

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	10
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1492100043
法人名	株式会社 白寿会
事業所名	グループホームふあいと山崎の里
訪問調査日	令和6年2月5日
評価確定日	令和6年4月9日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は23項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和5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	1492100043	事業の開始年月日	平成19年8月1日
		指定年月日	令和1年8月1日
法人名	株式会社 白寿会		
事業所名	グループホーム ふあいと山崎の里		
所在地	(247-0066) 神奈川県鎌倉市山崎560		
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	令和6年1月26日	評価結果 市町村受理日	令和6年4月10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	
----------	--

【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)】

今年度より、ご家族様の面会も予約制で開始し、行事もご家族様参加を実施しています。短時間でも一緒に過ごせる場を設けることで、安心して室内でも楽しめるように工夫しています。また毎日、動画での体操の時間を増やし脚力低下防止に努めています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和6年2月5日	評価機関 評価決定日	令和6年4月9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)】

●この事業所は、株式会社白寿会の経営です。この法人は、医療法人社団平平會と共に介護と医療の連携を目指したグループ法人の「株式会社白寿会・医療法人社団平平會グループ」です。法人では医療で2ヶ所のクリニックと、介護では11ヶ所のグループホーム、3ヶ所の小規模多機能型居宅介護事業所、1ヶ所の居宅介護支援事業所を展開しており、介護と医療が連携することにより、認知症や重度化が進行しても、最期まで住み慣れた地域の中で継続して暮らせるよう、介護と医療の両面から利用者を支えるサービスを提供しています。ここ「グループホームふあいと山崎の里」は、JR大船駅から湘南モノレールで一つ目の「富士見町」駅から徒歩約7分程の静かな住宅地にあります。

●事業所と地域の付き合いでは、地域交流行事の花火大会が久々に開催され、沢山の地域の方々や、子供会の子供達の参加もあり、利用者との交流が図られています。また、横浜未来看護専門学校の学生の受け入れも、数年来継続して行っており、専門学校とも良好な関係が構築できています。

●ケアについては、利用者が今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することに注力しており、家族の要望で、親戚の法事に利用者が参加するために、管理者が同行して利用者の送迎の支援をしています。掛かって来た電話の取り次ぎや、家族へ掛けるなどの支援と、手紙や年賀状での遣り取りの支援も行っています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ふあいと山崎の里
ユニット名	だいち

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、活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	理念をきっかけ、無理なく毎日の生活に取り込む。	玄関に事業所の理念「①いつの日も笑顔生まれる安心の暮らし②守られて個性の輝きいつまでも③結び合おう、地域・家族のやさしさ」と、6項目の運営方針を掲示し、毎日の生活に取り込めるように努めています。入職時のオリエンテーションでは、法人本部が新人研修で説明をしています。	今後の継続
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	今年度より、外部の付き合いを開始することで、行事として(花火大会)から、近隣住民との付き合いを実施。	町内会に入会しており、回覧板や、運営推進会議時に、地域の情報を得ている他、元民生委員の方も時々来訪され、地域の情報を教えていただいています。地域交流の行事では、コロナ禍で中止していた花火大会を久々に開催し、沢山の地域の方々の参加もあり、利用者との交流を図っています。横浜未来看護専門学校の学生の受け入れも数年来継続して行っています。	今後の継続
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	グループホームとして、認知症の方でも一般の暮らしができていく状況を町内会を通じて紹介している。		
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	今年度より、推進会議を実施。町内会や民生委員からの外部情報を参考にしている。また、ご家族様視点からの意見も今後に生かしたい。	コロナ禍で書面開催でしたが、今年度より対面で年6回開催しています。町内会副会、民生委員、鎌倉市介護保険担当課職員、地域包括支援センター職員、家族代表等に参加いただき、事業所の現状や活動状況、事故・ヒヤリハット、入退院などを報告し、報告に対する意見や、地域の情報をいただき、今後活かすよう検討しています。	今後の継続
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	推進会議に、市役所担当も参加することで、事業所の取り組みや状況を報告している。	運営推進会議に毎回、鎌倉市介護保険担当課職員の参加があり、事業所の取り組みや、状況を報告し、実情を把握していただいています。近隣のホーム等の地域密着会議は、市担当も参加してWeb上で意見交換しています。生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、市の担当者とは連絡を密に取りあっています。	今後の継続

