

平成26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27年1月18日	評価結果 市町村受理日	平成27年7月13日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1471400356&SVCD=320&THNO=14362>

【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1人ひとり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27年4月3日	評価機関 評価決定日	平成27年6月25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)】

株式会社が運営する「足柄の春」は平成16年7月に開設されて10年を経たグループホームです。JR御殿場線「上大井」駅から徒歩で約15分ほどの斜面に建つログハウス風の2階建ての建物で周りを自然に囲まれ、眺めの良い閑静な地にあります。花を飾り、猫を飼っていて利用者を思いやる介護体制が整えられたグループホームです。

<優れている点>

利用者一人ひとりに合わせた生活支援を行っています。ケアプランの解決すべき課題の「チェック表」を作成し、毎日確認しています。出来なかった場合には、その理由を記載し利用者の状態を職員全体で把握し支援につなげています。利用者それぞれの支援内容が一目でわかるように「援助のポイント」を作成しています。その他、年間研修計画を作成し研修体制が整えられています。外部研修に参加し内部研修のほか毎月のように事例検討を行っています。

<工夫点>

温度・湿度計を各所に設置し、朝7時と昼12時には外の玄関入口前・リビング・台所・事務室・廊下を確認し、夜7時には居室を確認し、表に記入し基準値内であるかどうか確認しています。

地域の福祉施設で作られたパンを月2回、昼食として購入したり、地域の福祉の会の人々が運営推進会議に参加したり、自治会との交流のほかにも地域の福祉関係者との連携をとっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム「足柄の春」
ユニット名	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、生き生きと働いている。 (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。	事業所の理念は玄関に提示し、ユニット会議や申し送り時に確認共有している。	玄関に理念を掲示しています。職員は理念を記載した名刺サイズのカードを携帯しています。理念を念頭においた評価チェック項目を作成し、自己評価と他者が行う評価を評価表にして、理念を実践に繋げる試みをしようとしています。	
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カ月に1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。	自治会に加入しています。自治会清掃や夏祭りなどに参加しています。事業所の花火大会などに地域の人を招待し交流しています。地域の傾聴ボランティアや書道・カラオケ・民謡などのボランティアも来て交流しています。	
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。	地域事業所と役場の方が集まり地域で事業所の困難事例について会議を開き、支援方法等を検討している。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	3カ月毎に運営推進会議を開催し利用者様へのサービス内容、リスクマネジメントに関する事、スタッフの教育に関する事等、報告を行いご意見を頂きより良いサービスへ繋げるヒントを頂いています。	自治会長・自治会副会長・民生委員2名・地域福祉の会・大井町職員が出席して3ヶ月に一度開催しています。地域の委員からエレベータースイッチをわかりにくくするためにカバーをする事などの提案を受け、改善しています。	
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に取り組んでいる。	大井町の担当者と連絡を取り合い、行事や研修等の確認をしています。運営推進会議にご出席頂き、様々な報告を行い相談させて頂いています。	大井町主催の「地域けあねっとわーく会議」に参加し、日ごろから大井町職員と連絡や相談などを行っています。大井町から介護相談員の派遣があり、相談員から大井町職員を交えた会議で報告を受けています。大井町の文化祭に利用者の作品を出展しています。	

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。	利用者様が外出を希望したら止めるのではなく、さりげなく声を掛けたり一緒に歩いていく等、安全を考慮し自由な暮らしを支えるようにしている。	「身体拘束等行動制限についての指針」マニュアルを整備しています。昨年12月にユニットごとに「身体拘束・虐待に関する研修」を行っています。玄関は施錠することなく、利用者の安全に配慮しています。	
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。	定期的に外部・内部研修を行い虐待防止に向けた取り組みを行っています。		
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。	権利擁護について研修を行い周知しています。また必要に応じて成年後見人制度の利用について話し合いを行っています。		
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。	入居前に説明を行い、入居契約時には契約書を全て読み合わせ、説明を行い同意を得ています。		
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。	ご家族が来所された際に問い掛けを行い、ご家族の思いや要望が引き出せるように留意し、苦情や意見は毎月の会議で検討しています。	「苦情対応マニュアルを作成し、「要望・苦情リスト」を整備しています。家族が来訪した時には、要望などを聞き出すようにしています。前年の外部評価時の家族アンケートと同じ内容で約半年後独自に家族アンケートを行い、ユニット会議で検討しています。	

