

2021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	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和3年9月17日	評価結果 市町村受理日	令和3年12月21日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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。感染症予防対策に努めながらも、利用者と家族の関係継続を支援し、「家族とともに介護する」関係作りに努めています。また、地域との関わりも大切にしており、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3年11月12日	評価機関 評価決定日	令和3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）】

場所はJR御殿場線の「上大井」駅から徒歩15分程の所にあります。緑に囲まれた丘の中腹にある山小屋風の建物です。入り口は1階にあり周囲は静かでベランダからの見晴らしも良く、リゾート施設のような開放感があります。

<優れている点>

新旧スタッフの仕事の役割がバランスよく機能しています。皆で見守る看取りの際の対応の経験も豊富です。PDCA(計画、実行、評価、改善)を日々の支援に活かしています。職員には1年間の「個人目標」の設定を義務付けています。各職員の資格取得支援、働き甲斐の創出、将来のキャリアアップなどを支援する為に運用しています。また、事業所の法人と管理者は町役場、自治会、グループホーム連絡会との連携、ボランティア、近隣の中学校の職場体験も受け入れ、活発な活動を並行して行っています。

<工夫点>

各種のファイルが整然としていて無駄がなく、誰でも素早く手に取り情報を得られるよう整理しています。外注ネットワークを最大限活用し、全ての職員がオンラインで学べる各種サービスの研修プログラムも導入しています。職員は研修レポートで学んだ事と自己の今後の課題を毎回入力しています。また、火災、地震、土砂崩れ等の避難訓練を年6回行っています。訓練の実施では地域の行政部署との日頃の細かな連携作業が毎回、十分に活かされています。