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	身体拘束は、1名実施している。拘束会議は、3か月に一度、医療従事者も交えて、状況を報告し、拘束解除も視野に入れ会議を実施。	現在ベッドからの転落防止のため、1名の方に離床センサーマットを使用しています。身体拘束適正化委員会を管理者、ユニットリーダー、医療関係者も含めて3ヶ月に1回開催し、身体拘束の廃止に向けて検討しています。身体拘束のマニュアルを整備して、職員研修も年2回以上開催しています。	今後の継続	
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に向けてのホーム内研修を実施している。まずは、認知症を理解し、職員の心身状況も踏まえ、定期的にも実施。	身体拘束の廃止の研修と併せて、年2回以上研修を実施することで知識と理解を深め、虐待防止に努めています。言葉によっては虐待や拘束につながることを踏まえて、毎月のユニット会議では、接遇をテーマにした話し合いも行っています。職員全員を対象に、虐待の防止についての自己点検シートによる確認を、今後実施の予定です。	今後の継続	
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	文書のみ配布で、資料としてだれでも閲覧できる状況にしている。			
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	契約時に、書面だけでなく、理解できるように説明している。			
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族様の要望は、電話等で頂き、ホーム内での解決できない部分は、本部と話し合い、ご家族様に必ず返答している。外部への相談窓口も提示している。	苦情相談窓口については、入居契約時に説明し、玄関にも提示しています。家族からの意見や要望については、面会などの来訪時や、電話などで話を聴いています。事業所から毎月郵送している「お便り」は、利用者担当を決めて、近況報告などを書いていきます。意見や提案は、ユニット会議で検討し、事業所で対応できる内容については早急に対応し、必要に応じて本部に相談後、必ず返答しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	個別に意見を聞き入れているが、なかなか本音までは、届かない場合もある。また、法人として、意見書記入用紙も作成してある。	毎月のユニット会議は、1階は管理者、2階はユニットリーダーが主となり職員からの意見や提案を聴いていますが、必要に応じて職員と個別の話し合う機会も設けています。月1回の管理者会議は、法人の役員も参加しており、各事業所からの月次報告や相談事項、法人からの伝達事項の共有がなされ、結果を職員にも伝えています。	今後の継続
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年に、3度、自己評価を本部に提出している。現状、職員不足であり職員へのモチベーションの向上の一つとして賃金アップも取り入れている。	法人指定の自己評価表に基づき、年に3回管理者とユニットリーダーで個人評価を実施しています。職員の仕事に対する意欲向上の一環として、賃金アップを図るなど、定着率向上に向けた取り組みを行っています。希望休や年次有給休暇は、希望通り取得できるよう、シフト調整を行うなどして、ライフワークバランスに配慮しています。	今後の継続
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修は、Webでの参加もあるが、ホーム内研修として、ユニット会議時に一緒に行っている。	入職時のオリエンテーションは、法人本部で計画して実施しています。事業所では先輩職員によるOJTの実施と、管理者やリーダーとの面談で毎月の目標を設定して、3ヶ月間は進捗状況を確認しながら、次月の目標など話し合い育成しています。事業所内研修は、ユニット会議時の2～3ヶ月毎に実施しています。	今後の継続
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	交流には、限度があるが、近隣のホームと交流している。ほぼ、Web会議での交流が主になっている。		
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	入居前に、本人・ご家族様・介護支援の方のの聞き込みで最初のプランを立てている。		

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	入居前の聞き取りをもとに、入居時にケアプランを提示し、ケアの方向性を理解してもらう。ご家族様の希望も取り入れている。			
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	ケアプランをもとに、サービス内容を理解していただく。グループホーム内での支援も説明する。			
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	個別対応として、本人を理解した上で、出来ない部分のお手伝いとして、身体的・声掛けを大切にしている。			
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	予約制ではあるが、面談も居室で行い、会話の場を提供している。家族からも本人の普段と違う要望も聞き入れる体制で、情報を共有している。			
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	手紙や電話は、本人渡りで、こちらからも手紙等のやり取りを可能としている。	利用者が今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することに注力しています。現在、家族や友人の面会は、時間制限を設け予約制で居室で行っています。また、電話で話せるよう支援したり、手紙や年賀状の遣り取りも継続できるよう支援しています。家族の要望で、利用者が法事に参加するために、管理者が同行して利用者の送迎支援を行った実績もあります。		今後の継続

