

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	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 ) 神奈川県平塚市豊原町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	令和2年1月12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	<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)】

認知症になっても「その人らしさ」を最優先に考えたケアサービスの提供を目指しています。「こんな風に暮らしたい」「こんな人生を送りたい」という願いに沿って、そして、これまでできていたことが継続してできるように、日常生活のあらゆる時間のサポートをいたします。

### 【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	令和2年6月27日	評価機関 評価決定日	令和2年8月13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)】

JR東海道線「平塚」駅から「秦野駅北口」行きのバスで「菅林署前」下車徒歩5分ほどの住宅地にあります。建物には同一法人の小規模多機能型居宅介護施設が併設されています。

<優れている点>

法人の理念にある「5つのえん(円・援・宴・園・縁)」の行動指針を利用者個人に合わせ介護支援に努めています。地域では公民館での介護予防体操の指導や地域サロン、地域の防災訓練の参加など、積極的に交流しています。事業所の運営規定6条の定員の遵守に”災害等やむを得ない場合を除き”と明記し、災害時における「平塚市地域防災計画」により避難行動要支援者(要援護高齢者)緊急受け入れ先施設(協定施設)として地域との協力体制を築いています。

<工夫点>

今までの「認知症対応型共同生活介護計画書」の書式から、全国小規模多機能連絡会が推奨し、グループホームでも使用可能と言われている「ライフサポートプラン①・私の暮らしまとめシート」の書式に変更しています。地域社会の中で、介護だけでなく人の暮らし全体を把握し、自己決定・自立支援・生活の継続性を尊重する支援を可能にするためのプランニングを行っています。季節に応じた8月の行事として、事業所の駐車場で「湘央えん花火大会」を開催し、夏の夜の子供の頃が偲ばれる素敵な企画を実施しています。

### 【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	グループホーム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。	法人理念については、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。事業所理念については、月1回の会議にて共有している。	法人の理念と事業所理念「できることをあきらめない。あなたの笑顔を応援します」を玄関や共有スペースに掲示しています。転倒し車いすから杖歩行に、家で調理を全くしなかった人が食事づくりを一緒に行うなど、介護計画に基づいて実践に繋げています。	
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。	事業所の専門性を活かし、公民館活動で体操講師を担い、利用者も参加しています。地域包括支援センターと協働で認知症予防のための健康教室を開催しています。ボランティア活動では傾聴・紙芝居・合唱が定期的に来訪して楽しい時間を過ごしています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症サポーターとして、認知症カフェへ参加するなど地域の人々に向けて活動している。	/	/
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績、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。	1回/2ヶ月開催ごとに、運営状況を報告している。	会議は偶数月の第2火曜日14時に開催し、地域包括センター・自治会長・民生委員がそれぞれの活動経過やこれからの行事活動を報告しています。行事活動には利用者も参加し交流をしています。	利用者や家族の参加もしやすくなる工夫が期待されます。
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。	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。	行政窓口や担当者とは事故報告や事例相談を行っています。経済状況困窮の人へのアドバイスにより特別養護老人ホームへの入所が実現しています。また年3回、公民館で認知症予防教室の共同開催を実施しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	毎月行うユニット会議にて、身体拘束が行われていないか確認し、疑われるケアに関しては身体拘束廃止委員会にて協議し、施錠や抑制をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束委員会は2ヶ月ごとに開催し、言葉使いやケアの内容の確認を行い拘束や虐待を未然に防ぐようにしています。また、スピーチロックが起きやすく見過ごされている場面の可能性など、委員会で確認しています。研修は年1回実施し、夜間以外は玄関の施錠を行っていません。	
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。	職員のケアの延長線上に虐待に通じる行為がないか、身体拘束廃止委員会で話し合いの機会を持っている。定期的に確認することで虐待防止についての意識付けを行っている。		
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。	研修で制度を学ぶ機会を設けている。すでに制度を利用している方もおり、関りを持ちながら理解を深めている。		
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。	契約については、契約書の文言の説明を行いながら、質問等には丁寧に答えている。改定の際には、書面で同意をいただき理解を得られている。		
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。	運営推進会議を開催することにより、家族と外部者が関わる機会を設けている。	面会時や家族会を開催した時に意見や要望を聞いています。運動する機会をふやして欲しいとの家族の要望から、今年度の介護計画に理学療法士のケアを継続しています。	

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、会議や会議以外でも特に機会を設けることなく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。	会議や個人面談以外にも話す機会を持ち、シフトは職員の要望を取り入れ作成しています。レイアウトや席の配置など、利用者の状態を踏まえ職員と意見交換をして実施しています。	
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。	職員各々の労働条件に合わせて、各自がやりがいを持って働けるよう、環境作りに努めている。		
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。	各個人がステップアップできるよう、段階に合わせた法人内研修の開催、及び出席のための勤務調整を行っている。外部研修への参加についても、得られた情報を告知し、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。	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。	入所前には必ずアセスメントを行い、新生活が不安なく迎えられるよう、丁寧に聞き取りを行っている。		

