

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	1495600213	事業の開始年月日	平成24年3月1日
		指定年月日	平成24年3月1日
法人名	医療法人財団 百葉の会		
事業所名	カーサしんゆりグループホームフランシア		
所在地	(215-0026)		
	川崎市麻生区古沢189番地		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成30年1月18日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月7日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

新百合ヶ丘駅より塗布8分、麻生警察署、麻生郵便局、新百合ヶ丘総合病院、コンビニやスーパーマーケットも徒歩圏と大変恵まれた立地にある、小規模多機能とグループホームの2ユニットの施設です。
この環境に職員の支援をプラスして、楽しく自分らしく、生き活きと暮らせるような、そんな家作りを職員一同目指しています。湖山医療福祉グループの一員として「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を理念として掲げ、これを実現させるための10項目の行動指針を「こやまケア」として定めています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年2月22日	評価機関 評価決定日	平成30年4月10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)】

事業所は小田急線、新百合ヶ丘駅北口から、麻生区役所・麻生警察署・麻生郵便局を見ながら徒歩10分のところにあります。建物は3階建てで、1階には同一法人の小規模多機能型居宅介護施設があり、2階・3階が18名2ユニットのグループホームとなっています。

<優れている点>

利用者・家族納得の上、入居者全員が提携医をかかりつけ医として月2回の訪問診療を受けています。さらに訪問診療、訪問看護の結果と、体調不良による臨時の往診記録を同じ表に記入してファイリングしており、各利用者の健康状態が見やすくなっています。普段の様子を家族に伝える毎月の便りに診療結果を詳しく記し、家族と情報を共有しています。また、職員は年度の中で行動指針や重点課題について守られているか、進捗できているかをチェックしています。毎月の会議では身体拘束をしないケアについて振り返りを行っています。町内会の“ふるさわ元気塾”に職員が参加したり、近くの保育園と交流しています。年1回の事業所の祭りには、近隣の人も大勢参加して地域と交流しています。

<工夫点>

利用者が家庭で普通に食べる時の状況に近づける努力をしています。料理の温度は一律ではなく、熱いものを食べられる人には熱々の汁物やお茶を出し、利用者に喜ばれています。汚れたら着替えれば良いという考え方で、エプロンをつけずに食事をしています。

【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	カーサしんゆりグループホームフランシア
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	湖山医療福祉グループ全体の理念である「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を掲げ、これを実現させるため具体的な10項目のこやまケア行動指針を持っています。	法人の理念と5つの品質方針を掲示しています。さらに10項目のこやまケア行動指針があり、事業所の年度計画に部門目標(重点課題)を設定しています。年度の中で行動指針や重点課題について守られているか、進捗できているかを自分達でチェックしています。	
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。	近隣のひまわり保育園の皆さんとは積極的に関わりを持ち、また傾聴やかつぼれなどボランティアとの交流もあります。日常的に散歩や買い物などに出かけ、地域の人たちと話をしています。毎月、ふるさわ元気塾に参加しています。	町内会の“ふるさわ元気塾”に職員が参加し、介護予防の話を聞いています。近くの保育園と交流しています。傾聴やかつぼれのボランティアを受け入れています。年1回の事業所の祭りには、近隣の人も大勢参加しています。近所の親しいカフェにも行っています。	
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。	認知症のご利用者様の地域での生活について、民生委員の皆様や地域包括センターの担当者様と連絡を取り合い情報の共有に努めています。介護の相談も受け付けています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月おきに運営推進会議を開催し、地域包括センター、訪問看護の方にも参加して頂いています。利用状況、イベント、現在取り組んでいることを報告し、意見をもらえるようにしている。	2ヶ月に1回運営推進会議を行っています。地域包括支援センター職員、訪問看護師、および多数の家族が参加しています。利用状況、行事結果・予定などを報告し、意見交換しています。清掃の指摘を受け、玄関・階段を含め職員の掃除担当を決め、徹底しています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議で地域包括の方からアドバイスを頂いていますが、それ以外ではあまり連携を取れていません。より関わりを持てるよう取り組んでいきたいと思えます。	介護保険申請の際には区と相談しています。今後、さらに他の面を含め関わりを持つよう取り組もうとしています。地域包括支援センター職員とは運営推進会議や“ふるさわ元気塾”で関係を築いています。	

