

2019年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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) 神奈川県川崎市麻生区古沢189			
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	令和元年11月20日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月22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)】

<p>新百合ヶ丘駅より徒歩8分、浅尾警察署、麻生郵便局、新百合ヶ丘総合病院、コンビニやスーパーなど、百葉の会徒歩圏と大変恵まれた立地にあり、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。</p> <p>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」を理念に掲げ、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。</p>

【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	令和元年12月27日	評価機関 評価決定日	令和2年3月27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)】

<p>事業所は、小田急線「新百合ヶ丘」駅から徒歩8分ほどの交通至便の位置にあります。平成24年に医療法人財団によって開設しています。鉄筋3階建ての2、3階がグループホームです。1階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。</p> <p><優れている点> 法人理念と行動指針の浸透を図るべく、職員全員が「クレドカード」を持ち、定期的に職員会議などで理念、指針を確認し、同じ方向性を持って支援しています。職員は長年勤務する中で介護福祉士などの資格を取得しており、最近「アンガーマネジメント」という、人の怒りの感情の対処法について学び、職員間で共有し、介護の向上に繋げています。職員は利用者や家族の意向を丁寧に聞き取って業務日誌や個人記録に残しており、毎月開かれるケース会議に反映させています。半年ごとに、サービス担当者会議を開き、介護計画に沿って支援しているかのモニタリングを行い、利用者の希望や状況をアセスメントして、介護計画を見直しています。きちんとした手続きと介護経験豊かな職員により、利用者は生き生きと、自分らしく生活を楽しんでいます。</p> <p><工夫点> 防災時の対応に力を入れています。防災訓練を実施した折に、避難場所の確認、避難経路の適切性など6項目からなる評価基準に照らし合わせて、職員自身の行動が適切であったかどうかを自己評価し、更なる改善に取り組んでいます。災害時備蓄品も倉庫にストックされており、備蓄品リストも整備されています。</p>

【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項目のこまケア行動指針を持っています。	運営法人の理念・行動指針は職員の入職時にオリエンテーションで研修しています。更に、これらを記した「クレド」カードをスタッフ全員が所持し、日常的に確認できるようにしています。職員会議や勉強会でも確認しています。	
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、また傾聴ボランティアとの交流もあります。日常的な散歩や買い物に出かけ、地域の人たちと話をしたりしています。	自治会に加入しており、回覧板も回ってきます。自治会の清掃、防災訓練などには職員が参加しています。事業所の駐車場で開く祭りには屋台も出店するので、ポスターやチラシで地域に呼び掛け、多くの人に来てもらっています。	
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。	認知症のお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ヵ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ご意見を伺い4サービス向上に生かしています。	2ヶ月に1回開催しています。片平地域包括支援センター職員、利用者、家族、法人などが参加し、事業所からサービスの現状などについて報告しています。事業所に対する指摘なども出されており、運営に活かしています。	
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に取り組んでいる。	連携をとることがあまりできていません。運営推進会議などを利用しながら、関りをもてる取り組んでいきたいと思えます。	利用者の介護認定調査の件で、麻生区高齢・障害課との連絡を行っています。行政関係の情報は、運営推進会議に参加している地域包括支援センター職員を通して入手し、連携を取っています。	

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。転倒防止の為にセンサーを利用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。	身体拘束をしないマニュアルを作成しており、2ヶ月に1回の勉強会でも取り上げて議論を深めています。2階、3階ともフロアの施錠はしていません。ベッドのセンサーは、危険のある場合、本人・家族の了承を得て取り付けています。現在センサーを取り付けている利用者は1名です。	
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、必要な時に支援でき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が行っています。施設見学後、十分な時間をかけて説明行っています。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、それに対しての回答の次回の運営推進会議や文章にて報告しています。	家族が来訪した時に、積極的に意見を聞いています。また運営推進会議でも意見を出してもらい、運営に活かしています。家族に対してのアンケート調査を実施し、サービスに対するの評価を得ています。その中で出されて意見については検討し、対応に努めています。	

