

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	1492200751	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	湘南グループホームえん		
所在地	(251-0014) 神奈川県藤沢市宮前371-5		
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2年2月11日	評価結果 市町村受理日	令和2年9月1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)】

利用者主体の生活・暮らしが応援できるよう努めている。
特段、ホテルのような暮らしを求めるのではなく、自分達が生活している「当たり前」の暮らしが施設で暮らす高齢者にとっても「当たり前」に近づけることができることを大切にしている。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年6月17日	評価機関 評価決定日	令和2年7月8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・小田急線「藤沢」駅南口から江ノ電バスで「教養センター循環」に乗り「村岡宮前」バス停下車、徒歩3分の住宅地にあります。建物は公園に面し、開放感のある環境にあり、近くにはコンビニエンスストアなどもあります。法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、合同で行事や活動を展開しています。

<優れている点>

管理者・職員は、法人の掲げる5つの「えん」(円・援・宴・園・縁)の思いを大切にして、事業所理念と2ヶ月ごとの目標を作成し、ケアに取り組んでいます。理念は「選択」をテーマに、少しでも「私たちの生活に近づける」支援として、選択できる機会を増やすことに注力しています。村岡宮前町内会に加入し、地域の情報収集や各種の行事を通して交流を行っています。町内会主催の夏祭りや防災訓練、毎週近くの公園で行われる体操集会に参加しています。防災訓練では事業所が備蓄している簡易トイレやその使用方法を紹介しています。事業所の納涼祭やハロウィンには、近隣の子どもたちも集まり交流を深めています。医療面では、入居前からのかかりつけ医と、事業所の協力医の選択は、本人や家族の意向を優先し、かかりつけ医を継続受診している入居者もいます。協力医や看護職員の定期的な医療体制のもと、健康面のサポートを行い安心して過ごせるよう支援しています。

<工夫点>

入居者の私用物品を家族に依頼する際、個々の職員からの依頼で家族が混乱するケースがあったため、管理者・主任から纏めて依頼する方法に変えています。

【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	湘南グループホームえん
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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が 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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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	次のステップの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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を管理者、職員は共有しているが、末端の職員全員がその把握と実践となっているかといえば、まだ課題は残るものと感じる。	法人の掲げる5つの「えん」(円・援・宴・園・縁)の思いを大切にして、事業所の理念・目標を作成し、ケアに取り組んでいます。目標は2ヶ月ごとに話し合っ決めて、実践に繋げています。理念・目標は玄関や事務所に掲示し共有しています。	
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。	地域の防災訓練や週1回隣接する公園で実施されている体操等へは可能な限り参加をすることがあるが、地域の一員として日常的な取り組み(活動)は現状は行えていないと感じる。	地域の村岡宮前町内会に加入し、情報の収集や交流を行っています。町内会主催の夏祭りや防災訓練、毎週近くの公園で行われる体操集会に参加しています。事業所の納涼祭やハロウィンには近隣の子どもたちも集まり一緒に楽しんでいます。	
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。	運営推進会議の場を町内公民館で開催している。		
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。	概ね2か月に1回の開催に基づき、サービスの活動報告のほか、事故報告、原因や対応方法等を伝えている。そのことで一概に事故0にしたことはないが、リスク0の追求は利用者のADLの低下となることに理解頂き、出来る最善策について検討されている。	町内公民館を利用して2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。町内会・老人会々長、民生委員、行政・地域包括支援センター職員、家族などが参加し現状報告や意見交換を行っています。地域防災訓練の案内があり参加しています。訓練では備蓄している簡易トイレの使い方を紹介しています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議を通じて、サービスの取組みは伝えている。	介護保険課からは、運営推進会議に出席してもらっており密接に連携しています。村岡地域包括支援センターへは運営推進会議の案内を直接持参しています。グループホーム連絡会や研修会に参加し学んでいます。介護相談員からの提案もケアに反映しています。	

