

平成26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	1492600356	事業の開始年月日	平成23年8月1日
		指定年月日	平成23年8月1日
法人名	株式会社マイカコーポレイション		
事業所名	相模グループホーム共和		
所在地	(252-0234) 神奈川県相模原市中央区共和 2 - 9 - 1 3		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計	9 名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成26年9月25日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月15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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpJDetails.aspx?JGNO=ST1492600356&SVCD=320&THNO=14150
----------	---

【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)】

当法人の代表が地域密着型サービス研修担当官であり、本来のグループホームとして利用者様中心の生活を提供できるように終身型（看取り）を考え、設備面でも転倒骨折低減の為に浮床クッションフロアー、災害面についても地下ビットの備蓄や消防署直結型報知器など安全面を重視し、居室・リビング・台所（IH）なども基準よりも余裕を持った設備になっています。日常生活リハの場面で低床キッチンにして職員と利用者様が一緒に生活できる感覚を得られる様に配慮しています。自治会賛助会員に登録し地域行事・公民館行事に積極的に参加、介護支援ボランティア受入協力する様に努力しています。身体拘束廃止推進モデル施設・地域密着型研修等の実習受入施設です。厚労省及び相模原市合同の実地指導の監査の結果、『運営指導及び報酬請求指導』ともに良好と評価されており、本来の認知症対応型の見本としてこのまま努めて頂きたいとお墨付きを頂いています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年11月17日	評価機関 評価決定日	平成26年12月24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、J R 横浜線、淵野辺駅より徒歩9分の住宅街にあります。ホームは大規模地震にも耐える鉄筋コンクリート造りの建物です。転倒骨折防止のため食堂や居間・廊下・居室全てにおいて、浮き床衝撃クッション工法で建築されています。

<優れている点>
相模グループホーム共和の理念(5ヶ条)に基づき、利用者の意向・要望を把握すると共に、工夫された独自のI C F (国際生活機能分類)での情報整理アセスメントシートと、まるとシートの関係手順に基づき課題分析していくことで、重度認知症の本人の意向が明確になり、的確なケアプランが作成できています。

<力を入れている点>
介護保険法・虐待防止法・個人情報保護法等の法遵守に力を入れており、その結果厚労省や相模原市の実地指導監査の結果に繋がっています。また、利用者の外出支援や一人ひとりに適応した認知症ケアに力を入れています。

<工夫点>
4月からアニマルセラピーとして犬のゴールデンレトリバーがホームに遊びに来ています。アニマルセラピーにより、利用者が動物と触れ合うことで気持ちが落ち着いたり、癒やしを感じたりしてリラックス効果をもたらしています。また、事業所発行のマイカ通信には、家族や地域の人々向けに「脱水症」や「熱中症」等のトピックスを毎回掲載し、情報提供の一環と啓発を行い地域密着型サービス事業者として地域貢献に寄与しています。

