

平成23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	
定員等	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24年1月8日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月16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1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年2月28日	評価機関 評価決定日	平成24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)】

JR御殿場線「上大井駅」より徒歩約10分の金時山の先に富士山を望む丘陵地に、コテージ風の木造のホームで、2ユニット、18名の方が入居されています。
<優れている点>
家族だより(足柄の春)が2ヶ月に一度発行され、生活の記録やスナップ写真、行事の様子が細かく編集されています。
内部研修は年度初めに、各月の研修メニューと担当職員を決めて実施されています。(全職員が、自ら調べて発表していくスタイル)職員間のコミュニケーションがよくとられており、3年以上勤務者が全体の78%、うち5年以上が約半数以上となっており、職員の定着率が高いことが伺えます。
建物の間取りでは、共有空間が広く、また2階の天井が高くゆったりした空間となっています。広々とした大自然の中で富士山を見ながら、ゆったりと暮らす空間の豊かさが感じられます。
<工夫点>
介護計画の「評価表」についてA4版1枚に必要な事項を見やすくまとめてあり、第三者が見ても、とてもわかりやすく編集してあります。ホームページでは必要アイテムが1クリックで連動しユーザーが利用しやすいように編集設定されています。

【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
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、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
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。	毎朝のミーティングでは、理念を踏襲した上で、その内容に対してどうあるべきかを申し合わせています。管理者は、理念を容易に解りやすくしていきたい、という意向があり、今後の検討事項の一つとしています。	
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	3ヶ月に一度、地域の方々と交えて会議を開き、意見交換や協力関係を結んでいる。また、地域で開催される祭り等の行事へも参加している。	大井町の祭りの他、地元の「馬場（ばんば）祭り」に参加しています。前者では町民の敬老会で紅白のまんじゅうをもらったり、後者では、冬場の「やきいも大会」へ参加などで地域交流を図っています。	
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	地域との協力体制（搜索）をとる事により、地域での搜索手順に活かしている。また、大井町の地域包括が定期的に行う事例検討会（実際に起きていること）を開き、解決に向けて他の事業所と検討、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、これから行う事を提示、相談を行い、意見を頂いたいる。また、地域が行う行事、ボランティア活動等で協力していただいている。	運営推進会議は3ヶ月に1回開催しています。利用者、家族、自治会長、民生委員、「ふくしの会」会長の参加を得ています。議題の中で最近増加傾向にある高齢の不明者について、搜索ネットワークのニコニコパトロール隊を編成しこれから参加者全員で具体的に話を詰めていく事としています。	
5	4	市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	大井町の担当者と連絡を取り、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。	地域包括支援センター、社会福祉協議会の他、介護保険事業所が参加する大井町「地域ケアネットワーク」では、町内の困難事例を持ち寄り、それを解決すべく、介護方法や対応等を振り返って検討して行こうとする場を持っています。	

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	身体拘束制限に関する方針を事務所内に掲示し、会議で定期的に確認を行い拘束を行わないケアをしている。	拘束を行わないケアを実施しています。外部研修で得た内容をホーム内で報告回覧し、理解に努めています。利用者の2階から1階へのエレベーター移動については職員が一緒に同行し、対応しています。	
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	高齢者虐待防止について研修を行っている。また、事務所内に虐待防止について掲示し、周知させている。		
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	権利擁護について研修を行い、周知させている。また、必要時応じて生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いる。契約時には全ての書類を入居契約者と読み合わせ、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	家族の要望は、面会時や電話、手紙で確認し会議、申し送りにて検討している。また、大井町が行っている相談員活動が月1回入る事により、入居者が直接意見等が伝えられるようになっている。内容について三者会議にて検討（大井町、相談員、事業所）	大井町の相談員（オンブズマン）活動で毎月1回訪問してもらっています。このとき、利用者に思いのままを話してもらい、そこからフィードバックされた内容は運営に活かしています。家族アンケートは昨年実施していますが回収が思うようにいっていないのが現状です。	

