

平成27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	(250-0013)			
	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 <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9月23日	評価結果 市町村受理日	平成27年12月18日	

基本情報リンク先	http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open
----------	---

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

平屋で2ユニットのグループホームです。全室洗面・トイレがついており、入居の際は家具の持ち込み可能です。庭への出入り、入浴等プライベートな空間を自由に過ごせる環境で、その人らしく生活できる様お手伝いしています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年10月23日	評価機関 評価決定日	平成27年12月20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)】

グループホーム「四季の丘」は伊豆箱根鉄道大雄山線の相模沼田駅から徒歩20分の小高い丘のミカン園などに囲まれた豊かな自然の中にあります。平屋建ての2ユニットは中庭をはさんで別棟になっています。明り取りの大きな天窓がある広々としたリビングからは敷地内にある桜や梅の木の花見が出来たり、木の下では野菜等を栽培して楽しんでいます。各居室にはトイレや洗面所が設置されプライバシーが確保されています。室内の移動には本人の歩きたいという気持ちを尊重し可動式の手すりを設置し自立を促進しています。

<優れている点>

運営母体が医療法人である「四季の丘」は医療面で家族や職員にとって安心感のあるホームです。医師である理事長は協力医としての定期的な訪問や運営推進会議には毎回出席して、いろいろな角度から熱心に利用者だけでなく地域住民の生活を支援しています。社協の作成する地域福祉活動計画策定の委員や社会福祉士の実習に協力しています。防災対策についても市や自治会と福祉避難所の協定を結ぶ等地域に貢献しています。

<工夫点>

利用者が入所する前に本人・家族から生活歴や生活習慣など把握し、1ヶ月間は体験入所、その後いろいろな場面のモニタリングを繰り返し3か月間のアセスメントを行い本人・家族と話し合い納得の上、初めて本契約を交わしています。毎年、1年ごとに医師も含めて話し合い、ニーズに対するすべてのサービスを見直して契約を交わしています。職員は身体拘束防止の「自己点検シート」により日常のケアを見直し研修会を開き確認しています。

【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	そよかぜ棟

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。	職員間で理念を理解し、その人がどうあるべきことが当たり前な生活なのかを考え、振り返りケアに取り入れ実践しています。	玄関に「その人らしい当たり前の生活ができるようにお手伝いします」という理念が掲示されています。職員は食事や入浴、排泄などをはじめ事業所での日常生活の場面で利用者の人格を尊重した関わり方についてケアを振り返って支援しています。	
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ます。地域のボランティア（生け花・お話・草むしり等）が定期的に来てくんだり交流を深めています。障害者施設の運営するパン屋さんが販売に来てくれ、入居者と交流が計れています。	散歩で声掛けしながら、自治会の防犯グループ「きんとき隊」の一員として防犯帽をかぶり交流しています。自治会の夏祭りや文化祭にも参加しています。近隣の農家の野菜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。	
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。	包括支援センター主催の認知症家族の集いやアクションミーティング・ワークショップに協力しています。また、社会福祉協議会の地域福祉活動計画の策定委員としても協力しています。実践者研修の実習生の受け入れも積極的に行っています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	1年に6回の運営推進会議を開催しています。事業所の取組みや、入居者の生活の様子、運営等を報告し、参加者に意見、助言、要望を頂きサービス向上に役立てています。	年6回、市や地域包括支援センターの職員、自治会長、事業所の理事長、家族など参加しています。利用者の現況、事故報告、介護保険法の改正、防災訓練、決算報告など丁寧に説明しています。参加者から事故や行事に対する評価や要望などを受けています。	
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ます。運営推進会議にはほぼ出席してもらい、会議内容だけでなく、報告、相談をしています。社協や包括支援センターの研修会にも協力しています。	高齢福祉課や生活保護担当の職員と利用者の状況や事故報告など連絡しています。また市の作成する地域福祉活動計画の策定や社会福祉協議会の社会福祉の実習など協力しています。市や自治会と防災対策や福祉避難所の協定を結び備蓄品も整備しています。	

