

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	1495600205	事業の開始年月日	平成24年3月1日	
		指定年月日	平成24年3月1日	
法人名	医療法人財団 百葉の会			
事業所名	カーサしんゆりグループホームフランシア			
所在地	(215-0026) 川崎市麻生区古沢189番地			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成27年11月13日	評価結果 市町村受理日	平成28年8月19日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

新百合ヶ丘駅より徒歩8分、麻生警察署、麻生区古沢郵便局、新百合ヶ丘総合病院、コンビニやスーパーマーケットも徒歩圏と大変恵まれた立地にある、小規模多機能とグループホーム2ユニットの施設です。
この環境に職員の支援をプラスして、物忘れや勘違いなど生活の障がいを持ったとしても自分らしさを失わず、おしゃれに生き生き暮らせるような、そんな家作りを職員一同目指しています。湖山医療福祉グループの一員として「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を理念として掲げ、これを実現させるための10項目の行動指針を「こやまケア」として定めています。教育を特に重視しており管理者は施設外でも川崎・横浜の認知症介護実践研修の講師をつとめています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年12月23日	評価機関 評価決定日	平成28年3月4日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、小田急線新百合ヶ丘駅から、区役所や消防署・警察署・郵便局などの施設街を過ぎた徒歩8分程の場所にあります。さらに総合病院や小学校、スーパーなどに囲まれ地域社会の生活が実感できる場所です。1階が小規模多機能型居宅介護施設、2、3階がグループホームです。近くには小川沿いの散歩道があります。

<優れている点>

医療法人を母体とする事業所は、医療や介護の分野において提携医療機関、訪問看護事業所との密な連携により、本人や家族にとっての「安心」「安全」を提供しています。管理栄養士をはじめとする職員が、毎食手作りの食事を提供し、糖尿病や高血圧に合わせた食事のコントロールを行っています。栄養バランスだけでなく、食事の「美味しさ」にもこだわっています。美味しい食事は心を豊かにし、健康な体作りをサポートしています。感染症対策や対応方法などの研修も、本部の看護部の職員により随時行われています。法人独自の家族アンケートを実施し、意見や要望を把握しています。運営推進会議やイベントには、ほとんどの家族が参加し事業所との意見交換が盛んです。

<工夫点>

年4回虐待行為防止委員会を開催し、事例報告をもとに虐待行為だけでなく職員の心理面についても取り組んでいます。今後は、虐待の背景として疲労や体調不良、仕事における孤独感などから生じることを防ぐため、職員へのストレスチェックの義務化を履行していくこととしています。職員は利用者を尊重し、その人の視点や立場に立って身体拘束防止を実践しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	カーサしんゆりグループホームフランシア
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (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、安心して暮らしている。 (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る。 (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。	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	湖山医療福祉グループ全体の理念である「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を掲げ、これを実現させるため具体的な10項目のこやまケア行動指針を持っており、昼の全体ミーティングにおいて唱和し共有、実践に活かしてしています。	法人の理念は、「自らが受けたいと思う福祉」を具体化するため、事業所で作成した10項目の行動指針を、玄関などに掲示しています。行動指針を毎日の全体会議で唱和し、クレドカードや名札に記載し携帯しています。	
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。	近隣のひまわり保育園の皆さんとは日常的な関わりを持っており、ちょっとした行事の際に寄ってもらったり、日常の散歩の都度寄ってもらったり交流を深めています。日常のご利用者様の活動も出来るだけ外で行う様心がけており、園庭でのバーベキューやおやつ作りなど、私達の活動を外にアピールするための機会を意識的に持つよう心がけています。	地域社会との対話や交歓を大切にしています。近隣は区役所・警察署・消防署・郵便局などの官庁や保育園などに囲まれ住民が少ない場所ですがそこで働く職員が休み時間に事業所のバーベキューなどに参加しています。また、園児の声を聴きながらの散歩は利用者を元気づけています。管理者が地域の介護の相談窓口の役割もしています。	近隣は区役所をはじめとした区の施設が点在し、住民の住宅街は離れ、住民との関わりは少ないのが現状です。区の施設には多くの職員が勤務しています。区の施設と交流し、そこで勤務する職員にも事業所が地域の一員として認知されるよう期待されます。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症のご利用者様の地域での生活について、民生委員の皆様や地域包括支援センターの担当者様と連絡を取り合い情報の共有に努めています。今後はミニ地域ケア会議の開催や認知症サポーター講座など行っていきたいと企画を進めています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	過去の運営推進会議のやり方を改善し、運営状況などについてわかりやすく説明するための資料作りを工夫しております。毎回多くのご家族様に参加して頂きご意見を伺いサービス向上に生かしています。	年6回開催しています。地域包括支援センターの職員や自治会長、民生委員、地域住民、家族など10人前後参加しています。利用者の状況や医療、訪問診療、イベントの開催報告など話し合っています。利用者の家族のほとんどが参加し、終了後も家族だけで懇親しています。	
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。	なかなか区の担当者の方々と具体的なチャンスがなく連携を取るところまでには至っていません。引き続き運営推進会議などを利用しながら私共の活動をご紹介しながら連携を取って行きたいと考えております。	地域包括支援センターの職員が窓口になって、困難事例など相談しています。管理者は川崎市や横浜市の認知症介護実践研修講座の講師を務めたり、市民後見人養成講座の実習施設として、研修生を受入れ協力しています。市や区の研修会にも参加し交流しています。	