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	同じ空間で、テレビを見たり、食卓で全員での食事をすることで安心を持ってもらう。		
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	退去されても、ご家族様の相談等は、出来る限りの範囲で継続している。		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	個々の行動に、制限はしていません。ただ、行動に危険が乗じる場合は、声掛けで誘導している。	入居前の事前面談で過去の生活歴や、既往歴・趣味・嗜好品等に関する情報を聴き取り、これらの情報を基に日々の関わりの中で思いや意向の把握に努めています。本人から得られた情報は、連絡ノートや個人記録に記入し情報を共有しています。	今後の継続
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	生活歴を職員全員で、入居前から把握することで、介護の方向性が統一される。		
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	日々変化することから、小さな行動も記録に残し、全員で共有する。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリングは、毎月のユニット会議に取り入れている。日々変化することで、安心したケアを提供できる。	入居前のアセスメントの情報を基に、初回の介護計画を作成し、基本情報との差異が無いか3~6ヶ月は、様子を見ながら介護計画を更新しています。1人の利用者を対象に日曜カンファレンスを開催し、サービス内容等の確認をしています。毎月1回のケアカンファレンスでは、全員分のモニタリングとアセスメントを実施して、現状に即した介護計画の作成を行っています。更新時には家族へ説明文を同封して郵送しています。	今後の継続	
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	記録に残すことで、介護の見直しに生かしている。			
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	日々の変化に柔軟に検討とし、自己判断での介護につながらないように努めている。			
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	心身状態に応じて、外部からのマッサージ等も利用したり、外部のかまくら散歩等の行事も参考したりしている。			
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ホーム医と相談で、必要に応じてご家族様のご了承のもと外部受診をしている。身体状況に応じて、定期受診の必要な方は、職員または、ご家族様協力で実施している。	契約時に協力医療機関について説明し、家族や本人の希望する医療機関を決めています。協力医療機関の訪問診療は、ユニットごとに週1回来ています。職員の看護師が毎週1回来て利用者の健康管理や、足の巻き爪切り、医師の指示による処置など行っています。歯科は初回の無料検診があり、必要な方のみ契約して口腔ケアや、治療を受けています。専門科の受診が必要な場合は、紹介状による外部受診をしています。	今後の継続	

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	週一回の看護師の訪問で、変化時は、医師への報告とともに処置している。また、必要に応じて、医師の支持のもと訪問看護も取り入れている。		
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。	病院相談員の連絡をとりながら退院に向けての情報共有に努めている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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	重度化や終末期は、医師と家族を交え話し合いの場を設けている。終末期に関しては、医療と介護で、ご家族様に安心して頂けるように支援している。	入居時に重度化や終末期の指針について説明し、併せて延命治療の有無も確認し、同意書を取り交しています。重度化した場合は、医師と家族、管理者で話し合い、今後の方針を決めています。事業所の方針としては、本人・家族の希望で、医療行為など必要しない等の条件が整えば、看取りを行うとしています。看取りの指針やマニュアルが整備され、看取り対応時には研修を実施しています。	今後の継続
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	急変時は、医療機関とオンコール体制を充実させている。職員も安心して行動できるように資料を作成している。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練は、年2回実施。災害にも備え、緊急避難先への誘導訓練もしている。	年2回の避難訓練を実施しています。水害や地震災害時の避難先への避難誘導訓練も実施しています。地域との協力体制では、事業所が地域の一時避難所に、町内会の防災連絡先の住所や電話番号の提示等の話し合いを行っています。備蓄品は、ヘルメット、懐中電灯、ガスコンロ、ロウソク、水、食糧、衛生用品等を準備しています。	今後の継続