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。	拘束についての研修会を自己点検シート等を活用し開催しています。拘束がどのようなことなのか話し合い日々考えてケアしています。月1回のリーダー会議でも拘束について話し合いがもたれています。施設施錠は、夜間防犯時のみ行っています。	身体拘束の防止や言葉による弊害などについて「自己点検シート」を活用して定期的に内部研修会で確認しています。玄関なども夜間以外は施錠せず見守りを重視し、自由に庭に出ています。食前やおやつの前の体操等により強制のない支援を心掛けています。	
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。	虐待についての研修会を自己点検シート等を資料にし開催しています。虐待まではいかないが不適切ケアがないか自己で振り返りが出来る書式をつくり、自分のケア・他職員のケアを考える取り組みを行いました。月1回のリーダー会議でも拘束について話し合いがもたれています。		
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。	外部の研修に参加しています。内部でも研修会を開催し学ぶ機会を作っています。成年後見制度を利用されている入居者もあり、後見人とも話す機会や相談できる環境にあり、以前より理解が深まりました。		
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、家族で様々な説明を行い理解納得して頂いています。料金の改定の際には家族会で説明、承認を頂いています。契約更新時には、サービス担当者会議を合わせて開催し、家族の不安、疑問、要望を聞くようにしています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	サービス担当者会議・家族会の開催や事業者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意見要望を頂けるようにしています。また、運営推進会議への参加を呼びかけている。会議録はいつでも閲覧できるように玄関に置いています。	定期的な運営推進会議や家族会により行事予定や医療、防災関係などについて話し合い、支援に反映しています。参加が困難な家族にも会議録を玄関に置いて閲覧してもらっています。毎月写真入りのポストカードを送り本人の生活や健康面など報告しています。	

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。	リーダー会議、ユニット会議などで意見や提案を聞く機会を設けています。また、日々の業務の中で意見、提案を相談できる状況にあり、全体での決まり事はリーダー会議で決めています。	毎月開催するリーダー会議で職員は利用者の状況や運営に関する意見・提案を出し合い支援に反映しています。管理者は年1回職員一人ひとりと面談し職員の自己診断の「面接簿」を確認しながら目標や成果について話し合い職員のモチベーションを高めています。	
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。	棟の目標・個々で目標をたて日々成長できるように工夫しています。キャリアアパスプランがあり、基準を満たすことでキャリアアップに繋がります。有資格者には待遇があります。代表者は、運営会議以外にも月4日程度来所し環境把握に努めています。		
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。	代表者は、個人のスキルに合った外部研修を選び参加するよう指導しています。内部研修では、個々に研修会の講師をすることでよりその分野の理解が深まるよう分担し、研修会を開催しています。		
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。	グループホーム連絡会に加入し、研修参加の場を通じて情報の共有をしています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	今までの生活に近い環境を考慮しながら居室を整え、困りごとや不安なことを言いやすいよう居室内で1対1で話をする機会を多く作っています。身の周りの困りごとを見つけ解決の雄お手伝いをし、安心して暮らせるような関係づくりに努めています。		

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。	入居相談の時から話を聞き、契約に至るまでに不安なことや要望を聞き双方納得できる状態で入居してもらえるように努めています。入居後も密に連絡を取り、生活の様子を伝えたり、必要物品の購入をお願いしたりと関係づくりに努めています。		
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。	入居前の情報を基に必要な支援をおおまかに決め、生活するにつれて本人を知る為のアセスメントを取り、グループホームでの生活がニーズに適しているか、3カ月後に他施設検討も含め評価を行います。		
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。	職員は支援しているのではなく、一緒に生活しているという捉え方の関係づくりが出来るように努めています。その時の介護に迷った時は、常に理念に戻るようにしています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご家族への面会時や電話連絡、家族へのお便り等で本人の様子や身体的な状態を伝え、共有し、本人に必要な援助を職員だけでなく、家族と一緒に考え、共に支えて行ける関係を築けるように努力しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	近隣の入居者が多く、家族や友人の面会も多いです。家族と美容室に出かけたり、孫に買ったパンを渡したり、一緒に買い物に出かけたり馴染みの場所や関係を継続できるように支援しています。携帯電話のサポートや年賀状のやり取りも支援しています。	家族や親族の協力により馴染みの店での買い物や美容室等に外出し、地域との関係を継続できるよう支援しています。近隣の入居者が多く、退去した家族がボランティアとなり生け花を教えたり、釣りの好きな家族が釣果の魚をさばいて食卓をにぎわしています。	