### 【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
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る。 (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。ホームの基本理念としている「家庭的」を大切にしています。	理念は玄関や事務所に掲示しています。また、フローア会議や勤務交代の折など常時、管理者と職員は話し合いの時間を設けています。利用者が不安を感じずに寂しげに安心してホームでの日々の生活を送れるように職員全員で行う話し合いとなっています。	
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。	感染症予防対策でボランティアの受け入れを休止していますが、運営推進会議に自治会長、民生委員等の方が参加しています。自治会に加入しており、敬老の日などは自治会から記念の品をいただくことがあります。	事業所は町役場の介護福祉課、町内会、ボランティア、グループホーム連絡会などの情報交換を頻繁に行っています。テーマは介護度の改定相談、介護関連セミナーへの参加、諸々の公的または、各NPO法人の行事開催に関してなど、多岐にわたります。	
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。	感染症予防対策で認知症家族のつどい、オレンジカフェひだまりへの参加は控えさせていただいています。入居相談や問い合わせには、入居につながらないケースでも他施設の情報等を収集して情報を提供しています。	/	/
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、ボランティア等の方に参加していただいています。今年度は、町会議員の方も参加していただき、入退去、行事、運営報告等を行っています。	今年は4月21日に自治会館に場所を移し、運営推進会議を開催しましたが、コロナ禍の為、その後は対面形式の会議は延期しています。町会議員の視察等も今年もあり、コロナ禍の事業所と利用者の現状を見て貰う機会もありました。	
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ます。	大井町役場の担当者は、運営推進会議に出席していただいています。入居、防災、利用者の状況等について相談することもあります。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。	町役場の介護福祉課の職員と事業所の管理者及び本部役員も頻りに連絡を取ります。近くに家族がいない利用者への対応では管理者と行政が緊密に連絡を取り合い問題処理も行っています。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	今年度、身体拘束適正化検討委員会を設置して、身体拘束に関する指針を整備しました。今までも、身体拘束をテーマにした内部研修を実施していました。止むを得ず、身体拘束を行う場合は、緊急性、切迫性、代替性の身体拘束に関する定義を理解した上で行き、記録に残すことを職員全員が理解しています。	今年からは身体拘束防止委員会とは別に身体拘束適正化検討委員会を設置しています。この研修では再度、外部マニュアルやデータと事業所での対応内容を精査し、全員で同じルールを理解し、適正に遂行し、その記録と日時を明記していく事を確認しています。	
7	6	○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。	今年度、「人権擁護・虐待防止委員会」を設置し、高齢者虐待についての指針を整備しました。委員会では、利用者の呼び方について話し合うなど、虐待についての意識を見直す機会になっています。	「人権擁護・虐待防止委員会」は春と夏に1回ずつ開催しています。接遇マナー研修は職員全員が受講しています。今回はベテランスタッフも含めて、再度基本に立ち返り、利用者一人ひとりへの呼び掛け方から見直しをしています。	
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。	社会福祉協議会の自立支援事業・あんしんセンターを利用しています。成年後見制度については、利用者、家族の関係等により、情報提供をしています。		
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。入居前の面談等を丁寧に行い、個別のケースに応じた対応を心がけています。		
10	7	○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。	感染症予防対策で大井町の相談員の訪問は休止していますが、利用者の生活状況等を報告しています。家族の面会時のほか、電話やメールでも連絡をしており、家族が意見や要望を言いやすい環境作りを心がけています。	コロナ禍により家族会は実施していませんが、個別にメールや電話で意見を貰っています。事業所からは2ヶ月に1度の「足柄の春おたより」を通して利用者の近況や家族の要望、意見の発信を相互に行っています。コロナ感染拡大前と比較しても、お互い意思疎通に支障がでない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
11	8	○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。	法人本部の職員と管理者、職員で3者面談を行い、ホームへの意見、提案を聞くとともに、勤務時間や勤務日数、働き方、仕事をする上での要望等を聞く機会を設けています。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。	職員1人に対して年3回の個人面談の時間を設けています。それ以外には必要に応じて案件ごとに個別で話し合う時間も多く設けています。管理者は常に聴く側に回って対応しています。「必要な事を確認して正しくやる事」それが利用者を守る事と言う認識を、相互で確認しています。	
12	9	○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。管理者とリーダーは職員と関わり、意見や提案等を話しやすい環境を作るよう努めています。出勤時の様子や表情などから体調やストレスサインも把握するよう取り組んでいます。	年度初めに管理者と職員は1年の個人目標を設定し職務に臨みます。職員の資格取得の支援やキャリアアップ、働き甲斐などを支援する為の仕組みで運用しています。	
13	10	○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。	今年度は、個々に受講するオンライン研修に変更しました。年間研修計画で月ごとに研修のテーマを定めています。地域の医療機関や福祉事務所が主催する研修の情報を掲示しています。	研修は外注のネットサービスを活用しています。また、地域のグループホーム連絡会への参加や各種の啓発を目的とした会合への参加も推進しています。ベテランスタッフが若手職員をOJTで教育する事も大切な研修の柱としています。	
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。	足柄上地区の医療・介護連携支援センター主催のグループホーム情報交換会に参加しています。大井町のけあねっとわーく会議にも参加しています。		
<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。	入居前のアセスメントは管理者とユニットリーダーで対応しています。事前アセスメントを丁寧に行い、ユニット内で利用者の身体状況、生活状況、特性を共有しています。入居日はユニットリーダーが日中の勤務になるよう調整して安心感を持ってもらえ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
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。	入居前のアセスメントで在宅介護の様子や本人と家族との関わり、家族の意向や要望等を把握するように努めています。入居にあたり分からないことや心配なことがあれば、いつでも連絡をいただくよう伝えています。		
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で家族が困っていること、意向を確認しています。アセスメントで得た情報と本人、家族の意向を踏まえて支援の方針を定めています。		
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。	モニタリング、アセスメントで本人のできること、介助を要すること、本人が不安に思っていることなどを把握し、ユニット会議で共有しています。洗濯物たたみや食器拭き、繕い物などをお願いしています。		
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。	コロナ禍で家族との外出、外泊はお断りさせて頂いていますが、面会については制限をさせて頂きながら継続しています。歩行、嚥下力、認知症状等で変化がある場合は家族に報告しています。		
20	11	○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。	感染症予防のため外出、外泊はお断りさせて頂いています。ボランティアや地域行事への参加についても控えさせて頂いています。	家族との連絡を事業所の固定電話で出来るように支援しています。コロナ禍の今は家族との面談はベランダのガラス越しとなりますが、携帯電話で家族との会話をしながら、面談できるようにしています。制約の多いコロナ禍の今はレクリエーションなどによる気晴らしで全員がリラックスでき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
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。	自ら話しかける方は少なく、職員が話題を提供したり、話しかけたりすることで関りが持てるように配慮しています。利用者同士の関りを好まない方には職員が話しかけたりして、他利用者と適度に関りが持てる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。	長期入院や施設変更等により退居になっても、必要に応じて相談を受けていることを伝えています。退居後も家族が訪問してきたり、電話で相談を受けたりすることがあります。		
<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	12	○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。	入居されても生活習慣を大きく変えることはせず、食事や飲み物もできる限り好みに応じて提供しています。認知症があっても本人に説明、確認をすることを基本としており、利用者本人が意思を伝えることが難しい場合は家族に確認をしています。	日々の意思疎通に困難がある利用者は全員で見守りをしています。入居して間もない利用者にはフロアのリーダーが1対1で対応し、把握しきれていない思いや苦しみ、辛さを読み取るよう心がけています。その為にも、入居前の生活歴など、家族による聞き取りをもっとも重要な事としています。	
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。	入居前のアセスメントで生活歴等を聞き取り、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。	夜の睡眠状況から起床後、食事のときの様子や表情、返答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	13	○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、検証をしています。ケアプラン更新前に本人、家族の意向を確認しています。新しいケアプランは居室担当者、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。	ケアプランは、利用者、家族の要望と、ユニットリーダー、居室担当者の意見を基にケアマネジャーが作成しています。ユニット会議、モニタリング会議で利用者の状況を検証し、必要に応じ見直しを行います。毎日チェック表と支援記録表で状況を把握し、職員間で情報共有しています。	
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記録はケアプランチェック表に記録し、モニタリングで評価をしています。また、支援記録のファイルには、利用者の「気になること」、「対応方法（案）」を記入することができ、ユニット会議で報告、検討をしています。		
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。	認知症の進行により生活状況、支援等に変更が生じる場合は、家族に連絡し、面談をするなどして専門の医療機関の受診を提案したり、支援方法を見直したりしています。家族にはこまめに連絡をすることを心がけています。		
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。	毎月、地域の生花市場から季節の花が届きます。コロナ等の感染症予防で自治会の行事や集まりへの参加は控えさせていただいていますが、自治会から敬老の日のお祝いを頂いたり、秋に収穫したサツマイモを焼き芋にして届けていただいたりしています。		
30	14	○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。	定期的に内科と歯科の訪問診療を受けられる体制があります。体調の変化等によっては専門の医療機関を紹介してもらいます。訪問診療の医師から病状の説明があるときは家族の同意を得て同席しています。薬剤師とも日頃から連携する体制があります。	定期的に内科と歯科の協力医の訪問受診を行っています。利用者から従前のかかりつけ医受診の希望がある場合は、家族に同行をお願いし、受診情報の共有をしています。看護師は週2回来訪し、健康管理や訪問医受診時の立ち合い等を行っています。	



