

平成29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29年7月7日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成29年12月26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、家庭的な雰囲気の中で利用者がお互いに協力し合い、助け合いながら暮らしています。職員は、利用者一人一人の生活習慣や価値観を理解し、集団生活の中でも自分らしさを大切にされた支援を提供しています。利用者も職員も笑顔で一日が過ごせるように、話しやすい雰囲気を作り、笑い声が聞かれる日が多くあります。支援を行ううえで利用者・家族の意向を随時確認するようにしており、日常生活上でも利用者の意志確認を行うことを基本としています。職員と家族が協力し、家族と共に介護を行うよう努めています。

【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29年8月22日 | 評価機関 評価決定日 | 平成29年12月13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「上大井駅」下車、徒歩10分の見晴らしの良い丘陵地にあります。眼下には大井町、その先には相模湾の青く光る海、西には箱根の連山や雄大な富士山が一望できます。木の香りがするような2階建てのログハウス風の建物は、桜や栗の木など大きな木々に囲まれ、四季を通じて豊かな自然の中にあります。

<優れている点>

入居相談を受けた時から本人や家族と面談を重ね、家族が困っていることや不安に感じていることなど、話しやすい環境づくりに努めています。入居前に得た本人の状況から、福祉用具のレンタルや医療機関受診などの提案をしています。事業所は上大井町唯一のグループホームで、町にとって先進的な存在です。このため町役場や地域包括支援センター職員とは交流が多く、積極的に情報共有しています。地域の「認知症家族の集い」では講師となり、介護方法や情報などを推進しています。職員向けに法令・倫理に関する研修や身体拘束・虐待、感染症・食中毒に関する研修を、年に15回以上実施し、常に職員のレベルアップを図っています。職員のモチベーションも高く、8割以上が勤続年数5年以上です。

<工夫点>

毎日の利用者に対するケアについて、「気になること」「その対応方法」「購入したい物」などを職員の誰もが記入できるように冷蔵庫の扉に記録表を貼り、「ユニット会議」で取り上げ、検討しています。

【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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19) | ○ | 1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19) | ○ | 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある ○ 3. たまに 4. ほとんどない |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている ○ 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 66 | 職員は、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。 | 事業所の理念はカードにして職員に配布し、いつでも確認できるようにしています。利用者が気兼ねなく思いを伝えられるよう心がけています。理念である家庭的を大切にしています。 | 職員は利用者が理念に込められた「家庭的な雰囲気のある生活」が送れるよう、理念を記載したカードを常に携帯しています。職員は利用者の生活習慣や価値観を理解し、利用者が何をしてもらいたいかを常に考えながら支援に取り組んでいます。 | |
| 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。 | 運営推進会議に利用者が出席し、自治会長、民生委員等と意見交換をしています。ボランティアの来訪も多く、桜の花見では家族、地域住民、ボランティアを招待して利用者と楽しい時間を過ごしています。 | 自治会に加入し、地域の夏祭りに参加してカラオケを楽しんだり、町役場の文化祭に利用者の作品を出展しています。「地域けあねっとわーく会議」や「認知症家族の集い」に参加し、認知症の理解や介護の方法など住民と話し合っています。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。 | 地域けあねっとわーく会議、認知症家族のつどいに参加して、地域の情報収集をするとともに、介護ニーズの把握、専門性を活かした提案等を行っています。 | / | / |
| 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。 | 民生委員、自治会長、ふくしの会会長、ボランティア等が構成メンバーです。入退去、行事、防災対策等を報告し、必要なときは意見を募っています。 | 町役場の職員やふくしの会会長、自治会長、民生委員、ボランティア、利用者など多くの人々が参加しています。外部の目を通して、事業所の花見会や防災訓練の取組み状況、具体的な課題について話し合い、地域の理解や支援を得ています。 | 現在家族の参加がありません。家族に参加を要請し、外部の支援や意見を家族が理解することが期待されます。 |
| 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。 | 大井町役場担当者は、運営推進会に出席していただいています。入居、防災等について相談をすることもあります。また、福祉事務所の担当者に相談することもあり、日頃から協力関係を築くよう取り組んでいます。 | 事業所は、町の唯一のグループホームで、先進的な存在であり、町役場や消防署の担当者とは日頃から密に連絡し、情報を共有しています。年2回開催する町役場の職員・介護相談員・管理者による3者会議で利用者の要望を把握し、サービスに反映しています。 | |

