

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	1492000300	事業の開始年月日	平成22年8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	湘央グループホーム えん		
所在地	( 254-0051 ) 平塚市豊原町14-17		
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	平成31年3月2日	評価結果 市町村受理日	令和1年7月5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)】

認知症にある方が生き生きと活躍しています。  
共同生活ですが、一人一人が主人公。できること、やりたいことが続けられるよう知識と経験豊富なスタッフがお手伝いします。

### 【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3月20日	評価機関 評価決定日	令和1年6月19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「平塚」駅北口からバスに乗り、「営林署前」バス停から徒歩2、3分の住宅地にあります。同建物内に小規模多機能型居宅介護事業所を併設しています。介護職員のほか、看護師、理学療法士を配置し、それぞれの専門的なスキルを生かした支援に努めています。

<優れている点>

地域密着型事業所として、地域と良好な関係です。地域行事に参加するほか、公民館で行っている住民向けの介護予防教室に職員が指導員として積極的に協力しています。認知症のことや事業所を知ってもらうきっかけになればと考えています。紙芝居、歌、傾聴ボランティアが定期的に来訪しています。専門学校の実習生受け入れもあり、福祉の普及、啓発に一役買っています。職員は、利用者本人が何を望んでいるのか、を念頭に、小物作り、音楽などの趣味や、家事の役割を支援しています。その人らしさを大切に、本人主導の生活の支援を心掛けています。

<工夫点>

職員の提案で「手芸部」を作り活動しています。利用者が参加し、雑巾、小物品などを手作りしています。雑巾は事業所内で使ったり、地域のバザーに出品しています。ハロウィン行事では幼稚園児と交流し、お手玉をプレゼントして子どもたちに喜ばれています。

### 【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	湘央グループホーム 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)	○	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
			○
		○	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
			○
		○	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
			○
		○	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
			○
		○	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。	年度末に管理者及び主任が社長のもと一堂に会し、会社理念について共有している。	開設以来、法人の理念を基としていません。常に「利用者が何を望んでいるか、何を行いたいのか」を念頭に理念の実践に努めています。理念は入職時に研修し、また、事業所の玄関に掲示して共有を図っています。	法人の理念の下、事業所の現況を踏まえて、職員と共に独自の理念を作り、支援に取り組むことも期待されます。
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。	地域の活動(公民館、福祉村、地域サロン)へ積極的に参加をしている。	地元の公民館での介護予防体操の指導や防災訓練に参加しています。夏祭りの参加や、利用者の作ったお手玉を幼稚園児へプレゼントするなどの交流をしています。園児が来訪して歌を披露してくれ一緒に楽しんでいます。紙芝居や歌、傾聴ボランティアの定期的な訪問があります。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	公民館や地域サロンでは、介護予防の体操教室指導員を行うなど、地域に貢献している。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月に1度運営推進会議を開催し、事業所でできる取り組みについて話し合っている。	年6回開催しています。メンバーは町内会々長や民生委員、家族、地域包括支援センター職員です。事業所の入居状況や活動報告、外部評価の報告の他、地域の防災避難訓練、ふれあい祭りなどの地域の行事やイベントの紹介を受け運営に活かしています。	
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に取り組んでいる。	グループホーム連絡会や平塚市主催の研修に積極的に参加している。平塚市からのお知らせはメールで受信し、随時情報収集している。	行政の福祉担当者が定期的に来ています。グループホーム連絡会が2ヶ月ごとに開かれ参加しています。研修会や情報交換は運営に活かしています。介護予防体操の指導など公民館活動に参加しています。今後、行政へ運営推進会議の報告もしていく予定です。	

