

<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

	項目数
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	1493800534
法人名	株式会社 白寿会
事業所名	グループホーム ふあいと南山田
訪問調査日	令和7年2月27日
評価確定日	令和7年4月11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6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	1493800534	事業の開始年月日	令和3年2月1日	
		指定年月日	令和3年2月1日	
法人名	株式会社 白寿会			
事業所名	グループホーム ふあいと南山田			
所在地	224-0026 神奈川県横浜市都筑区南山田町4-2-41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	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7年2月17日	評価結果 市町村受理日	令和7年4月12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)】

我グループホームの施設目標「1日1回喜びを！笑顔溢れるようなそんな我が家を提供します」の取り組みを心がけています。特に運動不足解消として体操・家事・毎日清掃のお手伝いを実施しています。誕生日会・施設行事・手芸・音楽・DVD鑑賞・四季の工作など入居者が個々にできることや楽しめること嬉しいことを日々模索し努めています。希望される入居者には近隣への散歩の対応も行なっています。感染症防止として電車通勤の職員にはマスクをホームで変える、出勤時全職員が体調確認チェック、手洗い・換気・消毒・マスク着用を徹底し感染拡大の予防に努めています。入居者への面会においては面会時間等の制限なく気軽に面会されご家族が安心されています。地域サロンの参加やご家族の協力でカラオケの外出なども対応しています。

【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7年2月27日	評価機関 評価決定日	令和7年4月11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。同法人は医療法人社団平平會と共にグループ法人として「安心の暮らし、お手伝いします」をモットーに、横浜市、川崎市、鎌倉市内でグループホーム、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーション、クリニックを運営しています。グループ法人では、「介護として困っている人を助ける、医療として人の命を救う」を使命とし、介護と医療の総合的なサービスを提供しています。立地は、横浜市営地下鉄グリーンライン「東山田駅」から徒歩10分程、畑や工場などに囲まれた地域にあります。

●事業所の理念「地域との触れ合いが出来るような！1日1回喜びを！笑顔溢れるような！そんな我が家を提供します！」を毎朝の申し送り時に復唱し、共有して日々のケアにつなげています。管理者は、職員のケアの質の向上を目指し、認知症対応の初心に戻り、職員同士が協調性を持って利用者に接することで、虐待のないケアに繋がられるよう、指導しています。また職員がストレスを溜めないよう、コミュニケーションにも力を入れています。

●地域の行事も徐々に再開されており、利用者と共に参加しています。地域の自治会館で開催されている高齢者サロン「カフェこすも」に招待していただいたり、獅子舞見物・神社の祭礼・盆踊りに参加したり、地域の伝統行事の虫送り（害虫を追い払い豊作を願う行事）を見学するなど、地域の一員としての交流を図っています。