| 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。 | 身体拘束をしないケアを実践しています。玄関は施錠はせず、開放していますが、所在確認ができるよう屋外に出る時は職員が同行しています。 | 毎年、倫理・法令や身体拘束・虐待、後見人など権利擁護に関する内部研修を実施し、身体拘束をしないケアを徹底しています。「自己点検シート」を実施し、気になる声掛けなどはユニット会議で取り上げ、振り返っています。玄関など夜間を除き開錠しています。 | |
| 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。 | 権利擁護に関する内部研修を年に1度行っています。ホーム内で気になる声のかけ方を挙げて、振り返る機会を持っています。職員同士が声を掛けあえる環境作りを目指しています。 | | |
| 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。 | 権利擁護の内部研修のときに、成年後見制度についても学ぶ機会を提供しています。実際に社協のあんしんセンターを利用している方がおり、必要に応じて家族に提案しています。 | | |
| 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。 | 契約の締結は契約書、重要事項説明書を読み上げ、口頭で補足説明を行っています。事前に目を通して頂けるよう契約書等を渡すこともあります。入居前の面談を丁寧に行うこともあり、個別のケースに応じた対応を心がけています。 | | |
| 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。 | 運営推進会議に利用者、家族の出席をお願いしています。その時に意見や要望を聞くようにしています。また、面会時のほか、電話やメールでも連絡をしており、意見や要望を言いやすい環境作りを心がけています。 | 職員は入居の相談から決定するまで利用者や家族と丁寧に話し合っています。福祉用具のレンタルや医療機関受診の提案など意向を確認しています。ケアプランの更新時には必ず面談し、了承を得ています。介護相談員により利用者の要望を把握しています。 | |

| 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 |
| 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。 | 職員配置等について本部から管理者に話がある場合は、リーダー会議、ユニット会議で職員に知らせ、意見や提案を聞く機会を設けています。職員からの要望で職員用の駐車場を新たに整備しています。 | 毎月開催するリーダー会議やユニット会議により現場職員から運営や管理についての意見・気づき・提案などを把握しています。職員は管理者と年度初めに個人面談を行い、年度目標や前年度の反省・中間までの振り返りなどについて話し合っています。 | |
| 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。 | 職員が個々に自己目標を決め、達成に向けて取り組んでいます。今年度は、目標設定の前に管理者と面談をする機会を設けています。 | | |
| 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。 | 年間で内部研修の予定を組んでいます。今年度は指導力向上を目的として、常勤職員が講師になり、研修を行うようにしました。外部研修には積極的に派遣しています。地域の医療機関、福祉事務所が主催する研修の情報を掲示して参加しやすい環境を作っています。 | | |
| 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。 | 外部研修に派遣して、同業者と交流する機会が持てるようにしています。地域のケアマネージャーの集まりに参加して事例検討等を行い、ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいます。 | | |
| 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。 | 入居前の情報収集を丁寧に行うように努めています。入居後は声かけを多くして、表情なども良く観察するようにしています。他利用者との会話の仲立ちなど、関係作りができる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。 | 入居相談を受けた時から、本人、家族と面談を重ねて、時には家族だけとの面談も行いながら不安や要望を現しやすい環境作りをしています。 | | |
| 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。 | 入居前に得た情報から福祉用具のレンタルや専門の医療機関への受診を提案しています。本人、家族の意向を確認したうえで他サービスの利用につなげています。 | | |
| 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。 | 掃除や洗濯物たたみなどの家事は利用者とともにやり、利用者と職員が協力し合う関係作りに努めています。それぞれに役割を持ってもらい、生活に参加するだけでなく、ともに暮らしているという思いを感じることができるよう配慮しています。 | | |
| 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。 | 家族が来所しやすい雰囲気を作るよう心がけています。毎週末に家族と外出したり、少しの時間でも面会に来られる家族もいます。利用者の生活の質の確保に向けて家族と共に考えることもあり、良好な関係作りができています。 | | |
| 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。 | 馴染みのお店に食事に行きたいという要望があり、誕生日に職員と外食をしました。家族、親族の畑に行ってお菓子の収穫をすることもあり、入居前の馴染みの人や場所との関係継続を支援しています。 | 職員は利用者のこれまでの生活歴や暮らし方などが継続できるよう、支援に努めています。自宅の近所の人や入居前のコーラスの友人の訪問などを大切に行っています。家族や親族の協力で、行き慣れた店での買い物や外食など、利用者は楽しみにしています。 | |

