

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	1492300296	事業の開始年月日	平成29年10月1日
		指定年月日	平成29年10月1日
法人名	湘南乃えん株式会社		
事業所名	西湘グループホーム えん		
所在地	( 250-0863 )		
	神奈川県小田原市飯泉1070-1		
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	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成31年1月22日	評価結果 市町村受理日	令和元年5月20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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

坂東三十三観音の五番札所として有名な飯泉観音をはじめ、相模湾、酒匂川、小田原城、そして箱根の山々が近くにあり、文字通り多くの史跡と自然に囲まれた環境の中にあります。  
その環境下では、私ども西湘グループホームえんでは、認知症ケアの専門スタッフが介護理念の一つである「寄り添う介護」をお一人おひとりに支援できるようサービスを提供させていただいております。また地域活動に積極的にご利用者がかかわれるよう努力しています。

### 【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	平成31年2月23日	評価機関 評価決定日	令和元年5月3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東海道線・小田急線小田原駅からバスで約15分、「飯泉観音」バス停下車徒歩3分ほどのところにあります。敷地の西側には酒匂川が流れ、その先には丹沢の山並みや富士山も望めます。

<優れている点>

地域との交流に積極的に取り組んでいます。毎年体育の日に行う「えん祭り」には近隣住民を招待しており、開催告知は自治会の回覧板を利用しています。事業所前の道路清掃、地域の防災訓練への参加、中学生の職場体験や音楽療法ボランティアなどの受け入れも行っており、認知症サポーター養成講座、家族介護教室の講師を務めるなどの地域貢献も行っています。職員は、利用者の思いに寄り添うだけでなく、利用者のしたい事を自ら引き出す努力をしています。今年度のバレンタインデーに、レクリエーションとしてチョコレートファウンテンを提案・実施し、喜ばれています。介護計画の作成に当たり、職員の意見を広く取り入れたモニタリングを実施しています。モニタリングにはカンファレンスシートを使用し、出来ている事・出来ていない事をフロアスタッフ全員で確認し、プランに反映させています。

<工夫点>

月例のユニット会議の合間を埋める職員意見の表明・提案ツールとして、カンファレンスノートを作成しています。表明されたテーマに対して職員は、各々の考えを書き込み、全員で閲覧して意見の集約を図っています。

### 【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	西湘グループホーム えん
ユニット名	1階ユニット

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させている。 (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、安心して暮らしている。 (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
<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。	常に理念を意識し、「寄り添う介護・地域に愛される事業所」を目指し、実践している。	理念の具現化を目指し、利用者の思いを重視した、気持ちに寄り添う介護に努めています。また、事業所として地域に貢献できるよう、積極的に取り組んでいます。毎月のユニット会議では、理念に沿ったサービス提供が行われているかの振り返りを行っています。	
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。	自治会への加入。回覧板。 近隣の道路の清掃を月1回行っている。また地域の子供神輿の休憩場所になっている。 機会があれば、ご利用者との散歩がてら近隣の商店に買い物に出掛けている。	毎年体育の日に行う「えん祭り」には近隣住民を招待しています。開催告知には自治会の回覧板を利用しています。事業所前の道路清掃、地域の防災訓練への参加、中学生の職場体験や音楽療法ボランティアなどの受け入れも行っています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	市の依頼により、認知症サポーター研修や介護家族教室の講師を住民向けに行った。		
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。	2ヶ月に一度の運営推進会議にてグループホームでの問題の改善点を議題にあげ、委員の方からアドバイスを頂いた。	併設のケアホーム、デイサービスと合同で運営推進会議を実施しています。委員が時間を取りやすいよう、土曜日に開催しています。各委員には1週間前にレジュメを送付し、議題を知らせています。食事の提供形態の変更などについて話し合っています。	
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。	介護保険において分からないことや事業所の問題点について、担当者に管理者が相談に行っている。	管理者は、介護保険の不明点や事業所の問題点などについて高齢介護課を訪れ、相談しています。生活保護費を受給する利用者もおり、生活支援課には毎月出向いています。市の依頼により、認知症サポーター養成講座や家族介護教室の講師も引き受け連携しています。	

