

平成29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	1495500173	事業の開始年月日	平成23年9月1日	
		指定年月日	平成23年7月1日	
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社			
事業所名	愛の家グループホーム宮前宮崎			
所在地	( 216-0033 )			
	宮前区宮崎4-1-5			
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29年8月15日	評価結果 市町村受理日	平成30年3月1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)】

その人らしい快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。地域との関わりを常に意識し地域密着型の施設であることを念頭に持ち交流を深めます。近隣の認知症カフェへの出席や病院主催のセミナーへの参加を通して近隣との繋がり交流を深めています。

### 【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3階		
訪問調査日	平成29年9月20日	評価機関 評価決定日	平成29年11月7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)】

事業所は東急田園都市線「宮崎台駅」から、徒歩15分ほどの閑静な高台の住宅地にあります。ホームの近くには、いくつかの小さな公園があり、散歩コースとなっています。

<優れている点>

利用者の生活への潤いを高めるための努力をしています。その一つが、キッチンでの調理です。リビングに面したキッチンで野菜を刻んだり、煮炊きをして視覚、嗅覚を刺激し、食事に対して期待と関心を持ってもらうように努めています。また、散歩にも力を入れており、毎日午前中にスタッフがついて散歩に出掛けています。散歩の中で、利用者とは話をしたりつづやきを聞くなどして、要望や意向をホーム長や仲間のスタッフに伝えていきます。地域とのつながりを大切にしています。近くの中学生のボランティアを受け入れたり、地域包括支援センターが実施している認知症カフェでホーム長が講演をしたり、ホームの広い駐車場で、健康マルシェと称して、健康体力測定を提供したりしています。また地域の祭りに参加したこともあります。

<工夫点>

利用者楽しく運動をしてもらうために自前でビデオを作っています。「365歩のマーチ」「水戸黄門の主題歌」「サザエさんの主題歌」とよく知られている曲にスタッフが振りをつけてビデオにしたものです。利用者はよく知っているスタッフがテレビに映っていることで、親しめて楽しく体操をしています。

### 【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	愛の家グループホーム宮前宮崎
ユニット名	そらユニット（1F）

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	【愛の家グループホーム運営理念】 一、その人らしい快適で穏やかなシルバークライフを常にサポートします。 一、心を込めた親切なサービスに努めその心を磨き続けます。一、様々な機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします。の理念に基づきホーム運営に努めています。	運営理念は、職員の事務室に掲示してあり、朝の引き継ぎ会議の時に確認しています。時には、唱和することもあります。実際の利用者のケアにあたる時に、ホーム長は職員に対し、運営理念とともに、「優しく」「楽しく」を心がけるよう指導しています。	
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。	地域包括支援センターとの協力で地域住民を交えて【健康マルシェ】を開催。小学校での運動会に利用者と参加。	自治会に加入しており、回覧も回ってきています。地域包括支援センターが実施している認知症カフェでホーム長が講演したり、「健康マルシェ」と称して、地域住民を対象とした健康・体力測定フェアに、ホームの駐車場を利用してもらっています。	
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。	認知症カフェに出席し一般の方に認知症対応型のグループホームでの取り組みを説明させて頂く。	/	/
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。	二カ月に一度開催しホームの運営状況報告や各ユニットの状況を報告しご家族様からの意見、要望を聞き入れ、より良いサービスの提供に努めている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催しています。家族が参加しやすいということで土曜日に実施しており、ホーム側から運営の状況、連絡事項を報告し、家族から意見や質問を受け、それにホーム側から回答する場としています。	現在、利用者家族以外の参加がありません。地域とのつながりも出来ていることから、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、行政職員など、外部の人の参加も期待されます。
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。	地域包括支援センター主催の認知症カフェへの出席の他、かわさき記念病院（地域包括支援センター共催）の勉強会への参加をしている。	現在のところ、川崎市や宮前区の担当者との接触はありませんが、地域包括支援センターとは認知症カフェや、イベントを通じてコンタクトしています。	今後、市町村との連携が取れるような仕組みを作っていくことも期待されます。

