

平成21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16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
	☒ 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22年1月11日	評価結果 市町村受理日	平成22年5月26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.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1471400356&SCD=320
----------	---

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-4 クゲヌマファースト 3階		
訪問調査日	平成22年2月4日	評価機関 評価決定日	平成22年4月6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）】

当ホームは、地元の篤志家の理解と協力を得て、平成16年7月に開設しました。箱根の山々や雄大な富士が一望でき、燕が毎年集作りに訪れ、四季折々の自然の移り変わりを身近に感じられる環境にあります。

「利用者の持っている価値観を尊重し、地域社会との交流を大切にし、心をこめて一日一日の生活を育んでいきます」という理念に沿い、管理者は「自分がされて嫌なことは、相手の方も嫌だ」ということを職員へ伝え、一人ひとりの個性に気を配り、家庭的な親しみのある支援に努めています。

利用者と職員と一緒に、雄大な景色を眺めながら散歩し、洗濯を干し、食事の支度をし、四季に応じて花や野菜を畑で育てながら毎日の生活を送っています。行事もたくさん企画され、梅、菜の花、桜、藤、菊、あじさい等、四季折々のお花見に出かけ、水族館やサファリパークへも遊びに行きます。

地域の方々とは、とても協力的で、地域パトロール隊からも多大な協力が得られています。自治会の「ふくしの会」の発行する冊子には、ホームの紹介文を載せていただき、散歩で挨拶を交わし、夏祭り、レクリエーション大会、餅つき等の自治会行事へ招かれています。ホームへは、芋煮会等の行事、腹話術、マジック、マッサージ等のボランティアが来訪しています。

大井町とも連携がとれ、敬老の集いやひょうたん祭りへの招待、介護相談員の毎月の来訪等、利用者やホームの現状を伝える機会となっています。「地域けあねっとわーく会議」では、高齢者や障害者が地域で安全に暮らせるよう、包括支援センターや近隣事業者等と共に事例検討や情報交換をしています。

【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、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。	一人ひとりの個性に配慮し、利用者の生活の向上や社会とのつながりを大切なこととして日々の支援をしています。理念は、ホーム内に掲示し、全職員参加のユニット会議や申し送り等で話題に上げて確認し合い、利用者と接しています。		
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	自治会に加盟しており、夏祭りや敬老会、餅つきや芋煮会等の行事に参加したり招いたりしている。	散歩では、地域の方々と挨拶を交わしています。夏祭り、バーベキュー、レクリエーション等の自治会の行事へ参加し、ホームへは、芋煮会等の行事やボランティアとして定期的に来て頂いています。自治会の地域パトロール隊からも多大な協力が得られています。		
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、地域の方達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。	自治会長、自治会福祉の会、大井町役場職員、民生委員、家族代表が出席しています。ホームの活動状況や取り組み等について情報発信をし、委員からは、パトロールや災害時の対応等について具体的な話し合いがされ、充実した会議となっています。		
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	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。	大井町から介護相談員が毎月来訪し、利用者やホームの現状を伝える機会を持っています。また、「地域けあねっとわーく会議」では、事例報告や検討、情報交換をして高齢者や障害者が地域で安全に暮らせるよう話し合っています。		

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	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。	ユニット会議で話し合い、研修参加、資料確認の徹底、事業所内への掲示、医師も交えての話し合い等、職員全員で確認して、拘束のないケアに取り組んでいます。介護マニュアルにも事業所基本方針として記載し、入職時に配布しています。	
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	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。		
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	研修資料の中に権利擁護の制度等があり、職員はその資料を基に研修している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入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。		
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	来所時や電話、推進会議等で意見や要望を受け、会議にて検討している。また、大井町の相談員事業にて入居者本人から意見や要望を伺い、三者会議にて検討している。	日々の会話及び大井町の介護相談員に毎月来訪してもらい、利用者の意向を汲み上げています。家族からは来訪時や電話、運営推進会議等にて伺っています。ホーム担当者、介護相談員、外部申し立て機関を明記・掲示し、要望や苦情を表せる機会を設けています。	

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
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。	申し送り時やユニット会議等で提案を受けて話し合っています。行事は、居室担当者とレクリエーション担当者が企画を立て、主体となって進める体制となっています。	平成21年度から情報公表制度が加わりましたので、誰でもすぐに対応出来るよう、管理者と職員は、共に各種書類の再点検をして、書類整備へのさらなる取り組みが期待されます。
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。		
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や家族に確認を取り、安心して生活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		○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	サービス開始前に家族と面談を行い、家族から困った事や要望等を伺い、対応策を提案する事で関係作りに勤めている。		
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	本人と家族との面談にて現在の状況を記録し、サービスに反映すると共に移住による環境の変化が軽減するよう努めている。		
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	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。		
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	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。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの方との関係が途切れぬ様、地域の行事への参加、家族との外出（冠婚葬祭や宿泊）を行っている。	行きつけの美容院や馴染みの方を訪れています。ホームへは、友人やボランティアで馴染みの方が来ています。自治会のお祭りに出かけ、昔からの顔見知りの方に出会う等、以前の暮らしが継続出来るよう、家族の協力と共に支援しています。	

