

平成24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)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
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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25年1月22日	評価結果 市町村受理日	平成25年5月2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.kaigokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kan=true&figvosyoCd=1471400356-00&PrefCd=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)】

「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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年2月27日	評価機関 評価決定日	平成25年4月19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御殿場線上大井駅から徒歩約１０分のところに位置する豊かな自然の中にあります。見晴らしのよい丘陵地にあるホームの居間からは富士山を眺めることができます。

＜優れている点＞

外観や屋根形状も風景にマッチし、インテリアにも自然の材料が活かされています。居間の壁面にはホーム利用者の生活風景写真がスライド映像で自動的に流れており、利用者にも思わず笑顔が見られます。

食事の楽しみでは月に一度、障害者施設の方が販売に来ています。利用者は好みのパンを選んでその日の昼食としています。地域交流では「にこにこパトロール隊」を地域の方が編成し、利用者の無断外出保護のための活動を一緒に考えています。

＜工夫点＞

「災害伝言板」を立ち上げ、災害時を想定した安否確認など家族や職員が自由にログインできるようにしています。新しい職員が入職した際やボランティアや実習生の受け入れ時のオリエンテーションの書類やマニュアルなどが整備されています。ヒヤリハット報告書も分かりやすく書きやすい様式となっています。

【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	1 U

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。	毎月1回実施しているユニット会議や日々の申し送りにおいて、運営理念の一つひとつを取り上げて読み合わせ、確認をしています。	
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	地域で開催される祭りやバザー等の行事、日常の買い物や地域住民を招いての食事会を行う事で地域交流を行っている。	地域交流の一つとして開催している行事「芋煮会」と同メンバーによる発展した形として「にこにこパトロール隊」を16人で結成しました。利用者の無断外出が発生した場合の連絡協力体制を整えています。	
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	利用者のサービス内容やリスクについて相談を行い、意見を頂いている。また、ボランティア活動をされる方や、無断外出時の搜索体制も協力していただいている。	運営推進会議は年に4回実施しています。自治会長、副会長、民生委員、自治会で構成された「福祉の会」メンバー、大井町（行政）職員の参加を得て、意見を受けながら、災害や無断外出の対応など話し合っています。	
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とり、認知症で困っている方の確認や研修案内、行事等の連絡のやり取りを行っている。	大井町の行事であるバザーなどに出店参加しています。町の声かけで「ケアネット会議」を開催しています。困難事例の検討など地域の事業者が集まって話し合いや意見交換を行っています。	

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	利用者が外出してしまいそうな様子を察知したら、止めるのではなく、さりげなく声をかけたり一緒についていく等、安全を考慮して自由な暮らしを支えるようにしている。	内部研修の一つに身体拘束を取り上げ、身体拘束をしないケアについて理解を深めています。ホーム内にマニュアルを備え付け、いつでも確認できるようになっています。	
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過されることがないよう注意を払い、防止に努めている	勉強会やミーティング等を実施し、高齢者虐待防止法に関する理解、遵守に向けた取り組みを行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性と話し合い、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、必要に応じて成年後見人制度の利用について話し合いを行っている。		
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	入居前契約時に説明を行っており、入居契約時には全ての書類を入居契約者と内容を読み合わせ、説明を行い同意を得ている。		
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	ご家族には手紙や訪問時、家族等で常に関わり、何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。また、玄関に家族が意見を出し易いようにＢＯＸを設置している。出された意見・要望等はミーティングで話し合い反映させている。	運営推進会議をとおしてこれまでに意見を反映できた事例として、パソコン及び携帯電話からアクセスする「災害伝言板」を立ち上げ、早期の連絡体制が取れるようにしています。いまのところ、定期的な家族アンケートはまでには至っていません。	ホーム運営に関すること、利用者、職員についての質問や自由記述方式等を定期的に実施することも意見反映の機会として、利用者満足度がさらに高くな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
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る。	年に2回、全職員に対して、課長による個人面談を実施しています。これを受けて管理者にフィードバックされ、ケアや防災の仕組みなどについて反映しています。	
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	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	内部・外部研修を定期的に行い、職員のトレーニングを行っている。全職員が関わりを持ち、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	地域の事業所が集まり、事例検討会を定期的開催している。また、ほかの事業所との交流や研修を行い、サービス向上に努めている。		
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	サービス開始前のアセスメント時に、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	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、ご家族が納得出来るよう努めている。		
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	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	その方の喜怒哀楽を知る事によりその方の価値観を確認し、その方の力が発揮出来る様な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	日々の暮らしの出来事や気付きの情報共有に努め、家族が支えられる事は職員と一緒に支援を出来る関係を築いている。		
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	馴染みの関係が継続できる様、地域の行事への参加や、家族や友人との面会、外出や外泊支援に努めている。	利用者における外泊支援、年末年始に自宅に戻ったり、家族と行く旅行など馴染みの場所などへ出かける支援を行っています。また、馴染みの人への年賀状の作成について手伝いをしています。	