【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	グループホームふあいと南山田
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	職員が話し合いで作った理念をホームに提示し、毎日朝の申し送り時に復唱し職員間で共有しながら日々のサービスに努めています。施設目標の「1日1回喜びを笑顔溢れるようなそんな我が家を提供します」を事業所開所時より継続しています。	事業所の開設時に職員が話し合っで作成した理念「地域との触れ合いが出来るような！1日1回喜びを！笑顔溢れるような！そんな我が家を提供します」を事務所やフロアに掲示し、毎朝の朝礼時に復唱して職員で共有し、日々のケアに反映させるよう取り組んでいます。	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	町内会に加入し町内会の広報誌などから行事などへの声掛けを頂いています。ホームからは活動状況報告を3ヶ月に1回報告して繋げています。高齢者サロンに参加することで地域住民との関わりをもっています。	町内会に加入し、運営推進会議や広報誌等で地域の情報を入手し、行事などへも声掛けしていただいています。地域の高齢者サロン、獅子舞・神社の祭礼・盆踊りに参加し、地域の伝統行事の虫送り（害虫を追い払い豊作を願う行事）を見学するなど、地域との関わりを持てるよう支援しています。	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	町内の行事でお正月、ホームにて獅子舞を実施して頂きました。現在は地域の行事に参加できる様対応しています（カフェこすも等）。	/	/
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	運営推進会議は委員の方々のご協力を得て3ヶ月に1回実施しています。活動状況報告書などから話し合いサービス向上に活かしています。又結果を行政窓口へ報告しています。	運営推進会議は3ヶ月に1回、民生委員・地域包括支援センター職員・家族の参加で開催しています。事業所の活動状況や利用者の現状・事故・ヒヤリハット報告に対する意見や、地域の情報もいただきながら、サービスの向上に活かしています。	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に取り組んでいる	利用者の問題が発生した時を含め、高齢者支援担当者、生活支援担当者にご相談し協力を得ています。特に利用者への虐待防止として発見した場合の対応方法について職員への周知徹底をしています。	横浜市とは、不明点や判断に迷う事案が生じた際に連絡をし、相談や助言を求めています。グループホーム連絡会に加入し、情報共有に努めています。集団指導の研修にはオンラインで参加しました。生活保護受給者の受け入れを行っており、必要に応じて担当者で連絡を取り合っています。	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	オープン時から身体拘束をしない介護として、玄関の施錠も無しでケアに取り組んでいます。利用者の対応もその都度、身体拘束にならないよう話し合い、全職員が周知しています。法人研修や行政によるチェックシートなどから日常のケアについて話し合い研修を行なっています。	3ヶ月に1回、フロア会議の中で、身体拘束適正化委員会を開催し、日々のケアで身体拘束につながるような対応や声掛けがないか、確認しています。年2回の研修では、事故があった時の対応を基に行い、知識と理解を深めています。議事録を回覧し共有しています。	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	法人内研修をホーム内にて行い、虐待防止に努めています。又、職員からの相談にも耳を傾け、啓発しながら虐待防止に取り組んでいます。職員から啓発しやすいよう通報窓口を事務所内に掲示しています。	虐待防止委員会を設置し、虐待につながるような不適切なケアが無いよう取り組んでいます。チェックリストも利用し、研修でも学んでいます。認知症対応の初心に戻り認知症を理解することで、日々のケアの中で虐待防止に向けて、取り組んでいます。	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	3名の利用者が成年後見人制度等を活用し支援を受けています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居契約時には、担当者が利用者ご家族へ細かい説明を行なっています。又、解約時も担当者が手順を説明し対応しています。施設の受け入れ態勢も整備されています。		
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	日々、利用者からの意見は、その都度聞き取り対応しています。ご家族へは電話等で報告し記録しています。ご家族からのご意見等は速やかに職員に伝え、早期解決・改善に取り組み記録に残しています。これらの内容は運営推進会議にも情報提供し助言を得ています。	利用者からの意見は、その都度聞き取り対応しています。家族からの意見や要望は、運営推進会議や、来訪時や電話の際に近況報告と併せて伺い、記録するとともに、会議や申し送りでも共有しています。後見人の方も利用者話し、報告していただいています。	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	ホーム内では、月一回のフロアー会議を設け、職員の意見や提案を吸い上げ検討し、話し合いの場を設け運営に反映させています。月1回の法人運営会議に参加し各事業者からの情報を共有しフロアー会議等で伝えています。	法人によって、職員が直接相談や通報が出来る窓口が設けられています。事業所内では、月1回のフロア会議を設け、職員の意見や提案を吸い上げ検討し、運営に反映させています。管理者は月1回、法人の運営会議に参加し、各事業所からの情報を共有し、フロア会議で伝えています。	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	管理者、リーダー、職員全員に20項目の評価を行ない、必要に応じては、職員の面接を行ない職場環境・条件の整備に努めています。資格取得支援制度も活用し条件の整備に対応しています。	管理者・リーダーが職員に対して20項目の評価を行い、必要に応じて職員の面接を行い、勤務姿勢や業務について評価と振り返りを行っています。希望休や有休休暇の取得にも対応し、法人による勤続年数（5年・7年・10年）報奨制度もあります。	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	入職後担当職員より勤務の中でトレーニングされながら一人一人のケアの力量を把握しています。	入職時は、事業所の理念・ケア方針を伝えるとともに、業務・利用者の対応について指導・教育を行っています。フロア会議の中で、法人の研修計画に沿って、毎月テーマを変えて、身体拘束・虐待・感染症・法令順守等の研修を行っています。	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	地域ケアプラザ主催の連絡会に参加し交流する機会を得ています。			
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	ご本人との会話や様子の中から不安な事、希望されている事を引き出せる様な関係づくりに努めています。又、その役割は、職員のケアの内容も大切である事を、声掛け合いながら伝えています。			

