

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1492200751
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
訪問調査日	2018年3月19日
評価確定日	2018年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 29 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  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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30年3月9日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月28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	
----------	--

【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 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年3月19日	評価機関 評価決定日	平成30年3月31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)】

●この事業所は、湘南乃えん株式会社の運営です。平成29年10月に、今までの、1ヶ所でグ  
 ループホーム・デイサービス・小規模多機能型事業所・居宅介護支援事業所を運営する独立  
 採算制の方式から、法人として全体を運営する方式へ会社形態を変更しました。同法人は湘  
 南地域に4ヶ所のグループホームがあり、合同での研修や勉強会、グループホーム同士の交  
 流など学ぶ機会も増えました。ここ「湘南グループホームえん」は同敷地内に「ケアホー  
 ム」を併設しており、運営推進会議や避難訓練、納涼祭などを合同で行っています。場所は  
 「藤沢駅」からバスで10分程、バス停「村岡宮前」からは徒歩1分、パンダの滑り台のある  
 後河内公園(通称パンダ公園)のすぐ隣に位置し、コンビニにも近い住宅地の中にあります。  
 ●ケアについては、法人の理念「真の幸福を探求し、未来の福祉を創造する」を踏まえて、  
 法人の理念を細分化した形で事業所独自の理念を作成しています。また、理念とは別に「ケ  
 ア目標」を2ヶ月毎に作成し、事務所に張り出して全職員で共有しながら統一したケアが実  
 践出来るように努めています。「利用者主体の生活・暮らし」をケアの根幹とし、ホテルの  
 ような手厚いサービスの提供ではなく、「当たり前前の生活・暮らし」を送れるように支援す  
 ることに重点をおいたケアを心がけています。  
 ●管理者は、職場環境改善案の1つとして昨年新たに「職員の評価基準」を作成しました。  
 職員1人ひとりの物指しで職員の出来る出来ないを判断するのではなく、事業所として求め  
 る人材を明確にしたことで、職員の質の均一化を図り、サービスの向上に努めています。ま  
 た、申し送り等を行う際は顔を合わせて行うことに重点を置き、不明点や疑問を残さない体  
 制を心がけています。

【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)	○	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している。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	法人の理念「真の幸福を探求し、未来の福祉を創造する」を踏まえて、法人の理念を細分化した形で事業所独自の理念を作成しています。事業所の目標に「出来ることは自分で出来るよう、出来ない事は互いに助け合って地域社会と繋がっていく」を掲げています。また、2ヶ月に1回、ケア目標も作成し、事務所に張り出し共有しながらケアに当たっています。	今後の継続
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。	自治会に加入し、回覧板を通して地域の情報をいただき、夏祭りや餅つき大会などの行事や隣接する公園で実施されている体操に参加することもあります。地域行事に参加するだけでなく、事業所の納涼祭や別法人の特別養護老人ホームと合同でクリスマス会を開催するなど地域との交流を図っています。また、ボランティアは月1回のハーモニカ演奏の方が来てくれています。	今後の継続
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。	民生委員、自治会代表、老人会会長、地域包括支援センター、行政担当者、家族の参加を得て2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状・活動報告や、ヒヤリハット報告や対応方法について報告し、参加者の方から理解を得られるようにしています。また、地域の情報をいただき、行事に参加するなど、サービスの向上に活かしています。	今後の継続
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	運営推進会議を通じて、サービスの取り組みは伝えている。	藤沢市の介護保険課の方には運営推進会議に参加いただいている他、議事録提出の際には直接窓口にかけているので、疑問点等が生じた際には相談にのっていただくなど、協力関係の構築に努めています。また、生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、担当者とは必要に応じて連絡を取り合っています。FAXにて研修の案内が届いた際には、シフトに応じて参加出来るように調整しています。	今後の継続