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
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、申し送り、その他勤務時に意見、提案を受け検討し反映させている。	日頃より、申し送りやユニット会議などで、意見や提案が話しやすい雰囲気になるよう心掛けています。介護現場から業務改善に係る意見では、可能なものから業務に反映しています。	全職員の個別面談を実施することで、さらなる意見や提案も期待できると思われれます。職員のモチベーションの維持高揚に向けた仕組みの検討も期待されます。
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	職員の要望にて労働時間を変更したり個人目標や実績に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取り組み、職員のトレーニングを行っている。職員全員が関わりを持ち、研修内容を把握し易いよう、順番に研修の進行役を行っている。		
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に開催している。また、他の事業所との交流や研修を行いサービスを向上に努めている。		
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	サービス開始前のアセスメント時に、家族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。		
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、介護サマリー等で本人の状況を確認し、必要な支援が受けられるよう努めている。		
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	掃除や食事、行事準備や買い物等で本人が行える事をする事で職員と利用者が支え合う関係を築いている。		
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	行事、利用者が要望している事等で家族に協力して頂く事で支え合う関係を築いている。		
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出来る様、地域の行事への参加、家族との外出、外泊を行っている。	県下・近傍の馴染みのある所として、真鶴や箱根などへ、みんなで出かけています。また、ある病院に友人のお見舞いに行ったところ、昔馴染みの人とめぐり合うなど、地元ならではの出くわす場面がありました。この他近場でも、ドライブであちこちの思い出の場所に出かけています。	

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
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、行事や日常で協力し支え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	サービスが終了した後も家族への連絡をとり、必要に応じて相談を行っている。		

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を把握し、会議で検討している。	利用者の思いを職員間で共有する仕組みとして、各利用者ごとに担当者を決めています。担当者は傾聴の姿勢で、共感を持ったコミュニケーションを心がけています。そして、月に一度「担当者会議」を実施してその人の思いを伝え、それを共有する場としています。	
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメント時に生活歴や環境、そのた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	個々に担当者を定め、現在の状況等を会議にて共有している。また、支援記録等で身体状況や生活のリズムも把握出来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	<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>月一回の会議にてサービス内容について経過や改善案等を話し合い、介護計画に反映させている。</p>	<p>介護度の更新、区分変更の他、急激な変化など、その都度アセスメントをとり、利用者ごとの担当者がまとめたものをユニット内の職員と共有し、意見をまとめています。さらに、計画作成担当者は個々に確認したうえで全体のまとめをしています。</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、月一回の会議等で共有している。</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、状況に合わせて変更したサービス内容は申し送り等で共有している。</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の支援、催し物時等での地域の協力により安全で楽しめるように努めている。</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>本人、家族の希望により従来の掛かりつけ医かホームの往診を利用するかを選んで頂いている。</p>	<p>ホームの近く（徒歩5分）に構えるクリニックが、かかかりつけ医となり2週間に1度の往診と緊急時の対応をしています。職員は各利用者の心身状態を観察し、かかりつけ医に報告し、連携を図っています。</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	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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、終末期について説明、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、介護して頂きたいことを話し合いを行っている。	この1年間で数名の方の看取りをしました。家族と職員、医師が連携をとってきめ細かな対応がなされています。職員はユニット会議で終末期の対応について十分な話し合いをし、家族を含めて穏やかな寄り添いの対応をしています。	
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つけている。また、いつでも手順資料を確認出来る様になっている。		
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	災害時の消化や避難訓練を年2回行っており、消防隊員から注意点等を確認している。災害時の手順については事務所に掲示してある。	捜索ネットワークの「ニコニコパトロール」隊を編成し、無断外出者対応の訓練を実施しています。また、年に2回の防災避難訓練を実施しています。備蓄については、米や水、缶詰など利用者全員の1週間分が備蓄されています。	