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	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	自己満足にならないよう、声掛けや介護を統一している。接遇も会議で行っている。	入職時の新人研修は、法人本部で年1~2回の開催でマナー・接遇・個人情報等の研修を実施しています。毎月のユニット会議中での研修で、接遇・マナー・倫理について話し合い、職員一人ひとりの自己満足にならないような声掛けや、介護方法を統一しています。個人情報のある書類関係は、鍵の掛かるロッカーで保管しています。	今後の継続	
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	職員本位にならないように、まずは傾聴する。会話の中で、思いも見出し、本人の希望も否定しないようにしている。	/		/
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本は、本人の行動を優先しているが、声掛け誘導で、安心した時間も考慮している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	出来る方・こちらで提供する方、どちらも安心できるように支援している。			
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	個々に食事形態を工夫することで、食事を楽しんで頂いている。盛り付け等の限られてしまうが、家事手伝いの楽しみとして職員と一緒にやっている。	レシピ付きの食材を業者から購入して、職員が調理を行っています。できる方には盛り付けや、下膳、食器拭きなどお願いし、残存能力の維持につなげています。食事形態は、きざみ食、ミキサー食など、利用者の嚥下能力に合わせて提供しています。季節や行事食の対応には、食材を買い出しして、行事担当職員がメニューを決めて作っています。誕生日会では手作りのケーキなどでお祝いしています。	今後の継続	

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	食事形態は、個々に提供。水分も飲む時間を工夫したりしている。状態に応じては、食事介助を実施している。		
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	食後は、個々に口腔ケアの声掛け誘導を行っている。一人では難しい方は、介助している。また、歯科往診時に口腔ケアも取り入れている。		
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	個別対応を実施。排泄のパターンは、排泄記録をもとに、声掛け誘導で失禁防止に努めている。	利用者全員の排泄状況を詳細に記録して、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。可能な限りトイレでの排泄ができるように、時間やタイミングを見計らった声掛けや、誘導を行っています。ユニット会議では、排泄の支援方法を話し合い、失禁の防止に努めています。	今後の継続
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	運動は、毎日実施しているが、便秘時は、医療機関と相談で、個々に投薬で調整している。また、オリゴ糖等の工夫もしている。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は、週2～3日を目標にしている。午前・午後と本人の体調もみながら実施している。入浴は、個別対応なので、身体状況も観察している。	入浴は週に2回を基本とし、3回入浴する方もいます。入浴前のバイタルチェックと本人の体調を確認したうえで、気持ち良く入浴していただけるよう支援しています。衣服の着脱時や入浴後のボディローションの塗布時には、身体状況のチェックを行い皮膚疾患などの早期発見に努めています。	今後の継続

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	就寝時間も本人に合わせている。ただ、昼夜逆転にならないよう声掛け誘導もしている。居室は、本人の合わせ温度調節しながら安心した睡眠を提供。また、日中も体調に合わせて昼寝も実施している。			
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	本人の病歴を理解し、薬情報も処方内容は、職員全員共有している。投薬管理は、ホームで、確認・投薬介助者と二重の確認とし、飲み込みまでを介助とし、投薬後の記録も残している。変化時は、すぐに医療機関に報告し指示を得る。			
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	声掛けし、活かせる趣味は、危険のない範囲で行っている。気分転換も兼ねて、同じ場所に長時間いないように支援している。			
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出は、ご家族様付き添いとしている。特別な場合は、職員も同行する。一人での外出は行っていない。	天候の良い季節には、近くのカブト虫公園まで散歩に行っています。冬場の散歩は殆どせず、玄関先のベンチで外気浴をしています。コロナ禍以前は、バス旅行で油壺マリンパークや、平塚花菜ガーデン、金沢動物園などに出かけていましたが、現在はバス旅行等の外出や、外食支援も中止しています。家族と一緒に外出して散歩や、食事へ行く方の支援をしています。		今後の継続
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	基本、お金は居室には置かず、事務所で小遣いとして預かっている。ただ、安心できない方は、ご家族様了承で居室に置いている。			

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
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	手紙や本人希望での電話は、可能な限りやり取り可能としている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	個々により、大トイレ・小トイレを使用。生活の場は、季節がわかるように飾りつけて季節を感じて楽しんで頂く。	リビングの壁面には、行事毎の飾り付けや季節を感じる作品を利用者と職員で一緒に作り掲示しています。室温、湿度は職員が定期的に確認して調整し、空気清浄機も設置しています。今年度は夏祭り、花火大会、敬老会、クリスマス会などの行事も開催しています。敬老会には家族の方も招待し、歌会や、ダンス、マジックショーなど皆さん楽しい時間を過ごしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	常に、話の出来る場所を提供している。状況に応じては、席替えもしたりと配慮している。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	なるべく入居前の居室に合わせた空間とし、馴染みの家具や洋服を用意して頂き、普段の生活で安心してもらう。	各居室にはエアコン、防災カーテン、クローゼット、洗面台などが完備されています。入居時には使い慣れた寝具・家具類などと家族写真や置物など持ち込んでいただき、本人が居心地良く過ごせるよう配置しています。洋服類はなるべく洗濯機で洗濯の出来る物を用意していただいています。	今後の継続
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	各居室に洗面台、クローゼットも備えてあるので、出来る範囲の残存機能を生かせるよう声掛けする。危険予防として、ベツトにも工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ふあいと山崎の里

