

2019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	令和1年8月20日	評価結果 市町村受理日	令和1年12月3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/kaigonavi/
----------	---

【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)】

認知症を患っている方が住み慣れた地域や家族の近くで自分らしく暮らし続けることが出来るよう支援し、グループホームという施設で暮らすことが特別な事ではなく、在宅の延長としてとらえ出来る限り最期まで過ごしていただけるよう利用者はもとよりご家族の方の気持ちも汲み取りながら支援している事

【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	令和1年9月23日	評価機関 評価決定日	令和1年10月30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「宮崎台駅」から徒歩15分、または東急バスで「宮崎桜の丘公園」下車、徒歩2分の閑静な住宅街にあります。建物は軽量鉄骨造り2階建てで、玄関前には広々とした駐車場があります。

<優れている点>

利用者が得意とすることや、やりたい家事に参加できるように支援しています。料理の盛り付け、配膳・下膳など、職員と協力して自然体で行うことにより利用者の生甲斐となっています。身体拘束廃止委員会は2ヶ月に1回実施し、具体的な内容の議事録を作成しています。利用者の訴えに迅速に対応しているか、できない場合の説明と了承が必要で、職員の意識づけを行い、利用者の尊厳に配慮する接遇の確立を目指しています。また、語気の強さは言葉の拘束で、第三者も不快に感じるので配慮する、無意識に行う移動の動作「腕をつかむ」なども動きを抑制する行為である、など気になる言動についてはホーム会議で取り上げ、ケア方法の改善、介護技術の向上を図っています。駐車場に出て新鮮な空気を吸い、わずかな時間でも住宅街を散歩して気分転換に繋げるような支援を日々行っています。

<工夫点>

連絡ノートを廃止し、全職員が情報共有できる、ケアプランと連動したケア記録ファイルを作成しています。毎月郵送する「便り」には、写真入りの活動報告、翌月の予定、入浴、身体の様子、運営推進会議の連絡のほか、居室担当は利用者の様子を記入し、家族とのコミュニケーションに役立っています。

【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	そらユニット (1階)

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、生き生きと働いている。 (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。	ホーム会議で周知を行い、都度研修や朝礼等で申し送りを行うほか、毎月のシフトに行動目標を設定し実践しています。	地域の中で自分らしく暮らせる支援として、スローガンは「『ご縁』を大切にする」です。目標は「挨拶、期日を守る、悪口の禁止」となっています。円滑な人間関係を保ち、疑問や気づきは共有して解決策を考え、技術向上を図っています。	
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。	運営推進会議に民生委員の方に参加していただいたり、町会のイベントに参加したり、近隣小学校や学童保育の子供たちとの交流も不定期だが行っています。	自治会々長は民生委員でもあり、困り事に理解を示し協力するなど、事業所と地域との橋渡し役をしています。生け花のボランティアが月1回来訪し、利用者は生け花を楽しんでいます。第1・3木曜日に移動パン屋に来てもらい、回覧板で地域の人にも知らせています。	提携医の協力を得て「認知症の理解と支援」を啓蒙する講演会など情報発信の場としての地域貢献も期待されます。また職員、利用者、地域住民との交流の場、気軽に立ち寄れる場づくりも期待されます。
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。	未実施	/	
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。	定期的を開催し、取組みについての評価や助言を頂いたり、サービス内容等についても入居者家族と共有しています。	会議は2ヶ月ごと第4土曜日に開催しています。参加メンバーは、地域包括支援センター職員、自治会々長、民生委員、家族、在宅医療クリニックの担当者です。運営や取組みを報告し、参加者の意見・提案を参考にサービスの向上に努めています。	
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取り組んでいる。	定期的にご利用状況等を報告したり、サービスについての疑問や相談を行っています。	市が開催する会議・研修会に管理者や職員が参加しています。行政に利用者の逝去や利用状況の報告、外部評価結果の報告、電話による相談を行い、協力関係を築いています。介護認定などの代理申請は区の担当者に郵送しています。	

