

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	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	登録定員	名
	<input checked="" 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27年10月19日	評価結果 市町村受理日	平成28年4月6日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.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)】

「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11月30日	評価機関 評価決定日	平成28年2月21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、JR御殿場線大井駅を下車して徒歩10分程の足柄の丘陵地中腹にあります。箱根の連山や雄大な富士山を一望でき眼下には大井町が見渡せます。木の香りがするログハウス風の2階建の建物は自然の豊かな環境にマッチし、2階のリビングは天井が吹き抜けでゆったりしています。

<優れている点>

職員は理念にこめられた「利用者の尊厳を大切に家庭的な雰囲気のある生活」をめざし「家庭」を意識して利用者一人ひとりを支援しています。自然に恵まれ季節ごとの花見や地域の夏祭り、文化祭、曾我梅林など外出することも盛んですが、日々の生活は個々の状態に合わせた支援を心掛けています。職員は利用者の日々の変化や気づきなど、毎日6項目のケアを「ケアプランチェック表」に記入し短期目標とすりあわせ整合性を確認しています。職員の教育には法人内外の研修を活発に実施しています。外部研修に参加した職員は使用した教材を職員全員にコピーし質問書を提出させ、参加職員が講師になって勉強会を開催し全員で共有しています。毎年職員は、利用者に対する入浴・食事・排泄・口腔などの介助技術や、利用者・家族とのコミュニケーション、情報収集、ヒヤリハットなどの対応、接遇マナーなど各種の視点で自己評価しています。レベルアップを図ると共に管理者は各職員を評価しモチベーションを高めています。職員の定着性は高く利用者との馴染みの関係が維持されています。

<工夫点>

職員は月ごとに、利用者一人ひとりのイベントなどの写真入りオリジナルカレンダーを作成し、各居室に飾り季節感を提供しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム「足柄の春」
ユニット名	小春

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、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っなげている。	事業所の理念は玄関に提示し、理念を書いたカードを常に持って確認が出来る様にしている。	「利用者の尊厳を大切に家庭的な雰囲気のある生活を目指します」という理念を玄関やリビングに掲示しています。職員は「家庭」を意識して利用者の自己決定を尊重し、自立した日常生活を過ごせるよう支援しています。理念を記載したクレドカードを携帯し共有しています。	
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。	地域の行事へ積極的に参加している。又、年に1度地域の方々を招いてお花見をしている。	地域の一員として自治会に加入し夏祭りに参加したり、文化祭に利用者の手芸や習字を出品しています。毎月2回地域の障がい者施設のパンの訪問販売や、事業所の隣接地に住む地主の家族、近隣に住む管理者を通して地域と交流しています。	自治会に加入し夏祭りに参加したり町役場の文化祭に出品しています。今後は小・中学生の体験教室や舞踊などのボランティアの受け入れを通して事業所が町民に認知されることも期待されます。
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。	文化祭への作品出展を通して認知症の人の生活を知って頂けるよう毎年力を入れている。	/	/
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。	外部からの意見は普段気付かないことが多く、サービスの向上に役立っている。	町役場の介護福祉課の職員や自治会の正副会長、民生委員、傾聴ボランティアなどが参加し、活動状況や今後の行事予定などを話し意見交換しています。懸案であった利用者の無断外出の搜索態勢も、あしがら徘徊高齢者SOSネットワークが実現されています。	
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。	大井町の地域包括支援センターが主催する「地域けあねっとわーく会議」には、社会福祉協議会や複数の福祉施設が参加し、介護保険法や自宅での家族による介護など意見交換しています。大井町主催の文化祭には、利用者の手作り品や書道を出品し協力しています。	