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。	定期的に身体拘束委員会を開催し、勉強会や身体拘束廃止について話し合っている。	入職時の研修や「身体拘束廃止推進委員会」で周知しています。身体拘束の弊害を職員は理解しています。不適切な言葉があればユニット会議で取り上げ検討しています。玄関やユニットの入り口ドアは施錠していません。利用者に出発の気配があれば見守り同行しています。	
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。	身体拘束委員会の中で、高齢者虐待についても話し合いを適宜行っている。また、高齢者虐待についての研修会等にも積極的に参加している。		
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。	権利擁護について関係者と話し合い、今年度入居した方に日常生活自立支援事業を繋げられた。		
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。	契約の際には、契約書の文言についてわかりやすく説明している。		
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。	日ごろからご家族の面会が非常に多くある。いただいた意見はすぐに反映させるようにしている。	家族の面会や運営推進会議、家族会を通して要望や意見を聞いています。運動の機会を増やして欲しいという要望には理学療法士によるプランを作成し対応しています。外出の機会も増やしています。地元の温泉への希望なども個別に対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	管理者と職員は非常に近い関係にあり、意見交換を積極的に行っている。改善点については職員全体で話し合う機会を設け、運営に反映させている。	職員の要望や意見は、ユニット会議や全体会議、個人面談の機会に聞いています。シフトの作成や休日の取得などの希望に対応しています。行事やイベントの企画、提案は運営に反映しています。職員の提案で手芸部を作り活動しています。	
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。	職員一人一人の生活に合わせた労働時間で雇用し、資格取得のためのバックアップなど、やりがいが持てる職場作りに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内研修は年間計画を立て実施している。法人外の研修についても費用負担するなど、育成の機会確保に努めている。		
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。	市内の介護サービス連絡会に所属し、会合には可能な限り出席している。同業者との連携を密にし、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
<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。	本人の気持ちに寄り添えるケアの実現のため、入所前に面談を行い希望要望を伺っている。不安なく入所できるよう配慮している。		

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
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。	本人のアセスメントと同時に家族からも話を伺っている。これまでの家族関係やその思いを汲みとり、良好な関係づくりができるよう努めている。		
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。	本人・家族の希望を聞き、場合によっては他のサービスを紹介するなど、その方本位の選択ができるよう支援している。		
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。	本人に残された「できる機能」に着目し、本人と職員が共同作業する場面を作り、良好な関係が築けている。		
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。	家族が気軽に訪問し、時には食事介助を手伝ってくださることもある。本人の健康状態を共有でき、職員・家族が同じ気持ちで本人を支えている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族がなじみの場所に連れて行ってくださったり、友人が訪ねてこられる方もいる。地域でのなじみの関係が継続できている。	友人や知人が来訪し、居室で歓談しています。家族の協力で一時帰宅や墓参り、法事や命日などの継続をしています。馴染みの美容院へも行っています。小物作り、読書、音楽などの趣味の継続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。	一人一人が支援を必要とする中でも、利用者がお互いに助け合う様子も見受けられる。危険がないように見守りをしながら利用者同士が支えあう関係作りを支援している。		
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。	状況に応じ、相談を受付けている。		
<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。	毎日の関りの中で、本人の意向を聞き取り把握することに努めている。ケアプランに反映させる等行い、本人本意の生活が送れるよう支援している。	日常の会話を通して把握しています。生活歴や家族の協力で得ることもあります。散歩や夜間、職員と1対1の会話で容易に把握することもあります。意思表示の困難な利用者は表情や仕草、声のトーンなどから汲み取るようにしています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	本人・家族、関わってこられた居宅サービス事業者と連携し、これまでの生活歴や経過についての把握に努めている。		
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。	本人との関り、会話や様子の小さな変化を見逃さないよう、職員間で連携し現状の把握に努めている。		