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。	玄関のみリモコン操作での施錠は行っているが、「身体拘束虐待防止委員会」を設置し、隔月で活動をしているほか、随時閲覧できるマニュアルを用意しています。	虐待関係のマニュアルがあり、職員は理解し実践しています。特に、「言葉の拘束に繋がる行為をしない」ケア技術に力を入れています。16項目のチェックシートを作成し、2ヶ月に1回自己評価を行い、ケアの目標設定をしています。職員それぞれの振り返りと自己研鑽の取り組みを行っています。	
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。	定期的にチェックシートを活用し職員の意識付けを行ったり、研修を開催しています。		
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。	地域包括支援センターと連携を取りながら情報提供をしている。また、年に一度定期的に権利擁護に関する研修を行っている。		
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。	入居前の相談時から説明は丁寧に行い、入居当日までに疑問点を解消してから契約を締結するよう心がけています。運営上の改定等あった場合は個々に説明する場を設け同意を得ています。		
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。	相談窓口等の周知を入居契約時に行っており、玄関前にも意見箱を設置しています。また、ご意見等頂いた場合は個々に返答するだけでなく、運営推進会議などでも周知し、議事録にて共有しています。	年1回、法人より家族へ「家族アンケート」を郵送しています。「宮前宮崎便り」を毎月発行し、利用者の心身の様子・活動の報告、家族とのコミュニケーションに役立つ情報を提供しています。家族の意見は面会時を利用して管理者が聞き取り、改善や運営に反映しています。	

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。	ホーム会議を毎月開催しており、意見交換の場を設けている。また、ここに面談等も行い適宜情報共有や反映する仕組みを設けています。	個人面談を年3回実施しています。運営に関する意見は事前に内容を文章で提出することになっています。ホーム会議で意見交換を行い、提案を取り上げた場合の目標設定を作り、運営の改善に反映しています。実現した、いくつかのひな形があります。	
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。	シフト制での勤務体制のため、希望休や有休取得を考慮し希望に近い形で勤務できるよう配慮しています。また定期的に職員への満足度アンケートの実施を行い就業環境の改善に努めています。		
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。	キャリアパス制度を設置・活用しており、そのほかにも資格取得や技術向上の学びになる動画サイトが自由に閲覧できるよう周知しています。また、医師会等が開催する研修にも積極的に参加しています。		
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。	地域包括支援センターとの交流で情報共有を行ったり、勉強会や関連職種のネットワークに参加し情報を得る機会を設けています。		
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。	生活環境が変化することで生じる混乱等を予防するために居室内の環境を整えたり、細目に傾聴や声掛けを行い、不安感や混乱が軽減できるよう努めています。		

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。	入居前の相談時より丁寧に傾聴し、希望や意見を伺っています。入居後は定期的にご様子をお伝えしたり、来訪時にお話を伺う時間を作っています。		
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。	ケアプランを作成する際に暫定的な課題と、入居前アセスメントか抽出したご本人、ご家族のニーズも合わせて作成し、新たな課題が出てきたところでケアプランの変更等行う旨を説明し、期間設定においてはホームで生活に慣れ親しむための目的とした位置づけにしています。		
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。	ケアプランにおいて、本人の思いを尊重したうえで、他者との関わりが円滑になれるような取り組みを組み込んでおり、実践しています。		
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。	ケアプランにご家族の協力や支援を組み込んだり、スタッフと一緒に支援していただけるよう都度依頼をして承諾、協力していただいています。		
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。	ご家族の協力や地域資源を活用しながら関係性の継続を心掛け努力しています。また知人の方の来訪回数も多く、お電話にて定期的に会話を楽しまれることもあります。	携帯電話を持っていない人へ電話の取り次ぎを行っています。事前情報のない人が来訪した場合は家族の了解を得て面会しています。頻繁に来訪する友人の場合は居室で湯茶を勧め、ゆったり会話でき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
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。	個々の性格や症状を把握、配慮しながら円滑に共同生活が送れるようスタッフが介入し、共に支えあえる環境を整備しています。		
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。	サービス終了後も必要に応じて相談に応じたり、情報を提供している。また、終了後1ヵ月を目処にその後の様子を伺う機会を設けている。		

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。	ご本人との会話や日々の生活の様子などから意向を読み取り、ケアプランに反映させています。	個別対応の機会（入浴・散歩・活動や行事）に、何気ない会話を通して思いを把握しています。ケア記録ファイルで情報を共有し、暮らし方の希望や意向を、日々の生活に反映するように努めています。	
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。	入居前の生活歴等をご本人やご家族から情報として把握し入居後も円滑に支援できるようスタッフに事前に周知を行っています。		
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。	介護記録に日々の生活の様子や言動などを記録し、申し送りや朝礼、夕礼などで情報共有を図っています。		