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。	調子の悪い方の食器を洗ってあげたり、お茶を入れてあげたりお互いに協力しているところは見守り、トラブルになりそうな時には間に入るようにしています。時には職員も一緒に話に入り、橋渡しの役割をするように心がけています。		
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。	サービスが終了してもご家族がボランティアに来てくれたり、旅行先のお土産を差し入れに来てくれたりします。他施設に行かれた時には面会に行くこともあります。今後、ターミナルを経験されたご家族を家族会に呼び、その時の心境を語ってもらう取り組みをしていく予定です。		
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。	日々の行動、表情、会話等から気持ちの変化を読み取り、思いや暮らしの希望、意向を組めるように努力しています。なるべく1対1の関係を作り、話しやすい状態で聞くようにしています。困難な場合にはその人の立場に立って考え、ケアに努めています。	「その人らしい当たり前の生活」ができるよう利用者の日々の会話やゲーム、レクリエーションの中で興味を示したことから把握するよう努めています。また、家族の協力で古いアルバムや本、道具などからこれまでの暮らしを振り返っています。	
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、本人の会話の中から把握し理解できるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎日の状態を把握し職員全体で共有しています。現状で出来ていること、出来なくなってきたことについても話し合い、その人に合った働きかけをしています。		

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
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。	本人や家族の要望を聞き、業務日誌や生活記録、状態観察シート、経過観察シートを利用し変化を捉えます。必要に応じて、カンファレンスを開き介護のアイデアを聞き方向性を考え介護計画を作成しています。医療面の問題は看護師、医師連携を取っています。	利用者の体調や変化など記入した毎日の業務日誌や生活記録などを、ケアマネージャーや居室担当者によるユニット会議でモニタリングしています。家族や本人の要望、医師や看護師による「訪問診療ノート」など確認して6ヶ月ごとに介護計画を見直しています。	
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。	介護計画書（2）でのアセスメントを基に本人の状態の変化があったことを項目ごとに記録しています。認知症状の記録は中核症状・周辺症状の何に当てはまるのかを考え記録し変化を捉えています。項目別に記録することで介護計画の見直しに役だっています。		
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、その時々にも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、外出、買い物など付添が必要なことは家族の状況を踏まえ、柔軟に対応しています。その時に生まれるニーズに対して実現可能かどうか話し合い、家族とも相談しながら方向性を模索しています。		
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。	民生委員の面会、美容師の主張サービス、生け花、お話ボランティア等を受け入れています。敷地に庭で、草花を育て四季を感じられるように工夫をし、野菜を作り収穫、調理まで参加できるように支援しています。		
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。	入居時に主治医についての話をし決めています。他の訪問診療医を希望があれば本人・家族の意向に添えるようにしています。他医療機関の受診希望又は必要性がある場合は紹介状をもらい受診しています。入居前にかかりつけ医から情報提供をもらっています。	入居時に利用者、家族の希望によりかかりつけ医を決めています。看護師が常駐し、適切に健康管理をしています。同法人の訪問診療医は2週に1回来所し、「訪問診療ノート」により、訪問診療医、看護師、職員が連携を取り情報共有しています。	

