

平成25年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1471400356	事業の開始年月日	平成16年7月1日
		指定年月日	平成22年7月1日
法人名	株式会社アイ・ハート福祉サービス		
事業所名	グループホーム「足柄の春」		
所在地	(258-0019) 神奈川県足柄上郡大井町金子3812		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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26年1月22日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月3日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1471400356&SVCD=320&THNO=14362
----------	---

【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)】

「足柄の春」では、「家庭」という意識を大切にしており、利用者1人ひとりの生活が守れるように支援させて頂いています。個々の状態に合わせた生活支援をさせて頂く為に、「決まり事」はというのは定めておりません。

「足柄の春」では、外出する機会が多く出来る様地域との交流を図り、散歩や買い物、家事や炊事、行事等の活動を、生活の中で自然に行えるように心掛けて支援させて頂いています。

【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26年2月27日	評価機関 評価決定日	平成26年5月12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)】

JR御殿場線大井駅から徒歩10分、富士山を近くに臨む自然環境に恵まれた丘陵地の中腹にあるログハウス風の木造二階建てで、周りの景色に溶け込んでいます。

<優れている点>
ダークブラウンの外壁装いの木造2階建ての2ユニットで運営しています。2階部は小屋組みが吹き抜けており、開放的なリビングになっています。心理的にも気持ちの広がりを感じさせてくれます。園庭には、木で作ったベンチとテーブルがあり、天気良ければここで食事をすることもあります。居間から富士山を見ることができ、利用者の満足を誘ってくれます。室内には人目を引く利用者の高さ1メートルもある大型手創り作品や書道、ちぎり絵を大切に展示しています。職員のスキルアップとしての外部研修の機会が年に10回程度あり、受講した職員は、ホームに帰ってから、振り返りの報告研修で水平展開をしています。これまでに看取りの経験もしています。看護師はじめ職員と医療連携が生かされています。

<工夫点>
家族に向けて2ヶ月に一度『足柄の春たより』を送り、ホットな話題や一人ひとりの利用者の近況を伝えています。月々のユニット会議では、全利用者のカンファレンスと研修を取り入れ、ケアの質向上と職員のスキルアップの機会になっています。

【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「足柄の春」
ユニット名	小春

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、活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。	事業所の理念は事務所と玄関に掲示し、ユニット会議や申し送り時に確認、共有している。	研修の年度計画の中に理念についての理解と考え方を取り入れています。この他、ユニット会議を月に一回実施しており、この中での事例検討の際、理念に照らし合わせてどうあるべきかを考え、具体的な事例でも学べるようにしています。	
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。	3ヶ月に一度、地域の方々と交えて会議を開き意見交換や協力関係を結んでいる。また地域で開催される祭り等の行事へも参加している。	小学校の集団登下校時の見守りをするにこにこパトロールボランティアの発展的な考えで、地域の行方不明者の捜査協力を得ています。この他、自治会の夏祭りに参加する機会がありました。	
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。	地域の事業所と役場の方が集まり、地域や事業所の困難事例について会議を開き、支援方法等を検討している。	/	/
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。	3ヶ月程に1度、運営推進会議を開催し利用者様へのサービス内容を提示し意見交換を行い、より質の高いサービスを目指しています。	運営推進会議は、今年度4回実施しています。2月の参加メンバーは大井町役場の介護保険課職員、自治会副会長、民生委員で家族の方は参加していません。	利用者の生活場面、地域交流、職員のスキルアップなど、期間内に実施したことを発信することで運営推進会議の主旨にある透明性をさらに高めることが期待されます。
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。	大井町の担当者と連絡を取り合い、行事・研修等を確認しています。ケアネット会議に参加し地域の他事業者の方と共に事例検討等行っています。	数ヶ月に一度開催される「大井町地域けあねっとわーく会議」に参加し、前回は、ホームの事例発表を行っていました。この他、毎年秋に実施の大井町文化祭には、利用者の手創り作品を出展しています。	