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	次のステップの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。	身体拘束廃止委員会は概ね1か月に1回開催し、身体拘束に関して各ユニット間での情報共有をし、ユニット会議や全体会議を通して周知している。	身体拘束等適正化のための指針を整備し、役職者による湘南運営会議にて、2ヶ月ごとに身体拘束廃止委員会を開催しています。結果はユニット会議において職員に周知徹底しています。「身体拘束に関するマニュアル」を整備し、不適切な言動や事例について会議で意見を出し合っています。	
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。	虐待の定義について、正しく理解を図る上で正規職員が対象ではあるが、現任者研修を開催している。「尊厳を保持」をはじめとし、利用者が主体的に暮らし続けることができるよう、1か月に1回開催されるユニット会議、全体会議にて周知、防止に努めている。		
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。	管理者や介護支援専門員までの理解はあるものの、末端職員までの学ぶ機会はなかった。		
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。	契約時はもちろん、ご家族様からの質問等についても、その都度、丁寧に説明を行うようにしている。		
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。	相談窓口の他、意見箱を設置しているが、この1年間での意見箱への投函はなかった。	近隣からの入居者が多く、家族の来訪の際には気軽に話し合える雰囲気配慮しています。状態の報告のみでなく対応策についても意見交換するよう努めています。意見・要望については申し送りノートを通じ共有しています。	

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	次のステップの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。	各ユニット会議での意見等を管理者が管理者会議や経営会議の場に反映させている。	日頃から職員が自由に意見や提案をしやすい心がけています。毎月のスタッフ会議で業務や介護について話し合い、テーマによっては法人の経営会議で検討し反映しています。個人面談や職員アンケートなどでも意見の聞き取りを行っています。	
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。	人事考課制度によって、達成状況の評価或いは、これからの課題を明確にし、労働意欲となるよう努めている。		
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。	全職員対象とし、内部研修を開催した。歩行介助の方法、移乗・移動動作の介助方法を学ぶ機会を設けた。外部研修への参加は管理者及び主任以外の末端職員に参加できる体制はとれなかった。		
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・介護研究発表大会等の参加の機会		
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。	アセスメントにて可能な限りご本人様とのヒアリングにより、要望を傾聴し、安心できるよう関係づくりを行っている。		

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	次のステップの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。	契約前のヒアリングに限らず、入居後にもご家族の不安要素が無いか、ご本人様の状況報告に併せて確認するように努めている。		
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。	在宅サービス利用が全く無いケースなどでは、切迫的に施設利用が適切かどうかを見極め、考えられる介護保険サービス利用の提案なども踏まえ、本人・家族の意向を確認するようにしている。		
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。	出来ない事（介護を受ける事）のみに焦点を合わせず、出来る事を介護する職員側がしっかりと認識し、その出来る力を他利用者への互助となるよう努め関係を構築していくようにしている。		
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。	利用者本人の様子をお伝えする際には、状態のみの報告ではなく、その状態への施設の対応策を併せて伝えるようにし、その支援策の他に良い支援策がないかどうかを家族と共に検討していきける事で、共に支えられるよう配慮している。		
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。	隣接するケアホームから移動されてきた方などは、本人の希望に応じて日中、ケアホームへ足を運び関係が途切れない様支援に努めているが、施設から離れた環境下にある、馴染みの場所や人との支援策までは行えてはいえない。	美容師をしていた仲間の友人が訪ねて来る人がいます。友人は来訪時に訪問理美容を行ってくれています。近くのコンビニエンスストアに職員と買い物に行き、好みの買物で金銭の支払いの機会を支援しています。家族との電話の取り次ぎ支援も行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップの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。	意図的に利用者同士の互助の関係が生まれる様、職員が間に入りながら支援に努めており、利用者間の関係性による孤立はない。		
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。	在宅復帰は無く、契約終了後に施設側から本人・家族の経過をフォローした事例はない。		
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。	ケアプラン作成時には、必ず本人の希望や願いを確認するようにし、現状の姿をもって利用者本来の暮らしといった先入観とならないよう努めている。	入居後のアセスメントでも継続して思いや希望を傾聴し、意向の把握に努めています。把握が困難な人には仕草や表情から汲み取るよう配慮しています。趣味の遊戯場へ1人でも行けるよう段取りを整え、楽しむことが出来るようになった人もいます。	
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。	出来る限り、生活歴や生活環境等については確認するようにし、現状の姿をもって利用者本来の暮らしといった先入観とならないよう努めている。		
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。	定期的な再アセスメントにより、現状及び状態の変化がないか、把握に努めている。		