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
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	申し送りやユニット会議、その他、勤務時に意見や提案を受け検討し皆に周知しています。	普段から、職員から管理者・ユニットリーダーに意見を言いやすい雰囲気が整えられています。ユニット会議や申し送り時に意見や提案があった場合には検討し、対応しています。	
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。	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・外部研修を行い、全員が関わることが出来るようにしています。外部研修に関して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。	定期的に地域の同業者の代表が集まり、事例検討等を行っています。また、他の事業所との交流を行い、サービスの向上に繋げています。		
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。	サービス開始前のアセスメント時に困っている事や要望を、ご本人やご家族に伺い把握しケアプランへの反映や環境作りに努めています。		

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。	今までの経緯を伺い、ご家族の苦労や要望等を受け止めながら、利用者様を安心してお預け頂けるよう努めています。		
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。	入居前のアセスメントや相談時に、ご本人やご家族が困っていることや望んでいる支援を確認し必要なサービスが受けられるよう説明を行っています。		
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。	利用者様の性格・個性を知る事により価値観を確認し、利用者様の力が発揮出来る場面を作り出すことにより一方的な介護にならない関係を築いています。		
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。	暮らしの中の出来事等を報告しご家族の方の意見を伺う事や、時にはホームにいらして頂く等、必要に応じご家族にご協力頂き共に支えていける様に努めています。		
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。	馴染みの関係が継続できるよう地域の行事に参加したり、ご家族や友人との面会、外出や外泊支援に努めています。	利用者の友人が面会に來たりしています。以前に住んでいた場所や馴染みの梅祭りなどにドライブに行くこともあります。地域で行われる自治会主催の祭りなどにも参加しています。	

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
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。	認知症レベルや性格に関わらず、利用者様同士と一緒に生活する仲間となっていける様に支援しています。		
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。	必要に応じサービスが終了した後も、ご家族への連絡を行い相談や支援に努めています。		
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。	日常の利用者様との会話やコミュニケーションの中で1人ひとりの思いや要望等を把握し困難な場合は会議等で検討しています。	入居前の状況や今までの生活歴などの情報を把握し、コミュニケーションを取りながらよく観察し、利用者の意向を把握しています。困難な人でも仕草などで信号を出しているのので、その変化を感じ取るようにいろいろな角度からよく観察しています。	
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、その他サービスの利用を調査し記録しています。		
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。	生活のリズムの理解に努め、少しの変化でも報告し合っています。また利用者様の出来る事を見つけ提供するように支援し、心理面の視点や利用者様の把握に努めています。		

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
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。	月1回のユニット会議と3か月に1回のモニタリングからご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話し合いながら介護計画を作成しています。	月1回、ユニット会議でカンファレンスを行い、家族・利用者等の意見を聞き、管理者・ユニットリーダーなどから意見を聞いてケアプランを作成しています。「ケアプランチェック表」で毎日ケアプランの解決すべき課題が来ているかを確認しています。	
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介護計画の見直しに活かしています。		
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。	日常の会話を通し必要に応じて利用者様、ご家族と話し合い要望を伺っています。柔軟なサービスが行えるように状態・状況に合わせサービス内容の追加・調整を行い、申し送り等で共有しています。		
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を招き暮らしを楽しめるよう支援しています。また利用者様が無断で外出された際には地域の方々のご協力が頂けるよう声を掛けています。		
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。	利用者様やご家族の要望により以前よりのかかりつけ医かホームに往診に来られる医師かを選択できるようになっています。	かかりつけ医は利用者と家族が決め、受診は原則として家族の付添いです。近所の協力医による往診は月2回あります。職員は、協力医とは携帯電話で、事業所看護師とは携帯メールで連絡をとり、24時間体制で利用者の適切な医療サポートを支援しています。	

