

平成30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	149550173	事業の開始年月日	平成23年7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 ) 神奈川県川崎市宮前区宮崎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	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	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成30年10月11日	評価結果 市町村受理日	平成31年2月28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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

認知症高齢者の方々がこれからも住み慣れた地域の中で、生き生きと暮らし続けることができるように、支援を展開していくこと。また、グループホームで暮らすことは、特別な場所や特別な支援ではなく、人として生きる支援の場であることにこれからも挑戦していくこと。

### 【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月24日	評価機関 評価決定日	平成31年2月13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、田園都市線鷺沼駅からバスで10分ほど、「宮崎桜が丘公園」を下車し、バス停からすぐの静かな住宅街にあります。運営法人の株式会社が、平成23年9月に2ユニットのグループホームとして開設しています。

<優れている点>

企業理念とは別に、ユニットごとの職員が意見を出し合い「私達の理念」を作成しています。利用者が今、最も必要としている環境、それを支える職員の心構えを意識した理念となっています。常に振り返り、話し合い、目標を確認しながら実践に繋げています。基本は、地域に密着したホームの暮らしが、利用者にとって穏やかで安心できる「第二の家庭」になるよう、一人ひとりの思いに寄り添う支援としています。

<工夫点>

管理者は、川崎市や区の認知症サポーター養成講座、認知症介護実践者研修などの講師を務めています。事業所でも職員の資質向上に向けた研修や学習に力を入れています。毎月開催する「5S活動委員会」は、介護現場の具体的な行動「整理・整頓・清掃・清潔・躰・接遇」を示し、各項目の目的と実践の意識向上を図り、利用者の快適な暮らしに繋げるための勉強会です。また、「身体拘束・虐待防止委員会」は、不適切なケアの防止についての学習会で、毎月行っています。

### 【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	愛の家グループホーム宮前宮崎
ユニット名	1階ユニット

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)	○	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ます。 (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
<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。	認知症介護指導者であるホーム長が定期的に（月2回目安）職場研修を行い、認知症介護理念に基づいたケアサービスの実践を目的とした職員教育を行っている	「私達の理念」として1階、2階の各フロアにそれぞれ掲示し、職員一人ひとりが利用者にできることを掲げています。なお、管理者は、月別のスローガンを示し、職員が介護支援に邁進するように方向付けをしています。	
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。	自治会を通じて、毎月地域の方々（子供会含む）との交流がある また、ホーム主催の季節行事などにも民生委員さどもにも協力頂くことが可能となっている	住み慣れた街で生き活きと暮らしを続けたいとの利用者の希望もあり、自治会々長兼民生委員の協力を得て、地域との交流が活発になっています。自治会や子ども会、学童保育、中学生の職業体験学習などで地域との交流が盛んになっています。	
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。	認知症サポーター養成講座などの講師活動と、認知症介護実践者（リーダー）研修等の講師活動をホーム長が行っている		
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。	定期的に会議を開催し、ホームの運営内容及び課題などを地域や、入居者家族と共有している	利用者および家族、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員などの参加を得て、2ヶ月に1回開催しています。別法人の傘下に入る懸念も、運営は従来通りで心配無い旨を説明し、払拭されています。	
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。	認知症サポーター養成講座などの講師活動と、認知症介護実践者（リーダー）研修等の講師活動をホーム長が行っている	管理者は認知症介護の指導者として、年間約20件、市や区などが開催する講師を担い、地域とも関わっています。また、行政主催の感染症予防や身体拘束廃止・虐待防止などの研修会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。	現在エントランスのみ、終日の施錠を必要としている。その他の身体拘束防止についてはすべて実施されている。	「身体拘束虐待防止委員会」を設け、毎月活動しています。管理者は「パーソンセンタードケアの第一歩」「どうすれば不適切ケア予防できるか」などの講演を行い、職員に周知徹底を図っています。	
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。	ホームでは、身体拘束・虐待防止委員会が中心となって、不適切ケアについて理解を深めるための活動を行っている		
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。	定期的に地域包括支援センターから情報を提供してもらったり、事業所からも出向くなどを実施している		
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。	入居前から入居当日までに契約を完結させることとしている。また、重要事項説明書などについても同様に説明を行うこととしている。また、運営上の改定などがあった場合も同様に個々に説明の場を設けている。		
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。	入居者家族については、毎月入居者状況を報告（郵送）としている。また、ご意見箱をエントランスに配置している	毎月、利用者家族宛に「宮崎ホーム便り」を発行し、状況を知らせています。面会時や電話などから意見や要望を聞くこともあります。これらの情報を介護計画変更の参考としています。	

