

平成28年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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28年10月20日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月1日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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、利用者一人一人の生活が守ら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います。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月28日	評価機関 評価決定日	平成29年2月5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15分。坂道を登り、静かな山間に立地した山小屋風の建物です。周辺の畑には柚子、栗、柿の木があり、利用者は自然豊かな丘陵地の戸外で外気浴をし、日々を暮らしています。

<優れている点>

基本理念は、利用者の尊厳を大切にし、現在の状況・生活感覚・生活文化・価値観の継続性を尊重し、地域社会との交流や連携を大切にし、利用者と一日一日の生活を育むこととしています。職員はこの理念をクレドカードに携帯し、実践につなげ、日々の介助・介護に努めています。事業所は医師と看護師が連携し、利用者の健康管理と医療相談を行い、安心して医療を受診できる体制にあります。入居時に重度化・看取り支援に関する意向を確認し、医師の判断に基づき、本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるよう、最大限の対応をする体制に努めています。

<工夫点>

リビングは温度・湿度に配慮し、手すりや床の消毒、空間除菌により常に清潔で気持ちのいい空間となるよう努めています。防災安全対策確認日を毎日・1日・15日と設定し、日頃から防災に対する意識昂揚に努めています。家族には、「足柄の春おたより」を毎月送付しています。利用者の日々の生活状況や健康状態を居室担当者が手書きで記入し、写真を一緒に貼付し、家族の安心につなげています。

【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、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。	事業所の理念はカードにして職員に配布し、いつでも確認できるようにしています。利用者が気兼ねなく思いを伝えられるよう心がけています。理念である家庭的を大切にしています。	理念は開設時に管理者が職員と話し合っって作成し、玄関に掲示しています。新入職員研修時に管理者から説明しています。職員は日常業務の中で常に確認できるよう、クレドカードを携帯し、理解を深め、実践につなげています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の祭りに行き、利用者が住民と交流する機会を提供しています。運営推進会議に自治会長・民生委員が出席しています。大井町主催の文化祭に利用者が制作した作品を展示しています。	自治会主催の道路清掃を行い、夏祭りを見物しています。町の文化祭には書道、バックやうちわなどの手作り作品を出品しています。傾聴ボランティアが来所して利用者の話相手となり、「地域けあねっとわーく会議」に参加しています。	事業所は地域の行事・祭事に参加しています。今年度企画していた保育園との交流は雪の為中止になってしまいましたが、今後さらなる保育園や小学校との交流、中学生の福祉体験の受け入れなどの取り組みも期待されます。
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。	地域けあねっとわーく会議に参加して、地域の情報収集をするとともに、介護ニーズの把握、専門性を活かした提案等を行っています。		
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。	民生委員、自治会長、ふくしの会会長が出席し、地震等発生時の危険リスクについて意見・提案を頂き、改善に向けて取り組みました。	運営推進会議は3ヶ月に1回開催しています。会議では事業所の運営状況や活動内容を説明し、外部評価の受審結果を報告したり、意見交換を行い、サービスの向上に活かしています。	
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取り組んでいる。	大井町役場担当者に相談をしたり、日頃から連絡を取るよう努めています。運営推進会議にも出席頂いています。また、生活福祉課の担当者とも連携しています。	管理者は市介護福祉課に運営面を報告し、相談しています。介護認定更新の手続きを家族に代わって職員が行うこともあります。地域包括支援センターが主催する「地域けあねっとわーく会議」に出席し、情報交換をしています。	

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
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。	玄関は施錠せず利用者が自由に入出りすることができます。身体拘束については、利用者様の安全確保が難しい場合にご家族と面談をして、主治医に相談の上決めていきます。その際は文書を取り交わし、期間を定めて行っています。	職員は身体拘束をしないケアの大切さを理解し、取り組んでいます。玄関は施錠せず、安全面と防犯上に配慮しながら見守りに努め、自由な暮らしを支援しています。緊急止むを得ない身体拘束について、医師と相談し家族と話し合い、了解を得ています。	
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。	権利擁護に関する内部研修を年に1度行っています。声のかけ方など、職員間で注意し合うことができています。		
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。	権利擁護の内部研修のときに、成年後見制度についても学ぶ機会を提供しています。実際に社協のあんしんセンターを利用している方がおり、必要に応じて家族に提案しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の締結は契約書、重要事項説明書を読み上げ、口頭で補足説明を行っています。理解をして頂けるよう心配なこと、不安なことを聞きながら説明をしています。		
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。	運営推進会議に家族の出席をお願いしています。その時に意見や要望を聞くようにしています。また、面会時のほか、電話やメールでも連絡をしており、意見や要望を表せるようにしています。	運営推進会議や家族の来訪時には、利用者の日頃の様子を説明し、意見や要望を聞いて事業に反映しています。日頃より家族には電話やメールなどで連絡を密にしています。家族の意見により運営推進会議に本社の人が出席するようになっています。	