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
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。	月に何度かの看護職員の勤務の際に、利用者様の体調の変化等を報告しています。急変時には24h対応で看護職員へ相談が出来る体制を取っています。		
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。	入院によるダメージを最小限に抑えることと、受け入れの体制の調整が整うことの折り合いをみて、病院関係者と密に相談をしながら利用者様にとって最良の退院を迎えられるよう努めています。		
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。	重度化や終末期のケアに関しては、ホームで出来る事、ご家族の要望等を主治医を交えて話し合いを行っています。	重度化や終末期の対応は、利用者、家族、かかりつけ医および職員が事前に話し合っています。利用者や家族の要望を聞き、事業所でできることとできないことを説明し、かかりつけ医の協力を得て、個別の対応を取り決めます。	
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。	利用者様の急変や事故に関する研修を取り入れ、対応出来るようにしています。		
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。	年に2回利用者様と共に避難訓練を行い、消火器を使用した消化訓練や避難誘導、消防署への通報訓練を行っています。地域の協力体制は運営推進会議の際にお願いしています。	避難訓練は年2回、そのうち1回は夜間を想定して実施しています。スプリンクラーや消防署への通報装置なども設置しています。防災に関する研修や「火災時の対応テスト」で職員の対応力を高めています。また非常食、水、ライトなども常備しています。	運営推進会議で、災害時の地域の協力体制の構築を要請しています。今後、火災時に避難した利用者を見守り、安全を確保することなど、具体的内容で協力を要請することも期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	まずは利用者様の気持ちを大切に考えて、さりげないケアを心掛けたり、自己決定しやすい言葉掛けをするように努めています。	職員研修などを通じて、利用者の気持ちを大切にした介護の実践に努めています。居室のすりガラスの扉には暖簾をかけ、プライバシーも保護しています。個人情報取り扱いガイドラインなどで個人情報管理も徹底し、書類の保管庫や事務所にも鍵をかけています。	
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。	パン屋の訪問販売や買い物など事故決定できる場を作り、利用者様に合わせた支援を行っています。		
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。	入浴や行事はスタッフが見守りしているが、時間を区切った過ごし方はせず、利用者様の体調・気持ちに配慮するようにしています。		
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。	入浴後の着替えや出掛ける時等、利用者様の服を選んで頂く様にしています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	時には、お好み焼きを利用者様の目の前で焼いたり、流しそうめんをしたりと楽しい食事を心掛けています。	調理は業者が納入した食材を当番の職員が担当しています。食事は、職員が利用者を見守りながら、同じ食事を会話を楽しみながら一緒に味わっています。月2回の「パンの日」や行事食でも利用者が楽しんでいます。配膳や下膳も利用者が手伝っています。	

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事・水分を摂取して頂くよう、味付け、声掛け等を工夫し支援を行っています。また摂取量が下がっている時は、会議にて検討し支援方法を見直しています。		
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。	歯科医の指示のもと、口の中の汚れや臭いが生じないように毎食後1人1人の口腔状態を把握し職員も介助をしながら口腔ケアを行っています。		
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。	排泄チェック表にてトイレの使用頻度を把握し、トイレ誘導を行いトイレ内にて排泄が出来るように自立に向けた支援を行っています。	利用者ができるだけトイレで排泄するように支援しています。排泄の意思表示が難しい利用者は、排泄チェック表や利用者の様子で察知し、さりげなく誘導しています。利用者の意思を尊重し布パンツを希望する利用者が失敗した場合もさりげなく誘導し交換しています。	
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。	水分摂取量を確認しながら利用者様の好む味で提供したり便秘の対策として牛乳を飲んで頂く事も行っています。		
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。	入浴時、利用者様の確認をとり入浴を行っています。またその方の能力に合わせて支援の方法を変えています。	利用者は週2回のペースで入浴をしています。入浴前のバイタルチェックやマットの使用など、健康と安全に配慮しています。浴槽は、職員が介助できるだけの広さがあり、利用者はゆったりと入浴を楽しんでいます。入浴剤で香りなども楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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様に支援しています。		
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。	服薬時専用のファイルを使用しファイルには各利用者様の薬の名前や用途、薬番を二人以上のスタッフで毎回確認をしています。		
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、それぞれの利用者様の得意分野を把握し、自然に手伝って頂けるよう声掛けを行っています。		
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。	買い物や食事その他外出行事等で外出が行えるよう支援しています。	利用者の希望にできるだけ沿うように、職員が付添って近くのホームセンターなどに買い物にも出かけています。大井町の文化祭にも利用者が出品した作品を見学に行っています。玄関を出たところにある職員手作りのベンチでは、外気浴や歓談をしています。	
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。	ホームにて管理している金銭以外にご本人がお金を持ち、管理や買い物ができるよう支援しています。またご家族へはリスクも合わせて説明を行い同意を得ています。		

