

平成25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	1474300199	事業の開始年月日	平成16年4月1日
		指定年月日	平成16年4月1日
法人名	医療法人社団 帰陽会		
事業所名	グループホーム四季の丘		
所在地	(250-0113) 南足柄市岩原697-1		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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25年11月1日	評価結果 市町村受理日	平成26年2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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1474300199&SVCD=320&THNO=14217
----------	---

【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)】

ユニットごとに平屋で2棟並んでいるグループホームです。各居室に洗面・トイレがあり、庭への出入り、入浴等比較的プライベートな空間を自由に過ごせるような環境です。

【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25年12月17日	評価機関 評価決定日	平成26年2月10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、小田原駅から伊豆箱根鉄道大雄山線の「相模沼田駅」下車、徒歩20分の自然の豊かな小高い丘の上に、独立した平屋建て2ユニットのホームです。

<優れている点>

医療法人が経営母体ということもあり、病院・介護老人保健施設・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションなど福祉施設がバックアップしたり、医師でもある代表者が協力医として定期的に訪問し、医療面で家族や職員にとって安心感のあるホームとなっています。平屋建てのため、ユニット間の職員や利用者の交流も対応しやすい環境になっています。各居室にはトイレが設置され、プライバシーにより配慮しています。医療や介護のサービスをこの地域の中で浸透に努めており、地域と一体化しています。近隣の農家から旬の野菜を日常的に購入したり、自治会での活動や地域の学校の体験教室、草むしり・生け花などのボランティアのなども積極的に受け入れ交流しています。防災時の対策について防災無線による安否確認や備蓄の確保などについて運営推進会議で市の課長や自治会長などと積極的に話し合っています。

<工夫点>

日常の介護記録を大切に、職員は詳細な記入に努めています。重要と思われる気付きは青字を使ってケアプランにつなげたり、状況経過観察シートを活用し、常駐の看護師や職員間で情報を共有しています。また、ユニットごとに目標を掲げ、管理職は職員と一人ひとりの目標や評価について話し合い支援しています。

【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	グループホーム四季の丘
ユニット名	すずかぜ

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	利用者中心の理念を共有している。「その人らしさ」を考えケアに取り入れ実践している。	職員は日々の支援にまよいを感じた時は玄関に掲示している「その人らしく生きる」という理念に立ち返り実践につなげています。利用者に対する自己決定の場面づくりに取り組み、一日一日が生きがいのある楽しい生活を送れるように支援しています。	
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。	自治会行事(夏祭り・文化祭等)へ積極的に参加している。中学校の総合学習の受け入れをしている。地域ボランティアの方が定期的に来てくださり交流している。利用終了後の家族が、時折ボランティアに来てくださる。	地域の防犯パトロールや敬老会、祭りなどに参加しています。近隣の農家の訪問販売や障害者施設からパンを購入するなど地域と共に生活しています。中学生の体験教室や市の福祉課と協力して認知症講座の開催などでも地域に貢献しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献	包括主催の認知症家族のつどいに協力している。中学校の総合学習の受け入れ等でも活かしている。運営推進会議にて地域の自治会へ報告している。		
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。	1年に6回、運営推進会議を開催し、事業所の取組み内容や具体的な改善内容を話し合っている。意見・助言等を取り入れ、サービス向上に活かしている。	年6回開催し、市や地域包括支援センター、社会福祉協議会の職員、自治会長、家族、理事長など参加を得ています。活動内容や支援など報告後、要望や提案など話し合っています。防災訓練や備蓄についてそれぞれの立場から活発に意見交換しています。	
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。	市の高齢介護課、社協、包括支援センターと密に連絡を取り合っている。運営推進会議には出席してもらい、事業所の考え方、運営や現場の実情を報告している。又、意見・助言をもらっている。	市の高齢介護課や地域包括支援センターの職員とは日常の報告やケアサービスの問題解決、介護保険の問い合わせなど交流を図っています。市の研修会には積極的に職員が参加し、講師を依頼されるなど地域の認知症の理解にも貢献しています。	