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	利用者同士の関係性を把握し、行事や日常でその方が関われる選択枝を増やす事で、他の利用者と協力し合えるよう支援している。		
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	サービスが修了した後も家族への連絡を取り、必要に応じて相談を行っている。		
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。	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等を把握し、会議で検討している。	日常の利用者とのコミュニケーションでは傾聴の姿勢を大切にしています。また担当者会議をとおして利用者の思いの検討と共有を行っています。	本人の言葉、行動から見える心理観察、雑談や職員の働きかけに対する利用者の反応など、記録を積み上げ活用していくことで、さらに思いの把握が深められる事が期待されます。
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	居室担当者を定め、ご本人の状態等を会議や申し送り等で共有し、身体状況や生活のリズムを把握できるようになっている。		

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
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	家族や医療機関等の必要な関係者と話し合いを行い、その状態が維持、向上できるよう定期会議にて検討を行っており、介護計画に反映させている。	初回面接シートや情報提供書を理解した上で介護計画を作成しています。変化があったときはその都度サービス担当者会議を実施しています。各階のユニット会議には全員参加しており、チームでケアに取り組んでいます。	
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る。その内容は日々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生かしている。		
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	日常の会話を通し、必要に応じて本人、家族と話し合い家族の要望を伺っている。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る。また、無断で外出された際には、地域の方々の搜索協力をうけられるシステムを取り入れている。		
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	本人や家族の要望により、以前より掛かりつけ医かホームにて往診に来られる医師かを選択出来る様になっている。	2ヶ所が協力医療機関となり、往診は月2回実施しています。また看護師が職員として勤務しており、利用者の健康管理を行っています。体調変化または不調の訴えがある場合には、すぐに医療処置が受けられ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	適切な医療が受けられるよう、医療連携を行っている。看護師に体調不良等を報告し、指示を受けている。また、往診時にも相談を行っている。		
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。	家族の了承を得られた方は、病院の医療連携室と状態の確認・退院の調整等を行っている。		
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・終末期について説明同意を得ている。重度化が進んだ場合は、ホームで出来る事・介護して欲しい事の話し合いを行っている。	重度化については、入居時に本人および家族の考え方や要望を聞いています。容態が進んだときには、さらに話し合いを行い、納得のゆく終末期を迎えられるように、きめ細かく対応しています。看取りの経験もあり、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	会議や研修にて応急処置の対応を身につけている。また、いつでも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、研修を年2回行っており、消防隊員から注意点等を確認している。災害時は、地域の方々と話し合いを重ね、足柄の春にて支援を受ける支援体制を整えている。	年に2回消防署の協力を得て、消火、避難訓練を実施しています。夜間を想定した自主訓練や社内研修を行い、家族への連絡や安否確認、夜間災害の場合の連絡方法など、様々な状況に即した対応を工夫しています。	

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	利用者の人格を尊重した声かけを実践している。また、居室に暖簾をかけプライバシーに配慮している。	個人情報の保護とプライバシーの尊重に関しては、内部研修の実施とともに、外部研修にも参加して徹底しています。接遇については、相手に伝わりやすく、尊敬の念を失わないような呼びかけをするようにしています。		
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は、本人の希望を確認しご本人に選択、決定出来るように声掛けを行っている。			
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	利用者の外出、レクリエーション希望など、なるべくご本人の意志に沿える様、業務、職員主導にならない様心掛けている。			
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	新しい服を購入する際は、ご利用者と一緒に買い物へ出かけ、ご本人が身だしなみや好みが反映出来る様支援している。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	身体状況や疾病、習慣等を考慮し、その方が関わりできる範囲で支援を行っている。	食材は業者から購入し、職員が調理しています。月に2回はパンの日があり、出張して来るパン屋さんからできたてのパンが届きます。年に数回はファミリーレストラン、うなぎ屋、寿司屋などでの外食も実施し食事を楽しんでいます。		

