

2024（令和6）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	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名 ユニット数 2 ユニット
自己評価作成日	2025. 1. 10	評価結果 市町村受理日	令和7年4月11日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

その人らしい生活を目指して、今までと変わらない生活ができる様に支援します。ご自分でできることはして頂き、できない部分を支援させていただきます。毎日楽しく過ごして頂けるようお手伝いできればと思います。

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和7年2月17日	評価機関 評価決定日	令和7年4月7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「藤沢」駅南口からバス「教育センター循環」に乗車、「村岡宮前」で下車し、徒歩約1分の立地です。通りを隔てて公園がある住宅地の一角です。敷地内には同一法人の小規模多機能型居宅介護事業所があります。

<優れている点>

生産性向上のため新しい介護ソフトを導入し業務効率化を図っています。手書きだった記録の業務が無くなり、一定期間のデータ集計が可能になっています。医療機関との連携がスムーズに行うことができています。連絡帳作成の転写作業も無くなり、会議録で効果・効能を記述しています。操作研修を経て、ケアプランの作成関連業務の他、入力業務やデータ集約と分析機能を理解しています。また、職員は20項目からなるOJT評価シートを活用し、自身による自己評価を実施することで自らの支援の振り返りとなっています。「（法人・事業所）貢献度評価シート」では記入後に管理者が回収後、職員との個別面談を実施し、一次評価を行っています。

<工夫点>

外出支援に力を入れています。車いすやシルバーカーでの散歩、公園での体操、野菜直売所やコンビニエンスストアへ買い物になど、多くの外出の機会を設けています。江ノ島イルミネーションドライブへの夜間外出も行ない、利用者の楽しみや視覚の刺激となり好評を得ています。

### 【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
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せている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	事業所理念を管理者、職員は共有し声掛けし、業務にあたっているが、完全には実践には出来ていない。	事業所理念のほか経営理念を事務所内に掲示しています。個人名刺には「5つのえん」を記載しています。重要事項説明書に「運営方針」と「サービスの提供に関する基本的な考え方」を解説しています。管理者はこれらを総括し「その人らしい生活の継続支援」を職員に説明しています。	職員の行動規範となるよう理念の整理統合が期待されます。
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の防災訓練や週1回隣接する公園で実施されている体操等へは参加の意識はしているが業務におわれ不参加、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、ただし地域のイベントに参加やコラボ企画で参加は出来ている。	隣接の小規模多機能型居宅介護事業所と合同による「青空交流会」を開催しています。月1回の開催で両事業所が庭に椅子を持ち出し、日当たりに配慮して歌を歌ったり、体操したり、会話を楽しんでいます。今後、この輪に近隣の人々を加えたいとしています	今後、地域の多方面に働きかけると共に、家族にも運営に参加してもらうなどの工夫で、継続開催が期待されます。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議の場を町内公民館で開催し意見交換をしている。		
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。	運営推進会議ので出た意見を参考にして職員に話しサービス向上にいかしている。	運営推進会議には家族や町内会々長、民生委員、地域包括支援センター職員、建物オーナーに加え、小規模多機能型居宅介護事業所職員も参加しています。「薬のトラブルを少なくできませんか」に対し、介護システムのデータから月次、年間の件数を集約するなどして統計資料の作成を始めています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	密に連絡は取れていないが、メールのやり取りで、サービスの取組みは伝えている。	介護相談員2名が毎月来訪し、利用者とは話をしています。藤沢市主催の研修会案内を書面で受けたり、運営推進会議の報告を都度メールで送信するなどして行政と連携しています。感染症では事業所内でクラスターになった際に、メールで報告をしています。	