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。	拘束についての内部研修を行い理解を深めている。リーダー会議で毎月話し合いの場を設け、拘束にあたる行為はないか話し合っている。 原則施錠は、夜間帯防犯上の理由で行うのみで、自由に庭、敷地外へ出ることが可能な施設環境になっている。	定期的に「自己点検シート」などを資料に内部研修会を開催しています。日常の支援の振り返り、職員一人ひとりが身体拘束による弊害を理解し、いろいろな工夫を取り入れ見守りを重視した支援に努めています。言葉による心理的な虐待にも常に配慮しています。	
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。	虐待についての内部研修を開き、自己点検シート等を活用して理解を深めている。支援方法、行動、声のかけ方等虐待に当たっていないか、職員どうし、リーダー会議で話し合う場を作っている。		
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。	外部研修、内部勉強会にて学ぶ機会を作っている。社協主催の権利擁護ネットワーク連絡会へ、参加している。		
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。	入居の契約時、その後の面会時、家族会等で説明を行い理解納得して頂いている。料金改定の際は十分な説明をしている。契約更新時はサービス担当者会議を合わせて行い、家族の不安、疑問、要望等聞くようにしている。		
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。	サービス担当者会議・家族会の開催や事業所に対する無記名のアンケート、両棟の玄関にご意見箱の設置等でご意見要望を頂ける様にしている。また、運営推進会議への参加も呼びかけている。それらは記録に残し、職員にも知らせている。可能な範囲で利用者や家族の意見を反映している。	運営推進会議や家族会で家族の要望や思いを聞きとり、運営に反映しています。不参加者のために会議録を玄関に置いています。無記名の家族アンケートを実施したり、「家族へのお便り」には本人の字による手紙と写真を同封しています。	

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。	代表者・管理者は、リーダー会議、ユニット会議などで職員の意見や提案を聞く機会を設けている。業務改善書があり、意見や提案を述べる事が出来る。	ユニット合同のリーダー会議では意見や提案を出し合い、ケアや運営に反映させています。管理者は職員一人ひとりと面接し、目標や達成度について話し合い意思の疎通を図っています。協力医でもある代表者は定期的に訪問し、意見交換しています。	
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。	処遇改善交付金の分配。賞与の給付、給与のアップ、有資格者の待遇がある。誰でも基準を満たせばキャリアアップ出来る。各棟の目標、個人での目標を立て、達成度の評価を行い、各自が向上心を持って働ける様に工夫している。		
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。	外部研修への参加や内部研修も行い、実務の勉強や発表を行っている。内容を共有しスキルアップにつなげている。教育マニュアルがあり、求められている事が分かるようになっている。		
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。	他事業所との相互訪問・研修の実施。GH連絡会に加入。研修参加を通じて情報の共有をしている。		
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。	慣れない環境で一人にならない様、職員がここでの生活の様子や過ごし方など話したり、他入居者とも関われる様に配慮している。全職員が関わりを持つようにしている。居室環境はなるべく以前いた環境に近づけ安心できるスペースの確保に努めている。		

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。	申し込み時、契約時に困っている事や要望を聞いている。今までの体験談から思いを聞いている。		
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。	新規契約1～3ヶ月の間に、GHでの生活がニーズに適しているか、評価を行う。		
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。	常に理念を心に置き「その人らしさとは？」を考え生活を共にしている。出来ない事ばかりに目を向けず、その方の出来る事を少しでも長く続く努力をしている。家族のように談笑して過ごす事もある。		
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。	ご家族へ面会時や電話、家族へのお便りなどでご本人の様子を伝え現状を共有し、行事や、外出、受診、日常生活内の援助方法を職員のみが考えるのではなく、一緒に考えて援助するようにしている。		
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。	馴染みの店にコーヒーを飲みに行ったり、買い物に行ったりしている。携帯電話、固定電話は継続し、家族や友人とのつながりを大事にしている。年賀状を送りたい人の希望を聞いている。友人が訪ねてくることもある。	近隣の入居者が多く、親族や友人の面会があります。自宅での生活習慣や知人、馴染みの店、趣味など把握して、地域との関係が継続できるよう外出しています。本人の携帯電話による家族や友人との交流や年賀状のやり取りを支援しています	

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。	トラブルになりそうとき以外は利用者同士の関わりを見守り支援している。利用者同士の相性や性格を把握し食事の席を決めたり、外出している。		
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。	サービス利用が終了してもご家族がボランティアとして来てくれたりしている。他施設へ行かれる場合は情報を提供している。ボランティアで来てくれたりと今でも関係が続いている。		
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。	日々の行動、表情、会話等から気持ちを読み取り、思いや暮らしの希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、今までの生活習慣を続けられる様に努めている。変化がある時は随時意見交換をしている。	職員は、入居者が職員に対し、“話を聞いてくれる人”、“そばにいてくれる人”という信頼関係を築いてもらえるように努めています。その上で日々の会話や表情などから入居者の思いや要望などくみ取り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。	家族からの情報、本人との会話の中から得るようにしている。サービス利用までの経過等、個別ファイルを読み把握している。		
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。	申し送りや記録で情報を共有している。一日の過ごし方は個々にあった支援が出来る様、心掛けている。		