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
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でのスタッフからの意見だけでなく、日々の言動やご家族、医療従事者からも意見や要望を取り入れケアプランを作成しています。	モニタリングと介護計画の見直しは3ヶ月ごとに実施しています。本人・家族の意向、在宅医療クリニック主治医の意見も反映しています。見直しして「車いす無し」の計画書を作成し、支援した結果、自力歩行できるように改善している事例があります。	
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。	日々の生活を介護記録に残すだけでなくサービス実施記録や日報などでも共有を図り、新たな課題を抽出しながら次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サービスが提供できるようインフォーマルなサービスや地域資源を活かしたサービスを取り入れるようにしています。		
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。	ボランティアの受け入れや地域の方々との交流、地域資源を活用したサービスの提供など住み慣れた地域で暮らし続けられるよう心がけています。		
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。	かかりつけの往診医の他に外部受診する際の連携や訪問看護師との情報共有も行い、適切な医療が受けられるよう支援しています。	かかりつけ医は、利用者と家族の同意を得て、在宅医療クリニックの内科医が担い、月2回往診があります。訪問歯科医の往診は週1回、訪問看護師は週1回来所し、利用者の健康管理を行っています。専門医受診は原則家族同行で、緊急時は職員が代行しています。	

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。	週に一度の訪問看護を活用し体調の変化や予測に関する助言を頂いています。また情報共有を往診医、スタッフ、訪問看護師と行うことで必要時の臨時往診や医療が受けられるよう支援しています。		
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。	入院時の情報や入院中のご様子など情報共有や相談を適時行い、カンファレンスへの出席等を行ったうえで早期退院に繋げられるよう努めています。		
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・看取り介護にかかる指針を説明し、同意を取り交わしており、実際に終末期に近づいた際には改めて医療関係者も交えて話し合いの機会を設けています。	ターミナルケアの指針があります。入居契約時に説明し「重度化・看取り時の対応に関する同意書」を交えています。医師の判断が出た場合は、家族の意向を再確認し、医療機関と連携して看取りを行っています。看取りの経験があります。	
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。	【緊急搬送時の対応方法】のマニュアルや【個人ファイル】を用意しており、定期的に研修やホーム会議での周知を行うことで対応できるよう努めています。		
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。	年に2回災害時訓練及び消防訓練を実施しており、そのうち1回は夜間想定として実施しています。備蓄品や災害マニュアルも閲覧できるよう用意しています。	防災マニュアルを備えています。火災避難訓練は年2回行っており、1回は夜間を想定した訓練です。水は5日分、保存食は3日分を備蓄しています。安全を考慮し地震・風水害時は施設に留まり、火災時には敷地内の駐車場に避難することを徹底しています。	事業所の避難訓練のチラシを作成し、自治会の回覧板などで地域住民の参加を呼びかけるなど、連携して火災・災害発生時に備える協力体制の整備も期待されます。

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
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。	お一人お一人に対して尊重しながら言葉かけに配慮しています。慣れ親しんだ呼び名で読んでいただくよう依頼された方や個人専用ポストを設けている方もいらっしゃいます。	職員は行動指針に基く研修を受け、人格の尊重とプライバシー確保の意義を理解し、一人ひとりの人格に配慮した言葉かけや対応をするように努めています。職員同志で常に振り返りを行い、不適切な言動は会議で取り上げ、接遇方法の向上に努めています。	
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。	午前、午後のお茶の時間に希望の飲み物をお聞きしたり、宅配弁当を頼む際にメニューから選んでいただくことも実施しています。月2回の移動パン屋さんではご希望のパンをご自身で選んで購入していただいています。		
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、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。	ご自身のペースで生活していただくために就寝時間や起床時間・食事空間においては特にルールを設けず、居室で召し上がっていただいたり、その生活リズムで服薬時間の調整を医療と相談している方もいらっしゃいます。		
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。	衣類の汚染や組み合わせには配慮しながらケアプランにおいてご自分で選択する機会を設けている方もいます。また訪問美容を利用する際にはご自分でカラーリングやパーマを希望される方も降り、対応しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	毎食のメニューをかき出し、会話に繋がったり、季節感ある食事を提供しています。また、盛り付けや食器の後片付けなど一緒に行ったり入居者様同士で片づけたりなどしていただいています。	朝食はパンか米飯を選べます。食材は業者に委託し、職員が調理しています。月2回移動パン屋が来ています。月1回は宅配を利用し、自分の好みのものを食べるなど、食事に変化を持たせる支援をしています。利用者は下膳や食器拭きなどを手伝っています。	