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
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。	職員配置等について本部から管理者に話がある場合は、リーダー会議、ユニット会議で職員に知らせ、意見や提案を聞く機会を設けています。	管理者は月1回のユニット会議やリーダー会議、朝の申し送り時に、職員から要望や意見を聞き、業務の改善や向上に反映しています。職員より、駐車場が狭いとの要望があり、隣接地を借りるように交渉中です。	
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。	職員が個々に目標を決めて、達成に向けて取り組んでいます。内部研修は常勤・非常勤職員がテーマ別で担当をしています。スタッフの能力の他、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。	年間で内部研修の予定を組み、全員が担当者として関わられるようにしています。外部研修に出席した職員はユニット会議で全職員に報告をして共有化しています。		
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。	外部研修に派遣して、同業者と交流する機会が持てるようにしています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の情報収集を丁寧に行うようにしています。入居後は声かけを多くして、表情なども良く観察するようにしています。他利用者との会話の仲立ちなど、関係作りができるように努めています。		

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。	入居相談を受けた時から、本人、家族と面談を重ねて、時には家族だけとの面談も行いながら不安や要望を現しやすい環境作りをしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	グループホーム入居ということで、他サービス利用は難しいこともありますが、福祉用具のレンタル等を必要に応じて提案しています。また、通いなれた医療機関への受診を希望する場合は、継続して受診できるよう支援しています。		
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。	掃除や洗濯物たたみなどの家事は利用者とともにやり、利用者と職員が協力し合う関係づくりに努めています。それぞれに役割を持ってもらい、生活に参加するだけではなく、ともに暮らしているという思いを感じることができるよう配慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	歩行力が低下している利用者の歩行運動を家族と協力して行っています。来所しやすい雰囲気を作るよう心がけ、少しの時間でも面会に来られる家族もいます。春はホームで行う花見に家族を招待して食事を一緒に食べる等、楽しい時間を過ごしています。		
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。	友人が面会に来たり、退所した方とところに職員と一緒に面会に行ったり、関係が途切れないように支援しています。馴染みのお店に食事に行きたいという要望があり、現在企画しています。	利用者の知人や友人の面会者については、予め家族の了解を得ています。来訪時にはリビングや居室で歓談し、湯茶の支援に努めています。利用者は家族と一緒に外出して食事をしたり、墓参りに出掛けています。届いた年賀状に返信を書いています。	

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
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。	利用者同士が適度に関わりが持てるように支援しています。ときには見守り、ときには会話に加わりながら孤立せずに、お互いがストレスを感じないように配慮しています。		
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。	入院や施設変更などで退去した時は、1ヵ月を目安に入院先や新しい施設に面会に行き、生活状況等を確認しています。ご家族には退去後でも相談を受けられることを伝えていきます。		
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。	レクリエーションには基本的に本人の参加意思を確認しています。畑で野菜づくりしたいとの要望が聞かれ、ホームの裏庭で野菜づくりを行いました。生活のサイクルは利用者が決めています。意思表示が難しい利用者は気持ちをくみ取るよう心がけています。	職員は利用者の日常の行動や表情の中から意向や希望を汲み取るように努めています。家族の来訪時に話を聞いたり、生活歴も参考にしています。意向を自分から伝えにくい人には、入浴時のゆったりとした時や食事中などに話を聞き、思いの把握に努めています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時に生活歴を聞き取り、自宅に訪問してその方の暮らし方や生活環境を確認するように努めています。入居後にも本人・家族から確認できたことは職員で共有し、必要に応じて記録に残しています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝、前日の様子、夜間の様子を日勤者に申し送りをしています。月に1度のユニット会議で心身の状態、気付いたことなどを共有し、支援方法を検討しています。		