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。	ホーム内での研修の他、職員がいつでも閲覧可能なマニュアルが用意されています。	身体拘束をしないケアについて、毎年勉強会、研修会を行っており、最近では8月に実施しています。身体拘束について16項目からなるチェックシートを運営法人が独自に作成しており、2ヶ月に1回、身体拘束につながりそうなケアをしていないかどうか、全職員がチェックし、確認しています。	
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。	【虐待・不適切なケア】【身体拘束】チェックシートにて常に職員一人一人が意識して業務に取り組んでいます。		
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。	当ホームには後見人のいる利用者もおりホームでの出来事をお伝えしています。		
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。	契約の際は重要事項説明から説明し契約書の読み合わせをします。疑問点を解消してからの締結を心掛けています。		
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。	面会の際やお電話による意見等を聞き入れ運営に反映させています。	日常的に、家族の訪問があった時には要望や意見を出しやすいようにしています。また、運営法人で家族に対する独自アンケートを行い、生活領域ごとに満足度を把握しています。その結果がホームにフィードバックされ、日常的なケアに活かされています。	

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
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。	月に一度のホーム会議やユニット会議での意見等を反映させています。	毎月ユニット会議とホーム会議を実施しており、そこでは利用者の状況だけでなく、運営に関する職員の意見も出しています。こうした意見を運営に反映するようにしています。ホーム長は日常的に職員の意見や提案を聞くようにしています。	
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。	従業員に対して満足度アンケートを実施し就業環境の改善に努めています。また職員には月に2日の希望休を与えられるようにシフト調整を行っています。		
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。	初任者研修や介護福祉士資格の取得支援金の実施を行っており働きながら資格取得が可能な環境となっています。		
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。	同地域の居宅介護支援事業所に定期的に訪問する他、認知症カフェでの交流を行っている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前にご本人宅等に出向いてアセスメントを行ないご本人の希望や意向を事前に聞き取りホームでの生活に不安が無いように配慮している。		

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
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。	ご本人様とのアセスメントの際にはご家族様も同席して頂いており意見や希望を反映させています。		
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。	入居時のADLを考慮して必要な方には外部よりリハビリによる施術を検討し支援の質を高めています。		
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。	本人が出来ることは極力、自身で行って頂いている他、生活全般における掃除や洗濯物たたみやお盆拭き等を入居者同士で協力しながら行って頂いている。		
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。	基本的には病院受診はご家族にお願いして家族様の関係を絶やさないようにしています。また外出に関してもご家族に声を掛けて一緒に過ごす時間を作っています。		
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。	以前、住まれていた場所に友人が居たりその地域に思い入れがある場合は車でそこへ行ったりご家族様に手紙を書いて頂いたりしています。	近隣に住んでいた利用者の昔の仲間が訪ねて来ることがあり、来訪の際にはきちんと受け入れています。また、以前に住んでいた所に友達がいるということで、職員と車で訪ねて行き、交流したこともあります。	

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
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。	日頃から利用者一人一人の個性や関係性を把握して過ごしやすい環境を提供しています。		
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。	医療的な問題でホームから退居される場合でもその方のADLに合った適切な施設をご家族と検討し支援しています。		
<b>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</b>					
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。	本人との会話や日頃の生活から意向を読み取りプランに反映させている。	日常的に職員は利用者の思いを受け止めようと努めています。散歩の時など、職員と1対1になることも多く、そのような場合に、利用者が話したり、つぶやいたことを聞いておき、ホーム長や他の職員に伝えるなど、ケアに活かそうとしています。	
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。	入居前の生活歴を本人や家族より情報として把握し事前に全スタッフに周知することで入居初日からでも双方にとって円滑に支援が出来るように努めています。		
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。	毎日の生活を介護記録に残し都度、申し送りや朝礼等で情報共有している。		

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。	ユニット会議やホーム会議の中で職員からの意見を抽出し医療関係者の意見や家族からの要望等からケアプランを作成しています。	ケアプランは長期、短期目標が設定され、短期目標はさらに毎日のサービス内容に具体化されています。職員は毎日のサービスの実施の有無を点検しています。ユニット会議でケアプランが見直され、利用者及び家族の意向や意見が反映されています。	
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。	日々の生活を記録に残し職員間で共有し新たな課題が見つければ次回のケアプランに反映させています。		
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。	個別ケアを基本にその人に合ったケアを実践出来るように情報の共有を心掛けています。		
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。	地域との交流の一環としてボランティアの受け入れをしたり行事等にも入居者様と一緒に参加しています。		
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。	かかりつけ医の往診の他に外部の病院を受診する場合はかかりつけ医から紹介状を書いて頂き適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医は認知症に理解のある内科医です。月に2回往診があります。かかりつけ医以外の専門医の受診は原則家族対応ですが、緊急時や家族対応ができない場合は、職員が対応しており、受診結果なども家族と情報の共有が図られています。	