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。	利用者の状態や変化を状態観察シートを使用し記録しています。排泄チェック表や生活チェック表を基に看護師に報告、相談し、健康管理に勤めています。24時間連絡が取れる体制ができています。		
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。	入院時の情報提供、入院中の様子確認、情報交換をしています。医療連携室と連携をとり早期に退院できるように調整をしています。協力病院とは日頃から連携を深めています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約更新時にターミナルケアの説明をし、終末期に過ごす場所、看取りを迎える場所の希望を聞いています。医療と連携しながら方針を考え、状態変化のその都度家族とも話しています。終末期・看取り期間関係フロー使用し、情報を共有しています。	今までに10数名の看取りの実績があります。「重度化と看取りに関する指針」を契約更新時に説明し、終末期のあり方について利用者、家族等と話し合いを持っています。状態変化の都度話し合い、方針の共有をし支援しています。職員の研修も充実しています。	
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。	勉強会や内部研修・外部研修の機会を持ち、適切な初期対応が出来るように努力しています。利用者がどのような危険が考えられるのかヒヤリハット報告書等を利用しカンファレンスを行っています。H27年度は急変時の対応についての勉強会を2回開催する予定です。		
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。	夜間を想定した訓練を実施しています。火災・地震・風水害・火山噴火のマニュアルを準備し災害に備えています。連絡方法も各職員がわかるように、勉強会を開催しています。防災に特化した運営推進会議を開催。自治会との避難訓練も実施しています。	事業所は「福祉避難場所」の協定を市と結び、地域の避難場所としての役割も担っています。自治会や他施設との合同防災訓練では、無線機を使用して公民館などとの通信訓練や、中学生も参加して車いす誘導等の訓練をしています。エアーランタンを設置しています。	

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。	一人ひとりの性格や生活歴等を踏まえ、声のかけ方や話し方、トーン等気を配っています。個人的な情報は他者の聞こえない場所に移動し話すようにし、頭越しに声を掛けることもしないように気をつけています。居室の開けっ放しがないように気をつけています。	トイレは各居室にありプライバシーが守られています。接遇、マナーの研修や、職員自己評価表や不適切ケアシートによって、自分のケアの振り返りをしています。職員は利用者を傷つけないような言い回しや言葉を選ぶよう心がけています。個人ファイルはカギのかかる引き出しにしまっています。	
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。	必ず選択肢を作り希望を聞くようにしています。介護者側のやりたい介護にならないように気をつけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	日課や決まり事は特に作らずにその日の体調や天気等により、相談して1日の過ごし方を決めていきます。嫌な時には次の日に、無理な場合は次の機会にと本人の希望にそって支援をしています。		
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。	更衣時の服を何枚か用意し選んでまらったり、整容の手伝いをしています。各居室に洗面所があり身だしなみを整えられます。訪問美容室に来てもらいカットしてもらう際には希望を聞いています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の献立から考え調理に至るまで出来るだけ一緒に行っています。必要な食材は買に行ったり、庭で野菜を作り収穫し食べることも楽しみの一つです。食器洗いも一緒に行っています。	その日の天気や気分によって利用者と一緒に献立を考え、一緒に調理をしています。うな重や、流しそうめんなど季節感を大切に、天ぷらやそば、寿司などの外食で変化を出し食事を楽しめるようにしています。一日30品目の食材が摂れるように工夫しています。	