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。	拘束虐待防止委員会を毎月開催。玄関の施錠は、日中は開錠。チャイムもブザーも取り外している。ご利用者が外へで退職時は、好きなように出られるようにしている。	毎月のユニット会議で日々の介護の振り返りを行っており、身体拘束の内容（スピーチロックも含む）に抵触する事例が報告された場合には、拘束虐待防止委員会で取り上げ、議題にしています。日中、玄関の施錠は行っておらず、外に出たい利用者に対して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。	拘束虐待防止委員会の研修がある。また委員会から不適切なケア、虐待の防止について発信している。		
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。	研修会を開いている。		
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。	管理者が窓口になっている。		
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。	苦情や意見はしっかり受け止め、よりよい環境、理解に努めている。ご家族からの意見や質問など面会時にお伝えして理解を求めている。「ご家族への手紙」も毎月送付している。いる。	介護相談員が月1回事業所を訪れており、利用者本人が意見、要望、不満を表明する事も可能です。家族の意見などは、来訪時や電話連絡の際などに聞き取るように努めています。毎年5月に家族会を開催し、管理者が年度ごとに運営方針の説明を行っています。	

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
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、毎月のユニット会議で職員の意見を聞いている。	管理者は、職員が意見を言いやすいよう積極的にコミュニケーションを心がけるほか、毎月のユニット会議を利用して意見を把握しています。会議まで待てない事案については、カンファレンスノートに各々の考えを書き、意見を集約しています。	
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。	給料水準の向上や有休を取りやすい環境が作れるように努力している。		
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。	年2回以上の研修。 小田原グループホーム連絡会の研修等に参加を促している。		
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。	小田原グループホーム連絡会の研修や、催し物に参加機会を作っている。		
<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。	入居前アセスメントを行い、ご本人に聞いている。 うまく言葉で言えない方に関してはご家族から聴いている。		

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。	ご家族の希望や意向を十分聞くようにして、いい関係作りに心掛けている。		
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。	入居前のアセスメントを行い、今ご利用者にとって必要なことは何かを判断している。		
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。	家族のように接し、暮らしを共にしていけるように支援している。		
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。	ご家族の思いや情報を常に共有し、ご本人やご家族、職員との絆を大切にし、より良い介護をしている。		
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。	今までの生活歴を把握し、出来る限り今までの生活と変わらない生活が送れるように支援している。	入居前のアセスメントを通して利用者の生活歴から馴染みの関係を把握し、継続を支援しています。意思疎通が困難な利用者については、家族から情報を得ています。利用者の中には、宗教の集いに参加するために知人が迎えに来る人もいます。	

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
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ご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。	ご利用者と毎月企画レクを実施したり、歌レク、ことわざ、昔のお話などを実施している。		
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。	契約が終了した方に関してもそのご家族には、何かありましたらご連絡下さいとお伝えしている。		
<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。	ご利用者と同じ目線でどんなことをしたいのか、意向の把握に努めている。	入居前のアセスメントに加え、日々の関わりの中で利用者の思いや意向の把握に努めています。利用者のしたい事を引き出す努力もしており、レクリエーションの内容などに反映させています。バレンタインデーで、チョコレートファウンテンで楽しんでいきます。	
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。	アセスメントシート等を見ながら理解するよう努めている。ご家族と連携をとっている。		
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。	ご家族とも話し、今の現状で出来る事はないか職員で考えるようにしている。		

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。	実施出来ている。カンファレンスシートを使用してモニタリングをしている。	入居前のアセスメントにを基に暫定プランを作り、2ヶ月程後にモニタリングと再アセスメントを実施して作成しています。モニタリングにはカンファレンスシートを用い、出来ている事・出来ていない事をフロアスタッフ全員で確認しています。	
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。	実施出来ている。カンファレンスシートを使用してモニタリングをしている。		
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。	柔軟な対応に関しては出来てないことが多い。		
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。	実施出来ている。		
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。	出来る限り以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。ご家族の同伴通院やご利用者自身の通院が難しい場合、往診医を紹介している。	月2回、内科及び歯科の往診があり、利用者の健康状態について、事業所では非常勤の看護師と情報共有しています。変化があれば、随時、家族に連絡し、医師の指示などを説明しています。希望に応じてマッサージ師による治療を受けることができます。	