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
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。	週に一度の訪問看護と連携し体調の変化や対応に関する助言を頂いています。また、かかりつけ医の往診日以外にも状況によっては臨時往診をして頂いています。		
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。	入院となった場合も医療関係者とのカンファレンスに出席し早期退院に繋がられるように努めています。		
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。	入居契約時に重度化・看取り介護にかかわる指針を説明し同意書を交わしていますが実際に看取りという状況が近づいた場合は改めてご家族様と医療関係者を交えて話し合いの機会を設けます。	現在はまだ看取りの経験はありませんが、同意書を交わし、重度化に向けて看取り介護をしていく方向にあります。その際は事業所の対応力などを見極め、職員と話し合い、家族と連携をとり、納得した最期が迎えられよう取り組む意向です。	
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。	【救急搬送手順】と【情報提供書】を用意しており、いつでも急変時に対応が出来るようにしてあります。		
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。	年二回の防災訓練の内、一回は夜間想定避難訓練を実施しています。	年2回防災訓練をしており、1回は夜間を想定した訓練をしています。避難経路の確認をし、ホーム内の広い駐車場に集まることにしています。災害発生に備えて3日分の水や食料、缶詰などが備えられています。備蓄食品などのリストも作成しています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	入居者様を尊重し言葉かけに配慮していますがご家族様より（ちゃん付け）をお願いされている方もいらっしゃいます。	人格を尊重し、トイレ介助や入浴時はカーテンやバスタオルで隠し、個人の尊厳を守っています。言葉掛けなど、職員同士が気を付け合うようにしています。入居者一人ひとりの気持ちを大切にしています。個人情報取り扱いにも配慮しています。	
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。	ご自分で食事前にエプロンを用意して頂いたり食後、自ら台所まで下膳して頂いています。また温かいお茶か冷たいお茶か等もご自身に決めて頂くこともあります。		
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。	食事の開始時間は設けてありますが朝の起床が遅い方は起きてから居室で召し上がって頂いています。		
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。	訪問理美容を利用されている方の中ではご自分の意思でカラーリングやパーマをかけている方がいます。		
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。	対面式キッチンであり食事を作っている時の音や匂いを感じられるようになってきました。また食器洗い等も職員と一緒にお手伝いして頂いています。	業者が納入した食材を使って調理しています。野菜を切る音、煮ている音や匂いなどで食欲がわくような取り組みをしています。下膳や食器洗いは入居者と職員が一緒に行っています。近いうち、入居者に調理の手伝いをして貰えるような企画をしています。	

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
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。	各々の食事量や水分量（制限等）、食事形態は全て把握しており状態に合わせて変更もしています。		
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、口腔ケアを実施し週一の訪問歯科を受診されている方もいらっしゃいます。		
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。	排泄チェック表を用いてパターンを把握してトイレ誘導にて失禁の減少を図っています。また排便が滞っている場合にはオムツ対応の方でもトイレに座って頂き排泄を促しています。	自立排泄と自尊心に配慮した支援をしています。排泄チェック表を用いてトイレでの排泄を大切にしています。排便が困難なオムツ対応の人にも、職員2人対応により、座位姿勢でのトイレの排泄を心掛けています。	
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。	水分量を把握して調整する他、牛乳を飲んで頂いたりしています。		
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。	入浴剤の使用の他、季節に合わせた松湯、月菖蒲湯、ゆず湯等を実施。	入浴日、時間は本人の希望を聞きながら週に2回以上実施しています。夏場は希望があればシャワー浴を追加で実施しています。入浴剤や柚子湯、菖蒲湯などで季節や香りを楽しんでいます。	

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	
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。	その人に合わせたサービス提供を心掛け通常二時間毎の巡視ですがご本人様やご家族様の意向により三時間毎の巡視の方もいます。			
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。	服薬チェック表の使用に基づき職員二名によるチェックにて安全な服薬に努めています。			
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。	各々の好みや特性を把握しておりレクリエーションに生かしています。 (歌、野球、散歩等)			
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。	散歩以外でも極力、外出が出来るように努めています(外食等)また、ご家族様にも協力して頂き普段は行けないような場所にも行って頂くこともあります。	毎日午前中に1階と2階合わせて8～9名位の方が近くの公園などに散歩に出掛けています。車いすの人も外気浴を楽しんでいます。家族の協力で、墓参りや自宅に行ったり、外食を楽しんだりもしています。		
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。				