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。	利用者様からの要望があればいつでも支援しています。その他、年賀状やご友人からの届け物へのお礼状など、声掛けを行っています。		
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。	最適な温度や湿度等を管理し、感染症の予防にも繋げています。利用者様に参加して頂き作成した季節に合った飾りつけをし、季節感と愛着の湧く空間作りに努めています。	温度計と湿度計を玄関入口前、リビング、台所、事務室および廊下に設置して定時に測定し、快適な環境となるように、温度と湿度を調整しています。壁には利用者と職員が制作した愛着のある装飾物が飾っており、室内では花を植木鉢で育てています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	なるべく他利用者様の顔が見えるような所にそれぞれのおおよそ決まった場所を作る様に心掛けて支援しています。		
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。	馴染みのタンスや物を置く等、利用者様が安心して過ごせる空間作りをご家族と相談しながら整備しています。	居室には利用者と家族が相談して、利用者の馴染みのタンスや写真などを持ち込み、安心して過ごしています。居室内に設置された温度計と湿度計で温度と湿度を定時に測定し、エアコンや濡れタオルなどで調整し、利用者が健康的に過ごせる環境に努めています。	
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。	手摺や設備の張り紙を設置してあり、その方に合わせ説明を行い安全に自立した生活が送れる様支援しています。		

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。	ホームの理念を職員間で共有し家庭にいる様な安心感を持って頂けるよう努めています。またご本人の感覚、文化、価値観の理解に努めています。		
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カ月に1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。	地域事業所と役場の方が集まり地域で事業所の困難事例について会議を開き、支援方法等を検討している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	3カ月毎に運営推進会議を開催し利用者様へのサービス内容、リスクマネジメントに関する事、スタッフの教育に関する事等、報告を行いご意見を頂きより良いサービスへ繋げるヒントを頂いています。		
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合い、行事や研修等の確認をしています。運営推進会議にご出席頂き、様々な報告を行い相談させて頂いています。		

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。	利用者様が外出を希望したら止めるのではなく、さりげなく声を掛けたり一緒にいていく等、安全を考慮し自由な暮らしを支えるようにしている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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。	内部研修で知識の徹底を行い、日々のサービスの中で虐待に繋がらない様スタッフへの個別指導に努めています。		
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。	利用者様の尊厳を守る為、発生する課題を解決する事を目的ととらえ、各関係者への相談や助言も含め活用への対応を行っています。		
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。	入居前に説明を行い、入居契約時には契約書を全て読み合わせ、説明を行い同意を得ています。		
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。	定期的にご家族へのコンタクトを取り、利用者様の思い、状況の理解を深め代弁することに努め、その時の利用者様の思いや家族感情を職員間で周知しサービスへ繋げています。		

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。	申し送りやユニット会議、その他、勤務時に意見や提案を受け検討し皆に周知しています。		
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。	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・外部研修を行い、全員が関わることが出来るようにしています。外部研修に関して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。	定期的に地域の同業者の代表が集まり、事例検討等を行っています。また、他の事業所との交流を行い、サービスの向上に繋げています。		
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。	サービス内容とご本人の要望の不一致が無い職員間で話し合いの場を設け、信頼作りに取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。	ご家族の苦労や今までのサービス利用状況、これまでの経緯等（困難な事、要望等）について話を伺い、ご家族が納得できるよう努めています。			
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。	入居前のアセスメントや相談時にご本人やご家族の困っている事や望んでいる支援を確認し必要なサービスが受けられるよう説明を行っています。			
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。	利用者様の性格・個性を知ることにより価値観を確認し、利用者様の力が発揮できる場面を作り出すことにより一方的な介護にならない関係を築いています。			
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。	日々の暮らしの出来事や気付きの情報共有に努め、家族が支える事は職員と一緒に支援が出来る関係を築いています。			
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。	馴染みの関係が継続出来るよう地域の行事への参加や、ご家族や友人との面会、外出や外泊支援に努めています。			

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
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。	認知症レベルや性格等に関わらず、利用者様同士と一緒に生活する仲間となっていける様に支援しています。		
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。	必要に応じ、サービスが終了した後もご家族への連絡を行い、相談や支援に努めています。		
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。	日常の利用者様との会話やコミュニケーションの中で1人1人の思いや要望等を把握し困難な場合は会議等で検討しています。		
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、その他サービスの利用を調査し記録しています。		
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。	生活のリズムの理解に努め少しの変化でも報告し合っています。また利用者様の出来る事を見つけ提供するように援助し、心理面の視点や利用者様の把握に努めています。		

