

2019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	1493500142	事業の開始年月日	平成22年8月1日
		指定年月日	平成22年8月1日
法人名	有限会社 松田メディカルサービス		
事業所名	グループホーム 陽春の里		
所在地	(247-0015) 横浜市栄区中野町56番地の4		
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	令和1年8月15日	評価結果 市町村受理日	令和1年11月11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)】

入居者が求める生活に基づいたケアを提供し、これに必要な環境づくりを目指しています。

地域に根差したホームであるよう町内会が実施する行事に参加しています。

入居者が社会参加できるよう社会資源の把握につとめています。

【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	令和1年9月19日	評価機関 評価決定日	令和1年10月28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根岸線「港南台駅」より神奈中バスで「本郷」下車徒歩1分、またはJR根岸線「本郷台駅」より平坦な道を徒歩20分ほどの住宅街にあります。一本大きな道に出ると環状4号線で、ファミリーレストランやドラッグストアが建ち並ぶ、大変便利な場所です。裏手には緑豊かな本郷ふじやま公園があります。

<優れている点>

理念にある一人ひとりが求める生活を念頭に置いたケアを実践しています。温かい雰囲気の中、利用者は安心して過ごしています。夜間の入浴を希望する利用者には職員の勤務シフトを変更することで可能にしたり、食事の時間を本人に合わせるなど、個々に対応しています。また、一人で散歩がしたいという利用者本人と家族の要望を地域住民の協力の下、環境を整え実現しています。

<工夫点>

厨房はアイランドキッチンになっており、利用者は職員と一緒に毎食の料理の下ごしらえや配膳をしています。その人のできることを見極め、役割を持つことでいきいきとした生活になるよう支援しています。包丁で食材を切ったり、米とぎをする人もいます。メニューは事業所で作成し、食材も利用者が同行して近隣で購入しています。季節に応じた特別食も提供しています。家族会の際は、家族と一緒に料理を作っています。庭には、季節の野菜を植えて利用者が世話をし、収穫しています。2ヶ月に1度はファミリーレストランや寿司屋に出かけ外食を楽しむなど、食に関する配慮工夫をしています。

【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 陽春の里
ユニット名	こもれび

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	いつでも確認できるように見やすい場所に掲示はしているがなかなか意識できていない。	法人の理念をスタッフルームと廊下に掲示し、常に意識付けをしています。ミーティングの中で理念に沿ったケアができているか振り返っています。新人職員には、4項目の倫理規定も含めて説明しています。利用者が求める生活に基づいた支援を実践しています。	
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。	町内会に管理者が組長として参加している。町内会のサロンや老人会などのイベントの案内をいただき、利用者が参加している。地域の方で古タオルや、オムツを寄付してくださる方もいる。	町内会に加入し、組長として毎月の町内会の会合に出席しています。利用者は町内会のサロンにはできる限り参加し、茶話会や紙芝居、落語を楽しんでいます。地域ケアプラザで地域住民に向けた認知症説明会を行っています。歌のボランティアの来訪があります。	
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。	管理者が地域ケアプラザで民生委員対象の講習会でグループホームの説明を行った。町内会や老人会のホームの見学の案内や認知症についての質問にも答えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	ホームの活動や課題を報告して参加メンバーから評価・指摘していただき、後日、サービス向上に活かせるように職員がミーティング等で話し合っている。日程が合わず家族の会議への参加ができていない。	運営推進会議の開催日を偶数月の第2木曜日に定めて開催しています。メンバーは、民生委員・地域包括支援センター職員・区役所職員・利用者・看護師などです。会議では、事業所の運営状況の報告や活動報告をし、意見交換を行っています。	
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に取り組んでいる。	主に生活保護の利用者のことで、ホーム内で解決し難い事例について、区の担当者へ報告・連絡・相談をして、情報の共有を行なっている。	運営推進会議の報告書を区役所の高齢障害支援課に直接手渡しすることによって行政と協力関係を築いています。区主催のグループホーム連絡会や地域ケアプラザ主催の地域ケア会議に参加し、積極的に連携を取るよう努めています。	