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ついていく等、安全を考慮し自由な暮らしを支えるようにしている。	職員に分り易い「身体拘束防止に関する方針」を事務所に掲示し、拘束を行わないケアを実践しています。「身体拘束ゼロの手引き」や外部研修の資料をテキストに職員同士が講師になり質疑応答の中で確認しています。玄関はドアにチャイムを付け見守りを重視し開錠しています。	
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。	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。	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。	年6回発行している「足柄の春便り」で、事業所からの知らせや行事予定、居室担当者のコメントなど写真入りで報告しています。毎月大井町の介護相談員が来訪し第三者の立場で利用者話し合い、職員とも意見交換しています。	

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。	職員は申し送りや毎月のユニット会議で、利用者一人ひとりの情報や提案を出し合い全員で共有しています。本部の課長が毎月来所し管理者と事業所の情報を話し合っています。毎年職員は介護技術や利用者との対応など自己評価しレベルアップを図っています。	
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。	草刈りや編み物など利用者が「やってきた事」など尊重し、持っている能力を発揮できるよう支援しています。利用者の中には、家族や孫子の協力で大好きな水族館に出掛けたり、正月には自宅へ一泊帰宅しています。年賀状の返信など、手紙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。	利用者の日々の会話や散歩などから「何をしたいか」「どう暮らしたいか」など聞き出すように努めています。利用者一人ひとりの出来る事を大切に、掃除や洗濯物たたみなど、ケアプランに反映して、役割のある生活により生きがいを引き出しています。	
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。	職員は利用者の日々の変化や気づきなど、毎日6項目のケアをケアプランチェック表に記入して短期目標との整合性を確認しています。常に家族や利用者の要望を把握し、毎月のユニット会議、3ヶ月ごとのモニタリングなどにより介護計画を見直ししています。		
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。	入居時に希望を聞き、入居前からのかかりつけ医か、ホーム往診医利用かを選択してもらっています。従来からのかかりつけ医への通院は家族同伴が基本ですが、困難な場合は職員が通院支援をしています。家族から結果を聞き利用者の心身状況を把握しています。		

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。	重度化や終末期の方針について入居時に説明しています。必要になった段階で医師や家族、職員などの関係者で話し合っています。ホームでできること、できないこと、家族の要望などを細かく確認して、その人に合った計画を立てて支援をしています。	
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。	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。	消防署の立会いも含め、年2回避難訓練を実施しています。定期的ではありませんが、防災会議や「火災時の対応テスト」を行うなど、災害時の対応について意識を喚起しています。スプリンクラー、自動火災通報装置、飲料水や非常食の備蓄があります。	自治会、町役場、社会福祉協議会、民生委員、ボランティアとの関係を良好に築いていますので、今後は今まで以上に積極的に地域の方々との協力関係について話し合っていく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。	管理者は、利用者の生きてきた背景を把握し、触れてはならないことを職員へ周知しています。職員は、利用者一人ひとりの尊厳を大切にして接するように心掛けています。気になる対応があった場合には、管理者は会議で話題にあげて職員の意識を喚起しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	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、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。	時にはお好み焼きや焼きそばなど、利用者様の目の前で焼いたり楽しい楽しい食事を心掛けています。	ホームの台所を店風に仕立て、寿司やてんぷらを食べてもらったり、敬老会や誕生日などの行事、外出時の外食などで好きなものを食べてもらう機会を設けています。月2回は、ホームに障がい者施設運営のパン屋にきてもらい、好みのパンを選んでもらっています。	

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。	職員は、排泄チェック表や時間、利用者の仕草などから個々の排泄パターンの把握に努めています。羞恥心にも配慮しながら誘導してトイレでの排泄を支援しています。便秘の予防には水分補給量の確認や牛乳を飲むことなどに配慮しています。	
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。	週2回の入浴を基本としています。入浴を好まない利用者には、声掛けなどを工夫をしています。風呂で歌ったり話しをしたり、入浴剤や柚子湯にするなど、入浴が楽しい時間となるように、利用者個々に合わせた支援をしています。	

