方法を取り入れ新たなサービスや一人ひとりに合わせた、御本人様御家族様の要望に合わせたサービスが行えるよう取り組み他業者とも連携している。		
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	小、中学校との交流や他施設の行事、地域ケアプラザ、地区センターで行われる行事や地区センター内の図書館利用等、職員付き添いの元参加しボランティアの方の協力も得ている。		
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	法人内のクリニック、訪問看護師との連携を入居時に説明し受診の際は必要に応じ主治医により御家族様へ説明、医療方法を話し合われ各提携病院、近隣の病院と協力している。		

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
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	法人内の訪問看護と連携し日常の全ての状態を記録したパソコンソフトを看護ステーションから閲覧でき、その情報を電話、看護師来所時に相談報告を行っている。体調不良や急変時も24時間連絡が取り合える体制になっている。		
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。	提携している病院が数か所あり入院の際、主治医や看護師と連携し情報交換ができ、退院後も病院、主治医、訪問看護師と連携している。退院時の対応、ホームでの今後の生活状況の情報交換、相談も行われている。		
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	主治医により今後予想される心身の状態の説明を御家族様、主治医、訪問看護師、ホーム管理者にて話し合いが行われ重度化や終末期の対応のあり方、支援方法を検討、実行している。		
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	主治医、訪問看護師と24時間連絡がとれ、備え付けのフローチャートも用意されている。急変時、事故の状態に合わせた対応が行えるよう勉強会、器具を用いた練習が出来る機会を設けている。		
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2回、消防署指導の下、火災訓練を行っており自主的な訓練も行っている。非常時の道具も備えており、近隣の方達にも非常時の協力をお願いしている。近くに法人内の施設が3カ所あり非常時は協力体制が取れる。		

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
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	ホームの理念、大切な人だから、を忘れずどんな時も笑顔で大きな声を出さず冷静に対応し、一人ひとりの人格、誇りを考慮した対応を行っている。		
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	御本人様の思い、希望に添えるよう限られたお声掛けは行わず、思い、希望が表しにくい場合は御本人様の意思が引き出せるようなお声掛けも行い、アクティビティー参加や様々な場面でお声掛けを行い自己決定の支援を行っている。		
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その人らしい馴染みのある生活ができ、個々の利用者様に合わせたペースを大切にしリラックスして過ごして頂けるよう配慮し、何かアクションを起こしている場合はお声掛けし希望、思いをお伺いしている。		
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	起床時に整容の支援、下着の交換を支援するなど清潔な身だしなみを支援し、外出時には口紅をつけて頂いたり衣類を選んで頂いたりしている。髪も定期的に訪問理美容を利用し整えられている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームの畑で育てた野菜でみそ汁やお新香を作ったり誕生日会では希望の出前、外食を行い、行事等ある日は行事食もある。嚥下状態によりやわらか食を提供している。食後の食器、おぼん拭きのお手伝いの協力もされている。		

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
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	栄養管理士によるバランスの良い献立表、食事形態は個々の状態に合わせて刻みやとろみをつけ対応。栄養補助食品摂取や水分は個々に合わせた飲み物を用意し変化をつけており必要に応じてゼリー等で無理なく摂って頂いている。		
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	毎食後ケアを行い声掛け見守り仕上げみがきを介助や全介助の方にはスポンジ、ウェットティッシュを使用、ジェル等にて口腔内が清潔であるよう支援している。就寝時には義歯洗浄行っている。定期的に訪問歯科も利用している。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄のパターン、タイミングを考慮し可能な限りトイレでの排泄支援を行い、排泄の失敗も羞恥心に配慮したケアを差し上げている。排泄記録を参考に排泄時間が空いた際はお声掛けも行っている。		
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	排便を促せるよう天気の良い日は散歩へ行き、毎身体操を行ったり便秘気味の方には腹部のマッサージを行っている。水分量も工夫しほぼ毎日乳製品を提供している。便秘時は下剤使用や主治医、訪問看護師へ報告相談を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴前に希望や時間をお伺いし考慮し、拒否等がみられる際は時間、日をずらし無理強いせずご本人様の負担が減らせるよう器具も使用している。シャワー、湯船の温度も高温低温を除き希望に沿った温度にて行っている。		

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
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	各居室に温湿度計を設置し冷暖房や加湿器にて温湿度を調整している。一人ひとりの体調や習慣に応じて午前午後ベットにて休んで頂いている。体交クッション利用しポジショニング実施にて安楽に休める様、支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	処方薬の確認が常に閲覧でき服薬変更時も薬剤師から説明、職員間で共有している。飲み込みの悪い方へはゼリー使用したり主治医へ相談し顆粒状へ変更し対応、症状の改善、変化の経過を観察し主治医、訪問看護師へ報告している。		
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	日常生活の中でのお手伝い、洗濯物たたみや食器拭きや、季節の行事がある時など飾り付けの折り紙などの作成のお手伝いをして頂き、好きなテレビ番組、新聞やベランダにて外気浴、付近の緑道へ散歩を差し上げている。		
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	スーパーへのお買い物や地域ケアプラザにて開催される行事に参加されたり、港北公会堂にて行われる踊りの鑑賞、季節の花の見物、苺狩りに車にて外出し、御家族様やボランティアの方も参加されている。		
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	お小遣いをお預かりしてお寿司など出前をとったり、バザーでお好きな物を購入されている。ティッシュや日用品の購入、衣類の購入など、御本人様の意向を考慮し支援している。		

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
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	年賀状を書くお手伝いや、御自身の携帯電話の管理、充電を差し上げている。ご要望に応じ御家族様へ連絡を差し上げ、御本人様と連絡が取れる様、支援行っている。		
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	清潔を維持し設備の保守整備に注意し照明もその日の状況に合わせてたり気温湿度に応じエアコン、加湿器を使用し過ごしやすい環境を心掛けている。各居室にのれんを設けプライバシーの確保、壁には季節に応じ飾り付けを行っている		
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	気の合う方同士が話せるよう席を配置し、時には距離も取れるよう配慮している、ソファにテレビ、雑誌や本、歌集を用意してあり共通の話題が出来る様にしている。定期的に席替えを行い新たな関係が構築されるよう配慮している。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時に自宅で使用していた家具や衣類を持参して頂き、入所後も御本人様の要望に配慮している。御家族様が衣類や小物、飾りを持参される事もあり、御本人様、御家族様の意向を配慮し使用、飾り付けを行っている。		
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」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	バリアフリー構造、要所へ手すり設置、車イス自操、シルバーカー、独歩が安全に出来る様、通路の確保や障害物が発生しなよう努め、居室、トイレなど分かりやすいよう張り紙を行い、目的地が分かりやすい様、配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム
ウエルケア新羽

作成日 平成30年2月3日

【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	26	ケアプランの内容に沿った支援の記録がパソコンソフト上に記録できる環境の整備。	ケアプランの内容の支援の実施状況、経過をモニタリングでき、今後の支援方法の参考の一つとして活かしていく。	職員のパソコンソフトの活用方法の見直し及び、当施設、パソコンソフト会社との意見交換し当ホームにより適したパソコンソフトになるよう協議します。	1年
2		重度化に対応した個別支援、外出支援の種類、頻度を増やしていく。	個別支援、外出支援の種類、頻度を増やし、利用者様に楽しいひと時の提供を増やしていく。	利用者様に適した外出場所を調べ、職員のホーム外での対応、支援方法の勉強の実施、説明、人員の検討を行い、より良い支援が出来るよう取り組んでいきます。	1年
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、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。