			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。	玄関の施錠及びその他のいかなる身体拘束は行なっておりません。パーソン・センタードケアの提唱者であるトム・キットウッドの「悪性の社会心理」をケア者にとっての戒めとして掲げ、介護者の中に潜む「悪性の心理」について自己覚知できるようにしています。	利用者一人ひとりを尊重し、利用者の視点に立って理解しケアを行っています。年4回、虐待防止委員会を開催し事例報告をもとに虐待行為だけでなく職員の心理面についても取り組んでいます。今後、職員には虐待の背景として疲労や体調不良、仕事における孤独感などから生じることを防ぐため、ストレスチェックを義務化するとしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	上記No. 6番と同様の取り組みを行なっています。更に虐待の背景として疲労や体調不良、仕事の中における孤立感などが組み合わさって生じるものであり条件さえ整えば誰にでも起きる可能性があるとして、職員に周知し自己覚知を促しています。		
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。	在宅のお年寄りの生活に潜む詐欺などの経済被害や物忘れ等による保険金請求忘れなどの機会の損失は地域に多く潜在していると捉えています。当施設では管理者が東京大学主催の市民後見人養成講座の修了生であり、今ではその後見人養成講座での実習施設として研修生を迎えております。ご利用者様の家族にも周知しており何か問題があればいつでも相談に乗れる体制を育成機関と共に整えています。		
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。	契約については主に管理者が行なっています。説明については十分な時間をかけて説明を行なっています。契約に際しては成年後見についての説明も合わせて行い要請があれば家裁への申し立て支援も行える体制にあります。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	日頃より次月の利用予約の調整や送迎の機会などを使ってご家族様からの意見は伺っております。また運営推進会議でも率直で貴重なご意見を伺い、それに対する回答を後ほど文書を作成し議事録とともに届けています。	運営推進会議やイベントにはほとんどの家族が参加し、家族同士での話し合いも盛んに行っています。事業所と家族が二人三脚で支えていくというスタンスで、要望や意見交換などを行っています。請求書を発送時に職員は、輪番制で利用者の様子を報告しています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	フロアーミーティングからリーダーミーティング。そして全体職員会議と階層化された会議体を設けています。これらより意見を聴取し運営に反映させております。またこれ以外でも日常より意見を積極的に聞く機会を設け、必要な改善をすみやかに行えるような体制づくりを心がけています。	毎月開催する各フロアーやリーダー、全体会議などにより職員の意見や要望など聞き取っています。管理者は常に職員に気を配り話しかけています。新人の教育についてはリーダーを中心にしたプリセプターシップ（新人教育）を導入しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	上記No. 11に併せて教育研修の機会は湖山医療福祉グループ内に豊富にありこれに参加できる体制を法人及びグループ一体となって整えております。職員個々の状況については特別な面接の機会を設けているわけではありませんが日常的に意見が聞けるような雰囲気作りを意識して作っております。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	上記No. 11 & 12に準じ、職場での新人教育についてはリーダーを中心にしたプリセプターシップを導入してきました。新人の教育担当者を定めてその人をアドバイザー役として教育にあたってきました。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	麻生区内の事業者連絡会にはなかなか参加できていませんがグループ内での地域密着型サービス研修などに参加しフィードバックすることでサービスの質の向上について勉強する機会を設けています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	初期アセスメントにおいてすべての情報を把握する事は実際には困難なことです。ご本人・家族からは十分に時間をかけてご意向を伺うようにしています。併せて生活歴を伺うシートへの記入をお願いしています。		