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。	利用者が外出したいと希望があれば、外へ行くよう支援しています。転倒防止のためセンサーの使用をしている利用者もいるが、本人・家族の了承を得ており、また不快な思いをしないよう配慮しています。毎年、身体拘束に関する勉強会を事業所内で実施しています。	不適切なケアについて、事例研究をグループワークで行っており、職員は理解しています。毎月の会議でも振り返りを行っています。日中、グループホームの2階・3階出入口、および玄関の鍵はかけていません。出入口にセンサーを付け、職員の見守りに徹していますが、外に出ていく人はいません。	
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。	疲労や仕事の忙しさなどが組み合わさって生じてしまうことで、誰にでも起きる可能性があることを認識しています。		
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。	権利擁護に関する制度について理解を深めている職員がいないため、必要な時に支援出来る体制が整っていません。学べる機会を設けるようにしていきます。		
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。	契約については主に所長・管理者が行っています。施設見学後、十分な時間をかけて説明を行っています。諸物価の変動により利用料の値上げを行う場合は、随時家族へ相談し、一方通達にならないようにしています。		
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。	運営推進会議や面会時、お客様アンケート、意見箱などで率直な意見を伺い、それに対する回答を次回の運営推進会議や文書にて報告しています。	2階・3階に意見箱を設置しています。職員の顔と名前が一致しないとのことで、各階入口に職員の写真と名前を掲示しています。毎月、家族に利用者の様子を手紙にして送っています。散歩したい、買い物に行きたいなどに対応するようにしています。	

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。	フロアミーティング、全体職員会議、勉強会と話し合いをする機会を設けています。これにより意見を聴取し運営に反映させています。また、個人面談を行い職員の意見や要望をきく機会を作っています。	毎月、カンファレンス、フロア会議、全体会議とよく話し合っています。話し合いの中から、「業務マニュアルの見直し」を行なっています。毎年、個人目標を決め、個人面談でその進捗を確認しています。職員の研修については前向きに対応しています。	
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。	上記No. 11に併せて教育研修の機会は湖山福祉医療グループ内に豊富にあり、これに参加できる体制を法人及びグループ一体となって整えています。また、年1回異動希望調査を行い、必要に応じ面談をしています。		
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。	職員が法人内外の研修を受講できるよう計画を立てています。また、研修を受けた者は、事業所内で勉強会という形でも報告をしてもらっています。		
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。	麻生区内の事業者連絡会にはなかなか参加出来ていないが、研修などでフィードバックすることで、サービスの質の向上について勉強する機会を設けています。		
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。	本人・家族から時間をかけて要望や思いを聞き、十分な情報を把握しアセスメントに活かしています。併せて生活歴を何うシートへの記入をお願いし、より多くの意見などを出して頂いています。		

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
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。	施設見学や相談時、家族の気持ちやこれまでの状況を伺い、家族の思いを理解するよう努めています。		
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。	初期利用を開始する前に、施設見学をして頂き雰囲気を感じてもらっています。まず何が必要なのか絞り出し、1つ1つ見極め段階を得て、解決することを心がけています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の思いを知るよう努め、困っていることには支援をし、共に支え合える関係性を心がけています。また、職員と一緒に洗濯物畳みや食器洗いなど出来ることに取り組む機会を設けています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族と共に支えていくという姿勢を心掛けています。請求書発送時に一カ月の様子の報告を手紙で発送したり、面会時などにも日々のご様子を報告をさせていただいています。		
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。	知人・友人等に面会に来て頂いたり、周辺の散歩やカフェ、買い物など外出の機会を設け地域とのつながりを感じていただけるような機会を作っています。	以前住んでいた地域の会に利用者が定期的に参加しています。利用者の自宅の近所の美容院への送り迎えで美容を継続しています。墓参りは家族と一緒にに行っています。中には携帯電話を持っている人もおり、友人・知人との電話も必要により、職員が支援しています。	