作成日

令和6年2月5日

〔目標達成計画〕

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	認知症への理解	認知症の種類と対応を理解	認知症の理解と、個別対応を充実させる。	1年
2	33	看取り体制のあり方	看取りは、ホームで全員で取り組み理解する。	看取りの在り方は、方向性を同じにするために、具体的に提示する。	1年
3	19 30	外部受診へのあり方	受診は、ご家族様との協力とともに実施したい。	医療機関に、相談と早めの対応を心がける。	1年
4	13	外部・法人研修不足	研修は、積極的に参加	まずは、法人研修として、ホーム内での研修を進める。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	ふあいと山崎の里
ユニット名	あおぞら

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、活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	理念をかかげ、無理なく毎日の生活に取り込む。		
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	今年度より、外部の付き合いを開始することで、行事として(花火大会)から、近隣住民との付き合いを実施。		
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	グループホームとして、認知症の方でも一般の暮らしができていく状況を町内会を通じて紹介している。		
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	今年度より、推進会議を実施。町内会や民生委員からの外部情報を参考にしている。また、ご家族様視点からの意見も今後に生かしたい。		
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	推進会議に、市役所担当も参加することで、事業所の取り組みや状況を報告している。		

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
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	身体拘束は、1名実施している。拘束会議は、3か月に一度、医療従事者も交えて、状況を報告し、拘束解除も視野に入れ会議を実施。		
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に向けてのホーム内研修を実施している。まずは、認知症を理解し、職員の心身状況も踏まえ、定期的を実施。		
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	文書のみ配布で、資料としてだれでも閲覧できる状況にしている。		
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	契約時に、書面だけでなく、理解できるように説明している。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族様の要望は、電話等で頂き、ホーム内での解決できない部分は、本部と話し合い、ご家族様に必ず返答している。外部への相談窓口も提示している。		

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
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	個別に意見を聞き入れているが、なかなか本音までは、届かない場合もある。また、法人として、意見書記入用紙も作成してある。		
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年に、3度、自己評価を本部に提出している。現状、職員不足であり職員へのモチベーションの向上の一つとして賃金アップも取り入れている。		
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修は、Webでの参加もあるが、ホーム内研修として、ユニット会議時に一緒に行っている。		
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	交流には、限度があるが、近隣のホームと交流している。ほぼ、Web会議での交流が主になっている。		
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	入居前に、本人・ご家族様・介護支援の方の聞き込みで最初のプランを立てている。		

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	入居前の聞き取りをもとに、入居時にケアプランを提示し、ケアの方向性を理解してもらう。ご家族様の希望も取り入れている。		
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	ケアプランをもとに、サービス内容を理解していただく。グループホーム内での支援も説明する。		
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	個別対応として、本人を理解した上で、出来ない部分のお手伝いとして、身体的・声掛けを大切にしている。		
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	予約制ではあるが、面談も居室で行い、会話の場を提供している。家族からも本人の普段と違う要望も聞き入れる体制で、情報を共有している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	手紙や電話は、本人渡しで、こちらからも手紙等のやり取りを可能としている。		