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	次のステップの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。	介護計画作成時には、利用者・家族の要望（願い）のみに偏らず、職員や状況によっては医療関係者との情報をすり合わせ作成するようにしている。	定期的なモニタリングと再アセスメントにより変化を見逃さないよう努めています。介護経過記録などを活用しケアプランの見直しに反映しています。医師や看護師の助言も参考にして、6ヶ月ごとにケアプランの更新を行っています。	
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。	ケアプランに基づき実施した事については記録として記入出来ているが、その様子や気づきまでの記録反映は出来ていない点が多い。		
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、その時々にも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。	隣接するケアホームの活用や、グループホーム1F⇄2Fを活用し、本人の不安状態のある時など、施設にあるサービスの多機能化として活用している。		
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。	職員不足等により、地域資源の把握は出来ているものの、それを活用する事で、本人が心身の力を発揮しながら豊かな暮らしを楽しむことまでは出来ていない。		
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。	利用者個々が望む医療連携が受けられるよう、それぞれのかかりつけ医の医療を受けられるようにしている。	入居前のかかりつけ医と事業所の協力医の選択は、入居時に本人や家族の意向を優先しています。これまでのかかりつけ医を継続している入居者もいます。健康管理は、協力医や看護職員の定期的な訪問医療体制の基に、健康面のサポートを行っています。	

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	次のステップの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。	突発的な利用者の状態変化に限らず、排便状況などを共有し、看護側で出来る事、介護側で出来る事を確認しあい実施している。		
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。	入院時に、施設に戻れる条件を伝えるようにし、本人の状態の確認を定期的に病院関係者と連携を図りながら確認している。		
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。	状態の変化に応じて、本人・家族の考えが確認できるよう、こまめに情報を共有している。	「重度化した場合における対応指針」及び「ターミナルケアの指針」について契約時に説明しています。入居後は、本人や家族とこまめに状況を共有しながら、変化に応じた対応をしています。職員は看取りでの振り返りを行い、今後の対応に繋げています。	
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。	定期的な訓練は行っていない。		
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。	地域との協力体制・避難方法については、全職員が確実に身に付けているかと言われれば、課題がある。	夜間想定を含む年2回の避難訓練を実施しています。近隣河川の洪水に伴う水害時の避難については、2階へ避難するよう計画しています。備蓄品は1週間分を確保するよう取り組んでいます。	備蓄品リストに基づいて確保・管理を進めていますが、物品のより適切な更新が期待されます。

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	次のステップの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。	特に、排泄に関する事や、認知症の症状によって、おかしな言動や行動をとった際には、職員の対応によって、他利用者にまで知れ渡る事が無いように配慮し、かつその言葉が本人にとって尊厳を失うことが無いように対応している。	入居者の誇りを傷つけず、また押し付け的な対応にならないよう、言葉遣いに配慮し、言葉の最後に「・・・ですか？」をつけるよう心がけています。職員への周知は、入社時や現任者研修時に行っています。個人情報、鍵付きの書庫にて保管・管理をしています。	
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。	月に数回程度実施される、外食や出前などにおいて、利用者の希望を確認し実施するようにしている。		
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。	食事やトイレ、入浴といった施設側のタイミングで提供されやすいことなど、利用者が主体的に意見を反映できるようにしている。また利用者の「本来あるべき姿に」近づけるよう努めている。		
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。	出来る限り、着るものについては、本人に選択して頂いている。食後などで衣類に汚れがある時などには着替えを促し支援している。		
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。	食事は提供までのプロセスに利用者個々が出来るだけ関わられるように取り組みを行っている。	献立と食材は外部の配食業者に依頼し、調理は職員が行っています。入居者は、下ごしらえや配膳、下膳を手伝っています。出前については月に数回行い、希望者には個々に食べたいものを選択できる支援を行っています。	

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	次のステップの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。	個々の嗜好に応じて、ふりかけを掛けるなどにより、食事が確保できるよう努めている。水分については水分摂取が困難な状況にある際は、ゼリーやゼリー飲料を提供し水分確保に努めている。		
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。	毎食後の口腔ケアの実施及び、協力医療機関である、つばめデンタルクリニックによる毎週の口腔ケアを行っている。		
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。	個々の排泄パターンを理解し、日中帯のオムツ外しに向け実施している。	入居者個々の排泄パターンに基づき、昼間はトイレ誘導による排泄の自立を促し、夜間は夜用インナーを使用し、肌トラブルや睡眠に配慮した支援を行っています。トイレ誘導は「少し歩きましょうか」など、羞恥心や自尊心に配慮した声かけを行っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	1日の水分摂取量について、意識的に取り組んでおり、個々の嗜好に沿って、甘い飲み物やコーヒー・紅茶等の提供を図っている。また、なるべく身体を起こす、便座に座る機会を持って、排便がトイレで行えるように支援している。		
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。	原則週2回の入浴については、曜日は確定させて頂いているものの、状況に応じてそれ以上の入浴の機会や、入りたくない日には曜日を変更するなどにより、可能な限り希望に添えるようにしている。	入浴は、週2回、一定の曜日を基本に行っています。入居者の変更希望や入浴の拒否がある場合には、曜日を入れ替えるなど、要望や状況に応じて調整しています。介助は、できるだけ同性による介助に努めています。	