【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	相模グループホーム共和
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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。	常に職員が見えるように職員用トイレに掲示しており、職員全員が理念に共有して実践している。職員一人一人が考えた今年度の事業目標がある。	理念に「利用者その人中心のケア」を掲げ、利用者ができることをやって貰う支援を行っています。職員用トイレに運営法人の理念「身体拘束をしないケア11ヶ条」等を掲示し、職員が常に見えるようにすることで理解を深めています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	運営推進会議や地域の行事に積極的に参加をしており、近隣住民とのコミュニケーションを大事にしており、地域密着型のグループホームを目指している。また、近隣の人から食べ物を頂いたりと友好関係を築き家庭的な雰囲気を作り出している。アニマルセラピー犬を通しての近隣の交流も図っている。	利用者全員が、できる限り毎日外出できるように支援することで、近隣住民とのコミュニケーションを図っています。高齢者支援センターや近隣ケアマネジャーと友好関係を図ると共に、近隣住民から食べ物のお裾分けや差入れを頂くなど家庭的な雰囲気を作り出しています。		
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。	職員研修では施設長である認知症の指導者が月に一度研修を行い、認知症キャラバンメイトや包括の会議にも参加して認知症について地域の人に講義をして近隣住民の認知症理解に努めている。また、ホームページがある。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2～3ヶ月に一回運営推進会議を開催しており、ホームの近況報告やホームの新聞を発表している。家族会会長や包括や地域の自治会や地域住民や民生委員に参加してもらい意見交換して情報を共有している。	3ヶ月に1回運営推進会議を開催し、入居状況・組織変更について・アニマルセラピー状況等についての報告やマイカ通信等を配付し意見交換しています。また、高齢者支援センターから平成27年度介護保険法改正や地域情報等の情報交換をしています。		
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。	日頃から中央区、南区と密に連絡を取り、事業所の情報を提供している。また、生活保護の利用者様が4人いるのでご家族のいない利用者様には家族の便りを担当ケースワーカーに月1回報告している。また、面会時には近況報告をしている。	施設長が神奈川県や相模原市から地域密着型サービス研修担当を委嘱され、職員実践者研修・リーダー研修・管理者研修等を行っています。日頃から中央区役所の関係者とは密に連絡を取ると共に、月1回発行する「家族の便り」等を家族や担当ケースワーカーに配付しています。		

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。	「身体拘束をしないケア11か条」を職員トイレに掲示し常に職員が確認、理解している。玄関や居室等の利用者様が使用する全てを施錠していない。	ホームは身体拘束廃止推進モデル施設になっています。施錠は身体拘束の1つの行為であるという考えから、利用者が使用する玄関や居室等全てを施錠しないで自由に出入りできるようにしています。身体拘束をしないケア11か条を職員トイレ等に掲示し啓蒙を図っています。	
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。	外部研修や内部研修を行い、常に職員間で情報を共有しお互いに虐待していないか注意を払いながらケアをしている。入浴時のボディチェックを行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	研修等を行い、知識を得ている。実際に利用者様で利用している方もいる。施設としても希望する利用者様には説明して協力している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	毎年、契約更新しており、その際に十分説明をして理解していただけるよう話し合いをしている。解約の際にもご家族の不安のないように支援している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	玄関に御意見箱を設置している。又気軽に話が出来るように、面会時に何気なく話しをするなど配慮している。又外部的には運営推進会議の時に地域住民の意見を聞いたりしている。	年1回の家族会・年2回の家族参加のバーベキューや家族面会時等で意見や要望を聞いています。例えば、遠出外出で行きたい希望地や栄養ドリンクを飲ませて欲しい等の要望を聞いています。ホームの運営に共感されて入居してくる利用者が多くいます。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	職員会議を月1で話し合いをして日々意見や要望を聞き改善して、よりよいホーム作りをしている。	職員会議を月1回開催すると共に、日常的に職員同士が意見交換して改善に取り組んだり、利用者の要望に対応しています。例えば、椅子に座った時足が床につかない場合、足下に発泡スチロール台を置いて安定を保つように改善をしています。	
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。	給料の情報公開をしており、誰がいくらもらっているかがすぐに解るので目標を持てるようにしている。また、ボーナスは人事考課なので日々の仕事を評価対象にしているのでやりがいを持てる環境を作っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	外部研修や内部研修に参加する機会を多く設けて各自のスキルアップに繋げている。また、施設長が認知症指導者なので日々スキルアップの為、指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	施設長が認知症指導者を始め色々な講師をしていて、情報を共有している。また、研修先になっているので研修生や職員の情報交換をしてスキルアップに繋げている。		
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入所前にご本人とご家族の思いを聞き、職員と情報を共有しながら、安心した生活をしていただけるよう日々同じ空間で過ごし話しやすい環境作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入所前には要望等を十分に聞いたうえで対応している。入所当初はご家族にご本人の様子を電話や面会時に報告し、要望の確認している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ご本人、ご家族の要望を十分に聞いたうえで対応している。入所当初はご家族にご本人の様子を電話等で連絡し要望の確認をしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	共同生活の場という意識を持ち残存機能を発揮出来る場面を提供し、職員と協力し、助け合いながらお互い感謝の気持ちを持って暮らしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	面会時間の制限はなく、自由に開かれた空間を作っている。利用者様の要望やご家族の要望を聞いて職員が間に入り支えていけるようにしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族や友人等に気軽に面会に来ていただき、ご本人との時間を大切に過ごしていただけるように支援している。また、利用者様からご家族やご友人等に連絡をしたい時には、いつでも連絡出来るような環境にしている。	家族や友人等馴染みの人が数日に1回程度面会に来ています。面会に来た時はプライバシーに配慮して居室でゆっくりと談話して貰い、その人らしく地域で暮らしていけるよう支援しています。職員が利用者に付き添って馴染みの場所への外出支援も行っています。	