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 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会は概ね3か月に1回開催し、身体拘束に関して各ユニット間での情報共有をし、ユニット会議を通して周知している。	「利用者の人権を守ろうと尽力する指針」を令和5年5月に設置しています。2つの事業所合同の研修会で意見を出し合っています。身体拘束廃止委員会の情報は職員の全体会議で報告すると共に議事録をコピーし、フロアごとに配布して閲覧の上、署名を求めています。	
7	6	○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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている。	虐待防止委員会や虐待防止研修を開催し、異常の早期発見に努めている。	虐待防止委員会では不適切ケアと思われる事項をフロアごとの意見としてまとめ、事例検討しています。「あだな」「ちゃん付け」などを親しみを込めた呼称とする時はケアプランに明記するとしています。職員の精神的ストレス排除のため勤務時間8時間を厳守しています。	
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。	研修を行い周知しているが理解されていない職員がいる。		
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努めている。		
10	7	○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。	運営推進会議や家族面談で意見を聞き取っています。「薬のトラブルを減少して」について、配薬中にはバイタル測定や湯茶提供に転ずることのないようにする、などの対策案を会議で決定しています。服薬数の減少を目指し、薬情報も小まめに医師に報告しています。	

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	8	○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。	生産性向上のため、令和5年4月に導入した介護ソフトを使用し、会議でその効果を確認しています。「記録のための残業が減った」「一定期間のデータ集計が可能になった」「連絡帳作成の転写作業が無くなった」などの効果があります。	
12	9	○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。	同一労働同一賃金によるOJTチェックシートを用い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。	「OJT評価シート」は入職3ヶ月目に作成しています。自身による自己評価は20項目にわたり、半年ごとに評価しています。「貢献度評価シート」は記入後に回収し、管理者が個別に面談をしています。勤続年数10年の法人表彰があります。	
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内での研修はあるが日々の業務に追われ研修が進まないのが課題である。	法人主催の「2024年度研修」はWEBによる研修です。全員研修に加えて個別選択講座が各自2コマあります。事業所内研修は話し合いでテーマを決める勉強会の位置づけです。今後、行政主催の研修会などへの積極的な参加を検討しています。	
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。	当法人で行う、毎月の管理者会議や介護研究発表大会等の参加の機会を設けサービスの質の向上をさせている。		
<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。	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、安心できるような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。	考えられる介護保険サービス利用の提案行い、必要な支援を見極め、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。	上下関係をつくらぬよう職員も意識し、信頼できる関係を構築していくようにしている。		
19		○本人を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	11	○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。	馴染みの場所には行けていないが、馴染みの方の訪問には対応出来ている。	家族の訪問があります。重要事項説明書には入居者の代弁者として「主たる判断者届出書」を作成し、家族間の意見などを統一しています。利用者が「〇〇を買いたい」と希望を出した時には、近隣のコンビニエンスストアへ同行して買い物を楽しめるよう支援しています。	

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。	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。	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。		
<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	12	○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している、ご本人の思いを大切にしている。	コミュニケーションや観察などで願いや不快なことを汲み取り、その人らしい生活が送れるよう支援しています。情報は毎日の申し送りノートや毎月のユニット会議で共有しています。おでんやあんこが食べたいなどの希望を食事やおやつに取り入れています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	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、ご利用者本来の暮らしに努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	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	13	○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。	ケアプランは、アセスメントによる本人・家族の希望、カンファレンス、モニタリングを重ね、長期12ヶ月、短期6ヶ月で作成しています。車いすへの途中変更プランなど現状に即して個別プランを作成しています。職員は介護ソフトでデータを共有しています。	
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。	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、介護計画の見直しや工夫などもできている。		
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。	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。	地域資源の活用ではコンビニエンスストア利用はできているが、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	14	○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。	利用者の希望を確認して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。	かかりつけ医は協力医療機関4ヶ所からの選択になっています。24時間対応体制です。訪問診療は月2回、歯科は毎週、看護師は2ユニットで月4回の来訪があります。専門医への受診は原則家族対応ですが事業所でも対応することもあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問看護ステーションと契約し2回/週、定期的な健康チェックをおこなってもらっている。		
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	15	○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。	契約時に左記の方針を説明署名頂いている。また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。	急性期・重度化・終末期ケア対応指針を入居時に説明し、同意を得ています。医師の看取り判断後、事業所で看取りを行うか、家族の意向を改めて確認しています。事業所では看取り研修を実施するなど最適のケアを提供できるよう努めています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	定期的な訓練は行っていない。		
35	16	○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。	施設内での避難訓練は行っているが、地域との協力体制・避難方法については、課題がある。	災害BCP、感染症BCPを作成し、年2回の訓練を実施しています。避難訓練は夜間想定を含め年3回実施し、消防署から消火器や避難場所の指導も受けています。水害指定地域のため2Fへの垂直避難訓練を実施しています。備蓄品は2Fに3日分の水、アルファ米、缶詰などを保管しています。	