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
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。	ユニット会議と3ヵ月に1回のモニタリングから利用者がより良く暮らすための課題とケアのあり方について話し合いをしています。計画作成担当者が作成したケアプランは、担当職員、ユニットリーダー、管理者が確認し、意見や提案を赤字で記入しています。	入居希望時にできるだけ来所してもらい、本人や家族と話し合っています。介護計画はアセスメントに基づいて作成しています。家族に説明し、職員間でカンファレンスし、医師の意見を参考にしています。見直しは通常3ヶ月毎に行っています。	
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、ケアプランの見直しにつなげています。		
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。	日常の会話の中で見出した利用者のニーズは家族とも相談しながら、可能な限り支援出来るように取り組んでいます。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	日用品は地域のスーパー、ドラッグストアに利用者と一緒に行き購入しています。自治会の夏祭りに利用者と出掛けカラオケを楽しんでいます。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	定期的に訪問診療と訪問歯科を受けられる体制があり、病状の進行等によっては専門の医療機関に紹介をもらっています。かかりつけ医からの病状の説明がある時には家族の同意を得て同席しています。かかりつけ医、薬剤師とは日頃から連携をしています。	利用者や家族の希望する皮膚科や眼科に、継続して受診できるよう、支援しています。事業所の協力医療機関の往診医は月2回、歯科医は週1回往診しています。医療情報は往診記録と往診申し送りに記録し、情報の共有に努めています。	

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
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。	利用者の身体上の変化や気づきを看護職員に相談・報告し、専門的なアドバイスを受けています。必要な場合は、医療機関の受診につなげています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中は病院への訪問をこまめに行い、利用者・家族の不安を少しでも軽減できるように努めています。面会時は病棟の担当看護師や地域連携室の担当者と連携しています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に終末期に関する意向を確認しています。病状等の進行によりかかりつけ医が終末期であると判断したときは、医師から家族に説明しています。その際は、この先起こり得ること、当ホームでできることなどを説明し、家族の意向を改めて確認し、支援の方針を定めています。	入居時に重度化・看取り支援に関する意向を確認しています。終末期には医師の診断の基に、事業所の「重度化、終末期ケア指針」を再度説明し、家族の意向を確認しています。これらの方針を関係者間で共有し、職員の研修も実施しています。	
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。	急変や事故発生時の対応については、内部研修を行っています。救急車を手配する場合の手順を事務室に掲示して全職員で周知しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	防災委員を設置しています。災害等を想定した避難訓練後にはユニット会議で反省をして今後の課題等を検討しています。また、運営推進会議で地域の方々に協力をお願いしています。	防災・避難訓練は年2回実施し、事業所内の防災委員会では日頃から防災について話し合っています。運営推進会議で、リビングの備品の固定が不十分との指摘を受け、改善しています。非常災害用の食料・飲料水は1週間分の備蓄があります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者の生活歴を把握し、本人が触れて欲しくないことは話題にしないなどの配慮をしています。認知症であってもその方の人格を尊重するように心掛けていますが、家庭的な雰囲気の中で言葉かけ等を振り返ることも必要と考えています。	利用者一人ひとりの尊厳を大切にしたいケアを心掛け、言葉掛けなどにも注意を払っています。生活歴などから得られた情報の中で、利用者が触れてほしくないことには配慮しています。各居室のドアに暖簾をかけ、室内が見えないよう工夫しています。	
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。	日常生活において利用者の自己決定を尊重するよう努めています。思いや意思を現すことができるよう環境を作り、意志表示が難しい場合は家族等に確認するなどしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	日常生活は利用者のペースを大切にして、好きな場所、好きなことをして過ごしてもらえるように配慮しています。何もしないでいることがないように心掛けていますが、食事の席で一人であるようなこともあり、今後の課題としています。		
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。	服装へのこだわりがある方には、入浴後の着替えや外出時の服等、本人に選んで頂くようにしています。認知症状が進んでも、鏡を見て身だしなみを整える方もおり、その人らしさを大切にしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食材は献立を含め外部の業者に依頼しています。月2回ほど障がい者施設の方がパンの販売に来ています。行事などのときには、宅配の食事を中止していつもと違う食事になるよう配慮しています。	献立と食材は外部業者に委託し、職員が調理しています。月2回のパンの販売日を利用者は楽しみにしていて、自分で食べたいパンを選んでいきます。年1回の遠足では、回転寿司屋やレストランに行き、外食しています。弁当持参で花見に出掛けています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	健康チェック表に食事量、水分量を記入しています。摂取量が下がっている時や、体重の増減が見られる時はユニット会議で周知、対応等について検討しています。食べる行為を忘れてきたり、飲み込むことが難しくなってきた場合は、本人の好みのものを提供した		
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、本人に合った方法で口腔ケアを行っています。訪問歯科の来訪があり、一人一人の口腔状態を把握し、必要ときには相談をして専門的な指示を受けています。		
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。	排泄チェック表に記録して一人一人の排泄リズムを把握し、トイレ誘導等を行っています。状態により難しいケースもありますが、できるだけトイレで排泄ができるよう支援しています。	排泄チェック表により、一人ひとりの排泄リズムを把握し、トイレ誘導の支援をしています。トイレ誘導することで失禁が減少しています。春・秋など失禁が少なくなる時期は、普段リハビリパンツの人も布パンツで過ごせるよう支援しています。	
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。	排泄の状況と水分摂取量を確認しています。起床時に牛乳を提供したり、本人の排泄パターンを把握して、トイレに長く座ってもらう等、自然な排泄ができるよう支援しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は午前中に入浴とさせて頂いていますが、利用者の入浴希望をお聞きし入浴して頂いています。それぞれの方の能力に合わせた支援をしています。	入浴は午前中に週2回が基本ですが、希望で3回以上入浴する利用者もいます。畑仕事で汚れたら入浴を促したり、臨機応変に対応しています。入浴をしたがらない人には職員を変えたり、声掛けの仕方を変えたりして、個々に応じて入浴の支援をしています。	