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。	献立表に食材を栄養素ごとに記入し1日30品目の食材が摂れるように努力しています。個別に食事摂取量や水分摂取量をチェックしています。食材の大きさや食事の形態、必要な方には栄養素やカロリーの計算も行い提供しています。		
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。	3日1度義歯洗浄剤を使用しています。夕食後には必ず口腔ケアの声掛けをし、必要な方には介助しています。訪問歯科を利用し口腔ケアをしている方もいます。		
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。	排泄チェック表を使用し、排泄パターンを知り、誘導することで失敗が少なく出来ています。よって紙おむつは使わず布のパンツで過ごせるように支援が出来ています。各居室にトイレがある為、歩行が不安定な方でもトイレまでに手すりをつけ、自分の力でトイレに行けるように支援しています。	各居室にトイレがあり、歩行が不安定な人には、部屋に手すりを設置し、自力でトイレまで行けるように工夫しています。利用者がトイレに入ると、廊下のランプがつき、必要に応じて介助しています。排泄チェック表で排泄パターンをつかみ、うまく誘導することで布パンツになった利用者もいます。	
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。	食物繊維などの食材を摂るように心がけています。また乳酸菌を組み合わせることで相乗効果を期待できます。運動（ラジオ体操）や歩行などの促し実施しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	自分から入浴をしたい希望の方はほぼいない為、ある程度の日数で声を掛けて入浴を促しています。その日の体調や気分なども考慮し、無理強いはしていません。いつでも入れるように入浴できる準備は整え、脱衣室の温度等も気を配っています。	毎日、好きな時間に入浴できるように準備をしています。ゆず湯や菖蒲湯で季節感を出し、入浴剤を使ったり、声掛けのタイミングを見計らって、最低でも週2回は入浴できるようにしています。足湯やシャワー浴など個々に対応した入浴支援をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	一人ひとりの生活習慣や体調に合わせて居室やフロアで休息しています。フロアにはソファがあり誰でも座れる状態にあります。居室内には温湿度計を設置し、空気の入替えやエアコンによる温度調節で環境を整えています。		
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。	訪問診療後に薬説明書が更新され、現在服用している薬の内容が確認できる様になっています。訪問診療後には、本問診療ノートを通じて薬の注意点や経過観察必要性などが申し送られます。		
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。	毎日が同じ日課にならないように、日々気をつけています。月1回の手芸作品作りやトランプ、かるた、歌等その日の職員が各々考え行っています。新聞を取りに行く方、洗濯物を干す方、ゴミ袋を作ってくれる方等個々の役割が違います。		
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るように支援している。	日常的な買い物や、花を見に行くなどの外出は個々に、声を掛けながら行っています。両棟合同の外出も設け、普段行けない場所や食事に出かけ、自分で希望が言えない方も外出できるように支援しています。家族との墓参り等に同行支援することもあります。	食材の買い出しに一緒に行ったり、初詣や、花見、ドライブ、外食など、個々に合わせた色々な外出支援をしています。車いす利用者の外出の機会を増やすために、車いすが2台収納できる車を新しくリースしています。遠方の墓参りには電車で同行しています。	
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。	自己管理できる方は自分で支払が出来るように支援しています。訪問販売のパン屋さんやコンビニ、スーパー等へ買い物出かける機会を作っています。		

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
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。	携帯電話を持っている方の操作の支援や、電話を掛けたい方の支援をしています。月1回のポストカードに直筆のメッセージを書いて家族へ郵送したり、年賀状を書きたい方の住所を見つけ書く支援等しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	天窓がある事により自然の明かりが多く入る造りになっています。庭に季節の草花があり各居室からも楽しめるようにしています。共同作成の貼り絵や観葉植物を置いています。	玄関を入ると、観葉植物が目優しく高い天窓からは自然の光が入って、明るく解放感があります。廊下にも椅子を配置し、どこにいても、自由にくつろぐことが出来ます。対面式キッチンが広く、数名で台所仕事が出来、リビングや庭をよく見渡せます。平屋建てのためユニット間の交流が盛んです。	
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。	様々なところに座る場所があり、一人になれる場所が確保されています。ソファでは日向ぼっこや世間話をしてゆっくりと時間が過ぎていきます。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居前に使っていたものを持ち込んでもらい、居室の環境を整えています。その人に合わせたベッドや家具の配置を考慮し、生活しやすい空間を作っていきます。必要に応じて手すりなどのつかまるところを増やす工夫もしていきます。	居室には、エアコン、クローゼット、トイレ、洗面台が備え付けです。以前から使っていたテレビやタンスなどを持ち込み、自分らしく暮らしています。固定電話を引いている利用者もいます。転倒防止のために可動式の手すりを設けるなどの配慮をしています。	
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。	自分の居室がわかるように目印をつけたり、専用の杖置きを作ったりしています。食事席のイスやテーブルも高さや場所、種類も替えより安全に使いやすく配慮しています。		