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様盛り付け、味付け、声掛け等を工夫し支援を行っている。また、記録にて摂取量が下がっている事を確認した時は、会議にて検討し、支援方法を見直している。		
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、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、ご本人に合わせた支援を行っており、希望者には足柄の春にて歯科衛生士の口腔ケアを受けられるようになっている。		
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	排泄チェック表にてトイレの使用頻度を把握し、トイレへの誘導を行いトイレ内にて排泄が出来るように支援している。	日中はトイレでの排泄を原則として、排泄チェック表の活用や利用者の表情、仕草に注意して、尿意と便意の把握に努めています。夜間おむつを使用する方にも、できるだけ気持ちよく過ごせるよう、定時の声かけなどを行っています。	
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	水分摂取が苦手な利用者には、飲みやすい飲み物やゼリー、声掛け工夫するなどの対応を行っている。便秘傾向にある方は、医師に状況を伝えている。その後に便秘薬を処方された方は看護師と相談して調整を行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴はご本人の状態や希望を確認し、希望に沿える様、入浴記録を基に支援の時間を変更している。	毎日風呂の用意をしています。利用者は週に2～3回入浴しています。職員が原則的に1対1で対応しています。入浴前のバイタルチェック、湯の取り替え、浴槽に滑り止めのマットを敷くことなど、衛生面と安全面に注意しています。	

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	睡眠、トイレ覚醒時の記録を基にご本人の習慣等を把握し、個々にあわせて入眠出来るよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬専用ファイルを使用しており、そのファイルには各利用者の薬の名前や薬番、作用が記入してある。また、薬配布職員は、もう一人の職員と薬の番号や名前を確認し、間違いが無いかを確かめてから配布する様になっている。		
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	ご本人の嗜好品等は継続できる様支援を行い、日々を楽しむようドライブやボランティア、行事等を取り入れる支援を行っている。また、その方に合わせて日常で出来る事を役割として行えるよう支援している。		
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	ご本人が希望された物、外出希望の他にも、買い物へ出かけられるよう声掛けにて確認している。また、外食内容の希望を伺い、希望に沿って出かけられるよう支援を行っている。	見晴らしのよい丘陵地にあるホームで、ベランダのベンチでいつでも外気にふれることができます。日常の散歩のほかに、ドラッグストアやスーパーへの買い物同行、行事外出など、利用者の要望に沿ったさまざまな支援を行っています。	
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	ホームにて管理している金銭以外に、ご本人がお金を持ち、管理や買い物が出来るよう支援している。また、ご家族へはリスクもあわせて説明を行い、同意を得ている。		

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	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	室内温度は常に適度に保ち、廊下には外出時の写真を掲示してある。また、季節に合わせて入居者と製作した物等で飾りつけを行っている。	リビングや廊下などの共用空間は広めで、利用者と職員が共同制作した作品が飾られています。オーナーが園芸の仕事をしているため、季節の花がふんだんに生けられているのも特色です。空気の入替えや清掃にも気を配っています。	
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	リビング前に設置してあるソファ、玄関先にあるベンチで談話が出来るようになっている。また、外にあるベンチにて日光浴が出来るようになっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人が落ち着いた居場所と認識して過ごして頂くよう、居室には使い慣れた家具や装飾品を持ち込んで頂いている。	エアコン、防災カーテンとたんすは備え付けです。ベッド、鏡台、テレビなどは持ち込みで、新聞の購読者もいます。居室担当者が衣替えや誕生日の計画など、個人的な相談相手となっています。清掃や家具の転倒防止にも気を付けています。	
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、バリアフリーの設置がされ、扉には利用者が分かりやすいよう案内張り紙を貼っている。		

事業所名	グループホーム足柄の春
ユニット名	2 U

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。		
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バザー等の行事、日常の買い物や地域住民を招いての食事会を行う事で地域交流を行っている。		
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	利用者のサービス内容やリスクについて相談を行い、意見を頂いている。また、ボランティア活動をされる方や、無断外出時の搜索体制も協力していただいている。		
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に取り組んでいる	大井町の担当者と連絡をとり、認知症で困っている方の確認や研修案内、行事等の連絡のやり取りを行っている。		