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
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報告、相談をしています。看護師からは専門的なアドバイスをもらい、必要な場合は医療機関の受診に繋がっています。		
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。	入院中は医療機関の地域連携室の担当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づくりを行っています。		
33	15	○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。	入居時契約のときに終末期に関する説明をして本人、家族の意向を確認しています。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をしていただきます。説明を受けたあと、この先起こりうるであろうこと、ホームでできることなどを説明し、改めて家族の意向を確認しています。	利用者及び家族へ『重度化、終末期ケア』指針に基づいて内容を説明し、入居時に「対応についての同意」を得ています。看取りは従前から行っています。担当医師が終末期ケアの判断をした場合には、家族の確認を得て、職員全員で対応しています。	
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。	急変や事故発生時はユニットリーダー、管理者に連絡をする体制があります。急変時の対応やケガ等の応急処置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に周知しています。		
35	16	○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。	避難訓練は火災、地震、土砂を想定して、年間計画を立てています。3月の避難訓練は消防署に立ち合いをお願いし、9月の避難訓練はスプリンクラー設置業者に立ち合いをお願いして助言を受けています。避難訓練前には災害発生時の対応のミニテストを実施して災害時に備えています。	火災避難訓練は年2回、更に地震や土砂崩れを想定した災害訓練も行っています。緊急連絡網は素早く対応できるよう通路壁に掲示しています。火の元など身近な注意項目は防災チェックシートにまとめ、確認内容を毎日記入しています。災害時備蓄品は敷地内の倉庫に保管しています。	