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
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。	個々の食事量や水分量を確認し、食事形態等も状態に合わせて変更しています。食事量の変化や制限等のある方は医療とも連携を取り情報共有しながら支援しています。		
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、うがいや口腔ケアの声掛け、実施を行い、訪問歯科からのアドバイスをうけ個々の口腔ケアに即した支援を実施しています。		
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。	排泄チェック表を活用し排泄リズムを把握したうえで適切なトイレ誘導や排泄動作の自立支援を行っています。	チェック表を作成し、一人ひとりの排泄パターンを把握して自立排泄が行えるように支援しています。トイレ誘導や失敗時の対応は羞恥心に配慮し、さりげない対応に努めています。トイレは各階に3ヶ所あり、そのうち1ヶ所は男性用の便器が備えられています。	
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。	毎日の適度な運動や生活リハビリを介しての活動量の確保、水分摂取を行い、食事や睡眠状況を把握したうえでストレスからのメンタル面も配慮しながら薬に頼らないよう支援しています。		
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。	なるべく本人の意向に沿えるよう入浴対応を実施しており、時には入浴剤や菖蒲湯、ゆず湯など季節感を出して楽しめる工夫もしています。	週2回、1日に数人が、希望する時間帯に入浴を楽しんでいます。体調や医療面を考慮し、シャワー浴や足浴なども行っています。湯は利用者ごとに交換し衛生面に配慮しています。入浴を好まない人への言葉かけと対応の工夫に努めています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	基本2時間毎の定時巡回をおこなっています。また室温や音、明るさにも配慮し安眠できるよう心がけています。状態の変化や要望によって巡回時間の間隔を個々に設けています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	個々の処方薬について随時確認できるよう薬情をファイリングしています。また服薬チェック表やマニュアルも整備し服薬ミスのないように努めています。		
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。	歌や映画鑑賞、テレビ鑑賞など好みや生活歴を考慮して提供しています。また家事作業や軽作業など役割を持ってもらえるような取り組みもケアプランに組み込んでいます。		
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。	天気の良い日の散歩だけでなくご家族協力の素、買い物や外食にも出かけられるよう支援しています。時には公共機関を利用してご希望の場所に出かけることもあります。	日常の外出は気分転換を兼ねた散歩が基本です。毎日10～15分程度住宅地内の花を見ながら近くの公園まで行っています。また、希望があれば施設の車を利用して買物や食事に出かけています。公共のバスと電車を乗り継いで外出を支援することもあります。	
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。	外出の際に買い物を楽しんだり、移動パン屋さんで購入の際に支払って頂く機会を作っています。		

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
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おりご家族や知人と会話を楽しまれています。また、持ち込みでない方も希望時にはご家族に電話をかけたりできるよう支援しています。手紙も暑中見舞いや年賀状などレクリエーションとして提供しています。		
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。	季節感を感じられるような飾りつけや生活機能が活かせるような動線作りに配慮しています。匂いや汚れ等にも配慮しています。	食堂兼居間は広く、温度・湿度が良好に保たれ、利用者が快適に過ごせる空間となっています。2階の居間には難聴者に配慮してテレビを2台設置しています。居間は華やかな掲示物や装飾品がなくスッキリした印象です。1階の居間からは直接ウッドデッキに出られ、手軽に外気浴を楽しむことができます。	
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。	ある程度ご自分の座席を認識してもらっていますが、それにとらわれず臨機応変に移動して会話を楽しんだりソファで談笑されたりと穏やかに過ごしていただいています。		
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。	入居前から慣れ親しんだ家具を持ち込んでいただいたり、壁面の飾りを行ったりと個々の想いが詰まった空間となるよう配慮しています。ご家族様が来訪してもくつろげる様な空間になるようご家族様とも情報を共有しています。	エアコン・照明・クローゼットが備わっています。ベッド、机や整理ダンス、冷蔵庫など馴染みの品を持ち込み、その人らしさを感じる工夫をしています。家具などの配置では、安全に配慮して動線を確保し、動きやすく、快適に過ごせる居室空間となっています。	
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。	共有スペースには手すりが配置しており、トイレも入室すると自動に照明がつくような作りになっています。段差も極力少なくしており安全に生活動作が行えるよう配慮しています。		

