

平成22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	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	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
	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23年1月11日	評価結果 市町村受理日	平成23年5月6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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=1471400356&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=1471400356&amp;SCD=320</a>
----------	---

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「足柄の春」では、「家庭」という意識を大切にしており、利用者一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」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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-4 ケア双ファースト 3階		
訪問調査日	平成23年2月15日	評価機関 評価決定日	平成23年3月28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)】

<事業所の概要>  
JR御殿場線北大井駅から徒歩15分、足柄丘陵中断の大手保険会社の敷地に隣接した地にあります。遠くには相模湾、箱根の山々、富士山が一望でき、自然豊かな環境の中にあります。

<優れている点>  
管理者が、町内唯一のグループホームとして、地域社会との連携に積極的に取り組んでいます。利用者の徘徊時に、自治会のニコニコパトロールに探してもらえよう、会員の方々とのネットワークを築いています。実際に職員が徘徊モデルとなり、捜査訓練を行い、運営推進会議に報告しています。事業所は耐震構造で備蓄もありますが、地域周辺には断層が多く、災害時の地域を越えたケアネットワーク作りを提起しています。

<工夫している点>  
「目標達成計画」では、利用者のごこと、家族のごこと、職員のごこと、地域のごことの4つについて取り組んでいます。また、利用者アンケートや書類の簡素化にも取り組んでいます。

### 【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
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

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9,10,19)		1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、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
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所の理念は事務所、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。	理念は「ご本人の尊厳を大切に、家庭的な雰囲気・・・」品質方針で利用者の自由と権利を守ることとしています。目標達成計画では、利用者、家族、職員、地域と全般の課題に積極的に取り組んでいます。	
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、4ヶ月に一度、地域の方々と交えて会合を開き、意見の交換を行っている。また、足柄の春の行事に招いたり、地域の祭り等の行事に参加している。	利用者の徘徊時に、自治会の「ニコニコパトロール」の隊員の方々にお願いすることとし、写真と連絡先を用意しています。捜査訓練を行っています。付近は断層が多く、災害時の救援ネットワークを提起しています。	
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	認知症の理解して頂く為、地域の方々と認知症についての話し合いや、地域包括支援センターと定期的に事例検討会を開き支援に繋がっている。		
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	利用者のサービス内容を提示、検討を行い、無断外出時の保護ネットワークやボランティア、その他行事等、地域の方と協力してサービスの向上を行っている。	民生委員、大井町職員が参加し、年3回開催しています。年間計画や目標達成計画に関する意見交換、自己評価及び外部評価結果、サービス内容と利用者の状況、徘徊時の捜査訓練結果の報告などが行われています。	3回の会議が限度との判断ですが、視点を変えたテーマを提供し、段階的に年6回の開催に向けた工夫が期待されます。
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	町担当者と連絡事項や確認事項、研修案内、行事等の連絡を行っている。	大井町地域ケアネットワーク会議に参加し、持ち回りで事例検討会をしています。介護相談員が2ヶ月に1回訪問し、入居者の不満や改善点を聞いています。研修会や小田原グループホーム連絡会にも参加しています。	

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	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束の制限については事務所内の方針にも記載しており、身体拘束禁止対象行為を理解し、身体拘束を行わないケアを行っている。</p>	<p>行動の制限はせず、利用者の価値観を継続出来るよう言葉遣いや押し付けをしないようにしています。ただし、耳の不自由な方への声の大きさが気になります。外には出られますので、徘徊時の対応手順を明確化しています。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>高齢者虐待防止の為に職員の研修（内部、外部）、虐待防止の掲示で注意を行っている。また、ユニット会議でも虐待に対して防止を促している。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>研修資料の中に権利擁護の制度等があり、職員はその資料を理解し、地域の会議でも活用している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>入居前に面談時に契約内容等の説明を行っている。また、入居前の契約時には、契約書の説明をしながら全て確認して頂き、同意を得ている。（ホームページでも確認出来る）</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者、家族の要望は面会、電話、手紙等で確認し反映している。月1回、大井町で行っている相談員事業を受け入れ、相談員が直接利用者から要望を確認し、会議で検討を行っている。</p>	<p>家族へは広報誌の「足柄の春たより」を発行、手紙や電話での連絡を密にしています。家族交流会や家族アンケート、お客さまの声ボックスも設置、気軽に意見が言えます。相談員を通して意見、要望を分析しています。</p>	<p>家族や利用者からの意見、要望は、個別に記録されていますが、全体として整理し、会議などで発表確認されることが期待されます。</p>