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。	利用者の相性や関係性に配慮し、レクリエーションや食事を通して交流できる機会を作っています。利用者同士の交流がうまくいくよう、状況により職員が仲介に入っています。		
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。	他の事業所に移られる場合は、本人の様子や支援状況等を伝え、本人や家族の不安が軽減するよう支援しています。		
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。	グループホームケアの目的は、その人らしく暮らしていけるよう、思いや希望を支えていくことだと思っています。日々の関わりの中で思いを聞いています。また言葉にしづらい方には表情や行動から思いをくみ取ったり、家族から話を伺ったりしています。	利用者との日常の会話で思いや意向を把握するようにしています。レクリエーション、体を動かす、運動、散歩などの思いや意向からケアプランを見直しすることもあります。意向など伝えるのが困難な人の場合は表情・行動から思いを把握したり、家族からの過去の事例や写真などを見て類推しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所の際に家族には生活歴や馴染みの暮らし方などのシートへ記入をお願いしています。入所後の会話からも趣味や嗜好などの把握に努めるように心がけています。		
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。	利用者一人一人の過ごし方や生活リズムを理解し、本人や家族からの情報をもとに生活像を掴むようにしています。		

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
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。	日々のケアの中で本人・家族から思いを伺い、介護計画に反映しています。また、アセスメントやカンファレンスを行い、情報共有に努めています。	入居時は利用者・家族から意向を聴き、暫定1ヶ月のケアプランを作っています。以後、職員とのカンファレンスを毎月行い、3ヶ月ごとにモニタリングを行っています。短期6ヶ月、長期1年の目標のケアプラン作成時には医師の意見と家族の承認も得ています。	
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。	日々の様子や本人の言葉、水分・排泄など確認できる様にしています。勤務開始前の確認、昼の申し送りにて情報共有しています。		
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。	必要に応じて、柔軟なサービスを取り組んでいます。具体的には訪問診療・看護・マッサージ・歯科・理美容と連携し、介護保険サービスに留まらず柔軟なサービス提供が出来るようにしています。		
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。	運営推進会議に地域包括支援センターや訪問看護の方が参加し、アドバイスを頂いています。秋祭りのボランティアを紹介して頂くなど関係性が築けています。		
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。	基本的には訪問診療へかかりつけ医を変更して頂いています。以前のかかりつけ医を希望される方は継続して頂いています。必要に応じて家族・訪問医と相談し外来受診をして頂いています。	入居前からのかかりつけ医に継続して受診することは可能ですが、現在は本人・家族の納得のもとに全員提携医療機関の訪問診療を受けています。診療結果は毎月の便りで家族に伝えています。歯科については、入居時の健診で定期的受診が必要かどうか決めています。	