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
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。	施設内研修への参加やミーティングでの身体拘束をしないケアの確認をしている。	身体拘束適正化検討委員会を立ち上げ、運営推進会議の中で話し合っています。年2回、勉強会を行い、身体拘束しないケアへの理解を深め、実践につなげています。毎月のミーティングでも日常のケアが身体拘束に当たっていないか、振り返りを兼ねて話し合っています。	
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。	施設内研修への参加をしている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	実際に日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用している利用者はいる。職員は疑問点や不明点など関係者や管理者に確認して理解を深める努力をしている。		
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。	契約時・解約時やその前後には利用者や家族等の不安や疑問にはなるべく専門用語を使わずにわかりやすい言葉で答えるように心がけている。改定時にも根拠や制度の事などなるべく理解できるように説明するように心がけている。		
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。	外部者へ表せる機会として運営推進会議があるが日程等合わず家族の参加ができていない。	毎月写真を同封した便りを家族に送り、事業所での様子を知らせています。家族の面会時や家族会で積極的に意見や要望を聞くように努めています。一人で散歩がしたいという利用者と家族の要望を地域の環境を整え実現しています。	

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。	ミーティング時に出た意見はホーム長に報告している。	管理者は、普段から職員とコミュニケーションを取り、意見を言いやすい雰囲気を作っています。職員の提案によって、業務を改善した事例があります。職員から記録の効率化に関する要望があり、検討しています。	
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。	はまフレンドへの加入、食事会、旅行等福利厚生の実施に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	全体に対する施設内研修はあるが、個別のスキルに対する研修参加はあまりできていない。		
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り組みをしている。	交流研修への参加を通してサービスの見直しを行い良い所は取り入れている。		
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。	入居後こまめに聴き取りを行い不安の解消に努めている。		

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。	入居時に聴き取りを行っている。面会時にも様子をお話ししなるべく沿えるようミーティング時話し合っている。		
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。	ホーム内でのサービス提供についての話し合いはミーティングで行い同じ支援ができるようにノートを活用している。		
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。	少しずつだが入居者主体の考えに変わってきている。		
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。	本人の意向を家族に伝え面会や外出などの協力をしてもらっている。		
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。	家族以外ほとんどできていない。	家族や友人と外食に出かける利用者がいます。近所に住んでいる親戚の来訪があり、馴染みの関係が途切れない対応を心がけています。手紙や電話の取り次ぎ、墓参りなど入居前の生活を継続できる支援をしています。	

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
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。	入居者同士トラブルにならないよう様子をみたり間に入ったりしている。		
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。	他のサービスを利用する方には、サービス先に本人の状況・ケアの注意点等、できるだけ詳しく情報を伝えるように努めている。近所で家族と再会した際は気兼ねなくお話ができています。		
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。	少しずつだが入居者本位の考え方に変わってきている。	日常の表情やしぐさで意向や希望を汲み取るよう努めています。生活歴を家族に聞く場合もあります。好物を家族に聞いて、食欲を取り戻した利用者もいます。YES・NOで選びやすい質問にするなど声かけを工夫し、利用者の気持ちを把握しています。	
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。	本人からの聴き取りやそれが難しい場合家族からの聴き取りを行っている。		
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。	ミーティング時に話し合いを行い議事録・ノートから発信・周知している。		

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。	ミーティング時に担当者会議を行っているが、本人・家族は参加できておらず別での聴き取りを行っている。	入居直後は、暫定のケアプランを作成しています。1ヶ月後、本人の言葉や希望、生活課題など職員が気付いたことを何でも記載する情報収集シートを基に、家族、医療関係者と協議し、介護計画を作成しています。6ヶ月に1度見直しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別記録の他にノートを活用し情報の共有に努めている。		
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。	事業所で対応できる要望には、職員のシフトや時間を調整して、できる限り応えるようにしている。		
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。	1人で外出できる利用者や、1人で外出して迷ってしまう利用者は、家族に了解を得て、徘徊SOSに登録させていただき、近隣の公共施設や商店等に最低限の情報をお知らせして、困っている様子があれば声をかけてもらうようお願いしている。		
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。	看護師を通して日々の様子をかかりつけ医に伝えている。	利用者、家族と話し合い、協力医療機関の医師がかかりつけ医となっています。往診は月2回で、24時間オンコールです。歯科医は週1回の往診です。職員である看護師が日々利用者の体調に気を配り、かかりつけ医へ体調などの連絡を行っています。	