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
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掛けを心掛けて実践している。また、居室に暖簾を使用し、プライバシーに配慮している。	職員は一人ひとりの人格を尊重し自尊心を傷つけないよう、目立たずさりげないケアを行っています。トイレや入浴に誘導の際はプライバシーに配慮した言葉かけをするように注意しています。言葉や対応についてはミーティングのときに話し合い振り返っています。	
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	本人の希望を確認し、本人から選択（決定）出来る様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	外へは自由に出入り出来るようになっており、（階段部分は除く）ホーム周りやベンチでの日光浴、畑仕事、居室で休んだり読書等、その方のペースで生活出来る様支援している。		
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	服装や髪型はご本人の要望に沿った支援を行っている。（理髪、化粧、買い物）		
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	盛り付けや片付けは利用者の負担にならないよう支援を行い、利用者が嫌いなおかずの場合、その方は別メニューで対応を行っている。また、誕生日等の行事で外食にて好きな物を召し上がれるよう行っている。	食事は利用者の希望に沿うよう配慮しています。隔週水曜日はパン屋が来て、それぞれの食べたいパンを選んでいきます。食材は業者調達ですが、野菜や果物は近所の農家からいただいたり、職員が持ち寄ったりすることもあります。食事の準備や後かたづけを手伝う利用者もいます。	

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使用しており、食事や水分摂取量を記録している。また、一人一人の状態に合わせ、水分、食事摂取の方法を変えている。		
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	利用者に合わせ誘導、全介助を行っている。口腔内のケア強化の為、歯科衛生士による口腔ケア、歯科医の治療が受けられるよう支援している。		
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排泄パターンを確認し、その方の状態に合わせて誘導、介助を行っている。（食事、間隔に合わせた誘導等）	排泄チェック表でパターンを把握し、また様子からトイレに誘導しています。それにより失敗の回数の減少につなげています。便秘の傾向のある人には、水分量の確保や野菜を多くするなど、便秘にならない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	排泄チェック表にて排便記録をとり、便秘の方は水分摂取や運動への誘導、排便時の腹圧、医師の連携にて薬（下剤）の調整を行っている。		
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	入浴時は本人の状態や希望を確認し、希望に添えるように入浴記録を基に支援している。入浴時はその方に応じて支援内容を変えている。	入浴は3日に1回のペースです。入りたがらない人には無理に勧めず、タイミングを変えたり、支援者を変えたり、清拭に変えるなりして対応しています。柚子湯、菖蒲湯で季節感を出すなどしています。	

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	支援記録に睡眠、トイレ時の覚醒パターンを記入し、補水や誘導支援を行っている。食事後の休憩は、本人の希望、状態を考慮して休息出来る様支援している。		
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	服薬時専用ファイルを使用し、ファイルには各利用者の薬の名前や用途、薬番を2人以上の職員で毎回確認をしている。		
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	嗜好品は本人と買い物へ行ける様支援し、気分転換にドライブのを行っている。また、その方の状態に合わせ、片付けや準備等の役割を持て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	買い物やドライブ、食事、その他外出行事等で外出が行えるように支援している。	散歩コースとしてはホームの周りど、少し離れた銀杏並木の道があります。いずれも足柄の雄大な自然の中にあり、道も広く風も爽やかです。また車で出掛けて商店街を歩き買い物や外食を楽しみます。時にはドライブで、梅林、藤、菜の花、紫陽花、寒桜の名所を訪れています。	
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	ホームで管理する以外に、入居者でお金を所持出来る様（小額）にしている。また、そのリスクについて家族に説明し、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	要望に応じてホームから家族へ電話を掛けている。また、手紙でのやり取りを行っている方は、郵便局への支援を行っている。		
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	入居者と過ごした写真は入居者が確認できるように掲示し、行事での装飾は季節事に変更している。湿度や温度は計器類をみて調整している。	リビングは明るく広く、窓から銀嶺の富士や箱根連山が見えます。壁に絵や写真、お雛さまなど利用者と職員の合作の作品が飾られています。三毛ネコが愛嬌をふりまいて現れ、利用者の心を癒しています。2階の天井は吹き抜けで屋根から光が射し込み明るいです。	
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前にソファが設置し、利用者同士で談話ができるようになって入れる。また、外にもベンチが設置してあり、日光浴や休憩に利用されている。		
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	居室には使い慣れた家具や装飾類等を持ち込み、本人が落ち着ける空間になるよう支援している。	居室には慣れ親しんだタンスや鏡台、本箱を置いています。花や人形、テレビを置いている人もいます。壁に絵や家族の写真を飾っています。仏壇や位牌を置く人もいます。読書家の利用者は学術書などたくさんの書籍を置いています。それぞれ思い思いの居室になっています。	
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	手摺りの設置、バリアフリー、扉への説明張り紙等、安全に過ごせる様に工夫している。		

