

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	1494200056	事業の開始年月日	平成25年10月1日
		指定年月日	平成25年10月1日
法人名	(株)ジャパンケアサービス		
事業所名	グループホーム遊宴海老名		
所在地	(〒243-0424) 神奈川県海老名市社家77-1		
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	平成28年11月10日	評価結果 市町村受理日	平成28年12月26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.kaigokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_deta
----------	---

【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)】

私たち遊宴は、人生を健やかに、楽しく過ごしていただきたいと考えています。今まで暮らしてきたご自宅での生活を大切に、ごく普通の生活をしていただけるよう支援することで、一人ひとりの「自分らしさ」の実現のお手伝いをさせていただきます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成28年11月24日	評価機関 評価決定日	平成28年12月15日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

【事業所の優れている点】

◇チームワークによる利用者支援

開設後3年が経過し、職員は法人の研修教育制度を受講して現場での介護力が向上している。かつての一時的な失火事故が契機となり、職員間の連帯意識と夫々の自覚が芽生えて、職員同士の結束が一層強くなった。管理者は職員の自主性を尊重して、なるべく任せるようにしている。

◇利用者の制約のない日常生活

運営方針に「利用者の在宅時の生活を大切に、ごく普通の生活が送れるよう支援する」を掲げて、以前から針仕事の好きな利用者には、椅子のカバーやベッドカバーをパッチワークで作るのを、職員が見守るなど制約のない日常生活を支援している。

【事業所が工夫している点】

◇医療連携による利用者の健康管理の徹底

協力医とは、24時間の連絡が可能で連携が取れており、協力医と薬局、事業所の三者間では、医療・服薬情報を共有して、利用者の健康管理に当たっており、利用者と家族の安心感に繋がっている。

【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	グループホーム遊宴海老名
ユニット名	1階

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	グループホームの理念において、在宅での生活を大切にする事を謳っている。事業所会議や研修等を通じ、職員間でも理念を共有し、実践に繋げるようにしている。	・理念と方針を「利用者の在宅時の生活を大切にして、穏やかに楽しく過ごせるように支援する」と掲げ、会議等で職員に周知している。 ・ケアプランの基本に据え、困った時に立ち戻るようにしている。	
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	日課の散歩を通じて交流している。挨拶は日常的に行なわれている。災害時の協力関係がある。	・自治会に加入している。 ・自治会主催の敬老会に住民票がある利用者が招待され、地域の方々と交流している。 ・海老名社協「えびな元気お裾分けクラブ」から傾聴ボランティアが毎週来訪している。	
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	運営推進会議で地域の方からの意見等を聞き、認知症の方への理解を広めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	年6回の運営推進会議では、ホームの行事や出来事を報告したり、状況、問題点、方向性等を話し、地域の方からの貴重なアドバイスを頂いている。	・年6回開催を計画しており、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族がメンバーとなっている。 ・事業所の報告の他に避難訓練等で意見交換している。	・自治会長が多忙で欠席がちのようですので、自治会の他の役員さんをお願いするなどの打ち合わせをして、地域の情報収集に尽力されることが期待されます。
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	市役所へ報告、連絡、相談、確認をしている。運営推進会議にも参加していただいている。	・運営推進会議に市の担当者が出席し、議事録は郵送している。 ・利用者の要介護申請代行時などに事業所の近況を報告している。 ・市のケアマネ連絡会に参加し、情報交換している。市主催の研修を受講している。	

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束はしていない。鍵については防犯上の理由からしている。万が一不適切なケアを発見した場合は注意報告を行うようにスタッフ間で徹底している。	・身体拘束をしないことを運営規程等に明記し、「身体拘束ゼロへの手引き」等を使用して研修を年1回実施している。 ・ユニット入口は家族の了解を得て安全上施錠をしている。	
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	高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行なっている。日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを指摘し合える関係づくりをしている。		
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	入居希望対象者について、関係機関と成年後見人制度や社協のあんしんセンターの紹介等を行なっている。		
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	入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がない様に確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。		
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	苦情窓口として、管理者、本社苦情窓口が対応している。推進会議での報告ミーティング時にスタッフと協議を行っている。家族とは来訪時に近況報告と合わせてお話を伺っている。	・家族の来訪時や電話連絡した際に意見や要望を聞くように努めている。 ・職員に名札をつけてほしいとの要望があったが介護の際の邪魔になるので、代わりに職員顔写真を玄関に貼り出し職員の顔と名前が分かるようにして、応えている。	