| 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 |
| 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。 | 利用者同士が適度に関わりが持てるように支援しています。ときには見守り、ときには会話に加わりながら孤立せずに、お互いがストレスを感じないように配慮しています。 | | |
| 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。 | 入院や施設変更などで退去した時は、1ヵ月を目安に入院先や新しい施設に面会に行き、生活状況等を確認しています。ご家族には退去後でも相談を受けることができることを伝えていきます。 | | |
| 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。 | レクリエーションには基本的に本人の参加意思を確認しています。ホームの敷地で野菜を栽培し、今年度は収穫日誌を作り利用者や職員が日誌に記録して収穫の喜びを感じています。生活のサイクルは利用者が決めています。意思表示が難しい利用者は気持ちをくみ取るよう心がけています。 | 入居後のアセスメントなどから利用者が「何をしたいか」を把握し、職員は本人の意思を基本にしています。利用者に対するケアについて気になることやその対応方法など、冷蔵庫の扉に貼ってある記録表に記入し合い、「ユニット会議」で取り上げてケアに反映しています。 | |
| 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。 | 入居時に生活歴を聞き取り、自宅に訪問してその方の暮らし方や生活環境を確認するように努めています。入居後も本人・家族から確認できたことは職員で共有し、必要に応じて記録に残しています。 | | |
| 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。 | 朝はラジオ体操をしています。体操参加の声かけのときに、利用者の表情等から気分の変調を把握して、その日は声かけを多くしたり見守りを重視したり、支援方法を工夫しています。ユニット会議で現状を共有し、ケア方法等を検討しています。 | | |

| 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 |
| 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。 | ユニット会議と3ヵ月に1回のモニタリングから利用者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をしています。ケアプラン更新前に本人、家族と面談をする機会を設けています。ケアプランは、居室担当職員、ユニットリーダー、管理者が確認し、意見や提案を赤字で赤字で記入しています。 | 毎日24時間帯に記入している支援記録や、冷蔵庫に貼り、利用者の変化を職員全員で記入する記録表などを基に、毎月ユニット会議で利用者の体調を確認しています。3ヶ月ごとのモニタリングで、課題や対応について話し合っています。介護計画の更新時には利用者や家族と面談し了承を得ています。 | |
| 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。 | 日常の様子は支援記録や健康チェック表などに記録しています。ケアプランの実践の有無をケアプランチェック表に毎日記録し、3ヵ月毎のモニタリングで評価を行っています。 | | |
| 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。 | 本人の病状等の変化に応じて往診医や専門の医療機関に受診できるよう支援しています。家族の面会時には本人の生活状況等を知らせるとともに、家族の状況把握も心がけています。 | | |
| 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。 | 日用品は地域のスーパー、ドラッグストアで購入しています。野菜即売所やコーヒー直売所に利用者と出掛けて買い物をすることもあります。誕生日に外食に出掛けることもあり、日常生活が楽しく暮らせるよう地域資源を活用しています。 | | |
| 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。 | 定期的に訪問診療と訪問歯科を受けられる体制があり、病状の進行等によっては専門の医療機関に紹介をしてもらっています。かかりつけ医からの病状の説明がある時には家族の同意を得て同席しています。かかりつけ医、薬剤師とは日頃から連携をしています。 | かかりつけ医は、入居前からの継続でも事業所の往診医でも、本人や家族の希望により選べます。往診医は月2回、24時間対応、歯科医は適宜に往診、夜間は事業所の職員である看護師もおり、適切な医療を受けられる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。 | 利用者の身体上の変化や気付きを看護職員に相談・報告し、専門的なアドバイスを受けています。必要な場合は、医療機関の受診につなげています。 | | |
| 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。 | 入院中は病院への訪問をこまめに行い、利用者・家族の不安を少しでも軽減できるように努めています。面会時は病棟の担当看護師や地域連携室の担当者と連携しています。また、近隣の医療機関にお便りを持参して、関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 入居時に終末期に関する意向を確認しています。病状等の進行によりかかりつけ医が終末期であると判断したときは、医師から家族に説明しています。その際は、この先起こり得ること、当ホームでできることなどを説明し、家族の意向を改めて確認し、支援の方針を定めています。 | 入居時に重度化・看取り支援に関する説明をし、意向を確認しています。必要段階になれば、医師をはじめとした関係者で再度話し合っ方針を決め、情報を共有して支援する体制を整えています。 | |
| 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。 | 急変や事故発生時の対応については、内部研修を行っています。救急車を手配する場合の手順を事務室に掲示して全職員で周知しています。 | | |
| 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。 | 防災委員を設置しています。災害等を想定した避難訓練後にはユニット会議で反省をして今後の課題等を検討しています。また、運営推進会議で地域の方々に協力をお願いしています。今年度は土砂。水害を想定した避難訓練を行う予定です。 | 消防署の立ち合いを含め、年2回定期的に避難訓練を実施しています。行政から水害土砂災害防災体制の再構築の通知が出たことにより、土砂災害を想定した訓練も実施しています。運営推進会議で避難より建物内に留まった方が安全ではとの意見があり、耐震診断を行い、方向性を決めています。 | |

