

平成28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 2-9-13			
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	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成28年9月30日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月9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.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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であり、本来のグループホームとして利用者様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、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入居者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となり地域行事・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』ともに良好に実施されており、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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月19日	評価機関 評価決定日	平成29年1月17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横浜線淵野辺駅から線路に沿って徒歩約10分の閑静な住宅街の一角にあります。近くには神社があり、路地を入ると交通量も少なく、静けさを感じます。建物は1階が居間、キッチンなどの共有空間、2階が居室(9室)と分かれています。

<優れている点>

介護度の高い人や困難事例の伴う人なども積極的に受け入れています。認知症の様々な行動心理症状に対応できるようスタッフの研修に力を入れており、管理者は認知症介護指導者として活動しています。室内の床は「浮床」構造となっており、仕上げはしなやかなクッション性の高い床材を使用しています。セラピー犬が時々訪問し、利用者にとって癒しの時間になっています。建物の開口部には、カーテンを使用せず、おもての明るさがわかるように、特殊な障子の建具を採用しています。建物の側面には階上からの避難用スロープ(ステンレス製の滑り台)が設置され、火災時などの非常時に使用できるようになっています。

<工夫点>

利用者全員(9名分)の排泄記録をA4版1枚の紙面に、解りやすく、かつ一覽できるように工夫し、活用しています。

【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。 (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、生き活きと働けている。 (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。	常に職員が見れるように職員用トイレに理念を掲示しており、職員全員が理念を実践している。職員一人一人が考えた前年度の事業目標がある。	法人の理念を念頭に、全職員で、BS法・KJ法を用いて課題を抽出し、その中から共通の目標にするものを考え、平成28年度の目標としています。	
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。	運営推進会議や地域の行事に積極的に参加しており、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交流を図っている。	自治会の賛助会員として、活動しています。日々の日課として、好天には率先して外出しています。近所の人や店舗の人々とは顔馴染みです。また、子ども会行事の「ハロウィン」でスタンプラリーのステーションとなり、地域の子ども達と交流しました。	
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指導者が月に一度研修を行い、100万人キャンペーンや包括の会議にも参加して認知症について発表して地域の人に説明をして近隣住民に協力をしている。また、ホームページがある。近隣の中学校の職場体験の受け入れをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	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の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。	今年度は8月から始め、これまで5回実施しています。開かれたホームを目指し、日常の暮らしぶりや地域交流、職員の入退職者数などを議題に盛り込んでいます。参加した家族からは情報の共有ができるという評価をもらっています。	
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、生活保護の利用者さんが3人いるのでご家族のいない利用者さんには家族の便りを月1報告している。また、面会時には近況報告をしている。	利用者の受け入れなどの問い合わせの他、介護保険の改定内容、研修情報などの情報を入手したり、またホーム発行の新聞や家族だよりを発信しています。そのほか、認知症に関する会議や研修に積極的に参加しています。	

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」を職員トイレや事務所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が使用する全てを施錠していない。玄関の施錠は基本的に夜間防犯のみしている。	身体拘束禁止や虐待防止についてホーム内の会議で取り上げ、継続して職員周知を図っています。厚生労働省がまとめた「身体拘束の11の事例」を職員が常に見るところに掲示し、確認をしています。	
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。	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。入浴時に利用者さんのボディチェックを行い、異変がないか確認している。		
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。実際に利用者さんで利用している方もいる。施設としても希望する利用者さん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。又気軽に話ができるように、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。	介護計画更新のときなど事前に家族に打診し、意見の反映をしています。また、家族の面会時に聞いた情報で、反映できるものは連絡帳に記載し、他の職員にも周知できるようにしています。	

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
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。	職員一人一人の意見や疑問を皆で共有できる環境に努め、月1回の職員会議でも常勤職員が皆集まり、意見を述べられる場を設けている。また何か気づいたところがあればまずは先輩に相談にしている。	職員会議の外に、年に2回の食事会を実施し、意見交流の場に行っています。職員は、「叱られなくなったら終わり」との言葉のように、信頼関係の上にならなくて、思い思いの意見を討議し合う社風ができており、普段から円滑な流れができています。	
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。	職員全員の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で日々の仕事を評価対象にしているのやりがいを持てる環境を作っている。		
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。	外部研修や内部研修に参加する機会を多く設け、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であり、日々スキルアップの為、指導を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	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と職員が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。ご本人の個性を大事にして接するよう心掛けている。		