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。	本人や家族から要望を聞き居室担当がアセスメント、モニタリングを行いカンファレンスで職員の意見を聞き作成している。ADLや状況が変わった時はその都度、臨機応変に対応している。医療面に関し課題がある時は、看護師や主治医と相談している。	日々の生活を記入した「業務日誌」や変化を記入した「生活記録」「状況観察シート」などを活用してモニタリングをしています。家族との会話の内容や看護師・医師の意見を記入した「訪問診療ノート」など確認して介護計画を更新しています。	
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。	ケアプラン実施記録・問題になりそうな事は生活記録に色を変え青字で記入し、生活の様子とプラン・プランになりそうな事の記録とが分かるようにしている。状況経過観察シートも活用し情報の共有をしている。		
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。	受診の付き添い、銀行への付き添い、介護保険等手続きの付き添い等、家族の付き添いが困難な場合、家族状況により、その時々に応じた多様なニーズに対応するようにしている。		
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。	地域の民生委員さんの面会や、美容師さんの出張サービス、ボランティアの受け入れや、中学校の総合学習等受け入れしている。馴染みのスーパーへ買い物や地域包括支援センター主催のイベントにも参加協力している。		
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。	主治医は、本人と家族で希望に沿って決めている。希望や必要時、他医療機関を受診する時は、主治医から紹介状をもらい受診している。入居前に受診していた病院に行っている方もいた。	入居時に主治医について話をし、他の訪問診療医の希望があれば本人・家族の意向に添っています。認知症状を記入した診療情報提供書により、主治医変更も可能となっています。歯科・眼科などの専門医へは家族同行で職員が支援しています。	

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
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。	利用者の情報や気づきを毎日看護師に報告、相談し、健康管理に努めている。24時間主治医と連絡が出来る体制を取っている。		
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。	入院時には医療機関に情報を提供している。医療面と介護面を考慮し早期退院が出来るように、医師、家族と話し合っている。連携室とも情報交換・情報の共有し、早期退院できるように努めている。		
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、事業所で行え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。	入居時にターミナルの説明を行い終末期の希望を聞き、職員・家族共に共有している。契約更新時・状態変化時に家族の意向を確認し、職員間でも話し合い、方針をたてている。	契約時の「ターミナルケア説明書」に「終末期の過ごす場所」「看取りを迎える場所」の希望欄があり、毎年内容確認をしています。ターミナル時には延命治療の確認もし、「終末期・看取り期関係者フロー」で家族や全職員で方針を共有します。	
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。	勉強会、内部・外部研修の機会を全職員が持ち、利用者の急変や事故発生時に適切な初期対応が出来るように努力している。マニュアルがあり、いつも手の届くところに置き確認でき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。	全職員が災害時を想定した訓練を行っている。食料、飲料水など備品の点検・補充を1年に1回行い3日以上の準備がある。運営推進会議に参加してもらい防災の話し合いをしている。マニュアルがあり、災害時や災害の危険がある時には実践している。	夜間想定避難訓練を実施し、自治会共同で炊き出しや避難経路の確認など地域との協力体制もできています。備蓄品は定期的に運営推進会議で試食して補充しています。一人当たりの備蓄量も明記しています。	