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	入居前にはホームの様子を見学して頂いています。その際、ご家族からの不安や、悩み等をお聞きしています。初期の段階で、ご家族からの希望や不安の聞き取りが不十分で入居後直に事故につながってしまう事のない様に努めています。		
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	入居相談の際、ご家族等の状況を伺い、グループホームでのサービスについて説明を行い、場合によっては、他のサービスをおすすめする事もあります。例として、自宅で和床で生活されていた場合は、入居後無理にはベッドはすすめない等の対応を計っています。		
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	日々の生活の中から出来る事をお願いしたり、場合によっては、利用者より教えて頂いたり、同士の関係を保てる様努めています。		
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	ご家族より状況を把握した上で、ご本人の気持ちを理解し、ご本人とご家族の絆が保てる様努めています。ご家族より宅配を受けた際、ご本人からご家族へお電話をかけるなど良い関係を保たれています。		
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	面会を希望されるご家族には気軽に面会をして頂くよう努めています。週1回面会されるご家族もいます。ご本人こだわりの嗜好品を届けながら都合の良い時間に訪問して頂けるよう努めています。	現在、面会は制限なく行われており、気軽に面会をしていただくよう努めています。毎週木曜日に自転車で面会に来られる家族や、カラオケや外食を家族と楽しまれる利用者もいます。本人こだわりの嗜好品を届けに来られる家族もいます。年賀状のやり取りは職員が手伝うことで継続できるよう支援しています。	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
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	利用者各々の状況を把握し、レクリエーション等を通し関わり合いが出来る様支えています。又、日常生活をよく観察し、利用者同士の笑顔が増える様テーブルに座る位置等もその都度職員と話し合い対応しています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	ご家族より入居中のお礼のお手紙などを頂き良い関係に努めています。他施設へ移られたご家族へ必要に応じて相談、支援を行っています。		
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	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。	日々の生活の中で個々の訴え・希望は沿えるよう傾聴しています。ご本人の希望等はケアプランのサービスにも織り込んでいます。職員が「日々の介護の中に一人一人」の対応を心がけて対応しています。特にご本人の嗜好品などの調達も対応しています。	入居前の面談で、本人や家族、介護支援専門員などから生活歴・既往歴・趣味・暮らし方の希望などについて聞き取りながら、アセスメントシートを作成しています。入居後は日々の生活の中で傾聴し、言葉や反応などは個人記録に記載し、思いや意向に沿った支援につなげています。	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	個人履歴の把握、アセスメント、ご家族からの情報により把握する様に努めています。日々の利用者様との会話、過ごし方を見守りながら職員間で連携を取りながらゆっくりと把握する様に努めています。		
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	入居されることで、今までの生活とは一変してしまう事を職員が理解し、常時ご本人の変化に気付ける様努めています。出来る事に参加して少しずつ他利用者との生活に馴染んで頂き、環境の変化より認知症が急激に進まない様配慮しています。		