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、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
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	3ヶ月に一度、地域の方々を交えて会議を開き、意見交換や協力関係を結んでいる。また、地域で開催される祭り等の行事へも参加している。		
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	地域との協力体制（搜索）をとる事により、地域での搜索手順に活かしている。また、大井町の地域包括が定期的に行う事例検討会（実際に起きていること）を開き、解決に向けて他の事業所と検討、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、これから行う事を提示、相談を行い、意見を頂きたい。また、地域が行う行事、ボランティア活動等で協力していただいている。		
5	4	市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	大井町の担当者と連絡を取り、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	身体拘束制限に関する方針を事務所内に掲示し、会議で定期的に確認を行い拘束を行わないケアをしている。		
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	高齢者虐待防止について研修を行っている。また、事務所内に虐待防止について掲示し、周知させている。		
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	権利擁護について研修を行い、周知させている。また、必要時応じて生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いる。契約時には全ての書類を入居契約者と読み合わせ、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	家族の要望は、面会時や電話、手紙で確認し会議、申し送りにて検討している。また、大井町が行っている相談員活動が月1回入る事により、入居者が直接意見等が伝えられるようになっている。内容について三者会議にて検討（大井町、相談員、事業所）		

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	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>申し送りやユニット会議、申し送り、その他勤務時に意見、提案を受け検討し反映させている。</p>		
12		<p>就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>職員の要望にて労働時間を変更したり個人目標や実績にて賞与等に反映している。</p>		
13		<p>職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>内部、外部研修を定期的に取り組み、職員のトレーニングを行っている。職員全員が関わりを持ち、研修内容を把握し易いよう、順番に研修の進行役を行っている。</p>		
14		<p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>地域の事業所が集まり、事例検討会を定期的に開催している。また、他の事業所との交流や研修を行いサービスを向上に努めている。</p>		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>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。</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
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	サービス開始前のアセスメント時に、家族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。		
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、介護サマリー等で本人の状況を確認し、必要な支援が受けられるよう努めている。		
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	掃除や食事、行事準備や買い物等で本人が行える事をする事で職員と利用者が支え合う関係を築いている。		
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	行事、利用者が要望している事等で家族に協力して頂く事で支え合う関係を築いている。		
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出来る様、地域の行事への参加、家族との外出、外泊を行っている。		

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	利用者同士の関係性を把握し、行事や日常で協力し支え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	サービスが終了した後も家族への連絡をとり、必要に応じて相談を行っている。		
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、そのた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	個々に担当者を定め、現在の状況等を会議にて共有している。また、支援記録等で身体状況や生活のリズムも把握出来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	<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>月一回の会議にてサービス内容について経過や改善案等を話し合い、介護計画に反映させている。</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、月一回の会議等で共有している。</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、状況に合わせて変更したサービス内容は申し送り等で共有している。</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の支援、催し物時等での地域の協力により安全で楽しめるように努めている。</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支援している</p>	<p>本人、家族の希望により従来の掛かりつけ医かホームの往診を利用するかを選んで頂いている。</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	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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、終末期について説明、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、介護して頂きたいことを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様になっている。		
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	災害時の消化や避難訓練を年2回行っており、消防隊員から注意点等を確認している。災害時の手順について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	利用者の人格を尊重した声掛けを心掛けて実践している。また、居室に暖簾を使用し、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	本人の希望を確認し、本人から選択（決定）出来る様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、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ようになっており、（階段部分は除く）ホーム周りやベンチでの日光浴、畑仕事、居室で休んだり読書等、その方のペースで生活出来る様支援している。		
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	服装や髪型はご本人の要望に沿った支援を行っている。（理髪、化粧、買い物）		
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	盛り付けや片付けは利用者の負担にならないよう支援を行い、利用者が嫌いなおかずの場合、その方は別メニューで対応を行っている。また、誕生日等の行事で外食にて好きな物を召し上がれるよう行っている。		