| 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。 | 利用者の生活歴を把握し、本人が触れて欲しくないことは話題にしないなどの配慮をしています。家庭的な環境であることから馴れ合いになることもあり、言葉かけや対応についてユニット会議で話し合いをしました。 | 職員は、利用者の生活歴や日々のふれあいの中で利用者の思いを汲み取り、一人ひとりに合った接し方をするように努めています。職員に不適切な対応があった場合には、管理者は会議をはじめ、必要に応じた形で伝えて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。 | 日常生活において利用者の自己決定を尊重するよう努めています。思いや意思を現すことができるよう環境を作り、意志表示が難しい場合は家族等に確認するなどしています。 | | |
| 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。 | 日常生活は利用者のペースを大切にして、好きな場所、好きなことをして過ごしてもらえるように配慮しています。一人でいるようなときは声を掛けて、会話に加わることができるよう配慮しています。 | | |
| 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。 | 服装は利用者の好みの服を着ていただいています。就寝時に下着、洋服を毎日着替える方もいて、口腔ケア後には、鏡の前で身だしなみを整える様子がみられます。白髪染を希望する方には、入浴時に職員が対応しています。 | | |
| 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。 | 食材は献立を含め外部の業者に依頼しています。月2回ほど障がい者施設の方がパンの販売に来ています。行事などのときには、行事食を提供して、いつもと違う食事になるよう配慮しています。配膳や下膳、テーブル拭き等は利用者をお願いしています。 | 食材や献立は外注ですが、季節の行事食や利用者との日々の会話から食べたいものを聞き、外食や食事レクリエーションを企画するなどして食事を楽しむ機会を設けています。事業所の畑で採れた旬の野菜が食卓に上る日もあります。 | |

| 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。 | 健康チェック表に食事量、水分量を記入しています。摂取量が下がっている時や、体重の増減が見られる時はユニット会議で周知、対応等について検討しています。食べる行為を忘れてきたり、飲み込むことが難しくなってきた場合は、本人の好みのものを提供する等の工夫をしています。 | | |
| 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。 | 毎食後、本人に合った方法で口腔ケアを行っています。訪問歯科の来訪があり、一人一人の口腔状態を把握し、必要ときには相談をして専門的な指示を受けています。 | | |
| 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。 | 排泄チェック表に記録して一人一人の排泄リズムを把握し、トイレ誘導等を行っています。夜間の排泄がスムーズに行えるよう誘導方法を工夫する等、排泄の自立を支援しています。 | 排泄記録や表情、仕草などから判断して支援しています。夜間も時間を見計らって声掛けし、個々に合った誘導によってトイレでの排泄を促しています。水分摂取量を確認し、牛乳などの提供で、極力薬を使わないように努めています。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。 | 排泄の状況と水分摂取量を確認しています。起床時に牛乳を提供したり、本人の排泄パターンを把握して、トイレに長く座ってもらう等、薬に頼ることはできるだけ避け、自然な排泄ができるよう支援しています。 | | |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 職員配置等により入浴日は固定していませんが、できるだけ本人の希望に沿うように対応しています。身体機能に応じて洗髪、洗身の支援を行っています。また、冬至には柚子湯、子ども日にはしょうぶ湯なども提供しています。 | 入浴は職員の配置状況もあり時間や曜日は固定していませんが、個々の状況に合わせた対応が出来るように努めています。季節の柚子湯や菖蒲湯、入浴剤を入れるなどして入浴が楽しいものとなるように支援しています。 | |

