

平成30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29年7月7日	評価結果 市町村受理日	平成30年9月28日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年8月7日	評価機関 評価決定日	平成30年8月30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」を下車して徒歩10分程のところにあります。見晴らしの良い丘陵地で、周囲は緑に囲まれ自然の豊かさを感じる場所です。木のぬくもりを感じるログハウス風の建物です。利用者は、日々自然を感じながら暮らしています。

<優れている点>

事業所は地域の一員として地域住民や行政と積極的に交流しています。「地域けあねっとわーく」「認知症家族のつどい」「オレンジカフェひだまり」などで、役場職員、地域包括支援センター職員と日常的に交流し、情報交換を行っています。介護相談員が毎月訪問し、利用者の相談相手になっています。地域住民とは自治会主催の「夏祭り」や事業所主催の「花見」などで相互に交流しています。また書道や茶道、歌と体操、傾聴ボランティアなどが日常的に来訪しています。ボランティアの数名は運営推進会議に出席し、事業所の運営状況を熟知しています。また、協力医による毎月の往診以外に、健康管理の一環として利用者全員が年2回血液検査を行っています。それによって健康状態や病気の早期発見に努めています。

<工夫点>

日々の生活記録としての業務日誌や支援記録もありますが、利用者ごとの生活状況が、介護計画の短期目標に添っているかの整合性をケアプランチェック表を用いて確認し、快適に過ごせるように努めています。

### 【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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	理念は、利用者の尊厳を大切にするなど4項目で構成され、各ユニットの玄関に掲示しています。職員は理念を記載したカードを常に携帯し、いつでも確認できます。職員は利用者に寄り添い、家庭的な雰囲気の中で利用者の価値観を尊重し、安心した生活が送れるように支援しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	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、夏祭りなどの行事への参加と同時に、地域住民が事業所の行事（花見など）に参加しています。行政主催の「地域けあねっとわーく会議」や「認知症家族のつどい」に参加し、交流を深めています。歌と体操、書道、傾聴ボランティアなどを受け入れています。	
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、オレンジカフェひだまりに参加して、地域の情報収集をするともに、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。	原則3ヶ月に1回、自治会長始め、ふくしの会、民生委員、ボランティア、利用者、家族、大井町介護課職員などが参加して開催しています。参加者には事業所の実情を直接知る機会になっています。最近の会議では、施設の防災訓練などを説明し、意見交換を行い、地域の理解も得ています。	
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。	役場職員、介護施設の管理者、管理者による年2回の3者会議や、介護相談員の毎月の来訪などで緊密に連絡を取り合っています。行政主催の研修会に職員が参加しています。管理者は研修会の講師もしています。	

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。	拘束に関する事業所の基本方針や職員向けの文書があり、年数回の内部研修で周知を図っています。契約時に、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手順を説明し、家族などの同意を得ています。玄関は夜勤帯以外での施錠はしていません。	
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。	利用者とは会話の中で、家族とは来訪時や運営推進会議などで意見や要望を聞くようにしています。「足柄の春おたより」（広報誌）で生活の様子を伝え、電話などで話し合うこともあります。家族に地域の情報を伝え、家族が地域の行事に参加することもあります。	

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
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。	毎月のリーダー会議、ユニット会議 申し送りなどで職員の意見を把握しています。管理者は職員との年1回の個人面談で意見を引き出すようにしています。職員から買い物の方法、野菜園の利用方法などの提案があり、実行しています。職員は法人幹部との意見交換の場もあります。	
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。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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づくりに努めています。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、誕生月に職員と外食をしました。家族、親族の畑に行き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。	入居前のアセスメントや、利用者、家族との話し合いなどで馴染みの人や場所を把握しています。家族の協力で馴染みのコーヒー店や墓参りなどに行けるように配慮しています。定期的に来訪する友人と利用者との関係が途切れない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
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。		
<b>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</b>					
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。	職員は日常の会話などを通じて利用者の思いや意向を把握し、ユニット会議やリーダー会議で共有し、支援に役立てています。意思疎通が困難な利用者は、家族からの情報や日々の行動、仕草などから思いや意向を把握し、入浴、散歩などを本人本位で検討しています。	
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。	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為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。	職員は利用者や家族の意向を日頃の関わりの中で把握し、毎月のユニット会議や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。介護計画は原則1年ごとに定期的に作成していますが、利用者の状況に応じ、適宜見直しを行っています。作成した介護計画は利用者や家族に説明し同意を得ています。	
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カ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を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、本人や家族の希望で継続できます。皮膚科、眼科に通院した場合は診断結果を訪問医に繋げています。職員看護師は日々の健康観察の状況を、月2回の訪問医の診察の前に伝えています。年2回血液検査も行っています。医療情報は家族、職員と共有化を図っています。	



