

2020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28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	2020年8月26日	評価結果 市町村受理日	令和2年12月23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。また、家族と協力関係を築くよう努め、家族とともに介護を行なっています。地域との関わりも大切にしており、地域の行事にはできる限り参加させていただき、地域の方々と顔なじみの関係が作れるよう取り組んでいます。利用者、家族、職員ともに笑顔で過ごし、笑い声の絶えない毎日を送っていただいています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年10月8日	評価機関 評価決定日	令和2年12月15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、株式会社が運営する平成16年7月に開設されて16年の実績のあるグループホームです。JR御殿場線「上大井」駅から徒歩で約15分ほどの2ユニットの斜面に建つログハウス風の2階建ての建物です。周りは、自然に囲まれ、眺めの良い閑静な場所にあります。

<優れている点>

地域や町役場との交流を活発に行っています。運営推進会議に自治会長、民生委員、ふくしの会の人や地域の多くのボランティアの人々、大井町の介護課の職員などが参加しています。コロナ禍の影響で開催場所を地区の自治会館で開催しています。書道、茶道、ピアノ、歌、体操のボランティアを受け入れ、中学生の職場体験も受け入れています。事業所の花見の際には、地域の人やボランティアの人々を招いています。大井町地域包括支援センター主催で「認知症家族のつどい」が偶数月に開催され、管理者が参加しています。大井町より介護相談員の派遣があり、半期に一度、大井町、相談員、事業者の3者会議を設けています。地域医療・介護連携支援センターの介護事業所の連絡会があり、看取りなどの勉強会に参加しています。

<工夫点>

避難訓練を火災、地震、土砂災害を想定して年6回開催しています。避難訓練に前回参加できなかった職員が参加できるように出勤シフトの調整を行い、全職員が避難訓練を行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム「足柄の春」
ユニット名	小春

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。 (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、安心して暮らしている。 (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。	玄関に理念を掲示しています。職員は理念を記載した名刺サイズのカードを携帯しています。理念の「家庭的な雰囲気のある生活」を体現してもらうため、入社面接時にホームで面接を行い、伝えています。管理者が朝、出勤した際に職員に理念を話しています。	
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。感染予防でボランティア等の来訪はお断りしていますが、ボランティアの来訪も多く、利用者の方が地域の方と交流できるよう支援しています。	例年、自治会の「おしゃべり会」やサロン、どんど焼きに参加しています。ホームの駐車場から大きな桜の木が見えるので、地域の人やボランティアを招いて花見をしています。中学生の職場体験を受入れています。書道・体操・ピアノなどのボランティアが来ています。今年度はコロナ感染予防の為行っていない。	
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。	例年運営推進会議は自治会長・民生委員2名・ふくしの会・ボランティア3名・大井町職員・利用者・家族が出席して3ヶ月に一度開催しています。昨年11月と今年の2月以降の会議はコロナ感染予防の為行っておりません。	
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、運営推進会議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。	大井町の担当職員が、運営推進会議に出席し、様々な相談をしています。看取りについてアドバイスをもらっています。「地域けあねっとわーく会議」に参加し、日頃から大井町職員と連絡を取っています。町の文化祭に利用者の作品を出展しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束についての内部研修を実施しています。身体拘束についての定義を共有し、できる限り身体拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束の必要が生じた場合は、主治医から意見をいただき、家族の同意のうえに実施します。	身体拘束についてのリーダー会議を年3回行っています。5月に「身体拘束についての基本」と題して玄関の施錠、四肢の拘束、ベッド柵の使い方などについて内部研修を行っています。玄関は施錠することなく、利用者の安全に配慮しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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。社協の安心センターを利用していたケースあり。、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。	「苦情対応マニュアル」を作成し、「要望・苦情リスト」を整備しています。運営推進会議に利用者、家族が出席しています。家族が来訪した時には、要望などを聞き出すようにしています。面会以外に電話やメールで連絡し、言い易い環境作りをしています。	