			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。	No. 15 同様です。		
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。	まず、利用については事前に見学の機会を設けています。本人ご家族が当方の雰囲気を掴んで頂き初期アセスメントを行い当面まず何が必要かを洗い出す事を目的にしています。アセスメントには、時間をかけて経過を見る必要があると考えサービスを見極め、それを提供する事で問題を一つずつ段階を経て解決する事を心がけています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	一方的にケアを提供されるということは過去自立していた高齢者にとってストレスとなってしまいます。人生の先輩としての経験を尊びながら、不自由なことを支援し出来るだけの対等性が作られるよう努力しています。残されている能力発揮をできるだけしたいという趣旨で職員と一緒に掃除や洗濯物畳み、調理などの活動にも参加して頂ける機会を設けています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	基本的には上記No. 18 同様です。ご家族については特に家族と私ども事業所が常に二人三脚で支えていくというスタンスを強調して説明しています。請求書発送時に1ヶ月の様子を報告を手紙で発送しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族様との協力にて地域で開催されているサロンへの参加等なじみの関係継続の支援は出来ていると思います。また、周辺の散歩や買い物なども意識的に行っており外出の機会から地域とのつながりを感じて頂けるような機会を意識して作っています。	契約前の見学訪問の時に、本人や家族から生活習慣や行きたい場所、友人などについて把握しています。毎月利用者の郷土料理を作って、郷里や若い時代を思い出しています。家族の協力で親族の家に外泊しています。携帯電話や手紙のやり取りなど支援しています。	

			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。	毎日の体操やレク等の際に利用者同士が無理なく交流できる場면을意識的に作っています。仲間同士として支え合えるという事がある程度は根付いていると感じています。状況により孤立してしまう利用者もあり、その時には職員が個別について対応しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	入院により契約が途切れてしまう事があります。このような場合はご本人や家族にとって一番大変な時でもありますので、契約は一時的に止めるが、支援関係は引続き繋がっているので安心してほしいと声をかけています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	グループホームケアの目的は、その人の思いや希望を支えていく事だと思っています。日々の関わりの中で思いを聞くようにしています。現実との矛盾があったとしてもその人の世界を大切にできる雰囲気作りを心がけています。その方の過去と現在そして未来につなげていけるような支援がしたいと考えています。	入居時に「私の生活史」や「暮らし方シート」を作成し、利用者一人ひとりが歩んできた人生を大事に支援しています。「してほしいこと」「したいと思うこと」など把握して、その利用者に寄り添った個別ケアにつとめています。信仰している宗教への集まりに、家族の協力やボランティアにより毎月出掛ける利用者もいます。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所の際にご家族に生活歴や馴染みの暮らし方などをシートへ記入をお願いします。入所後も会話の中から把握に努めるよう心がけています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	上記No. 24 同様です。ご本人やご家族から聞き取り具体的な生活像を掴むようにしています。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画や日々のケアの中で本人に聞いたり面会の際ご家族にうかがうことを参考に月に1回のミーティング内でケアカンファレンスを行っています。	毎月フロアミーティングにより、日常生活や機能訓練を通じて本人の変化を確認し、モニタリングの総括を行っています。本人や家族と話し合い、看護連絡票に記載された医師や看護師の助言などを取り入れて、基本的には3ヶ月ごとに介護計画を見直しています。	
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。	記録について必要事項は書けていると思いますが、これで充分なのか？という疑問は持っています。客観と主観をきちんと切り分け、明瞭で簡潔な記録が出来る様に学んでいきたいと思っています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	必要に応じて、柔軟なサービスを組み合わせている。具体的には訪問・診療・看護・マッサージや訪問歯科、地域で行われているサロンとの連携など行っており介護保険サービスに留まらず柔軟なサービス提供が出来る様になっています。		
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。	上記No. 20、28に準じます。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	基本的には訪問診療へかかりつけ医を変更して頂いています。以前のかかりつけ医を継続希望される方には継続して頂いています。症状に応じてご家族訪問医と相談し近隣の専門医への紹介。受診付添など支援しています。	月2回の事業所往診医への利用を勧めています。本人や家族の希望により、入居前からのかかりつけ医による受診をしている人もいます。24時間対応の訪問看護や訪問歯科の体制も整い、適切な医療を受けられるように支援しています。	