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存在するものの、29年度については、28年度同様に活動が滞ってしまった面もあるが、身体拘束廃止に関する考え方は新人職員へも継承できているかと思う。また、夜間を除き、施錠されている箇所はなく、利用者の自由な出入りも可能とし対応を図っている。	身体拘束については「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの定義についての理解を図ったうえで、研修の中で、スピーチロック、ドラッグロック、フィジカルロックの3つの身体拘束について、職員は正しい理解と知識を学んでいます。身体拘束廃止委員会も設けていますが、現状では委員会の活動が滞ってしまっている面もあるので、今後は現場主任を中心に活動できるように考えています。	今後の継続
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東エリア研修を開催している。 「尊厳の保持」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、2か月に1度、共有課題を掲げ、実施している。		
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	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無かった。	入居契約時に、重要事項説明書に記載されている苦情相談窓口について説明しています。家族からの意見や要望については、運営推進会議や来訪時に話を聞くようにしています。また、管理者は、利用者の現状について家族とズレが生じないように、良し悪しを含めきちんと話して、現状を理解していただくようにしています。家族からの意見については、ノートや口頭で申し送りを行い、情報共有に努めています。現状は年1回は家族会の実施が来ていますが、開催回数を増やしたいと考えています。	今後の継続

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。	ユニット会議では業務について、ケア会議では、利用者の状態や支援方法について話し合いを行っていますが、管理者は日常的に業務やケア以外にも、職員の不安や悩みなどについて話しを聞いています。管理者は、事業所で挙げた意見や提案について、管理者会議や経営会議に諮り、結果を事業所の全体会議でフィードバックしています。	今後の継続	
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	人員不足により、主任、管理者を除く末端職員には研修の機会や外部研修に積極的に参加できる体制が取れなかった。			
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いるとはいえない。	同敷地内の隣接するケアホームから入居されて来た方もおり、グループホームとケアホームを行き来している方、家族対応で従来のかかりつけ医で受診している方、行きつけの理美容に通っている方もいます。事業所での支援は難しいことあるので、家族にも協力を得ながら、その方にとっての馴染の場所や人との関係が途切れないように支援しています。	今後の継続

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。	入居時のアセスメントで本人と家族から過去の生活歴、趣味や趣向、事業所での暮らし方の希望を確認し、在宅時にやっていた習慣や趣味などが継続出来るよう、ケアプランに反映させて支援しています。生活の様子や本人から発せられた言葉や表情や仕草を観察して気づいたことを話し合いながら、本人本位に検討し、その人らしい生活が送れるように努めています。	今後の継続
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。	入居時のアセスメントに基づいて作成した、暫定の介護計画で暫く様子を見た後に、モニタリングと再度アセスメントを行い、現状に即した介護計画を作成しています。介護計画は利用者や家族の要望に偏らないよう、ケアカンファレンスや担当者会議で職員間で情報をすり合わせながら課題を抽出し、必要に応じて医療関係者の意見を盛り込みながら計画作成者を中心に作成しています。	今後の継続
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。	主治医の選択については、入居時にかかりつけ医の有無を確認し、本人や家族の希望を最優先にしています。事業所の協力医を主治医としている方は月2回の訪問診療を受けています。歯科医は週1回訪問診療があります。隣接しているケアホームの看護師は24時間の対応可能な体制を整えている他、週1回のバイタルチェックや健康管理も行われています。	今後の継続

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、事業所の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	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。	契約時に、重要事項説明書に記載している「重度化した場合における対応」及び「看取りに関する対応」について説明し、事業所では条件が整えば看取り介護まで行うことを伝えていますが、事業所ですること出来ない事を話しています。家族には、状況の変化に応じてその都度意向を確認し、家族の思いを大切にしながらチームとして支援しています。	今後の継続
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。	年2回、小規模多機能と合同で避難訓練を実施し、消防署に報告をしています。リビングの棚に防災頭巾、ヘルメットを準備しており、いつでも取り出せるようにしています。災害担当職員を中心に3日分の備蓄品をリストで管理していますが、今後は一週間分に増やしたいと考えています。また、事業所には太陽光電システムを採用しており、マニュアルを職員の目に付くようにしたいと考えています。	今後の継続

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。	入職時にケアの基本からコンプライアンスに至るまで研修を行い、個人情報の取り扱いや情報の漏えいについても職員へ周知徹底しています。職員の声の大きさや対応によって、他の利用者に知れ渡ることが無いように配慮し、尊厳やプライバシーを損ねることの無いよう留意しています。声かけの際には、語尾に「～か」を付けることで、利用者の自己決定を促すように対応しています。	今後の継続	
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、言葉の最後に「か？」をつけるようにしている。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ただけ関わられるようにしている。	食材とメニューは業者に発注して、職員が調理しています。調理に携わることが難しくても、利用者には汁物やごはんをよそうなどの食事提供までのプロセスに関わってもらおうようにしています。利用者のADLや職員の人員配置もあり、現状では外食支援は難しくなっていますが、その分出前などを取り入れ、食べたい物を食べられるようにしたいと考えています。	今後の継続	