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。	携帯電話を持っている方もいてご自分で好きな時にご家族様と話をされています。また、お手紙も自由に出すことが可能です。		
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。	季節に合わせた飾り付けを行なっています。（職員と入居者様が共同で作ることもあります）	共用部にソファが用意され、思い思いに座り、くつろいでいます。室温・空調・換気などは入居者が快適に過ごせるように配慮しています。中庭には花壇があり、ウッドデッキから車いすのまま中庭に出ることができ、外気浴も楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ご自分専用の座席を設けている他、共用部には数人で座ることが出来るソファを用意しています。		
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。	以前から使用していた家具等を持ち込んで頂いたりご家族様が面会に来られた時に使用する椅子等の持ち込みも自由にされています。また、居室内に冷蔵庫を用意してご家族全員で買ったものを食べることも可能となっています。	仏壇や写真、タンス、ベッドや寝具など、以前から使用していたものを持ち込み、くつろげる居室としています。それぞれ自由にレイアウトし、個性的に整えています。居室内は冷蔵庫の持ち込みも可能となっています。	
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。	居室からフロアにかけて廊下には手摺りを備えている他、トイレもドアを開けると自動で照明が点くようになっています。		

事業所名	愛の家グループホーム宮前宮崎
ユニット名	にじユニット（2F）

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	【愛の家グループホーム運営理念】 一、その人らしい快適で穏やかなシルバークライフを常にサポートします。 一、心を込めた親切なサービスに努めその心を磨き続けます。一、様々な機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします。の理念に基づきホーム運営に努めています。		
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。	地域包括支援センターとの協力で地域住民を交えて【健康マルシェ】を開催。小学校での運動会に利用者に参加。		
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。	認知症カフェに出席し一般の方に認知症対応型のグループホームでの取り組みを説明させて頂く。		
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。	二カ月に一度開催しホームの運営状況報告や各ユニットの状況を報告しご家族様からの意見、要望を聞き入れ、より良いサービスの提供に努めている。		
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。	地域包括支援センター主催の認知症カフェへの出席の他、かわさき記念病院（地域包括支援センター共催）の勉強会への参加をしている。		

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
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。	ホーム内での研修の他、職員がいつでも閲覧可能なマニュアルが用意されています。		
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。	【虐待・不適切なケア】【身体拘束】チェックシートにて常に職員一人一人が意識して業務に取り組んでいます。		
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。	当ホームには後見人のいる利用者もおりホームでの出来事をお伝えしています。		
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。	契約の際は重要事項説明から説明し契約書の読み合わせをします。疑問点を解消してからの締結を心掛けています。		
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。	面会の際やお電話による意見等を聞き入れ運営に反映させています。		



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
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。	月に一度のホーム会議やユニット会議での意見等を反映させています。		
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。	従業員に対して満足度アンケートを実施し就業環境の改善に努めています。また職員には月に2日の希望休を与えられるようにシフト調整を行っています。		
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。	初任者研修や介護福祉士資格の取得支援金の実施を行っており働きながら資格取得が可能な環境となっています。		
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。	同地域の居宅介護支援事業所に定期的に訪問する他、認知症カフェでの交流を行っている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前にご本人宅等に出向いてアセスメントを行ないご本人の希望や意向を事前に聞き取りホームでの生活に不安が無いように配慮している。		

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
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。	ご本人様とのアセスメントの際にはご家族様も同席して頂いており意見や希望を反映させています。		
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。	入居時のADLを考慮して必要な方には外部よりリハビリによる施術を検討し支援の質を高めています。		
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。	本人が出来ることは極力、自身で行って頂いている他、生活全般における掃除や洗濯物たたみやお盆拭き等を入居者同士で協力しながら行って頂いている。		
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。	基本的には病院受診はご家族にお願いして家族様の関係を絶やさないようにしています。また外出に関してもご家族に声を掛けて一緒に過ごす時間を作っています。		
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。	以前、住まれていた場所に友人が居たりその地域に思い入れがある場合は車でそこへ行ったりご家族様に手紙を書いて頂いたりしています。		

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。	日頃から利用者一人一人の個性や関係性を把握して過ごしやすい環境を提供しています。		
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。	医療的な問題でホームから退居される場合でもその方のADLに合った適切な施設をご家族と検討し支援しています。		
<b>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</b>					
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。	本人との会話や日頃の生活から意向を読み取りプランに反映させている。		
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。	入居前の生活歴を本人や家族より情報として把握し事前に全スタッフに周知することで入居初日からでも双方にとって円滑に支援が出来るように努めています。		
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。	毎日の生活を介護記録に残し都度、申し送りや朝礼等で情報共有している。		