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	17	○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。居室に入るときは利用者に声をかけてから入り、着替えや排泄、入浴等は羞恥心に配慮しています。言葉かけや呼び方など気になることはユニット会議で話し合いをしています。	『家族的な雰囲気を大切に』を実践しており、利用者に寄り添った接遇を心がけています。プライバシー保護のため、名前のある洗濯物は裏返しに干し、名前のある書類はシュレダーをかけています。職員からは、入社時に守秘義務の同意も得ています。	
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。	日常生活の中で利用者が自己決定できることを支援しており、言葉かけや聞き方を工夫しています。意思表示が難しい場合は家族に確認をしています。日頃から利用者が思いを言葉にできる環境を作るよう心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	職員はその人らしさを尊重した支援を心掛けています。日中は好きな場所で好きなことをして過ごしてもらい、就寝時間は本人の希望にそって支援しています。起床も本人に確認してから起床介助を行っています。		
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。	起床時に洗面所で鏡を見てもらいながら身だしなみを整えている様子がみられています。就寝のときに翌日の服装を選んでもらう方もいます。ヘアカットのときは、本人の希望を聞きながらカットをお願いしています。		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	感染症予防ということもあって食事作りには関わることではありません。食後に食器拭きやトレ拭きをお願いしています。月に一回、旬の食材を使った献立や行事食など季節を感じられる献立で食事を楽しんでいただいています。	献立と食材は外部業者に委託していますが、調理は事業所の職員が担当しています。月1回は行事食として特別食を設定しています。コロナ禍で外食は見合わせていますが、誕生日に希望があれば外食の機会を設けています。出前は希望に応じています。	

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。	食事と水分の摂取量は健康チェック表に記録しています。咀嚼・嚥下力が低下した方にはムース食を提供しています。飲み物をあまり飲まない方には本人の好みの飲み物を提供しています。一日の水分摂取量が少ない方は夜間目が覚めたときに飲み物を勧めています。		
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。歯科の訪問診療があり、診療情報を書面で報告していただいています。必要に応じて歯科医師、歯科衛生士に相談して指示を受けています。		
43	19	○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。	一人一人の排泄リズムを把握して、トイレ誘導、オムツ交換を行っています。排泄はチェック表に記録しています。本人からトイレに行きたいという訴えがある場合は、できる限りトイレで排泄できるよう排泄の自立を支援しています。	トイレは車いすでも対応できる広さを確保しています。大部分の利用者はおむつを使用していますが、自立化支援の一環としてトイレで排泄して貰うよう、排泄記録を基に個々に声掛け誘導を行っています。	
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。	便秘の方でもできるだけ薬に頼らないよう牛乳を提供したり、トイレに長めに座っていただいたりしています。下剤ではなく、整腸剤で自然な排泄を促している方もいます。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	職員配置等により入浴日は固定していません。できるだけ本人の希望にそうように対応しています。利用者の身体状況に応じて洗身や洗髪の介助をしています。冬至にはホームで収穫したユズを入れてユズ湯を楽しんでいただき、子どもの日にはしょうぶ湯を楽しんでいただいています。	入浴は毎日午前中3人を目安に、利用者の希望に応じて曜日や回数を調整しています。入浴できない場合はシャワー浴や足湯で対応しています。入浴時は利用者がリラックスし、本音が聴ける良いコミュニケーションの機会となっています。脱衣所にはヒーターを用意して快適な入浴対策を行っています。	