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中に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。	週1回の訪問看護の時だけでなく日々の体調変化など電話相談をし、状況に応じて看護師の訪問を受けたり主治医の受診につなげたり、適切な医療を受けられるように支援しています。		
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。	入院中は家族・病院とこまめに連絡をとり状況を確認し、必ず病院にも出向いています。病院と連携し、退院後の支援にもつなげています。		
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。	早い段階から本人・家族の意向や思いを踏まえ、訪問診療・看護と連携し安心して最期を迎えられるよう取り組んでいます。家族や医療機関とこまめに連絡をとり、チームで取り組むよう努めています。	重度化や終末期の方針については契約時に説明し、実際にその段階を迎えたときに再度家族と話し合っ決めていきます。昨年度看取りの実績があります。職員が適切に対応できるよう、訪問看護師による研修や内部研修を実施して支援の仕方を学んでいます。	
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。	急変があった場合、訪問看護に対応を指示して頂いています。ただし職員全員が救急法などの講習受講が出来ている訳ではないので、万が一の急変や事故、災害に対応できる様に勉強会や消防等に協力をお願いし、身に付くようにしていきたいと思っています。		
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。	年2回、避難訓練を実施しています。消防署にも来て頂き、消火器の使い方もできるだけ多くの職員が体験できるように行っています。備蓄品の見直しをし補充しています。	通報・消火・避難訓練実施マニュアルがあり、災害に備えています。避難訓練では利用者を火元から離して1ヶ所に集めることに重点を置いています。備蓄品は消費期限切れの飲料水や食品を入れ替えただけでなく、高カロリー食品の追加も行っています。	今後、町内会など地域との協力体制を作り、地域住民の参加・協力を得た避難訓練の実施も期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	本人の性格や歩んできた人生を尊びケアしています。本人のやりたいこと、したいことの気持ちを大切にし、声かけをしています。また書類関係なども責任ある管理を徹底するよう努めています。	管理者は、新人職員研修や日常業務の中で、人格の尊重を職員に伝えていきます。利用者を尊ぶ気持ちが生まれるように、家族から利用者の背景や体験を聞く機会を設けています。個人情報使用同意書の提出を入居時に依頼し、それに基づいてブログの写真を掲載しています。	
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。	利用者に合わせて声かけをしています。言葉にしづらい方には、表情や行動からくみ取るようにしています。		
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。	ご自分のペースで過ごして頂けるよう支援しています。ただし、入浴の時間については他利用者との兼ね合いもあるため、ケア側から週2～3回入浴できるよう調整して入って頂いています。		
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。	服装は基本的に本人の希望に沿って決めています。自己決定が難しい時や季節に合っていない時など必要に応じて職員介入しています。		
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。	食事の盛り付けや食器の片付け、箸配りなどを職員と一緒にしています。また誕生会では本人と相談をしてメニューを決めています。	料理の温度は一律ではなく、熱いものを食べられる人には熱々の汁物などを出し、利用者に喜ばれています。汚れたら着替えれば良いという考え方で、エプロンをつけずに食事しています。利用者には箸を配ることや食器拭きを手伝ってもらっています。	

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
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。	カロリー計算のされたメニューの提供や、1日の水分量を1000ccを目安に支援しています。一人一人の状況を把握し、ご本人の好きなものや食べやすいものを出しています。		
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、口腔ケアを行っています。ご自身で出来る方、見守りや介助が必要な方とそれに合った支援をしています。訪問歯科の協力も得ながら口腔内清潔に努めています。		
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。	排泄パターンを把握し、タイミングをみての声かけやリハビリパンツ・パットの検討など個々に合わせた支援をしています。	排泄記録や利用者の様子から判断してトイレに誘導しています。一日中おむつを着用するのではなく、排泄が自立していない利用者でも日中はリハビリパンツを着用しています。トイレが1ユニットに自立用・介助用・汚物処理室直結型の3種類あります。	
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。	水分摂取を促したり、散歩や体操など体を動かす機会を設けたりし、出来るだけトイレで自然な排泄が出来るよう支援しています。		
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。	週2回を目安に入浴して頂いていますが、体調や気分に合わせて時間や日を変えしご本人に合わせています。湯は都度入れ替え、入浴剤を使用し気持ちよく入浴して頂けるようにしています。	入浴は週2回が基本ですが、家族や医師と相談のうえ、週3回に増やしている利用者もいます。季節や利用者の体調に応じ、清拭・足浴・シャワー浴も行っています。機械浴は行わず、2名で介助しています。同性介助の希望にも対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	その方のペースに合わせて、無理に居室やベッドにいて頂くようなことはなく、フロアーに案内しゆっくりお話をしたり、お茶を飲みながらテレビを観たりと柔軟な対応をしています。		
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。	ご本人の状態に合わせ、医療機関と連携し服薬の調整をしています。薬情報はファイルにとじており職員が把握できるようにしています。服薬方法も個々に合わせ、しっかり服用できるように支援しています。		
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。	利用者が得意としていること、昔からの趣味で続けていること、家事手伝いなどその方の力が発揮できることをお願ひし、必ずお礼を伝えるようにしている。		
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。	散歩やカフェに行ったり、近くのスーパーやコンビニで買い物をしていきます。また花見にいくなど季節を感じて頂ける機会も作っています。	靴が履きやすいよう、玄関にイスをいくつか置いています。近くのスーパーマーケットやコンビニエンスストアに、おやつや飲み物を買に行っています。車いすで入れるカフェもよく利用しています。散歩やドライブで近隣の川、公園、寺社などに出かけています。	
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。	ご本人の安心につながることもあるため、ご家族と相談しながらお金を所持している方もいます。		

