

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	1473300349	事業の開始年月日	平成13年3月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	社会福祉法人 ふじ寿か会			
事業所名	高齢者グループホーム ふじの里			
所在地	(226-0021)			
	横浜市緑区北八朔町1857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 <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	9 名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成29年9月6日	評価結果 市町村受理日	平成29年11月20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)】

- ・入居者の笑顔を大切に考え、日常業務の簡素化に努める事により、コミュニケーションや見守り等の時間を多くして、入居者と一緒に過ごす時間を大切にしている。
- ・外出行事等を多く行い、ホームの中だけに留まらず外に出掛ける楽しさや景色・環境の変化により、いつもと違った「表情」を見られるよう支援をしている。刺激のある生活を送れるように支援している。
- ・「何でも一緒に」を基本姿勢として、日々の業務の中で入居者・職員共に「ありがとう」と言い合える関係作りに努めている。また、何でも一緒に行う事により入居者の細かい状態や思いを再確認し、入居者がホームの主役であると考えてるサービスの実現に努めている。
- ・職員都合で1日の生活リズムを作らずに、入居者の希望を取り入れながら入居者本位で日々の生活を送れるように支援している。
- ・地域との関わりを大切にし、地域の行事に出来る限り参加する事により、地域に溶け込むようにしている。
- ・ホームから地域の方に貢献できるように、認知症の研修会の開催やグループホーム主催のお祭りの実施を行っている。

【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29年10月12日	評価機関 評価決定日	平成29年11月13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横浜線「中山駅」よりバス。バス停「山下小学校」下車徒歩10分ほどのところにあります。大通りから少々入り奥まったところ。同じ法人のグループホームと隣接し、玄関前は広い竹林が続く静かな住環境となっています。法人の母体は介護老人福祉施設をはじめデイサービスや短期入所、居宅介護支援、地域包括支援センターなど広く介護保険関係の事業を展開しています。事業所は平成13年に開設し、職員や入居者も地域にすっかり馴染んでいます。

<優れている点>

職員の見守りによる自立支援に徹しています。入居者を在宅の延長として受け入れ、自由な生活の中で、職員は過度なケアを避け、入居者の残存能力を信じて見守りに徹し、笑顔をモットーに自立支援に努めています。入居者の地域との交流と外出の楽しみを支援しています。入居者は地元の祭りのほか、地元自治会館などに出かけ、朝市の野菜の買い出しや「お茶カフェ」、「ふれあい昼食会」などに参加しています。地域の体操教室にも入居者は交代で毎月参加し、地域と積極的に交流を図っています。日常散歩のほか、羽田空港や鎌倉、河口湖、箱根、初詣には寒川神社など、遠方への楽しい外出の機会を作っています。

<工夫している点>

リビングから続く広いウッドデッキに椅子とテーブルを備え、外気浴や湯茶などでくつろぐことができます。さらにウッドデッキからは各居室の外側の回廊と続き、入居者は自由に回廊に出て外気にふれたり自然を満喫できるようになっています。

【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	高齢者グループホーム ふじの里
ユニット名	

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。	・基本理念を、玄関正面の壁に掲示し、日々の業務のやり取りやケアカンファレンスで振り返り、職員間で共有をし、実践をしている。	理念は事業所独自のもので、玄関から入ったところに掲示してあります。月1回のカンファレンスで振り返りやケアの中で確認しています。入居者は在宅の延長と位置付け、自由な生活の中で職員は個別ケアと自立に向けた理念の実践に努めています。	
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。	・北八朔上自治会に所属し、地域のお祭りやイベントへ参加、防災訓練にも参加している。 ・近隣5箇所ของกลุ่มホームと各自治会と協力してお祭りを開催し、地域の方と交流を深めている。	自治会の回覧で地域の情報を得ています。毎月自治会館での食事会や朝市、お茶カフェ、地域の体操教室などに参加し、地域の人達と積極的に交流を図っています。毎月地元小学校の体験学習の来訪があり、児童たちと入居者との触れ合いがあります。	
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。	・認知症の理解をして頂く為に、小・中学校や民生委員や地域の住民の方々に向けて勉強会を実施している。		
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。	・運営推進会議では、自治会長、ご家族や地域の方からの要望、助言を活かしながら、サービスの向上に努めている。	2ヶ月ごとに実施しています。メンバーは自治会長、家族、地域の知見者、地域包括支援センター職員、行政担当です。会議は活動報告の他、熱中症や感染症対策などの意見交換や、家族からの、入居者と家族の外出時に職員同行の希望など、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。	・役所への連絡は1ヶ月に一度以上行っている。また市や区主催の研修会等に参加をし、日頃から協力体制を作っている。	運営推進会議出席の報告、要介護認定更新時などで連携をとっています。地域とグループホームが主催し、地域のグループホーム合同ふれあい祭りを行っています。グループホーム連絡会やグループホーム連絡協議会に参加し研修内容は運営に反映しています。	