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	日中はフロアで過ごしていただき、茶話会等で利用者様同士が馴染みの関係を構築できるよう支援している。玄関前で外気浴や散策を通して交流を図っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退所したご家族にも連絡を取り近況を聞いたり、相談をされた時には、アドバイスをするようにしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	日々の暮らしの中でご本人の要望を聞いたり、訴えの出来ない利用者様には五感を研ぎ澄まして要望を汲み取るようにしている。また、担当職員がご本人の話をよく聞きアセスメントをして他の職員と情報を共有しながらケアに反映している。お酒を飲んでいる利用者様もいる。	相模グループホーム共和の理念（5ヶ条）に基づき、利用者の意向・要望を把握しています。意向・要望はアセスメントシート等を使用して職員間で情報共有し、ケアプランに反映させています。ケアプランには生活状況等の記載もあり、分かり易い内容になっています。	
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。	入所前にご本人やご家族に面会して調査票を作成して、ケアプランを作成してICFも2種類活用していて職員同士が共有しながらケアに繋げている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	連絡ノートや健康チェック等の確認、職員間での情報の共有しながら利用者様の状態を把握するように努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイディアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	主治医や訪問看護や訪問歯科等との連携をして多角的にケアに繋げている。また、利用者様やご家族からのニーズは日々のケアの中で見出し一人ひとりに即した計画を立てている。	国際生活機能分類とまるごとシートの関係手順に基づきケアプランを作成していくと、「〇〇さんの生活の押さえどころ」、「〇〇さんが介護者にして欲しいこと」等が見えて、利用者がより良く暮らすためのケアプランを作成できる仕組みになっています。	
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。	記録は3色に色分けして記入して職員やご家族が解りやすく工夫している。記録は、ご本人やその時の職員の対応を細かく記録し、状態等の変化があれば計画の見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	状況に応じてその都度会議を設けサービス計画に捉われず対応している。ご家族からの要望も職員で共有し話し合い統一したケアに繋げている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域の行事に積極的に参加して、近隣との交流を図ったり、近隣の人から果物を頂いたりして近隣住民にも認知していただいている。アニマルセラピー犬がいるので犬を通して交流が来ている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	主治医や訪問看護とは利用者様の状況変化があった際連絡して指示を仰いだり、ご家族の希望や必要性があれば通院をしている。通院の結果もご家族に報告している。	協力医療機関のクリニック(内科・皮膚科・整形外科)が、毎月全利用者の訪問診療を行っています。個別には一日一人、9人の訪問診察を実施しています。訪問歯科は月2回来訪しています。緊急時対応の救急搬送には別の2医療機関と連携できる体制ができています。	