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	毎月ユニット会議で職員間で話し合いを行い意見を反映させている。また、申し送りや勤務時に意見や提案を受け、検討した上で反映させている。	リーダー制と役割分担を決め運営し、職員の意向が達成しやすくしています。個人目標の設定と達成状況のヒアリングで意見を吸収しています。研修への参加、書類の一括管理には職員の意見を取り入れています。	
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	職員の勤務時間や勤務状況にあわせ、賞与等に反映させている。		
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	職員の状況や勤務内容に合わせ、必要と思われる項目を内部、外部研修を行っている。		
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	他の事業所や介護相談員活動を通し、研修や交流を行いサービスの質の向上を図っている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス開始前のアセスメント時に本人や家族に確認を取り、安心して生活が出来るようケアプランに取り入れ生活環境作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>サービス開始前のアセスメント時に本人や家族に確認を取り、安心して生活が出来るようケアプランに取り入れ生活環境作りに努めている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>本人と家族との面談にて現在の状況を記録し、必要な支援対応が出来る様努めている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>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</p>	<p>グループホームの特性を活かし、他者と共有出来る事(行事、趣味、家事、炊事)と一緒に言い関係を築いている。</p>		
19		<p>本人と共に支え合う家族との関係</p> <p>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</p>	<p>本人、家族からの要望、又は状況等を職員が連絡、調整をする事によりお互いの関係を築ける様にしている。</p>		
20	8	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>馴染みの方との関係が途切れぬ様、地域の行事への参加、家族との外出(冠婚葬祭や宿泊含め)を行っている。</p>	<p>初詣、書き初めなどの季節の行事があります。家族や友人の訪問や外出がある利用者もいます。月1回のボランティアによる民謡、カラオケ等も楽しみの一つです。訪問パン屋、訪問理髪も定期的に訪れています。</p>	

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	利用者同士の関係を含めて支援の内容を会議で話し合いを行い、実行している。		
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	サービス終了後にも必要に応じて経過や生活状況等の相談を行っている。		
<b>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。	日常の利用者との会話やコミュニケーションの中で、一人一人の思いや要望を把握する様努めている。また、月一回の会議で話し合いを行っている。	利用者の思いや意向は、日常の会話や聞き取りにより把握しています。また、家族が訪問時にも聞き、ケアプランに反映するようにしています。現在管理者はリーダー研修で、本人の行動と本音の思いの関連を勉強しています。	
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、サービス利用を調査し記録している。		
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	個々に担当者を定め、現在の状況等を会議で共有している。また、支援記録、支援経過記録からも身体の状態や生活のリズムを把握している。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>月一回の会議で提供しているサービスを見直し、モニタリングも実施している。必要に応じて家族と話し合い、サービスの見直し、介護計画の変更をしている。</p>	<p>ケース概要やADL記録、日報からモニタリング実践記録表にケアプランの達成状況、家族の評価、日常生活動作能力の変化を捉えています。検討事項、結論、残された課題からケアプランを6ヶ月毎に作成しています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個々の様子は生活記録、支援経過に職員が記録し、その記録を業務日誌に写したものを毎朝の申し送りで共有している。また、その記録は会議で検討し介護計画に反映させている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>日常の会話を通し、必要に応じて本人、家族と話し合い要望を伺っている。また、柔軟なサービスが行える様、状態や状況に合わせて変更させたサービスを申し送り等で共有。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域のボランティアや行方不明時の捜索協力体制の支援、その他催し物等で地域の方々の協力により安全でより良い楽しみ方の選択肢が増えている。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>家族や本人の希望により従来のかかりつけ医かホームに往診される掛かり付け医を選択出来る様になっている。</p>	<p>従来のかかりつけ医を継族する場合には、付き添いの家族に対し情報の提供や診断結果の確認などの支援をしています。グループホームの契約往診医を希望する場合には往診内容確認書で本人、家族の希望を確認しています。</p>	