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。	本人の意向や身体機能に応じて、定期的に職員間でケアカンファレンスを行っている。必要に応じて家族や主治医等関係機関でカンファレンスを開催し、介護計画を作成している。	毎月ユニット会議でカンファレンスを行っています。通常半年ごとにモニタリングを実施し、ケアプランの見直し、作成をしています。作成に当たっては職員や計画担当、管理者が参加しています。本人や家族の意見、医療情報はケアプランに反映しています。	
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。	職員間で申し送りを必ず行い、同時にケア記録や業務日誌より情報共有している。職員からの意見を積極的に取り入れケアの実践に活かしている。		
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。	状況や変化に応じて、医療との連携や地域資源の活用など、本人のニーズに合わせて支援を行っている。		
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。	地域密着型サービスとして、地域での共生、豊かな暮らしの実現に取り組んでいる。		
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。	本人・家族の希望に合わせて、かかりつけ医に往診・通院での受診を定期的に行い、健康管理に努めている。	入居前のかかりつけ医の継続には柔軟に対応しています。往診は協力医のほか、以前のかかりつけ医の訪問もあります。通院は家族対応です。事業所の非常勤看護職員及び併設の小規模多機能型居宅介護事業所の看護師が健康面のサポートをしています。	



自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	毎日の血圧や体温等の基本的な健康チェックから、皮膚状態や心身の健康状態の変化など、気づいたことを随時看護職員に相談し、適切な処置や治療を受けられるように支援している。		
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。	入院した際には、基本情報やケアプランの提示、ホームでの生活についての情報を提供している。時には病院に向き、病院関係者と直接やり取りしながら、早期に退院できるよう連携を行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に重要事項説明書等により説明を行っている。重度化した場合には家族や医療関係者を交え、事業所でできることを伝えたいうえで終末期に向けた取り組みを行っている。	入居時の説明のほか、医師が終末期と判断した場合は再度本人にとっての最善を家族と話し合っています。具体的な支援方法について検討し、職員、看護職員、訪問看護師、医師が連携を図りながら看取りケアを行っています。	
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。	すべての職員に救急救命講習の受講を促している。事故発生時に備えて、応急手当や初期対応ができるよう努めている。		
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。	定期的に防災訓練・避難訓練を行い、それぞれの身体機能に合わせた避難経路を確保している。また、防災委員会を設置し、防災品や備蓄品の管理を行っている。	9月と3月に併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同の自主訓練を行っています。水害時の避難場所の確認をし、防災食（塩むすび、味噌汁）体験もしています。防災委員会が備蓄の管理をしています。地域との協力体制は今後の検討としています。	地域との協力体制構築のため、今後の検討、働きかけも期待されます。

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。	入社時に、介護保険法にある「尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むこと」についての研修を行い、人格の尊重やプライバシーの確保ができるよう努めている。	人生の先輩として敬い、本人の誇りやプライバシーを損ねない呼び掛けや言葉遣い、態度で接するようにしています。親しみの中でも馴れ合いの対応でなく、きちんとした態度、礼儀で嫌な思いをさせないよう、その人らしさを大切にしたい支援を心掛けています。	
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。	本人の希望を尊重し実現できるよう支援している。自己決定が難しい方には、選択肢を絞るなどの工夫をし、希望に添えるよう支援している。		
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し、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。	一人一人の生活ペースを大切にし、本人主導の生活ができるよう支援している。		
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。	それぞれが、季節やTPOに合わせておしゃれを楽しまれている。できないかたは、職員が本人の好み等を配慮しお手伝いしている。		
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。	野菜切り、盛り付け、味見、皿洗いなど、できることを手伝ってもらいながら食事や片付けをしている。	ユニットごとに献立が違う、手作りの食事を提供しています。利用者は食材の下ごしらえ、後片付け、食器洗いなど役割を持っています。パンバイキング、お好み焼きパーティー、外食、外注食など普段と違う食事を楽しむ機会もあります。	