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	利用者が外出してしまいそうな様子を察知したら、止めるのではなく、さりげなく声をかけたり一緒についていく等、安全を考慮して自由な暮らしを支えるようにしている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	勉強会やミーティング等を実施し、高齢者虐待防止法に関する理解、遵守に向けた取り組みを行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性と話し合い、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、必要に応じて成年後見人制度の利用について話し合いを行っている。		
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	入居前契約時に説明を行っており、入居契約時には全ての書類を入居契約者と内容を読み合わせ、説明を行い同意を得ている。		
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	ご家族には手紙や訪問時、家族等で常に問いかけ、何でも言ってもらえる様な雰囲気作りに留意している。また、玄関に家族が意見を出し易いようにＢＯＸを設置している。出された意見・要望等はミーティングで話し合い反映させている。		

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	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	職員の能力の他、個人目標や実績に応じて、賞与等に反映している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	内部・外部研修を定期的に行い、職員のトレーニングを行っている。全職員が関わりを持ち、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り組みをしている	地域の事業所が集まり、事例検討会を定期的開催している。また、ほかの事業所との交流や研修を行い、サービス向上に努めている。		
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	サービス開始前のアセスメント時に、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	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、ご家族が納得出来るよう努めている。		
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	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	その方の喜怒哀楽を知る事によりその方の価値観を確認し、その方の力が発揮出来る様な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	日々の暮らしの出来事や気付きの情報共有に努め、家族が支えられる事は職員と一緒に支援を出来る関係を築いている。		
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	馴染みの関係が継続できる様、地域の行事への参加や、家族や友人との面会、外出や外泊支援に努めている。		

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
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	利用者同士の関係性を把握し、行事や日常でその方が関われる選択枝を増やす事で、他の利用者と協力し合えるよう支援している。		
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	サービスが修了した後も家族への連絡を取り、必要に応じて相談を行っている。		
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。	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等を把握し、会議で検討している。		
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、その他サービスの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	居室担当者を定め、ご本人の状態等を会議や申し送り等で共有し、身体状況や生活のリズムを把握できるようにになっている。		

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
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	家族や医療機関等の必要な関係者と話し合いを行い、その状態が維持、向上できるよう定期会議にて検討を行っており、介護計画に反映させている。		
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	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る。その内容は日々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生かしている。		
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	日常の会話を通し、必要に応じて本人、家族と話し合い家族の要望を伺っている。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る。また、無断で外出された際には、地域の方々の捜索協力をうけられるシステムを取り入れている。		
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	本人や家族の要望により、以前より掛かりつけ医かホームにて往診に来られる医師かを選択出来る様になっている。		

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	適切な医療が受けられるよう、医療連携を行っている。看護師に体調不良等を報告し、指示を受けている。また、往診時にも相談を行っている。		
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。	家族の了承を得られた方は、病院の医療連携室と状態の確認・退院の調整等を行っている。		
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・終末期について説明同意を得ている。重度化が進んだ場合は、ホームで出来る事・介護して欲しい事の話し合いを行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	会議や研修にて応急処置の対応を身につけている。また、いつでも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、研修を年2回行っており、消防隊員から注意点等を確認している。災害時は、地域の方々と話し合いを重ね、足柄の春にて支援を受ける支援体制を整えている。		

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
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	利用者の人格を尊重した声かけを実践している。また、居室に暖簾をかけプライバシーに配慮している。		
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	日常生活や外出時等は、本人の希望を確認しご本人に選択、決定出来るように声掛けを行っている。		
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	利用者の外出、レクリエーション希望など、なるべくご本人の意志に沿える様、業務、職員主導にならない様心掛けています。		
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	新しい服を購入する際は、ご利用者と一緒にお買い物へ出かけ、ご本人が身だしなみや好みが反映出来る様支援している。		
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	身体状況や疾病、習慣等を考慮し、その方が関わりできる範囲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
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様盛り付け、味付け、声掛け等を工夫し支援を行っている。また、記録にて摂取量が下がっている事を確認した時は、会議にて検討し、支援方法を見直している。		
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、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、ご本人に合わせた支援を行っており、希望者には足柄の春にて歯科衛生士の口腔ケアを受けられるようになっている。		
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	排泄チェック表にてトイレの使用頻度を把握し、トイレへの誘導を行いトイレ内にて排泄が出来るように支援している。		
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	水分摂取が苦手な利用者には、飲み易い飲み物やゼリー、声掛け工夫するなどの対応を行っている。便秘傾向にある方は、医師に状況を伝えている。その後便秘薬を処方された方は看護師と相談して調整を行っている。		
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	入浴はご本人の状態や希望を確認し、希望に沿える様、入浴記録を基に支援の時間を変更している。		