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「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。	<ul style="list-style-type: none"> ・年に1度は研修会へ参加し、望ましいケアについて学んでいる。またケアカンファレンスで話し合い、本人本位のケアの実現を行っている。 ・申し送り等で、ニュース等も取り上げ話し合いを行っている。 	事業所の方針「身体拘束等の廃止」は契約書に掲げています。職員は県の「虐待防止に係わる検査」チェックリストを活用し、自己点検をして拘束のないケアの実践に努めています。玄関は夜間以外は施錠はせず、出入りは自由です。入居者の不意の外出があれば地域の協力が得られます。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会へ参加し、望ましいケアについて学んでいる、またケアカンファレンスで話し合いをし、虐待が行われないよう努めている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・研修等に参加し、学んでいる、必要な方には活用出来るようにしている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居前に十分な説明を行い、納得した上で入居をして頂くように努めている。 		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や本人からの要望（買いたい物や外出等）を迅速に実現出来るように努めている。また、家族会や運営推進会議にて外部の方へ意見や要望を伝えられる様な機会を設けている。 	家族の意見や要望は運営推進会議や3～4ヶ月に1回の家族会、面会時などで聞いています。苦情があれば改善提案と捉え、サービスの向上に繋げています。観劇に行きたいなど、入居者の個別の要望やケアについての意見や提案は運営に反映しています。	

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。	・日々の申し送りやケアカンファレンス、日常業務での何気ないやり取りの中での意見や提案（日誌や物干し、席等）を業務へ反映出来るように努めている。職員の意見について、まずは行ってみる事を大切に考えている。	管理者は月1回の会議や日常業務の中で職員の要望や意見、提案を積極的に聞いています。業務の改善で入居者とのコミュニケーションや見守りの時間を多くする、行事やイベント、シフトの変更など、職員からの提案や要望は運営に反映しています。	
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。	・職場環境や条件を整備し、働きやすい環境の維持に努めている。また職員個々が向上心を持って働けるように、努力や実績を評価し伝えている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	・新人研修の実施、必要に応じた研修会への参加、個々の能力を把握し、今何を不安に感じているかを知り、解消できるように取り組んでいる。		
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。	・緑区、横浜市、神奈川県、横浜高齢者GH連絡会、県認知症高齢者GH協議会、日本GH協会などの研修会や活動に参加をし、サービスの質の向上に努めている。		
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。	・入居を希望される本人に、出来るだけ入居前に見学に来てもらうようにしている。その際に不安や要望、希望について聞くようにしている。		

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
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。	・入居を希望される方のご家族には、出来るだけ入居前に見学に来てもらうようにしている。その際に不安や要望、希望について聞くようにしている。		
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。	・本人やご家族が、今何を求めているかの聞き取りを行い、不安無くホームで生活を開始出来るように取り組んでいる。		
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。	・ホームの方針として「何でも一緒に行う」が有り、洗濯物たたみや食事作り等、入居者が活躍する場面を作り、職員から入居者に「ありがとう」と言える関係を作るように努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	・定期的にご家族にも参加して頂くイベントを行っている。また面会の時に写真や個別記録（ケアノート）を見て頂き、本人と共に支えていく関係を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	・本人の希望を考慮し、馴染みの人や馴染みの場所への関係が途切れないように支援している。 ・ホームでのイベント（お花見やクリスマス会等）を行い本人と馴染みの方が、いつもと違った交流を行えるように支援をしている。	友人や知人の面会があり継続の支援をしています。電話や手紙など交信の継続支援もしています。墓参りや一時帰宅、馴染みの理美容店などにも家族の協力で支援しています。買い物や散歩の習慣にも継続の対応をしています。	