事業所名	グループホーム 四季の丘
ユニット名	すずかぜ棟

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。	「その人らしいあたり前の生活」とは何か？を常に考え、ケアに取り入れ、実践している。管理者と職員は、話し合いや勉強会の機会を持ち、理念を共有して実践に繋げている。		
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。	自治会行事（夏祭り、文化祭など）へ、積極的に参加、協力している。地域ボランティアの方（花生け、会話など）が定期的に来てくださり、交流している。自治会の会議や訓練に管理者や担当者が参加している。		
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。	包括・社協主催の認知症家族のつどいに参加、協力し地域の介護支援を行っている。人材育成の貢献として実習生（社会福祉士、認知症介護実践者研修生など）の受け入れを積極的に行っている。		
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。	1年に4回～6回運営推進会議を開催し、事業所の取組み内容の報告や具体的な改善課題の話し合いを行い、参加者から質問、意見、要望を受け、事業所のサービス向上に活かしている。		
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。	運営推進会議に市の高齢介護課、社協、包括支援センターの方に参加してもらい、事業所の運営や現場の実情などを報告し、直面している課題解決に向けた話し合いを密にしている。会議以外もお互い相談等連絡を取り合っている。		

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、権利擁護などについての内・外部研修を行い、管理者と職員は正しく理解している。原則施錠は夜間のみで、日中は職員の見守りで安全面に配慮した自由な暮らしを支援している。		
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。	管理者と職員は、虐待についての内部研修で、自己点検シートを活用して理解を深めている。支援方法、行動、声掛けなど、不適切なケアや虐待になっていないか、職員同士、リーダー会議で話し合う機会を設けている。		
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。	管理者と職員は、権利擁護、成年後見制度、について内部研修、外部研修で学ぶ機会を持っている。成年後見制度を利用している利用者がいて、後見人との連絡、情報提供を円滑に行っている。		
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。	契約時は、重要事項説明は丁寧に行い、理解・納得してもらっている。重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制の実際などについては、契約更新ごとにサービス担当者会議を開催し、話し合っ共有している。		
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。	家族へは、家族会や運営推進会議への参加を呼び掛け、意見・要望など表せる機会を設け、可能な範囲で反映している。利用者へは介護相談員の訪問や、運営推進会議の場で意見・要望などを外部者へ話せる機会を設けている。		

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
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、リーダー会議や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。業務改善意見書があり、意見や提案を述べる事が出来る。各職員が係や居室担当、運営推進会議を任される事で、運営に反映させている。		
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。	処遇改善交付金の分配がある。賞与、給与のアップ、有資格者の待遇がある。代表者は、職員の資格取得に向けた支援を行い、本人の意向を重視しながら、職場内で活かせる労働環境作りに努めている。代表者も現場に来て利用者や職員と過ごす時間がある。		
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。	外部研修の参加には報告する機会を設け、研修報告書を全職員が閲覧できるようにしている。定期的な内部研修や勉強会には職員が講師になり、全職員の質の向上を図り、人材育成に取り組んでいる。新人職員には、教育マニュアルや教育スケジュールがある。		
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。	グループホーム協議会へ加入し、勉強会に参加し、交流し、サービスの質を向上させる取組みをしている。		
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。	利用までの経緯や生活歴などを含め、本人の声に傾聴し、心身の安定を確保する為の関係づくりに努めている。		

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。	相談する段階で、家族などの立場に立ち、話を傾聴し、受け止めながら関係を築くことに努めている。		
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。	契約1～3ヶ月の間を仮契約として、評価を行っている。3ヶ月後、改めて本人の評価、様子、事業所選択の再検討し本契約を結んでいる。		
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。	職員は利用者と食事、生活を共にする事で相手に一方的な介護ではなく、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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。	面会時には、本人の生活の様子を伝え、日頃の状態を報告している。体調変化の時には、家族に連絡している。毎月、写真入りポストカードを送り、生活の様子を伝えている。		
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。	馴染みのスーパーに買い物に行っている。携帯電話や固定電話は番号を変えずに継続し、家族や友人との繋がりを大切にしている。年賀状を送りたい人の希望を聞き、支援している。		