| 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 |
| 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。利用者により、睡眠のリズムが異なることを理解しており、時間にとらわれずに個別に対応しているケースもあります。 | | |
| 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。 | 利用者の薬名、薬番、用途、用量が記載してある薬ファイルがあり、セッティングは薬剤師に依頼しています。薬が変更になる場合、臨時薬が処方された場合等は、連絡ノートで共有化しています。服薬の支援を行う際は、職員2名で名前等を確認しています。 | | |
| 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。 | 一日の始まりを認識できるよう、朝はラジオ体操を日課としています。利用者の生活力を把握して、日常で家事に参加してもらっています。畑仕事、生花の世話等の趣味の活動を行う方もいます。今年度は収穫日誌を作りました。 | | |
| 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。 | 利用者の誕生日に外食を楽しんだり、家族の所有する畑でレモンを取りに行ったり外出支援をしています。また、毎週末、家族と外出する方もいます。日常では、ホーム敷地にあるベンチで外気浴をすることもあります。 | 事業所は、富士山をはじめ四季折々の風景を眺められる立地条件にあり、日常的に散歩や事業所の広い敷地での外気浴や畑の世話をしています。また、職員と一緒に買い物に出掛けたり、水族館やフラワーセンターに出かけるなど、外の風景や空気に触れています。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。 | ホームで管理する以外に、家族に同意を得られた場合は、お金を所持できるように配慮しています。その際は、家族と相談しながら本人が管理できる範囲で行う等の個別にルールを決めています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 利用者から要望がある場合は、家族に電話をかけて利用者が直接話ができるように配慮しています。家族や知人等に年賀状を送ることを習慣としていたケースもあります。 | | |
| 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。 | 季節に応じて、温度・湿度管理をして感染症の予防等に繋げています。利用者と作成した作品をリビングに飾ったり季節の花を飾ったりして、季節感と愛着の湧く空間作りに努めています。 | 共用空間は季節感を感じられるような装飾を心掛け、清潔で心地よい空間を整えています。テレビの前にゆったりとしたソファを複数置くなど、気の合った利用者同士で過ごしています。オーナーから毎月季節の生花が届き、彩りを添えています。 | |
| 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。 | 日中の過ごし方は利用者それぞれ、好きな場所で過ごしています。一人で過ごしたいときは、食事の席や居室で過ごし、気の合った利用者同士でテレビを観たりしています。利用者が、落ち着ける居場所を作れるようにしています。 | | |
| 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。 | 入居時に使い慣れた茶碗やコップなどを持ってきてもらいます。居室は馴染みの家具を置いて、居心地良く過ごせるように配慮しています。安心して暮らせるよう、新しく購入するのではなく古くても使い慣れたものを持ち込んで頂くようお願いしています。 | 自宅で使用していたものをはじめ、テレビやタンス、絨毯、趣味の道具、家族の写真など、安全に配慮した上で本人の好みの品々を自由に持って来てもらっています。利用者がその人らしく居心地よく暮らせるよう支援しています。 | |
| 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。 | ホーム内はバリアフリーで手摺があり、安全に移動できるような環境になっています。トイレのドアには貼り紙をして、入居間もない利用者でもわかるように工夫しています。 | | |

| | |
|-------|---------------|
| 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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19) | ○ | 1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19) | ○ | 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 66 | 職員は、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近づけている。 | 事業所の理念はカードにして職員に配布し、いつでも確認できるようにしています。利用者が気兼ねなく思いを伝えられるよう心がけています。理念である家庭的を大切にしています。 | | |
| 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。 | 地域の祭りに行き、利用者が住民と交流する機会を提供しています。運営推進会議に自治会長・民生委員が出席しています。大井町主催の文化祭に利用者が制作した作品を展示しています。ボランティアの来訪もあり、日常的に交流する機会を提供しています。 | | |
| 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。 | 地域けあねっとわーく会議、認知症家族のつどいに参加して、地域の介護ニーズの把握をするとともに、専門性を活かした提案等を行っています。 | | |
| 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。 | 民生委員、自治会長、ふくしの会会長、ボランティア等が構成メンバーです。入退去、行事、防災対策等を報告し、必要なときは意見を募っています。 | | |
| 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。 | 大井町役場担当者は、運営推進会に出席していただいています。入居、防災等について相談をすることもあります。また、福祉事務所の担当者に相談することもあり、日頃から協力関係を築くよう取り組んでいます。 | | |