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
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、夜は体を休めて眠るという生活リズムが整うよう支援しています。利用者により、朝食後や昼食後にベッドやソファで休んでいただいています。一人一人睡眠のリズムが異なることを理解して、個別に対応しています。		
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ます。服用の支援を行う際は、職員2名で名前と日付を確認しています。服用支援を行う職員は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していただくよう朝はラジオ体操と回想法をしています。自力歩行が可能な利用者が少ないのですが、座ってできる家事をお願いしています。ホームには花や果実が植えられており、天気の良い日は外気浴を兼ねてお花の鑑賞をしています。		
49	21	○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。	感染症予防のため外出は控えています。ホーム敷地内にあるベンチから見える桜や菜の花、紫陽花を見てもらい、気分転換をしていただいています。	コロナ禍以前は、近隣散歩と共に小田原や平塚への遠足やドライブを実行しています。現在は、感染予防のため希望者がいれば職員が付添い、近隣を30分程散歩しています。買い物支援は、職員が希望に応じて代行しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	ホームで管理する以外に、家族から同意を得られたときはお金を所持することができるよう配慮しています。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。	利用者や家族から要望がある場合は、電話で直接話ができるよう配慮しています。利用者宛の郵便物は本人に渡すことを基本としています。		
52	22	○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。	季節に応じて温度と湿度管理をして感染症予防等につなげています。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。	リビングは陽当たりが良く、食事やレクリエーションの場となっています。また、週1回のカラオケで気分転換を図っています。廊下は広く、二階への移動にはエレベーターの用意もあります。廊下の壁際にもソファがあり、歩行途中で疲れたら休息できる場所となっています。	
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。	日中の過ごし方は利用者それぞれで違い、好きな場所で過ごしています。居室で休みたいときは休んでいただき、リビングでテレビを観て過ごしていただいたり、思い思いに過ごしていただいています。		
54	23	○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、居心地よ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、使い慣れたものを持ってきていただくようお願いしています。	エアコン、照明器具、カーテンは備え付けとなっています。持ち込み品に制限を設けてはいませんが、ベッドは個人差があるため自由に好みのものを持ち込んでいます。部屋の入口には名札と共にレクリエーション活動で作った自分の作品も掲示しています。	
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すりがあり、安全に移動できる環境になっています。車イスを自走して移動する方もいて、動線には物を置かないよう配慮しています。		

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る。 (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。ホームの基本理念としている「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。	感染症予防対策でボランティアの受け入れを休止していますが、運営推進会議に自治会長、民生委員等の方が参加しています。自治会に加入しており、敬老の日などは自治会から記念の品をいただくことがあります。		
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。	感染症予防対策で認知症家族のつどい、オレンジカフェひだまりへの参加は控えさせていただいています。入居相談や問い合わせには、入居につながらないケースでも他施設の情報等を収集して情報を提供しています。		
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、ボランティア等の方に参加していただいています。今年度は、町会議員の方も参加していただき、入退去、行事、運営報告等を行っています。		
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。	大井町役場の担当者は、運営推進会議に出席していただいています。入居、防災、利用者の状況等について相談することもあります。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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	今年度、身体拘束適正化検討委員会を設置して、身体拘束に関する指針を整備しました。今までも、身体拘束をテーマにした内部研修を実施していました。止むを得ず、身体拘束を行う場合は、緊急性、切迫性、代替性の身体拘束に関する定義を理解した上でを行い、記録に残すことを職員全員が理解しています。		
7	6	○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。	今年度、「人権擁護・虐待防止委員会」を設置し、高齢者虐待についての指針を整備しました。委員会では、利用者の呼び方について話し合うなど、虐待についての意識を見直す機会になっています。		
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。	社会福祉協議会の自立支援事業・あんしんセンターを利用しています。成年後見制度については、利用者、家族の関係等により、情報提供をしています。		
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。入居前の面談等を丁寧に行い、個別のケースに応じた対応を心がけています。		
10	7	○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。	感染症予防対策で大井町の相談員の訪問は休止していますが、利用者の生活状況等を報告しています。家族の面会時のほか、電話やメールでも連絡をしており、家族が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	8	○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。	法人本部の職員と管理者、職員で3者面談を行い、ホームへの意見、提案を聞くとともに、勤務時間や勤務日数、働き方、仕事をする上での要望等を聞く機会を設けています。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。		
12	9	○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。管理者とリーダーは職員と関わり、意見や提案等を話しやすい環境を作るよう努めています。出勤時の様子や表情などから体調やストレスサインも把握するよう取り組んでいます。		
13	10	○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。	今年度は、個々に受講するオンライン研修に変更しました。年間研修計画で月ごとに研修のテーマを定めています。地域の医療機関や福祉事務所が主催する研修の情報を掲示しています。		
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。	足柄上地区の医療・介護連携支援センター主催のグループホーム情報交換会に参加しています。大井町のけあねっとわーく会議にも参加しています。		
<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。	入居前のアセスメントは管理者とユニットリーダーで対応しています。事前アセスメントを丁寧に行い、ユニット内で利用者の身体状況、生活状況、特性を共有しています。入居日はユニットリーダーが日中の勤務になるよう調整して安心感を持ってもらえ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
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。	入居前のアセスメントで在宅介護の様子や本人と家族との関わり、家族の意向や要望等を把握するように努めています。入居にあたり分からないことや心配なことがあれば、いつでも連絡をいただくよう伝えています。		
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で家族が困っていること、意向を確認しています。アセスメントで得た情報と本人、家族の意向を踏まえて支援の方針を定めています。入居する際は、家族から入居者本人に、入居についての説明をお願いし、入居後の安心感につなげています。		
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。	モニタリング、アセスメントで本人のできること、介助を要すること、本人が不安に思っていることなどを把握し、ユニット会議で共有しています。コロナ禍でストレスや不安を訴える方がいたときは、他利用者が話を聞いたり、共感する様子が見られています。		
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。	コロナ禍で家族との外出、外泊はお断りさせて頂いていますが、面会については制限をさせていただきながら継続しています。歩行、嚥下力、認知症状等で変化がある場合は家族に報告しています。		
20	11	○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。	感染症予防のため、ボランティアや地域行事への参加については控えさせていただいています。外泊や外食も控えています。少人数でのドライブで気分転換をしていただいています。		