			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。	上記No30に準じます。週1回の訪問看護の際だけでなく日々体調の変化など電話相談を実施し、状況に応じて看護師の訪問を受けたり寿じいの受診につなげたりしています。		
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。	入院となった場合は必ず病院に出向き状況を把握します。病院側のMSWなどと連携し受け入れ準備を進めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	過去より現在ターミナル期にあるご利用者様はいらっしゃいませんが医療連携の体制を整えていますので看取りの場合は早い段階からご家族・本人訪問医・訪問看護師らを含めチームで話し合いを進めていくよう努めていきます。	重度化や終末期の方針について、契約時に説明しています。事業所での事例は今のところありませんが、必要になった段階で関係者と話し合って対応することとしています。職員への勉強会を行う予定を立てています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変に対しては看護師に対応を聞きながら備えています。ただし救急法などの講習受講が全員に出来ているわけではありませんので、万が一の急変や事故、災害に対応出来るよう今後は消防等に協力をお願いして全職員の講習受講を進めていきたいと思ひます。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	以前は消防訓練を定期的に行う事ができていませんでしたが、運営推進介護の時に併せて行う事を計画しております。この会議には地域の方も参加しておりますので、具体的にどの様な障害の方が利用されているのかを知って頂き、万が一の協力とはどの様なものになるのかを体験して頂く良い機会になるものと考えております。	今年3月に、消防署の指導のもと、通報・消火・避難訓練を実施しています。避難場所の確認や障害のある高齢者に対する避難方法、車いす使用の利用者など、どこまで避難すればよいかなど指導を受けています。水および食料など必要な備蓄品は3日分を想定し、現在見直しをしている段階です。	近隣には、大きな郵便局や新聞販売店などがあります。事業所も地域の一員として認知度を高めるような働きかけを継続し、地域全体の防災協力体制の構築が出来るよう期待します。備蓄品の見直しを早急にすることも期待します。

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	利用者の方を認知症の方であるからといって単純に捉えてしまうことのないように心がけています。それぞれの性格や歩んでこられた人生を尊び対応させて頂いています。ただケア提供の場面で、個人情報をつっかりと口にしてしまうことがあるので、ミーティングにて注意を促し、プライバシーを守るケアを行うよう努力しています。	職員は、入職時に接遇研修を受け、利用者の歩んできた人生を振り返り、尊重した声掛けや対応をするように努めています。気になる対応があった場合には、管理者やリーダーが個別に対応したり、会議やミーティングで話題にあげるなど、職員の意識を喚起するように努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	No. 23、24、25に準じます。無理に希望を聞き出さず時間をかけて待つ姿勢を心がけています。		
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。	No. 23、24、25に準じます。ただし入浴の時間についてはスタッフの状況もあるので、ケア側から週2～3回入浴出来る様調整して入って頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	普段から皆さん大変おしゃれな方が多く、職員が「素敵ですねー」と思わず声をかけてしまう位です。女性利用者については入浴後の身だしなみとしてクリームや化粧など行っていますし、男性の場合でも整髪やひげそりなどは必ず行っています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	グループホームには2名の管理栄養士が介護職として配属されています。献立作りは、この管理栄養士が行なっています。食材料の確認や準備など無理のない範囲で参加してもらっています。またお茶の準備や後片付け・食器洗いなどにもできる方には積極的に参加して頂いております。	外食や郷土料理の日を設け、また、誕生会では利用者の好きな食事を、クリスマス会はバイキング形式、母の日は職員と一緒にケーキ作りをするなど、楽しく食事できるように工夫しています。各ユニットの管理栄養士が話し合い、季節に合わせたテーマを掲げた献立表を毎月作成しています。	