| 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 |
| 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。 | 倫理・法令をテーマにした内部研修で身体拘束についても学ぶ機会を持っています。できる限り身体拘束をしないケアに取り組んでいますが、利用者の安全を最優先することもあります。身体拘束の三原則について理解を深め共通認識のもと、支援方法を日々検討しています。 | | |
| 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。 | 権利擁護に関する内部研修を年に1度行っています。ホーム内で気になる声のかけ方を挙げて、振り返る機会を持っています。職員同士が声を掛けあえる環境作りを目指しています。 | | |
| 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。 | 権利擁護の内部研修のときに、成年後見制度についても学ぶ機会を提供しています。実際に社協のあんしんセンターを利用している方がおり、必要に応じて家族に提案しています。 | | |
| 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。 | 契約の締結は契約書、重要事項説明書を読み上げ、口頭で補足説明を行っています。事前に目を通して頂けるよう契約書等を渡すこともあります。入居前の面談を丁寧に行うこともあり、個別のケースに応じた対応を心がけています。 | | |
| 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。 | 運営推進会議に利用者、家族の出席をお願いしています。その時に意見や要望を聞くようにしています。また、面会時のほか、電話やメールでも連絡をしており、意見や要望を言いやすい環境作りを心がけています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 職員配置等について本部から管理者に話がある場合は、リーダー会議、ユニット会議で職員に知らせ、意見や提案を聞く機会を設けています。職員からの要望で職員用の駐車場を新たに整備しています。 | | |
| 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。 | 職員が個々に自己目標を決め、達成に向けて取り組んでいます。今年度は、目標設定の前に管理者と面談をする機会を設けています。 | | |
| 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。 | 年間で内部研修の予定を組んでいます。今年度は指導力向上を目的として、常勤職員が講師になり、研修を行うようにしました。外部研修には積極的に派遣しています。地域の医療機関、福祉事務所が主催する研修の情報を掲示して参加しやすい環境を作っています。 | | |
| 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。 | 外部研修に派遣して、同業者と交流する機会が持てるようにしています。地域のケアマネジャーの集まりに参加して事例検討等を行い、ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいます。 | | |
| 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。 | 入居前に自宅訪問を重ねることもあり、本人、家族の表面化しにくいニーズの把握に努めています。利用開始時は不安や不満につながりやすく、信頼関係を早期に築き安心安定した生活を送れるよう、関係作りを積極的に行っています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 入居相談を受けた時から、本人、家族と面談を重ねて、時には家族だけとの面談も行いながら不安や要望を現しやすしい環境作りをしています。 | | |
| 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。 | 入居前に得た情報から福祉用具のレンタルや専門の医療機関への受診を提案しています。本人、家族の意向を確認したうえで他サービスの利用につなげています。 | | |
| 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。 | 掃除や洗濯物たたみなどの家事は利用者とともにやり、利用者と職員が協力し合う関係作りに努めています。それぞれに役割を持ってもらい、生活に参加するだけでなく、ともに暮らしているという思いを感じることができるよう配慮しています。 | | |
| 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。 | 家族が来所しやすい雰囲気を作るよう心がけています。毎週末に面会に来られる家族もいます。生活の質の確保に向けて家族と共に考えることもあり、良好な関係作りができています。 | | |
| 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。 | 家族の意向により馴染みの人との関係継続が図れないケースもありますが、自宅近所の方が面会に来られるケースもあり、状況等に応じて関係継続を支援しています。 | | |

| 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。 | 仲の良い利用者同士でテレビを観たり、夕食後から就寝するまで一緒に過ごしたりしています。利用者皆さんに就寝の挨拶をしてから休む方もいて、利用者同士が良い関係を作っています。 | | |
| 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。 | 入院や施設変更などで退去した時は、1ヵ月を目安に入院先や新しい施設に面会に行き、生活状況等を確認しています。入居していた時に仲の良かった利用者と面会に行くこともあります。家族には退去後でも相談を受けることができることを伝えています。 | | |
| 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。 | レクリエーションには基本的に本人の参加意思を確認しています。生活のサイクルは利用者が決めています。意思表示が難しい利用者は気持ちをくみ取るよう心がけています。 | | |
| 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。 | 入居時に生活歴を聞き取り、自宅に訪問してその方の暮らし方や生活環境を確認するように努めています。入居後も本人・家族から確認できたことは職員で共有し、必要に応じて記録に残しています。 | | |
| 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。 | 入居初期のときに、利用者の生活サイクルを把握するよう努め、利用者の心身の状況、体調等に応じて居室で休息が取れるよう配慮しています。 | | |