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づ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。	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・終末期のケア指針」を説明し、意向確認をしています。容態が急変した場合は、24時間対応の訪問医の指示を受け、再度家族に確認し、必要に応じて協力医療機関と連携をとっています。職員は年2回「急変時の対応」「高齢者の看取り」の研修を受けています。	
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。	年2回、避難訓練を実施しています。非常時の職員の行動のチェックや実施後の反省会の意見から「備蓄品、保管場所」の表を作成し、職員の共有化を図っています。施設独自で「土砂・水害避難フローチャート」を作成し、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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	「尊厳を大切に」の理念や「利用者権利擁護指針」によって、日々の接し方に配慮しています。風呂や食事、外出、レクなどで「○○しますか」と声掛けし、本人の意思確認をして、その人の過ごす時間やペースを大事にしています。利用者のその人らしさを尊重しています。	
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、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。一人であ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。	献立、食材は業者に委託し、職員の調理で提供しています。菜園の野菜や月2回、訪問販売のパンが食卓に並びます。自分の箸、茶椀、湯呑を使い、丸テーブルを囲んで職員と一緒に会話しながら食事をしています。食後もゆったりとした時間を持つようにしています。	

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
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、必要な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。	トイレは、車いすが移動ができる広さで、清潔感があります。排泄チェック表に水分摂取量と便、尿の回数を記入し、排泄リズムを把握してトイレ誘導しています。紙パンツから布パンツへの自立支援の事例もあります。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	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、子どもにはしょうぶ湯なども提供しています。	入浴は原則週2回ですが、本人の希望にも応じています。浴室の入り口には座って着脱や休憩ができるソファを置き、くつろぎの場所ともなっています。体調に合わせて足湯の支援もしています。浴槽は広く、気の合った人と入浴を楽しむ利用者もいます。	

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、地域の行事に参加し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。	自然豊かな立地で、日常的に散歩をしています。本人の希望に添って外気浴や個別の散歩、ドライブにも行っています。フロアごとの遠出外出や文化祭、家族との食事、墓参りにも出掛けています。文化祭には利用者が共同で作った折り紙や紐の作品を出品しています。	
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がっています。利用者で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。	フロアは広く、窓から光が差し込み、明るくゆったりとした空間です。3セットあるソファは、休息や折り紙、カラオケなどができるスペースとなっています。植木鉢や利用者手作りの風鈴、ゴーヤのグリーンカーテンがあり、季節感にも配慮しています。	
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。	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。	クーラー、カーテンは備え付けです。入居者と居室担当職員が掃除や服の整理をし、居心地よい環境作りに努めています。窓から山の木々や街並みが眺められます。家族写真やテレビ、ラジオ、鏡台などを持ち込み、ドアにのれんを掛け、憩いの空間となっています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。		
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。		
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、オレンジカフェひだまりに参加して、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。	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。		
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。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、親族の畑に行き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。		

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ます。		
<b>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</b>					
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と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。		
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。入居後にも本人・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。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。		
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カ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を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、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。		

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、事業所です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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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、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。一人での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。		

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、必要など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。		
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。		

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、地域の行事に参加し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。		
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。利用者で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。		
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。		
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。		

## 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	運営推進会議に出席して頂いていた家族が、利用者の退去で出席できなくなった。今年度、看取り介護で退去になった利用者の家族が面会に来られなくなり残念がっていた。退去してからも関りが持てるよう働きかけが必要と思われる。	運営推進会議に家族出席が定着するよう全ての家族にあらためて依頼していく。また、面会等により現在入居している利用者と馴染みになった家族もいるので、関りが継続できるよう訪問しやすい環境作りをしていく。	運営推進会議の開催前に家族にお知らせ等を行うことで周知を図る。退去された利用者家族を行事等に招待し、関係継続の働きかけをしていく。	12ヶ月
2	35	土砂・水害を想定した避難訓練を実施した。スプリンクラー設置業者から避難訓練の際に立ちあいをして課題・問題点等のアドバイスを受けることができるとの提案があった。		実際に災害が発生したときに備えて、職員に実施日を知らせずに行う等、避難訓練実施方法を見直す。また、避難訓練は実際の避難と同じように行うことで課題を明確にする。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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。