			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。	水分については1日1000ccを目標としています。水分や食事量のチェックについてはあまりご利用者の負担にならないようにさり気なく行うよう心がけています。		
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。	食事後は毎回口腔ケアを行っています。口腔ケアは健康管理の基本として捉えています。ご自分で出来る方にはご自身で、介助が必要な方については必要なケアを提供しています。将来的には地域の歯科衛生士さんの協力により口腔ケアの指導を受けたいと考えています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	日中夜間での関わりの中で排泄状況を把握しています。この為に排泄の失敗を少なくすることが出来ています。声かけやケアの場面では無理強いしないように心がけながら支援をしています。	利用者一人ひとりの排泄記録やその日の様子、仕草などから排泄パターンを把握し、声掛けをして誘導し、トイレでの排泄を支援しています。便秘の予防には毎日の体操や散歩などに努め、水分の摂取の声掛けにも配慮しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	多めの水分や、体操などでストレッチを行っています。出来るだけトイレでの自然な排泄が出来るよう時間をかける様に心がけています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	No. 38にも書きましたが、現状では入浴日については、施設側にて決めて利用して頂いています。ただし、体調不良や気分によっては拒否があった際には、その時の様子に合わせて時間を変更したり、曜日を振り替えたりしています。	週2回を基本としています。風呂湯は都度入れ替え、利用者個々の好みの入浴剤を入れたり菖蒲湯にするなど、気持ち良く入れるようにしています。柚子は肌に合わない人には、みかんの皮を干して使用したり、入浴に気乗りしない方には声掛けなどの工夫をしています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	その方なりの生活のペースを大切にしています。日課の中で一方的な消灯時間や就寝・起床時間を定めてはしません。眠れない時も無理に居室やベッドに居て頂くことなく、フロアーに案内しじっくりお話したりお茶を飲んでいただいたり柔軟な対応をしております。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	提携薬局より1週間ごとに個別に配薬ケースにセットしてもらっています。薬の情報も提供してもらい介護職は情報共有しています。インシュリン注射をされている方がおりますので低血糖などへの留意や安定剤・眠剤等による意欲や活動性の低下についてはきめ細やかに観察させていただいております。		
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。	昔とった杵柄を發揮して頂けるように買い物の検品や食事の下ごしらえ、配膳や後片付け、掃除や元々公務員であった男性利用者におかれましては、施設運営事務においての伝票入力場面での数字の読み上げなど事務仕事への関わりを意識的に作っており役割及び自信の再構築に向けて意識的に支援しております。今後はバザーの計画もあり、実際に物を集めて検品し、値段をつけて、販売し、その売上を管理してその中から、自然災害などで支援が必要な方々へ、認知症などのご利用者様が役割を担って売り上げたバザー収益を寄付するなど社会的な意味付けが出来るような活動を進めて、低く見積もられているご利用者さまの価値を高める活動を目論んでいきたいと計画を進めております。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	施設周辺には小川が流れており安全な散歩コースがいくつかあります。またスーパーマーケットやコンビニ、美容院なども歩いて5分程度の距離にあり、ご利用者の買い物の手伝いなどの外出支援は日々頻繁に行っています。	日常的には、事業所の広いスペースにあるベンチでの外気浴や周辺への散歩、近隣のスーパーへの買い物に出掛けています。また、季節の花見や喫茶店でのお茶飲み、外食、ドライブ、地域のサロンへ出掛けるなど、戸外の風景に触れる機会を設けています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	上記同様です。ご家族了承のうえいくらかの小銭を所持している方もいます。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	携帯電話を持っている利用者も多く、またそうでない方に置かれましても希望により電話がかけられるよう支援しております。いつでも連絡が取れる、それを支援してもらえるとことご利用者にとっての一番の安心に繋がるものであり、施設及び職員への信頼感の基礎を作るものとして捉えて丁寧な対応に心がけております。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	観葉植物や季節ごとの飾り付け、行事の写真など見当識やエピソード記憶に働きかける環境づくりを意識しています。	共用空間は内装にも留意し、最寄りの駅に因んだ百合の形の暖色系のおしゃれな照明器具、広々とした明るいリビング、素敵なソファ、アイランド型のオープンキッチンなど、瀟洒な個人の家のような雰囲気となっています。加湿器、空気清浄機を設置し、また、換気や除菌にも気をつけています。	
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。	TV前のソファや4つの島に分けたテーブルそして個室なども併せて利用しながらそれぞれの空間作りが出来るような配慮をしています。場面場面で好きな場所に座っていただくこともあります。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ご本人の記憶のアンカーとなりうる、馴染みのあるバックや帽子など目につきやすいところに配置するなど工夫をしています。入所の際はタンスなどの家具のご用意や設置はご家族にお任せしています。	エアコンやベッド、クローゼット、照明、カーテンを備え、他は持ち込み自由となっています。洗面台も各居室にあります。利用者は、タンスや好みの飾り物、仏壇、ぬいぐるみ、家族の写真など、思い思いの品々を揃えた居心地良く過ごせる居室となっています。	
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。	台所でのコップの配置や洗った食器カゴなど目につく様にしています。安全に際してはアイランド型キッチンですので職員が目が行き届きやすいので自発的な利用者様の活動を妨げることなく見守れるような環境が作られています。場所の見当識に働きかけることが出来るような張り紙やコップやかごの配置、何に使う場所なのか？がそれとなく分かるような空間からの働きかけが得られる事を意識してものが配置されるよう心がけています。		

ユニット名	3階
-------	----

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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。	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

