

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1472300910
法人名	株式会社 西湘乃えん
事業所名	西湘グループホームえん
訪問調査日	平成29年3月31日
評価確定日	平成29年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成28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	1472300910	事業の開始年月日	平成16年6月	
		指定年月日	平成17年2月1日	
法人名	株式会社 西湘乃えん			
事業所名	西湘グループホームえん			
所在地	(250-0863) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成29年3月25日	評価結果 市町村受理日	平成29年8月4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	
----------	--

【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)】

近くに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、私ども西湘えんでは、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」をお一人お一人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 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成29年3月31日	評価機関 評価決定日	平成29年3月31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)】

●この事業所の経営は(株)西湘乃えんです。同法人は「真の幸福を探求し、未来の福祉を創造する」を理念として掲げる、湘南乃えんグループの中の1社です。同グループは、グループホーム・デイサービス・居宅介護支援事業所・小規模多機能等を1か所で運営する独立採算制の独自の方式で、藤沢・鎌倉・小田原・平塚の湘南エリアを中心に事業所を展開しています。「西湘グループホームえん」も敷地内に、グループホーム・デイサービス・小規模多機能・居宅介護支援事業所が併設されています。場所は、JR東海道線「小田原駅」からバスで15分程、バス停からは徒歩3分の酒匂川の堤防沿いにあり、リビングから丹沢連峰や富士山が望め、歴史ある飯泉観音が近くにある歴史と自然に囲まれた環境の中にあります。

●理念は、寄り添う介護・思いやれるチーム・介護のプロ・第二の我が家・地域に愛される、の5つを掲げ、入職時やオリエンテーションで説明し、共有して実践に繋がっています。フロア毎に理念に沿った月間目標も掲げています。方針として「地域に開かれた事業所」作りを目指し、地域清掃で飯泉観音へ利用者と一緒に出掛けたり、事業所内の「地域委員会」で、酒匂川やどぶの掃除、災害対策に向けた支援等を行っています。また近隣の子供や親子連れに、気軽に立ち寄ってもらえるような(駄菓子屋)を作りたいと計画しています。

●職員の教育では、新人研修で同期を作り相談しあえるような関係を作っています。法人の基礎研修で就業規則や接遇を学び、オリエンテーションやトレーニング期間でグループホームについて学んでいます。

【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、活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	常に理念を意識して寄り添う介護 思いやれるチームを実施している。	理念は、寄り添う介護・思いやれるチーム・介護のプロ・第二の我が家・地域に愛される、の5つです。入職時とオリエンテーションで「介護のプロとは何か・相手を思った介護とは」を説明し、地域に愛される事業所を目指しています。フロア毎に理念に沿った月間目標を立て、共有しています。	今後の継続
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。 地域の神社の清掃を月1で行っている。 また地域の子供神輿の休憩場所になっている。 またご利用者との散歩においてご近所とあいさつを行い、少しずつ交流する機会が増えている。	自治会に加入し、回覧板で地域の情報を頂いています。地域清掃に参加し、神社の清掃を利用者と一緒に行ったり、4事業所合同で開催している「えん祭り」では、家族や近隣の方に声掛けして参加を呼びかけています。また、地域のお祭りの子供神輿が立ち寄ってくれるので、その際、お茶やお菓子を提供しています。	今後の継続
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	前年度公民館にて認知症サポーター研修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か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会議の議題にあげ、委員の方からアドバイスをいただいた。	運営推進会議は2か月に1回、西湘えん全体で行っています。出席者は自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員・家族で、1週間前にレジュメを送付し、議題の流れに沿って行っています。2ヶ月間の状況報告・事故報告を行い、検討事項についてはアドバイスを頂き、運営に反映させています。	今後の継続
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	介護保険においてわからないこと、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。	生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、毎月市役所には相談等で出向いています。地域包括支援センターには運営推進会議にも出席頂き、入居者の情報等で連絡を取っています。また、市とグループホーム連絡協議会共催の「認知症シンポジウム」への参加や、社協とはアクティブシニアのボランティアで連携しています。	今後の継続