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。	本人のアセスメント時には家族の同席を求め、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。	その方の希望、身体機能等に応じて必要なサービスの紹介を行っている。		
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。	共同生活が家庭的な雰囲気ですぐに育めるよう、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。	本人を理解するために、時には家族に意見を聞きながら、共に本人を支えている。		
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。	地域の公民館活動や祭りに参加しています。友人が来訪した時は居室で歓談しています。近所の馴染みの美容室へ出かける人もいます。馴染みの場所へ外出したり昔の歌を唄ったり、小物づくりや読書、音楽など趣味の継続も支援しています。	

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
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、本人の意向を把握することに努めている。意向が確認できた際は計画作成担当者へ報告しケアプランに反映している。困難な場合は、本人の生活歴等を考慮し検討している。	入居者のアセスメントから生活歴を把握し、日常の何気ない会話の中からも利用者の思いを聞き出すようにしています。利用者の思いをとらえ、車いすから自立歩行へ、入居前にはやっていたなかった食事づくりに参加するなど自立支援に向けたケアプランに取り組んでいます。	
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。	アセスメントを通して、一人一人の生活歴等、これまでの暮らしが把握できるよう努めている。		
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。	日々の関りや記録により、状態や有する能力の現状把握に努めている。		

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。	毎月ケアカンファレンスを行い、課題やケアのあり方について話し合っている。新たな課題や変更となるケアが出現した場合には計画期間に関わらず速やかにケアプランを更新し、現状に即した支援を行えるよう努めている。	今までの介護計画表の書式からライフサポートプラン①・②と「私の暮らしまとめシート」の書式に変更しています。プラン更新前にアセスメント、希望やニーズ、記録・申し送りノート・医療情報を基にケアマネージャー・計画作成担当者が作成しています。	
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。	日々の関りで、気づきや小さな変化を見逃さないようにしている。記録の記入と申し送りにより、職員間で情報共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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。	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。	地域で開催される健康体操教室等へ参加するなどして地域資源を活用している。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、かかりつけ医の紹介を行っている。一人一人のかかりつけ医（主治医）と連携を図り、適切な医療を受けられるように支援している。	ホームの協力医を希望する人は月2回の訪問診療を、入居前からのかかりつけ医を希望する人は主治医が往診日を決めています。往診2日前にFAXで状態を報告しています。外来受診の付き添いは、基本的には家族対応です。週に一回、歯科の診察も受けています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、退院後の生活が滞りなく送れるよう連携している。		
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「重度化した場合における対応に関する指針」について説明を行っている。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、うえで終末期に向けた取り組みを行っている。	入居時に同意書を交わし、事業所で看取りを希望する場合は、看取りケアプランの作成時や重度化時に再度、本人・家族の意向を確認しています。「えん」で逝去された場合は本人を偲び皆で別れをしています。延命治療が希望の場合は主治医と相談し病院へ繋いでいます。	
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	避難訓練は年2回、火災訓練（消防署協力）と通報訓練をしています。「要援護高齢者の緊急受け入れ」に関する協定書を平塚市と結んでいます。防災委員会を設置して避難方法などの確認や災害用備蓄品の管理・入れ替えを1、2か月に一度行っています。	避難訓練に住民参加できる取り組みやその役割を明確にされることを期待します。

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。	全ての職員に対し、入社時研修において、人格の尊重やプライバシーの確保について指導を行っている。また、勤務中においても、主任指導の下、人格の尊重やプライバシーが確保できるよう努めている。	友達言葉にならないよう、「ちゃん」付けあだ名で呼ばないよう指導しています。年に1回プライバシー保護に関する研修を行っています。個人記録は鍵付きの書庫に保管しています。写真が嫌いな利用者が写ったものは、他の利用者に配らないなど、配慮しています。	
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。	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づけをしている。	食材は外部の委託会社から取り寄せています。季節に合った材料で利用者の好みに応じて献立を考えています。野菜切りなどの調理や片付けなどができる人にはできることをしてもらっています。誕生日には出勤をとるなど、食事を楽しめる工夫をしています。	

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
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。	嚥下能力に応じた食形態で提供し、普段の摂取量や病状によって、医療関係者と連携を図りながら一人一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、排泄の自立に向けた支援を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを記録して様子を観察し、声掛けをしています。尿意や便意が不明な人にはオムツやパッドを使用していますが、立位が取れる人には声かけや誘導を行い日中はトイレで排泄できるよう支援しています。	
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。	入浴は基本的に週2～3回ですが利用者の希望に合わせた入浴回数の支援をしています。拒否する利用者には声かけなどで工夫していますが、家族が対応することもあります。介助が必要な利用者には同性介助を配慮して職員のシフトを決めています。	