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
<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	17	○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。	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、他利用者にもまで知れ渡る事が無いように配慮し、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。	管理者は馴れ合いにならない言葉遣いを重視しています。不適切な声かけがないかの確認、事例の共有、OJT研修などで改善に努めています。排泄時や入浴時のノック、使用後のトイレの確認、ドアの外で見守るなどの場面でのさりげないケアを心がけています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	月に数回程度実施される、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声掛けし、利用者様の希望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がご自分で選ばれる方は少ないのでこちらで決めてしまうことが多い。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	18	○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。	利用者個々が出来るだけ関わられるように、取り組みを行っている。	毎日届く食材を事業所で調理しトロミ食も提供しています。利用者は、食器拭きや野菜カットなどを手伝っています。誕生日の特別献立や、行事食、テーブルでのホットプレート調理など食事を楽しむ工夫があります。月1回のリクエスト出前では宅配寿司が一番人気です。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	個々の嗜好に応じて、ふりかけを掛けるなどにより、食事量が確保できるよう努めている。水分については水分摂取が困難な状況にある際は、ゼリーやゼリー飲料を提供し水分確保に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後の口腔ケアの実施及び、協力医療機関である、つばめデンタルクリニックによる毎週の口腔ケアを行っている。		
43	19	○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、日中帯トイレ誘導を行い、オムツ外しに向け実施している。	利用者個々の排泄パターンを把握し、さりげなく声かけ誘導をしています。夜間もタイミングをみて誘導を行うなどトイレで排泄出来るように支援しています。自立者2名のトイレ使用後の確認も行っています。介護ソフトやユニット会議で情報共有しています。	
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。	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	20	○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、入りたくない日には曜日を変更や時間の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、40分ほどかけてゆっくりと入浴し、身体洗いや着替えなどの支援をしています。湯はその都度交換しています。滑り止めシートや室温管理などで事故防止に努めています。入浴拒否の人には誘いの言葉かけや曜日を変更して促しています。1日3名の入浴です。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、全職員が理解していない。		
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)		
49	21	○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。	外出の機会としていきたい方にドライブや近隣を散歩している。	車いすやシルバーカーでの散歩、公園での体操や近隣の人との会話があります。野菜直売所やコンビニエンスストアへ買い物に行っています。江ノ島イルミネーションドライブが夜間外出や視覚の刺激となり、好評を得ています。今後のドライブ催事を改善する予定です。	
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。	おこずかいを持って一緒に買い物へ行くことは少ないが行くこともある。		

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
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。	入居者本人の不安の状況に応じて、電話では家族との連絡を取り次ぐことはあるが、手紙のやり取りは無い。		
52	22	○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、出来ていて工夫はしている。	台所や床、浴室、トイレなど常に整理整頓し、温度や換気も適切に管理しています。調理の様子が見える、歌をうたう、畳コーナーの設置など居心地よく過ごせる工夫をしています。壁には節分の鬼の面や利用者の写真を掲示しています。利用者制作のちぎり絵も飾る予定です。	
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。	自分達が好きな所へ座れる様にしているが、決められた場所に利用者様は座ってしまうがどこでもいいんですよと声かけはしている。いつでも自分の好きなタイミングで居室に戻る。		
54	23	○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。	クローゼット、エアコン、照明は備え付けです。ベッドはレンタルで最適なものを選ぶことができます。和室部屋で布団を使用する利用者もいます。持ち込みについて家族となるべく環境を変えないようにと話し合っています。気替えや掃除は職員と一緒にしています。	
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。	調理活動をはじめ、食器片づけ、洗濯物干し・たたみ、掃除機掛け、ゴミ捨てなどを実践している。		

事業所名	湘南グループホームえん
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	事業所理念を管理者、職員は共有し声掛けし、業務にあたっているが、完全には実践には出来ていない。		
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参加の意識はしているが業務におわれ不参加、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、ただし地域のイベントに参加やコラボ企画で参加は出来ている。		
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。	運営推進会議の場を町内公民館で開催し意見交換をしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議ので出た意見を参考にして職員に話しサービス向上にいかしている。		
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に取り組んでいる。	密に連絡は取れていないが、メールのやり取りで、サービスの取組みは伝えられている。		