			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近づけている。	湖山医療福祉グループ全体の理念である「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を掲げ、これを実現させるため具体的な10項目のこやまケア行動指針を持っており、昼の全体ミーティングにおいて唱和し共有、実践に活かしてしています。		
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。	近隣のひまわり保育園の皆さんとは日常的な関わりを持っており、ちょっとした行事の際に寄ってもらったり、日常の散歩の都度寄ってもらったり交流を深めています。日常のご利用者様の活動も出来るだけ外で行う心がけており、園庭でのパーベキューやおやつ作りなど、私達の活動を外にアピールするための機会を意識的に持つよう心がけています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症のご利用者様の地域での生活について、民生委員の皆様や地域包括支援センターの担当者様と連絡を取り合い情報の共有に努めています。今後はミニ地域ケア会議の開催や認知症サポーター講座など行っていきたいと企画を進めています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	過去の運営推進会議のやり方を改善し、運営状況などについてわかりやすく説明するための資料作りを工夫しております。毎回多くのご家族様に参加して頂きご意見を伺いサービス向上に活かしています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	なかなか区の担当者の方々と具体的なチャンスがなく連携を取るところまでには至っていません。引き続き運営推進会議などを利用しながら私共の活動をご紹介しながら連携を取って行きたいと考えております。		

			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。	玄関の施錠及びその他のいかなる身体拘束は行なっておりません。パーソン・センタードケアの提唱者であるトム・キットウッドの「悪性の社会心理」をケア者にとっての戒めとして掲げ、介護者の中に潜む「悪性の心理」について自己覚知できるようにしています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	上記No. 6番と同様の取り組みを行なっています。更に虐待の背景として疲労や体調不良、仕事の中における孤立感などが組み合わさって生じるものであり条件さえ整えば誰にでも起きる可能性があるとして、職員に周知し自己覚知を促しています。		
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。	在宅のお年寄りの生活に潜む詐欺などの経済被害や物忘れ等による保険金請求忘れなどの機会の損失は地域に多く潜在していると捉えています。当施設では管理者が東京大学主催の市民後見人養成講座の修了生であり、今ではその後見人養成講座での実習施設として研修生を迎えております。ご利用者様の家族にも周知しており何か問題があればいつでも相談に乗れる体制を育成機関と共に整えています。		
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。	契約については主に管理者が行なっています。説明については十分な時間をかけて説明を行なっています。契約に際しては成年後見についての説明も合わせて行い要請があれば家裁への申し立て支援も行える体制にあります。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	日頃より次月の利用予約の調整や送迎の機会などを使ってご家族様からの意見は伺っております。また運営推進会議でも率直で貴重なご意見を伺い、それに対する回答を後ほど文書を作成し議事録とともに届けています。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	フロアーミーティングからリーダーミーティング。そして全体職員会議と階層化された会議体を設けています。これらより意見を聴取し運営に反映させております。またこれ以外でも日常より意見を積極的に聞く機会を設け、必要な改善をすみやかに行えるような体制づくりを心がけています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	上記No. 11に併せて教育研修の機会は湖山医療福祉グループ内に豊富にありこれに参加できる体制を法人及びグループ一体となつて整えております。職員個々の状況については特別な面接の機会を設けているわけではありませんが日常的に意見が聞けるような雰囲気作りを意識して作っております。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	上記No. 11 & 12に準じ、職場での新人教育についてはリーダーを中心にしたプリセプターシップを導入してきました。新人の教育担当者を定めてその人をアドバイザー役として教育にあたってきました。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	麻生区内の事業者連絡会にはなかなか参加できていませんがグループ内での地域密着型サービス研修などに参加しフィードバックすることでサービスの質の向上について勉強する機会を設けています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	初期アセスメントにおいてすべての情報を把握する事は実際には困難なことです。ご本人・家族からは十分に時間をかけてご意向を伺うようにしています。併せて生活歴を何うシートへの記入をお願いしています。		

			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。	No. 15 同様です。		
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。	まず、利用については事前に見学の機会を設けています。本人ご家族が当方の雰囲気を感じて頂き初期アセスメントを行い当面まず何が必要かを洗い出す事を目的にしています。アセスメントには、時間をかけて経過を見る必要があると考えサービスを見極め、それを提供する事で問題を一つずつ段階を経て解決する事を心がけています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	一方的にケアを提供されるということは過去自立していた高齢者にとってストレスとなってしまいます。人生の先輩としての経験を尊びながら、不自由なことを支援し出来るだけの対等性が作られるよう努力しています。残されている能力発揮をできるだけしたいという趣旨で職員と一緒に掃除や洗濯物畳み、調理などの活動にも参加して頂ける機会を設けています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	基本的には上記No. 18 同様です。ご家族については特に家族と私ども事業所が常に二人三脚で支えていくというスタンスを強調して説明しています。請求書発送時に1ヶ月の様子の報告を手紙で発送しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族様との協力にて地域で開催されているサロンへの参加等なじみの関係継続の支援は出来ていると思います。また、周辺の散歩や買い物なども意識的に行っており外出の機会から地域とのつながりを感じて頂けるような機会を意識して作っています。		