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。	利用者様が外出を希望したら止めるのではなく、さりげなく声を掛けたり一緒についていく等安全を考慮し自由な暮らしを支えるようにしている。	「身体拘束ゼロの手引き」に基本方針として拘束をしないことを示しています。年に一度は必ず同項目を取り上げ、全職員への周知確認を行っています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	定期的に外部・内部研修を行い、虐待防止に向けた取り組みを行っています。		
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。	権利擁護について研修を行い、周知させています。また、必要に応じて成年後見人制度の利用について話し合いを行っています。		
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。	入居前に説明を行い、入居契約時には契約書を全て読み合わせ、説明を行い同意を得ています。		
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。	ご家族が来所された際に問い掛けを行い、ご家族の思いや要望が引き出せるように留意し、苦情や意見は毎月の会議で検討しています。	家族の面会時の話で、「特に何もすることなく椅子に座ったままだが、どうにかならないか」との意見があり、これを受けて、創作活動の合間にも脳トレトレーニングなど、利用者が参加できるメニューを提供して行く事になり動き出しています。	

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。	申し送りやユニット会議、その他の勤務時に意見や提案を受け検討後に反映させています。	ユニット会議の場で意見交換し、出た意見をリーダーがまとめて本社へ上申するようにしています。また、自分たちで判断できることは、その場で話し合いながら対応しています。	
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。	職員の能力の他、個人目標や実績に応じて賞与等に反映しています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	内部・外部研修に取り組み、職員のトレーニングを行っています。職員全員が関わりを持ち、研修内容を把握し易いよう順番に研修の進行役を行っています。		
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。	定期的に地域の同業者の代表が集まり、事例検討を行っています。また、他の事業所との交流や研修を行い、サービスの向上に繋がっています。		
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。	サービス開始前のアセスメント時にご本人が困っている事や要望を確認しケアプランへの反映や環境作りに努めています。		

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。	ご家族の苦労や今までのサービス利用状況、これまでの経緯等（困難な事、要望等）について話を伺い、ご家族が納得できるよう努めています。		
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。	入居前のアセスメントや相談時に、ご本人やご家族が困っている事や望んでいる支援を確認し必要なサービスが受けられるよう説明を行っています。		
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。	利用者様の性格・個性を知る事により価値観を確認し、利用者様の力が発揮出来る場面を作り出すことにより一方的な介護にならない関係を築いています。		
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。	日々の暮らしの出来事や気付きの情報共有に努め、家族が支える事は職員と一緒に支援を出来る関係を築いています。		
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。	馴染みの関係が継続出来るよう地域の行事へに参加やご家族や友人との面会、外出や外泊支援に努めています。	地域の夏祭りに参加したり、公民館の餅つき大会に参加しています。又、大井町文化祭にも出かけ、行き慣れた馴染みの場所には機会を見つけて出掛けるようにしています。また、利用者の友人も時折訪ねて来ています。	

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。	認知症レベルや性格等に関わらず、利用者様同士と一緒に生活する仲間となっていける様に支援しています。		
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。	必要に応じ、サービスが終了した後もご家族への連絡を行い相談や支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の利用者様との会話やコミュニケーションの中で1人1人の思いや要望等を把握し困難な場合は会議等で検討しています。	職員が日々のコミュニケーションで気づいた利用者の思いや、感情、行動などは記録や、申し送り、ユニット会議などの機会を通してそれぞれの利用者の思いの共有を図っています。	
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。	アセスメント時に生活歴や環境、その他サービスの利用を調査し記録しています。		
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。	生活のリズムの理解に努め、少しの変化でも報告し合っています。また利用者様の出来る事を見つけ提供するよう援助し、心理面の視点や利用者様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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	毎月1回のユニット会議と3ヶ月に1回のモニタリングを行い、ご本人がより良く暮らすための課題やケアのあり方について話し合いながら介護計画を作成しています。	ユニット会議は全員が参加しています。各職員が参加してアセスメントをした上でケアプランをケアマネジャーが作成し、最終的には居室担当者、リーダー、管理者が目を通し、支援記録に落とし、日々のケアでチェックをしています。	
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。	個々の様子は支援記録や健康チェック表などに記録し、業務日誌にまとめています。その内容は毎日の申し送りやユニット会議等で共有し介護計画の見直しに活かしています。		
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。	日常の会話を通し、必要に応じ利用者様・ご家族と話し合い要望を伺っています。柔軟なサービスが行える様、状態・状況に合わせサービス内容の追加や調整を行い申し送り等で共有しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域のボランティアを招き暮らしを楽しめるよう支援しています。また無断で外出された際には、地域の方々の搜索協力を受けられるシステムを取り入れています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者様やご家族の要望により、以前の掛かりつけ医かホームに往診に来られる医師かを選択出来るようになっていきます。	協力医は月に2回往診し、利用者全員を診察しますが、従来のかかりつけ医を利用することも可能です。看護師が職員として勤務しており、利用者の体調管理を行い、管理者と24時間電話で対応できる体制となっています。	