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。	毎月ホーム全体会議を開催しており、意見交換の機会を定期的に設けている。また、個別でのヒヤリングなども適宜行っている	管理者は毎月のホーム全体会議から意見を汲み上げています。また「5S活動委員会」の活動やES（従業員満足度）アンケートを行い、運営改善に反映させています。職員との面談でストレスを解消し、風通しを良くしようとしています。	
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。	従業員への満足度アンケートの実施を定期的に行い、働きやすい環境への整備を進めている また、変形労働制シフトのため、希望休みや有休に配慮している		
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。	キャリアパス制度を活用しており、資格取得への助成金がる また、働きながら資格取得が行えるよう、休日調整を必要時には行っている		
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。	地域包括支援センターとの定期的なやりとりを中心に情報共有を行なっている また、認知症介護指導者連絡会のメンバーであるホーム長が窓口となってサービス向上に努めている		
<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。	生活環境の変化から生じるリロケーションダメージなどを予防するため、本人の居場所作りを行うにあたり、小まめな声かけや本人の思いを発言できる機会を毎日もうけている		

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。	入居日にご家族様に対して、意見や望まれていることまたは、不安に思っていることなどをお話いただく時間を設けている		
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。	ケアプランを入居から一か月間は暫定としていることを、本人と家族に説明している。また、その間で本人にとっての課題を明確にしていき、ホームでの生活が本人にとって生活しやすいものにするためのものであることを目的とした期間であると位置づけている		
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。	ホームでの生活の主体は常に利用者本人にあることを前提に、支え支えられ合う生活環境を提供している。時には他者に介助を委ねなければならない本人のやるせなさに寄り添うため、ホーム長を中心に個別のかかわりとしている		
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。	ご家族様に初期の段階で、利用者本人の生活の質を保障するためのご協力をお願いして、承諾を得るようにしている		
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。	ご家族の協力や自治会や地域資源を活用しながら、本人の大切にしていることが貫けるよう、適宜連絡を取り合い実現につなげている また、介護職員も可能な限り、本人の意向を承認するようにしている	コンビニエンスストアで日用雑貨の買い物や季節の花見などの支援をしています。美容院の美容師の来訪もあり、こだわりのシャンプーをする人もいます。友人知人の来訪時には居室・居間・相談室などを利用し湯茶を提供しています。	

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。	一人ひとりの利用者の個性などに考慮しながら、また、認知症の中核症状と周辺症状への対応を踏まえた上で、毎日他者との交流ができるよう時間を設けて介護職員が掛け橋となっている		
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。	サービス終了となった際は、その後も必要時に情報を提供したり、いつでも介護相談が行えるよう、ご家族に周知している		
<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。	本人への実調と介護記録やモニタリングなどを活用し、定期的にケアプランを見直し、本人の意向に沿う内容にサービス内容がなされているかを、点検している	申し送りノート、ユニット会議録・全体会議録を回覧し情報を共有する体制を整え、認知症を理解し、一人ひとりの思いに深く寄り添う支援に努めています。	
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。	本人とご家族からのヒヤリングを中心に、生活習慣や暮らしへの思いを定期的に見直し、ホームでの暮らしに反映させられるよう、考慮を重ねている		
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。	介護支援経過記録や毎日のバイタル・食事・水分・睡眠リズム・服薬状況などをチェック表としている。また、朝礼や夜勤者への申し送りなどを活用し、各利用者の日常把握に努めている。		