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
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。	毎月1回のユニット会議と3カ月に1回のモニタリングを行い、ご本人がより良く暮らすための課題やケアのあり方について話し合いながら介護計画を作成しています。		
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で共有し介護計画の見直しに活かしています。		
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。	日常の会話を通し必要に応じ利用者様、ご家族と話し合い要望を伺っています。柔軟なサービスが行えるよう、状態・状況に合わせサービス内容の追加や調整を行い、申し送り等で共有しています。		
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々を招き、暮らしを楽しめるよう支援しています。		
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。	ホームDrの継続的な往診を受けておりその結果を必要性に応じてご家族へ連絡しています。またホームDrの夜間の対応も行える連携が取れている為、安心な医療体制となっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	利用者様の身体上の変化や気付きを看護職員へ相談・報告し、適切な対応への連携を行っています。		
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。	入院への不安軽減に努め、病院への訪問を行い病院関係者とリスク対応の話し合いを行っています。		
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、事業所であ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。	重度化や終末期のケアに関しては、ホームで出来る事、ご家族の要望等を主治医を交えて話し合いを行っています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	利用者様の急変や事故に関する研修を取り入れ、対応出来るようにしています。		
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、災害時の訓練の向上や防災強化に繋げていく成果が出ています。今後も避難方法の確立と地域との協力体制を築いていきたい。		

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
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。	利用者様の気持ちを大切に考えて、さりげないケアを心掛けたり自己決定しやすい言葉掛けをするように努めています。		
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。	パン屋の訪問販売や買い物などの自己決定できる場を作り、利用者様に合わせた支援を行っています。		
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。	1人ひとり体操、手芸等その日出来る事、利用者様に合わせた支援を行っています。		
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、髪型等、ご本人の希望に沿った身だしなみが出来る様支援を行っています。		
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。	催し時の食事等、利用者様の好みに合わせたものにし、職員と一緒に食事の準備をして頂いています。		

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
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。	食事形態を考え、個人に合った食事を提供、声掛けや工夫をし支援を行っています。また、検討が必要な場合は会議にて支援方法を見直しています。		
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。	歯科医の指示のもと口腔内の汚れや臭いが生じないように、毎食後1人1人の口腔状態を把握し介助を行いながら口腔ケアを行っています。		
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。	排泄チェック表にて個人の排泄パターンを把握し気持ち良く排泄できるように自立に向けた支援を行っています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	水分摂取量を確認しながら利用者様の好む味で提供したり、便秘時の対応として牛乳、寒天などを摂取頂いたり、適度な運動をして頂いています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は日中に限定させて頂いていますが、利用者様が気持ち良く入浴できるように声かけや入浴剤を使用する等の工夫をしています。		

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1人の体調や表情、希望等を考慮して、ゆっくりと休息が取れる様に支援しています。		
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、専用ファイルを使用しファイルには各利用者様の薬の名前や用途、薬番を2人以上の職員で毎回確認しています。		
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。	レクレーション・お手伝い（洗濯たみ等）1人1人の生活力を気分転換として支援しています。		
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。	買い物や食事、その他外出行事等で外出が行えるよう支援しています。		
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。	お金の所持を希望される利用者様には、ホームで管理する以外にご家族に同意を得られ所持が可能な利用者様に限り、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。	ホームから電話を掛けたり、手紙や年賀状が出せるよう支援を行っています。		
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。	室内温度は常に適温を保ち廊下には写真や利用者様と職員が一緒に作成した作品を飾っています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	玄関を出た所のベンチで、外の景色や遠くを見たり近くの木々を見たりと季節感を感じる様支援しています。		
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。	居室には使い慣れた家具や装飾品等を持ち込んで頂き、利用者様が落ち着ける空間になる様工夫しています。		
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。	建物内部は手摺の設置、バリアフリーになっており、居室入口横の壁に表札を付け家である認識も含め、ご自分の居室が分かり易くなるようにしています。		

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 27年 7月 8日

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	35	火災発生時の安全確保に関して、当日の勤務者のみの対応としていますが、夜勤者は2名しか職員がいない為十分な安全確保は難しいと思われる。	火災発生時、利用者様に出来る限り安全に避難・待機して頂く最良の具体的対策を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ・階段からの安全な避難方法の確立。 ・地域の方の協力要請を具体化する。（ご近所の住民の方にご協力をお願いする） 	12ヶ月
2	49	アンケートの中で、ご本人は職員に支援されながら、戸外の行きたいところへ出かけていますか？という質問に対し、よく出かけている（17%）ときどき出かけている（75%）分からない（8%）という結果がでており、十分に希望が通っていない印象がご家族にあることが分かった。	利用者様の出かけたい気持ちを大切に実行し、ご家族に報告することで支援をご理解頂く。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者様の外出のニーズを個々に対応する。 ・外出を行っていることがご家族に伝わっていないこともあると思われるので、伝えていく。 	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月