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。	月に2回看護職員へ利用者様の身体上の情報や気づきを報告し受診への支援につなげています。また不在時にはメールで伝達し指示を仰いでいます。		
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。	入院によるダメージを極力防ぐ為、医師や相談員さんと話をする機会を持ち、ホーム内で対応可能な段階でなるべく早く退院出来るよう動いています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化・終末期のケアについてはホームで出来る事、家族がホームに求められる事の話し合いを主治医を交えてしっかりと行っています。	『「足柄の春」重度化した場合』という文書に基づいて、援助方針を利用者と家族に説明して同意を得ています。また利用者が重度化した場合は協力医と常時連絡がとれる体制になっています。外部から講師を招いて、職員の研修も行っています。	
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。	職場内での研修は受けたが定期的な訓練が出来ていない為必要とされる。		
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回利用者様と共に避難訓練を行い、消火器を使用した消化訓練、誘導方法や災害時の伝言板を使用する訓練も行っています。また地域の協力体制を運営推進会議の際お願いしています。	利用者も参加する避難訓練の1回は消防署の指導の下に実施、1回は自主訓練で行っています。備蓄品はリストに基づいて準備しています。	運営推進会議の席上、災害時の地域の協力体制が話題になっています。今後の進展が期待されます。

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。	まずは利用者様の気持ちを大切に考えて、さりげないケアを心掛けたり自己決定しやすい言葉掛けをするように努めています。	人格の尊重とプライバシーについての研修は年間の研修計画に組み込み、実施しています。利用者一人ひとりの誇りを傷つけないように常に気をつけています。個人情報に係る書類は事務室に保管して、取り扱いに注意しています。	
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。	パン屋の訪問販売や買い物など自己決定できる場を作り利用者様に合わせた支援を行っています。		
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。	入浴や行事はスタッフが決めているが時間を区切った過し方はせず、利用者様の体調、気持ちに配慮するようにしています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	入浴後の着替えや出掛ける時等、利用者様に服を選んで頂く様にしています。		
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。	時には、お好み焼きを利用者様の目の前で焼いたり、流しそうめんをしたり楽しい食事を心掛けています。	食材は業者から購入し、職員が調理しています。利用者と職員とは同じメニューの料理を一緒に囲み、必要に応じて食事介助をしています。利用者の好みや要望はできるだけ取り入れ、時には外食も実施しています。	