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。	入所前に要望等を十分に聞いた上で対応している。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。毎月ご本人の様子を手紙や写真にし、ご家族へお送りしている。		
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。	見学・面接時に入居にいたる経緯を聞き取り、判断材料としグループホームとしての役割を十二分に説明すると共に医療的な部分でのフォローの限界を留意して頂きながら極力看取りまで行えるように対応したいと考えている。		
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。	遠慮をせずに、手伝えることは手伝い、共に感謝できる関係を構築し、共同作業（料理の手伝い、洗濯たたみ、掃除）などを行ない体操、散歩など利用者間での共同作業に結び付けている。		
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。利用者さん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。	ご家族やご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、利用者さん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。	地元の神社に行く事はもちろん、スーパー（買い物）や薬局などのレジの人と気やすく話をするなど顔馴染みです。神輿や初詣など馴染みの行事や場所など、暮らしの中に入り込んでいます。	

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、主にフロアで過ごしていただき、茶話会等で利用者さん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歩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さんにはこれまでの生活歴や既往歴等の情報、非言語コミュニケーションを駆使して、訴えを読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さんもいる。	散歩やドライブなどで1対1になった時など、「最近どうですか？」と声掛けし、聞きやすい雰囲気の中でコミュニケーションをとるようにしています。得られた情報は本人の言葉をそのまま、個別記録や連絡帳に記載し、共有を図っています。	
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。ケアプランの作成を行い、ICFも2種類活用し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。	バイタルチェックや食事量・排泄・睡眠・体重などをしっかり記録に残し、健康状態を常に把握したうえで、利用者さん一人一人にあったケアを行っている。連絡ノートを作成し、職員間で情報共有に努めている。職員は出勤したら連絡ノートを必ずチェックしている。また、何かあれば主治医に相談している。		

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
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。	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、利用者さん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。	WHO（世界保健機関）で提唱しているICF（国際生活機能分類）の考えのもと、「していること」「できること」をピックアップし、全員参加で介護計画を作成しています。モニタリングは3ヶ月に一度、計画作成担当者がまとめています。	ケアプランから抽出された日々の支援項目については、それぞれ提供の有無についてのチェックを実施することで、さらに質の高いモニタリングが期待されます。
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。	地域の行事へ積極的に参加して、近隣との交流を図ったり、近隣の人から貰い物があるなど、近隣住民にも認知していただいている。		
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、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。	主治医とは利用者さんの状況変化があった際に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。	全員が事業所の協力医療機関の医師の診察を月2回受けています。専門の受診が必要な時は協力医の紹介で家族または職員が付き添って通院し、受診結果の情報も家族と共有しています。訪問歯科による口腔ケアも月2回受けています。	

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
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、利用者さん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。	複数件の看取り経験があります。入所時に重度化した時の指針を説明し、同意を得ています。終末期に移行の場合は家族、職員、医師で話し合い、本人、家族の意向を尊重した看取りケアに取り組んでいます。	
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、利用者さんを含め、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られるよう体制を取っている。また、近隣住民にも助けを求めている。また、近隣住民にも助けを求めている。また、近隣住民にも助けを求めている。	職員が10分内外で駆け付けられる体制があります。5月には地震を想定した避難訓練を実施し、職員、利用者、近隣住民の参加と消防署職員の立ち合いで事業所前の一時避難場所まで行っています。防災時の避難場所の役割を運営推進会議で話し合っています。	種々の災害を想定した実践的な避難訓練を実施していますが、実施した訓練の反省を共有し、さらによりよい避難の進め方について話し合い、気づきを記録し、次につなげることを期待します。