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
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。	・日々の生活の中（食事、外出、レクリエーション、イベント、お手伝い、お茶会、等）での関わり合いを大切にし、お互いが支え合える関係作りが築けるよう支援している。		
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。	・サービス利用が終了してしまった場合でも、可能な限り最大限の対応をできるように努めている（三味線ボランティアや手紙等）。		
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。	・本人の言葉や考えを日々の会話の中で聴き取り、本人の希望（外出や買物や入浴時間等）を実現できるように支援している。 ・職員は本人の気持ちになってケアをしている。	日常の会話を通して把握しています。把握した内容はケアノートに記録し、職員は共有しています。意思表示の困難な入居者は表情や態度などで汲み取っています。家族の協力を得たり、生活歴などを参考に意向や思いを確認しています。	
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。	・入居前に本人やご家族にアセスメントシートに記入して頂き、これまでの経過や生活歴等について把握するようにしている。		
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。	・日勤日誌、夜勤日誌、ケアノート、受診や往診ファイル等を見て状況を把握し、その日の気分や体調も合わせて対応している。		

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
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。	・ご家族来里時に個々にケアプランについて話し合いや報告を行っている。細かい変更は随時カンファレンス等で変更を話し合っている。介護計画は3ヶ月に1回、評価や見直しをしている。	入居時の暫定プランは1ヶ月後に見直し本プランを作成しています。モニタリング及びカンファレンスは日々行い、プランは3ヶ月ごとに見直しています。プランは3人の職員がチームを組み、計画担当や管理者の参加で作成し、医療情報や利用者の希望なども反映しています。	日々のケアの実施記録に、具体的なプランの反映状況が分かるような記録類の工夫が期待されます。
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。	・日々の変化は、日勤日誌や夜勤日誌に記入、特別な変化はケアノートへ記入し情報を職員全員で把握するようにしている。		
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。	・地域資源の活用や外出等を行っている。また本人やご家族からの希望や情報提供を受け、その場所に行ったりもしている。		
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。	・地域や自治会の行事などへ参加、また防災拠点訓練に参加し自治会の一員としての活動を行っている。		
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。	・本人、ご家族の希望等（受診する前に連絡を行う等）を聞き、納得して頂いたうえで往診医や病院での受診等を行っている。	入居当時、それまでのかかりつけ医希望の人でも、往診があることで協力医に変更する人もいます。通院や外来受診は、原則として家族ですが、職員が対応することもあります。週1回の訪問看護師は、協力医と連携し、入居者の医療面での相談に対応しています。	

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
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、健康管理として看護婦が来て下さり、日常の入居者の変化や状況について報告している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	・入院時、ご家族と一緒に医師や看護師等に本人の状況を聞き、出来るだけ早くホームの生活に戻れる様に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	・入居時に、今後起こりうる事について説明を行い、重度化、末期化した時にはどのような支援体制が行えるかを話している。 ・家族の協力がなくては出来ない事を説明している。	契約時に、重度化した場合の指針と同意書があります。看取りについては、本人や家族の意向により対応しています。終末期支援は、家族との対面による話し合いで主治医、事業所、関係機関が協議し、検討内容や結論は書面で確認し、チームで共有しています。	
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。	・防災訓練時に救急対応について実技を行っている。またカンファレンスで緊急対応マニュアルの場所や内容を確認している。職員は応急手当の講習を受けている。		
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。	・定期的（1年に2回以上）に防災訓練を行い、隣のホームや緑区消防署職員や地域の消防団、自治会長、地域住民の方が立ち会って下さっている。また地域の防災拠点訓練や研修などへも参加している。	防災確認表（戸締り、ガスの元栓、非常口の確認）があり、担当者が日々チェックしています。隣接のグループホーム合同で、夜間想定避難訓練やタオルを使った搬送法も実施しています。備蓄は水やソフト食など3日分、電池や自家発電機も用意しています。	

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。	・入居者は年長者であり、人生の先輩で有る事を敬い、尊厳や誇りを損ねないように配慮（特にトイレや入浴時）しながら対応を行っている。	名前ではなく名字を呼ぶようにしています。排泄時や入浴時の異性介助には本人の了解を得ています。全職員が、常に入居者の尊厳や誇りを損ねないように共有しています。入居者の表情や態度で、「介助されたくない。恥ずかしい。」思いに配慮し、対応しています。	
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。	・本人の思いや希望に沿えるように、選択できるような声掛けを心掛けている。		
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。	・我が家で1日を暮らしているように、出来るだけ本人がしたいように過ごせるよう支援を行っている。		
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。	・毎朝整容を行い、自分で行えない方は職員と一緒にを行っています。散髪は2ヶ月に1回行っています。		
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。	・食事のメニューを一緒に考え、1日置きの買物の同行、食材選び、台所での調理や盛り付け、配膳、食後の下膳、洗い物等、「食事」という一連の流れを大切にしている。	入居者の嗜好を把握し、職員が1週間分の献立を作成しています。買物は、近所のスーパーへ入居者も同行しています。玄関脇で収穫した野菜を下処理したり、盛り付けしたり、一人ひとりが出来る事を行っています。オープンカウンターは、入居者に合った高さとなっています。	