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。	個人的な支援に必要な声掛けは居室内でしたり、共有スペースでは人格を尊重しその人だけに聞こえる様な声のトーンで話すように気をつけている。入室前に一声かけてから入るようにしている。更衣・排泄介助は、居室ドアを閉めて行うようにしている。	「個人情報保護規定」などありますが、「職員自己評価表」により全職員が初心を忘れずに入居者への対応を日々振り返っています。他の入居者の頭越しに声を掛ける事もしていません。一人ひとりに受け入れてもらえるような声掛けを常に心がけています。	
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。	利用者側からの希望が伝え易いような関係性を作るようにしている。自己決定が出来る様な声掛けをしている。言葉にして伝えられない方は、表情や仕草を注意深く観察し、理解できるように努めている。		
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。	なるべく自立した生活が送れるように居室と共有スペースを使用したオープンな暮らしが出来る支援をしている。日課を作らず、その日の利用者の体調等に合わせた支援をし、出来るだけ希望に添えるようにしている。		
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。	髪の毛のカットは2ヶ所の美容室から選べ、カット前に希望を聞いている。衣替えの支援。入浴後の服はその日の天気に合わせて一緒に選んでいる。各利用者、居室に洗面台があり、いつでも身だしなみに気をつけられる環境である。行事、外出時には、お化粧品をする方もいられる。		
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。	食事を作る時はなるべく一緒に行い、配膳・下膳・片付けは出来る限り自分でやって頂いている。利用者の好き嫌いを知り、食事作りに活かしている。利用者と職員と一緒に同じ物を食べている。	冷蔵庫の中の食材を確認し、入居者とその日の献立を相談しています。近隣農家やホームの畑で収穫した旬の野菜も食卓に上っています。調理も分担し、食後の食器洗いも職員と一緒にしています。また、彼岸には、おはぎを入居者と一緒につけています。	

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。	献立表にメニュー、食材を栄養素ごとに記入し、栄養のバランス良く摂れるように考えている。個々のチェック表にて、摂取量を把握している。活動量に合わせて食事量の調節をしている。月に1度の体重測定を実施。		
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。	週1回のポリデント実施。個々の能力に合わせて基本毎食後、援助又は声掛け、見守りをしている。個々に応じたケア用品を使用し、清潔保持している。		
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。	排泄チェック表を使用し、その人の排泄パターンを知り、誘導することで失敗を少なくしている。必要最低限の排泄用品で過ごせるように支援している。肌の弱い方は、リハビリパンツから布パンツに変えた。	トイレは全居室にあります。汚れ物は自身で交換や洗濯できるように、一人ひとりの自立支援を第一に考えています。排泄チェック表を見直し誘導する事でリハビリパンツから布パンツに変え、肌荒れの改善につながった例もあります。	
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。	バランスの良い食事を考え、自然排便を心掛けている。便秘になり易い方へ、水分摂取の促しや運動、腹部マッサージなどの支援を行っている。		
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。	入浴日や時間を設定せず、出来るだけ希望時に入浴が出来る様に準備し、希望の無い方は入浴間隔を見て声を掛け促している。利用者の体力、状態に合わせて、清拭、シャワー浴、二人介助での入浴支援をしている。季節が感じられる様、ゆず湯にしたりしている。	浴槽の湯を絶やさず、入居者が常時入浴できる環境を整えています。シャンプーや石鹸の用意はありますが、持ち込みも自由です。その日の体調や看護師の指示等により清拭や半身浴の支援もしています。脱衣場と浴室の温度にも配慮しています。	

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
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。	個々の生活習慣やその時の体調に合わせて、居室やフロアで休息している。温度・湿度計を設置。空気の入替え等にも気を配っている。不眠の方には、声掛け、付き添う等の対応をしている。		
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。	薬説明書も個別にファイルしてあり、確認できるようになっている。与薬の担当も決まっています、責任を持つようにしている。薬の変更時は症状の変化などの様子観察を特に気をつけ、記録に残している。		
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。	携帯、固定電話を居室に置き、自由に友達や家族と話をされ、来られた際には、お茶を居室で楽しむ方もいられる。料理・洗い物・新聞取り・ゴミ捨て・猫の世話と、役割も持っており、楽しみながら行っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	買い物は希望時行っている。四季折々の花を見に歩行困難な方も車椅子対応で出かけている。庭の散策は自由に来、季節の草花を楽しまれている。家族と墓参り、冠婚葬祭にもいわれている。	「居室担当者が企画を立て個人に合わせた外出をしよう」と職員が意識して入居者の希望を聞いて支援をしています。地域のどんど焼き、行きつけのコーヒー店、菊見学、外食にも出掛けています。また他施設に入所中の家族に会いにも行っています。	
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。	自己管理出来る方はお金を所持されており、出入りのパン屋さんや、スーパーで買い物できる機会を作っている。		