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事は、管理栄養士が作成した献立を使用しており、食事や水分摂取量を記録している。また、一人一人の状態に合わせ、水分、食事摂取の方法を変えている。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>利用者に合わせ誘導、全介助を行っている。口腔内のケア強化の為、歯科衛生士による口腔ケア、歯科医の治療が受けられるよう支援している。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>排泄チェック表にて排泄パターンを確認し、その方の状態に合わせて誘導、介助を行っている。（食事、間隔に合わせた誘導等）</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>排泄チェック表にて排便記録をとり、便秘の方は水分摂取や運動への誘導、排便時の腹圧、医師の連携にて薬（下剤）の調整を行っている。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>入浴時は本人の状態や希望を確認し、希望に添えるように入浴記録を基に支援している。入浴時はその方に応じて支援内容を変えている。</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
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	支援記録に睡眠、トイレ時の覚醒パターンを記入し、補水や誘導支援を行っている。食事後の休憩は、本人の希望、状態を考慮して休息出来る様支援している。		
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	服薬時専用ファイルを使用し、ファイルには各利用者の薬の名前や用途、薬番を2人以上の職員で毎回確認をしている。		
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	嗜好品は本人と買い物へ行ける様支援し、気分転換にドライブのを行っている。また、その方の状態に合わせ、片付けや準備等の役割を持て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	買い物やドライブ、食事、その他外出行事等で外出が行えるように支援している。		
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	ホームで管理する以外に、入居者でお金を所持出来る様（小額）にしている。また、そのリスクについて家族に説明し、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		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>要望に応じてホームから家族へ電話を掛けている。また、手紙でのやり取りを行っている方は、郵便局への支援を行っている。</p>		
52	19	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>入居者と過ごした写真は入居者が確認できるように掲示し、行事での装飾は季節事に変更している。湿度や温度は計器類をみて調整している。</p>		
53		<p>共用空間における一人ひとりの居場</p> <p>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</p>	<p>リビングtv前にソファが設置し、利用者同士で談話ができるようになって入れる。また、外にもベンチが設置してあり、日光浴や休憩に利用されている。</p>		
54	20	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>居室には使い慣れた家具や装飾類等を持ち込み、本人が落ち着ける空間になるよう支援している。</p>		
55		<p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>手摺りの設置、バリアフリー、扉への説明張り紙等、安全に過ごせる様に工夫している。</p>		

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		内部研修の研修の共有は行えているが、外部研修を受けた内容を他の職員に周知、共有を等を行う取り組みまで進んでいない為、職員間での研修内容への認識に差を生じてしまっている。	外部研修での内容を職員間で効率よく共有出来るようにする。	外部研修の年間計画を立て、計画に沿って研修に参加。受けた研修内容は、研修日を設けて受けた内容を他の職員に報告、検討。	12ヶ月
2		職員が行う各役割担当の手順は、その担当者の判断にて任される部分が強く、担当者を行っている業務の見直しが出来ておらず、手順書が更新されていない。その為、担当者の変更を行う際、手順に不備が生じてしまっている。	各役割担当者の業務手順を見直し、簡略化を行い、新たな手順書を作成し実行する。	現在の役割担当者が行っている担当業務内容の詳細を出してもらい、業務改善が行える所は新たな仕組みに変更する。変更した内容は、新たな手順書として作成し、実行する。	12ヶ月
3		行方不明者発生時、にこにこパトロール隊の協力により捜索活動を行なう仕組みになっているが、不明者発生時の連絡に時間が掛かってしまっている。また、捜索者のリストは捜索時に配布しているが、(一部の方には配布済み)情報の更新及び回収の仕組みが確立しておらず、情報管理が不十分である。	行方不明者の発見を効率よく行う為に、連絡に掛かる時間の短縮を図る。また、情報管理を強化できる仕組みを確立し、情報管理の徹底を図る。	地域の方々と話し合いを行い、取り組み内容と協力が行える範囲と確認する。情報管理を徹底する為、捜索者リストをファイルに閉じ、各捜索隊が管理を行う。更新時の差し替えの不備、紛失等を防ぐ為、リストは番号管理にする。番号管理にてファイルから検索する時間を短縮する。また、服装のみの伝達の仕組みを捜索隊全員で行えるようにする。	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。