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
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。	利用者同士の相性や性格を把握した上で食席を決めたり、外出する際のメンバー決めに配慮している。トラブルに発展し一人ひとりが孤立しないように、職員が調整役となって支援している。利用者同士、出来ない所を手伝ってあげるなどの関わりが持っている。		
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。	利用契約が終了しても家族がボランティアとして来てくれたりしている。他施設へ移られる時は、情報提供し連携を図っている。		
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。	日々のかかわりの中で、言葉や表情などから一人ひとりの思いや要望の把握に努めている。意思疎通が困難な場合でも本人の視点に立って考えるようにしている。		
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。	利用者一人ひとりに個別ファイルがあり、生活歴・これまでの暮らし方・契約利用までの経緯などを把握し、その人への理解に繋げている。		
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。	毎日の申し送りをする事で、最近の心身状態などを職員間で情報共有している。一人ひとりに生活記録、生活チェック表などの記入欄があり、職員全員が記録、確認している。		

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。	業務優先のケアプランではなく、利用者主体の暮らしを反映したケアプランになっている。アセスメント、モニタリングには職員の意見を聞き、ケアプランの見直しに反映している。サービス担当者会議には、必要な関係者に出席してもらっている。		
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。	生活記録には、本人の言葉やエピソードなども含め記録し、特記事項で今後気をつけなくてはいけない事は、色を変えて(青字)記録している。職員の気づきやケアの工夫は職員間で情報を共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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。	本人や家族の状況に応じて、通院や銀行、市役所などへの申請に付き添い支援を行っている。本人の状態や家族の意向に配慮しながら、場合によっては、家族の方々への夕食の提供なども声掛けしている。		
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。	地域の民生委員の面会や美容師の出張サービス、ボランティアの受け入れを行っている。地域の包括支援センター主催のイベントに参加、協力している。自治会行事へ積極的に参加、協力している。地域防災訓練に職員が参加している。		
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、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、本人と家族の希望に沿って決めている。他医療機関受診を希望する時は、主治医から紹介状を書いてもらっている。受診には、基本家族が付き添うが、必要に応じて職員が付き添ったり、家族に同行する時もある。		

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
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。	利用者の医療面での情報や気づきを毎日看護師に報告、相談し、助言を受け、常に健康管理や状態変化に応じた支援に努めている。体調不良の早期発見に取組み、変化に気付いた時は、看護師に報告し、適切な医療に繋げている。		
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。	利用者が入院する際、本人の医療面、介護面の状態を、家族に変わり情報提供している。できるだけ早く退院できるように、医療連携室と連絡や勤務調整を行っている。		
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。	重度化や終末期に向けた方針や指針があり、職員は共有している。入居時にターミナルケアの説明を行い、終末期の過ごし方や看取りの場所の希望を聞いている。契約更新時や、状態変化時に再度確認し、変更がないか随時意志確認している。		
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。	緊急時マニュアルがある。利用者の急変や事故発生時に備えての応急手当や初期対応の訓練を、勉強会や内部研修で定期的に行い、実践力を身に付けている。救急車到着までの心肺蘇生法も内部研修で取り上げ、体験・習得する努力をしている。		
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。	災害時を想定した訓練を年2回行っている。災害時における福祉避難所として市と協定を結び、地域との協力体制を築いている。災害時に必要な飲料水、食料の備蓄をし、法定点検の他、消火器やスプリンクラーなどの設備自主点検を毎月2回行っている。		

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
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。	個人的な支援に内容は、他者に聞こえないよう配慮をしている。更衣や排泄介助は居室ドアを閉めて、他者から見えないようにしている。声掛けの際、声の大きさやトーンに気を付けている。		
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。	職員側で決めた事を押し付けず、本人が答え易いように、複数の選択肢を提案して、一人ひとりの利用者が自分で決める場面を作っている。意思表示が困難な利用者からは、表情を読み取るようにしている。		
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。	基本的な一日の流れはあるが、その日の利用者の体調や気分に合わせて、自己決定した生活が送れる支援を心がけている。一人ひとりの生活ペースに職員が合わせている。		
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。	基本的には、本人に任せている。自己決定が難しい利用者には、職員と一緒に考え、なるべく本人の気持ちに添える支援を心がけている。理美容の予約支援をしている。仕上げに関しては、本人の希望を聞いてもらっている。		
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。	その日のメニューは利用者と相談しながら決めるようにしている。一緒に買い物に行き、庭で採れた季節の山菜や野菜なども食材に取り入れ調理している。調理、盛り付け、片付けなどではできる範囲で利用者によってやっている。		