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。	居室に電話や携帯電話を設置している方は利用している。月初めには、家族へ行事予定や近況報告、メッセージを自筆・代筆、写真を載せて送っている。友人に年賀状を送る方もいられる。		
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。	温度・湿度計を設置し空調の管理をしている。備品の在庫を確認し、切らさない様にしている。毎週ボランティアの方と入居者で季節の花を活けている。	人との関わりを楽しむ為のゆったりとした空間があります。昼を利用した椅子代わりのスペースや一人を楽しめる憩いの場所があります。天窓は大きく明るく暖かい日差しが降り注ぎ、入居者の愛情をもらった太めの猫に癒されています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	居間、台所、洗濯場、庭などソファや椅子が置いてあり思い思いに過ごしている。相性が悪い人が一緒にならないように気をつけている。居室で過ごされている方の一人の時間も大切にしている。		
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。	使い慣れた物や馴染みのある物（家具、寝具、仏壇、タンス、掃除用品等）を持ち込んでもらっている。配置も、本人・家族と相談し過ごしやすい様に配慮している。入居してから、家族に了承を得て、買い足した物もある。	入居前に暮らしていた部屋を再現できるように、馴染みの家具の配置にも工夫をしています。本人手編みの布団カバーもあり、落ち着ける場所となっています。また、本人や家族と相談の上、手すりの設置も行っており、安心して過ごせる場所となっています。	
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。	食席は個々に合わせた椅子を使用している。テーブルの向きや間隔を考え配置し、転倒しないように工夫している。建物内の動線上・座る場所・つかまる所に危険物がないか注意を払っている。職員間で情報を共有し、話し合う場を作っている。		

事業所名	グループホーム四季の丘
ユニット名	そよかぜ

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	開所時の理念を全職員で共有し、「その人らしい当たり前の生活」はどうか常にか常に考え実践につなげている。		
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。	自治会主催の公民館での催しに参加、納涼祭や文化祭の協力をしている。近隣農家との交流もあり旬の野菜、果物など購入している。ボランティアの方も来られ、草むしりや生け花、お話しなど交流を深めている。運営推進会議に参加してもらっている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献	近隣の小中学校の総合学習の受け入れや、包括支援センター・社協の「認知症家族の集い」に参加、協力し地域住民への認知症理解へ貢献している。		
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。	概ね、2ヶ月に1回のペースで開催している。家族会や防災をテーマにした会も取り組んでいる。出席者には、協議事項、意見、要望、評価をもらっており、サービス向上に役立っている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	事故の報告や介護保険関係での問い合わせが主になるが、地区の研修会の出で交流を深めている。運営推進会議には毎回出席していただき、意見や情報交換をしている。		

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
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。	夜間帯のみ施錠しており、日中は行っていない。自由に出入りできる状況にある。拘束についての勉強会を開催しており、職員が理解できるように努めている。身体拘束がどのようなものなのか日頃のケアの中で考えながら支援している。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待についての勉強会を開催している。自己点検シートを用いて、意識、知識を深めている。リーダー会議の場では虐待にあたる事例、言動がないか話し合わせ全職員に開示共有している。		
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。	外部での研修会に参加し、内部での勉強会に活かされている。知識として学んでいるが、実例を経験したことはない。社協主催の権利擁護ネットワーク連絡会へ、参加している。		
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。	新規契約は3ヶ月で結び、入居者の生活の様子を見て、細かく報告している。3ヵ月目にサービス担当者会議を開催しご家族、入居者に報告、説明を理解を得たうえで1年間の契約更新をしている。その後は1年づつ更新している。		
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。	主に面会時やサービス担当者会議に個別にや要望や意見を聞き、家族会、運営推進会議に出席していただき、意見交換をしている。		

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。	日々の業務の中で意見や提案を聞き、反映させている。全体会議、ユニット会議、リーダー会議などで意見を聞く場もあり、業務改善報告書を活用している。		
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。	なりたい自分像を目標に、各々が個別の目標を立て日々業務を行っている。リーダー会議の場でも話し合いを持ち職場環境・条件などの整備に努めている。		
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。	外部の研修を受けられる機会がある。法人内での相互研修や勉強会に参加・実施している。研修を受けたものは報告書を提出し、全職員で閲覧している。勉強会の場では研修報告をし知識を深めている。		
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。	GH合同研修を行い南足柄市内のGHで互いに研修を行っている。他施設からの研修の受け入れや、実践者研修の受け入れなど行い情報の共有をし、サービス向上に繋げている。		
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。	本人や家族との話し合いの場を何度も持ち、不安や要望を聞き逃さないように努力している。生活を送りながら、本人の様子を観察し、その人像を把握、職員で共有している。		