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会は概ね3か月に1回開催し、身体拘束に関して各ユニット間での情報共有をし、ユニット会議を通して周知している。		
7	6	○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。	虐待防止委員会や虐待防止研修を開催し、異常の早期発見に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	研修を行い周知しているが理解されていない職員がいる。		
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努めている。		
10	7	○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	8	○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	9	○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。	同一労働同一賃金によるOJTチェックシートを用い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	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内での研修はあるが日々の業務に追われ研修が進まないのが課題である。		
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。	当法人で行う、毎月の管理者会議や介護研究発表大会等の参加の機会を設けサービスの質の向上をさせている。		
<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。	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。	考えられる介護保険サービス利用の提案行い、必要な支援を見極め、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。	上下関係をつくらぬよう職員も意識し、信頼できる関係を構築していくようにしている。		
19		○本人を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	11	○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う、支援に努めている。	馴染みの場所には行けていないが、馴染みの方の訪問には対応出来ている。		

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。	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。	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。		
<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	12	○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している、ご本人の思いを大切にしている。		
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。	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、ご利用者本来の暮らしに努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	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	13	○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、介護計画の見直しや工夫などもできている。		
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。	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。	地域資源の活用ではコンビニエンスストア利用はできているが、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	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者の希望を確認して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。	訪問看護ステーションと契約し2回/週、定期的な健康チェックをおこなってもらっている。		
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	15	○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。	契約時に左記の方針を説明署名頂いている。また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	16	○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。	施設内での避難訓練は行っているが、地域との協力体制・避難方法については、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
<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	17	○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。	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、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、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。	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声掛けし、利用者様の希望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がご自分で選ばれる方は少ないのでこちらで決めてしまうことが多い。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	18	○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。	利用者個々が出来るだけ関われるように、取り組みを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	個々の嗜好に応じて、ふりかけを掛けるなどにより、食事量が確保できるよう努めている。水分については水分摂取が困難な状況にある際は、ゼリーやゼリー飲料を提供し水分確保に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後の口腔ケアの実施及び、協力医療機関である、つばめデンタルクリニックによる毎週の口腔ケアを行っている。		
43	19	○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、日中帯トイレ誘導を行い、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	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	原則週2回の入浴については、曜日は確定させて頂いているものの、入りたくない日には曜日を変更や時間の変更するなどにより、可能な限り希望に添えるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	基本的に朝起き、夜寝る事を第一に日中帯は起きていられるよう支援を行っているが、傾眠の強い時などには居室で短時間休息することを促している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の効能・副作用などについて、全職員が理解していない。		
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)		
49	21	○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。	外出の機会としていきたい方にドライブや近隣を散歩している。		
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。	おこずかいを持って一緒に買い物へ行くことは少ないが行くこともある。		

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
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。	入居者本人の不安の状況に応じて、電話では家族との連絡を取り次ぐことはあるが、手紙のやり取りは無い。		
52	22	○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、出来ていて工夫はしている。		
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。	自分達が好きな所へ座れる様にしているが、決められた場所に利用者様は座ってしまうがどこでもいいんですよと声かけはしている。 いつでも自分の好きなタイミングで居室に戻れる。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居時には、出来る限り本人が使い慣れているものを入れて頂いている。また、物品の配置に関しても、在宅生活の時の配置に近い状態にし、利用者が混乱しないよう配慮している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	調理活動をはじめ、食器片づけ、洗濯物干し・たたみ、掃除機掛け、ゴミ捨てなどを実践している。		

2024年度

事業所名 湘南グループホームえん  
作成日： 2025 年 4 月 11 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	1	職員の行動規範となるよう理念の整理統合が期待されます。	理念の整理し会社の理念に統合する。	理念の統合する。	3ヶ月
2	2	地域の多方面に働きかけと共に、家族にも運営に参加してもらうなどの工夫で、継続開催が期待されます。	地域に働きかけ、家族にも参加出来る様に工夫する。	地域のイベントに参加して、イベントがある時は家族にも参加してもらえるようにする。	12ヶ月
3					
4					
5					