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	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	計画作成担当者が中心となり、フロア会議時にカンファレンスを行い、ご本人・ご家族の意見や職員の気づき等を取り入れて作成しています。出来上がった介護計画書は、ご本人・ご家族に確認して頂き実践に繋げています。初回は3ヶ月、通常6ヶ月で行なっています。	入所時のアセスメントで得られた情報を基に初回の介護計画を作成し、3ヶ月は本人の状態を観察しながら情報収集を行っています。フロア会議の中で更新の方を中心にカンファレンスを行い、看護師の意見も取り入れて、現状に即した介護計画を作成しています。	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	職員間で話し合い、介護計画が反映されている点が解りやすい記録に変え、日々の利用者の様子を細かく記録し、職員間で共有し、介護計画に繋げています。記録の横にサービス計画書の番号を記入する作業をしています。		
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	ご家族からの意見もお聞きしながら、職員間で話し合い、生活のADLが自立されている利用者、高齢者等、その都度一人ひとり柔軟な対応に努めています。ご本人の買い物、個々の嗜好品等を職員が購入し対応しています。		
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	緊急対応等の訓練を行い利用者が安全で過ごされるよう務めています。消防署や防災機器管理会社からの協力を得て、職員が地域資源を把握し、利用者の健康と安全な生活を支援しています。		
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	月2回クリニックからの往診により、利用者の体調管理を行っています。症状によっては、専門医に受診しご家族に結果を報告しています。又訪問歯科を導入し対応しています。	現在は全員が事業所の協力医から、月2回の訪問診療を受診しています。看護師は週1回の巡回があり、健康管理や爪切り等の処置を行っています。歯科医は必要な方が契約し、口腔ケアや必要な処置を受けています。専門医の受診は家族対応で行っています。	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
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	週一回の訪問看護を受け、利用者個々に体調等を相談しています。又、職員は、利用者の日常での症状異変を24H相談する事が出来適切な受診や看護を受けられる様対応しています。		
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。	入院時は、サマリーを用意し病院側の関係者と情報交換する様に努めています。入院中もご家族・病院側と連絡を取り、状態を把握し、退院を待つ体制を作る様努めています。		
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	重度化した際は入所契約時の内容を再確認し医療関係者、ご家族と話し合いの場を設け終末期に向けた対応を努めています。	入居契約時に「重度化や終末期に関わる指針」を基に、救急対応についても説明を行い、同意書をいただいています。重度化した際には、医療関係者立ち合いのもと、再度家族と話し合いの場を設け、今後の方針について共有しています。	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	緊急時対応は、医療と連携を取りながら全職員ができるよう努めています。		
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	内部で年2回の避難訓練を計画し実施しています。消防署から水消火器を借用し使用方法や避難誘導の訓練、消防設備について点検業者からの説明を受けるなど速やかに対応ができるよう訓練をしています。	年2回、避難訓練を実施しています。消防署から水消火器を借り、使用方法や避難誘導の訓練、消防署への通報の訓練などを行い、速やかに対応できるようにしています。近くに川が流れていることから2階への垂直避難の訓練も行っています。本部から1人1セット避難セットが支給されています。	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	家庭的な雰囲気の中で誇りやプライバシーを損なわないような言葉かけや対応を心掛けています。馴染みの関係になればなるほど人格を損ねない言葉掛けを職員相互で気を付け互いに指摘し合っています。特にスピーチロックに関してはフロアー会議の議題に取り上げ対応しています。新しく入居された方の対応など職員間で共有しています。	入職時や年間研修で、認知症ケア・接遇・法令順守に関する研修を行っています。特にスピーチロックをしないよう、日頃から気を付け、「ダメ！」等の言葉を別の言葉に置き換えて利用者に接するよう話し合っています。利用者との信頼関係を築くことを大切にし、排泄や入浴支援の際には、羞恥心や自尊心に留意した対応を心がけています。	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	職員との信頼関係も出来上がり、日々の生活の中でご本人の希望や思いをかなえられる様働きかけています。時には、車で外出され、お話を聞いたり対応するなど、働きかけています。		
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	一人ひとりに合わせられる様、柔軟性のある対応を職員と話し合いながら行なうよう心掛けています。グループホーム＝我が家を提供出来る様な対応に努めています。特に職員が心掛けている事は、業務優先ではなく、介護優先である事をケアプランを元に周知徹底しています。		
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	訪問理容を2～3ヶ月に1回実施しています。理容後は利用者の良い笑顔がみられます。		
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	食後の片付けを利用者にお願し職員が助けられています。利用者からは「この食事は本当にいつも美味しいです」と言って頂き、大変良い関係で援助しています。行事食などは利用者の食べたいメニューを提供しています。	食材は業者に発注し、事業所ではご飯・味噌汁を準備して、利用者提供しています。出来る方には、後片付け等をお願いしています。行事の際には、配食を止め、利用者の希望に沿ったメニューを提供しています。季節に合わせ桜餅作り・おはぎ作りなども一緒に行っています。	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
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	栄養、献立のバランスを考慮し業者メニューを提供しています。水分が不足になってしまう利用者へは、個々に嗜好品などで対応を行い水分量を記録し確保出来る様努めています。		
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、口腔ケアの声掛けを行ない、ご自身で出来ない利用者へは、声掛け、介助を行ない、口腔内の清潔保持に努めています。又、法人研修で口腔ケアについての研修を受け、職員が口腔ケアについてスキルアップし支援しています。必要に応じては、訪問歯科の口腔ケアを受けています。		
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	定時の声かけ、誘導で一人ひとりに合った介助を行い、可能な限りトイレで排泄が出来るよう支援をしています。排泄後は必ず排泄チェック表に記入し、排泄パターンを共有し自立に向けた支援を行っています。退院後オムツ対応であってもトイレでの排泄に繋がっています。	利用者の排泄状況を把握する為、全員の排泄チェック表をつけています。自立して自分で行かれる方もいますが、時間や様子を見ながら声掛け誘導し、トイレでの排泄に向けた支援を行っています。	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	便秘の予防として、できるだけ身体を動かして頂く様に散歩・お手伝い・水分を出来るだけ多く摂って頂く等をし、便秘の予防に努めています。便秘を始め、排泄に関しては医療との連携を取りながら、対応をしています。		
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	利用者個々に希望を聞き柔軟に対応しています。清潔保持等、必要に応じて個々に対応し、無理強いすること無く支援に努めています。重度化された利用者でも、数人の職員で対応し浴槽に入れるよう対応しています。特に入浴拒否の利用者には職員が対応の情報を共有し対応に努めています。	入浴は基本的には週2回ですが、それ以上入りたい方にも柔軟に対応しています。入浴拒否の方にも職員を代えるなど、無理強いすることなく対応しています。重度化された利用者にも2人体制でシャワー浴や掛け湯などで、体を冷やさないうように支援しています。ゆず湯・菖蒲湯も楽しんでいただいています。	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	利用者がご自分で休憩されたり、入眠されています。出来ない方については、職員間で安眠状態の情報を共有し対応しています。又昼夜逆転が無い様適度な声掛けをしています。夜間、転倒事故に繋がらない様ご家族と情報を共有し寝具のスタイルも一人ひとり利用者の状況に合わせています。			
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	薬の内容が確認出来る様、薬情を目の届く所に置いてあります。日付・名前の確認を行ない、職員間でチェックし、誤薬の無い様注意しています。体調不良の際は、医療との連携を取り臨時処方を受け、症状に合わせて対応しています。			
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	余暇をみつければ、利用者同士が声を掛け合い、トランプや塗り絵や工作などを楽しまれています。又利用者の得意分野や楽しみ事を考え模索し対応に努めています。			
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	専門医への受診や近隣への散歩にも出かけています。ご家族とカラオケへ外出されている利用者もいます。	天気や気候の良い日には、近隣を散歩したり、1階のベランダで外気浴を行っています。昨年度はドライブで桜の花見に出かけました。今年度も行う予定です。家族と一緒にカラオケに行ったり、受診時に外食を楽しんでくる方もいます。		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	小口現金は基本的に、ホームで管理をしています。ご家族の理解を頂き希望される利用者は自身で小銭を管理され、必要な物を購入しています。			