			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。	毎日の体操やレク等の際に利用者同士が無理なく交流できる場面を意識的に作っています。仲間同士として支え合えるという事がある程度は根付いていると感じています。状況により孤立してしまう利用者もあり、その時には職員が個別について対応しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	入院により契約が途切れてしまう事があります。このような場合はご本人や家族にとって一番大変な時でもありますので、契約は一時的に止めるが、支援関係は引続き繋がっているので安心してほしいと声をかけています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	グループホームケアの目的は、その人の思いや希望を支えていく事だと思っています。日々の関わりの中で思いを聞くようにしています。現実との矛盾があったとしてもその人の世界を大切にできる雰囲気作りを心がけています。その方の過去と現在そして未来につなげていけるような支援がしたいと考えています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所の際にご家族に生活歴や馴染みの暮らし方などをシートへ記入をお願いしています。入所後も会話の中から把握に努めるよう心がけています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	上記No. 24 同様です。ご本人やご家族から聞き取り具体的な生活像を掴むようにしています。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画や日々のケアの中で本人に聞いたり面会の際ご家族にうかがうことを参考に月に1回のミーティング内でケアカンファレンスを行っています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	記録について必要事項は書けていると思いますが、これで充分なのか？という疑問は持っています。客観と主観をきちんと切り分け、明瞭で簡潔な記録が出来る様に学んでいきたいと思っています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	必要に応じて、柔軟なサービスを組み合わせている。具体的には訪問・診療・看護・マッサージや訪問歯科、地域で行われているサロンとの連携など行っており介護保険サービスに留まらず柔軟なサービス提供が出来る様になっています。		
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。	上記No. 20、28に準じます。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	基本的には訪問診療へかかりつけ医を変更して頂いています。以前のかかりつけ医を継続希望される方には継続して頂いています。症状に応じてご家族訪問医と相談し近隣の専門医への紹介。受診付添など支援しています。		

			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。	上記No30に準じます。週1回の訪問看護の際だけでなく日々体調の変化など電話相談を実施し。状況に応じて看護師の訪問を受けたり寿じいの受診につなげたりしています。		
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。	入院となった場合は必ず病院に出向き状況を把握します。病院側のMSWなどと連携し受け入れ準備を進めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	過去より現在ターミナル期にあるご利用者様はいらっしゃいませんが医療連携の体制を整えていますので看取りの場合は早い段階からご家族・本人訪問医・訪問看護師らを含めチームで話し合いを進めていくよう努めていきます。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変に対しては看護師に対応を聞きながら備えています。ただし救急法などの講習受講が全員に出来ているわけではありませんので、万が一の急変や事故、災害に対応出来るよう今後は消防等に協力をお願いして全職員の講習受講を進めていきたいと思います。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	以前は消防訓練を定期的に行う事ができていませんでしたが、運営推進介護の時に併せて行う事を計画しております。この会議には地域の方も参加しておりますので、具体的にどの様な障害の方が利用されているのかを知って頂き、万が一の協力とはどの様なものになるのかを体験して頂く良い機会になるものと考えております。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	利用者の方を認知症の方であるからといって単純に捉えてしまうことのないように心がけています。それぞれの性格や歩んでこられた人生を尊び対応させて頂いています。ただケア提供の場面で、個人情報をうっかりと口にしてしまうことがあるので、ミーティングにて注意を促し、プライバシーを守るケアを行うよう努力しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	No. 23、24、25に準じます。無理に希望を聞き出さず時間をかけて待つ姿勢を心がけています。		
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。	No. 23、24、25に準じます。ただし入浴の時間についてはスタッフの状況もあるので、ケア側から週2～3回入浴出来る様調整して入って頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	普段から皆さん大変おしゃれな方が多く、職員が「素敵ですねー」と思わず声をかけてしまう位です。女性利用者については入浴後の身だしなみとしてクリームや塗布や化粧など行っていますし、男性の場合でも整髪やひげそりなどは必ず行っています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	グループホームには2名の管理栄養士が介護職として配属されています。献立作りは、この管理栄養士が行なっています。食材料の確認や準備など無理のない範囲で参加してもらっています。またお茶の準備や後片付け・食器洗いなどにもできる方には積極的に参加して頂いております。		