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。	食事量や水分量を記録し、その人に合わせた摂取量が確保できるよう支援している。		
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。	毎日の口腔ケアに加え、希望に合わせて歯科往診を受診し、口腔内の清潔に努めている。		
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。	一人一人の機能や排泄パターンを把握し、排泄の支援を行っている。自尊心を傷つけないよう配慮している。	排泄の自立度の高い利用者が多く、自分のペースでトイレに行っています。全員の排泄状況を記録し、さり気なく様子を観察しています。支援が必要な場合も、職員の適切な声かけや誘導で、利用者は現状維持を保っています。	
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。	乳製品を摂取する習慣を持つ、適度な運動をする、など日々の中でできることを行っている。場合により主治医に相談を行い、便秘の予防に取り組んでいる。		
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。	曜日や時間を決めずに、その人の希望やタイミングに合わせて、入浴していただいている。自立した入浴が難しい方には、3日に1度程度の間隔で入浴支援を行っている。	入浴は本人の希望に沿った対応を心がけており、毎日でも可能としています。シャワー浴をする場合は足浴をしながら十分に温まってもらうようにしています。同性介助を基本としています。拒否がある場合も職員のチームワークで対応しています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	個々のペースを尊重し、安息や休眠をとっていただいている。		
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。	服薬管理は施設で行い、職員は薬の目的や用量について理解している。症状の変化が服薬によるものかどうかを看護職員や医師に確認し、状態に合った服薬の支援ができるように努めている。		
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。	喜びや楽しみが見いだせるよう、職員が関わったり気分転換をするなど、生活が緩慢にならないよう支援している。		
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。	外出イベントを企画する際は利用者の希望を叶えられるよう配慮している。日々の買い物と一緒に出掛けたり、家族と外出されるなど、日常的な支援を行っている。	日常的に散歩や買い物に出かけています。総合公園や花菜ガーデンへ四季折々の花を観に行ったり、七夕見学に行ったり、平塚の地域資源を活かした外出を積極的に行っています。家族の協力で個別の外出も継続できるよう支援をしています。	
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。	施設でお小遣いを管理しているが、買い物に出かけるときは、本人に金銭のやり取りをしてもらおうようにしている。難しい方には職員が手伝いながら買い物をしている。		

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。	希望があれば、施設の電話を利用し本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りをしている。		
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。	四季折々の飾りつけや、利用者と花を植えるなどして、季節が感じられるよう支援している。光を採り入れ、室内にいても閉塞感を感じることがないよう工夫している。	1階のリビングは季節の花などを植えた中庭、2階は富士山を臨むことができます。窓が大きく、西日が眩しい時はカーテンで調整をしています。廊下にもエアコンがあり、温度差に配慮しています。壁面には、手作りの大きな日めくりカレンダーや行事の写真を飾っています。	
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。	席を固定化せず好きな席に座っていたり、フロアの一角にソファを配置し一人一人が思い思いに過ごせるような空間作りを工夫している。		
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。	居室には、使い慣れた家具や思い出の品を飾られたり、居住スペースとして自由に利用していただいている。	ダンス、人形、家族の写真など馴染みの品々を持ち込んでいます。自作の数々の小物、音楽プレーヤーと曲をゆったり聴くための椅子など趣味のものも置き、その人らしい居室になっています。整理整頓や掃除は本人の力に合わせて支援しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	廊下には手すりを設置し、車いす同士でも対面通行できるだけのスペースを確保している。バリアフリーに特化し、すべての人が自立した移動ができるように工夫している。		

事業所名	湘央グループホーム 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)	○	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。	年度末に管理者及び主任が社長のもと一堂に会し、会社理念について共有している。		
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。	地域の活動(公民館、福祉村、地域サロン)へ積極的に参加をしている。		
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。	公民館や地域サロンでは、介護予防の体操教室指導員を行うなど、地域に貢献している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月に1度運営推進会議を開催し、事業所でできる取り組みについて話し合っている。		
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。	グループホーム連絡会や平塚市主催の研修に積極的に参加している。平塚市からのお知らせはメールで受信し、随時情報収集している。		

