

令和1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         | 1492600182                                       | 事業の開始年月日       | 平成21年5月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成21年5月1日 |
| 法人名           | 医療法人社団 愛友会                                       |                |           |
| 事業所名          | グループホーム ふじの                                      |                |           |
| 所在地           | ( 252-0187 )<br>神奈川県相模原市緑区名倉1196                 |                |           |
| サービス種別<br>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2年1月1日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和2年6月3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 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a> |
|----------|---|

### 【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)】

|  |
|--|
| 「ゆったり」「楽しく」「穏やかに」そして「一緒に」をモットーに、一人ひとりのその人らしさを大切に生活を送っていただくために、常に利用者様と喜怒哀楽を共にし、人権の尊重を念頭に置き安心して生活を送っていただけるよう支援をおこなっています。 |
|--|

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和2年2月12日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和2年5月19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中央線「藤野」駅から徒歩約10分のところにあり、周囲は自然に恵まれた環境です。コンクリート3階建てで、建物から相模川を見下ろすことができます。運営は医療法人で、地域医療、介護、健康増進、保育などのサービスを提供しています。

#### <優れている点>

利用者が「ゆったり」「楽しく」「穏やかに」に、その人らしく過ごせるように、職員は利用者寄り添い、利用者主体で支援しています。藤野高齢者支援センター主催の「ゆずカフェふじの」に参加し、直接地域住民と交流しています。自治会に加入しており、地域の一員として日常的に交流があります。盆踊り、夏祭りに参加したり、神輿が事業所にやって来ている。また、運営推進会議には自治会々長、民生委員、高齢者支援センター職員などが参加しています。多くの写真で利用者の日常生活の様子を伝えたり、職員の勉強会の内容なども報告し、地域の人々に事業所を理解してもらおうと努めています。

#### <工夫点>

毎月、大きな文字で利用者の日常生活の様子や写真を添えた「ひとこよみ」(通信紙)を利用者や家族に送っています。「ひとこよみ」に関して家族から問い合わせがあり、家族との連携を深めています。

### 【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  | グループホーム ふじの |
| ユニット名 | あじさい        |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |  |  |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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。                    | 理念をもとに、一人ひとり、その人らしさを大切に生活を送って頂けるように心がけ、実践しています。                                | 理念を事務室に掲示し、イベントなどを通じて職員に周知を図っています。また、年1回、場を設けて話し合っています。職員は利用者に敬意を持って寄り添い、楽しく、穏やかに過ごせるように支援しています。                       |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                    | 自治会に加入し地域のイベントに入居者様をお連れし参加させて頂いています。   | 自治会に加入し、地域の盆踊り、夏祭りなどの行事へ参加しています。毎月、藤野高齢者支援センター主催の「ゆずカフェふじの」に参加し、直接地域住民と交流しています。ボランティアを積極的に受け入れ、地域住民との交流を深めています。        |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                  | 日々の散歩時に地域の方と笑顔で挨拶したり、運営推進会議に自治会長さんや民生委員の方に参加して頂き、施設での活動や勉強会等を開催している。           | /  | /                 |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 6回/年の会議を開催し、施設での取り組みや利用者の日常の様子を報告、テーマを決めた勉強会を開催し、出席者からのご意見を頂き、運営に活かした活動を行っている。 | 原則年6回、自治会々長、民生委員、藤野高齢者支援センター職員、利用者、家族の代表などが参加し、事業所の活動報告、写真付きで利用者の生活状況などを報告しています。質疑応答ではタブレットの活用方法の質問などがあり、相互の理解を深めています。 |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。          | 運営推進会議の報告は勿論のこと、高齢者支援センターとの連携や緑区、中央区、南区の生活支援課に必要に応じて報告事項や相談を行っている。             | 利用者の認定更新時に介護保険課と話し合い、また、高齢者相談課へ運営推進会議事録の提出をしています。生活支援課へ利用者の様子を報告し、情報交換を行い、いつでも市と連絡が取れるようになってきました。ケースワーカーの来訪もあります。      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | 安全面を考慮し、玄関の施錠は行わせて頂いておりますが常に入居者様の状況を観察し見守りながら適切なケアを行なっています。                                | 「身体拘束等の適正化に関する指針」があり、年3回、勉強会を行って禁止事項の確認などを行っています。緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、記録を残し、家族、または、利用者の同意を得るようにしています。利用者への見守りに努めていますが、安全の為玄関の施錠は行っています。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 日々の生活の中、職員間で言葉かけ、ケアの方法について等話し合い虐待防止に努めています。また、運営推進会議等を活用した勉強会を開催しています。                     |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 行政の担当者へ相談を行い、後見人制度を活用しています。現状では1名様ですが、ご家族の支援が得られない利用者様があり、行政への申請も1件行っています。                 |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 入居前に、ご家族とご本人に施設内を見学をして頂き、契約時には一つ一つ重要事項を説明し不安や疑問、意向等を聞きながら同意を得て頂いています。                      |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 玄関口にご意見箱を設置しておりますが、面会時、ご家族様と対話する機会を持ち事業所に関するご意見や要望を伺えるよう心がけています。また運営推進会議で直接お話を伺う機会を設けています。 | 職員は利用者寄り添い、日常の会話の中で要望などを把握しています。家族とは来訪時や運営推進会議などで意見・要望を引き出しています。来訪の少ない家族への対応は電話や手紙で行っています。出された意見、要望はその都度検討し、運営に反映するようにはしています。         |                   |