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。	ユニット会議やカンファレンス（サービス担当者会議）などを定期的に行い、サービスの捉えなおしの機会としている	本人や家族から生活習慣や暮らしへの思いを確認しながら定期的にプランの見直しを行っています。また、利用者に意見要望を聞き、介護支援計画が本人の希望に沿うものかの確認をしています。	
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。	ケアプランにのっとり、根拠あるサービス提供を行うため、個人記録や支援経過記録などを勤務時には必ず目を通すことが確立している また、それらを日々のケアにつなげることもチームケアとして成立しつつある		
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。	家族との情報交換は、本人に何か少しでも変化が見られた場合は、都度行うこととしているまた、インフォーマルなサービスも必要時には導入可能となっている		
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。	地域ボランティアの来訪にて、生け花教室や唄の会その他の活動から地域社会参加や入居者の生きがい活動につなげている。		
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。	原則訪問診療医が入居者の主治医となっている。定期的に血液検査なども実施している。急変時や臨時往診なども必要時は実施されている	本人・家族の同意の下、提携医療機関の内科医師・歯科医師が訪問診療を行っています。また、看護師が週に1回訪問し、利用者の健康管理をしています。専門外の診療は、訪問医の紹介で他の医療機関を受診することが出来ます。	



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1回の訪問看護にて、日常的健康管理を実施しているその際に、情報共有やケアへの助言を受けている それらから適切な医療が受けられるよう、支援している		
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。	入院時の情報提供や、退院に向けてのムンテラなどに参加し、早期退院への働きかけを実施している		
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。	アドバンスケアプランニングを倫理的に適切なプロセスで実施することが重要と考え、入居時に必ず話し合いの場をもうけているまた、必要時には医療従事者を交えて再度の意思確認を行うこととしている	重度化や終末期における指針があり、入居時に事業所で出来る対応を説明しています。病状変化に伴い、段階ごとに本人、家族と確認をとりながら出来る限り意向に添う支援をしています。終末期における必要な人員・協力や連携体制は整えています。	
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。	応急手当や救急対応の研修を実施している また、日々申し送りなども活用し、リスクマネジメントへの意識を現場目線で高めていくことを実施している		
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。	年に2回災害時研修と消防訓練を実施している また、それに合わせて現場研修を行い、各職員の意識を高めるようにしている	災害を想定した訓練を年に2回行っています。自治会々長始め近隣の協力体制も整えています。地域避難者向けに余分の備蓄もし、誰でも分かるように保管場所にリストを貼っています。入居者の写真・特徴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。	一人ひとりの入居者に対して、パーソンセンタードケアを実践し、認知症高齢者の自尊心の回復に努めている	利用者個人用の専用ポストを設置してあります。その人を中心とする最善のケアを行う「パーソンセンタードケア」の研修と実践に力を入れています。認知症を理解し、一人一人の思いに深く寄り添う支援に努めています。	
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。	利用者の言動や行動をよく観察し、また、本人との日常会話からもキーワードを拾い、自己選択と自己決定を支援している		
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。	ホームの日課にはめ込むのではなく、本人の生活リズムを尊重するため、必要に応じて本人の意向をヒヤリングし、日々の介護記録なども活用するようにしている		
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。	整容については、可能な限り本人の思いを優先としている ただし、認知症の進行から自らが主体性を表出することが困難なケースにおいては、全面的に援助を行っている		
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。	食事の時間を楽しみにすることだけでなく、主体的に調理や食前後の準備・後片付けなどを行っていただけるよう、生活環境に配慮しているまた、メニューと一緒に決めたりすることも行っている	管理栄養士が作成する献立を基に職員が手作りしています。リビングから厨房が見え、食事の用意や調理の匂いなど、食への刺激を得ることが出来ません。偏食の人、体調の優れない人などの食事形態に合わせた食事支援をしています。	

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
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。	食事摂取量や水分摂取量などを日々確認し、利用者の食事スタイルに合わせた食事形態で食事提供を行っている また、体調の変化などから食事量に変動がある場合は、必要時に医療職への情報提供をし、栄養状態が安定するよう考慮している		
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。	毎食後は口腔ケアを行い、義歯の洗浄も毎日行えるよう、援助している また、訪問歯科による歯科衛生士からのアドバイスを毎日の口腔ケアに活かすようにしている		
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。	本人の排泄パターンを把握する目的で、チェックシートを活用している また、定時での排泄誘導や援助にて、排泄動作の自立を支援している	一人ひとりの排泄チェックを基本としてその人の排泄のリズムに合わせたトイレ誘導をしています。排泄の自立を促し、残存能力を損なわない支援に努めています。	
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。	毎日適度な活動や運動、散歩などを行っている また、食事や睡眠リズムを把握し、ストレスなどメンタル面にも配慮するようになっている		
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。	可能な限り本人と相談しながら、入浴時間や入浴スタイルなどに沿うようにしているまた、	基本的には、週2回の入浴です。入浴時間や入浴スタイルなど、出来る限り本人の希望に沿うようにしています。湯水は毎回取り替え、湯の温度調整も好みに合わせています。	