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	往診を利用している方は往診時に医師に相談し、往診でない方は家族を通し医師の指示を受けている。		
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。	家族の了承を得られた方は、病院の連携室と退院時期や状況等の情報交換している。		
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	重度化については入居時に説明は行っているが、重度化の状態によりホームで行える事、医療利用を何処まで望んでいるのか家族、職員、医師で話し合っている。	入居時に「介護範囲と終末期についての確認」を用い家族に説明し、意向の確認、同意を得ています。また、重度化した場合には、医師、家族と話し合い、意向を確認しながら、できる範囲で個別に対応しています。	
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	会議や研修にて応急処置の対応を身に付けている。また、各自で手順資料を確認出来るようになってきている。		
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	災害時の消火・避難訓練は年2回行っており、地域の防災訓練にも参加。また、災害時の手順は事務所に掲示してある。	地震に備え、3日分の備蓄を行っています。地震の際には地域住民も被災者になるとの考えから、離れた地域から支援を受けるためのネットワーク構築を計画中です。今年度スプリンクラーを設置しました。	年2回消火・避難訓練を実施していますが、日誌に記載がある程度で報告書は作成されていません。訓練の経緯や反省、消防署の講評など記録を整備することが期待されます。

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
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	個人情報本人、家族のみ確認が出来るようになっており、居室に入る際に了解を得てから入るよう対応している。	「利用者の価値観を大切にする」というグループホームの理念を職員は理解し、利用者一人ひとりの人格を尊重し、個性を引き出すように努めています。また、居室ドアのガラス部分にはのれんをかけるなど、プライバシーにも配慮しています。	
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	普段から本人の希望を確認しており、選択出来るよう声掛けを行い本人に決定して頂いている。		
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	外へは自由に出入り出来る様になっており、（階段は除く）ホーム周りの散歩や日光浴、テレビ鑑賞や居室で休む等、個人のペースで行っている。また、必要に応じて希望を確認し支援している。		
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	服装、髪型等、ご本人の希望に沿った身だしなみ出来る様支援を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みに合わせ、職員と一緒に食事の準備や片付け、食事を行っている。	メニュー、食材調達は業者委託ですが、利用者の好みに合わせて味付けを工夫しています。また、個人の好みにも、別メニューを用意するなどの対応をしています。行事食や個人対応での外食など食事を楽しむ工夫もしています。	

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	食事は管理栄養士が作成した献立を利用しており、摂取量を記録してある。また、水分量が不足している方には摂取出来る様回数を増やす等の支援を行っている。		
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	個々の能力に応じ、職員が誘導、介助を行っている。また、口腔内のケアを強化する為、希望者に限り歯科医に(往診)治療や口腔ケアを行って頂いている。		
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	個々の能力、排泄パターンに応じて誘導から介助までの支援を行っている。排泄に関する介助は支援記録、排泄チェック表に記録してある。	トイレで排泄するよう、各々の排泄間隔や利用者の要望や様子から、静かに声かけをして誘導しています。排泄しやすいよう繊維質のある食事や水分を取り、熟睡できるよう歌や外出による運動を心がけています。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄チェック表にて排便記録を取っており、便秘の方には運動や水分、医師に確認して薬で調整を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴時、本人の確認をとり入浴を行っている。また、その方の能力に合わせて支援の方法を変えている。	2日に1回は、10時頃から本人の意向や体調を確認して入浴しています。湯船は大きく、長時間入浴する方もいます。褥瘡や打ち身の確認、特に転倒には気をつけています。拒否者には無理強いせず時間をかけて奨めています。	