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、食事が確保できるよう努めている。水分についても同様。			
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、燕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。	排泄記録表を活用して入居者1人ひとりの排泄の周期や回数の把握に努め、タイミングを見計らって声かけや誘導することでトイレで排泄出来るように支援しています。日中もオムツやパットを使用している方がいますが、入居者の負担を軽減するためにも、トイレでの排泄を第一とした支援を心がけ、パット使用「ゼロ」を目指しています。		今後の継続
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ず、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。	週2回の入浴を基本とし、曜日は決めています。時間帯までは決めず、利用者のタイミングで入浴出来るように支援しています。自立度の高い方は、職員の声かけと見守りで対応し、介助が必要な方に関しては、職員2名体制などで対応しています。季節の湯や、希望に応じて同性介助での対応も行っています。		今後の継続

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	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、人員不足などにより、実施できていない事が多い。	日常的な外出支援は、職員の人員的な問題もあり、人員に余裕がある場合は、隣接している公園や近隣のコンビニまで日用品や嗜好品の買い出しに行く機会を設けています。自立度の高い方で毎日外出している方もいますが、今後の課題として、1人ひとりの利用者に応じて散歩コースの作成や、ケアホームの車を利用した外出も支援できるようにしたいと考えています。		今後の継続
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。	室内は清掃が行き届き、不快や混乱を招くような刺激が無いよう、配慮した環境整備がされています。適度な湿度・温度管理をはじめ、利用者にとって十分な動線確保もされ、生活しやすい空間作りが行われています。大家さんが季節毎に花を届けてくれているので、花を飾ることで季節感を感じれるようにしています。壁には外出時や行事の写真を飾り、家族等が来訪した際の話作り役に役立っています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	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。	各ユニット毎に畳の居室が4ヶ所、フローリングの居室が5ヶ所あり、今までの生活環境に合わせられるようになっています。入居契約時には、生活環境の変化から入居者が不安や混乱を招くことのないように、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくように伝えています。居室は週2回、利用者と職員で清掃を行い、清潔を維持しています。	今後の継続
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、新聞とり、ゴミ捨てなどを実践している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

湘南グループホームえん

作成日

平成30年3月19日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1		「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"> <li>・認知症の正しい理解(研修)</li> <li>・ケースカンファレンスの実施</li> </ul>	12か月
3		介護保険法の目的の理解が乏しい	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法第1条の理解(研修)</li> <li>・フロア会議での日々の振り返りを行う</li> </ul>	12か月
2		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

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

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)	○	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	利用者と職員と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させている。 (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

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



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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、サービスの取り組みは伝えている。		

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存在するものの、29年度については、28年度同様に活動が滞ってしまった面もあるが、身体拘束廃止に関する考え方は新人職員へも継承できているかと思う。また、夜間を除き、施錠されている箇所はなく、利用者の自由な出入りも可能とし対応を図っている。		
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	虐待の定義について、正しく理解を図る上で東エリア研修を開催している。 「尊厳の保持」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、2か月に1度、共有課題を掲げ、実施している。		
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	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無かった。		

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	人員不足により、主任、管理者を除く末端職員には研修の機会や外部研修に積極的に参加できる体制が取れなかった。		
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いるとはいえない。		

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。		

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、地域と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、おかしい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こと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、言葉の最後に「か？」をつけるようにしている。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	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。水分についても同様。			
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、燕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ず、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、人員不足などにより、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 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、新聞とり、ゴミ捨てなどを実践している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

湘南グループホームえん

作成日

平成30年3月19日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1		「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"> <li>・認知症の正しい理解(研修)</li> <li>・ケースカンファレンスの実施</li> </ul>	12か月
3		介護保険法の目的の理解が乏しい	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法第1条の理解(研修)</li> <li>・フロア会議での日々の振り返りを行う</li> </ul>	12か月
2		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

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。