

平成24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	
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	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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25年1月11日	評価結果 市町村受理日	平成25年5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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?IGNO=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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年2月13日	評価機関 評価決定日	平成25年4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)】

ホームは、JR淵野辺駅より徒歩約9分、地域密着型を志向するにふさわしい住宅地にあります。平成23年8月に開所した2階建鉄筋コンクリート造り1ユニットの事業所です。管理者は神奈川県と相模原市の地域密着型サービス研修担当官です。

＜優れている点＞
東北地方太平洋沖地震にも余裕を持って充分耐える建物です。災害に対して2階からの避難用すべり台と2階から降りられる緩降機を設置しています。また階段を除く全て、居室も、浮床クッション工法で骨折を防止しています。共有空間部分には床暖房も付いており、利用者の安全・安心・快適に配慮した作りとなっています。天気の良い日は毎日のようにひなたぼっこに外に出て、順番にその人に合った距離で散歩に行っています。天気の悪い日は階段の昇り降りで行きリハビリを行っています。家族会の要望で墓参りや思い出の場所にも出かけています。利用者全員に歩くことを極力心掛けています。

＜工夫点＞
毎日のように日向ぼっこや、個別で散歩に出かけています。天気の悪い日は階段の昇り降りをして歩行リハビリを行い、歩く事を極力心掛けています。東日本大震災並みの地震にも余裕を持って耐えられる2階建て鉄筋コンクリート構造です。2階からの避難用滑り台と2階から降りられる緩降機を設置しています。また、階段を除く全て（居室も）浮床クッション工法で骨折を防止しています。共有空間部分には床暖房も付いており、利用者の安全・安心・快適に配慮した造りとなっています。

【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 ～ 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、職員全員が理念を共有して実践しています。	「認知症の人」の生活のあらゆる場面で寄り添い、暮らしを育むケアを提供するなどの5項目を理念として職員用トイレに掲示し、職員全員が理念を共有して実践しています。自分が利用者だったらと絶えず主客逆転の論理で考え、サービスを提供しています。		
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、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ます。	事業所設立以前からの歴史もあり、近隣には親戚や理解者が多く居ます。利用者が日向ぼっこをしていると、近隣の方の家で取れたみかんやパンの差入れを貰うこともあります。事業所の渉外担当スタッフが4月から自治会の賛助会員になる予定です。		
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、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ただいている。また、ホームページを活用し啓発・啓蒙に努めています。			
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	概ね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民生委員に参加してもらい意見交換しています。	運営推進会議は自治会長の都合もあり、おおむね3ヶ月に1回開催しています。利用者に墓参りさせたいという家族からの希望を実現しています。		
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3人いるので家族のいない利用者様には家族の便りを月1で報告している。また、面会時には近況報告をしています。	管理者は、神奈川県と相模原市より認知症介護指導者等を委嘱されています。また、厚生労働省から認知症ケア高度推進事業を委任されています。相模原市の研修生、大野北中学校の福祉体験学習を受け入れています。		

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・居室等の利用者様が使用する全てを施錠しています。	「身体拘束をしないケア11か条」を理念と共に掲示しています。「鍵をかけるから利用者様は外出したくなる。ホームでの生活に慣れれば徘徊はなくなる」というケアを実践しています。外部研修や内部研修で鍵をかけない暮らしの大切さについて学びを重ねています。	
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	研修等を行い、知識を得ている。実際に利用者様の中に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	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	入口に意見箱を設置したり、家族会や面会時に意見や要望を聞いている。ホーム内に外部への連絡先を掲示し相談先がわかるようにしています。	全体の約8割の家族が週1回面会に来た時や、年2回の家族会で意見や要望を聞いています。家族参加で遊園地や日帰り旅行をして互いの交流を図りたいとの要望が出され、行事实行書を基に実現しています。	

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	幹部会議や職員会議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ます。	幹部会議、職員会議はそれぞれ月に1回開いています。管理者は上からの指示ではなく、チームワークを重んじ、職員の意見を聞く機会を持つように努めています。勤務の変更、利用者への食事の個別対応などについて職員の意見を反映しています。	
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性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	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	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、研修先である為、研修生と職員の情報交換にもなっています。		
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	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 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、要望を確認しています。		
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	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を確認をしています。		
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	共同生活の場という意識を持ち残存機能を発揮出来るように職員と協力し、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	面会時間の制限はなく、自由に開かれた空間を作っています。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ます。	利用者は地元在住の方が多く、駅近くの馴染みの本屋さんやスーパーマーケットで買い物をしています。家庭でお酒を飲んでいた2人の方が晩酌を楽しんでいます。家族や友人への手紙や電話の支援をしています。	

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
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	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。	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ます。	利用者の行動・反応、ニーズを捉えたスタッフの感性を育成しています。コミュニケーションが困難な利用者であっても、何かのサインとして傾聴し、言葉だけにとらわれず、非言語コミュニケーションを駆使し、思いの把握に努めサービスを提供しています。	
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	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で共有しながらケアに繋げています。		
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	連絡ノート・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 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・訪問看護・訪問歯科等との連携をして多角的にケアに繋がっています。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ます。	担当職員が記入した「利用者のアセスメントシート（ケアの現状）」を基に職員全員でサービス計画書を作成しています。利用者、家族等のアイディア、主治医等の指示書などを加え、認知症の方をそのまま全人格的にとらえた介護計画を立てています。	
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	記録を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ます。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	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ます。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がっています。		
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	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	主治医や訪問看護とは利用者様の状況変化があった時は連絡して指示を仰いだり、ご家族の希望や必要な時は通院をしています。通院の結果もご家族に報告しています。	2週間に1回主治医による往診があります。また看護師が週1回訪問をしています。24時間連絡可能な体制を確保し利用者の緊急時などの対応を行っています。事業所の契約している提携医療機関以外の通院介助は、原則家族の対応ですが殆んど職員が対応しています。	