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
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。	看護職員が出勤時ご利用者の健康状態について相談するようにしている。		
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。	入院時の都度、管理者が病院関係者（ナース・ソーシャルワーカー）に連絡をとっている。		
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。	地域の関係者と共に支援は出来ていない。	「重度化した場合における対応」及び「看取りに関する対応」を作成し、利用者と家族の同意を得ています。重度化した場合は、具体的な対応を家族に説明しています。看取りについては、医師が家族に直接説明をしています。これまでの経験を職員全員が共有し看取り介護に対応しています。	
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。	夜間のご利用者急変時対応の訓練は出来ていない。		
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。	火災避難訓練を年2回、水害避難訓練を年1回、合計3回行っている。定期的に備品のチェックや地域の災害訓練に参加。また防災担当の委員を月1回開催している。	マニュアルに沿って火災避難訓練及び水害避難訓練を実施しています。火災避難訓練のうち、1回は消防署から消火方法などの指導を受けています。備蓄品は3日分を用意し、定期的に入れ替えています。年1回の地域主催の防災訓練に、職員が参加しています。	今後は夜間を想定した避難訓練の実施のほか、利用者の訓練への参加などの取り組みも期待されます。また、自治会や行政と連携をより密にして相互協力関係の構築も期待されます。

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
<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。	プライバシーの確保について実施出来ている。	職員はユニット会議の中で、気づいたことを相互に指摘して、話し合い、自己チェックを行って接遇の向上を図っています。課題があれば拘束虐待防止委員会で検討しています。名前の呼び方は利用者一人ひとりの意向を尊重し、丁寧に接しています。	
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。	ご利用者が自己決定できるよう努力している。好きな飲み物に関して選んで頂いている。		
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。	ご利用者の中でご本人の言葉にできるご利用者については出来ているが、難しいご利用者はその気持ちに沿って出来るように努力している。		
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。	毎日の整髪や、訪問理美容のサービスを利用される事でご本人の希望通り出来るよう支援している。 またご本人から希望が聞けない場合は、ご家族に相談している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	一部の準備や後片付けに関しては、ご利用者と一緒が出来ている。 また、8割の職員がご利用者と一緒に食事を摂っている。	配食業者から食材を調達して調理しています。利用者の意向を取り入れて献立を作り、準備を手伝う利用者もいます。家庭菜園で収穫した野菜を献立に活かしています。「生活チェック表」で食事の量や水分摂取量などを確認し、体調管理に役立てています。	

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。	ご利用者と相談の上、職員が作成したメニューは、出来るだけ栄養豊富なメニューにするよう努めている。 また、食べる量や水分量は様子をみながら提供している。		
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。	毎食後は実施出来ていない。就寝時は全利用者行っている。また、ご本人で出来るご利用者は毎食後行っている。		
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。	それぞれの方の排泄パターンを考慮し、適宜おトイレにお誘いするよう支援している。 また、ご自分で出来る能力を活かすため、過度の介助は避けるようにしている。	職員は「排泄チェック表」で、利用者の日頃の排泄状況を確認し、排泄のサインを見逃さないようにして、トイレに誘導するよう心がけています。排泄頻度などに変化が見られた時は、家族に報告と相談をしています。おむつの使用は慎重に行っています。	
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。	水分を十分摂って頂いたり、多めの野菜や、ヨーグルトを召し上がって頂いている。散歩や外出は、多くは出来ていない。		
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。	対応出来るようにしている。	入浴は3日に1度です。曜日を定めるのではなく、入浴した日からマイナスカウントをし、-3になった日の午前に入浴し、体調に応じて入浴日を調整しています。職員は利用者の了解を得て介助し、拒否することがないように配慮しています。入浴中は会話が弾むよう心がけています。	

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
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。	日によって違うが、一人ひとりの気持ちに沿って状況に応じて行っている。		
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。	職員の間で状況を把握し情報共有している。職員の処方薬知識は十分ではない。		
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。	個人の意思を尊重している。		
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。	地域人々との協力は得られていない。	散歩がケアプランに盛り込まれている利用者もおり、天候や体調に配慮し実施しています。利用者の希望に沿って買い物を兼ねた外出などもしています。近隣の飯泉観音への初詣、どんど焼きは、利用者全員が参加しています。家族との外食も楽しみとなっています。	
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。	お小遣いに関しては、職員が管理している。ご本人が買いたい物に関して、その都度一緒に行って購入している。		