| 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<br>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。                                      | 月に一度、カンファレンスと同時にミーティングの時間があり職員同士の情報交換の場を設けています。  | 毎月の全体会議、管理者との職員との年1回の個人面談、法人と職員の個人シートでのやりとりなどを通じて職員の意見を引き出しています。意見や要望は検討し、運営に反映しています。最近では異動について話し合っています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 年に一度の雇用契約更新時に職員の評価を行い、給与水準への反映が行われています。  |  |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 個々の自主的な研修参加に配慮し、研修後は報告書を回覧し職員間で共有できるように努めています。また、運営推進会議時に勉強会の内容を取り入れスキルアップが図れる様に工夫した活動を行っています。 |  |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 2か月に一度に各事業所の管理者、フロアリーダーが集まりリーダー研修を行ない情報交換、勉強会を行なっています。   |  |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |  |  |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。        | ご契約前に訪問調査を行い、入居者様とご家族様と面談し情報収集しご本人様の要望に対応できるように努めています。   |  |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | ご契約前に、ご本人様と一緒に見学に来て頂いたり、事前に不安や要望を聞き、ご家族様とのコミュニケーションを大切に話しやすい雰囲気作りをしています。          |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | ご契約前に得た情報を職員で連絡ノート等を用いて、しっかりと把握し安心してサービスを受けることができるように努めています。                      |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 「できること」はしていただくという姿勢でケアにあたるよう努めていますが、危険性が高い場合は必要に応じて介助するようにしています。                  |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | ご家族様の気持ちに寄り添い、ご家族様の意向を聞きながら、ご本人様と良い関係が築けるようにしています。又、ご家族様にできることは協力して頂いています。        |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                 | ご家族、知人、友人の面会時には、ゆっくりと過ごして頂くよう雰囲気作り心がけています。又、ご希望のある方には馴染みのある方に電話などかけて頂くように支援しています。 | 入居前の面接の段階で馴染みの人や場所を把握しています。職員同行で宮ヶ瀬ダムや上野原での花見など、また、家族との連携で法事に行ってます。友人と近くの「ゆずカフェふじの」に出かける利用者もいます。 |                   |