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ます。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。	入退院時に病院関係者と同じ情報を交換出来る様に密に、連携出来る様な関係作りに努めています。		
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、事業所で行く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、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ます。	開設後、看取りの実績はまだありませんが、入居時にターミナルケアに関する方針と看取りに関しご家族に説明し、了解を得ています。医師と相談しつつ事業所が出来る介護、看護のすべてを果たし、家族と再度相談し、意思を確認する事としています。	
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	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ます。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ます。また、近隣住民にも助けを求めているよう話をしています。防火管理者が3名在籍しています。	昨年7月、10月に利用者と職員で防火訓練を行っています。近隣住民には、災害時には構造上も頑丈な事業所を有効利用してくれるよう話しています。地下に備蓄倉庫があり、自家発電機、米120キロ、水240リットルなどを確保しています。	まだ訓練では地域の協力が実現しておらず、運営推進会議を通じて相談している協力体制の構築を継続検討し、地域住民との協力訓練が実現する事を期待します。

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、職員は利用者の個性（認知症）によって対応方法が異なる為、その人に合わせた声掛けや対応にて人格を尊重しています。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ます。	人格を尊重し、その人に合わせた声掛け、対応を指導・徹底しており、職員はそれを心掛けています。不適切な対応があった場合、その場で注意し、正しい対応を指導しています。人により名字または名前を“さん”付けて呼ぶようにしています。		
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ます。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ます。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	季節に応じた服装が出来るよう、声掛けや支援しています。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	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ます。	誕生会など、好みの食事を取入れて祝っています。ほとんどの方は寿司や、ケーキでしたが、行事以外でも、おやつのお食にも出かけています。屋外でのバーベキューや、室内で利用者も参加してホットケーキ、お好み焼きなど楽しんでいます。		

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
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、一人ひとりにあった歯磨きの援助を行っています。夜間は、義歯の洗浄の支援しています。		
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	全利用者様の排泄記録表を活用し、その方の排泄間隔を把握・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ます。	排泄記録表を付けており、各利用者の夏、冬の排泄の間隔を把握しています。ほとんどの方には声掛けでトイレでの排泄で自立を支援しています。排泄記録表を元にさりげなく常に声掛け、誘導を心掛けています。	
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ます。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回体操をしています。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	一人ひとり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ます。冬はバスクリンを入れて、楽しめるように支援しています。	入浴は週3回～4回入っている方が大半です。一対一で、ゆっくりした入浴のため利用者もリラックスしています。ゆずや菖蒲など季節を感じる風呂や冬は入浴剤の風呂など気分を変えています。	

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
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	睡眠グラフ表で一人ひとり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ます。また、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	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ます。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	一人ひとりにあった役割を持って生活している。毎月の行事・散策・外気浴等の支援をしながら楽しみ、気分転換を図っていただいています。		
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	日常的には散策・買い物・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出来るように支援して計画をしています。	天気の良い日はひなたぼっこに外に出て、その人に合った距離で散歩に行っています。天候の悪い日は階段の昇り降りです歩行リハビリを行っています。家族会の要望で墓参りや思い出の場所にも出かけたり、花見、初詣の外出もしています。	
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	利用者様の中には、ご自分でお金を管理されている方もいます。その方々によって支援しています。		

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
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ます。手紙のやりとりする利用者様もいます。		
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	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、快適に過ごせるよう支援しています。	1階、2階の共用空間で、食堂・居間・廊下の床が浮床クッション工法に成っており、転倒時の骨折を防止しています。温度・湿度管理（冬は湿度40%以上）が徹底しています。居間では利用者の好みに応えるようTVは2台設置しています。快適な生活に応えています。	
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	ご本人が快適に過ごすことが出来る場所があります。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ます。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、使用しています。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ます。	2階が居室に成っています。縁なし6畳敷き（浮床クッション工法）で、窓側にはプラスチック製の障子が付いています。タンス2竿、ベッド、エアコン、ナースコールが備え付けられています。居室には仏壇、ぬいぐるみ、リモコンなど馴染みの物を持ち込み寛ぎの空間と成っています。	
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	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たり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ます。		

(別紙4 (2))

相模グループホーム共和

目標達成計画

作成日： 平成25年 5月 8日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に 要する期間
1	41	利用者さんの体重が全体的に入居当初より増えている。	利用者一人一人に合った食事の提供を行い、バランスをとり、適正な体重の維持を図る。	食事と献立を見直しをする。 栄養士により利用者一人一人の食状況の評価実施。	6 ヶ月
2	13	上司からの指示により職員が行動しているのもっと全職員の意見を出し合い多角的に考えるケアをする。	全職員が自分の意見を持っただけでなく、意見交換して情報の共有をしてケアにつなげる。	気付いたら、後で話さずその場で話す。 主客逆転の発想をもち、利用者さんの立場に立って意見する。	6 ヶ月
3	4.45	地域住民の協力をして頂き、避難訓練をしてないので地域住民との協力のもと避難訓練を行う。	地域との関係を深めて避難訓練に参加して頂くようにする。	運営推進会議や自治会を通して地域住民に協力を依頼する。	6 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。