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	次のステップの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。	基本的に朝起き、夜寝る事を第一に日中帯は起きていられるよう支援を行っているが、傾眠の強い時などには居室で短時間休息することを促している。		
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。	薬の効能・副作用などについて、薬一覧表を用いて情報を共有している。		
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。	毎月1～2食程度ではあるが、嗜好を確認し、提供している。(主に寿司が多い) 気分転換の支援では、隣接するケアホームから移転してきた方などは、旧友となる方のもとへ会いに行くことを支援している。		
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。	外出の機会として近隣のコンビニまたはスーパーまで外出する機会を作っているが、実施できていない事が多い。	気軽な外出希望に応じられないケースもあり、一部の人に限られた状況にはありますが、近隣のコンビニエンスストアへの買い物や御岳神社への初詣など、必要に応じて外出の機会を設けています。外気に触れることや季節を感じる機会として敷地内での外気浴を勧めています。	
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。	個人の買い物については、特定の利用者について実施出来ている。 本人の買い物ではないが、事業者の買い出し(調味料やお菓子)時には、利用者本人に選択できる機会や支払い・お金を直接支払う機会は支援している。		

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	次のステップの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。	直接手紙を出せることへの支援は実施されていないが、利用者本人の不安の状況に応じて、家族との連絡を取り次ぐことは稀にある。		
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。	季節感の取り入れについては、さほど工夫・配慮が足りない気がするが、季節感を感じられるよう、外出の機会としてドライブや散歩などは季節に偏ることなく取り入れられていると感じる。	適度な室温・湿度管理と清掃で、清潔感のある過ごしやすい共有空間づくりを心がけています。リビングにはソファを配置して、入居者間の交流に活用しています。日中は居室で過ごす人、リビングで過ごす人など様々ですが、手芸などの支援に努めています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	時折、テーブルの配置を変えることで、決定づけた席配置とせず、自分達が好きな所へ座れる様にしている。共用空間内で、独りになれることは難しいが、いつでも自分の好きなタイミングで居室に戻れる。		
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。	入居時には、出来る限り本人が使い慣れているものを入れて頂いている。また、物品の配置に関しても、在宅生活の時の配置に近い状態にし、利用者が混乱しないよう配慮している。	和室4室、洋室5室の2種類が用意され、押し入れ・クローゼットを備えています。在宅時に近い環境で生活が送れるよう、馴染みの家具や家財などの持ち込みを勧めています。部屋の清掃は、入居者の保有する能力に応じて職員と一緒に進めています。	
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。	調理活動をはじめ、食器片づけ、洗濯物干し・たたみ、掃除機掛け、ゴミ捨てなどを実践している。		

事業所名	湘南グループホームえん
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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が 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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を管理者、職員は共有しているが、末端の職員全員がその把握と実践となっているかといえば、まだ課題は残るものと感じる。		
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。	地域の防災訓練や週1回隣接する公園で実施されている体操等へは可能な限り参加をすることがあるが、地域の一員として日常的な取り組み（活動）は現状は行えていないと感じる。		
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。	運営推進会議の場を町内公民館で開催している。		
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。	概ね2か月に1回の開催に基づき、サービスの活動報告のほか、事故報告、原因や対応方法等を伝えている。そのことで一概に事故0にしたことはないが、リスク0の追求は利用者のADLの低下となることに理解頂き、出来る最善策について検討されている。		
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。	運営推進会議を通じて、サービスの取組みは伝えている。		