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。	定期的に身体拘束委員会を開催し、勉強会や身体拘束廃止について話し合っている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束委員会の中で、高齢者虐待についても話し合いを適宜行っている。また、高齢者虐待についての研修会等にも積極的に参加している。		
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。	権利擁護について関係者と話し合い、今年度入居した方に日常生活自立支援事業を繋げられた。		
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。	契約の際には、契約書の文言についてわかりやすく説明している。		
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。	日ごろからご家族の面会が非常に多くある。いただいた意見はすぐに反映させるようにしている。		



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
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。	管理者と職員は非常に近い関係にあり、意見交換を積極的に行っている。改善点については職員全体で話し合う機会を設け、運営に反映させている。		
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。	職員一人一人の生活に合わせた労働時間で雇用し、資格取得のためのバックアップなど、やりがいを持てる職場作りに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内研修は年間計画を立て実施している。法人外の研修についても費用負担するなど、育成の機会確保に努めている。		
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。	市内の介護サービス連絡会に所属し、会合には可能な限り出席している。同業者との連携を密にし、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
<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。	本人の気持ちに寄り添えるケアの実現のため、入所前に面談を行い希望要望を伺っている。不安なく入所できるよう配慮している。		

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
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。	本人のアセスメントと同時に家族からも話を伺っている。これまでの家族関係やその思いを汲みとり、良好な関係づくりができるよう努めている。		
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。	本人・家族の希望を聞き、場合によっては他のサービスを紹介するなど、その方本位の選択ができるよう支援している。		
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。	本人に残された「できる機能」に着目し、本人と職員が共同作業する場面を作り、良好な関係が築けている。		
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。	家族が気軽に訪問し、時には食事介助を手伝ってくださることもある。本人の健康状態を共有でき、職員・家族が同じ気持ちで本人を支えている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族がなじみの場所に連れて行ってくださったり、友人が訪ねてこられる方もいる。地域でのなじみの関係が継続できている。		

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。	一人一人が支援を必要とする中でも、利用者がお互いに助け合う様子も見受けられる。危険がないように見守りをしながら利用者同士が支えあう関係作りを支援している。		
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。	状況に応じ、相談を受付けている。		
<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。	毎日の関りの中で、本人の意向を聞き取り把握することに努めている。ケアプランに反映させる等行い、本人本意の生活が送れるよう支援している。		
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。	本人・家族、関わってこられた居宅サービス事業者と連携し、これまでの生活歴や経過についての把握に努めている。		
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。	本人との関り、会話や様子の小さな変化を見逃さないよう、職員間で連携し現状の把握に努めている。		

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。	本人の意向や身体機能に応じて、定期的に職員間でケアカンファレンスを行っている。必要に応じて家族や主治医等関係機関でカンファレンスを開催し、介護計画を作成している。			
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。	職員間で申し送りを必ず行い、同時にケア記録や業務日誌より情報共有している。職員からの意見を積極的に取り入れケアの実践に活かしている。			
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。	状況や変化に応じて、医療との連携や地域資源の活用など、本人のニーズに合わせて支援を行っている。			
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。	地域密着型サービスとして、地域での共生、豊かな暮らしの実現に取り組んでいる。			
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。	本人・家族の希望に合わせて、かかりつけ医に往診・通院での受診を定期的に行い、健康管理に努めている。			

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
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。	毎日の血圧や体温等の基本的な健康チェックから、皮膚状態や心身の健康状態の変化など、気づいたことを随時看護職員に相談し、適切な処置や治療を受けられるように支援している。		
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。	入院した際には、基本情報やケアプランの提示、ホームでの生活についての情報を提供している。時には病院に向き、病院関係者と直接やり取りしながら、早期に退院できるよう連携を行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に重要事項説明書等により説明を行っている。重度化した場合には家族や医療関係者を交え、事業所でできることを伝えたくて終末期に向けた取り組みを行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	すべての職員に救急救命講習の受講を促している。事故発生時に備えて、応急手当や初期対応ができるよう努めている。		
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。	定期的に防災訓練・避難訓練を行い、それぞれの身体機能に合わせた避難経路を確保している。また、防災委員会を設置し、防災品や備蓄品の管理を行っている。		