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
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	一人一人の睡眠パターンは記録に記入し、トイレや補水等の誘導、または介助を行っている。		
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	個人に分けて薬名や薬番、効能を確認出来る様専用のファイルを設定しており、食員2名でファイルに記載してある内容を確認した上で服薬している。		
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	利用者の生活歴に合わせ、喫煙や飲酒、外出等の支援を行っている。		
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	買い物やドライブ、外食や行事等で外出が行える様支援に努めている。	散歩や買い物など外出の機会は多く取るようにしています。元気な利用者はホーム周辺の自然の中の散歩や町まで歩いています。重度の方は車で出かけ、車いすで買物をしています。外のベンチでの日光浴もしています。	
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	その方の能力に応じて金銭を所持する事は可能となっており(小額)その中から購入したり、買い物精算時に金銭をお渡しする等で支援を行っている。		

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
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	家族等への連絡は、手紙や電話で連絡が出来る様になっており、状態に応じて家族への連絡支援を行っている。		
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	入居者と作成した物や写真を掲示したり、行事や季節に合わせて飾りを変えている。	リビングは広々とし、テーブルや椅子が配置され、ソファの前にはテレビやカラオケの機械があります。自然が見渡せ、富士山も見えます。行事の写真や部屋の案内など利用者と職員の作品が飾られています。	
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	リビングテレビ前にソファを設置しており、テレビを見ながら談話を行っている。また、外にはベンチが設置しており、休息等に使用されている。		
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	居室には自宅から使い慣れた家具や食器を持ち込み、本人が過ごし易い様に支援している。	居室は鍵付きで、窓からの採光は明るく、木目の床で落ち着いています。ベットや机、タンスが持ち込まれ、仏壇やテレビがおかれ、手紙、写真や折り紙や張り絵などの作品が飾られています。	
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おり、その方の能力に合わせて説明を行い安全に使用出来る様支援している。		

事業所名	グループホーム「足柄の春」
ユニット名	春香

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
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所の理念は事務所、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	3、4ヶ月に一度、地域の方々と交えて会合を開き、意見の交換を行っている。また、足柄の春の行事に招いたり、地域の祭り等の行事に参加している。		
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	認知症の理解して頂く為、地域の方々と認知症についての話し合いや、地域包括支援センターと定期的に事例検討会を開き支援に繋げている。		
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	利用者のサービス内容を提示、検討を行い、無断外出時の保護ネットワークやボランティア、その他行事等、地域の方と協力してサービスの向上を行っている。		
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	町担当者と連絡事項や確認事項、研修案内、行事等の連絡を行っている。		

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	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束の制限については事務所内の方針にも記載しており、身体拘束禁止対象行為を理解し、身体拘束を行わないケアを行っている。</p>		
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>高齢者虐待防止の為に職員の研修（内部、外部）、虐待防止の掲示で注意を行っている。また、ユニット会議でも虐待に対して防止を促している。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>研修資料の中に権利擁護の制度等があり、職員はその資料を理解し、地域の会議でも活用している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>入居前に面談時に契約内容等の説明を行っている。また、入居前の契約時には、契約書の説明をしながら全て確認して頂き、同意を得ている。（ホームページでも確認出来る）</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者、家族の要望は面会、電話、手紙等で確認し反映している。月1回、大井町で行っている相談員事業を受け入れ、相談員が直接利用者から要望を確認し、会議で検討を行っている。</p>		