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。	気付いたことは都度看護師に伝え相談もしている。		
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。	入院中にも様子を見に行き受け入れの準備に活かしている。		
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。	訪問医・看護師・家族と話し合いの機会を設けて方針を共有している。	入居時に利用者、家族と重要事項の中で指針を説明し同意を得て文書化しています。重度化した場合は「緊急時及び終末期における医療介護」について改めて話し合い、同意を得ています。これまで看取りの実績があり、職員は看取りに関する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。	フローチャートを貼り誰でも対応できるようにしている。		
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。	防災訓練の参加をしている。	年2回夜間を想定した避難訓練を実施しています。消防署の立ち会いや地域住民の支援も依頼しています。非常時の持出し書類は電子データ化しています。非常食などは、主に長期保存の飲料水を3日分程度備蓄しています。	災害対策として非常食などの備蓄は重要です。保存飲料水のほかに非常食も3日分程度は備蓄し、品目、数量、保存期限などを一覧にしたリストを掲示し、日常的に管理することも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	耳が遠い利用者に対し大きな声でトイレなどの声かけをしてしまったり、プライバシーへの配慮が足りていないと思うことがある。	日頃からスピーチロックに注意しています。利用者に対して基本的に「さん」付けで声をかけること、居室に入室する際は同意を得ることなどに気を付けています。何か問題があれば職員同士で話し合い、メモにして迅速に解決策を検討しています。	
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。	はい・いいえで答えられるような声かけなどなるべく答えやすいように気をつけている。		
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。	できる範囲で行っている、希望を言わない（言えない）人に対して提案をしている。		
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。	一緒に着替えの準備をし本人の意向に合うようにしている。		
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。	食事の支度など一緒に行っている。	アイランドキッチンのため利用者は気軽に料理の下ごしらえや配食の手伝いをしています。メニューは事業所で作成し、食材も利用者が同行して近隣で購入しています。イベント時や正月など季節に応じた特別食も提供しています。外食にも出かけています。	

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
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。	好き嫌いの対応も代替食の提供などできる限りはしている、コーヒーや紅茶、スポーツドリンクなど本人の好みに応じ提供している。		
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。	毎食後の歯磨きの声かけ。できない方には介助している。		
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。	本人の様子を見ながら都度誘導を行っている。	利用者の大半は自立して排泄ができていますが、それ以外の利用者に対しては、排泄パターンを参考にしながら、わずかなサインを見逃さないようにし、さりげない声かけでトイレに誘導しています。自立して排泄できるよう支援しています。	
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。	なるべく水分を多くとってもらえるよう声かけや本人の好みに合った飲み物の提供、掃除や買い物等身体を動かす機会を設けている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	希望時の実施はできないことが多い。やや職員都合になってしまっている。温度など気持ちよく入浴できるよう本人の好みの把握に努めている。	入浴は基本2日に1回ですが、利用者の体調に合わせ、曜日や時間は指定していません。夜間の入浴を希望する利用者には職員の勤務シフトを変更して対応することもあります。利用者は好みの湯温で入浴を楽しんでいます。湯は入浴の都度入れ替えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	個々の体力に合わせ昼寝の時間を設けたり居室の温度管理をしている。		
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。	症状の変化があった際には速やかに看護師・訪問医に相談している。薬のセット・服薬時チェックしながらミスのないようにしている。		
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。	一緒に買い物に行ったりプランターでの野菜の栽培・水やり、家事活動への参加を通して役割作りをしている。		
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。	できる範囲での付き添いまた、難しい場合には家族にも協力してもらっている。	天候の良い日には近隣の公園まで散歩したり、敷地内のベンチで外気浴をしています。町内会のイベントにも出かけています。外出は2ヶ月に1回程度、回転寿司で外食をしたり箱根や鎌倉などへ出かけています。職員が同行して買い物にも出かけています。	
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。	ほとんどの方がホームでお金を管理しているが自分でお金を所持（一部）している方もいる。		