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 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	ご家族から贈り物等を頂いた時は、できるだけご自身でお手紙を書かれる様声掛けしたり、ご自身でご家族に電話を希望され連絡をされています。ご友人が来訪された際は、ご家族に連絡し、お知らせする等の支援しています。年賀状や暑中見舞いを毎年送っている利用者もいます。		
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	季節に合わせた壁飾りを利用者と一緒を作りフロアや廊下、居室などに飾り季節を感じて頂いています。特に共有の空間は利用者と一緒日々清掃し清潔の保持に努めています。	共有空間は、整理整頓を心がけ、室温・湿度・換気にも配慮されて居心地の良い空間づくりを心掛けています。季節に合わせた壁飾りや花などを利用者と一緒作り、フロアや廊下、居室などに飾り、季節感が感じられます。掃除は、職員と一緒に床掃除などを行っています。	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	ご自身で座る場所を変えテレビを観られたり、利用者同士でゲームや会話をされ、それぞれに個々の生活が保てる様努めます。特に、移動に介助を要する利用者は、場所を変えたりして工夫した対応に努めています。		
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	居室内もご本人で工夫され装飾されています。ご自身で作った作品やご家族から届けられた品々も居室に飾らせて頂いています。ご家族が訪問され居室内を見て楽しく過ごされると安心されています。入所時などはご本人の馴染みの品を持ち込まれるようお願いしています。また歩行不安定な利用者の居室内につかまれる椅子などを設置し転倒防止に努めています。	各居室には、エアコン・クローゼット・ベッド・カーテンなどが備え付けとして完備されています。入居時に、仏壇や机と椅子、テレビ、タンス、などの使い慣れた家具や、家族の写真などの思い出の品などを持ち込んでいただき、居心地よく過ごしていただけるよう支援しています。居室の清掃は出来る方は、職員と一緒にしています。	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	個々のADLより食事席を確保し自立した動線・移動が出来、利用者同士が安全かつトラブルが無く、毎日楽しく過ごせる様に心掛けています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム ふあいと南山田