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	毎月の事業所会議、管理者との面談などで意見交換をしている。ミーティングでは、運営について話し合っている。日常でも積極的にスタッフが意見を発言できる環境がある。	・毎月のフロアごとの事業所会議やカンファレンスの際、また管理者との個人面談で職員の意見や提案を聞いている。 ・日常のケアに関することや行事の提案などは即決し、必要に応じて職員間で打ち合わせをする。	
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	人事評価制度を導入し、仕事の成果を適正に評価している。		
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	介護技術トレーナー制度により法人のケアの方針を事業所のスタッフに教育している。又毎月の研修によりケアの質の向上を図っている。外部研修に積極的に参加している。		
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	社内では事業所訪問や会議、研修を通じて相互交流を図り、他の事業所のスタッフと意見交換をしている。社外では外部研修時に交流をしている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回ケアプランを作成している。入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立てている。		

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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	ご本人の要望、ご家族の希望を聞き対応している。買い物、散歩出来るだけ在宅時と変わらない支援をしている。		
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	調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組み、ご入居者中心の支援を行っている。		
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	毎月のお手紙で普段の生活をお知らせしている。ご家族の訪問時にお話をし、一緒に考えていくようにしている。		
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	手紙や電話での援助、一時帰宅など、これまでの関係維持に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> 友人・知人が来訪すると居室やリビングで歓談を勧め、お茶を出して歓待している。 行きつけの街の美容院へ家族と一緒に出かける利用者もいる。 	

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
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	日常生活の中で、入居者同士のコミュニケーションがスムーズに取れるようにスタッフはコーディネート役に徹するよう努めている。		
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	継続的な関わりを必要とされている方からのアプローチには積極的に応じるが例はない。退去時には担当ケアマネなどと連携している		
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。	入居時にアセスメントをとり、その後は毎月のカンファレンスで一人一人の思いや生活を共有している。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の思いは日常生活の中で聞き取るようにしている。 ・意向の把握が困難な方については家族に訊いたり、表情や行動で判断している。 ・得た情報は申送りやカンファレンスで職員間で共有している。 	
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	普段の生活の中でその方の生活歴をお伺いしたり、ご家族からお話を聞いたりしている。カンファレンス等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	気づきをカンファレンス等で話し合い、アセスメントをしている。又朝、夕の申し送りで情報を共有しチームケアを実践している。		

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	スタッフ間でカンファレンス、モニタリングを通じて話し合いをしている。医療的なことは往診時に主治医に確認をしている。家族にはモニタリングを開示し意見をいただくこともある。	・毎月のカンファレンスでケアマネージャーを中心にモニタリングをして、みんなで話合っってプランを作り家族の意見や医師の報告を参考にして介護計画を作成している。 ・計画は6か月毎、変化時はその都度、見直しをしている。	
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	日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合はケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。スタッフの気づきは、その場で共有している。		
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	毎日の気付き、状態変化を毎日の申し送りや毎月のモニタリングによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成者が行っている。		
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	えびな元気お裾分けクラブに加入し傾聴ボランティアに来て頂いている。自治会の敬老会や祭りなどに参加している。		
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	緊急時の対応などは事前に打ち合わせている。協力医療機関の主治医には、入居者の体調変化が見られた際は、報告、相談している。必要に応じて外来受診することもある。	・利用者全員が協力医をかかりつけ医としている。内科は月2回往診があり、歯科は外来通院し、必要に応じて往診がある。内科は看護師が歯科は歯科衛生士が同行する。 ・その他の科目は、家族または職員が付添い通院している。	