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
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努めています。体調や生活習慣に応じて休息して頂くようにしています。		
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。	服薬管理は専用のファイルを使用し、ファイルに各利用者の薬名、薬番、用途、用量が記載してあります。二名以上の職員で確認するようにしています。		
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。	テーブル拭き、ゴミ集め、洗濯たたみ等の家事や、手芸、畑仕事等の趣味の活動などを行ったり、本人の希望を聞きき、張り合いのある日比を過ごせるように支援しています。		
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。	買い物や外食等の外出の支援をしています。家族と外出することもあり、地域の祭りではカラオケを楽しみました。	事業所の周りは坂道が多いため、日頃は庭のベンチで、四季折々の風景を眺めて外気浴をしています。職員と一緒に手芸の材料を買いに出かけたり、外食に行ったりしています。家族の協力や、法事や墓参りに出かける利用者もいます。	
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。	ホームで管理する以外に、家族に同意を得られた場合は、お金を所持できるように配慮しています。その際は、家族と相談しながら本人が管理できる範囲で行う等の個別にルールを決めています。		

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
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。	利用者から要望がある場合は、家族に電話をかけて利用者が直接話ができるように配慮しています。家族や知人等に年賀状を送ることを習慣としていたケースもあります。		
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。	季節に応じて、温度・湿度管理をして感染症の予防等に繋がっています。利用者で作成した作品等をリビングに飾り、季節感と愛着の湧く空間作りに努めています。	共用空間は温度・湿度に配慮し、手すりや床の消毒、空間除菌により常に清潔で心地よい空間です。2階のリビングは天井が高く、解放感があり、窓からは富士山が眺められます。季節感のある飾り付けや、皆で作った作品から温かみが感じられます。	
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。	日中の過ごし方は利用者それぞれ、好きな場所で過ごしています。一人で過ごしたいときは、食事の席や居室で過ごし、気の合った利用者同士でテレビを観たりしています。利用者が、落ち着ける居場所を作れるようにしています。		
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。	入居時に使い慣れた茶碗やコップなどを持ってきてもらいます。居室は馴染みの家具を置いて、居心地良く過ごせるように配慮しています。安心して暮らせるよう、新しく購入するのではなく古くても使い慣れたものを持ち込んで頂くようお願いしています。	居室のエアコン、カーテンは備え付けです。ベッド、整理ダンス、テレビ、テーブルなど、愛着のある使い慣れた家具を持ち込み、写真などを飾って、その人らしく居心地よく暮らしています。居室の模様替えなどは利用者や家族に任せています。	
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。	ホーム内はバリアフリーで手摺があり、安全に移動できるような環境になっています。トイレのドアには分かり易く貼り紙をして自立した生活が送れるよう支援しています。		

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させている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 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
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近づけている。	事業所の理念はカードにして職員に配布し、いつでも確認できるようにしています。利用者が気兼ねなく思いを伝えられるよう心がけています。理念である家庭的を大切にしています。		
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。	地域の祭りに行き、利用者が住民と交流する機会を提供しています。運営推進会議に自治会長・民生委員が出席しています。大井町主催の文化祭に利用者が制作した作品を展示しています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域けあねっとわーく会議に参加して、地域の情報収集をするとともに、介護ニーズの把握、専門性を活かした提案等を行っています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	民生委員、自治会長、ふくしの会会長が出席し、地震発生時の危険リスク等について意見を頂きました。		
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。	大井町役場担当者に相談をしたり、日頃から連絡を取るよう努めています。運営推進会議にも出席頂いています。		