作成日

令和7年2月27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	20 28 37 38	利用者一人ひとりの思いに沿った余暇時間の過ごし方	一人ひとりの希望に沿った対応	面会等は制限せず対応する。ホーム内で個々のADLにあった趣味やレクを提供する。	1年
2	49	ADLの低下	ADLの維持、認知機能の維持	運動、散歩、レクを毎日の生活に取り入れる	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	グループホームふあいと南山田
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	職員が話し合いで作った理念をホームに提示し、毎日朝の申し送り時に復唱し職員間で共有しながら日々のサービスに努めています。施設目標の「1日1回喜びを笑顔溢れるようなそんな我が家を提供します」を事業所開所時より継続しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し町内会の広報誌などから行事などへの声掛けを頂いています。ホームからは活動状況報告を3ヶ月に1回報告して繋げています。高齢者サロンに参加することで地域住民との関わりをもっています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	町内の行事でお正月、ホームにて獅子舞を実施して頂きました。現在は地域の行事に参加できる様対応しています（カフェこすも等）。		
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	運営推進会議は委員の方々のご協力を得て3ヶ月に1回実施しています。活動状況報告書などから話し合いサービス向上に活かしています。又結果を行政窓口へ報告しています。		
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	利用者の問題が発生した時を含め、高齢者支援担当者、生活支援担当者にご相談し協力を得ています。特に利用者への虐待防止として発見した場合の対応方法について職員への周知徹底をしています。		

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
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	オープン時から身体拘束をしない介護として、玄関の施錠も無しでケアに取り組んでいます。利用者の対応もその都度、身体拘束にならないよう話し合い、全職員が周知しています。法人研修や行政によるチェックシートなどから日常のケアについて話し合い研修を行なっています。		
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	法人内研修をホーム内にて行い、虐待防止に努めています。又、職員からの相談にも耳を傾け、啓発しながら虐待防止に取り組んでいます。職員から啓発しやすいよう通報窓口を事務所内に掲示しています。		
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	3名の利用者が成年後見人制度等を活用し支援を受けています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居契約時には、担当者が利用者ご家族へ細かい説明を行なっています。又、解約時も担当者が手順を説明し対応しています。施設の受け入れ態勢も整備されています。		
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	日々、利用者からの意見は、その都度聴き取り対応しています。ご家族へは電話等で報告し記録しています。ご家族からのご意見等は速やかに職員に伝え、早期解決・改善に取り組み記録に残しています。これらの内容は運営推進会議にも情報提供し助言を得ています。		

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
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	ホーム内では、月一回のフロアー会議を設け、職員の意見や提案を吸い上げ検討し、話し合いの場を設け運営に反映させています。月1回の法人運営会議に参加し各事業者からの情報を共有しフロアー会議等で伝えています。		
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	管理者、リーダー、職員全員に20項目の評価を行ない、必要に応じては、職員の面接を行ない職場環境・条件の整備に努めています。資格取得支援制度も活用し条件の整備に対応しています。		
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	入職後担当職員より勤労の中でトレーニングされながら一人一人のケアの力量を把握しています。		
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	地域ケアプラザ主催の連絡会に参加し交流する機会を得ています。		
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	ご本人との会話や様子の中から不安な事、希望されている事を引き出せる様な関係づくりに努めています。又、その役割は、職員のケアの内容も大切である事を、声掛け合いながら伝えています。		

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	入居前にはホームの様子を見学して頂いています。その際、ご家族からの不安や、悩み等をお聞きしています。初期の段階で、ご家族からの希望や不安の聞き取りが不十分で入居後直に事故につながってしまう事のない様に努めています。		
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	入居相談の際、ご家族等の状況を伺い、グループホームでのサービスについて説明を行い、場合によっては、他のサービスをおすすめする事もあります。例として、自宅で和床で生活されていた場合は、入居後無理にはベッドはすすめない等の対応を計っています。		
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	日々の生活の中から出来る事をお願いしたり、場合によっては、利用者より教えて頂いたり、同士の関係を保てる様努めています。		
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	ご家族より状況を把握した上で、ご本人の気持ちを理解し、ご本人とご家族の絆が保てる様努めています。ご家族より宅配を受けた際、ご本人からご家族へお電話をかけるなど良い関係を保たれています。		
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	面会を希望されるご家族には気軽に面会をして頂くよう努めています。週1回面会されるご家族もいます。ご本人こだわりの嗜好品を届けながら都合の良い時間に訪問して頂けるよう努めています。		