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	協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。チャットを使用しタイムリーな連携ができています。		
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。	入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師からの説明に出席している。継続的な介護が出来るようにしている。		
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	対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、看取りの同意書に同意していただく。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時に看取り、終末期の対応指針を家族に説明し、同意を得ている。利用者の状況の変化に応じて家族と医師、事業所で話し合いをして方針を共有している。 ・利用者の重度化に備えて研修を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化対応や看取りのニーズはますます要請されますので、引き続き職員研修を継続することが期待されます。
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	緊急時のマニュアルがある。緊急時は迅速な対応が出来るようにしている。		
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	年2回（春、秋）の消防、避難訓練をしている。又消防署が催している災害、その他の研修に参加している。	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練は年2回夜間想定で実施している。うち1回は消防署が立ち合いをしている。運営推進会議と同日に避難訓練を実施し、委員が協力してくれた。他に近隣家族、近隣職員の協力を得られる。 ・食料・水を3日分と防災備品を備蓄している。 	

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	法人の理念、方針を入社時周知徹底している。コミュニケーション研修等も行なっている。記録に関しては事務所（管理者）で管理している。	・法人本部では、プライバシーやコミュニケーションに関する研修を、内部研修では接遇研修を実施している。 ・居室以外には利用者の写真もできるだけ掲示しないなど、個人情報の保護、管理を徹底している。	
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	日常のケアの中で、分かり易い言葉で話しをし、自己決定を行いやすい声掛けをしている。		
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	入居者の希望、要望を考えたケアプランを作成している。		
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	理美容は定期的に訪問で対応している。生活の中で毎朝整容を行っている。衣服の乱れや、頭髪の乱れ、髭が伸びていないかなどないようにスタッフが都度確認している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者が自分で材料を切ったり、盛り付けたり、お盆を並べたりしている。入居者同士で事前に役割分担をされている。スタッフも入居者と同じテーブルで食べ、お話に加わっている。	・食材、献立は外部委託をして利用者の食事形態に合わせ、職員が調理をしている。季節の行事食やレクレーションで利用者の好みの食事を楽しんでいる。 ・利用者は、下ごしらえや後片付けなどできることを手伝っている。	

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	食事は配送食材で調理している。水分量のチェックも毎日行い、制限のない方は食事以外で1400ccの確保を目安としている。好みに応じた飲料を提供している。		
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	ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し、定期的な健診もしている。		
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	日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有し適切な声掛け、誘導を行い失敗が少なくなるよう支援している。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表を用いてトイレでの排泄と、リハビリパンツに頼らない布パンツの使用を支援している。 ・夜間はポータブルトイレの利用や定時誘導で、できるだけ失禁を防ぐなど、利用者の自尊心に配慮した取り組みをしている。 	
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	便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、運動を取り入れるなどの工夫をしている。また主治医と連携し便秘にならないようにしている。		
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	ご本人の体調を第一に考えて決めている。基本的には週2回だが、ご家族が見えていたり、ご本人が入りたくない場合は日や時間をずらして入って頂いている。その方に合った声掛けも配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2回を基本にしているが、その日の気分や来客など、利用者の都合に合わせて支援している。 ・浴室と脱衣場には、暖房機やエアコンを設置して冬場のヒートショックに備えている。 	

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	散歩に行ったり、いい天気にはベランダで日向ぼっこされたり、適度な運動、休息を取り入れ安眠に繋げるよう支援している。		
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	医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など薬剤師がノートへ記入しスタッフ全員が共有している。		
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	入居者、ご家族へアセスメントをし、どのような事が出来るか、やりたいかを考慮してケアプランを作成し、それに沿って支援している。		
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	散歩を日課に組み込み、全員が定期的に外出できるようにしている。もっと散歩したい方や、外出希望の方には体調を崩されない範囲で支援している。	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の近くの相模川には、お弁当を持参して出かけ、秋には、樹齢400年の銀杏の紅葉見学に、近くの神社に車で出かけることを楽しみにしている。 ・個別対応でおやつを買いに車で外出することもある。 	
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	買い物と一緒にいき、ご自分で商品を選び、金銭管理が大丈夫な方はご自身で支払って頂いている。		