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
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。	携帯電話を持っている利用者も多く、そうでない方も電話をかけたいと希望があれば連絡が取れるよう支援しています。		
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。	居室は馴染みあるものやお好きなものをおき、落ち着いて過ごせる環境を作っています。季節の装飾は、利用者と一緒に相談しながら取り組んでいます。	居間を取り囲むように居室があるため、自室から行き来がしやすくなっています。暖かみのある色調の照明、利用者の共同作品の掲示ボードなどで落ち着いた感じを出しています。机の配置は、利用者同士の人間関係を考慮して慎重に決めています。	
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。	ゆったり過ごせるソファや仲の良い利用者同士がくつろげるテーブル、個室なども併せて利用しながらそれぞれの空間作りが出来るよう配慮しています。		
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。	入所の際はタンスなどの家具のご用意や設置は本人・家族と一緒に相談しながら決めています。また思い出の写真や利用者作品なども飾るなど居心地がよくなるような工夫もしています。	エアコン、ベッド、クローゼット、洗面台、照明、カーテンが備え付けです。壁やタンスの上には家族が持ってきたものや利用者で作った装飾品などが飾ってあります。ドアの外側にも自分の部屋らしくなるよう、思い出の品を飾り付けています。	
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。	利用者の身体状況に合わせて、物の配置を変えるなど工夫しています。ご本人の不安や混乱を減らし、自立支援つなげる環境作り努めています。		

事業所名	カーサしんゆりグループホームフランシア
ユニット名	3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。	湖山医療福祉グループ全体の理念である「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を掲げ、これを実現させるため具体的な10項目のこやまケア行動指針を持っています。		
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。	近隣のひまわり保育園の皆さんとは積極的に関わりを持ち、また傾聴やかっぱねなどボランティアとの交流もあります。日常的に散歩や買い物などに出かけ、地域の人たちと話をしています。毎月、ふるさわ元気塾に参加しています。		
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。	認知症のご利用者様の地域での生活について、民生委員の皆様や地域包括センターの担当者様と連絡を取り合い情報の共有に努めています。介護の相談も受け付けています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月おきに運営推進会議を開催し、地域包括センター、訪問看護の方にも参加して頂いています。利用状況、イベント、現在取り組んでいることを報告し、意見をもらえるようにしている。		
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。	運営推進会議で地域包括の方からアドバイスを頂いていますが、それ以外ではあまり連携を取れていません。より関わりを持てるよう取り組んでいきたいと思っています。		

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
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。	利用者が外出したいと希望があれば、外へ行くよう支援しています。転倒防止のためセンサーの使用をしている利用者もいるが、本人・家族の了承を得ており、また不快な思いをしないよう配慮しています。毎年、身体拘束に関する勉強会を事業所内で実施しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	疲労や仕事の忙しさなどが組み合わさって生じてしまうことで、誰にでも起きる可能性があることを認識しています。		
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。	権利擁護に関する制度について理解を深めている職員がいないため、必要な時に支援出来る体制が整っていません。学べる機会を設けるようにしていきます。		
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。	契約については主に所長・管理者が行っています。施設見学後、十分な時間をかけて説明を行っています。諸物価の変動により利用料の値上げを行う場合は、随時家族へ相談し、一方通達にならないようにしています。		
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。	運営推進会議や面会時、お客様アンケート、意見箱などで率直な意見を伺い、それに対する回答を次回の運営推進会議や文書にて報告しています。		

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	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。	フロアミーティング、全体職員会議、勉強会と話し合いをする機会を設けています。これにより意見を聴取し運営に反映させています。また、個人面談を行い職員の意見や要望をきく機会を作っています。		
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。	上記No. 11に併せて教育研修の機会は湖山福祉医療グループ内に豊富にあり、これに参加できる体制を法人及びグループ一体となって整えています。また、年1回異動希望調査を行い、必要に応じ面談をしています。		
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。	職員が法人内外の研修を受講できるよう計画を立てています。また、研修を受けた者は、事業所内で勉強会という形でも報告をしてもらっています。		
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。	麻生区内の事業者連絡会にはなかなか参加出来ていないが、研修などでフィードバックすることで、サービスの質の向上について勉強する機会を設けています。		
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。	本人・家族から時間をかけて要望や思いを聞き、十分な情報を把握しアセスメントに活かしています。併せて生活歴を伺うシートへの記入をお願いし、より多くの意見などを出して頂いています。		