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		○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。	献立表に食材を記入する事で、調味料を含めて一日30品目以上の食品が取れるように心がけている。一人ひとりの活動量や咀嚼力に応じて提供の工夫をしている。食事摂取量を毎食チェックし、飲食料の低下した利用者の個別支援をしている。		
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。	自立している利用者へは、夕食後入室時に歯磨きの声掛けをしている。介助の必要な人には、毎食後口腔ケアをしている。週に1回義歯洗浄剤の声掛け、見守り支援をしている。		
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。	排泄チェック表を記入する事で、その方の排泄パターンを知り、失敗やオムツの使用を減らす努力をしている。必要に応じて排泄物品の見直し、検討をしている。		
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。	便秘予防の為、牛乳、野菜ジュース、ヨーグルトなど腸の動きを良くする食材の提供に努めている。排泄チェック表を記入する事で、排便パターンを知り、トイレ誘導して、自然排便を促している。		
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。	1人ひとりのその日の体調や気分に合わせて声掛け、支援している。自発的に入る人は少ないが、なるべく3日に1回は入浴してもらっている。入浴を拒む人には、声掛けや対応の工夫、職員を変えたりして入浴支援に努めている。		

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
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、生活リズムを整えるように努力している。室温や灯り、季節に合った寝具など、安眠できる環境に配慮している。		
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。	1人ひとりが服用している薬の内容を理解できるようにしている。処方薬が変わった時は、症状や状態の変化に気付けるように観察し、次回の受診で報告出来るよう努めている。急な状態変化が見られる時は、看護師や主治医に報告するように努めている。		
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。	自分のやりたいことを出来るよう、食事・洗濯・会話・読書・縫物・外出等個々に支援している。やりたくないことは強要せず、別々の趣味嗜好が行え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。	食材や本人の希望に応じて買い物と一緒にしている。季節ごとの散歩、花見外出、ミカン狩りなどを通じて、季節の移り変わりを肌で感じて、楽しめるよう支援している。		
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。	自分でお金の管理が出来る人は個人で管理している。買い物時、お金の支払いが出来る人には、お金を渡し、自分の買い物の支払いは自分でしてもらっている。		

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
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。	居室に固定電話や携帯電話を所持し、家族や友人と連絡をとっている人もいる。ポストカードや年賀状など書ける人には、自分で文章を考え、家族、友人等とやりとりしている。		
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。	1人ひとりの居室には、本人の馴染みのある家具や写真が設置されている。トイレや風呂場はプライバシーが保てる配置になっている。共有場所には、季節の花や自分達で制作したちぎり絵などを飾り、好きな音楽が聴ける環境作りを心がけている。		
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。	居室と共有空間は、個人で自由に行き来し、玄関や廊下には椅子やソファ、庭にはベンチを置き、1人で過ごせたり、仲の良い人とおしゃべりしたり出来る空間を作っている。他者の居室へ行く方もいる。		
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、使い慣れた物や馴染みのある物を持ち込んでもらっている。以前生活していた環境に近い部屋になるように、家具の配置など気にかけて、その人らしく、居心地の良い環境作りに取り組んでいる。要望があれば、家族が泊まることも可能。		
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。	利用者のその時の身体状況に合わせ、居室内に手すりや平行棒を設置して、出来るだけ自立した生活が送れるように工夫している。フローには日めくりカレンダーや新聞、雑誌、広報誌などがあり、誰でも見る事ができるように配慮している。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム四季の丘

1E+09

作成日： 平成27年3月1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		個々の職員の介護力と、チームケア力の向上	<ul style="list-style-type: none">・個人が能力アップへの自意識がつく・チームケア力がつく	<ul style="list-style-type: none">・自己課題（学びたいこと）のアンケートをとり、勉強会の場で講師として発表する。 昨年継続 <ul style="list-style-type: none">・外部研修に参加し学ぶ。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。昨年継続	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月