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
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。	食事・水分を摂取して頂くよう、味付け・声掛け等を工夫し支援を行っています。また摂取量が下がっている時は、会議にて検討し支援方法を見直しています。		
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。	歯科医の指示のもと、口の中の汚れや臭いが生じないように毎食後1人1人の口腔状態を把握し職員も手助けしながら口腔ケアを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表にてトイレの使用頻度を把握し、トイレ誘導を行いトイレ内にて排泄が出来るように自立に向けた支援を行っています。	排泄チェック表の使用や、本人を観察することで利用者の状況を把握し、できるだけトイレで排泄して気持ちよく過ごせるように支援しています。夜間は定時巡回で尿失禁をなくし、トイレに誘導するように心がけています。	
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。	水分摂取量を確認しながら利用者様の好む味で提供したり、便秘の対策として牛乳を飲んで頂く事も行っていません。廊下歩行の声掛けをもっと行っていきたい。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	時間帯は日中に限られていますが、入浴時、利用者様の確認をとり入浴を行っています。またその方の能力に合わせて支援の方法を変えています。	風呂は毎日用意し、職員は1対1で介助しています。平均1人週に2回の入浴を実施しています。入浴前のバイタルチェックや湯の取り替え、浴槽内でのマットの使用など、衛生面と安全面に配慮しています。	

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。	利用者様の気持ちを優先しつつ、お昼寝など夜間以外の眠りについては、長く眠り過ぎないように声掛けなど行っています。		
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。	薬の目的・用法・用量を服薬毎に確認出来るようにしています。確認し易い様薬局に一封化してもらっています。		
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。	園芸・掃き掃除・ゴミ集め・手芸等それぞれの利用者様の得意分野を把握し自然に手伝って頂けるよう声掛けを行っています。		
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。	利用者様の体調を考慮し、主に春と秋を中心に個別に外出しています。	玄関を出たところに手作りのベンチがあり、天気のよい日には、利用者の日光浴や歓談の場所となっています。また近くのスーパーやドラッグストアなどに職員が同伴して出かけることもあります。行事外出も実施しています。	
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。	個人の買い物については、なるべくご本人に会計をして頂く様に支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ご家族へのバースデーカードや、ご友人からの届け物へのお礼状など、なるべく出せる様支援しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節毎に飾りつけを変える様にし、その飾りを作る際はなるべく参加して頂き、愛着の湧く空間作りを心掛けています。	室温23～25度、湿度50%以上に設定し、冬季は乾燥を防ぐため、リビングや廊下などに濡れタオルを掛け湿度に注意しています。また、廊下やリビングには利用者の作品が展示され、オーナーから常に提供される生花も飾っています。	
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。	なるべく他利用者様の顔が見えるような所にそれぞれのおおよそ決まった場所を作る様に心掛けて支援しています。		
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。	居室に、ご家族の写真を飾って頂いたり、趣味の物や本を持ち込んでもらい居心地よく過せる様にしています。	カーテンとエアコンは備品で、ベッドは持ち込みが原則ですが、前の利用者の寄付品を使用する場合があります。居室担当者が部屋の整理や、衣替えなど、居心地よく過ごせるよう支援しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	手摺りや張り紙を設置してあり、その方に合わせ説明を行い安全に自立した生活が送れる様支援しています。		

事業所名	グループホーム「足柄の春」
ユニット名	春香

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
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、活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。	事業所の理念は事務所と玄関に掲示し、ユニット会議や申し送り時に確認、共有している。		
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。	地域で開催される祭りや文化祭等に参加し交流を図っている。文化祭では利用者様と1年間掛けて制作した作品を展示し見学している。		
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。	地域の事業所と役場の方が集まり、地域や事業所の困難事例について会議を開き、支援方法等を検討している。		
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。	3ヶ月程に1度、運営推進会議を開催し利用者様へのサービス内容を提示し意見交換を行い、より質の高いサービスを目指しています。		
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に取り組んでいる。	大井町の担当者と連絡を取り合い、行事・研修等を確認しています。ケアネット会議に参加し地域の他事業者の方と共に事例検討等行っています。		

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
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。	内部研修の1つに身体拘束を取り上げ職員の意識を高めています。利用者様が外に出たくなった時、理由を伺い思いを受け止めるようにしています。また外に出た際は側で見守り危険を回避しています。		
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。	内部研修の1つに虐待防止を取り上げ職員の意識を高めています。利用者様の心身に変化が無いかなど、申し送り時等に職員間で情報交換しています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	権利擁護について研修を行い、周知させている。また、必要に応じ成年後見人制度の利用について話し合いを行っています。		
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。	入居前に説明を行い、入居契約時には契約書を全て読み合わせ、説明を行い同意を得ています。		
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。	ご家族が来所された際に問い合わせを行い、ご家族の思いや要望が引き出せるように留意し、苦情や意見は毎月の会議で検討しています。		