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
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。	申し込み時、契約時だけでなく不明な点があれば常に連絡をとりあい、生活の様子や不安な点を聞き、信頼関係づくりに努めている。本人像からケアプラン上で説明し理解を得ている。		
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。	新規契約は3ヶ月で結び、GHの生活が本人・家族の希望にこたえられるか評価を行い、必要に応じて他事業所の情報を提供している。本人の気持ちと、家族の要望が反映できるように相談している。		
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。	一緒に家事、買い物など日常的なことを行い、家族に近い関係を作り努めている。本人が経験されてきたことや、得意な面を見つけ日常生活上で発揮してもらっている。		
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。	月1回家族にポストカードを送り、本人の生活の様子、来月の行事予定などをお知らせしている。行事などには積極的に参加していただけるような呼びかけをし、ご家族と本人が触れ合いが持てる場を提供できる努力をしている。		
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。	馴染みがあった人への電話連絡や手紙などを書き、関係が途切れないように努力している。本人の馴染みの場所へ行けるよう外出の機会も作っているが、入居期間が長くなるにつれ関係が疎遠になり、外出も難しくなっている。		

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
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。	利用者同士の性格や関係性を配慮し、食事席や外出の組み合わせなどを考え支援している。隣の棟との関係が保てるようにお互いが行き来している。		
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。	サービス利用終了後も、必要な情報提供は行っている。退去された方の家族が差し入れをしてくれたり、ボランティアで来てくれたりと今でも関係が続いている。		
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。	居室担当者や計画作成担当者だけでなく、職員誰でも希望や、意向を伝えられるように努力をしている。困難な場合は日々、申し送りの中で検討している。		
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。	入居時に本人が使っていた馴染みのものを持ってもらい、生活環境を整えている。日常生活の中から話す機会を持ち、今までの生活歴などを聞きだし情報把握に努めている。		
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。	申し送り時に必要な方のミニカンファレンスを開き、現状の把握に努めている。日常生活から様子把握し申し送りに載せている。		

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
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、家族からの要望を聞き初期のプランに反映し、その後職員でアセスメントを取り、カンファレンスを開きその人に合ったケアプランを作成している。モニタリングは居室担当者が主になり行い、見直しに繋げている。		
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。	全体の大まかな様子、個別の特記事項は業務日誌日。日常生活の変化を生活記録に記録。家族と話した内容、ケアプランに関する情報は介護支援記録を活用している。ケアプラン作成の過程・実施で、経過観察シートを用いて介護計画の見直しに役立てている。		
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。	主に医療機関との連携は柔軟に対応している。突然の受診の付添や、訪問歯科、訪問診療など必要に応じて調整している。なるべく家族とかかわれるよう、連携をとっている。		
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の方に来ていただいたり、公民館の福祉会に参加したりお互いにふれあいの場で交流している。防災訓練を実際に見ていただいたり、参加もしていただいている。		
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。	主治医は、本人と家族で決めている。希望や必要時、他医療を必要とする場合は主治医から紹介をしてもらっている。		

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。	隣接しているデイサービスと兼務の常勤看護師がおり、1日1回、申し送り時間を設け、相談し情報交換をしている。 月2回の訪問診療時には、一緒に報告している。		
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。	入院時は医療機関に情報を提供している。医療面と介護面を考慮し、早期の退院ができるように医師、連携室、家族と連絡を取り合っており、関係づくりを行っている。		
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、事業所で行え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。	入居時にターミナルの説明を行っている。重度化した場合や終末期には予測できる段階で家族の意向を確認し、職員間で話し合い、方針を立てている。		
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。	法人内の講習会にし知識を深めている。緊急時の対応はマニュアルができており、それに沿って対応できるように職員で話し合っている。		
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。	年2回以上の、防災訓練を行っている。夜間を想定した訓練も行っている。運営推進会議で防災をテーマにした会議を年1回開き、行政や自治会の方に参加していただき評価・助言をもらっている。協力体制にもついても話し合い、年々協力体制が整っている。		