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。	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。	利用者の介護度が上がり、なかなか外出が難しい状況ですが、年に1回は車椅子の人も含めて全員で出掛けています。また、富士山や箱根の山々を望めるホームの立地環境も良く、利用者は外のベンチで気持ちよく過ごすことができます。	
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。	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。	温湿度確認を毎日数回行って快適に過ごせるように配慮しています。建物内はバリアフリー仕様でゆったりとしています。きれいな生花や飾りつけをし、換気や掃除も行き届いた快適な住環境となっています。1階では猫を飼っており、利用者の気持ちを和ませています。	
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。	利用者が自宅で使用していた品々を持ってきてもらうように伝えていきます。テレビや家族の写真など、大切な物や好みの品々に囲まれて、居心地よく過ごせる居室になっています。以前は仏壇を置くなど、利用者に合わせて臨機応変に対応しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	手摺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。	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。	身体拘束についての内部研修を設け学びそして取り組んでいます。		
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。	虐待防止の内部研修を設け学んでいます。又日々のケアの中で少しの異変でも見逃さず職員間で声を出して防止に努めています。		
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。	利用前の生活歴を踏まえ環境の変化による不安行動をキャッチし受け止めながら安心できる関係作りを行っていくように努めています。		

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心配、要望などを受け止めながら利用者様を安心してお預け頂ける様努めています。		
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。	生活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。	一人ひとりの思いやADLを考えながら食席の配置を行い関わり合い支え合える支援を行っています。		
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。	契約が終了しても利用者様の経過を連絡頂き、その事に対しての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。	日々のケアの中で意志決定の場面を作りながら希望や意向の把握に努めています。困難な時は職員の間で話し合いベストアンサーを目指しています。		
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。	アセスメント時一人ひとりの生活歴、環境これまでのサービス利用経過等に話し合い努めています。		
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。	その方の1日の過ごし方を把握して毎日の心身状態そして有する力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為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。	生活の様子を支援記録や健康チェック表等に記録し業務日誌にまとめています。		
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。	利用者様との日常の会話やご家族からの要望を伺っています。その時々状態・状況に合わせてサービス内容の追加調整をし情報共有しています。		
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。	利用者様やご家族の要望によりかかりつけ医かホームに往診に来られる医師かの選択が出来る様になっています。		

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。	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を報告・相談しています。急変時には24時間対応で看護職員へ相談できる体制をとっています。		
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、退院後の体制の調整が整うよう病院関係者と密に相談しながら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。	年2回避難訓練の実施と事業所内で防災委員を置き災害でのリスク課題の取り組みや避難方法の検討や確立に向け努めています。		

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
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。	日々の生活の中で自己決定のタイミングは沢山あり、その事を見逃さない様に努め働きかけを行っています。		
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、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。	一人ひとり心身の状態を理解し一人ひとりのペースを大切に希望に沿って支援しています。		
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。	顔や眉毛そり、カラーリングでの毛染め等、その人の要望にこたえ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。	一人ひとりに合った形状を職員間で確認し合わせていきながらスプーン（用具の）変更や利用者様が出来る事を見つけて行って頂いています。		

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。またその方の状態に合わせて支援の方法を変えています。		

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。	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。	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と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。	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。	利用者様の家族の写真や使い慣れていた物を入居時に持ち込んで頂いたり居室内に飾り物をする等居心地よく過ごせるよう努めています。		
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。	トイレや浴室が分かるように貼り紙を行い建物内を安全に移動出来るよう必要の無い物を置かない様にしていきます。又家具の配置等も工夫しています。		

平成27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 28年 4月 2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	2	地域の方々との交流の中で、お世話になることばかりで、こちらが地域に貢献するといったことが全く出来ていない。	当事業所が地域に貢献出来る事を模索し実行していく。	地域の中で、貢献出来ることを探る。 ・例えば、中学校の職場体験の場として申請してみる。 など。	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（30%）ときどき出かけている（30%）ほとんど出かけていない（30%）分からない（10%）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。	・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