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。	申し送りやユニット会議、その他の勤務時に意見や提案を受け検討後に反映させています。		
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。	職員の能力の他、個人目標や実績に応じて賞与等に反映しています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	なるべく職員が希望する研修を受けられるようにし、持ち帰り発表することで職員全員で共有しています。また職員の力量に応じよりステップアップ出来る研修を勧めています。		
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。	地域の事業所の代表が集まり事例検討会を定期的で開催している。また、他の事業所との交流や研修を行いサービスの向上に努めています。		
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。	サービス開始前のアセスメント時にご本人が困っている事や要望を確認しケアプランへの反映や環境作りに努めています。		

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。	ご家族の苦労や今までのサービス利用状況、これまでの経緯等（困難な事、要望等）について話を伺い、ご家族が納得できるよう努めています。		
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。	入居前のアセスメントや相談時に、ご本人やご家族が困っている事や望んでいる支援を確認し必要なサービスが受けられるよう説明を行っています。		
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。	暮らしを共にする家族的な関係作りや、思いを共感出来るように留意しています。利用者様と職員の信頼関係の必要性も職員間で議論するように努めています。		
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。	職員はご家族の思いに寄り添い情報共有を行っています。ご家族からの意見はユニット会議で話し合い支援に結び付けています。		
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。	馴染みの関係が継続出来るよう地域の行事へに参加やご家族や友人との面会、外出や外泊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。	利用者間の関係性を大切にトラブルが生じた際は職員間で話し合いスピーディーに対応策をとるように努めています。また、それぞれの個性を尊重し役割、活動につなげています。		
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。	必要に応じ、サービスが終了した後もご家族への連絡を行い相談や支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の利用者様との会話やコミュニケーションの中で1人1人の思いや要望等を把握し困難な場合は会議等で検討しています。		
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。	アセスメント時に生活歴や環境、その他サービスの利用を調査し記録しています。		
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。	生活のリズムの理解に努め、少しの変化でも報告し合っています。また利用者様の出来る事を見つけ提供するように援助し、心理面の視点や利用者様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
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1回のユニット会議と3ヶ月に1回のモニタリングを行い、ご本人がより良く暮らすための課題やケアのあり方について話し合いながら介護計画を作成しています。		
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。	利用者様への気付きや様子を記録し情報共有につなげています。また口頭でも報告し合い、介護計画が適切なものか留意しています。		
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。	ご本人、ご家族の状況に応じて、ホームが可能な限り通院等の支援を行い個々の満足を高めるようにしています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	利用者様がより豊かな暮らしを楽しめるよう、地域のボランティアさんを招いています。またご本人の希望や体調に応じて訪問理美容サービスをりようして頂いています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	ホームDrの継続的な往診を受けておりその結果を必要性に応じてご家族へ連絡しています。またホームDrの夜間の対応も行える連携が取れている為安心な医療体制となっています。		

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。	月に2回看護職員へ利用者様の身体上の情報や気づきを報告し受診への支援につなげています。また不在時にはメールで伝達し指示を仰いでいます。		
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。	入院によるダメージを極力防ぐ為、医師や相談員さんと話をする機会を持ち、ホーム内で対応可能な段階でなるべく早く退院出来るよう動いています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化・終末期のケアについてはホームで出来る事、家族がホームに求められる事の話し合いを主治医を交えてしっかりと行っています。		
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。	職場内での研修は受けたが定期的な訓練が出来ていない為必要とされる。		
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回利用者様と共に避難訓練を行い、消火器を使用した消化訓練、誘導方法や災害時の伝言板を使用する訓練も行っています。また地域の協力体制を運営推進会議の際お願いしています。		