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。	携帯電話を持っているが使いこなせていない方への介助や難聴など本人が直接話すことが難しい時には代わりに伝えている。		
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。	七夕やクリスマス等季節に応じて飾りつけをしている。	キッチン、食堂リビング、和室の居間が一体的になったレイアウトで開放的な空間です。窓からの日当たりも良く、明るく家庭的な雰囲気に包まれています。ベランダやウッドデッキのプランターで利用者が野菜や草花を育てています。壁面には花火大会やスイカ割りの笑顔あふれる写真が飾られています。	
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。	仕切りがなく、なかなか個々の希望に合わせたスペースの確保ができていない。		
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。	なるべく使い慣れたものを持ってきてもらうように声かけをしている。	居室のエアコン、照明器具、ベッドは備え付けです。広いクローゼットもあります。利用者は馴染みの家具やアクセサリー、写真やテレビなどを置いています。冷蔵庫を置くこともできます。利用者は思い思いに自由にのんびり過ごしています。	
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。	安全を優先してしまい自立できていないところがある。		

事業所名	グループホーム 陽春の里
ユニット名	ひだまり

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。	法人の理念として事務所や廊下に掲示してあるが、シフトにより職員同士、直接話し合う機会が少なく、職員によっては多少の認識の違いがある。事業所独自の理念はできていない。		
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。	町内会に管理者が組長として参加している。町内会のサロンや老人会などのイベントの案内をいただき、利用者が参加している。地域の方で古タオルや、オムツを寄付してくださる方もいる。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	管理者が地域ケアプラザで民生委員対象の講習会でグループホームの説明を行った。町内会や老人会のホームの見学の案内や認知症についての質問にも答えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	ホームの活動や課題を報告して参加メンバーから評価・指摘していただき、後日、サービス向上に活かせるように職員がミーティング等で話し合っている。日程が合わず家族の会議への参加ができていない。		
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。	主に生活保護の利用者のことで、ホーム内で解決し難い事例について、区の担当者へ報告・連絡・相談をして、情報の共有を行なっている。		

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。	毎年2回定期的に法人内研修を実施している。その他にも利用者との日々の関わりの中で支援の方法が身体拘束に該当しないか、職員同士、話し合っている。		
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。	県の虐待防止の一斉点検等を活用して職員同士、虐待防止について話し合っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	実際に日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用している利用者はいる。職員は疑問点や不明点など関係者や管理者に確認して理解を深める努力をしている。		
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。	契約時・解約時やその前後には利用者や家族等の不安や疑問にはなるべく専門用語を使わずにわかりやすい言葉で答えるように心がけている。改定時にも根拠や制度の事などなるべく理解できるように説明するように心がけている。		
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。	利用者には職員が忙しそうに動いている姿をできるだけ見せないようにして、なるべく隣に座ったり近くにいるようにして、話しかけやすい雰囲気を作るように心がけている。家族や関係者には来訪時や手紙・電話等で伺っている。玄関に意見箱を置いているが活用されていない。		

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
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。	管理者がミーティングや日々の話し合いで意見や提案をまとめて代表者に伝えている。また、代表者が、職員を食事に誘い直接意見や提案を確認している。		
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。	代表者は、職員の職場環境や条件の相談にはできる限り迅速に対応している。職員の資格取得やスキルアップのための研修のバックアップやそれに伴う給与や、処遇改善の反映に努めている。		
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。	初任者研修や実践者研修など、事業所のケアの質の向上につながる研修などは、職員の力量を見極めながら受講を勧めている。個人のスキルアップにつながる研修の受講も勧めている。いずれも働きながら受講できるように考慮している。		
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。	グループホーム連絡会の交流研修に参加している。他の事業所の活動の取り組み方を参考にして活かせることは取り込んでいる。		
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。	入居前に本人の困っていること、不安なこと、要望等確認したことを職員間で周知して、できるだけ関わり方を統一して早く環境に馴染んでいただくように努めている。入居後も職員が、気がついたことを申し送りノートや課題表に記入して職員間で情報の共有に努めている。		

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。	家族の相談に対しては、事業所ができること、できないこと等なるべく専門用語を使わずにわかりやすい言葉で説明するように心がけている。また、本人と家族の相談に違いがある場合は、折り合いをつけられるように、本人・家族・職員で話し合っている。		
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。	入居の相談時に困りごとや不安なことを確認して、他の利用できるサービスや制度なども説明して提案している。		
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。	自信を持ってできることには、調理や洗濯などの家事やホームのお手伝いなどの役割に主体的に参加していただいている。職員・利用者ともお互いに感謝の言葉がある。		
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。	日頃から来訪時や電話や手紙で生活の様子や本人の気持ちをお伝えして情報を共有している。また、外出や外食、家族のイベントなどにも一緒に出かけていただくよう、家族に声をかけている。		
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。	ご家族と一緒に墓参りに行く利用者がいたり、友人と一緒に外食される利用者、手紙・電話のやり取りをされる利用者等いる。職員から本人・知人・友人・家族に関係継続の機会を作るように声をかける時もある。		