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
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、委員会、勉強会と話し合いをする機会を設けています。意見を聴取し運営に反映させます。また個人面談を行い職員の意見や要望を聞く機会を作っています。	フロアミーティング、職員会議などで、職員からの意見を議論しています。最近の事例では、毎日の申し送りで抜けてしまう項目も多いため、業務日誌で過去の事例を一覧表にまとめ、抜けがないようにする、という業務改善に繋がっています。	
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、必要に応じて面談を行っています。		
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。あ、研修を受けた者は、事業所内で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参加できていないが、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。	式利用を開始する前に、施設見学をしていただき雰囲気を感じ取ります。まず何が必要なかを絞り出し、一つ一つを見極め段階を得て、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。	本当の思いを知るよう努め、困っていることには支援をし、共に支えあえる関係性を心がけています。また、職員と一緒に洗濯物たたみや食器洗い、食器拭きなどでき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姿勢を心がけています。請求書発送時に一か月の様子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頂けるような機会を作っています。	以前の近所の仲間や、古い友人あるいは親戚の来訪があると、積極的に受け入れています。ただし、馴染みのない人の場合、念のため家族に連絡を取り、利用者との関係を確認してから訪問してもらうようにしています。	

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
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、おやつの時間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り組み 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などを伝え、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。	グループホームの目的は、その人らしく暮していけるよう、思いや希望を支えていくことだと思っています。日々の関りの中で思いを聞いています。また言葉にじ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。	利用者の意向は、日常的な会話の中で聞いています。聞き取った内容は個人記録表に残しておき、アセスメント時に介護計画に活かせるように配慮しています。意向や希望では具体的な内容が多く、食事などで食べたいものが良く出てきています。	
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興味や嗜好等の把握に努めるよう心掛けています。		
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のリズムを理解し、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。	随時必要に応じて、管理者、フロア長、職員などでサービス担当者会議を開いています。サービス計画のモニタリング、および、アセスメントを実施し、介護計画の見直しをしています。作成した介護計画については家族に確認してもらい、同意をもらっています。	
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ようにしています。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でき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。	運営推進会議に市域包括センターや訪問看護の方が参加し、アドバイスをいただいています。他施設の取り組みや、他ボランティアを紹介して頂くなど関係性が築けてます。		
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。必要に家族・訪問医と相談し外来受診をして頂いています。	入居時にかかりつけ医を変更してもらっています。訪問医は月2回、訪問看護は週1回の来訪で健康管理をしています。3ヶ月に1回歯科医の定期健診もあります。他の専門医には家族が外来受診に付き添っています。受診に職員も同席して本人の状態を把握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。	週一回の訪問看護の時だけではなく、日々の体調変化など電話相談し状況に応じて看護師の訪問を受けたり、主治医の受診に繋げたり、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、病院にも出向いています。病院と連携し、退院後の支援にも繋がっています。		
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。	契約時に看取りについて確認しています。終末期が近付いた時は、再度看取りに対する同意書を交わし、家族、医師、看護師、職員が緊密な連携を取り、安心して最期の時を迎えられるように努めています。職員は研修を受け、不安に備えています。	
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、訪問看護に指示をして頂いています。ただし前職員が救急法などの講習受講ができていないので、万が一の急変や事故、災害に対応できるように勉強会や消防等に協力をお願いし、身につ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。	年二回、消防署の方に来て頂き実施しています。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。	年に2回の避難訓練を実施しており、今年は7月に夜間想定訓練を行っています。防災機材倉庫には、水、食料、投光器などを保管し、リストも整備しています。訓練終了後に職員が避難場所、避難経路、点呼確認などについて自己評価を行っています。	