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
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。	気の合う利用者同士で会話を楽しまれています。一緒に外気浴やドライブに行くこともあります。お小遣いで購入した雑誌を他利用者に貸したり、何気なく話し掛ける様子もみられています。		
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。	長期入院や施設変更等により退居になっても、必要に応じて相談を受けていることを伝えていきます。退居後も家族が訪問してきたり、電話で相談を受けたりすることがあります。		
<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	12	○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。	入居されても生活習慣を大きく変えることはせず、食事や飲み物もできる限り好みに応じて提供しています。認知症があっても本人に説明、確認をすることを基本としており、利用者本人が意思を伝えることが難しい場合は家族に確認をしています。		
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。	入居前のアセスメントで生活歴等を聞き取り、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。	夜の睡眠状況から起床後、食事のときの様子や表情、返答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	13	○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、検証をしています。ケアプラン更新前に本人、家族の意向を確認しています。新しいケアプランは居室担当者、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。		
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記録はケアプランチェック表に記録し、モニタリングで評価をしています。利用者の状態の変化やケアについての気づき当は連絡ノートで共有し、ユニット会議で検証、支援方針の見直しにつなげています。		
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。	認知症の進行により生活状況、支援等に変更が生じる場合は、家族に連絡し、面談をするなどして専門の医療機関の受診を提案したり、支援方法を見直したりしています。家族にはこまめに連絡をすることを心がけています。		
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。	毎月、地域の生花市場から季節の花が届きます。コロナ等の感染症予防で自治会の行事や集まりへの参加は控えさせていただいていますが、自治会から敬老の日のお祝いを頂いたり、秋に収穫したサツマイモを焼き芋にして届けていただいたりしています。		
30	14	○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。	定期的に内科と歯科の訪問診療を受けられる体制があります。体調の変化等によっては専門の医療機関を紹介してもらいます。訪問診療の医師から病状の説明があるときは家族の同意を得て同席しています。薬剤師とも日頃から連携する体制があります。		

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
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報告、相談をしています。看護師からは専門的なアドバイスをもらい、必要な場合は医療機関の受診に繋がっています。		
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。	入院中は医療機関の地域連携室の担当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づくりを行っています。		
33	15	○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。	入居時契約のときに終末期に関する説明をして本人、家族の意向を確認しています。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をしていただきます。説明を受けたあと、この先起こりうるであろうこと、ホームでできることなどを説明し、改めて家族の意向を確認しています。		
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。	急変や事故発生時はユニットリーダー、管理者に連絡をする体制があります。急変時の対応やケガ等の応急処置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に周知しています。		
35	16	○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。	避難訓練は火災、地震、土砂を想定して、年間計画を立てています。3月の避難訓練は消防署に立ち合いをお願いし、9月の避難訓練はスプリンクラー設置業者に立ち合いをお願いして助言を受けています。避難訓練前には災害発生時の対応のミニテストを実施しています。		

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	17	○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。居室に入るときは利用者に声をかけてから入り、着替えや排泄、入浴等は羞恥心に配慮しています。言葉かけや呼び方について、人権擁護・虐待防止委員会で話し合っています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日常生活の中で利用者が自己決定できることを支援しており、言葉かけや聞き方を工夫しています。意思表示が難しい場合は家族に確認をしています。日頃から利用者が思いを言葉にできる環境を作るよう心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	職員はその人らしさを尊重した支援を心掛けています。日中は好きな場所で好きなことをして過ごしてもらい、就寝時間は本人の希望にそって支援しています。起床も本人に確認してから起床介助を行っています。		
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。	起床時に洗面所で鏡を見てもらいながら身だしなみを整えている様子がみられています。ヘアカットのときは、本人の希望を聞きながらカットをお願いしています。ヘアカットの日に合わせてカラーリングをされたり、使い慣れた化粧品を使う方もいます。		
40	18	○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。	感染症予防ということもあって利用者が食事作りには関わることはできていません。食事前にテーブル拭きやアルコール消毒のスプレーで他利用者の手指の消毒をお願いしています。月に一回、旬の食材を使った献立や行事食など季節を感じられる献立で食事を楽しんでいただいています。		