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
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。	身体拘束廃止委員会は概ね1か月に1回開催し、身体拘束に関して各ユニット間での情報共有をし、ユニット会議や全体会議を通して周知している。		
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。	虐待の定義について、正しく理解を図る上で正規職員が対象ではあるが、現任者研修を開催している。「尊厳を保持」をはじめとし、利用者が主体的に暮らし続けることができるよう、1か月に1回開催されるユニット会議、全体会議にて周知、防止に努めている。		
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。	管理者や介護支援専門員までの理解はあるものの、末端職員までの学ぶ機会はなかった。		
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。	契約時はもちろん、ご家族様からの質問等についても、その都度、丁寧に説明を行うようにしている。		
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。	相談窓口の他、意見箱を設置しているが、この1年間での意見箱への投函はなかった。		

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。	各ユニット会議での意見等を管理者が管理者会議や経営会議の場に反映させている。		
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。	人事考課制度によって、達成状況の評価或いは、これからの課題を明確にし、労働意欲となるよう努めている。		
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。	全職員対象とし、内部研修を開催した。歩行介助の方法、移乗・移動動作の介助方法を学ぶ機会を設けた。外部研修への参加は管理者及び主任以外の末端職員に参加できる体制はとれなかった。		
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・介護研究発表大会等の参加の機会		
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。	アセスメントにて可能な限りご本人様とのヒアリングにより、要望を傾聴し、安心できるよう関係づくりを行っている。		

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
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。	契約前のヒアリングに限らず、入居後にもご家族の不安要素が無いか、ご本人様の状況報告に併せて確認するように努めている。		
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。	在宅サービス利用が全く無いケースなどでは、切迫的に施設利用が適切かどうかを見極め、考えられる介護保険サービス利用の提案なども踏まえ、本人・家族の意向を確認するようにしている。		
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。	出来ない事（介護を受ける事）のみに焦点を合わせず、出来る事を介護する職員側がしっかりと認識し、その出来る力を他利用者への互助となるよう努め関係を構築していくようにしている。		
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。	利用者本人の様子をお伝えする際には、状態のみの報告ではなく、その状態への施設の対応策を併せて伝えるようにし、その支援策の他に良い支援策がないかどうかを家族と共に検討していける事で、共に支えられるよう配慮している。		
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。	隣接するケアホームから移動されてきた方などは、本人の希望に応じて日中、ケアホームへ足を運び関係が途切れない様支援に努めているが、施設から離れた環境下にある、馴染みの場所や人との支援策までは行えてはいえない。		

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
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。	意図的に利用者同士の互助の関係が生まれる様、職員が間に入りながら支援に努めており、利用者間の関係性による孤立はない。		
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。	在宅復帰は無く、契約終了後に施設側から本人・家族の経過をフォローした事例はない。		
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。	ケアプラン作成時には、必ず本人の希望や願いを確認するようにし、現状の姿をもって利用者本来の暮らしといった先入観とならないよう努めている。		
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。	出来る限り、生活歴や生活環境等については確認するようにし、現状の姿をもって利用者本来の暮らしといった先入観とならないよう努めている。		
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。	定期的な再アセスメントにより、現状及び状態の変化がないか、把握に努めている。		

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
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。	介護計画作成時には、利用者・家族の要望（願い）のみに偏らず、職員や状況によっては医療関係者との情報をすり合わせ作成するようにしている。		
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。	ケアプランに基づき実施した事については記録として記入出来ているが、その様子や気づきまでの記録反映は出来ていない点が多い。		
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。	隣接するケアホームの活用や、グループホーム1F*2Fを活用し、本人の不安状態のある時など、施設にあるサービスの多機能化として活用している。		
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。	職員不足等により、地域資源の把握は出来ているものの、それを活用する事で、本人が心身の力を発揮しながら豊かな暮らしを楽しむことまでは出来ていない。		
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。	利用者個々が望む医療連携が受けられるよう、それぞれのかかりつけ医の医療を受けられるようにしている。		

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
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。	突発的な利用者の状態変化に限らず、排便状況などを共有し、看護側で出来る事、介護側で出来る事を確認しあい実施している。		
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。	入院時に、施設に戻る条件を伝えるようにし、本人の状態の確認を定期的に病院関係者と連携を図りながら確認している。		
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。	状態の変化に応じて、本人・家族の考えが確認できるよう、こまめに情報を共有している。		
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。	定期的な訓練は行っていない。		
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。	地域との協力体制・避難方法については、全職員が確実に身に付けているかと言われれば、課題がある。		