			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。	水分については1日1000ccを目標としています。水分や食事量のチェックについてはあまりご利用者の負担にならないようにさり気なく行うよう心がけています。		
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。	食事後は毎回口腔ケアを行っています。口腔ケアは健康管理の基本として捉えています。ご自分で出来る方にはご自身で、介助が必要な方については必要なケアを提供しています。将来的には地域の歯科衛生士さんの協力により口腔ケアの指導を受けたいと考えています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	日中夜間での関わりの中で排泄状況を把握しています。この為に排泄の失敗を少なくすることが出来ています。声かけやケアの場面では無理強いしないように心がけながら支援をしています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	多めの水分や、体操などでストレッチを行っています。出来るだけトイレでの自然な排泄が出来るよう時間をかける様に心がけています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、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。	No. 38にも書きましたが、現状では入浴日については、施設側にて決めて利用して頂いています。ただし、体調不良や気分よっての拒否があった際には、その時の様子に合わせて時間を変更したり、曜日を振り替えたりしています。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	その方なりの生活のペースを大切にしている様にしてます。日課の中で一方的な消灯時間や就寝・起床時間を定めてはしません。眠れない時も無理に居室やベッドに居て頂くことなく、フロアに案内しじっくりお話したりお茶を飲んでいただいたり柔軟な対応をしております。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	提携薬局より1週間ごとに個別に配薬ケースにセットしてもらっています。薬の情報も提供してもらい介護職は情報を共有しています。インシュリン注射をされている方がおりますので低血糖などへの留意や安定剤・眠剤等による意欲や活動性の低下についてはきめ細やかに観察させていただいております。		
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。	昔とった杵柄を發揮して頂けるように買い物の検品や食事の下ごしらえ、配膳や後片付け、掃除や元々公務員であった男性利用者におかれましては、施設運営事務においての伝票入力場面での数字の読み上げなど事務仕事への関わりを意識的に作っており役割及び自信の再構築に向けて意識的に支援しております。今後はバザーの計画もあり、実際に物を集めて検品し、値段をつけて、販売し、その売上を管理してその中から、自然災害などで支援の必要な方々へ、認知症などのご利用者様が役割を担って売り上げたバザー収益を寄付するなど社会的な意味付けが出来るような活動を進めて、低く見積もられているご利用者さまの価値を高める活動を目論んでいきたいと計画を進めております。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	施設周辺には小川が流れており安全な散歩コースがいくつかあります。またスーパーマーケットやコンビニ、美容院なども歩いて5分程度の距離にあり、ご利用者の買い物の手伝いなどの外出支援は日々頻繁に行っています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	上記同様です。ご家族了承のうえいくらかの小銭を所持している方もいます。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	携帯電話を持っている利用者も多く、またそうでない方に置かれましても希望により電話がかけられるよう支援しております。いつでも連絡が取れる、それを支援してもらえるとこの事はご利用者にとっての一番の安心に繋がるものであり、施設及び職員への信頼感の基礎を作るものとして捉えて丁寧な対応に心がけております。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	観葉植物や季節ごとの飾り付け、行事の写真など見当識やエピソード記憶に働きかける環境づくりを意識しています。		
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。	TV前のソファや4つの島に分けたテーブルそして個室なども併せて利用しながらそれぞれの空間作りが出来るような配慮をしています。場面場面で好きな場所に座っていただくこともあります。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ご本人の記憶のアンカーとなりうる、馴染みのあるバックや帽子など目につきやすいところに配置するなど工夫をしています。入所の際はタンスなどの家具のご用意や設置はご家族にお任せしています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	台所でのコップの配置や洗った食器カゴなど目につく様にしています。安全に際してはアイランド型キッチンですので職員の目が行き届きやすいので自発的な利用者様の活動を妨げることなく見守れるような環境が作られています。場所の見当識に働きかけることが出来るような張り紙やコップやかごの配置、何に使う場所なのか？がそれとなく分かるような空間からの働きかけが得られる事を意識してものが配置されるよう心がけています。		

平成27年度

目標達成計画

カーサしんゆりグループホームフランシア

作成日： 平成28年8月19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	2	地域との関わりが希薄である。	地域との関わり、交流の機会を増やす。	<ul style="list-style-type: none">・地域の行事に参加させていただく。・地域に事業所の行事案内を出し、ご参加いただく様、働きかける。	6ヶ月
2	35	防災に関する意識を向上させたい。	地域との関わりを視野に入れ、防災への取り組みを充実させる。	<ul style="list-style-type: none">・防災委員会を設立し、施設に合った、充実した防災訓練を実施する。・地域の防災訓練に参加させていただく。・備蓄品のチェックリストを作成し、定期的な補充、整理を行う。	9ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月