| 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 |
| 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。 | ユニット会議と3カ月に1回のモニタリングから利用者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をしています。計画作成担当者は、ユニットリーダーから支援についての意見・提案を聞くようにしています。 | | |
| 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。 | 日常の様子は支援記録や健康チェック表などに記録しています。ケアプランの実践の有無をケアプランチェック表に毎日記録し、3ヵ月毎のモニタリングで評価を行っています。モニタリングの際は、利用者本人に意向、満足度を聞き取るようにしています。 | | |
| 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。 | 本人の病状等の変化に応じて往診医や専門の医療機関に受診できるよう支援しています。家族の面会時には本人の生活状況等を知らせるとともに、家族の状況把握も心がけています。 | | |
| 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。 | 日用品は地域のスーパー、ドラッグストアで購入しています。誕生日に外食に出掛けることもあり、日常生活が楽しく暮らせるよう地域資源を活用しています。 | | |
| 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。 | 定期的に訪問診療と訪問歯科を受けられる体制があり、病状の進行等によっては専門の医療機関に紹介をしております。かかりつけ医からの病状の説明がある時には家族の同意を得て同席しています。かかりつけ医、薬剤師とは日頃から連携をしています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 利用者の身体上の変化や気付きを看護職員に相談・報告し、専門的なアドバイスを受けています。必要な場合は、医療機関の受診につなげています。 | | |
| 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。 | 入院中は病院への訪問をこまめに行い、利用者・家族の不安を少しでも軽減できるように努めています。面会時は病棟の担当看護師や地域連携室の担当者と連携しています。また、近隣の医療機関にお便りを持参して、関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 入居時に終末期に関する意向を確認しています。病状等の進行によりかかりつけ医が終末期であると判断したときは、医師から家族に説明しています。その際は、この先起こり得ること、当ホームでできることなどを説明し、家族の意向を改めて確認し、支援の方針を定めています。 | | |
| 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。 | 急変や事故発生時の対応については、内部研修を行っています。救急車を手配する場合の手順を事務室に掲示して全職員で周知しています。 | | |
| 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。 | 防災委員を設置しています。災害等を想定した避難訓練後にはユニット会議で反省をして今後の課題等を検討しています。また、運営推進会議で地域の方々に協力をお願いしています。今年度は土砂。水害を想定した避難訓練を行う予定です。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 利用者の生活歴を把握し、本人が触れて欲しくないことは話題にしないなどの配慮をしています。家庭的な環境であることから馴れ合いになることもあり、言葉かけや対応についてユニット会議で話し合いをしました。 | | |
| 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。 | 日常生活において利用者の自己決定を尊重するよう努めています。思いや意思を現すことができるよう環境を作り、意志表示が難しい場合は家族等に確認するなどしています。 | | |
| 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。 | 日常生活は利用者のペースを大切にしてい、好きな場所、好きなことをして過ごしてもらえるように配慮しています。一人でいるようなときは声を掛けて、会話に加わることができるよう配慮しています。 | | |
| 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。 | 訪問美容で髪を切った後、カラーリングを希望する場合は、ヘアカラー剤を予め準備して入浴時にカラーリングをしています。 | | |
| 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。 | 食材は献立を含め外部の業者に依頼しています。月2回ほど障がい者施設の方がパンの販売に来ています。行事などのときには、行事食を提供して、いつもと違う食事になるよう配慮しています。配膳や下膳、食器洗い等は利用者をお願いしています。 | | |