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
<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。	入社時に、介護保険法にある「尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むこと」についての研修を行い、人格の尊重やプライバシーの確保ができるよう努めている。		
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。	本人の希望を尊重し実現できるよう支援している。自己決定が難しい方には、選択肢を絞るなどの工夫をし、希望に添えるよう支援している。		
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し、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。	一人一人の生活ペースを大切にし、本人主導の生活ができるよう支援している。		
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。	それぞれが、季節やTPOに合わせておしゃれを楽しまれている。できないかたは、職員が本人の好み等を配慮しお手伝いをしている。		
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。	野菜切り、盛り付け、味見、皿洗いなど、できることを手伝ってもらいながら食事や片付けをしている。		

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
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。	食事量や水分量を記録し、その人に合わせた摂取量が確保できるよう支援している。		
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。	毎日の口腔ケアに加え、希望に合わせて歯科往診を受診し、口腔内の清潔に努めている。		
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。	一人一人の機能や排泄パターンを把握し、排泄の支援を行っている。自尊心を傷つけないよう配慮している。		
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。	乳製品を摂取する習慣を持つ、適度な運動をする、など日々の中でできることを行っている。場合により主治医に相談を行い、便秘の予防に取り組んでいる。		
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。	曜日や時間を決めずに、その人の希望やタイミングに合わせて、入浴していただいている。自立した入浴が難しい方には、3日に1度程度の間隔で入浴支援を行っている。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	個々のペースを尊重し、安息や休眠をとっていただいている。		
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。	服薬管理は施設で行い、職員は薬の目的や用量について理解している。症状の変化が服薬によるものかどうかを看護職員や医師に確認し、状態に合った服薬の支援ができるように努めている。		
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。	喜びや楽しみが見いだせるよう、職員が関わったり気分転換をするなど、生活が緩慢にならないよう支援している。		
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。	外出イベントを企画する際は利用者の希望を叶えられるよう配慮している。日々の買い物と一緒に出掛けたり、家族と外出されるなど、日常的な支援を行っている。		
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。	施設でお小遣いを管理しているが、買い物に出かけるときは、本人に金銭のやり取りをしてもらうようにしている。難しい方には職員が手伝いながら買い物をしている。		



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。	希望があれば、施設の電話を利用し本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りをしている。		
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。	四季折々の飾りつけや、利用者と花を植えるなどして、季節が感じられるよう支援している。光を採り入れ、室内にいても閉塞感を感じることがないように工夫している。		
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。	席を固定化せず好きな席に座っていたり、フロアの一角にソファを配置し一人一人が思い思いに過ごせるような空間作りを工夫している。		
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。	居室には、使い慣れた家具や思い出の品を飾られたり、居住スペースとして自由に利用していただいている。		
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。	廊下には手すりを設置し、車いす同士でも対面通行できるだけのスペースを確保している。バリアフリーに特化し、すべての人が自立した移動ができるように工夫している。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 湘央グループホームえん

作成日： 令和元年 7月 5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		法人理念の実践・共有に努めている。事業所独自の理念を作成し、事業所が目指す支援に向けて取り組んでいきたい。	職員が考える介護の形、支援内容を踏まえ、事業所理念を作成する。	職員から意見を集め、まとめた内容を事業所理念に反映させたい。事業所理念を作成する。	1ヶ月
2		地域の拠点としての発信力が不十分であり、地域住民に周知されていない。	地域活動への参加、地域住民が参加できるイベント等を開催する。	地域開催の介護予防体操教室へ引き続き講師として参加する。えん祭りを開催し、地域住民とのふれあいを図る。	6ヶ月
3		入居者の外出は、入居者本人の歩行状態による場所が多い。	職員配置を充実させ、車イス利用の入居者の外出頻度を増やしていきたい。	職員の採用を積極的に行う。職員の介護技術の研鑽に努める。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月