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
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。	玄関は施錠せず利用者が自由に入出りすることができます。身体拘束をテーマにした内部研修を行い、身体拘束について学び、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。		
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ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待についての内部研修を行い、職員で意見交換を行いました。利用者の変化（身心共）の情報を職員間で共有化し、虐待防止に努めています。		
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。	必要な場合は成年後見制度等について家族に提案し、情報を提供しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の締結は契約書、重要事項説明書を読み上げ、口頭で補足説明を行っています。理解をして頂けるよう心配なこと、不安なことを聞きながら説明をしています。		
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。	運営推進会議に家族の出席をお願いしています。1家族ですが出席して頂けるようになり、今後もお願いしています。その時に意見や要望を聞くようにしています。		

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
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。	職員配置等について本部から管理者に話がある場合は、リーダー会議、ユニット会議で職員に知らせ、意見や提案を聞く機会を設けています。		
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。	スタッフの能力の他、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・内部研修を行い、全員が関われるようにしています。外部研修はスタッフ全員が内容を把握出来るような仕組みにしています。		
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。	外部研修に派遣して同業者と交流する機会を作るようにしています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	利用開始時は不安や不満につながりやすく、信頼関係を早期に築き安心安定した生活が送れるよう、関係作りを積極的に行っています。		

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
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。	入居相談を受けた時から、本人、家族と面談を重ねて、時には家族だけとの面談も行いながら不安や要望を現しやすい環境作りをしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	グループホーム入居ということで、他サービス利用は難しいこともありますが、福祉用具レンタル等を必要に応じて勧めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	掃除や洗濯物たたみなどの家事は利用者とともにやり、利用者職員が協力し合う関係作りに努めています。それぞれに役割を持ってもらい、生活に参加するだけでなく、ともに暮らしているという思いを感じることができるよう配慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族が面会に来やすい環境をつくり、利用者が家族と交流できるよう支援しています。		
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。	以前働いていた職場や友人・知人等への連絡をしたいという場合は、電話等がかけられるように援助しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食後に利用者同士が何気ない話をしたり、同じ作業をお願いしたりすることで、孤立せず利用者同士で関わりを持てるように配慮しています。		
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。	入院や施設変更などで退去した時は、1ヵ月を目安に入院先や新しい施設に面会に行き、生活状況等を確認しています。ご家族には退去後でも相談を受けることができることを伝えています。		
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。	本人の気持ちや思いを大切にし、話を聞く等して把握に努めています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時に生活歴を聞き取り、自宅に訪問してその方の暮らし方や生活環境を確認するように努めています。入居後にも本人・家族から確認できたことは職員で共有し、必要に応じて記録に残しています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝、前日の様子、夜間の様子を日勤者に申し送りをしています。月に1度のユニット会議で心身の状態、気付いたことなどを共有し、支援方法を検討しています。		

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
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。	ユニット会議と3カ月に1回のモニタリングから利用者がより良く暮らすための課題とケアのあり方について話し合いをしています。計画作成担当者が作成したケアプランは、担当職員、ユニットリーダー、管理者が確認し、意見や提案を赤字で記入しています。		
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、ケアプランの見直しにつなげています。		
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。	日常の会話の中で見出した利用者のニーズは家族とも相談しながら、可能な限り支援出来るように取り組んでいます。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域のボランティアの方の協力で生活が楽しくなるよう支援したり、地域の行事に参加したりしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	定期的に訪問診療と訪問歯科を受けられる体制があり、病状の進行等によっては専門の医療機関に紹介をしております。かかりつけ医からの病状の説明がある時には家族の同意を得て同席しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	利用者の身体上の変化や気付きを看護職員に相談・報告し、専門的なアドバイスを受けています。必要な場合は、医療機関の受診につなげています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中の不安軽減の為病院への訪問を行い、担当看護師や連携室の方々から情報を頂いたり、相談したりしています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に終末期に関する意向を確認しています。病状等の進行によりかかりつけ医が終末期であると判断したときは、医師から家族に説明しています。その際は、この先起こり得ること、当ホームでできることなどを説明し、家族の意向を改めて確認し、支援の方針を共有しています。		
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。	急変や事故発生時の対応については、内部研修を行っています。救急車を手配する場合の手順を事務室に掲示して全職員で周知しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	防災委員を設置しています。災害等を想定した避難訓練後にはユニット会議で反省をして今後の課題等を検討しています。また、運営推進会議で地域の方々に協力をお願いしています。		