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
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。		
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。	本人からの希望は最大限に取り入れている。また、本人からの要望伝える事が困難な場合は、本人の行動や状況等から会議で検討している。	一人ひとりの性格やその日の健康状態を踏まえた上で、日々の会話や言葉かけ、表情等を通して思いを把握しています。毎日の申し送りや会議で検討し、職員間で情報の共有をしています。居室担当者が決められていますので、より細やかに対応出来ています。	
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状況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	○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	本人、家族の要望、居室担当者から意見、アセスメントを基に会議で話し合い、本人に適したと思われる介護計画を作成している。	本人及び家族の要望を聞き、全職員及びかかりつけ医で話し合って一人ひとりに沿った支援が出来るよう努めています。毎日、「ケアプランチェック表」により、介護計画で立てた支援に対してのモニタリングを行って、介護計画に反映させています。	
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。		
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	様々な状況や要求に対応できる様個々に合わせた介護計画を組んでおり、日常的に生まれる要求に対しては本人に希望する事を支援している。		
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。		
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	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。	本人や利用者の希望により入居前からのかかりつけ医を利用するか、ホーム往診医かを選択してもらっています。月2回、内科と口腔ケアとして歯科往診が実施されています。従来からのかかりつけ医への通院は家族同伴が基本ですが、緊急時は職員が対応しています。	

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	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。	入居時に説明しています。重度化や終末期において、医療行為が継続して必要な場合は、基本的にホームでの対応は無理ですが、本人の状況と事業所で出来ることを家族に話し、職員は医師の判断を聞き、日々のミーティングや臨時に集まって検討しています。	
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。	自主点検チェック表にてホーム内外を点検しています。年2回防災訓練を行い、避難誘導、通報、消火訓練をしています。自治会の防災訓練や運営推進会議で地域の方々と話し合い、協力を得られる関係を作っています。スプリンクラー設置を業者と検討中です。	

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	個人情報本人、家族のみ確認が出来る様になっており、介助させて頂いているという意識や声掛けだけでなく、個人の性格に合わせ柔軟な対応を行っている。	ユニットごとの会議で、年長者として利用者の尊厳、誇り、優しい言葉、語調について研修し、あからさまに介護、誘導などせず、さりげなく声をかける等、プライバシーへの配慮を徹底しています。なによりも利用者への親しさ、信頼を基としています。		
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、TV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	毎朝、必要に応じて整容、更衣を本人に確認し支援している。			
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	利用者好みにあわせ一緒に食事の準備や片付けを行っており、献立は廊下に掲示してある。	利用者の好み、体調をもとに、味の濃淡、必要時には、刻み等の食事の提供をしています。魚が苦手な方には他のメニューで対応しています。イベント食や外食も取り入れて、食事が楽しいものとなるように支援しています。能力に応じて調理、後片付けに参加しています。		

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
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、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。	利用者の自尊心を大切に、丁寧な言葉かけ等に配慮しています。このことで職員との間に親しみと信頼が生まれています。排泄のパターン、チェック表をもとにトイレに誘導しています。失敗時には、さりげなく下着の取替え等を行っています。	
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	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てしまわずに、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支援の方法を変えている。	利用者のその日の体調、気持ちを大切に入浴を支援しています。不機嫌で、着脱を嫌がる場合等、入浴を拒否する時は、少し時間をおき勧めています。季節に合わせ、菖蒲湯や柚子湯等で季節感を取り入れ、入浴の楽しさを大切にしています。	

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
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	その方の嗜好品はホームに入居後も継続出来るよう支援しており。また、趣味や気分転換の外出等、その方に合わせて支援を行っている。		
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	その方の希望によって戸外へはいつでも可能となっており、状態に合わせて付き添いの支援を行っている。散歩や買い物は、出来る限り一緒に行っている。	ホームの近辺は梅が咲き、イチヨウの並木、畑が散在し散歩に良いコースがあります。利用者と散歩に出て、個人的な色々な希望を聴いています。また、近隣の観光地、梅、アジサイ、桜の見物、毎月のショッピング等の買い物を支援しています。	
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	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ようになっており、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	室内の温度は温度計や湿度計で確認し適温に保たれており、各部屋には名称を設置し確認が出来るようにし、季節感を感じられるよう、季節の花を飾っている。	居間は広く、天井が高く、4つのソファが置かれ、利用者はテレビを自由に見たり、談話を楽しんでいます。冷暖房、加湿器が設置され、玄関や共有部分に花等を飾り、家庭的で過ごし易いように工夫されています。建物はロジ風でゆったりとして富士・箱根の山々が見えます。	
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TV前にソファを設置しており、TV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	入居時に家族や本人に確認し居室の配置を決めている。居室内に設置する物は、火気等の危険物でない限り持込が可能となっている。	入居時に、なじみの物を、居室に持込みが出来、タンス、仏像、位牌等を持込んで暮らしています。禁止は、危険な物（ライター等喫煙具は貸出し管理）、医薬品、お小遣い以上の現金です。安全と暮らし易さの両方を大切にしています。	
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おり、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。		