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	毎月ユニット会議で職員間で話し合いを行い意見を反映させている。また、申し送りや勤務時に意見や提案を受け、検討した上で反映させている。		
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	職員の勤務時間や勤務状況にあわせ、賞与等に反映させている。		
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	職員の状況や勤務内容に合わせ、必要と思われる項目を内部、外部研修を行っている。		
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	他の事業所や介護相談員活動を通し、研修や交流を行いサービスの質の向上を図っている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス開始前のアセスメント時に本人や家族に確認を取り、安心して生活が出来るようケアプランに取り入れ生活環境作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>サービス開始前のアセスメント時に本人や家族に確認を取り、安心して生活が出来るようケアプランに取り入れ生活環境作りに努めている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>本人と家族との面談にて現在の状況を記録し、必要な支援対応が出来る様努めている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>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</p>	<p>グループホームの特性を活かし、他者と共有出来る事（行事、趣味、家事、炊事）を一緒に行い関係を築いている。</p>		
19		<p>本人と共に支え合う家族との関係</p> <p>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</p>	<p>本人、家族からの要望、又は状況等を職員が連絡、調整をする事によりお互いの関係を築ける様にしている。</p>		
20	8	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>馴染みの方との関係が途切れぬ様、地域の行事への参加、家族との外出（冠婚葬祭や宿泊含め）を行っている。</p>		

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	利用者同士の関係を含めて支援の内容を会議で話し合いを行い、実行している。		
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	サービス終了後にも必要に応じて経過や生活状況等の相談を行っている。		
<b>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。	日常の利用者との会話やコミュニケーションの中で、一人一人の思いや要望を把握する様努めている。また、月一回の会議で話し合いを行っている。		
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	アセスメント時に生活歴や環境、サービス利用を調査し記録している。		
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	個々に担当者を定め、現在の状況等を会議で共有している。また、支援記録、支援経過記録からも身体の状態や生活のリズムを把握している。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>月一回の会議で提供しているサービスを見直し、モニタリングも実施している。必要に応じて家族と話し合い、サービスの見直し、介護計画の変更をしている。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個々の様子は生活記録、支援経過に職員が記録し、その記録を業務日誌に写したものを毎朝の申し送りで共有している。また、その記録は会議で検討し介護計画に反映させている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>日常の会話を通し、必要に応じて本人、家族と話し合い要望を伺っている。また、柔軟なサービスが行える様、状態や状況に合わせて変更させたサービスを申し送り等で共有。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域のボランティアや行方不明時の捜索協力体制の支援、その他催し物等で地域の方々の協力により安全でより良い楽しみ方の選択肢が増えている。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>家族や本人の希望により従来のかかりつけ医かホームに往診される掛かり付け医を選択出来る様になっている。</p>		

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	往診を利用している方は往診時に医師に相談し、往診でない方は家族を通し医師の指示を受けている。		
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。	家族の了承を得られた方は、病院の連携室と退院時期や状況等の情報交換している。		
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	重度化については入居時に説明は行っているが、重度化の状態によりホームで行える事、医療利用を何処まで望んでいるのか家族、職員、医師で話し合っている。		
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	会議や研修にて応急処置の対応を身に付けている。また、各自で手順資料を確認出来るようになっている。		
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	災害時の消火・避難訓練は年2回行っており、地域の防災訓練にも参加。また、災害時の手順は事務所に掲示してある。		

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
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	個人情報本人、家族のみ確認が出来るようになっており、居室に入る際に了解を得てから入るよう対応している。		
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	普段から本人の希望を確認しており、選択出来るよう声掛けを行い本人に決定して頂いている。		
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	外へは自由に入出入り出来る様になっており、(階段は除く)ホーム周りの散歩や日光浴、テレビ鑑賞や居室で休む等、個人のペースで行っている。また、必要に応じて希望を確認し支援している。		
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	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	利用者の好みに合わせ、職員と一緒に食事の準備や片付け、食事を行っている。		