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
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。	夜間帯は定時巡回をし、安否を確認している また、居室の環境整備を介護職員が担当者制で行い、快適な環境で睡眠や休息がとれるようにしている		
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。	医師から処方された薬を確実に管理及び服薬できるよう、介護職員全員が薬について把握に努めている また、薬剤師によるアドバイスが必要な時にはうけている		
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。	本人の日課リズムを把握することから始め、自分らしく役割やレクリエーションなどの活動参加ができるよう、援助を行っている また、外気浴や屋外活動への援助も可能な限り行っている		
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。	可能な限り日常生活の中で、地域社会との接点が維持できるよう、外出の機会を設けている 地域資源となっている場所とは定期的に連絡を取り合い、調整を図っている	1日に1度はどんな形であれ外気に触れるように支援しています。利用者の様子を見ながら近くのスーパーマーケットへの買い物や散歩、ホーム前にある広い駐車場でひと時を過ごすなど、気分転換に努めています。	
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。	日常生活に必要な買い物や外出の際に、利用者のお財布（預かり金）を持って頂き、そこからお支払ができるように、援助を行っている		

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。	利用者の電話連絡については、ご家族の理解のもと、いつでも本人希望時には電話でのやりとりができることとしている（現在ははないが、携帯電話の持ち込みも可） また、年賀状などの手紙を書くことを日頃より、レクリエーションの1つとして取り入れている		
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。	共有スペースにおいては、いつでも利用者が自分らしくまたは、生活機能能力が発揮できるよう配慮している また、五感への心地よい刺激を提供できるよう、生活空間を整えている	リビング、トイレ、浴室、洗面所など、共有空間はどこも、心地よい配慮があり、清潔に保たれています。また、利用者と一緒に作成した季節感ある飾りつけになっています。中央のテーブルでかるた取りに興じる人、一人静かにカウチに座っている人、皆、思い思いの場所で自由に過ごしています。	
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。	居室は全て個室となっており、一人ひとりが自分の時間を自分らしく過ごせる場所を確保している また、他利用者との共有スペースでは、協働や交流が自然にできるよう配慮した席などの配置をしている		
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。	馴染みのある生活道具や本人にとっての大切なものに囲まれた暮らしが成り立つよう、家族と定期的に情報共有を行なっている	利用者や家族の思いが伝わってくるような個性的で居心地のよい居室となっています。利用者の状況に合わせて家具の配置や補助具取り付けなど、居室担当者を中心に調整しています。利用者が安全に快適に暮らせる居室づくりを心掛けています。	
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。	利用者の生活スペースには、全て手すりが設置されており、段差のない生活環境としていることから、安全に生活動作が行えるよう配慮している		

事業所名	愛の家グループホーム宮前宮崎
ユニット名	2階ユニット

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)	○	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、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

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。	認知症介護指導者であるホーム長が定期的に（月2回目安）職場研修を行い、認知症介護理念に基づいたケアサービスの実践を目的とした職員教育を行っている		
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。	自治会を通じて、毎月地域の方々（子供会含む）との交流がある また、ホーム主催の季節行事などにも民生委員さんにも協力頂くことが可能となっている		
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。	認知症サポーター養成講座などの講師活動と、認知症介護実践者（リーダー）研修等の講師活動をホーム長が行っている		
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。	定期的に会議を開催し、ホームの運営内容及び課題などを地域や、入居者家族と共有している		
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。	認知症サポーター養成講座などの講師活動と、認知症介護実践者（リーダー）研修等の講師活動をホーム長が行っている		

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。	現在エントランスのみ、終日の施錠を必要としている。その他の身体拘束防止についてはすべて実施されている。		
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。	ホームでは、身体拘束・虐待防止委員会が中心となって、不適切ケアについて理解を深めるための活動を行っている		
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。	定期的に地域包括支援センターから情報を提供してもらったり、事業所からも出向くなどを実施している		
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。	入居前から入居当日までに契約を完結させることとしている。また、重要事項説明書などについても同様に説明を行うこととしている。また、運営上の改定などがあった場合も同様に個々に説明の場を設けている。		
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。	入居者家族については、毎月入居者状況を報告（郵送）としている。また、ご意見箱をエントランスに配置している		