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
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	利用者各々の状況を把握し、レクリエーション等を通し関わり合いが出来る様支えています。又、日常生活をよく観察し、利用者同士の笑顔が増える様テーブルに座る位置等もその都度職員と話し合い対応しています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	ご家族より入居中のお礼のお手紙などを頂き良い関係に努めています。他施設へ移られたご家族へ必要に応じて相談、支援を行っています。		
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	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。	日々の生活の中で個々の訴え・希望は沿えるよう傾聴しています。ご本人の希望等はケアプランのサービスにも織り込んでいます。職員が「日々の介護の中に一人一人」の対応を心がけて対応しています。特にご本人の嗜好品などの調達も対応しています。		
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	個人履歴の把握、アセスメント、ご家族からの情報により把握する様に努めています。日々の利用者様との会話、過ごし方を見守りながら職員間で連携を取りながらゆっくと把握する様に努めています。		
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	入居されることで、今までの生活とは一変してしまう事を職員が理解し、常時ご本人の変化に気付ける様努めています。出来る事に参加して少しずつ他利用者との生活に馴染んで頂き、環境の変化より認知症が急激に進まない様配慮しています。		

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	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	計画作成担当者が中心となり、フロー会議時にカンファレンスを行い、ご本人・ご家族の意見や職員の気付き等を取り入れて作成しています。出来上がった介護計画書は、ご本人・ご家族に確認して頂き実践に繋げています。初回は3ヶ月、通常6ヶ月で行なっています。		
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	職員間で話し合い、介護計画が反映されている点が解りやすい記録に変え、日々の利用者の様子を細かく記録し、職員間で共有し、介護計画に繋げています。記録の横にサービス計画書の番号を記入する作業をしています。		
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	ご家族からの意見もお聞きしながら、職員間で話し合い、生活のADLが自立されている利用者、高齢者等、その都度一人ひとり柔軟な対応に努めています。ご本人の買い物、個々の嗜好品等を職員が購入し対応しています。		
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	緊急対応等の訓練を行い利用者が安全で過ごされるよう務めています。消防署や防災機器管理会社からの協力を得て、職員が地域資源を把握し、利用者の健康と安全な生活を支援しています。		
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	月2回クリニックからの往診により、利用者の体調管理を行っています。症状によっては、専門医に受診しご家族に結果を報告しています。又訪問歯科を導入し対応しています。		

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	週一回の訪問看護を受け、利用者個々に体調等を相談しています。又、職員は、利用者の日常での症状異変を24H相談する事が出来適切な受診や看護を受けられる様対応しています。		
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。	入院時は、サマリーを用意し病院側の関係者と情報交換する様に努めています。入院中もご家族・病院側と連絡を取り、状態を把握し、退院を待つ体制を作る様努めています。		
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	重度化した際は入所契約時の内容を再確認し医療関係者、ご家族と話し合いの場を設け終末期に向けた対応を努めています。		
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	緊急時対応は、医療と連携を取りながら全職員ができるよう努めています。		
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	内部で年2回の避難訓練を計画し実施しています。消防署から水消火器を借用し使用方法や避難誘導の訓練、消防設備について点検業者からの説明を受けるなど速やかに対応ができるよう訓練をしています。		

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	
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	家庭的な雰囲気の中で誇りやプライバシーを損なわないような言葉かけや対応を心掛けています。馴染みの関係になればなるほど人格を損ねない言葉掛けを職員相互で気を付け互いに指摘し合っています。特にスピーチロックに関してはフロアー会議の議題に取り上げ対応しています。新しく入居された方の対応など職員間で共			
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	職員との信頼関係も出来上がり、日々の生活の中でご本人の希望や思いをかなえられる様働きかけています。時には、車で外出され、お話を聞いたり対応するなど、働きかけています。			
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	一人ひとりに合わせられる様、柔軟性のある対応を職員と話し合いながら行なうよう心掛けています。グループホーム＝我が家を提供出来る様な対応に努めています。特に職員が心掛けている事は、業務優先ではなく、介護優先である事をケアプランを元に周知徹底しています。			
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	訪問理容を2～3ヶ月に1回実施しています。理容後は利用者に良い笑顔がみられます。			
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	食後の片付けを利用者にお願ひ職員が助けられています。利用者からは「ここの食事は本当にいつも美味しいです」と言って頂き、大変良い関係で援助しています。行事食などは利用者の食べたいメニューを提供しています。			