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。	週に一回訪問看護に診ていただき、利用者様の近況報告をして体調管理に努めている。また、緊急時には主治医と看護との連携を取り素早く対応するようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院できる協力医療機関があり、病院との連絡をして退院してすぐに受け入れる事が出来る環境作りをしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入所時にご家族には確認している。ターミナルケアに移行する時には主治医・ご家族と十分に話し合い、方針を定め情報を共有し職員にも研修を行う等実践している。	看取りについては家族・医師・職員と3者で話し合いターミナルを3段階の方針について説明をしています。特別な医療をしないなどの希望を受け入れチームを作り支援をしています。すでに看取りを実施しています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	外部研修・内部研修を受け知識を身に付けている。24時間主治医・訪問看護等との連携が取れる体制になっており、指示を受ける事が出来る。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	定期的に防災訓練を行い、利用者様を含め、非常時の行動を身に付けている。緊急連絡網は近隣に住む職員から連絡し駆けつけれるよう体制を取っている。避難訓練で利用者様と職員全員滑り台を使用している。防火管理者が3名在籍している。	年2回防災、避難訓練を実施しています。2階の北ベランダにはステンレス製の避難用滑り台を設置し利用者と職員が一緒に滑る訓練をし、その結果から気づいたことやその対応について記載されています。建物が耐震建築で地域の避難場所として知らせています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	内部研修や外部研修を行い、職員は認知症の種類によって対応方法が違うのでその人に合わせた、声掛けや対応をして人格を尊重している。認知症にとってどのような声掛けをしたら理解していただけるか職員間で情報を共有している。	プライバシーについてはマニュアルを基に年1回、21時から1時間の内部研修をしています。介護サービス従事者研修の受講職員がレビー小体型認知症につて発表し、アンケートを全職員に配布して、その結果から利用者への尊重した対応の仕方を共有し支援しています。		
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。	利用者様が自分の思いや希望を話せる場面を多く提供出来るように心がけている。ゆっくりと話を傾聴したり、ご本人の様子を観ながら声掛けをして自己決定を促している。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	一日をどう過ごすかは毎日の利用者様の状態や天候等を観ながら決めている。その人の生活のリズムを壊すことなく自己決定を引きだしながら支援している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	季節に応じた服装が出来るよう、声掛けや支援している。月に1回、訪問理美容でカットしたり、髪を染めたり、マニキュアや化粧をしたりと、その人らしい生活が出来るように支援している。			
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。	栄養士の資格を持っている職員がいるので相談をしながら、カロリーや季節の食材が提供出来るよう献立を立てている。誕生会では、ご本人の希望を取り入れたメニューにしたり、バーベキューなどを取り入れて食事の楽しみを取り入れている。	食材購入は一人の利用者と一緒に週3回購入しています。体重管理では月ごとの栄養評価票を作成し、特殊オーダー表、個人の食事形態表があります。調理は職員が行い献立には利用者の好きな刺身もでています。個人の食事環境（足台・テーブルの高さなど）を整えています。		

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
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。	栄養士に相談しながら、カロリーを考えて献立を作り、水分の少ない利用者様には水分摂取状況表を作成して、ソリターを小まめに摂取していただくよう、食事・お茶の時に提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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、その方にあった歯磨きの援助を行っている。夜間は、義歯の洗浄の支援している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	全利用者様に排泄記録表を活用し、その方の排泄間隔を把握し、声掛け、誘導を行い、なるべくトイレで排泄出来るよう支援している。	トイレでの排泄介助を原則にしています。声掛けは日中と夜間ではその人によって違いもあり、一人ひとりの排泄の状態を把握して自尊心を損なわない対応に努めています。	
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。	医師と連携を取り、服薬の調整を行っている。1日の水分量の確認や便秘にならないよう体操を1日に2回している。各々便秘対応表があり、便秘になった場合は医師の指示により対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	1人1人にゆっくり入浴の時間を取り入浴を楽しめる場として提供するようにしている。冬はバスクリンを入れたりして、視覚と嗅覚でも楽しめるように支援している。	入浴は、2日に1回で1日に4～5人が入っています。職員1人と利用者1人対応ですが、重度の方は2人介助で浴槽にゆっくり浸かって貰っています。季節の菖蒲湯や柚子湯も楽しんでいます。入浴後の湯は防災用も兼ねて翌日の入浴前まで溜めています。機械浴の設備もあります。	