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2か月に一度開催。玄関の施錠は、日中は開錠。チャイムやブザーも取り外している。ご利用者が外へ出たい時は、好きなように出れるようにしている。	身体拘束虐待防止委員会を2ヶ月に1回開催し、新人研修でも話し、学んでいます。不適切な行動やケアの疑問点について話しあい、言葉使い(ダメを言うてはいけない)にも注意しています。また、玄関はチャイムも取り外し、日中は開錠状態にすることで、利用者が好きな時にいられる様にし、見守りで対応しています。	今後の継続
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主催の研修がある。また委員会から不適切なケア、虐待の防止については発信している。		
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。華族の手紙も毎月送付している。	家族とは来訪時に話し、意見や要望は受け止め運営に反映させています。書類のこと等で電話をした時にも意見や要望を聞いています。家族会は年1回、3施設合同で開催し、事業計画の説明をし、意見を伺う機会にしています。また、ケアプランの見直しの際にも、意見を聞いています。	今後の継続

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、フロア会議等で職員の意見を聞いている。	管理者は、毎月のユニット毎のフロア会議で職員の話聞いています。日頃から積極的にコミュニケーションを図ることで、忌憚りの無い意見が言える環境作りに努め、その都度話し合っています。管理者は年2回、人事考課の個人面談も行い、目標等を聞いています。	今後の継続
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	月1回以上の研修。小田原グループホーム連絡会の研修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	グループホーム連絡会の研修の参加や催し物に参加機会を作っている。		
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聞いている。		

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、意向を聞いている。		
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	ご家族のように接し、暮らしを共にしてい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、ご家族、職員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支援している。	以前からの知り合いが遊びに来られ部屋で話をしたり、信仰をお持ちの方が集会に参加したりと、今までの関係を大切に、途切れない様支援しています。誕生日には、職員と1対1で外出出来る方には行きたい場所へお連れしたり、食べたい物を提供しています。	今後の継続

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。		
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。	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。	思いや意向については、アセスメントと日々の会話から判断し、言えない方には生活歴や家族からの情報で把握し、日々のケアに繋げています。日々のケアの中で耳にした言葉は、そのまま書き留め、アセスメントシートに書き込み、介護計画に反映させています。	今後の継続
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	ご家族へ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。	介護計画は、西湘えん独自の方式で、援助方針・本人及び家族の希望を記入、職員にも利用者の出来ている事・出来ていない事を聞き、計画作成者がまとめて作成しています。アセスメントシートは更新時の1ヶ月前に居室担当に出してもらい、計画作成者が確認の上アセスメントを行っています。	今後の継続
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いないことが多い。		
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。ご家族が通院がご利用者の通院が難しい場合において往診医を紹介している。	基本的には、以前からのかかりつけ医を受診できる様支援しています。家族や利用者の通院が難しい場合は、往診医を紹介しています。往診医は月2回の訪問があり、歯科医は毎週木曜日に往診があります。専門医には、家族対応での受診をお願いしています。	今後の継続

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。	入院時介護支援専門員が病院関係者(ナース ソーシャルワーカー)に連絡をその都度とっている。		
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。	契約時に「重度化に対する指針」を基に説明し、同意を頂いています。家族から、事業所での看取りの希望が多く、状態が変化した場合には、家族・主治医・事業所の3者で話し合い、方向性を決めています。事業所では、家族の意向を尊重し、ターミナルケアも行っています。	今後の継続
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	新人職員への緊急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、地震、水害避難訓練を年1回、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会を立ち上げている。月1回委員会開催。	火災、地震、水害避難訓練を計3回行っています。酒匂川が近いこともあり、水害マニュアルを作成しています。地域の方の避難場所として提供する話もしています。備蓄は水や食料を3日分、水害を考慮して2階に保管しています。地域の防災訓練には、利用者と共に参加しています。	今後の継続