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
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	栄養、献立のバランスを考慮し業者メニューを提供しています。水分が不足になってしまう利用者へは、個々に嗜好品などで対応を行い水分量を記録し確保出来る様努めています。		
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、口腔ケアの声掛けを行ない、ご自身で出来ない利用者へは、声掛け、介助を行ない、口腔内の清潔保持に努めています。又、法人研修で口腔ケアについての研修を受け、職員が口腔ケアについてスキルアップし支援しています。必要に応じては、訪問歯科の口腔ケアを受けています。		
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	定時の声かけ、誘導で一人ひとりに合った介助を行い、可能な限りトイレで排泄が出来るよう支援をしています。排泄後は必ず排泄チェック表に記入し、排泄パターンを共有し自立に向けた支援を行っています。退院後オムツ対応であってもトイレでの排泄に繋がっています。		
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	便秘の予防として、できるだけ身体を動かして頂く様に散歩・お手伝い・水分を出来るだけ多く摂って頂く等をし、便秘の予防に努めています。便秘を始め、排泄に関しては医療との連携を取りながら、対応をしています。		
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	利用者個々に希望を聞き柔軟に対応しています。清潔保持等、必要に応じて個々に対応し、無理強いすること無く支援に努めています。重度化された利用者でも、数人の職員で対応し浴槽に入れるよう対応しています。特に入浴拒否の利用者には職員が対応の情報を共有し対応に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者がご自分で休憩されたり、入眠されています。出来ない方については、職員間で安眠状態の情報を共有し対応しています。又昼夜逆転が無い様適度な声掛けをしています。夜間、転倒事故に繋がらない様ご家族と情報を共有し寝具のスタイルも一人ひとり利用者の状況に合わせています。		
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	薬の内容が確認出来る様、薬情を目の届く所に置いてあります。日付・名前の確認を行ない、職員間でチェックし、誤薬の無い様注意しています。体調不良の際は、医療との連携を取り臨時処方を受け、症状に合わせて対応しています。		
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	余暇をみつければ、利用者同士が声を掛け合い、トランプや塗り絵や工作などを楽しまれています。又利用者の得意分野や楽しみ事を考え模索し対応に努めています。		
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るように支援している	専門医への受診や近隣への散歩にも出かけています。ご家族とカラオケへ外出されている利用者もいます。		
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	小口現金は基本的に、ホームで管理をしています。ご家族の理解を頂き希望される利用者は自身で小銭を管理され、必要な物を購入しています。		

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 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	ご家族から贈り物等を頂いた時は、できるだけご自身でお手紙を書かれる様声掛けしたり、ご自身でご家族に電話を希望され連絡をされています。ご友人が来訪された際は、ご家族に連絡し、お知らせする等の支援しています。年賀状や暑中見舞いを毎年送っている利用者もいます。		
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	季節に合わせた壁飾りを利用者と一緒を作りフロアや廊下、居室などに飾り季節を感じて頂いています。特に共有の空間は利用者と一緒日々清掃し清潔の保持に努めています。		
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	ご自身で座る場所を変えテレビを観られたり、利用者同士でゲームや会話をされ、それぞれに個々の生活が保てる様努めます。特に、移動に介助を要する利用者は、場所を変えたりして工夫した対応に努めています。		
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	居室内もご本人で工夫され装飾されています。ご自身で作った作品やご家族から届けられた品々も居室に飾らせて頂いています。ご家族が訪問され居室内を見て楽しく過ごしていると安心されています。入所時などはご本人の馴染みの品を持ち込まれるようお願いしています。また歩行不安定な利用者の居室内につかまれる椅子などを設置し転倒防止に努めています。		
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	個々のADLより食事席を確保し自立した動線・移動が出来、利用者同士が安全かつトラブルが無く、毎日楽しく過ごせる様に心掛けています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム ふあいと南山田

作成日

令和7年2月27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	20 28 37 38	利用者一人ひとりの思いに沿った余暇時間の過ごし方	一人ひとりの希望に沿った対応	面会等は制限せず対応する。ホーム内で個々のADLにあった趣味やレクを提供する。	1年
2	49	ADLの低下	ADLの維持、認知機能の維持	運動、散歩、レクを毎日の生活に取り入れる	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。