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
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	同じ空間で、テレビを見たり、食卓で全員での食事をする事で安心を持ってもらう。		
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	退去されても、ご家族様の相談等は、出来る限りの範囲で継続している。		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	個々の行動に、制限はしていません。ただ、行動に危険が乗じる場合は、声掛けで誘導している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	生活歴を職員全員で、入居前から把握することで、介護の方向性が統一される。		
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	日々変化することから、小さな行動も記録に残し、全員で共有する。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリングは、毎月のユニット会議に取り入れられている。日々変化することで、安心したケアを提供できる。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	記録に残すことで、介護の見直しに生かしている。		
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	日々の変化に柔軟に検討とし、自己判断での介護につながらないように努めている。		
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	心身状態に応じて、外部からのマツサージ等も利用したり、外部のかまくら散歩等の行事も参考したりしている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ホーム医と相談で、必要に応じてご家族様の了承のもと外部受診をしている。身体状況に応じて、定期受診の必要な方は、職員または、ご家族様協力で実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週一回の看護師の訪問で、変化時は、医師への報告とともに処置している。また、必要に応じて、医師の支持のもと訪問看護も取り入れている。		
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。	病院相談員の連絡をとりながら退院に向けての情報共有に努めている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期は、医師と家族を交え話し合いの場を設けている。終末期に関しては、医療と介護をで、ご家族様に安心して頂けるように支援している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時は、医療機関とオンコール体制を充実させている。職員も安心して行動できるように資料を作成している。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練は、年2回実施。災害にも備え、緊急避難先への誘導訓練もしている。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	自己満足にならないよう、声掛けや介護を統一している。接遇も会議で行っている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員本位にならないように、まずは傾聴する。会話の中で、思いも見出し、本人の希望も否定しないようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本は、本人の行動を優先しているが、声掛け誘導で、安心した時間も考慮している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	出来る方・こちらで提供する方、どちらも安心できるように支援している。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個々に食事形態を工夫することで、食事を楽しんで頂いている。盛り付け等の限られてしまうが、家事手伝いの楽しみとして職員と一緒にしている。		

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
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	食事形態は、個々に提供。水分も飲む時間を工夫したりしている。状態に応じては、食事介助を実施している。		
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	食後は、個々に口腔ケアの声掛け誘導を行っている。一人では難しい方は、介助している。また、歯科往診時に口腔ケアも取り入れている。		
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	個別対応を実施。排泄のパターンは、排泄記録をもとに、声掛け誘導で失禁防止に努めている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	運動は、毎日実施しているが、便秘時は、医療機関と相談で、個々に投薬で調整している。また、オリゴ糖等の工夫もしている。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は、週2~3日を目標にしている。午前・午後と本人の体調もみながら実施している。入浴は、個別対応なので、身体状況も観察している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、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	就寝時間も本人に合わせている。ただ、昼夜逆転にならないよう声掛け誘導もしている。居室は、本人の合わせ温度調節しながら安心した睡眠を提供。また、日中も体調に合わせて昼寝も実施している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	本人の病歴を理解し、薬情報も処方内容は、職員全員共有している。投薬管理は、ホームで、確認・投薬介助者と二重の確認とし、飲み込みまでを介助とし、投薬後の記録も残している。変化時は、すぐに医療機関に報告し指示を得る。		
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	声掛けし、活かせる趣味は、危険のない範囲で行っている。気分転換も兼ねて、同じ場所に長時間いないように支援している。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出は、ご家族様付き添いとしている。特別な場合は、職員も同行する。一人での外出は行っていない。		
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	基本、お金は居室には置かず、事務所で小遣いとして預かっている。ただ、安心できない方は、ご家族様了承で居室に置いている。		

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
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	手紙や本人希望での電話は、可能な限りやり取り可能としている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	個々により、大トイレ・小トイレを使用。府生活の場は、季節がわかるように飾りつけで季節を感じて楽しんで頂く。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	常に、話の出来る場所を提供している。状況に応じては、席替えもしたりと配慮している。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	なるべく入居前の居室に合わせた空間とし、馴染みの家具や洋服を用意して頂き、普段の生活で安心してもらう。		
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	各居室に洗面台、クローゼットも備えてあるので、出来る範囲の残存機能を生かせるよう声掛けする。危険予防として、ベツトにも工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ふあいと山崎の里

作成日

令和6年2月5日

〔目標達成計画〕

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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	認知症への理解	認知症の種類と対応を理解	認知症の理解と、個別対応を充実させる。	1年
2	2	看取り体制のあり方	看取りは、ホームで全員で取組み理解する。	看取りの在り方は、方向性を同じにするために、具体的に提示する。	1年
3	3	外部受診へのあり方	受診は、ご家族様との協力とともに実施したい。	医療機関に、相談と早めの対応を心がける。	1年
4	4	外部・法人研修不足	研修は、積極的に参加	まずは、法人研修として、ホーム内での研修を進める。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。