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
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	ご家族の了承を得て、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	居間には季節に合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。畳の部屋では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようになっている。	・明るく採光の良いリビングは、温湿度の管理や日常の清掃が行き届き、清潔で居心地の良い空間になっている。 ・玄関脇に洗面台を設置し、感染症対策になっている。消火器や洗濯機なども壁面に収納され、利用者の安全面にも配慮している。	
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	思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫したり、テレビも見やすいような位置に置いている。		
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	入居者は使い慣れたタンスや写真等を持って来て頂き、配置はご本人やご家族と相談して決めている。	・居室にはクローゼット、エアコン、カーテン、照明が備え付けてあり、利用者は家具や仏壇、テレビなどを持込んでいる。居室で趣味の裁縫やビデオを見る方もいる。 ・ベッドを使用したり、マットに布団を敷いて休むなど、入居前の習慣に合わせた支援をしている。	
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	自室入り口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを点け、安全にトイレに行けるよう配慮している。		

事業所名	グループホーム遊宴海老名
ユニット名	2階

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	グループホームの理念において、在宅での生活を大切にする事を謳っている。事業所会議や研修等を通じ、職員間でも理念を共有し、実践に繋げるようにしている。		
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	日課の散歩を通じて交流している。挨拶は日常的に行なわれている。災害時の協力関係がある。		
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	運営推進会議で地域の方からの意見等を聞き、認知症の方への理解を広めている。		
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	年6回の運営推進会議では、ホームの行事や出来事を報告したり、状況、問題点、方向性等を話し、地域の方からの貴重なアドバイスを頂いている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市役所へ報告、連絡、相談、確認をしている。運営推進会議にも参加していただいている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束はしていない。鍵については防犯上の理由からしている。万が一不適切なケアを発見した場合は注意報告を行うようにスタッフ間で徹底している。		
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	高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行なっている。日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを指摘し合える関係づくりをしている。		
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	入居希望対象者について、関係機関と成年後見人制度や社協のあんしんセンターの紹介等を行なっている。		
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	入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がない様に確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。		
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	苦情窓口として、管理者、本社苦情窓口が対応している。推進会議での報告ミーティング時にスタッフと協議を行っている。家族とは来訪時に近況報告と合わせてお話を伺っている。		

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
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	毎月の事業所会議、管理者との面談などで意見交換をしている。ミーティングでは、運営について話し合っている。日でも積極的にスタッフが意見を発言できる環境がある。		
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	人事評価制度を導入し、仕事の成果を適正に評価している。		
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	介護技術トレーナー制度により法人のケアの方針を事業所のスタッフに教育している。又毎月の研修によりケアの質の向上を図っている。外部研修に積極的に参加している。		
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	社内では事業所訪問や会議、研修を通じて相互交流を図り、他の事業所のスタッフと意見交換をしている。社外では外部研修時に交流をしている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回ケアプランを作成している。入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立てている。		

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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	ご本人の要望、ご家族の希望を聞き対応している。買い物、散歩出来るだけ在宅時と変わらない支援をしている。		
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	調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組み、ご入居者中心の支援を行っている。		
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	毎月のお手紙で普段の生活をお知らせしている。ご家族の訪問時にお話をし、一緒に考えていくようにしている。		
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	手紙や電話での援助、一時帰宅など、これまでの関係維持に努めている。		

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
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	日常生活の中で、入居者同士のコミュニケーションがスムーズに取れるようにスタッフはコーディネート役に徹するよう努めている。		
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	継続的な関わりを必要とされている方からのアプローチには積極的に応じるが例はない。退去時には担当ケアマネなどと連携している		
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。	入居時にアセスメントをとり、その後は毎月のカンファレンスで一人一人の思いや生活を共有するようにしている。		
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	普段の生活の中でその方の生活歴をお伺いしたり、ご家族からお話を聞いたりしている。カンファレンス等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	気づきをカンファレンス等で話し合い、アセスメントをしている。又朝、夕の申し送りで情報を共有しチームケアを実践している。		