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
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。	本人の生活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、声掛けをしています。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。	入居者を「お客様」として丁寧に対応しています。入居者、職員に同姓がいるため、呼称は名前で呼ぶことを原則としています。居室に入る時は必ずノックし、本人のプライバシーに配慮しています。書類は事務室の鍵のかかる棚に管理しています。	
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。	服装は基本的には本人の希望に沿って決めています。自己決定が厳しい時や、季節に合っていないときなどは必要に応じて職員が介入しています。		
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づけ、箸配りなどを職員と一緒にしています。また誕生日会では本人と相談しメニューを決めています。	外部の食材業者から毎日届く材料で職員が調理しています。盛り付けやテーブル拭き、食器拭きができる人には手伝ってもらい、残存能力を大切にしています。誕生会の特別メニューの他、季節のメニューには特別な食器を使い、食卓を盛り上げています。	

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。	カロリー計算されたメニューの提供や、一日の水分量を1000ccを目安に提供しています。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提供しています。		
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。	昼食後口腔ケアを行っています。ご自身でできる方、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の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、声掛けをしたり、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。	排泄チェック表で、一人ひとりのパターンを把握して、自立した排泄を促しています。失禁した場合もさりげなく取り換える配慮をしています。その人に合った声かけの結果、リハビリパンツから布のパンツに戻る人もいます。	
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、できるだけトイレで自然に排泄できるように支援します。		
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。	週二回を目安に入浴して頂いてます。体調や気分に合わせて日時を変更したり。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。	2階と3階に家庭風呂（椅子、手すりあり）があり、週2回入浴しています。湯は一人ごとに入れ替えています。自分で湯船に入れる人もいます。入浴拒否の人には言葉かけの工夫で足浴やシャワーの場合もあります。ゆず湯やしょうぶ湯、入浴剤も楽しんでいきます。	

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頂くようなことはなく、フロア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見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。	提携薬局より1週間ごとに個別に配薬ケースにセットして頂いてます。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。服薬方法も個々に合わせ、しっかり服用できるよう支援しています。		
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ます。	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ます。		
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ます。また、駐車場の広いスペースにあるベンチで外気浴をしています。花見に行くなど季節を感じて頂ける機会も作っています。	幹線道路に接しているため、遠出の散歩より、近くのコンビニエンスストアやスーパーマーケットへの買い物など1日おきに外出の機会を作っています。家族が迎えに来て外出することもあります。半年に1回、花見など外出イベントを行っています。	
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。	居室は馴染みのあるものやお好きなものを置き、落ち着いて過ごせるよ環境を作っています。席の配置は利用者の状態や関係性を考慮しています。季節の装飾は、利用者と相談しながら取り組んでいます。	エアコン、照明、空気清浄機などで、心地よい空間を作っています。窓が大きく冬でも暖かいリビングです。ソファやテーブル、テレビはゆったり配置され、壁面には季節の貼り絵などを掲示しています。職員の他にケアアシスタントが毎日来て、清掃や食事のサポートをしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	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、それぞれの空間づくりにできるように配慮します。		
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。	入居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きます。またあ思い出の写真や利用者作品なども飾るまど以後ごちが良くなるような工夫もしています。	居室にはエアコン、防炎カーテン、洗面台、クローゼット、ベッド、照明が備え付けです。机や本棚、馴染みの家具を持ち込んだり、壁面に自作の絵や家族の写真を飾り、個性ある自室としています。クローゼットの中の衣替えは家族や居室担当者が支援しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	利用者の身体に合わせて、物の配置を変えるなど工夫をしています。ご本人の不安や混乱を減らし、自立支援につながる環境作りに努めています。		