| 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<br>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。                | 利用者様同士が対話できるような場を設けたり、利用者様が出来る事、できない事を把握し、その方が力を発揮できるように声掛けを行なっています。 |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | ご家族様に会った時には、様子を伺ったりしていますが必要に応じて、相談・支援に応じたいと考えています。                   |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                        | ある程度、入所される前の暮らし方を尊重しますが日々の行動、言動、表情を観察し、その中で思いや希望を把握するように努めています。      | 日々の生活の中で利用者職員は信頼関係を深めています。日常や散歩時での会話などを通じて思いや意向を把握し、情報はタブレットや連絡ノートで共有しています。意思疎通が困難な利用者には、日々の行動や仕草から思いや意向を把握し、適宜対応しています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                    | 入所前の情報収集や日々の暮らしの中での様子やサービス状況等を用いて情報収集に努めています。                        |   |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 一人ひとりが個々のペースで生活できるように支援し、なおかつ残存能力を活かせるように、その中で現状の把握に努めています。          |   |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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。 | ミーティングや申し送りに出た意見等を検討し、現状に合ったケアができるようにしています。  | 職員は、利用者や家族の意向を日頃の支援で把握し、介護計画作成者が毎月モニタリングを実施しています。職員も参加し、毎月のカンファレンスで意見交換を行い、介護計画作成者が作成しています。介護計画は原則6ヶ月ごとの作成ですが、利用者の状況に応じて適宜見直しています。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 日々の様々な気づきを申し送り、介護日誌と連絡ノートに記入して情報を共有しながら常に話し合い、実践につなげています。                              |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 個々に合わせ、その時の状況に合ったケアを実践しています。   |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | イベント時の食材などの購入は地域のスーパーを利用し、地域行事にも参加しています。   |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | 医師による月一度の往診があり、利用者様のご様子や身体異常が見られた場合その旨をお伝えしています。利用者様やご家族様よりご要望がある時は、他の医療機関の受診も行なっています。 | 入居時の本人及び家族の同意を得て協力医療機関で月1～2回の内科往診を受けています。歯科についても月2回の往診があります。また、他専門科への受診も事業所が対応しています。医療状況の変化時には家族に伝え同意を貰っています。                      |                   |

| 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                                      |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                           | 週に一度、訪問看護師が来設し日常的な情報提供を行なっています。又、状態変化がある場合は連絡を取り適切な指示を頂いています。     |  |  |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。       | 入退院時、情報提供を行ない医療機関と情報を共有しています。入院中、管理者が訪問し、退院を含め今後の方向性について話し合っています。 |  |  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所ですることが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。 | 重度化された場合、ご本人にとって一番良い方法(環境)について、ご家族様と話し合い、主治医と連携を密に取っています。         | 契約時に、看取りの指針を説明し、同意書もらっています。状況が変化し、看取りが近くなってきた場合は再度確認しています。主治医とも密接に連絡を取り実施しています。看取りの経験もあり、職員研修も実施しています。           |  |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。  | 急変時や事故発生時には、全身状態を確認しバイタルチェックを行ない、速やかに医師と看護師と連絡対応が出来るように備えています。    |  |  |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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。  | 年に2回の定期的な防災訓練を行い、消火器、消火栓の使い方の訓練を行なっています。                          | 建物は鉄筋コンクリート造りで、延焼に強く、居室にもスプリンクラーを設置しています。避難経路は一方向のみですが、建物の造りから北側ベランダへの避難も可能です。災害備蓄品があり、さらにトイレ用に流すための水も別途保存しています。 | 災害備蓄品をまとめて保管し、リストで管理することが期待されます。また、地域との連携が進む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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |   |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                | ご本人様の気持ちを尊重し、さりげない声掛けや言葉掛けを心がけています。プライバシーの確保に注意し、記録など個人情報の取り扱いに気を付けています。 | 基本的に姓に「さん」付けで利用者と呼ぶようにしています。職員には日常的にプライバシー保護について話をし、意識づけをしています。また、職員から個人情報の保護についての同意書ももらっています。                          |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                     | 日々の生活の中での会話で、思いや希望を探ったり、一人ひとりが自己決定が出来るような場面を作ってあげるように心がけています。            |   |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 一日のプログラムを決めるのではなく、個々のペースに合わせ、その日の体調や気持ちに配慮しながら支援しています。                   |   |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | 定期的に訪問理美容を利用しています。ご家族様にも協力頂き季節に合わせた服装ができる支援しています。                        |   |                   |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | たまに外食や出前等で変化をもたせ、誕生日にはケーキを提供しています。片付けが出来る方には手伝って頂いています。                  | 事前に申し出れば献立での変更も可能です。イベントで、誕生会にはケーキを出し、敬老会では食品などを買ってきて楽しいんでいます。食事の前に嚙下体操を行い、食事がスムーズに楽しくできるよう心がけています。2、3人ずつ車で外食にも出かけています。 |                   |