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
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。	ご利用者の中に電話や手紙を出したいと言われる方がいないこともあり、出来ていない。		
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。	居心地よく過ごせるように室温調整、光、テレビの音量に配慮している。	退屈をせず、会話が弾む共有空間づくりを心がけています。利用者の作品を多く展示し、懐かしい曲をBGMで流しています。冬季は居間の湿度を50%を目標に調整し、乾燥防止に努めています。清掃を手伝う利用者もいます。	
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。	気の合ったご利用者同士で会話出来るよう食席の工夫をしている。		
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。	使い慣れた物や好みの物を活かせるようにしている。	備え付けのエアコンとクローゼットがあり、床はフローリングで、すっきりと落ち着いた雰囲気です。利用者は、馴染みの品や家具、仏壇などを置いて、寛げる空間となるよう工夫しています。希望があれば、畳を敷くこともできます。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。	一人ひとりの出来ることを活かして生活が送れるよう工夫している。		

事業所名	西湘グループホーム えん
ユニット名	2階ユニット

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ます。 (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。	常に理念を意識し、「寄り添う介護・地域に愛される事業所」を目指し、実践している。		
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。	自治会への加入。回覧板。 近隣の道路の清掃を月1回行っている。 また地域の子供神輿の休憩場所になっている。 機会があれば、ご利用者との散歩がてら近隣の商店に買い物に出掛けている。		
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。	市の依頼により、認知症サポーター研修や介護家族教室の講師を住民向けに行った。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に一度の運営推進会議にてグループホームでの問題の改善点を議題にあげ、委員の方からアドバイスを頂いた。		
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る。	介護保険において分からないことや事業所の問題点について、担当者に管理者が相談に行っている。		

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。	拘束虐待防止委員会を毎月開催。玄関の施錠は、日中は開錠。チャイムもブザーも取り外している。ご利用者が外へで退職時は、好きなように出られるようにしている。		
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。	拘束虐待防止委員会の研修がある。また委員会から不適切なケア、虐待の防止について発信している。		
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。	研修会を開いている。		
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。	管理者が窓口になっている。		
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。	苦情や意見はしっかり受け止め、よりよい環境、理解に努めている。ご家族からの意見や質問など面会時にお伝えして理解を求めている。「ご家族への手紙」も毎月送付している。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
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、毎月のユニット会議で職員の意見を聞いている。		
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。	就業環境等についてはより良いものに整備を図っているものの、思うように介護職員の向上心が育めない状況がある。		
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。	年2回以上の研修。 小田原グループホーム連絡会の研修等に参加を促している。		
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。	小田原グループホーム連絡会の研修や、催し物に参加機会を作っている。		
<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。	入居前アセスメントを行い、ご本人に聞いている。 うまく言葉で言えない方に関してはご家族から聴いている。		

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。	ご家族の希望や意向を十分聞くようにして、いい関係作りに心掛けている。		
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。	入居前のアセスメントを行い、今ご利用者にとって必要なことは何かを判断している。		
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。	家族のように接し、暮らしを共にしていけるように支援している。		
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。	ご家族の思いや情報を常に共有し、ご本人やご家族、職員との絆を大切にし、より良い介護をしている。		
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。	今までの生活歴を把握し、出来る限り今までの生活と変わらない生活を送れるように支援している。		

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
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。	ご利用者と毎月企画レクを実施したり、歌レク、ことわざ、昔のお話などを実施している。		
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。	契約が終了した方に関してもそのご家族には、何かありましたらご連絡下さいとお伝えしている。		
<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。	ご利用者と同じ目線でどんなことをしたいのか、意向の把握に努めている。		
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。	アセスメントシート等を見ながら理解するよう努めている。ご家族と連携をとっている。		
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。	ご家族とも話し、今の現状で出来る事はないか職員で考えるようにしている。		

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。	実施出来ている。カンファレンスシートを使用してモニタリングをしている。		
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。	実施出来ている。カンファレンスシートを使用してモニタリングをしている。		
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。	柔軟な対応に関しては出来てないことが多い。		
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。	実施出来ている。		
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。	出来る限り以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。ご家族の同伴通院やご利用者自身の通院が難しい場合、往診医を紹介している。		

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
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。	看護職員が出勤時ご利用者の健康状態について相談するようにしている。		
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。	入院時の都度、管理者が病院関係者（ナース・ソーシャルワーカー）に連絡をとっている。		
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。	重度化や終末期に向け、ご家族と方針の共有はほぼ出来ているが、介護職員に十分な啓蒙が図れていない。また、地域の関係者と共に支援は出来ていない。		
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。	夜間のご利用者急変時対応の訓練は出来ていない。		
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。	火災避難訓練を年2回、水害避難訓練を年1回、合計3回行っている。定期的に備品のチェックや地域の災害訓練に参加。また防災担当の委員を月1回開催している。		