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。	・食事や水分の摂取量、体重測定の記事をつけて状態の把握を行っている。 ・個々の体調や食事量、好みを取り入れた支援をしている。		
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。	・毎食後に、歯磨きやうがいを実施している。 必要に応じて、歯科往診を受けている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	・パットやオムツは、出来るだけ使わず、排泄の自立が難しくなった時に段階を踏んで使用し、自立していた時のトイレ間隔に合わせ誘導し出来るだけトイレで排泄するように心掛けている。	排泄パターンに合わせてのトイレ誘導を全職員で共有しています。その事が、本人の自信につながり、リハビリパンツだった利用者が布パンツに改善しています。夜間、トイレの電灯をつけたまま、ドアも開けたままにしておく事で、迷わずにトイレに行く事が出来ています。	
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。	・毎日の体操や散歩等の運動で腸の活性化を促し、乳製品の摂取や水分摂取を行い、便秘予防に取り組んでいる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	・本人の希望に合わせ、毎日か2日に1回は入浴している。また前日に入れなかった方は優先的に入れるようになっている。	「一番湯」「最後で入浴」など、個々の希望に合わせています。時間に左右されずいつでも入浴できるように、職員を整えています。好みの石鹸やシャンプーの持ち込みもできます。湯はかけ流しです。職員と1対1になる楽しみな時間となっています	

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
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。	・日々の生活状況に応じて、休む時間等の誘導や声掛けを行っている。		
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。	・処方されている薬の説明書は個別にファイリングされており、効用について把握出来るようになっている。また受診、往診の記録ファイルも確認するようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	・日々の生活の中で役割を持ってもらえるよう支援している（台所仕事、掃除、ほか）、またレクリエーション、散歩、お茶会、など気分転換や楽しみを持って頂けるよう支援している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	・買物、散歩、外出行事（個別外出、親族との面会等）、地域の行事等への参加等、希望を取り入れながら、ご家族との外出を支援している。	入居者の希望もあり「今日、外食しよう。」と、外出することがあります。家族だけでは心配（トイレや食事など）な外出に、職員が付き添うだけでなく、他の入居者も一緒に外出できるように支援しています。地域の「お茶べりカフェ」や昼食会に参加しています。	
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。	・買物、外出行事等、出来るだけ支払いをお願いしている。 ・お金を持つ事で安心感を得られる方には所持してもらっています。		

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
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。	・本人の希望により、ご家族や友人と手紙や年賀状等やり取りや電話など行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	・入居者の作った作品（季節ごとの作品、活け花、書道）、入居者の写真を飾っており、居心地良く安心して生活ができるように、室温や無用な刺激（音など）が無いように配慮している。	ロジ風の天井高勾配や角を曲がった廊下にある椅子は、個々に落ち着ける場となるよう配慮しています。幾つかの天窓や多様な和の照明が、暖かく入居者を見守っています。ウッドデッキは、リビングから各居室へと続き、日向ぼっこ、お茶のみがいつでもできる居心地よい場所となっています。	
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。	・本人本位で生活ができるように配慮している。畳の部屋でゴロゴロしたりする事も出来ます。		
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。	・居室内は、本人馴染みの物を持って来て頂き、移り住む事の違和感が少なくなるように、ご家族や本人と相談して家具等を設置している。	居室は押入れのある畳の部屋です。立ち上がりやすいように低めのベッドを使用しています。エアコンは備え付けです。馴染みの物、使い慣れた物を活かし、家の延長としての「居室」となるように配慮しています。各居室ドアの小窓には、目隠しが付いています。	
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。	一人一人の能力に合わせて、自分で出来る事を奪ってしまわないよう、安全に配慮したうえでの、自立支援を行っている。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 高齢者グループホーム ふじの里

作成日： 平成29年11月16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	26	<ul style="list-style-type: none">・新しい職員も入り、ケアプランについても一度見直す必要が有る為。・ケアプラン作成方法について、あまり変更していない。	<ul style="list-style-type: none">・ケアプランの作成について、振り返り、作成後も本人にとってより良いケアプランにしている。	<ul style="list-style-type: none">・現状のケアプラン作成の見直し：本人の思いが反映されているかチェック。・作成後の展開方法の見直し：モニタリングを行い誰がどこへ記入するか確認。・再作成してどうか、チェック。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月