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、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	自治会に加盟しており、夏祭りや敬老会、餅つきや芋煮会等の行事に参加したり招いたりしている。		
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、地域の方達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。		
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	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	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束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。		
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	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。		
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	研修資料の中に権利擁護の制度等があり、職員はその資料を基に研修している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入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。		
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	来所時や電話、推進会議等で意見や要望を受け、会議にて検討している。また、大井町の相談員事業にて入居者本人から意見や要望を伺い、三者会議にて検討している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月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。		
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		○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	サービス開始前に家族と面談を行い、家族から困った事や要望等を伺い、対応策を提案する事で関係作りに勤めている。		
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	本人と家族との面談にて現在の状況を記録し、サービスに反映すると共に移住による環境の変化が軽減するよう努めている。		
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	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。		
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	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。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの方との関係が途切れぬ様、地域の行事への参加、家族との外出（冠婚葬祭や宿泊）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
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。		
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。	本人からの希望は最大限に取り入れている。また、本人からの要望伝える事が困難な場合は、本人の行動や状況等から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、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状況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	○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	本人、家族の要望、居室担当者から意見、アセスメントを基に会議で話し合い、本人に適したと思われる介護計画を作成している。		
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。		
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	様々な状況や要求に対応できる様個々に合わせた介護計画を組んでおり、日常的に生まれる要求に対しては本人に希望する事を支援している。		
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。		
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	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。		

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
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	個人情報とは本人、家族のみ確認が出来る様になっており、介助させて頂いているという意識や声掛けだけでなく、個人の性格に合わせ柔軟な対応を行っている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	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、TV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	毎朝、必要に応じて整容、更衣を本人に確認し支援している。		
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	利用者好みにあわせ一緒に食事の準備や片付けを行っており、献立は廊下に掲示してある。		

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
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てしまわずに、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	その方の嗜好品はホームに入居後も継続出来るよう支援しており。また、趣味や気分転換の外出等、その方に合わせて支援を行っている。		
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	その方の希望によって戸外へはいつでも可能となっており、状態に合わせ付き添いの支援を行っている。散歩や買い物は、出来る限り一緒に行っている。		
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	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ようになっており、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	室内の温度は温度計や湿度計で確認し適温に保たれており、各部屋には名称を設置し確認が出来るようにし、季節感を感じられるよう、季節の花を飾っている。		
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TV前にソファを設置しており、TV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	入居時に家族や本人に確認し居室の配置を決めている。居室内に設置する物は、火気等の危険物でない限り持込が可能となっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手摺りや張り紙を設置しており、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、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	11	「足柄の春」に関する書類の意味や仕組み、役割や利用方法が、職員の考え方の違いや周知不足から、全職員の意見として反映を行えていない所がある。	全職員が足柄の春で使用している書類を理解し使用と説明が出来るようにする事。役割担当の意見を活かした手順を作成する事。	・全職員に書類の理解をして頂く為に各書類の仕組み説明や利用方法などを纏めた書類を作成し職員に配布。配布した書類の中で不明な点等があれば個別に説明。また、役割担当別に改善や追加案があればそれを基に業務詳細手順表に追加、改正する。	12ヶ月
2		毎日居室内の掃除機掛けは行っているが、拭き掃除掃除は居室担当者と定められている為、居室内の清潔が保たれていない事がある。	居室内の清掃を定期的に行い清潔を保つこと。	ユニット会議にては話し合いを行い、早番がりネン交換時に居室の拭き掃除等を行う事となる。	12ヶ月
3		入居者ご家族との連絡が取れない事があり、ご家族からの「足柄の春」への意見や問題点が十分に汲み取れていない。	入居者家族からの意見や問題点を1つでも多く汲み上げ、改善を行う。	「足柄の春」から入居者ご家族へ「足柄の春」の住環境や対応、サービス等の無記名のアンケートを実施し、入居者ご家族のアンケート結果を基に改善に取り組む。	12ヶ月
4		運営推進会議や大井町が行っている地域ケアネット会議にて「災害時の避難後の専門ケア」について話し合いを行っているが、災害時は大井町や「足柄の春」職員、地域住民が被災者になる為、災害後のケアの援助は望めず、地域だけは計画も難しい。	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する。	被災者が被災地域の援助者にならないよう、ある程度離れたいくつかの同事業所に「被災救援ネットワーク」(仮)への参加を集い、各事業所から被災時に救援を行える人数や時間等の援助内容をマニュアル化し、被災が起きた事業所へ円滑な援助を行えるネットワーク体制にする。	12ヶ月
5					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。