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。	食事と水分の摂取量は健康チェック表に記録しています。咀嚼・嚥下力が低下した方にはムース食を提供しています。飲み物をあまり飲まない方には本人の好みの飲み物を提供しています。一日の水分摂取量が少なくならないよう夕食後にスポーツドリンクを提供することもあります。		
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。歯科の訪問診療があり、診療情報を書面で報告していただいています。必要に応じて歯科医師、歯科衛生士に相談して指示を受けています。		
43	19	○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。	一人一人の排泄リズムを把握して、トイレ誘導、オムツ交換を行っています。排泄はチェック表に記録しています。本人からトイレに行きたいという訴えがある場合は、できる限りトイレで排泄できるよう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。	便秘の方でもできるだけ薬に頼らないよう牛乳を提供したり、トイレに長めに座っていただいたりしています。下剤ではなく、整腸剤で自然な排泄を促している方もいます。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	職員配置等により入浴日は固定していません。できるだけ本人の希望にそうように対応しています。利用者の身体状況に応じて洗身や洗髪の介助をしています。入浴剤を使用して気持ちよく入浴して頂いています。冬至にはホームで収穫したユズを入れてユズ湯を楽しんでいただき、子どもの日にはしょうぶ湯を楽しんでいただいています。		

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
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、夜は体を休めて眠るという生活リズムが整うよう支援しています。利用者により、朝食後や昼食後にベッドやソファで休んでいただいています。一人一人睡眠のリズムが異なることを理解して、個別に対応しています。		
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ます。服用の支援を行う際は、職員2名で名前と日付を確認しています。服用支援を行う職員は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していただくよう朝はラジオ体操をしています。自力歩行が可能な方は職員と廊下で歩行運動をしています。ホームには花や果実が植えられており、天気の良い日は外気浴を兼ねてお花の鑑賞をしています。		
49	21	○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。	感染症予防のため外出は控えています。ホーム敷地内にあるベンチから見える桜や菜の花、紫陽花を見てもらい、気分転換をしていただいています。		
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、家族から同意を得られたときはお金を所持することができるよう配慮しています。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。	利用者や家族から要望がある場合は、電話で直接話ができるよう配慮しています。家族から季節の絵手紙が届いたときは、職員と一緒に返信の手紙を書いています。利用者宛の郵便物は本人に渡すことを基本としています。		
52	22	○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。	季節に応じて温度と湿度管理をして感染症予防等につなげています。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。		
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。	日中の過ごし方は利用者それぞれで違い、好きな場所で過ごしています。居室で休みたいときは休んでいただき、リビングでテレビを観て過ごしていただいたり、思い思いに過ごしていただいています。		
54	23	○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、居心地よ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、使い慣れたものを持ってきていただ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すりがあり、安全に移動できる環境になっています。車イスを自走して移動する方もいて、動線には物を置かないよう配慮しています。		

2021年度

事業所名 グループホーム足柄の春

作成日： 2021年11月20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	10	運営推進会議に家族の参加がない。	運営推進会議に家族の参加があり、意見等を聞く機会を持つ。	それぞれの家族に運営推進会議出席可能であるか情報をいただく。	3ヶ月
2	—	ホームページのリニューアル。	入居を検討している方への情報発信、すでに入居している利用者家族への情報提供の場となる。	ホームページのリニューアルと居室の空き情報が最新のものとなるように更新していく。	6ヶ月
3	13	インターネットを活用しての内部研修の定着と記録類のICT化が課題である。	内部研修のあり方、振り返り等の仕組みができる。 記録類のICT化に取り組む。	職員のスキルUP、研修で学んだことをケアに活かすことができるように研修が職員にとってプラスになるよう取り組む。 記録類、外部の情報収集をする。(ICT化)	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月