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。	利用者様の人格を尊重した声掛けを実践しています。また居室に暖簾を掛けプライバシーに配慮しています。		
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。	日常生活や外出時等をご本人の希望を確認し、ご本人が選択決定出来るように声掛けを行っています。		
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。	1人1人のペースを大切に、それに合わせた対応を心掛けています。その日のコンディション、様子を見ながらご本人の希望を尋ねたり相談しながら過して頂いています。		
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。	服装・髪型等ご本人の希望に沿った身だしなみが出来る様、支援を行っています。		
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。	催し時の食事等、利用者様の好みに合わせたものにし職員と一緒に食事の準備をして頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事・水分を摂取して頂くよう、味付け・声掛け等を工夫し支援を行っています。また摂取量が下がっている時は、会議にて検討し支援方法を見直しています。		
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。	歯科医の指示のもと、口の中の汚れや臭いが生じないように毎食後1人1人の口腔状態を把握し職員も手助けしながら口腔ケアを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表にてトイレの使用頻度を把握し、トイレ誘導を行いトイレ内にて排泄が出来るように自立に向けた支援を行っています。		
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。	水分摂取量を確認しながら利用者様の好む味で提供したり、便秘の対策として牛乳を飲んで頂く事も行っていません。廊下歩行の声掛けをもっと行っていきたい。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	時間帯は日中に限られていますが、入浴時、利用者様の確認をとり入浴を行っています。またその方の能力に合わせ支援の方法を変えています。入浴剤の活用を行い、色や匂いも楽しんで頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	なるべく日中の活動を促し、生活のリズムを整えるように務めています。また1人1人の体調や表情希望等を考慮して、ゆっくりと休息が取れる様に支援しています。		
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。	服薬時専用ファイルを使用しファイルには各利用者様の薬の名前や用途、薬番を二人以上の職員で毎回確認をしています。		
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。	得意分野で1人1人の力を発揮してもらえるよう、お願い出来そうな仕事やレクの声掛けを行い感謝や感動の言葉を伝えるようにしています。		
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。	買い物や食事その他外出行事等で外出が行えるよう支援しています。		
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。	お金の所持を希望される利用者様には、ホームで管理する以外に、ご家族に同意を得られ所持が可能な利用者様に限りお金を所持出来る様にしています。		

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
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。	ホームから電話を掛けたり、手紙や年賀状が出せるよう支援を行っています。		
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。	室内温度は常に適温に保ち、廊下には写真や利用者様と作成した物を飾っています。		
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。	リビングに設置してあるソファや玄関先にあるベンチで談話が出来る様になっています。また外にあるベンチで日光浴や花見が出来る様になっています。		
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。	居室には使い慣れた家具や装飾品等を持ち込んで頂き、利用者様が落ち着ける空間になる様工夫しています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	建物内部は、手摺りの設置、バリアフリーになっており、居室入り口横の壁に表札を付けご自分の居室が分かり易くなるようにしています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	6	アンケート結果で分かったこと、ご家族の不満や要望があること。まだまだ表面上に出ていない不満もあるかもしれないこと。	ご家族より安心出来る、ご家族を入居させて良かったと思ってくれる施設にすること。	外部評価で行ったアンケートで分かった不満や要望と思われる点について会議等で話し合い改善し、再度アンケートを行っていく。上記を繰り返す行う。	12ヶ月
2	2	地域の方々から当施設の認知度が高い為、入居申し込み等のご相談が殆んど無いこと。	大井町の方々にグループホーム「足柄の春」を認識して頂ける。地域の方々の認知症に関する相談窓口になれる。	地域の行事等に参加し当施設をご理解いただける機会作りに努力する。また、地域の居宅サービス等との繋がりを作る。認知症に関する最新の知識を身につける。	12ヶ月
3	3	運営推進会議の議題が不十分であること。	運営推進会議を通じて当施設の運営の透明性をより高めると共にご参加いただく方々からの違う目線でのご意見を沢山引出したい。	運営推進会議で利用者様の生活場面、地域交流、職員のスキルアップなど期間内に実施したことを発信する。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月