

平成30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		
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31年1月27日	評価結果 市町村受理日	令和元年6月20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)】

新百合ヶ丘えきより徒歩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百葉の会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、生き生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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年2月27日	評価機関 評価決定日	令和元年5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)】

事業所は、小田急線「新百合ヶ丘」駅北口から徒歩10分の大通りに面した所に位置しています。玄関前は広い駐車場で、近くには、郵便局や警察署、保育園などがあります。建物は鉄骨造り3階建てで、1階は併設の小規模多機能型居宅介護事業所が使用し、2階と3階がグループホームです。

<優れている点>

事業所は「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」という法人理念の下に、提携医療機関と連携して利用者が適切な医療が受けられる体制を構築しています。また、利用者一人ひとりに寄り添い、笑顔の中で生き生きと暮らせるような生活支援を目指しています。法人理念の実現のため、職員の行動指針「こやまケア」10項目などを定め、毎年「部門目標」を設定し、職員全員で目標の実現に取り組んでいます。利用者や家族にアンケート調査を実施し、結果を事業所内に掲示すると共に家族にも送付し、事業所運営の改善に役立てています。「業務日誌」や「モニタリング記録表」などの記録用紙の様式も独自に制定し、マニュアルも整備して生活支援の質の向上を図っています。

<工夫点>

委員会活動を通じて、利用者への生活支援向上を目指しています。「こやまケア委員会」では、ケアの改善活動や身体拘束防止に向けた活動などを行っています。また、「感染・事故・災害対策委員会」では、感染予防や事故の傾向と対策などを検討しています。

【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
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。	法人の掲げる理念は、玄関などに行動指針と共に掲示しています。職員は、入職時の研修や毎月の会議などを通じて理解に努めています。理念や行動指針などを記載したカード（クレドカード）を携帯している職員もいます。また、部門目標も設定し、理念の実現に努めています。	
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。	町内会に加入しています。町内会の「ふるさわ元気塾」に職員が参加し、事業所の祭りには地域住民を招いています。敬老会には、近隣の保育園児が訪れ、歌や踊りを披露しています。傾聴ボランティアも訪れています。散歩や買い物時に近隣住民と交流しています。	
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か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サービス向上に生かしています。	2ヶ月に1回、家族や地域包括支援センター職員、訪問看護師、所長、管理者、計画作成担当者、フロアリーダーが出席して開催しています。会議では、事業所の活動状況、行事予定などを報告し、運営に関する助言や質問を受けています。	運営推進会議を充実させ、事業所運営に活かすために、町内会々長や民生委員など、地域の代表者の出席も期待されます。
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、関わりを持てるよう取り組んでいきたいと思っています。	行政などとの連携を更に深めるように努めています。介護保険の更新申請などで、区役所の担当部署と連携を取っています。また、地域包括支援センター職員とも、運営推進会議や町内会の「ふるさわ元気塾」の活動を通じて、事業所運営の報告をしたり、助言を得ています。	

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を使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。	身体拘束の廃止マニュアルがあります。「こやまケア委員会」において、身体拘束廃止に向けた振り返りを行っています。職員は何が身体拘束に該当する行為なのかを理解しています。フロアの出入り口や玄関は、日中は施錠していません。外に出たい利用者には、できるだけ支援するよう努めています。	
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・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。	家族や利用者の要望や希望はアンケートで把握し、結果をフロアの掲示板に掲示すると共に、運営推進会議で報告しています。また、面会時や日常の会話を通じて把握に努めています。家族の要望で、食事メニューの掲示や体操を導入した事例があります。	

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
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。	職員の意見は、運営会議や職員全体会議、フロア会議、こやまケア委員会などの会議を通じて把握し、事業所運営に繋げる仕組みが構築されています。また、設定した部門目標や個人目標の進捗状況の把握のため、個人面談を実施し、要望や意見を聞いています。	
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。また、研修を受けた者は、事情所内で報告をもらっています。		
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畳みや食器洗い、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掛けています。請求書発送時に一か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させていただいてます。		
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頂けるような機会を作っています。	利用者の生活歴や会話などから馴染みの場所や趣味などを把握するように努めています。友人や知人の面会時には湯茶で接待し、ゆっくりと会話ができるように支援しています。美容院や墓参りに出かけたり、手紙や携帯電話で連絡を取り合う利用者もいます。	

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
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。	利用者の希望や意向は、生活歴や経歴などから把握するように努めています。また、利用者との日常の会話、特に入浴時や散歩時の会話などで聞いています。言葉での意思表示が難しい利用者に対しては、表情や仕草、また、家族との会話から把握しています。	
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。	毎月職員が参加してカンファレンスを実施しています。介護計画は、利用者の状態、利用者や家族の意向、医師や看護師の意見を取り入れて、短期目標は6ヶ月、長期目標は1年ごとに見直しています。モニタリングは、介護計画の見直し時に、職員が参加して行っています。	
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。	運営推進会議に地域包括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。他施設の取り組みや、ボランティアを紹介していただ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。	月2回、提携医療機関の訪問診療を受けています。歯科については必要に応じて受診しています。診断の結果は毎月の便りで家族に伝えています。24時間体制で適切な医療を受けられるように支援しています。	