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。	共同生活の場で、力を発揮できる役割・居心地の良い場所等、なるべく職員が主導とならず、本人達で生活しやすくできるように支援している。共同生活のため口論や嫌な気持ちになるときもあるが、狭い空間のため、当人同士距離を置く等のフォローが難しい場面もある。		
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。	他のサービスを利用する方には、サービス先に本人の状況・ケアの注意点等、できるだけ詳しく情報を伝えるように努めている。近所で家族と再会した際は気兼ねなくお話ができています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日々の会話から本人の意向を確認している。明確に把握できない場合は、家族から情報を得るようにしている。ホームの生活では困難な場合も、関係者で話し合い折り合いをつけるようにしている。		
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。	入居前後に、本人・家族等から生活歴や価値観などの情報をできるだけ多く収集するように努めている。得た情報は申し送りノートや課題表に記入して職員同士共有している。		
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。	本人・家族から得た、入居前後の情報を参考に職員がホームでの生活の様子を確認して新たに気づいたことや、変化があったことを申し送りノートや課題表に記入して職員同士共有している。		

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。	本人の普段の様子や要望等の発言、家族の要望など、気になる点や、課題となることは、職員が申し送りノートや課題表に記入して、毎月のミーティングで数人の利用者を順番を決めて、または、緊急性の課題のある利用者は優先的に介護計画の評価を行なっている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別の介護記録に記入して、大事なこと・注意することについては赤字で目立つように記入して、なおかつ申し送りノートや課題表に記入するようにして、職員同士情報の共有に努めている。内容をピックアップして毎月のミーティングで話し合っている。		
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。	事業所で対応できる要望には、職員のシフトや時間を調整して、できる限り応えるようにしている。		
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。	1人で外出できる利用者や、1人で外出して迷ってしまう利用者は、家族に了解を得て、徘徊SOSに登録させていただき、近隣の公共施設や商店等に最低限の情報をお知らせして、困っている様子があれば声をかけてもらうようお願いしている。		
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。	入居前に馴染みのかかりつけ医の継続支援の説明をしてかかりつけ医の継続を希望される利用者もいるが、ほとんどの利用者は、こだわりはなく事業所の協力医を希望される利用者が多い。		

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
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。	看護師が介護職として入職しているため、利用者の身体の変化や、健康管理について看護師にすぐに報告・連絡・相談できる場面が多い。		
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。	入院時にはできるだけ見舞いに行き様子をみるようにしている。家族にもこまめに状況を確認して、スムーズに退院できるように関係者で情報を共有している。		
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。	関係者が集まり、医師から状況の説明を受け、本人・家族の意向を確認して、事業所としての支援の方針を確認して、話し合っている。状況の変化ごとに必要に応じて、話し合っている。		
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。	防災訓練時に消防隊員からAEDの使用方法や応急手当・心肺蘇生の説明を受けている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回定期的に防災訓練を行なっている。地域の方にも呼びかけて、できるだけ参加していただいている。町内会の定期的な安否確認訓練にも参加している。		

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。	職員の声のかけ方がくだけた感じになってしまう時がある。お手伝いで食器の洗い残しや片付け場所の間違いなどがあっても、あまり指摘せず最後まで行ってもらよう支援しているが、他利用者に迷惑をかけてしまったりする時に指摘して不快な思いをさせてしまう場合もある。		
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。	自分から積極的に思いや希望を表す利用者は少ない。職員のほうから、なるべく具体的でわかりやすい言葉や、二者択一の質問など自己決定できるように声をかけている。		
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。	1日の大まかな時間は決めているが、特に決まりごとはない。朝も遅く起きる利用者や、夜もテレビを見たり、お話をしたり自由に過ごしていただいている。買い物や入浴等の希望には、できるだけ職員同士で時間を調整しているが、職員が少ない時は実現できない時もある。		
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。	毎朝お化粧する利用者やお気に入りの化粧品を購入する利用者もいる。訪問美容を利用している利用者もいるが、家族と一緒に美容院へ出かける利用者もいる。入浴時は着替えを選んでもらっているが、「なんでもいいよ」と言う利用者には、二者択一で選んでもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者によって調理や配膳・下膳など、できること、できないことの個人差はあるが、職員が利用者のできることを見極めることで、できるだけ全ての利用者がなんらかの役割に参加できるように努めている。		