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
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。	毎月ホーム全体会議を開催しており、意見交換の機会を定期的に設けている。また、個別でのヒヤリングなども適宜行っている		
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。	従業員への満足度アンケートの実施を定期的に行い、働きやすい環境への整備を進めている また、変形労働制シフトのため、希望休みや有休に配慮している		
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。	キャリアパス制度を活用しており、資格取得への助成金がる また、働きながら資格取得が行えるよう、休日調整を必要時には行っている		
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。	地域包括支援センターとの定期的なやりとりを中心に情報共有を行なっている また、認知症介護指導者連絡会のメンバーであるホーム長が窓口となってサービス向上に努めている		
<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。	生活環境の変化から生じるリロケーションダメージなどを予防するため、本人の居場所作りを行うにあたり、小まめな声かけや本人の思いを発言できる機会を毎日もうけている		

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。	入居日にご家族様に対して、意見や望まれていることまたは、不安に思っていることなどをお話しいただく時間を設けている		
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。	ケアプランを入居から一か月間は暫定としていることを、本人と家族に説明している。また、その間で本人にとっての課題を明確にしていき、ホームでの生活が本人にとって生活しやすいものにするためのものであることを目的とした期間であると位置づけている		
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。	ホームでの生活の主体は常に利用者本人にあることを前提に、支え支えられ合う生活環境を提供している。時には他者に介助を委ねなければならない本人のやるせなさに寄り添うため、ホーム長を中心に個別のかかわりとしている		
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。	ご家族様に初期の段階で、利用者本人の生活の質を保障するためのご協力をお願いして、承諾を得るようにしている		
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。	ご家族の協力や自治会や地域資源を活用しながら、本人の大切にしていることが貫けるよう、適宜連絡を取り合い実現につなげている また、介護職員も可能な限り、本人の意向を承認するようにしている		

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
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。	一人ひとりの利用者の個性などに考慮しながら、また、認知症の中核症状と周辺症状への対応を踏まえた上で、毎日他者との交流ができるよう時間を設けて介護職員が掛け橋となっている		
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。	サービス終了となった際は、その後も必要時に情報を提供したり、いつでも介護相談が行えるよう、ご家族に周知している		
<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。	本人への実調と介護記録やモニタリングなどを活用し、定期的にケアプランを見直し、本人の意向に沿う内容にサービス内容がなされているかを、点検している		
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。	本人とご家族からのヒヤリングを中心に、生活習慣や暮らしへの思いを定期的に見直し、ホームでの暮らしに反映させられるよう、考慮を重ねている		
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。	介護支援経過記録や毎日のバイタル・食事・水分・睡眠リズム・服薬状況などをチェック表としている。また、朝礼や夜勤者への申し送りなどを活用し、各利用者の日常把握に努めている。		

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。	ユニット会議やカンファレンス（サービス担当者会議）などを定期的に行い、サービスの捉えなおしの機会としている		
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。	ケアプランにのっとり、根拠あるサービス提供を行うため、個人記録や支援経過記録などを勤務時には必ず目を通すことが確立している また、それらを日々のケアにつなげることもチームケアとして成立しつつある		
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、その時々にも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。	家族との情報交換は、本人に何か少しでも変化が見られた場合は、都度行うこととしているまた、インフォーマルなサービスも必要時には導入可能となっている		
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。	地域ボランティアの来訪にて、生け花教室や唄の会その他の活動から地域社会参加や入居者の生きがい活動につなげている。		
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。	原則訪問診療医が入居者の主治医となっている。定期的に血液検査なども実施している。急変時や臨時往診なども必要時は実施されている		

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1回の訪問看護にて、日常的健康管理を実施しているその際に、情報共有やケアへの助言を受けている それらから適切な医療が受けられるよう、支援している		
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。	入院時の情報提供や、退院に向けてのムンテラなどに出席し、早期退院への働きかけを実施している		
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。	アドバンスケアプランニングを倫理的に適切なプロセスで実施することが重要と考え、入居時に必ず話し合いの場をもうけているまた、必要時には医療従事者を交えて再度の意思確認を行うこととしている		
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。	応急手当や救急対応の研修を実施している また、日々申し送りなども活用し、リスクマネジメントへの意識を現場目線で高めていくことを実施している		
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。	年に2回災害時研修と消防訓練を実施している また、それに合わせて現場研修を行い、各職員の意識を高めるようにしている		