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
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。	施設見学や相談時、家族の気持ちやこれまでの状況を伺い、家族の思いを理解するよう努めています。		
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。	初期利用を開始する前に、施設見学をして頂き雰囲気を感じ取って頂いています。まず何が必要なのか絞り出し、1つ1つ見極め段階を得て、解決することを心がけています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人の思いを知るよう努め、困っていることには支援をし、共に支え合える関係性を心がけています。また、職員と一緒に洗濯物畳みや食器洗いなど出来ることに取り組む機会を設けています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族と共に支えていくという姿勢を心掛けています。請求書発送時に一カ月の様子の報告を手紙で発送したり、面会時などにも日々のご様子を報告をさせていただいています。		
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。	知人・友人等に面会に来て頂いたり、周辺の散歩やカフェ、買い物など外出の機会を設け地域とのつながりを感じていただけるような機会を作っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者の相性や関係性に配慮し、レクリエーションや食事を通して交流できる機会を作っています。利用者同士の交流がうまくいくよう、状況により職員が仲介に入っています。		
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。	他の事業所に移られる場合は、本人の様子や支援状況等を伝え、本人や家族の不安が軽減するよう支援しています。		
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。	グループホームケアの目的は、その人らしく暮らしていけるよう、思いや希望を支えていくことだと思っています。日々の関わりの中で思いを聞いています。また言葉にしづらい方には表情や行動から思いをくみ取ったり、家族から話を伺ったりしています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所の際に家族には生活歴や馴染みの暮らし方などのシートへ記入をお願いします。入所後の会話からも趣味や嗜好などの把握に努めるように心がけています。		
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。	利用者一人一人の過ごし方や生活リズムを理解し、本人や家族からの情報をもとに生活像を掴むようにしています。		

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
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。	日々のケアの中で本人・家族から思いを伺い、介護計画に反映しています。また、アセスメントやカンファレンスを行い、情報共有に努めています。		
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。	日々の様子や本人の言葉、水分・排泄など確認できる様にしています。勤務開始前の確認、昼の申し送りにて情報共有しています。		
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。	必要に応じて、柔軟なサービスを取り組んでいます。具体的には訪問診療・看護・マッサージ・歯科・理美容と連携し、介護保険サービスに留まらず柔軟なサービス提供が出来るようにしています。		
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。	運営推進会議に地域包括支援センターや訪問看護の方が参加し、アドバイスを頂いています。秋祭りのボランティアを紹介して頂くなど関係性が築けています。		
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。	基本的には訪問診療へかかりつけ医を変更して頂いています。以前のかかりつけ医を希望される方は継続して頂いています。必要に応じて家族・訪問医と相談し外来受診をして頂いています。		

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。	週1回の訪問看護の時だけでなく日々の体調変化など電話相談をし、状況に応じて看護師の訪問を受けたり主治医の受診につなげたり、適切な医療を受けられるように支援しています。		
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。	入院中は家族・病院とこまめに連絡をとり状況を確認し、必ず病院にも出向いています。病院と連携し、退院後の支援にもつなげています。		
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。	早い段階から本人・家族の意向や思いを踏まえ、訪問診療・看護と連携し安心して最期を迎えられるよう取り組んでいます。家族や医療機関とこまめに連絡をとり、チームで取り組むよう努めています。		
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。	急変があった場合、訪問看護に対応を指示して頂いています。ただし職員全員が救急法などの講習受講が出来ている訳ではないので、万が一の急変や事故、災害に対応できる様に勉強会や消防等に協力をお願いし、身に付くようにしていきたいと思っています。		
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。	年2回、避難訓練を実施しています。消防署にも来て頂き、消火器の使い方もできるだけ多くの職員が体験できるよう行っています。備蓄品の見直しをし補充しています。		