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
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。	睡眠グラフ表で1人1人のリズムを把握して月ごとに平均値が出るようにしている。季節に合わせて寝巻や寝具を取り換えたり、冬には各居室に加湿器を設置している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	処方箋を職員がいつでも見れる位置に置き確認する事で利用者様の服薬の目的や内容を理解する事が出来る。医師の往診時や状態の変化は指示を仰いで、変更がある時は連絡ノートに記入して職員の共通の認識をする。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	その方にあった役割を持って生活している。毎月の行事や散策や外気浴等の支援をしながら楽しみ、気分転換を図っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	日常的には散策や買い物やドライブ等に出掛けている。ご家族が外食に出掛けたり支援できるようにしている。家族会でご本人やご家族の希望を聞いて墓参りや思い出の場所に外出を出来るように支援出来るように計画をしている。	天候の良い時の散歩は、利用者おのこの状態で距離は異なりますが、車いすの利用者も全員で出かけています。また、年に1回、家族・利用者・職員一人の付き添いで希望の場所へ個別支援をしています。車で桜・鯉のぼり・紅葉狩りなど日にちを分けて出掛けています。	
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。	利用者様の中には、ご自分でお金を所持しており、ご本人の買い物を支払われたりしている。その方によって支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様からの希望があれば電話の取り次ぎをしている。手紙を書いたりする利用者様も中にはいる。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	冬季は床暖房と加湿器、夏季は扇風機やエアコン等で快適に暮らせるよう配慮している。また、一階と二階の電気の明るさを変えて、生活の目的に合わせて快適に過ごせるよう支援している。	1・2階の床は転倒による骨折を低減できる衝撃吸収床で床暖房にもなっています。1階は共有の場で、ダイニングルームには6人掛けの2つのテーブルと3人掛けソファ2つの応接セットが置かれ、ガラスと障子の引き戸で和風仕様になっています。自然光も入り明るい空間です。	
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。	ご本人が快適に出来る場所がある。特にリビングのソファでは人が集まってテレビを観られる。リビングにはテレビが2台あり、テレビ番組が異なる時には、使用している。冬は床暖房を使用しているのでスリッパを脱いで足を温めている利用者様もいる。		
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。	本人の馴染みの物をなるべく持ち込んでもらい、落ち着いて過ごせるよう工夫している。全室、畳なので利用者様には居心地の良い環境になっている。	2階が居室で、防災カーテンと、床は畳敷きで浮床クッションになっています。窓には障子もはめ込まれています。ベット・エアコン・タンス、ナースコールやセンサーマットが備え付けられ、馴染みの物を置いています。毎朝個人専用掃除機で職員と掃除し、週1回は布団も干しています。	
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。	床全部が吸収クッションを使用しているので歩行が不安定な利用者様でも転倒のリスクを減らして廊下全体には手すりを設置しており、自立した生活が送れるように配慮している。		

目標達成計画

事業所名 相模グループホーム共和

作成日： 平成27年 1月 11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	13	職員のやる気や向上心の低下が見られる。	寝たきりの利用者様に対応できるように技術を向上させる。 介護保険や後期高齢者医療制度等の専門知識を身に付ける。	職場内、外部研修に参加する機会を増やし、知識や技術を高めていく。 職員同士で知識や技術を交換しあう。	12ヶ月
2	41	体重のコントロールが上手に出来ていない。	利用者様一人一人の栄養状態を良好な状態にしていく。	各利用者様の日々の食事摂取状況や食事量の把握を行っていく。 定期的な体重測定及び血液検査を実施し栄養評価を行っていく。	6ヶ月
3	27	利用者様に対するケアの統一がなされていない。	ケアの統一を図る。	職員同士が良好な関係を作り、いつでも意見が言い合えるようになる。 連絡ノートや個別記録などの記録をしっかり行い、情報の共有化を図る。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月