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
<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。	一人ひとりの入居者に対して、パーソンセンタードケアを実践し、認知症高齢者の自尊心の回復に努めるようにしている		
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。	利用者の言動や行動をよく観察し、また、本人との日常会話からもキーワードを拾い、自己選択と自己決定を支援している		
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。	ホームの日課にはめ込むのではなく、本人の生活リズムを尊重するため、必要に応じて本人の意向をヒヤリングし、日々の介護記録なども活用するようにしている		
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。	整容については、可能な限り本人の思いを優先としている ただし、認知症の進行から自らが主体性を表出することが困難なケースにおいては、全面的に援助を行っている		
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。	食事の時間を楽しむだけでなく、主体的に調理や食前後の準備・後片付けなどを行っていただけるよう、生活環境に配慮しているまた、メニューを一緒に決めたりすることも行っている		

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
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。	食事摂取量や水分摂取量などを日々確認し、利用者の食事スタイルに合わせた食事形態で食事提供を行っている また、体調の変化などから食事量に変動がある場合は、必要時に医療職への情報提供をし、栄養状態が安定するよう考慮している		
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。	毎食後は口腔ケアを行い、義歯の洗浄も毎日行えるよう、援助している また、訪問歯科による歯科衛生士からのアドバイスを毎日の口腔ケアに活かすようにしている		
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。	本人の排泄パターンを把握する目的で、チェックシートを活用している また、定時での排泄誘導や援助にて、排泄動作の自立を支援している		
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。	毎日適度な活動や運動、散歩などを行っている また、食事や睡眠リズムを把握し、ストレスなどメンタル面にも配慮するようになっている		
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。	可能な限り本人と相談しながら、入浴時間や入浴スタイルなどに沿うようにしているまた、		

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。	夜間帯は定時巡回をし、安否を確認している また、居室の環境整備を介護職員が担当者制で行い、快適な環境で睡眠や休息がとれるようにしている		
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。	医師から処方された薬を確実に管理及び服薬できるよう、介護職員全員が薬について把握に努めている また、薬剤師によるアドバイスを必要時にはうけている		
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。	本人の日課リズムを把握することから始め、自分らしく役割やレクリエーションなどの活動参加ができるよう、援助を行っている また、外気浴や屋外活動への援助も可能な限り行っている		
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。	可能な限り日常生活の中で、地域社会との接点が維持できるよう、外出の機会を設けている 地域資源となっている場所とは定期的に連絡を取り合い、調整を図っている		
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。	日常生活に必要な買い物や外出の際に、利用者のお財布（預かり金）を持って頂き、そこからお支払ができるように、援助を行っている		



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。	利用者の電話連絡については、ご家族の理解のもと、いつでも本人希望時には電話でのやりとりができることとしている（現在ははないが、携帯電話の持ち込みも可） また、年賀状などの手紙を書くことを日頃より、レクリエーションの1つとして取り入れている		
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。	共有スペースにおいては、いつでも利用者が自分らしくまたは、生活機能能力が発揮できるよう配慮している また、五感への心地よい刺激を提供できるよう、生活空間を整えている		
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。	居室は全て個室となっており、一人ひとりが自分の時間を自分らしく過ごせる場所を確保している また、他利用者との共有スペースでは、協働や交流が自然にできるよう配慮した席などの配置をしている		
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。	馴染みのある生活道具や本人にとっての大切なものに囲まれた暮らしが成り立つよう、家族と定期的に情報共有を行なっている		
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。	利用者の生活スペースには、全て手すりが設置されており、段差のない生活環境としていることから、安全に生活動作が行えるよう配慮している		

別添3

目標達成計画

平成30年度

事業所名 愛の家グループホーム宮前

作成日 2019年2月15日

【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	13	経験値のばらつきも見られ個々の力量にあったトレーニングが行き届いていない	ホーム全体で統一したケアの提供ができる	・内部・外部の研修への参加 ・スーパービジョン、OJTを活用したケア力の底上げ	1年
2	29	受け身のみでの地域資源を活用しており、発信ができていない	事業所側からも地域資源として地域の方々に認識される	・事業所イベントや地域イベントへの参加 ・移動パン屋を活用した地域へのアピール	6ヶ月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。