| 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。 | 食事介助が必要な場合は、自立支援を念頭に入れながら、過度な援助にならないようにしています。その際は、ユニット会議で話し合い、職員で共有化しています。 | | |
| 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。 | 訪問歯科の来訪があり、食後の歯磨きの方法等、専門的な指示を受けています。歯間に食べ物や汚れが残らないよう歯間ブラシを使用する等、毎食後、本人に合った方法で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。 | 排泄チェック表に記録して一人一人の排泄リズムを把握し、トイレ誘導等を行っています。利用者の人体能力に応じて夜間はポータブルトイレを使う等でオムツは最終手段として共通認識を持って排泄の自立に取り組んでいます。 | | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。 | 排泄の状況と水分摂取量を確認しています。起床時に牛乳を提供したり、本人の排泄パターンを把握して、トイレに長く座ってもらう等、薬に頼ることはできるだけ避け、自然な排泄ができるよう支援しています。 | | |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 職員配置等により入浴日は固定していませんが、できるだけ本人の希望に沿うように対応しています。身体機能に応じて洗髪、洗身の支援を行っています。入浴が楽しくなるように入浴剤を使用したり、利用者の希望を聞きながら入浴の支援をしています。 | | |

| 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。利用者一人一人の体調や表情、希望等を考慮して、食後に休息が取れるように支援しています。 | | |
| 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。 | 利用者の薬名、薬番、用途、用量が記載してある薬ファイルがあり、セッティングは薬剤師に依頼しています。薬が変更になる場合、臨時薬が処方された場合等は、連絡ノートで共有化しています。 | | |
| 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、洗濯物たたみ等、家事については役割を持ってもらうよう支援しています。入居前にコーラスに通っていた方がいて、職員と唱歌などを歌っています。また、新聞の定期購読を続けている方もいます。 | | |
| 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。 | 定期の往診以外に専門の医療機関に家族と受診に出掛けています。年1回の外出行事があり、花を観賞したあとに外食をしてもと違う食事を楽しみました。ホーム敷地にあるベンチで外気浴をすることもあります。 | | |
| 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。 | 基本的にお小遣いはホームで預かり、管理しています。本人が、お金の所持を希望される場合は、所持が可能と思われる方に限りませんが、家族の同意を得て所持でき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。 | 本人から家族、親族に電話をかけたいと要望がある場合は、電話で話をするができるよう支援しています。その際は、家族、親族の負担にならないよう配慮しています。 | | |
| 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。 | 季節に応じて、温度・湿度管理をしています。西日が入る時間にはカーテンをして、夏はグリーンカーテンで心地よく過ごせるように配慮しています。季節に合わせた壁飾りを利用者と作っています。また、毎月季節の生花が届けられ、季節感を感じることができる空間作りをしています。 | | |
| 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。 | 一人で過ごしたいときは、食事の席やテレビ前のソファ、居室などで過ごしています。気の合った利用者同士でテレビを観ることもあります。利用者が、落ち着ける居場所を作れるようにしています。 | | |
| 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、使い慣れた鏡台や椅子等で心地よく過ごせるよう工夫しています。就寝前に居室のテレビを、他利用者と一緒に観てから休むことを習慣にしている方もいて、家族と相談しながら居心地よく過ごせるよう配慮しています。 | | |
| 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。 | ホーム内はバリアフリーで手摺があり、安全に移動できるような環境になっています。トイレのドアには分かり易く貼り紙をしています。テーブルの高さを変えて、食事を見えやすくすることで食事の自立支援につなげています。 | | |

目標達成計画

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 | 4 | 家族とコミュニケーションをとり信頼関係構築に努めている。家族は協力的であるが、運営推進会議に家族の参加がないことが続いている。家族の事情も考慮し、利用者、家族、地域、ホームの関係作りに引き続き取り組んでいく。 | 生活状況の説明やケアプラン・支援の方針の説明については、窓口を定めている。その体制を継続しつつ、行事、運営推進会議への参加をお願いし、利用者、家族、地域、ホームの関係理解していただくよう取り組んでいく。 | 大きな行事としては桜の花見会に家族、地域の方、ボランティアを招待している。家族が面会に来られる方も多く、遠方の家族には電話連絡にて近況を知らせている。現在取り組んでいることを継続しながら、他行事や運営推進会議の日程を事前に知らせ、参加しやすいよう工夫する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 13 | 近隣市町村のグループホーム連絡会から研修の案内があり、医療機関の地域向けセミナー・研修の案内も届いている。開催時間によるが、積極的な活用には至っていない。 | 正規職員の資質向上に取り組むとともに、非常勤職員にも外部研修参加の機会を提供し、知識、技術の向上に取り組む。 | 地域のセミナー・研修会の情報を集め、常勤職員、非常勤職員に情報提供をする。職員自己評価から個別の課題を本人と話し合い自己研鑽できるよう促していく。 内部研修のあり方についても見直しをしていく。 | 12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。