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
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	睡眠、トイレ覚醒時の記録を基にご本人の習慣等を把握し、個々にあわせて入眠出来るよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬専用ファイルを使用しており、そのファイルには各利用者の薬の名前や薬番、作用が記入してある。また、薬配布職員は、もう一人の職員と薬の番号や名前を確認し、間違いが無いかを確かめてから配布する様になっている。		
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	ご本人の嗜好品等は継続できる様支援を行い、日々を楽しむようドライブやボランティア、行事等を取り入れる支援を行っている。また、その方に合わせて日常で出来る事を役割として行えるよう支援している。		
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	ご本人が希望された物、外出希望の他にも、買い物へ出かけられるよう声掛けにて確認している。また、外食内容の希望を伺い、希望に沿って出かけられるよう支援を行っている。		
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	ホームにて管理している金銭以外に、ご本人がお金を持ち、管理や買い物が出来るよう支援している。また、ご家族へはリスクもあわせて説明を行い、同意を得ている。		

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	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	室内温度は常に適度に保ち、廊下には外出時の写真を掲示してある。また、季節に合わせて入居者と製作した物等で飾りつけを行っている。		
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	リビング前に設置してあるソファ、玄関先にあるベンチで談話が出来るようになっている。また、外にあるベンチにて日光浴が出来るようになっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人が落ち着いた居場所と認識して過ごして頂くよう、居室には使い慣れた家具や装飾品を持ち込んで頂いている。		
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	建物内部は、手摺り、バリアフリーの設置がされ、扉には利用者が分かりやすいよう案内張り紙を貼っている。		

事業所名 アイ・ハート福祉サービスグループホーム「足柄の春」

作成日：平成 25年 4月 21日

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		足柄の春に入居している方個々の能力に合わせた楽しみへの取り組みや選択肢が少なく、職員もその方の好みや能力を広げる事に関わっていない。	入居者個々の能力や趣味、嗜好に合わせたサービスの拡充を図り、入居者が楽しむ環境を整備する。	・入居者が得意、または興味があると思われる内容での作品を作りを行い、大井町の文化祭やフリーマーケットへ出展、出品する。 ・少人数でも参加出来るボランティアの受け入れを検討し、その方の嗜好に合わせて活動を行う。 ・その方の嗜好に応じ、嗜好品を足柄の春での支援へ取り入れたり、外食の機会を増やす。	12ヶ月
2		事故に対する共通認識を高め、事故の再発防止や対策が効率良く行えるようにする。 (事例検討会の開催が少ない事、職員間での共通認識の差をなくしたい)	事例検討会での各職員の見解や危険に対する認識を高める事で再発防止につなげたい。	事例検討会を定期的に行き、各職員から意見を述べてもらう事で自分の見解を見返し、他の職員の見解を参考にする。	5ヶ月
3		災害時支援の連絡体制、及び支援内容が脆弱である事、職員全員がどの様な対応を行うのが把握できていない。	災害時に、足柄の春が行える支援をマニュアル化し、災害時対応手順を職員全員が同じ様に行えるようにする。	・災害掲示板を立ち上げ、職員や入居者家族等が連絡が行える仕組みにする。手順等書面にて周知させ、連絡が行えるか訓練を行う。 ・災害時に、支援が行える人数、内容別に合わせてマニュアル化する。 ・マニュアル化した内容が機能するのか、災害時を想定とした訓練を行う。 (火災時の対応訓練、周知テストが追加→職員全員が火災時の手順を適切に行えるまで訓練を繰り返す)	6ヶ月 (18ヶ月) 24年度より