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
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。	特に、排泄に関する事や、認知症の症状によって、おかしな言動や行動をとった際には、職員の対応によって、他利用者にまで知れ渡る事が無いように配慮し、かつその言葉が本人にとって尊厳を失うことが無いように対応している。		
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。	月に数回程度実施される、外食や出前などにおいて、利用者の希望を確認し実施するようにしている。		
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。	食事やトイレ、入浴といった施設側のタイミングで提供されやすいことなど、利用者が主体的に意見を反映できるようにしている。また利用者の「本来あるべき姿に」近づけるよう努めている。		
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。	出来る限り、着るものについては、本人に選択して頂いている。食後などで衣類に汚れがある時などには着替えを促し支援している。		
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。	食事は提供までのプロセスに利用者個々が出来るだけ関われるように取り組みを行っている。		

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
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。	個々の嗜好に応じて、ふりかけを掛けるなどにより、食事量が確保できるよう努めている。水分については水分摂取が困難な状況にある際は、ゼリーやゼリー飲料を提供し水分確保に努めている。		
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。	毎食後の口腔ケアの実施及び、協力医療機関である、つばめデンタルクリニックによる毎週の口腔ケアを行っている。		
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。	個々の排泄パターンを理解し、日中帯のオムツ外しに向け実施している。		
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。	1日の水分摂取量について、意識的に取り組んでおり、個々の嗜好に沿って、甘い飲み物やコーヒー・紅茶等の提供を図っている。また、なるべく身体を起こす、便座に座る機会を持って、排便がトイレで行えるように支援している。		
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。	原則週2回の入浴については、曜日は確定させて頂いているものの、状況に応じてそれ以上の入浴の機会や、入りたくない日には曜日を変更するなどにより、可能な限り希望に添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
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。	基本的に朝起き、夜寝る事を第一に日中帯は起きていられるよう支援を行っているが、傾眠の強い時などには居室で短時間休息することを促している。		
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。	薬の効能・副作用などについて、薬一覧表を用いて情報を共有している。		
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。	毎月1～2食程度ではあるが、嗜好を確認し、提供している。(主に寿司が多い) 気分転換の支援では、隣接するケアホームから移転してきた方などは、旧友となる方のもとへ会いに行くことを支援している。		
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。	外出の機会として近隣のコンビニまたはスーパーまで外出する機会を作っているが、実施できていない事が多い。		
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。	個人の買い物については、特定の利用者について実施出来ている。 本人の買い物ではないが、事業者の買い出し(調味料やお菓子)時には、利用者本人に選択できる機会や支払い・お金を直接支払う機会は支援している。		

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
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。	直接手紙を出せることへの支援は実施されていないが、利用者本人の不安の状況に応じて、家族との連絡を取り次ぐことは稀にある。		
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。	季節感の取り入れについては、さほど工夫・配慮が足りない気がするが、季節感を感じられるよう、外出の機会としてドライブや散歩などは季節に偏ることなく取り入れられていると感じる。		
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。	時折、テーブルの配置を変えることで、決定づけた席配置とせず、自分達が好きな所へ座れる様にしている。共用空間内で、独りになれることは難しいが、いつでも自分の好きなタイミングで居室に戻れる。		
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。	入居時には、出来る限り本人が使い慣れているものを入れて頂いている。また、物品の配置に関しても、在宅生活の時の配置に近い状態にし、利用者が混乱しないよう配慮している。		
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。	調理活動をはじめ、食器片づけ、洗濯物干し・たたみ、掃除機掛け、ゴミ捨てなどを実践している。		

2019年度

目標達成計画

事業所名 湘南グループホームえん

作成日： 令和2年7月8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		「認知症」の理解はある程度備わっているものの、その対応策に専門職としての考え方が持っていない一面がある	認知症の状態による、対応困難な事例があったとしても、その改善、解決に向けた思考と実践が出来る	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の正しい理解（研修） ・ケースカンファレンスの実施 	12か月
2		介護保険法の目的の理解が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法第1条に掲げる「その有する能力に応じ自立した生活を営むことができる」を理解し、実践が出来る ・同じく介護保険法第1条に掲げる「尊厳を保持」とはを追求する 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法第1条の理解(研修) ・フロア会議での日々の振り返りを行う 	12か月
3		利用者と地域の関わりについて、職員個々が課題として捉えることが出来ていない	地域との関係性を強める活動が出来る	フロアおよび個人の目標として掲げ、地域へ出ていく取組の実践	12か月
4					ヶ月
5					ヶ月