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。	ユニット会議やホーム会議の中で職員からの意見を抽出し医療関係者の意見や家族からの要望等からケアプランを作成しています。		
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。	日々の生活を記録に残し職員間で共有し新たな課題が見つければ次回のケアプランに反映させています。		
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。	個別ケアを基本にその人に合ったケアを実践出来るように情報の共有を心掛けています。		
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。	地域との交流の一環としてボランティアの受け入れをしたり行事等にも入居者様と一緒に参加しています。		
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、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。	かかりつけ医の往診の他に外部の病院を受診する場合はかかりつけ医から紹介状を書いて頂き適切な医療を受けられるように支援している。		

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
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。	週に一度の訪問看護と連携し体調の変化や対応に関する助言を頂いています。また、かかりつけ医の往診日以外にも状況によっては臨時往診をして頂いています。		
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。	入院となった場合も医療関係者とのカンファレンスに出席し早期退院に繋がられるように努めています。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居契約時に重度化・看取り介護にかかわる指針を説明し同意書を交わしていますが実際に看取りという状況が近づいた場合は改めてご家族様と医療関係者を交えて話し合いの機会を設けません。		
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。	【救急搬送手順】と【情報提供書】を用意しており、いつでも急変時に対応が出来るようにしてあります。		
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。	年二回の防災訓練の内、一回は夜間想定避難訓練を実施しています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	入居様を尊重し言葉かけに配慮していますがご家族様より（ちゃん付け）をお願いされている方もいらっしゃいます。		
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。	ご自分で食事前にエプロンを用意して頂いたり食後、自ら台所まで下膳して頂いています。また温かいお茶か冷たいお茶か等もご自身に決めて頂くこともあります。		
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。	食事の開始時間は設けてありますが朝の起床が遅い方は起きてから居室で召し上がって頂いています。		
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。	訪問理美容を利用されている方の中ではご自分の意思でカラーリングやパーマをかけている方がいます。		
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。	対面式キッチンであり食事を作っている時の音や匂いを感じられるようになっていきます。また食器洗い等も職員と一緒にお手伝いして頂いています。		

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。	各々の食事量や水分量（制限等）、食事形態は全て把握しており状態に合わせて変更もしています。		
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、口腔ケアを実施し週一の訪問歯科を受診されている方もいらっしゃいます。		
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。	排泄チェック表を用いてパターンを把握してトイレ誘導にて失禁の減少を図っています。また排便が滞っている場合にはオムツ対応の方でもトイレに座って頂き排泄を促しています。		
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。	水分量を把握して調整する他、牛乳を飲んで頂いたりしています。		
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。	入浴剤の使用の他、季節に合わせた松湯、月菖蒲湯、ゆず湯等を実施。		

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。	その人に合わせたサービス提供を心掛け通常二時間毎の巡視ですがご本人様やご家族様の意向により三時間毎の巡視の方もいます。		
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。	服薬チェック表の使用に基づき職員二名によるチェックにて安全な服薬に努めています。		
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。	各々の好みや特性を把握しておりレクリエーションに生かしています。 (歌、野球、散歩等)		
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。	散歩以外でも極力、外出が出来るように努めています(外食等)また、ご家族様にも協力して頂き普段は行けないような場所にも行って頂くこともあります。		
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。			



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。	携帯電話を持っている方もいてご自分で好きな時にご家族様と話をされています。また、お手紙も自由に出すことが可能です。		
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。	季節に合わせた飾り付けを行なっています。（職員と入居者様が共同で作ることもあります）		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ご自分専用の座席を設けている他、共用部には数人で座ることが出来るソファを用意しています。		
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。	以前から使用していた家具等を持ち込んで頂いたりご家族様が面会に来られた時に使用する椅子等の持ち込みも自由にされています。また、居室内に冷蔵庫を用意してご家族全員で買っていただいたものを食べることも可能となっています。		
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。	居室からフロアにかけて廊下には手摺りを備えている他、トイレもドアを開けると自動で照明が点くようになっています。		

平成29年度

## 目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム宮前宮崎

作成日： 平成 30年 2月 1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	3	以前は参加していた民生委員、地域包括支援センター等、外部の方への参加要請も滞っており、地域との繋がりが希薄になっていた。	運営推進会議において、ご家族のみならず、地域の方々にも参加要請をし参加して頂く。	平成30年3月17日開催の運営推進会議より、地域包括支援センター、民生委員、自治会の方々にお声掛けし、参加して頂く。	2ヶ月
2	4	困難事例や運営上の課題等について行政担当者との接触が希薄であり、連携が取れていない。	市、区役所の担当者との関係性を構築し、運営上の相談が出来、地域との繋がりを強化する。	地域包括支援センター主催の勉強会やイベントに定期的に参加し、市・区の担当者との面識を持つ。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月