| 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<br>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。                 | 食事量を食事チェック表に摂取量を記入しています。10時・15時に水分補給や、おやつを召し上がられています。水分の取りにくい方にはゼリー等提供しています。 |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                         | 一か月に一度の訪問歯科があります。毎食後の口腔ケアは、個々の能力に合わせ、声掛け・見守り・介助を行ない義歯の定期的な洗浄等配慮しています。        |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導・声掛け等を行ないトイレでの排泄が出来るように努めています。                         | タブレット端末を活用し利用者の日々の様子を記録しています。また、本人の様子を観察し、トイレに誘うタイミングを計っています。トイレに着替えを用意している人もいます。夜間は人により対応に違いがありますが、職員は個々応じて対応しています。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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、牛乳を摂取し自然排便を促す取り組みを行なっています。  |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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。 | 概ね、時間は決まっていますが体調や希望により変更したり、入浴拒否の場合は無理強いせず、時間をずらして声掛けを行なっています。               | 1日3人を目安に午前中から入浴しています。長い人は1時間近く入っていますが、本人本位にしています。入浴拒否の場合は時間をずらして声かけをしています。冬場は事前に浴室をシャワーで温めています。追い炊きや足し湯の対応もしています。    |                   |

| 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<br>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。  | 各居室にあるエアコンを使用して温度調整を行い、快適な環境にて過ごし体調や希望に応じ自由に休息して頂いています。日中は適度な活動を促し生活リズムを作ることで安眠できるよう支援しています。 |  |   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。   | 薬の内容を職員が把握し、いつでも確認できるようファイルに保管しています。変更があった場合は情報を共有し、服薬後の観察を行なっています。                          |  |   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | その人らしく過ごせる役割が持てる場を作り出せるよう努めています。外出や行事等に参加して頂くことにより気分転換となるように支援しています。                         |  |   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 天候が良い季節には、ドライブ・散歩・買物等に出掛けています。   | 殆ど外に出ない人もいますが、常時、午後に2、3人ずつ散歩しています。近くの「ゆずカフェふじの」(認知症カフェ)へも、歩いて行けない人は車で行っています。軽車両のため人数に制限がありますが、ドライブなどにも出かけています。 | 移動手段として、車いすの人も乗れるボックス車など、法人内グループで保有も検討し、年間行事に外出を組み込んで行けるように成ることも期待されます。 |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | ご家族様の同意を頂き、ご自分で管理が可能な方には持っていただくようにしています。   |  |   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 希望に応じて電話を利用して頂いています。手紙などの支援も行なっています。  |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 季節に合った創作物を壁面に飾っています。  | 居間は職員が管理しています。北と南側に大きなガラス窓があり、十分な採光と景色を楽しむことが出来ます。居間・廊下の壁面を、ぬり絵、折り紙、切り紙などで飾っています。ユニットごとに利用者の出来ることに違いはありますが、一緒にやっています。写真の掲示により会話も盛り上がっています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。   | テーブル以外にソファを設置していません。くつろぎながらテレビ鑑賞をされたりカラオケを楽しんだりされています。                            |  |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | 入所時に馴染みのあるものを持ってきて頂き、できる限り自宅に近い雰囲気となるように、ご家族様に協力して頂いています。状況よりベッドやタンスの位置にも配慮しています。 | 居室の整理整頓、清掃は利用者が行っています。部屋の内側からカギを掛けるのも本人の意思に任せています。入室を嫌がる利用者の部屋には、日中、職員は入らないようにしています。   |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | 廊下やトイレには手すりを設置していません。居室には、不要なものを置かないようにし、危険防止に努めています。                             |  |                   |

|       |             |
|-------|-------------|
| 事業所名  | グループホーム ふじの |
| ユニット名 | やまゆり        |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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。   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。                                     | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族等が<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |   |      |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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。                    | お祭りへの参加や神社への初詣など、地域の活動に参加している。  |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                    | 藤野高齢者支援センターが主催している「ゆずカフェ」への参加や日々の散歩等の際に近隣のかたと交流が図れている。                        |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                  | 日々の散歩時に地域の方と笑顔で挨拶したり、運営推進会議に自治会長さんや民生委員の方に参加して頂き、施設での活動や勉強会等を開催している。          |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 6回/年の会議を開催し、施設での取組みや利用者の日常の様子を報告、テーマを決めた勉強会を開催し、出席者からのご意見を頂き、運営に活かした活動を行っている。 |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。          | 運営推進会議の報告は勿論のこと、緑区、中央区、南区の生活支援課に必要な応じて報告事項や相談を行っている。                          |      |                   |