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
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に取り組んでいます。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は入居時に利用者や家族へ説明しています。看取りの経験もあり、職員が適切な対応ができるように研修を行っています。医療機関とこまめに連絡を取り合い、支援の方法を学んでいます。	
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出来ているわけではないので、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。	年2回、夜間を想定した訓練も含め、消防署の職員が参加して避難訓練を実施しています。防災マニュアルを作成し、消火器の点検や使い方も体験しています。備蓄品の見直しを行い、年度末までに7日間分の飲料水、食料及び日用品などを揃える予定です。	避難訓練に地域住民の参加や協力を得るなど、災害時に向け地域との相互協力体制を築くことも期待されます。

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。	「自分が受けたいと思う医療と福祉の創造」という理念の下に、利用者の気持ちを大切にしています。日頃から管理者・職員が話し合い、プライバシーを損ねるような言葉かけをしないように徹底しています。	
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、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様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。	服装は基本的には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ときなど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 going 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。	食事の盛り付けを職員と一緒に going しています。食欲を高めたり、食事への関心を引き起こすように、明るく会話をしながら食事の時間を過ごしています。メニューは食材納入業者が作成し、職員が交代で調理しています。パンの日も月2回設けています。	

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。	毎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・パッドの検討など個々に合わせた支援をしています。	排泄パターンを把握し自立に向けた支援を行っています。個別の排泄支援を行い、日中はおむつを使わずに過ごせるようになった事例もあります。失敗の時も利用者を傷つけないように配慮しています。	
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、できるだけトイレで自然に排泄でき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。	週二回を目安に入浴して頂いています。体調や気分に合わせて日時を変更したりし、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。	入浴前にバイタルチェックを行っています。週2回、夏場は3回を目安に利用者の意向にそった入浴支援をしています。入浴剤を使用し、リラックスできるように支援しています。2人介助で入浴する利用者もいます。入浴後は水分補給、血圧などの確認をしています。	

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
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、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。	散歩や近くのカフェテリアに出かけたり、スーパーマーケットやコンビニエンスストアに買い物に出かけています。天気の良い日には駐車場のベンチで外気浴をすることもあります。季節を感じる花見にも出かけています。また、車での遠出も計画しています。	
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。	居室は馴染みのあるものやお好きなものを置き、落ち着いて過ごせる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。	壁面には職員と一緒に作った折り紙など季節感のある装飾物を飾り付け、落ち着きのある雰囲気を作り出しています。加湿機能付の空気清浄機も設置し、過ごしやすい環境作りに努めています。窓が大きく明るい居間には大きなソファを置き、ゆっくりとくつろげるスペースになっています。	
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ができ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。また思い出の写真や利用者作品なども飾るなど居心地が良くなるような工夫もしています。	居室にはカーテン、ベッド、クローゼット及びエアコンが備わっています。今までの使い慣れたテレビやテーブルなどを持ち込み、居心地よく暮らせるように支援しています。思い出の写真や自作の人形を飾っている利用者もいます。	
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、自立支援につなげる環境づくりに努めています。		

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か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、関わりを持てるよう取り組んでいきたいと思ひます。		

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を使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・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、それに対しての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、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。また、研修を受けた者は、事情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は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らせています。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畳みや食器洗い、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掛けています。請求書発送時に一か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。	運営推進会議に地域包括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。他施設の取り組みや、ボランティアを紹介していただ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出来ているわけではないので、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様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。	服装は基本的には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ときなど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。		

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。	毎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応じ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、声掛けをしたり、リハビリパンツ・パッド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、できるだけトイレで自然に排泄でき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。	週二回を目安に入浴して頂いています。体調や気分に合わせて日時を変更したりし、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います。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きます。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。	居室は馴染みのあるものやお好きなものを置き、落ち着いて過ごせる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ができ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。また思い出の写真や利用者作品なども飾るなど居心地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。	利用者の身体状況に合わせて、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、自立支援につなげる環境づくりに努めています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 カーサしんやリグラーポホー4フランチア

作成日: 令和 六年 6月10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
1	49	レクリエーション、外出ができていない	毎日レクリエーションを全て1 毎月1回はが左に必ず行くなど 外出する。	毎日のレクリエーションの予定を立てる。 月1回、外に出る計画を立てる。	6ヶ月
2	4 25	地域との関わりを促す	運営推進会議への出席 避難訓練への参加	毎回、お手紙や声をおかけし 参加していただく。	6ヶ月
3	9 10 19	家族の意見を直向き 取れている	毎月1回は、直接もしくは電話 にて小情報交換を行う	面会に来られた家族には 必ず声を掛け、現状の報告 をする。	3ヶ月
4	11 13 27	個別ケアの関わりが不十分	全ての職員が同じ質の サービスを提供する。	日頃の申し送りを徹底し、サービス 内容に変化が生じても、すぐ に対応する。	6ヶ月
5					ヶ月