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	プライバシーの確保について実施出来ている。	接遇の研修を行い、特に言葉遣いには気を付けています。排泄の際は扉をきちんと閉め、脱衣場はカーテンを閉めるなど、プライバシーに配慮しています。名前は「さん」づけを基本とし、業務の引き継ぎを行う時は、事務所を使ったり、離れた場所へ行く等の配慮をしています。	今後の継続	
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いただいている。	/		/
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	毎日の整髪や理美容でご本人の希望どお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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	後片付けに関しては、ご利用者とできている。食事の準備に関してはご利用者と出来ていないことが多い。食事は、8割の職員がご利用者と食事を一緒に取っている。	食材とメニューは、業者に依頼していますが、冷蔵庫にある旬の食材を使ってアレンジも行っています。ユニット毎にパン食の日や、自由な日も設けています。月1～2回は寿司等の出前を取ったり、たこ焼きやどら焼き、ホットケーキ等のおやつを手作りし、楽しんで頂いています。	今後の継続	

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	栄養バランスは、業者で食材を注文して出来ている。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	2時間ほどを目安にしてご利用者の様子や水分量も考慮して実施している。	排泄チェック表を基に、一人ひとりの排泄パターンを把握し、食事の前後や、2時間ほどを目安にした声掛けで、トイレでの排泄に繋がるよう支援しています。布パンやリハビリパンツにパッドを使用している方が多く、その日の排泄の様子を考慮して対応しています。		今後の継続
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	水分をとって頂いたり、野菜やヨーグルトを召し上がってもらったりしている。散歩、外出出来ている。			
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ず、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。	週2回、入浴できる様支援をしています。基本的には日中の入浴ですが、本人の希望で夕方に入る方がいるなど、柔軟な対応が出来るよう支援しています。入浴拒否の方には、無理強いをせず、職員や日を変えるなどの対応をしています。季節の柚子湯や菖蒲湯も行っています。		今後の継続

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、一人一人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。飲み薬の知識は職員不足している。		
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	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	地域の人々との協力は得られていない。	利用者の体調や天候を考慮しながら、ほぼ毎日散歩をしています。飯泉観音へは初詣やどんど焼きに行っています。2～3か月に一度は、川沿いの桜や、小田原城址公園、開成町のアジサイなどの花見の遠出も行っています。回転寿司を食べに行く等の外食も行っています。	今後の継続
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は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。	リビングの窓は大きく、丹沢連峰や富士山が臨め、季節の花を飾り、季節感を感じて頂いています。食卓とは別にソファがあり、リビングにはカーペットが敷かれ、内履きを撤廃し、家のように靴下のみで過ごせることを目指しています。今後、廊下にもカーペットを敷いて、より家庭に近い雰囲気与生活出来るようにしたいと考えています。		今後の継続
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	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している。	居室には、クローゼット・エアコン・照明が設置され、それ以外は、自宅にある物・使い慣れた物、布団・仏壇・タンス・縫いぐるみや写真等を持ち込んで頂き、家族と相談しながら配置して、居心地の良い空間になるよう支援しています。掃除は曜日を決めて、出来る方には一緒にやっています。		今後の継続
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	一人一人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。			

目 標 達 成 計 画

事業所

西湘グループホームえん

作成日

平成29年3月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	新人職員も増え、理念の浸透が出来ていない。	全職員に理念の浸透、全職員が理念を理解する。	日勤帯において理念の唱和。フロア会議において理念を理解しているか確認する。	3か月
3	28	職員のご利用者のアセスメント能力（出来る事、出来ない事）が不足している。	職員のアセスメント能力の向上	居室担当者一人一人アセスメントをしてその方のニーズ、思いを把握する。	3か月
4	15	食事準備において職員主体で行っている。	ご利用者と一緒に食事作りを行う習慣をつける。	毎食時野菜きりや盛り付け等少しでもご利用者が関わられるよう支援する。	6か月
2	34	新人職員も増え、夜間、急変時の対応が出来ない職員がいる。	全職員が急変時の対応が理解出来ている。	年1回以上の急変時、夜間対応、連絡方法等の研修を実施する。	6か月
5	53	共有スペースでご利用者がくつろげるスペースがない。	共有スペースに一人でくつろげる場所を確保する。	環境整備の計画を立てる	6か月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	西湘グループホームえん
ユニット名	2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、活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	地域に愛される事業所を目指していますという理念があるが、新しい職員に浸透出来ていない。		
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	自治会への加入。回覧板。 地域の神社の清掃を月1で行っている。 また地域の子供神輿の休憩場所になっている。		
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	前年度公民館にて認知症サポーター研修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か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会議の議題にあげ、委員の方からアドバイスをいただいた。		
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に取り組んでいる	介護保険においてわからないこと、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2か月に一度開催。玄関の施錠は、日中は開錠。チャイムやブザーも取り外している。ご利用者が外へ出たい時は、好きなように出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主催の研修がある。また委員会から不適切なケア、虐待の防止については発信している。		
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	入居時、退居時において管理者が説明を行っている。		
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	ご家族来訪時職員から日々の様子を伝えていく。また毎日家族の手紙を出して様子を伝えていく。お小遣いについても手紙で報告。ご家族からの苦情は、その都度スタッフに伝え改善するよう努力している。		