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。		
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、また傾聴ボランティアとの交流もあります。日常的な散歩や買い物に出かけ、地域の人たちと話をしたりしています。		
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。	認知症のお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ヵ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ご意見を伺い4サービス向上に生かしています。		
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。	連携をとることがあまりできていません。運営推進会議などを利用しながら、関りをもてる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。転倒防止の為にセンサーを利用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。		
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に支援している。	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、必要な時に支援でき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が行っています。施設見学後、十分な時間をかけて説明行ってます。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、それに対する回答の次回の運営推進会議や文章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、委員会、勉強会と話し合いをする機会を設けています。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聞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、必要に応じて面談を行っています。		
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。あ、研修を受けた者は、事業所内で報告をしてもらってます。		
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参加できていないが、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ます、より多くの意見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。	式利用を開始する前に、施設見学をしていただき雰囲気を掴んで頂きます。まず何が必要なのかを絞り出し、一つ一つを見極め段階を得て、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。	本当の思いを知るよう努め、困っていることには支援をし、共に支えあえる関係性を心がけています。また、職員と一緒に洗濯物たたみや食器洗い、食器拭きなどでき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姿勢を心がけています。請求書発送時に一か月の様子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頂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、おやつの時間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などを伝え、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。	グループホームの目的は、その人らしく暮していけるよう、思いや希望を支えていくことだと思っています。日々の関りの中で思いを聞いています。また言葉にじ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興味や嗜好等の把握に努めるよう心掛けています。		
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のリズムを理解し、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ようにしています。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でき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。	運営推進会議に市域包括センターや訪問看護の方が参加し、アドバイスをいただいています。他施設の取り組みや、他ボランティアを紹介して頂くなど関係性が築けてます。		
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ます。必要に家族・訪問医と相談し外来受診をして頂いてます。		

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。	週一回の訪問看護の時だけではなく、日々の体調変化など電話相談し状況に応じて看護師の訪問を受けたり、主治医の受診に繋げたり、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、病院にも出向いています。病院と連携し、退院後の支援にも繋げています。		
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、訪問看護に指示をして頂いてます。ただし前職員が救急法などの講習受講ができていないので、万が一の急変や事故、災害に対応できるように勉強会や消防等に協力をお願いし、身につくようにしていきたいと思えます。		
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。	年二回、消防署の方に来て頂き実施しています。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。		

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。	本人の生活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、声掛けをしています。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。	服装は基本的には本人の希望に沿って決めています。自己決定が厳しい時や、季節に合っていないときなどは必要に応じて職員が介入しています。		
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づけ、箸配りなどを職員と一緒にしています。また誕生日会では本人と相談し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。	カロリー計算されたメニューの提供や、一日の水分量を1000ccを目安に提供しています。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提供しています。		
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。	昼食後口腔ケアを行っています。ご自身でできる方、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の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、声掛けをしたり、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、できるだけトイレで自然に排泄できるように支援します。		
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。	週二回を目安に入浴して頂いてます。体調や気分に合わせて日時を変更したり。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頂くようなことはなく、フロア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見たりと柔軟な対応をしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	提携薬局より1週間ごとに個別に配薬ケースにセットして頂いてます。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。服薬方法も個々に合わせ、しっかり服用できるよ支援しています。		
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ます。		
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ます。また、駐車場の広いスペースにあるベンチで外気浴をしています。花見に行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。	居室は馴染みのあるものやお好きなものを置き、落ち着いて過ごせるよ環境を作っています。席の配置は利用者の状態や関係性を考慮しています。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、それぞれの空間づくりにできるように配慮します。		
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。	入居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。またあ思い出の写真や利用者作品なども飾るまど以後ごちが良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。	利用者の身体に合わせて、物の配置を変えるなど工夫をしています。ご本人の不安や混乱を減らし、自立支援につながる環境作りに努めています。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 カーザンゆりぐら-フォルム フラジリア

作成日: 令和 2年 4月 2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	49	外出、散歩に行くことが少ない。	天気が良い日は散歩に行く。 馬場などで外気浴を行う。	散歩、外気浴の日を増やす(週2回) 買い物一泊に行く。(週3回)	3ヶ月
2	11 12	申し込みや各種書類など小情報の共有ができていない。 共有システムを利用して実施できない事がある。	スタッフ間での小情報の共有	口頭での伝達以外に、重要事項については、ホワイトボードに書き出し職員出勤時に見せたり、その日の会議録に関して特 に把握してもらい、小情報はメールで共有 資料の整理も行う工夫をしていく。	3ヶ月
3		地域のイベントに参加できていない。	地域の方にとってグル-フォルム-の活動内容を理解していただくために交流を盛んにし、疑問点の解消に努める。	地域の方への参加を増やす。 地域の方の見学やボランティアの受け入れを増やす。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月