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
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	食事は管理栄養士が作成した献立を利用しており、摂取量を記録してある。また、水分量が不足している方には摂取出来る様回数を増やす等の支援を行っている。		
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	個々の能力に応じ、職員が誘導、介助を行っている。また、口腔内のケアを強化する為、希望者に限り歯科医に(往診)治療や口腔ケアを行って頂いている。		
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	個々の能力、排泄パターンに応じて誘導から介助までの支援を行っている。排泄に関する介助は支援記録、排泄チェック表に記録してある。		
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	排泄チェック表にて排便記録を取っており、便秘の方には運動や水分、医師に確認して薬で調整を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴時、本人の確認をとり入浴を行っている。また、その方の能力に合わせて支援の方法を変えている。		

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	一人一人の睡眠パターンは記録に記入し、トイレや補水等の誘導、または介助を行っている。		
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	個人に分けて薬名や薬番、効能を確認出来る様専用のファイルを設定しており、食員2名でファイルに記載してある内容を確認した上で服薬している。		
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	利用者の生活歴に合わせ、喫煙や飲酒、外出等の支援を行っている。		
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	買い物やドライブ、外食や行事等で外出が行える様支援に努めている。		
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	その方の能力に応じて金銭を所持する事は可能となっており（小額）その中から購入したり、買い物精算時に金銭をお渡しする等で支援を行っている。		

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
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	家族等への連絡は、手紙や電話で連絡が出来る様になっており、状態に応じて家族への連絡支援を行っている。		
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	入居者と作成した物や写真を掲示したり、行事や季節に合わせて飾りを変えている。		
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	リビングテレビ前にソファを設置してあり、テレビを見ながら談話を行っている。また、外にはベンチが設置してあり、休息等に使用されている。		
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	居室には自宅から使い慣れた家具や食器を持ち込み、本人が過ごし易い様に支援している。		
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	手摺りや張り紙を設置してあり、その方の能力に合わせ説明を行い安全に使用出来る様支援している。		

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び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。目標が一つもなかったり、逆にたくさん揚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		現在、外部研修を中心に研修を行い、研修報告書を基にその他職員に会議等で周知、共有を図っているが、研修に行く職員に限られたり、研修内容をユニット職員全員で行っていない為、職員間での認識に差を生じてしまっている。	職員一人一人が研修の必要性や役割を再認識し、研修会での意見等を交える機会を増やす事で様々な視野、統一した意識を向上させる。	研修への取り組み、理解をし易いように、職員一人一人から把握しておきたい事、理解したい事、考えたい事、支援に取り組みたい事等を確認し、それを基に内部研修計画表を作成。希望した研修内容に沿うように担当職員を定め、担当者は自ら研修の資料を作成。(一部補助)担当者はその資料を基に研修会を開き(研修会を1~2ヶ月に1回の頻度)他の職員からの質疑や意見を職員全員から必ず出す。	12ヶ月
2		記録書類内容について職員間で検討する機会がなく、職員が記録内容の意味や役割を把握しきれていない。把握しきれていない事が記入漏れや記入ミスに繋がり易い。	記録書類内容(項目)について職員間で検討し、職員が記録書類の項目について把握、説明が出来るようにする。	現在使用している主要な記録書類から順に、職員全員に意味や役割を確認。書類改善案を理由と共に提出し、それを基に会議で検討し記録書類を改良。改良した書類を試用し、課題が無ければ本書として使用開始。	12ヶ月
3		前回の災害後(地震)の支援体制が確立していない為、引き続き地震災害後の支援体制に取り組む。また、地震発生後に職員が行える支援が曖昧な為、基準作りが必要。	災害避難後に介護に携わっている方の援助が円滑に受けられるようネットワーク体制を確立、足柄の春が行える支援の見直し。	被災していない地域のからの支援体制が行えるよう、他の事業所と行える支援の内容を検討する。また、被害地域が広い地震を想定せず、(局地地震)他の事業所から安全且つ迅速に支援を受けられるよう地震の被害範囲を絞り対応を検討してゆく。(行政支援が行われるまで)また、足柄の春の食料等の備品と、事後に必要なと思われる備品、連絡方法をマニュアル化する。	12ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目が足りない場合は、行を挿入して下さい。