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
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。	管理者は職員との面談のときに職員の意見・提案を聴くように努めています。職員からの意見・提案はリーダー会議で共有し、必要に応じて検討、業務改善等につなげています。	管理者は普段から、職員が管理者・ユニットリーダーに意見を言いやすい雰囲気作りを心掛けています。ユニット会議や申し送り時に意見や提案が有った場合には、リーダー会議で検討し対応しています。リーダー会議で決めて調理と事務の専門職員を採用しています。	
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。	職員が個々に個人目標を決め、達成に向けて取り組んでいます。個人目標の他、受けた研修等も出してもらい、研修の案内はユニットに掲示しています。管理者は職員と関わり、出勤時の様子を把握するよう努めています。		
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。	年間で内部研修の予定を組んでいます。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。足柄上地区のグループホーム連絡会に出席しています。		
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。	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。利用者の生活の質の確保に向けて家族と共に考え、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。	本人の意向を聞きながら、なじみの人との関係継続を支援しています。	以前に住んでいた場所や墓参りに行っています。家族の経営する料理店へ食事に出かけたりしています。利用者が参加する認知症オレンジカフェには、以前の自宅の近所の人も参加しています。オレンジカフェに参加していた人が入居につながっています。	

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
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。	疾病により生活に制限があってもできる限り本人らしく暮らしていただけるよう配慮しています。	利用者の認知症の状態によって聞き取りや普段の会話から把握をしています。居室で1対1になって利用者から職員がよく話を聞く機会を作っています。職員が利用者から聞いた事を支援記録に記載し、職員同士の情報共有をしています。	
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記入しています。	計画作成担当者は、ケアプラン更新月に家族が参加するサービス担当者会議を行い、アセスメントを実施し課題を出し、ケアプランの案を作成しています。その案を居室担当者、ユニットリーダーが確認し、意見・提案を赤字で記入し、ケアプランを作成しています。	
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。	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。	内科の訪問診療は月2回、歯科は毎週受診します。入居前のかかりつけ医を継続することも可能で、1名が訪問診療と併用しています。専門医の通院は基本家族付き添いですが、認知症専門医と精神科医は職員が対応しています。医療連携24時間オンコール体制です。	

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
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。	利用者の身体上的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。	入院中は病院の相談員と連携しています。地域の介護医療連携支援センターに相談に行くこともあり、医療関係者との関係作りを行っています。		
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。	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を、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・終末期ケア指針」で説明し「看取り支援確認書」で意向を確認しています。直近3年で4件の看取り実績があります。外部研修で看取り勉強会「グリーンケア」に参加し、終末期のケアの経験はユニット会議で共有します。	
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。	火災の避難訓練では、防災設備会社に立ち会ってもらう事もあり、避難方法のアドバイスをいただいています。避難訓練の実施方法を変更したことで、災害発生時の課題が明確になっています。	避難訓練は、火災、地震、土砂災害を想定し、全職員が参加できるように年6回実施予定です。3月の消防署の立ち合いや、防災設備会社にも立ち合いの機会を設け助言を受けています。災害用備蓄品はリストにして各ユニットに掲示して管理しています。	

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。	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ています。	理念の「尊厳を大切に、家庭的な雰囲気のある生活」を意識して支援しています。接遇マナーのマニュアルで内部研修を実施し、ユニット会議で利用者の気持ちに配慮した接遇を話し合っています。個人情報の書類は鍵のかかるキャビネットで保管しています。	
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。	調理は職員が行い、利用者はテーブル拭きや配膳、下膳を手伝っています。自治会や家族を招く花見の行事食は毎年工夫しています。出張握り寿司、出張天ぷら、鍋料理の行事食は好評です。誕生日にレストランで外食したり、家族が経営する料理店にも行きます。	

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。	排泄チェック表で排泄リズムに合わせトイレ誘導しています。ラジオ体操や散歩ができる利用者は体を動かし自然な排泄を促しています。手引き歩行での誘導、車イスでの誘導、居室にポータブルトイレを設置など、利用者の状態に合わせた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、子どもに日にはしょうぶ湯なども提供しています。	入浴は基本週2回で、できるだけ利用者の要望に沿うようにします。ほぼ全員が要介助で入浴中はリラックスして会話が弾んでいます。季節には柚子湯やしょうぶ湯を楽しんでいます。入浴を嫌がる利用者には、時間を空けて声掛けしたり、清拭、足浴で代用します。	