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。	管理者が中心となり毎月内部研修をしています。「丸ごとシート」の活用や毎日の散歩時の何気ない会話を大切に、その人に合った声掛けに努めています。個人情報事務室の鍵付きロッカーで管理しています。	
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。	利用者さん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。ゆっくりと話しを傾聴したり、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、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日々の利用者さん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、声掛けや支援をしている。月に1回、訪問理美容でカットしたり、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。	食材の前処理に参加して頂き、出来る方には下膳や机拭きを毎食後して頂いています。季節食材や行事食を積極的に作る様に心掛けています。	職員が1ヶ月ごとに役割分担しています。リクエストから献立を計画し、調理もしています。買い出しに利用者とも行くこともあります。パンが食べたい、寿司が食べたいなどの希望や、誕生会のメニューも意見を聞き、楽しいひと時にしています。	

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
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。	栄養バランスを考えて献立を作り、水分の少ない利用者さん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様、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。	毎食後の歯磨き・うがいの援助をその方にあった方法で介助をしている。訪問歯科による定期健診等を実施しており専門医との情報交換に努めている。入れ歯は夜間ポリドントで消毒している。		
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。	全利用者さん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。	個人ごとに時系列でわかりやすい排泄および誘導記録表を活用し、適切なトイレ誘導の支援しています。毎日、下半身を動かすことを大切にして、全員で散歩や体操を行い、自然排便への体調作りに努めています。	
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。	水分を多く取って頂くように声掛けしたり、毎日2回の体操、散策等、身体を動かすことによって腸を刺激し、自然排便して頂くように心がけている。便秘がちの方には便秘薬を服用して対応する。便秘3日目以上になると医師の指示の元、追加で便秘薬を服用して頂いている。それでも排便がない際には浣腸を使用している。		
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てしまわずに、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みの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。季節に応じて菖蒲湯やゆず湯にしたりしている。	週2回以上の入浴をしています。夜間に入浴希望の人も職員配置の中で実現しています。リフト設備はありますが、利用者の安心感を大切にするため、複数職員による入浴介助を基本にしています。脱衣室にも暖房設備があり、ゆったりと入浴しています。	

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 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さん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。	買い物・洗濯干しやたたみ・食器拭き・調理・掃除などは可能な限り入居者に参加して頂いてます。毎月家族会費にて誕生会・バーベキュー・バイキングなどを企画している。		
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るのを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出来るように支援出来るように計画をしている。	毎日の生活の中で神社や近隣への散歩で季節感を楽しんでいます。できるだけ外気に触れるよう、職員全員で取り組んでいます。スーパーへの買い物、隔週訪問の家族との食事外出や、時折、家族とお茶などの機会も支援しています。	
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。	ご自分で少額であるが、ご家族了承の上で所持している方もおり精神的安定にはなっている。買い物を希望があれば職員付き添いにて対応している。		

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。	利用者さんからの希望があれば電話の取り次ぎや手紙を作成する援助を行っている。		
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。	床は浮床の上にクッションフロアと床暖房があり、利用者は床に寝そべって楽しそうにテレビを見ている風景も見られます。窓には障子が組み込まれ、自然な日差しの変化が感じられます。テレビ2台、按摩器1台、個人的に憩う場所などがあります。	
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。	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さんもいる。		
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、畳なので利用者さんには居心地の良い環境になっている。	2階にある居室の窓にも障子があり、床は畳模様のクッションフロアになっています。床近くまで下がる低床ベッド、エアコン、タンス2セット、加湿器や扇風機が備え付けです。必要時のためにナースコールやセンサーマットも準備しています。	
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。	床全部が衝撃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さん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。		

平成28年度

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29年 2月 9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	27	情報の共有が上手くできておらず、職員同士の連携がとれていない事がある。結果として面会で来られた家族に重ねて伝えたり、利用者様一人一人、ケアの方法が異なっている。	職員間で情報交換が円滑に行えるようになり、利用者個別に合った対応を身に付け、統一したケアを行えるようにする。	職員同士のコミュニケーションを密にとり、気づきがあれば記録に残す。また、会議等の職員が集まる場で意見を交換し日々のケアへ生かす。	6ヶ月
2	38	長く入居されている利用者様に対して慣れ合いになってきており、些細な状態の変化にも気づかない事がある。	日常の中で利用者様の様子を観察して、表情や仕草、体調の変化に気づき、直ぐに周りの職員に意見を発信できるようにする。	利用者様の様子をしっかりと観察して記録に残し、職員間で情報を交換する。また、過去の様子と現在を照らし合わせて何が変化しているのかを把握する事で日々の変化に気づくようになる。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月