

2020年度

【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 )<br>神奈川県平塚市豊原町14-17                  |                |            |      |
| サービス種別<br>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12月11日                                       | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和3年5月27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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和3年1月28日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和3年4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東海道線「平塚」駅北口から秦野駅北口行きのバスで「宮林署前」で下車し徒歩3分ほどの住宅街にあります。建物には同一法人の小規模多機能型居宅介護施設を併設しています。神奈川県内に藤沢市をはじめ、多くのグループホームや福祉施設を運営しています。

<優れている点>

「円・援・宴・園・縁」の五つの「えん」からなる法人の理念から作られた事業所の理念は、「自立支援」を念頭に日々の支援に活かしています。職員が日々介護する上で大切にしている職員一人ひとりのキーワードをアンケートの形でみんなで出し合い、事業所の理念を作成しています。敷地内に併設している小規模多機能型事業所とは身体拘束廃止委員会や運営推進会議、避難訓練、各種のイベントなどを合同で行い、実施内容の充実を図ると共に職員だけでなく利用者同士も交流を深めています。年2回防災訓練や避難訓練を実施し、利用者一人ひとりの身体機能に合わせて2ヶ所の避難経路を決めています。災害時に確実な避難誘導や災害の伝言が行えるよう、毎月2回机上の模擬訓練も実施しています。災害時における地域の緊急受入れや避難施設として地域と協力体制を築いています。専門学校の実習生を受け入れ、福祉の普及に貢献しています。

<工夫点>

毎年、駐車場で事業所の花火大会を開催して近隣の子供達も招待して喜ばれています。地域の公民館での介護予防体操の指導や地域サロンでの催しなど、積極的に地域と交流しています。

【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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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、事業所理念については、月1回の会議にて共有している。                                | 職員が利用者を日々介護する上で大切に行っている職員自身のキーワードをアンケートの形で把握し、事業所の指針である理念を作成して玄関や各ユニットの掲示板に掲示しています。代表者は年度末の挨拶で理念に触れて全員で共有しています。     |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない)         | 地域の一員として自治会に加入しています。今年はコロナ禍のため中止していますが、福祉村や地域サロンで行われている介護予防体操教室や地域のイベントなどに参加し、地域と交流しています。地域のボランティア団体などが定期的に来訪しています。 |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない) |   |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 1回/2ヶ月開催ごとに、運営状況を報告している。(今年度はコロナ禍にあり開催できないため、書類にて報告にしている)      | 今年はコロナの影響で年6回の書面会議です。地域包括支援センターの職員や自治会長、民生委員などが参加しています。メンバーに活動状況や事故報告、今後の予定などを書面報告し、参加者から質問などがあれば電話や書面で説明する事としています。 |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。  | 介護保険法上の詳細な困難事例などについて、市の職員から指導を受けたり、意見交換をしています。市の職員も参加するグループホーム連絡会や研修会などに積極的に参加しています。定期的に来訪する介護相談員とはいつも面談をしています。     |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。    | 身体拘束廃止など、重要事項説明書の中で家族や職員に説明しています。毎月、えんグループ合同で身体拘束廃止委員会を開催しています。身体拘束や言葉による拘束が、利用者に与える身体的・精神的苦痛を理解し、拘束のないケアの実践に取り組んでいます。マニュアルも整備しています。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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<br>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<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍により活動できていない)                       | 定期的に事業所に来訪する家族も多く、利用者と楽しく話し合っています。運営推進会議では管理者や外部の人達と要望や提案など、意見交換をしています。毎月発行する「当月の様子」には日々の様子や行事の写真などをプリントして送付しています。                   |                   |

| 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<br>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。                         | 管理者は毎日一度は現場を回り、職員や利用者に挨拶の声掛けと職員の声を把握するよう努めています。毎月のユニット会議や目標考課シート、OJT評価などから、利用者のケアだけでなく運営に関する意見や提案なども意見交換をしています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり思うように活動できていない) |   |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。           | アセスメントから利用者がこれまで身に付けてきた生活習慣や人間関係、趣味などを把握して継続できるように支援をしています。家族の協力で通い慣れた店や外食、初詣などを支援しています。利用者同士の関係を把握して支え合えるよう配慮しています。 |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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。 | 利用者の日々の会話や表情などから「できる事」や「したい事」などに気づいた時はミーティングで話し合い、継続できるようケアプランに反映しています。自分で出来ることを大切に日々役割のある生活をする事により、活力を引出すよう努めています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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<br>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<br>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。 | 計画作成担当者は更新時にモニタリングを行い、プランの更新か継続かを評価し、更新の場合はアセスメントを行っています。本人の状態が著しく変化した場合は、随時変更を行っています。基本的には6ヶ月毎にカンファレンスをしています。         |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない)                    |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                            | 入居前からのかかりつけ医が往診に来ています。入居後に事業所が紹介したかかりつけ医の内科の医師も往診に来ています。皮膚科の医師は事業所が依頼した際に往診に来ています。歯科医の往診は、週1回、もしくは隔週1回と利用者によって異なっています。 |                   |



| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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<br>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<br>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たくて終末期に向けた取り組みを行っている。  | 入居時に「重度化した場合における対応に関する指針」について説明しています。重度化した際に事業所で看取りを希望する場合は「グループホームにおけるターミナルケアの指針」を説明しています。看取りのケアプランを作成し、職員のケアの統一を図っています。 |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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<br>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。   | 年に2回、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11日に火災を想定した訓練の確認をしています。3月11日には水害を想定した訓練を行う予定にしています。備蓄品は、米、水、味噌、塩、カセットコンロ、カセットボンベがあり、各ユニット9名分を3日間分備蓄し防災委員会が管理を行っています。    |                   |

| 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<br>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。 | 各ユニットの掲示板に「個人情報の取扱いについて」「個人情報保護法に関する方針」を掲示しています。毎月のユニット会議でケースカンファレンスを行い、尊厳・プライバシーについて職員間で共有しています。個人記録は鍵付きの書庫に保管しています。  |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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<br>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<br>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<br>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。  | カロリー、タンパク質、脂質、炭水化物、塩分を計算した献立付きの食材を外注しています。誕生日など祝いの際は特別メニューにしたり、行事の際も変更しています。刻みやミキサー食などの対応もしています。月に2～3回、デリバリー食も提供しています。 |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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生活チェック表に記録してトイレ誘導の声掛けを行っています。声掛けには、他の利用者に聞こえないように配慮をしています。病院からの退院後、紙パンツからトイレの声掛けを行い、布パンツになった利用者がいます。     |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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<br>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。 | 入浴チェックシートで入浴の管理をしています。入浴は基本的に週2回ですが、利用者の希望により毎日の場合もあります。入浴を嫌がる利用者には無理強いせず声かけの方法や時間、人を変えて工夫しています。同性介助を希望する利用者に対応しています。 |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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<br>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<br>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<br>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で外出していません。散歩が困難な利用者は、日光浴やベランダの花への水やりで外気に触れられるよう支援しています。利用者の希望により花見、地域の祭り、スーパーや洋服店への買い物、湘南平へのドライブなどに出かけています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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<br>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<br>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。   | 管理者は生活動線に配慮し、パーソナルスペースが確保できるように席を配置しています。テーブルに花を飾り、共用空間に好きな本を置いています。壁面には写真を飾ったり、誕生日や行事に合わせた飾り付もしています。                |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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<br>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。                              | 家族に協力してもらい、以前の暮らしを反映した居室作りを考えています。「個人の部屋」を意識し、入室時はノックをするなどのプライバシーへの配慮を忘れないようにしています。写真、時計、仏壇、ベッド、チェスト、テレビなどを持ち込んでいます。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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る。<br>(参考項目：9, 10, 19)   | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |

|                   | 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<br>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、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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない)         |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない) |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。(今年度はコロナ禍にあり開催できないため、書類にて報告している)       |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。  |      |                   |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない)                       |      |                   |



|                             | 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<br>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<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり思うように活動できていない) |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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<br>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。  |      |                   |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。           |      |                   |

|                                   | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。  |      |                   |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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。(今年度はコロナ禍にあり活動できていない)                    |      |                   |
| 30 | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                            |      |                   |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。   | 年に2回、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                     |      |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。  |                   |  |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。 |      |                   |

|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。      |      |                   |



|    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。 |      |                   |

2020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3年 5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    | I-13  | 職員の介護技術や知識の差が大きい                | 全ての職員が実務者研修/介護福祉士取得できるよう目指す         | 資格取得に向けて勤務体制の充実を図る。また、介護技術の勉強会などを開催し、技術の統一を図る。                         | 12ヶ月       |
| 2    | IV-38 | 画一的なケアになっている                    | 入居者それぞれに個性があり、その人らしい暮らしを支援する        | アセスメントにより、これまでの経歴や生活歴を把握し、グループホームでもできることは継続する。その方の希望を把握し、個性が生かせる支援を行う。 | 6ヶ月        |
| 3    | IV-40 | メニュー決めから食材配送までを食材配送業者にしてもらっている。 | 委託配送を停止し、メニュー決めから買い物や食事までを入居者と一緒に行う | まずは「お楽しみメニュー」などで不定期に取り入れ、徐々に切り替えていく                                    | 12ヶ月       |
| 4    | IV-42 | 毎食後の口腔ケアが不十分になっている              | 食後の口腔ケアを徹底する                        | 食後は職員の声掛けや誘導により口腔ケアを促す。  | 3ヶ月        |
| 5    |       |                                 |                                     |  | ヶ月         |