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ます。服薬の支援を行う際は、職員2名で名前、日付を確認しています。服薬支援を行う職員は、利用者が飲み込むまで確認しています。		
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。		
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。	感染症予防の為、外出は控えていますが、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。	感染症予防の為外出は控えていますが、通常では近隣のイチョウ並木に散歩に出かけています。車イス対応の車で年1回の遠足に行き、地域の夏祭り、おしゃべり会、どんど焼き、文化祭、敬老会、認知症オレンジカフェなどに参加しています。	
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。職場体験の中学生からはがきをいただいたあとに、利用者と一緒に年賀状を書いて送っています。		
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。	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。	温度、湿度、換気管理をして感染症予防をしています。リビングには季節ごとに利用者と一緒に制作した作品や季節の花を飾ったり、廊下に誕生日会や外出したときの写真を掲示しています。リビングの清掃は利用者も手伝って、清潔にしています。	
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。	居室にはエアコン、カーテン、照明器具が設置されています。利用者の状態に合わせ、床マット式のセンサーで見守りしたり、低床ベッドを利用することもあります。タンスや椅子、家族の写真、髪飾りなど持ち込んでいます。自分で掃除をする利用者もいます。	
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している。 (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、安心して暮らしている。 (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。		
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。	地域のおしゃべり会やサロンに行き、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。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ときもあり、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。職員からの要望で防火倉庫を新しく設置しました。		
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。	職員が個々に個人目標を決め、達成に向けて取り組んでいます。個人目標の他、受けてほしい研修等も出してもらい、研修の案内はユニットに掲示しています。管理者は職員と関わり、出勤時の様子を把握するように努めています。		
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。	年間で内部研修の予定を組んでいます。外部研修の案内が届いたときは、ユニットに掲示したり、個別に情報を提供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。足柄上地区のグループホーム連絡会に出席しています。		
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。	入居当初は、不安な気持ちに寄り添い、利用者にとって心地よい居場所となるよう支援しています。家族の不安な気持ちにも共感するよう努め、生活状況をこまめに報告し、本人・家族との関係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。	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。生活の質の確保に向けて家族と共に考え家族がボランティアとして来訪することもあり、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。利用者同士が良い関係を作っています。集団生活でストレスを感じてると思われるときは個別にドライブに誘うなどしています。		
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。入居していた時に仲良かった利用者や面会に行くこともあります。家族には退去後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。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ィアを反映し、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。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を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、家族の状況把握にも心がけています。		
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。雑誌の定期購読をしている方は近くのコンビニに依頼をして取り置きをしています。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。	入院中は病院の相談員と連携しています。地域介護医療連携支援センターに相談に行くこともあり、医療関係者との関係作りを行っています。		
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。	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。	災害は予測せずに発生しますので、職員に事前には知らせずに避難訓練を実施しています。防災設備会社に立ちあってもらうこともあり、避難方法のアドバイスをいただいています。避難訓練の実施方法を変更したことで、災害発生時の課題が明確になっています。		

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
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。	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。マニキュア・うぶ毛剃りなど、個別に対応しています。		
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。障がい者施設からパンを購入することもあります。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せん。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の状況に応じて、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、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。また、雑誌の定期購読を続けている方がいます。		
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。	定期的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。感染症予防の為、外出はひかえています。ホーム敷地にあるベンチで外気浴をすることがあります。		
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すが、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、季節に合わせた壁飾りを利用者と作っています。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。なじみの家具で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。		

2020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：令和 2年 12月 19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	13	長く勤めているスタッフが多く日々ゆったりしたケアが提供できていると思われるが、若い年代のスタッフが少なく、介護スタッフ補充、定着と育成が大きな課題となっている。	やりがいを感じてもらえる職場環境を作る。	ハローワーク、求人媒体などを利用して人材募集をしているが、応募者が少なく、応募があっても定着しない。求人募集の方法を見直しているが、応募者はなくさらに検討していく。	24ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月