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	スタッフ間でカンファレンス、モニタリングを通じて話し合いをしている。医療的なことは往診時に主治医に確認をしている。家族にはモニタリングを開示し意見をいただくこともある。		
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	日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合はケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。スタッフの気づきは、その場で共有している。		
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	毎日の気付き、状態変化を毎日の申し送りと毎月のモニタリングによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成者が行なっている。		
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	えびな元気お裾分けクラブに加入し傾聴ボランティアに来て頂いている。自治会の敬老会や祭りなどに参加している。		
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	緊急時の対応などは事前に打ち合わせている。協力医療機関の主治医には、入居者の体調変化が見られた際は、報告、相談している。必要に応じて外来受診することもある。		

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
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	協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。チャットを使用しタイムリーな連携ができています。		
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。	入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師からの説明に出席している。継続的な介護が出来るようにしている。		
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	対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、看取りの同意書に同意していただく。		
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	緊急時のマニュアルがある。緊急時は迅速な対応が出来るようにしている。		
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	年2回（春、秋）の消防、避難訓練をしている。又消防署が催している災害、その他の研修に参加している。		

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	法人の理念、方針を入社時周知徹底している。コミュニケーション研修等も行なっている。記録に関しては事務所（管理者）で管理している。		
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	日常のケアの中で、分かり易い言葉で話しをし、自己決定を行いやすい声掛けをしている。		
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	入居者の希望、要望を考えたケアプランを作成している。		
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	理美容は定期的に訪問で対応している。生活の中で毎朝整容を行っている。衣服の乱れや、頭髮の乱れ、髭が伸びていないかなどないようにスタッフが都度確認している。		
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	入居者が自分で材料を切ったり、盛り付けたり、お盆を並べたりしている。入居者同士で事前に役割分担をされている。スタッフも入居者と同じテーブルで食べ、お話に加わっている。		

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	食事は配送食材で調理している。水分量のチェックも毎日行い、制限のない方は食事以外で1400ccの確保を目安としている。好みに応じた飲料を提供している。		
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	ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し、定期的な健診もしている。		
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	日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有し適切な声掛け、誘導を行い失敗が少なくなるよう支援している。		
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	便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、運動を取り入れるなどの工夫をしている。また主治医と連携し便秘にならないようにしている。		
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	ご本人の体調を第一に考えて決めている。基本的には週2回だが、ご家族が見えていたり、ご本人が入りたくない場合は日や時間をずらして入って頂いている。その方に合った声掛けも配慮している。		

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	散歩に行ったり、いい天気にはベランダで日向ぼっこされたり、適度な運動、休息を取り入れ安眠に繋げるよう支援している。		
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	医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など薬剤師がノートへ記入しスタッフ全員が共有している。		
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	入居者、ご家族へアセスメントをし、どのような事が出来るか、やりたいかを考慮してケアプランを作成し、それに沿って支援している。		
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	散歩を日課に組み込み、全員が定期的に外出できるようにしている。もっと散歩したい方や、外出希望の方には体調を崩されない範囲で支援している。		
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	買い物と一緒にいき、ご自分で商品を選び、金銭管理が大丈夫な方はご自身で支払って頂いている。		

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
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	ご家族の了承を得て、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	居間には季節に合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。昼の部屋では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようになっている。		
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	思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫したり、テレビも見やすいような位置に置いている。		
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	入居者は使い慣れたタンスや写真等を持って来て頂き、配置はご本人やご家族と相談して決めている。		
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	自室入り口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを点け、安全にトイレに行けるよう配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム遊宴海老名

作成日 平成28年12月26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組み内容	目標達成に要する期間
1	4	自治会長が多忙で欠席がちのようですので、自治会他の役員さんをお願いするなどの打ち合わせをして、地域の情報収集に尽力されることが期待されます	運営推進会議に地域代表として自治会を代表する方に出席をして頂き、地域の情報収集をする	平成29年4月に自治会長が変わるため、新しい会長と打ち合わせを行い、会長もしくは準ずる方の出席をお願いし、地域の情報を収集する	平成29年4月まで
2	33	重度化対応や看取りのニーズはますます要請されますので、引き続き職員研修を継続することが期待されます	重度化対応、看取りの研修を行う	年1回の定例研修以外に実際に即した看取りの研修やカンファレンスを毎月行っていく	通年
3					
4					
5					