| 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<br>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。 | 安全面を考慮し、玄関の施錠は行わせて頂いておりますが常に入居者様の状況を観察し見守りながら適切なケアを行なっています。                                |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 日々の生活の中、職員間で言葉かけ、ケアの方法について等話し合い虐待防止に努めています。また、運営推進会議等を活用した勉強会を開催しています。                     |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。                                 | 行政の担当者へ相談を行い、後見人制度を活用しています。現状では1名様ですが、ご家族の支援が得られない利用者様があり、行政への申請も1件行っています。                 |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 入居前に、ご家族とご本人に施設内を見学をして頂き、契約時には一つ一つ重要事項を説明し不安や疑問、意向等を聞きながら同意を得て頂いています。                      |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 玄関口にご意見箱を設置しておりますが、面会時、ご家族様と対話する機会を持ち事業所に関するご意見や要望を伺えるよう心がけています。また運営推進会議で直接お話を伺う機会を設けています。 |      |                   |

| 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 |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | 月に一度、カンファレンスと同時にミーティングの時間があり職員同士の情報交換の場を設けています。  |      |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 年に一度の雇用契約更新時に職員の評価を行い、給与水準への反映が行われています。  |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 個々の自主的な研修参加に配慮し、研修後は報告書を回覧し職員間で共有できるように努めています。また、運営推進会議時に勉強会の内容を取り入れスキルアップが図れる様に工夫した活動を行っています。 |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 2か月に一度に各事業所の管理者、フロアリーダーが集まりリーダー研修を行ない情報交換、勉強会を行なっています。   |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |  |      |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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。        | ご契約前に訪問調査を行い、入居者様とご家族様と面談し情報収集しご本人様の要望に対応できるように努めています。   |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | ご契約前に、ご本人様と一緒に見学に来て頂いたり、事前に不安や要望を聞き、ご家族様とのコミュニケーションを大切に話しやすい雰囲気作りをしています。          |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | ご契約前に得た情報を職員で連絡ノート等を用いて、しっかりと把握し安心してサービスを受けることができるように努めています。                      |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 「できること」はさせていただくという姿勢でケアにあたるよう努めていますが、危険性が高い場合は必要に応じて介助するようにしています。                 |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | ご家族様の気持ちに寄り添い、ご家族様の意向を聞きながら、ご本人様と良い関係が築けるようにしています。又、ご家族様にできることは協力して頂いています。        |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                 | ご家族、知人、友人の面会時には、ゆっくりと過ごして頂くよう雰囲気作り心がけています。又、ご希望のある方には馴染みのある方に電話などかけて頂く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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                | 利用者様同士が対話できるような場を設けたり、利用者様が出来る事、できない事を把握し、その方が力を発揮できるように声掛けを行なっています。 |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | ご家族様に会った時には、様子を伺ったりしていますが必要に応じて、相談・支援に応じたいと考えています。                   |      |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |      |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                        | ある程度、入所される前の暮らし方を尊重しますが日々の行動、言動、表情を観察し、その中で思いや希望を把握するように努めています。      |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                    | 入所前の情報収集や日々の暮らしの中での様子やサービス状況等を用いて情報収集に努めています。                        |      |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 一人ひとりが個々のペースで生活できるように支援し、なおかつ残存能力を活かせるように、その中で現状の把握に努めています。          |      |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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。 | ミーティングや申し送りに出た意見等を検討し、現状に合ったケアができるようにしています。  |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 日々の様々な気づきを申し送り、介護日誌と連絡ノートに記入して情報を共有しながら常に話し合い、実践につなげています。                              |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 個々に合わせ、その時の状況に合ったケアを実践しています。   |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | イベント時の食材などの購入は地域のスーパーを利用し、地域行事にも参加しています。   |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | 医師による月一度の往診があり、利用者様のご様子や身体異常が見られた場合その旨をお伝えしています。利用者様やご家族様よりご要望がある時は、他の医療機関の受診も行なっています。 |      |                   |

| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                      | 週に一度、訪問看護師が来設し日常的情報提供を行なっています。又、状態変化がある場合は連絡を取り適切な指示を頂いています。      |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入退院時、情報提供を行ない医療機関と情報を共有しています。入院中、管理者が訪問し、退院を含め今後の方向性について話し合っています。 |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 重度化された場合、ご本人にとって一番良い方法(環境)について、ご家族様と話し合い、主治医と連携を密に取っています。         |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 急変時や事故発生時には、全身状態を確認しバイタルチェックを行ない、速やかに医師と看護師と連絡対応が出来るように備えています。    |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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。   | 年に2回の定期的な防災訓練を行い、消火器、消火栓の使い方の訓練を行なっています。                          |      |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |      |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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。                | ご本人様の気持ちを尊重し、さりげない声掛けや言葉掛けを心がけています。プライバシーの確保に注意し、記録など個人情報の取り扱いに気を付けています。 |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                     | 日々の生活の中での会話で、思いや希望を探ったり、一人ひとりが自己決定が出来るような場面を作ってあげるように心がけています。            |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 一日のプログラムを決めるのではなく、個々のペースに合わせ、その日の体調や気持ちに配慮しながら支援しています。                   |      |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | 定期的に訪問理美容を利用しています。ご家族様にも協力頂き季節に合わせた服装ができる支援しています。                        |      |                   |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | たまに外食や出前等で変化をもたせ、誕生日にはケーキを提供しています。片付けが出来る方には手伝って頂いています。                  |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。                 | 食事量を食事チェック表に摂取量を記入しています。10時・15時に水分補給や、おやつを召し上がられています。水分の取りにくい方にはゼリー等提供しています。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                         | 一か月に一度の訪問歯科があります。毎食後の口腔ケアは、個々の能力に合わせ、声掛け・見守り・介助を行ない義歯の定期的な洗浄等配慮しています。        |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導・声掛け等を行ないトイレでの排泄が出来るように努めています。                         |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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、牛乳を摂取し自然排便を促す取り組みを行なっています。  |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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。 | 概ね、時間は決まっていますが体調や希望により変更したり、入浴拒否の場合は無理強いせず、時間をずらして声掛けを行なっています。               |      |                   |

| 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<br>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。  | 各居室にあるエアコンを使用して温度調整を行い、快適な環境にて過ごし体調や希望に応じ自由に休息して頂いています。日中は適度な活動を促し生活リズムを作ることで安眠できるよう支援しています。 |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。   | 薬の内容を職員が把握し、いつでも確認できるようファイルに保管しています。変更があった場合は情報を共有し、服薬後の観察を行なっています。                          |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | その人らしく過ごせる役割が持てる場を作り出せるよう努めています。外出や行事等に参加して頂くことにより気分転換となるように支援しています。                         |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 天候が良い季節には、ドライブ・散歩・買物等に出掛けています。   |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | ご家族様の同意を頂き、ご自分で管理が可能な方には持っていただくようにしています。   |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 希望に応じて電話を利用して頂いています。手紙などの支援も行なっています。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 季節に合った創作物を壁面に飾っています。  |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。   | テーブル以外にソファを設置しています。くつろぎながらテレビ鑑賞をされたりカラオケを楽しんだりされています。                             |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。  | 入所時に馴染みのあるものを持ってきて頂き、できる限り自宅に近い雰囲気となるように、ご家族様に協力して頂いています。状況よりベッドやタンスの位置にも配慮しています。 |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | 廊下やトイレには手すりを設置しています。居室には、不要なものを置かないようにし、危険防止に努めています。                              |      |                   |

令和元年度

### 目標達成計画

事業所名 グループホーム ふじの

作成日： 令和 2年 6月 3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    | 35   | 災害備蓄品が各階に保管、リストが不明確であった。まとめて保管してリスト管理及び地域との連携が必要。 | ①備蓄品の管理<br>②災害用ポータブル発電機の活用<br>③地域との防災連携 | ①災害備蓄品を1階事務所にまとめて管理<br>リストアップと保管期限を明示する。<br>②ポータブル発電機の使用方法の勉強会を定期的(2回/年)実施する。<br>③地域との連携は高齢者支援センターの活動に参加する。 | 3ヶ月        |
| 2    | 49   | 移動手段として軽自動車のみである。行事として多人数での外出支援が出来る様にする。          | ①車椅子で乗り降り可能な車種への変更<br>②多人数での移動可能な車の確保   | ①法人内で稟議をあげ、購入検討を行う<br>福祉車両支援事業への申込みを行う<br>②法人内で車両を有効活用する<br>(デイサービスの空き唯時間に借用を行う)                            | 12ヶ月       |
| 3    |      |   |   |   | ヶ月         |
| 4    |      |   |   |   | ヶ月         |