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
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。	本人の性格や歩んできた人生を尊びケアしています。本人のやりたいこと、したいことの気持ちを大切にし、声かけをしています。また書類関係なども責任ある管理を徹底するよう努めています。		
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。	利用者に合わせて声かけをしています。言葉にしづらい方には、表情や行動からくみ取るようにしています。		
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。	ご自分のペースで過ごして頂けるよう支援しています。ただし、入浴の時間については他利用者との兼ね合いもあるため、ケア側から週2～3回入浴できるよう調整して入って頂いています。		
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。	服装は基本的に本人の希望に沿って決めています。自己決定が難しい時や季節に合っていない時など必要に応じて職員介入しています。		
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。	食事の盛り付けや食器の片付け、箸配りなどを職員と一緒にしています。また誕生会では本人と相談をしてメニューを決めています。		

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
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。	カロリー計算のされたメニューの提供や、1日の水分量を1000ccを目安に支援しています。一人一人の状況を把握し、ご本人の好きなものや食べやすいものを出しています。		
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、口腔ケアを行っています。ご自身で出来る方、見守りや介助が必要な方とその方に合った支援をしています。訪問歯科の協力も得ながら口腔内清潔に努めています。		
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。	排泄パターンを把握し、タイミングをみての声かけやリハビリパンツ・パットの検討など個々に合わせた支援をしています。		
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。	水分摂取を促したり、散歩や体操など体を動かす機会を設けたりし、出来るだけトイレで自然な排泄が出来るよう支援しています。		
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。	週2回を目安に入浴して頂いていますが、体調や気分に合わせて時間や日にちを変更しご本人に合わせています。湯は都度入れ替え、入浴剤を使用し気持ちよく入浴して頂けるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	その方のペースに合わせて、無理に居室やベッドにいて頂くようなことはなく、フロアーに案内しゆっくりお話をしたり、お茶を飲みながらテレビを観たりと柔軟な対応をしています。		
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。	ご本人の状態に合わせ、医療機関と連携し服薬の調整をしています。薬情報はファイルにとじており職員が把握できるようにしています。服薬方法も個々に合わせ、しっかり服用できるように支援しています。		
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。	利用者が得意としていること、昔からの趣味で続けていること、家事手伝いなどその方の力が発揮できることをお願いし、必ずお礼を伝えるようにしている。		
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。	散歩やカフェに行ったり、近くのスーパーやコンビニで買い物をしています。また花見にいくなど季節を感じて頂ける機会も作っています。		
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。	ご本人の安心につながることもあるため、ご家族と相談しながらお金を所持している方もいます。		

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
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。	携帯電話を持っている利用者も多く、そうでない方も電話をかけたいと希望があれば連絡が取れるよう支援しています。		
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。	居室は馴染みあるものやお好きなものをおき、落ち着いて過ごせる環境を作っています。季節の装飾は、利用者と相談しながら取り組んでいます。		
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。	ゆったり過ごせるソファや仲の良い利用者同士がくつろげるテーブル、個室なども併せて利用しながらそれぞれの空間作りが出来るよう配慮しています。		
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。	入所の際はダンスなどの家具のご用意や設置は本人・家族と一緒に相談しながら決めていきます。また思い出の写真や利用者作品なども飾るなど居心地がよくなるような工夫もしています。		
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。	利用者の身体状況に合わせて、物の配置を変えるなど工夫しています。ご本人の不安や混乱を減らし、自立支援つなげる環境作り努めています。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 カーサしんゆりグループホームフランシア

作成日： 平成30年 5月 1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	13	防災訓練を年に2回実施しているが、地域とのかかわりがない。	地域とのかかわりを強化する。	地域行事を教えていただき、お祭りや区の防災訓練等に参加させていただく機会を増やす。そのうえで、当事業所の防災訓練にも参加していただくよう促していく。	9ヶ月
2	7	カンファレンス、フロア会議、全体会議を行っているが、参加者が少なくなってしまったり、開催できないこともある。	会議を定期的に行い、職員への周知を充実させる。	会議体の見直しを行う。開催時期を明確にする。議事録の作成（担当者の明確化）と職員への配布を徹底する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月