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
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。	利用者の性格、人格を把握し不快な思いをさせない言葉かけを心掛けている。居室内の生活を尊重し、居室に入る際には必ず声をかけている。無用に居室のドアなどは開けたままにしておかないように気を付けている。		
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。	希望や思いを伝えやすいような関係性や雰囲気を作るように努力している。職員側の意見ではなく、なるべく選択肢の中から選べるように、自己決定を促している。表情などから気持ちが読み取れるように気を付けている。		
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。	起床、入床、食事時間、入浴、外出など自己決定できる方には自分のペースで生活できるよう支援している。自己決定できなき方には、その人に合わせた過ごし方ができるように考え、実施している。		
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。	自ら服を選べる方には選んでもらい、そうでない方には季節に合った服を用意している。身だしなみも自分でできるように促している。訪問の美容室も選んでいただける環境にある。		
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。	食材購入から利用者の好みを聞き、生協で注文している。準備や盛り付け、片付けもできる方にはできるだけお願いしている。時々、寿司やピザなどのデリバリーを頼むこともある。		

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。	献立表を活用し1日30品目の食品が取れるように気を付けて、メニューを決めている。個別に食事の摂取量をチェックしており、その人に合った食事形態や食事内容を工夫し提供している。体重測定を月2回行い、食事量と運動量のバランスを考慮している。		
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。	毎食後の口腔ケアは行わない方が多い。自立している方は、声掛けを行い確認は入床前に行っている。介助が必要な方は食後に必ず行っている。		
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。	本人の状態に合わせて排泄用品を決めている。できる限り最小限の排泄物品だけにし、トイレで排泄できるように支援している。排泄パターンはチェック表を用いて確認し、失敗がないようにトイレ誘導をしている。		
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。	食事、水分摂取量に気を付け歩行や体操などの運動に誘い参加してもらっている。トイレ誘導時に腹部のマッサージを行い便秘予防に努めている。		
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。	日中いつでも入浴できる状態は整っている。本人の希望を聞き、入浴の予定を決めている。希望のない方は入浴表を利用し声をかけ入浴してもらっている。看護師から入浴時間の指示のある方もいるので希望に添えない場合もある。		

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
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。	自室やリビングのソファなどで自由に休んでもらっている。空気入れ替え、温度調節や掛物などその時にあった最適な環境が保てるように考慮している。寝具の交換も適宜行っている。		
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。	訪問診療時に医師へ報告し処方された薬についても説明を受け、各職員に申し送り共有している。薬説明書やお薬ノートはファイルしてあり確認できる状態にある。薬が変更になった方は必ず経過観察するように徹底している。		
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。	新聞を取りに行く、カーテンを開ける、カレンダーを変える等自分の役割がある。手芸、食事作り、体操、散歩、外出など好きなこと、得意なことに誘い張り合いのある生活ができ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。	本人の希望に沿ってできるだけ外出している。その日に対応できることは、その日に行い、企画、調整が必要な場合は後日に行けるようにしている。ご家族にも協力してもらい、外出時に一緒に行ってもらおう事もある。		
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。	自分でお金が管理できる方は外出時に自分の財布より支払ってもらえるような買い物をしたり、訪問販売のパン屋でパンを買えるように支援している。手元にお金がないと不安な方には、なくしてしまった際など、家族よりお預かりしているお金から補充している。		

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
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。	月に1回家族宛てに写真付きのポストカードを作り、近況報告をしている。自分で文章が書ける方には、書いていただき、難しい方には代筆している。電話は事務所の電話を使用してもらっている。自室に電話を引いている方、携帯電話を持っている方もいる。		
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。	広々とした空間があり、座る場所が各所にある。庭には季節の草花や果物野菜などを植え、収穫を楽しんでいる。童謡や懐メロなどの音楽を流し、気分転換ができるようにしている。温度、湿度は温湿度計を確認し調節している。		
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。	座る場所が各所に配置されており、好きな場所で過ごせるようにその時に合わせた工夫している。隣の棟の方との会話を楽しんだり、時には一人で手芸をしたりできるように考慮している。		
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。	使い慣れた物や、馴染みある物を持ち込んでもらっている。入居後に必要なものを買って足す場合もある。必ず、家族と相談をし一緒に決めている。		
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。	食事の席や食器など個別に合わせた物を用意している。名前を書くことで自分のものと分かりやすくし、自分で選べるような工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム四季の丘

目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 1日

目標達成計画は、自己評価及び外部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。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲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	13	個々の職員の介護力と、チームケア力の向上	個人が能力アップへの自意識がつく	私の目標・なりたい姿作成・評価	12ヶ月
			チームケア力がつく	毎月リーダー会議で各棟の目標設定。職員が月の目標を共有し評価する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。