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。	日常的には、利用者が買い物希望した時に出かけています。平塚運動公園へ花見に出かけたり、時間に余裕があれば希望に応じて散歩やドライブに行っています。車いすを利用する人が近隣の美容院に定期的に出かける時は、職員が付き添い支援をしています。	
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。	一人一人のお小遣いは施設で管理しているが、買い物に出かける時は、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。	希望に応じ、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。	必要箇所に手すりをつけるなど安全に配慮しています。加湿器は季節に応じてレンタルしています。掃除は、ほうきで掃き掃除などができる利用者に頼んでいます。ベランダで花を育てるなど、季節感も感じられます。また、トイレは利用者の利き手に合わせたトイレで支援をしています。	
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だいたり、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配置していただいている。	照明、エアコン、クローゼットを備え付けています。ベッド、チェスト、加湿器、テレビなどは利用者の希望で配置しています。持ち込みの制限は特になく、花、写真、ぬいぐるみなど利用者の馴染みのものを置いています。居室担当職員が清掃を支援しています。	
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	グループホーム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 3, 利用者の1/3くらい 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。	法人理念については、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。事業所理念については、月1回の会議にて共有している。		
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。	認知症サポーターとして、認知症カフェへ参加するなど地域の人々へ向けて活動している。		
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。	1回/2ヶ月開催ごとに、運営状況を報告している。		
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。	毎月行うユニット会議にて、身体拘束が行われていないか確認し、疑われるケアに関しては身体拘束廃止委員会にて協議し、施錠や抑制をしないケアに取り組んでいる。		
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。	職員のケアの延長線上に虐待に通じる行為がないか、身体拘束廃止委員会で話し合いの機会を持っている。定期的に確認することで虐待防止についての意識付けを行っている。		
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。	研修で制度を学ぶ機会を設けている。すでに制度を利用している方もおり、関りを持ちながら理解を深めている。		
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。	契約については、契約書の文言の説明を行いながら、質問等には丁寧に答えている。改定の際には、書面で同意をいただき理解を得られている。		
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。	運営推進会議を開催することにより、家族と外部者が関わる機会を設けている。		



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、会議や会議以外でも特に機会を設けることなく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。	職員各々の労働条件に合わせて、各自がやりがいを持って働けるよう、環境作りに努めている。		
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。	各個人がステップアップできるよう、段階に合わせた法人内研修の開催、及び出席のための勤務調整を行っている。外部研修への参加についても、得られた情報を告知し、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。	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。	入所前には必ずアセスメントを行い、新生活が不安なく迎えられるよう、丁寧に聞き取りを行っている。		

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。	本人のアセスメント時には家族の同席を求め、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。	その方の希望、身体機能等に応じて必要なサービスの紹介を行っている。		
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。	共同生活が家庭的な雰囲気で営めるよう、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。	本人を理解するために、時には家族に意見を聞きながら、共に本人を支えている。		
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、本人の意向を把握することに努めている。意向が確認できた際は計画作成担当者へ報告しケアプランに反映している。困難な場合は、本人の生活歴等を考慮し検討している。		
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。	アセスメントを通して、一人一人の生活歴等、これまでの暮らしが把握できるよう努めている。		
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。	日々の関りや記録により、状態や有する能力の現状把握に努めている。		

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。	毎月ケアカンファレンスを行い、課題やケアのあり方について話し合っている。新たな課題や変更となるケアが出現した場合には計画期間に関わらず速やかにケアプランを更新し、現状に即した支援を行えるよう努めている。		
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。	日々の関りで、気づきや小さな変化を見逃さないようにしている。記録の記入と申し送りにより、職員間で情報共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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。	地域で開催される健康体操教室等へ参加するなどして地域資源を活用している。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、かかりつけ医の紹介を行っている。一人一人のかかりつけ医（主治医）と連携を図り、適切な医療を受けられるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、退院後の生活が滞りなく送れるよう連携している。		
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。	契約時に「重度化した場合における対応に関する指針」について説明を行っている。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、うえで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。	全ての職員に対し、入社時研修において、人格の尊重やプライバシーの確保について指導を行っている。また、勤務中においても、主任指導の下、人格の尊重やプライバシーが確保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。		

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。	嚥下能力に応じた食形態で提供し、普段の摂取量や病状によって、医療関係者と連携を図りながら一人一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、排泄の自立に向けた支援を行っている。		
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。	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。	一人一人のお小遣いは施設で管理しているが、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。	希望に応じ、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だいたり、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をを活かして、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配置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。		

令和元年度

### 目標達成計画

事業所名 汗目央ケル-70ホ-6えん

作成日: 令和2年8月27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	3	認知症の方の理解や支援の方法を地域に向けて活かしていない。	認知症サポーターの増員	研修, 認知症カフェへの参加	12ヶ月
2	13	通年勤訓練は年1~2回行っているが地域住民の参加や協力体制が整っていない	通年勤訓練における地域住民の参加	訓練前日に手紙等で告知する	12ヶ月
3	15	現在、食材業者に委託したり、ネットスーパー等で食材を調達している。	入居者で買い物に行き、入居者の希望を反映させ、メニュー作りを行う。	定期的な買い物による食材調達。入居者の「食べたい」に叶える食事作りを行う	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月