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
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、フロア会議等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	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	月1回以上の研修。小田原グループホーム連絡会の研修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	グループホーム連絡会の研修の参加や催し物に参加機会を作っている。		
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聞いている。		

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、意向を聞いている。		
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	ご本人とのいい関係作りも大切なことだと感じて支援している。		
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	ご家族と協力のもと支援している。		
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	リビングでTVを一緒に見たり、ゲームを一緒にするなどご利用者同士で仲良くされるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。		
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。	ご利用者一人一人何がしたいか希望を聞きながら支援している。		
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	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	ご家族へ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いないことが多い。		
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に支援している。ご家族が通院がご利用者の通院が難しい場合において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。	入院時介護支援専門員が病院関係者(ナースソーシャルワーカー)に連絡をその都度とっている。		
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。		
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	新人職員への緊急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、地震、水害避難訓練を年1回、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会を立ち上げている。月1回委員会開催。		

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	プライバシーの確保について職員の中でばらつきがみられる。		
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いただいている。		
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	朝起床時整髪、男性は毎日ではないが、電動髭剃りでひげをそっている。		
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	後片付けに関しては、ご利用者とできている。 食事の準備に関してはご利用者と出来ていないことが多い。食事は、8割の職員がご利用者と食事を一緒に取っている。		

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	栄養バランスは、業者で食材を注文して出来ている。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時行っている。		
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	2時間ほどを目安にしてご利用者の様子や水分量も考慮して実施している。		
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	水分をとって頂いたり、野菜やヨーグルトを召し上がってもらったりしている。運動に関して不足している。		
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	未入浴日数を元にして、希望を確認しながら入浴していただいている。ご利用者の中には寝る前に入りたい方に関してはその時間に入浴している。		

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、一人一人の気持ち忝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。飲み薬の知識は職員不足している。		
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	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	希望を確認して、出かけることが出来るよう支援している。また普段は行けない場所でも職員で協力しながら支援している。		
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	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は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 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	1人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。		

目 標 達 成 計 画

事業所

西湘グループホームえん

作成日

平成29年3月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	新人職員も増え、理念の浸透が出来ていない。	全職員に理念の浸透、全職員が理念を理解する。	日勤帯において理念の唱和。フロア会議において理念を理解しているか確認する。	3か月
3	28	職員のご利用者のアセスメント能力（出来る事、出来ない事）が不足している。	職員のアセスメント能力の向上	居室担当者一人一人アセスメントをしてその方のニーズ、思いを把握する。	3か月
4	15	食事準備において職員主体で行っている。	ご利用者と一緒に食事作りを行う習慣をつける。	毎食時野菜きりや盛り付け等少しでもご利用者が関わられるよう支援する。	6か月
2	34	新人職員も増え、夜間、急変時の対応が出来ない職員がいる。	全職員が急変時の対応が理解出来ている。	年1回以上の急変時、夜間対応、連絡方法等の研修を実施する。	6か月
5	53	共有スペースでご利用者がくつろげるスペースがない。	共有スペースに一人でくつろげる場所を確保する。	環境整備の計画を立てる	6か月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。