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
<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。	プライバシーの確保について実施出来ている。		
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。	ご利用者が自己決定できるよう努力している。好きな飲み物に関して選んで頂いている。		
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。	ご利用者の中でご本人の言葉にできるご利用者については出来ているが、難しいご利用者はその気持ちに沿って出来るように努力している。		
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。	毎日の整髪や、訪問理美容のサービスを利用される事でご本人の希望通り出来るよう支援している。 またご本人から希望が聞けない場合は、ご家族に相談しているが、生保受給者の方においては、衣類が豊富に用意出来る環境にない。		
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。	一部の準備や後片付けに関しては、ご利用者と一緒に出てきている。 また、8割の職員がご利用者と一緒に食事を摂っている。		

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
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。	食材提供業者に注文しているため、管理栄養士作成メニューにより、栄養バランスは確保出来ている。 またそれ以外に野菜をプラスして提供。食べる量や水分量は様子を見ながら実施している。		
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。	毎食後は実施出来ていない。就寝時は全利用者行っている。また、ご本人で出来るご利用者は毎食後行っている。		
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。	それぞれの方の排泄パターンを考慮し、適宜おトイレにお誘いするよう支援している。 また、ご自分で出来る能力を活かすため、過度の介助は避けるようにしている。		
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。	水分を十分摂って頂いたり、多めの野菜や、ヨーグルトを召し上がって頂いている。身体機能上、散歩や外出が難しい方が多い。		
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。	対応出来るようにしている。		

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
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。	日によって違うが、一人ひとりの気持ちに沿って状況に応じて行っている。		
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。	職員の間で状況を把握し情報共有している。職員の処方薬知識は十分ではない。		
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。	出来るだけ取り組んではいるが、全体的にご利用者のADL・IADLが低下しているため、支援出来るものが減ってきている。		
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。	地域人々との協力は得られていない。		
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。	お小遣いに関しては、職員が管理している。ご本人が買いたい物に関して、その都度一緒に行って購入している。		

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
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。	ご利用者の中に電話や手紙を出したいと言われる方がいないこともあり、出来ていない。		
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。	居心地よく過ごせるように室温調整、光、テレビの音量に配慮している。		
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。	気の合ったご利用者同士で会話出来るよう食席の工夫をしている。		
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。	使い慣れた物や好みの物を活かせるようにしている。		
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。	一人ひとりの出来ることを活かして生活が送れるよう工夫している。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 西湘グループホーム えん

作成日： 令和元年 5 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	Ⅲ-34	夜間におけるご入居者急変時対応の訓練が出来ていない。	入居者の急変時や事故発生の際の対応マニュアルに沿って、介護職員が定期的に訓練できること。	①緊急時対応マニュアルの再編。 ②緊急時対応マニュアルの職員向け研修を実施する。 ③定期的に夜勤想定での訓練を実施する。	6ヶ月
2	Ⅲ-42	全員の毎食後の口腔ケアは出来ていない。	入居者全員の毎食後の口腔ケアが出来ること。	①毎食後の口腔ケアを行わない上でのマイナス面を周知する。 ②毎食後の口腔ケアを習慣にする。	3ヶ月
3	Ⅲ-47	一人ひとりが服用している薬の用法や用量については情報共有しているが、その目的や副作用についての知識は、全員が十分ではない。	全ての介護職員が入居者全員に処方されている薬の目的や副作用、用法・用量が把握できるようになること。	①入居者処方薬一覧表を作成する。 ②上記一覧表を介護職員に配布し、各自把握する。 ③介護職員に対し、上記の把握状況の効果測定をする。	3ヶ月
4	Ⅲ-44	便秘の予防として、多めの野菜やヨーグルトを摂って頂くようにしているが、運動への働きかけ等、散歩や外出は多くは行われていない。	入居者に合わせた散歩や運動ができること。	①散歩や運動をすることの必要性を学ぶ。 ②意識づけをし、どんな運動が効果的であるかを研究する。 ③散歩もしくは運動を毎日する。	3ヶ月
5	Ⅲ-51	要望がないこともあり、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な支援が出来ていない。	入居者ニーズに対応した、既存のサービスに捉われない柔軟な支援とサービスが提供できること。	①入居者から希望が出やすい職場環境を構築する。 ②手紙や電話ができる職場環境を構築する。 ③上記、実現させるために日々研究をする。	6ヶ月