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。	利用者の生活歴を把握し、本人が触れて欲しくないことは話題にしないなどの配慮をしています。認知症であってもその方の人格を尊重するように心掛けていますが、家庭的な雰囲気の中で言葉かけ等を振り返ることも必要と考えています。		
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。	日常生活において利用者の自己決定を尊重するよう努めています。思いや意思を現すことができるよう環境を作り、意志表示が難しい場合は家族等に確認するなどしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	日常生活は利用者のペースを大切に、好きな場所、好きなことをして過ごしてもらえるように配慮しています。		
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。	訪問美容で髪を切った後、カラーリングを希望する場合は、ヘアカラー剤を予め準備して入浴時にカラーリングをしています。		
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。	食材は献立を含め外部の業者に依頼しています。月2回ほど障がい者施設の方がパンの販売に来ています。行事などのときには、宅配の食事を中止していつもと違う食事になるよう配慮しています。		

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
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。	食事介助が必要な場合は、自立支援を念頭に入れながら、過度な援助にならないようにしています。その際は、ユニット会議で話し合い、職員で共有化しています。		
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。	毎食後、本人に合った方法で口腔ケアを行っています。訪問歯科の来訪があり、一人一人の口腔状態を把握し、必要ときには相談をして専門的な指示を受けています。		
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。	出来る限りトイレで排泄できるよう声かけしたり利用者様に合った支援をしています。		
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。	水分を多く摂ってもらう工夫や食事の時に野菜を食べよう声かけをしています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、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。	入浴が楽しくなるように入浴剤を使用したり、利用者の希望を聞きながら入浴の支援をしています。		

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
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努めています。また1人ひとりの体調や表情、希望等を考慮して、ゆっくりと休息が取れるように支援しています。		
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。	服薬時に用法・用量が確認できるようなファイルに記入しています。		
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。	テーブル拭き、ゴミ集め、洗濯たたみ、手芸等、利用者の得意分野を把握し、自然に手伝って頂けるように声かけを行っています。		
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。	買い物や食事等外出の支援をしています。家族と外出して気分転換するケースもあります。		
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には、ホームで管理する以外に家族に同意を得られ所持が可能な利用者に限り、お金を所持出来るようにしています。		

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。	利用者が電話をかけたいと言われる時には、自由に電話をかけられるよう支援しています。		
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。	季節に応じて、温度・湿度管理をして感染症の予防等に繋がっています。利用者と作成した作品等をリビングに飾り、季節感と愛着の湧く空間作りに努めています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	日中の過ごし方は利用者それぞれ、好きな場所で過ごしています。一人で過ごしたいときは、食事の席や居室で過ごし、気の合った利用者同士でテレビを観たりしています。利用者が、落ち着ける居場所を作れるようにしています。		
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。	利用者が居室でリラックスし過ごせるよう、ご家族と相談しテレビやラジオを用意して頂いたり、その他使い慣れたものを持ち込んで頂いています。		
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。	ホーム内はバリアフリーで手摺があり、安全に移動できるような環境になっています。トイレのドアには分かり易く貼り紙をして自立した生活が送れるよう支援しています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム「足柄の春」

作成日： 平成 29年 2月16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り組み内容	目標達成に要する期間
1	2	地域の行事に参加したり地域から協力を得ることができています。ボランティアの来訪もありますが、幼稚園、学校関係との交流が長年の課題でした。去年は天候により交流が中止になっています。	幼稚園、学校関係との交流が定着する。	幼稚園、学校にホームのお便りを渡し、グループホームの周知を図ります。敬老会などの行事に招待することを提案していきます。	12ヶ月
2	26	ケアプランは、居室担当者、ユニットリーダーの意見を聞きながら作成してきました。計画作成担当者が交代になり、ケアプラン作成における役割を明確にしていきます。	ユニットリーダー、計画作成担当者がそれぞれ役割を持ち、ケアプラン作成に関わる。	計画作成担当者を中心にして、ケアプラン作成の流れを見直します。意見を出しやすい環境を作り、ケアプラン作成時からチームケアに取り組んでいきます。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月