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。	嚥下状況・食事形態・嗜好等考慮して、やわらかく食べやすいように提供している。水分も1日を通して適度なタイミングで声をかけて提供している。		
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。	毎食後は忘れずに歯磨きを行うように、声をかけている。できない利用者は職員が残渣を確認しながらスポンジや歯間ブラシで仕上げている。口腔内の不具合があるときはすぐに歯科医に相談している。		
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。	ソワソワしたり落ち着かない様子を見逃さないように職員は注意して声をかけてお誘いしている。おむつやパッド類の選択は容量やサイズなど過剰な使用方法にならないように検討している。		
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。	排泄の記録をつけ排泄パターンを把握して下剤の量や時間帯等職員と看護師が話し合い随時変更している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	「〇〇時に入りたい」「寝る前に入りたい」等なるべく要望通りの時間に入浴していただけるよう職員の配置などを考慮しているが、シフトの人員配置によっては職員が不足して実現できない日もある。		

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。	日中の活動状況によって疲れている様子があれば午睡や休息を勧めている。夜間トイレ頻回や不安等で眠れない利用者は医師に状況を説明して相談している。		
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。	薬は事業所で管理している。個々の処方詳細はファイリングして所定の場所に置いていつでも調べられるようにしている。薬の変更時には申し送りノートや課題表に記入して職員同士周知している。		
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。	主婦だった利用者が多いためか家事を中心とした役割が多く、積極的に参加していただいている。カラオケや身体を動かす体操、事業所内や敷地内のウォーキングを行い気分転換される利用者もいる。		
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。	日常的な買い物や散歩等支援しているが職員の人員数によってすぐに出かけられない、または出かけることができない場合もある。お墓参りや孫に会う等家族の支援で出かける利用者もいる。定期的に外食の提案もある。		
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。	基本的には事業所で管理している。自分で管理できる利用者は家族にも確認してもらいながら自分で管理している。買い物時は自分の財布を持ってもらい支払いのできる利用者は自分で支払っている。		

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。	携帯電話を所持している利用者もいる。無い利用者は事業所の電話を要望時、使用していただいている。操作が難しい場合は職員が支援している。手紙やはがきを用意している利用者もいる。書き難いところは職員が支援している。		
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。	利用者と季節感のある物を職員と共に作成して展示している。室温・湿度は加湿器やエアコンを使用して利用者の意見を聴きながら調整している。トイレや浴室に場所がわかるように看板を設置している。		
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。	個室があるがほとんど共有スペースで過ごされる利用者が多い。和室やフロアテーブルでは自由に集まり談笑や制作等楽しまれている。		
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。	家具や寝具等、本人の希望の物を自由に持ち込んでもらって生活しやすいようにレイアウトを検討している。		
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。	安全に動けるようにできるだけ動線には物を置かないようにしているが狭い空間のため難しい箇所もある。台所に調味料や道具の置き場所がわかるように棚に文字を書いてお知らせしている。		

2019年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム 陽春の里

作成日： 2019年 11月 4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	4	運営推進会議に日程の調整が合わず、家族の参加ができていない。	できるだけ家族に参加していただく。	土・日等含めて参加しやすい日程を検討する。また議題もイベントの企画や反省点など、みなさんと話し合いやすい内容を検討する。	6ヶ月
2	13	シフトの人員の調整などにより外部の研修参加があまりできていない。	定期的に外部の研修に参加する。	できるだけ人員の多い日に研修に参加できるようにこまめに日程の情報を確認する。また職員にも早めに情報提供する。	12ヶ月
3	35	災害時の非常食の備蓄管理不足のため約3日分の確保ができていない。	保存飲料水・非常食を3日分確保して品目・数量・保存期限などの一覧表を作成する。	保管場所を確保してローリングストックを活用して備蓄品を管理していく。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月