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（2階）

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させている。 (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
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。	ホーム会議で周知を行い、都度研修や朝礼等で申し送りを行うほか、毎月のシフトに行動目標を設定し実践しています。		
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。	運営推進会議に民生委員の方に参加していただいたり、町会のイベントに参加したり、近隣小学校や学童保育の子供たちとの交流も不定期ですが行っています。		
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。	未実施		
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。	定期的開催し、取組みについての評価や助言を頂いたり、サービス内容等についても入居者家族と共有しています。		
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取り組んでいる。	定期的にご利用状況等を報告したり、サービスについての疑問や相談を行っています。		

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
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。	玄関のみリモコン操作での施錠は行っているが、「身体拘束虐待防止委員会」を設置し、隔月で活動をしているほか、随時閲覧できるマニュアルを用意しています。		
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。	定期的にチェックシートを活用し職員の意識付けを行ったり、研修を開催しています。		
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。	地域包括支援センターと連携を取りながら情報提供をしている。また、年に一度定期的に権利擁護に関する研修を行っている。		
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。	入居前の相談時から説明は丁寧に行い、入居当日までに疑問点を解消してから契約を締結するよう心がけています。運営上の改定等あった場合は個々に説明する場を設け同意を得ています。		
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。	相談窓口等の周知を入居契約時に行っており、玄関前にも意見箱を設置しています。また、ご意見等頂いた場合は個々に返答するだけでなく、運営推進会議などでも周知し、議事録にて共有しています。		

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。	ホーム会議を毎月開催しており、意見交換の場を設けている。また、ここに面談等も行い適宜情報共有や反映する仕組みを設けています。		
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。	シフト制での勤務体制のため、希望休や有休取得を考慮し希望に近い形で勤務できるよう配慮しています。また定期的に職員への満足度アンケートの実施を行い就業環境の改善に努めています。		
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。	キャリアパス制度を設置・活用しており、そのほかにも資格取得や技術向上の学びになる動画サイトが自由に閲覧できるよう周知しています。また、医師会等が開催する研修にも積極的に参加しています。		
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。	地域包括支援センターとの交流で情報共有を行ったり、勉強会や関連職種のネットワークに参加し情報を得る機会を設けています。		
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。	生活環境が変化することで生じる混乱等を予防するために居室内の環境を整えたり、細目に傾聴や声掛けを行い、不安感や混乱が軽減できるよう努めています。		

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。	入居前の相談時より丁寧に傾聴し、希望や意見を伺っています。入居後は定期的にご様子をお伝えしたり、来訪時にお話を伺う時間を作っています。		
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。	ケアプランを作成する際に暫定的な課題と、入居前アセスメントから抽出したご本人、ご家族のニーズも合わせて作成し、新たな課題が出てきたところでケアプランの変更等行う旨を説明し、期間設定においてはホームで生活に慣れ親しむための目的とした位置づけにしています。		
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。	ケアプランにおいて、本人の思いを尊重したうえで、他者との関わりが円滑になれるような取り組みを組み込んでおり、実践しています。		
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。	ケアプランにご家族の協力や支援を組み込んだり、スタッフと一緒に支援していただけるよう都度依頼をして承諾、協力していただいています。		
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。	ご家族の協力や地域資源を活用しながら関係性の継続を心掛け努力しています。また知人の方の来訪回数も多く、お電話にて定期的に会話を楽しまれることもあります。		

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。	個々の性格や症状を把握、配慮しながら円滑に共同生活が送れるようスタッフが介入し、共に支えあえる環境を整備しています。		
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。	サービス終了後も必要に応じて相談に応じたり、情報を提供している。また、終了後1ヵ月を目処にその後の様子を伺う機会を設けている。		
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。	ご本人との会話や日々の生活の様子などから意向を読み取り、ケアプランに反映させています。		
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。	入居前の生活歴等をご本人やご家族から情報として把握し入居後も円滑に支援できるようスタッフに事前に周知を行っています。		
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。	介護記録に日々の生活の様子や言動などを記録し、申し送りや朝礼、夕礼などで情報共有を図っています。		

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
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でのスタッフからの意見だけでなく、日々の言動やご家族、医療従事者からも意見や要望を取り入れ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。	日々の生活を介護記録に残すだけでなくサービス実施記録や日報などでも共有を図り、新たな課題を抽出しながら次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サービスが提供できるようインフォーマルなサービスや地域資源を活かしたサービスを取り入れるようにしています。		
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。	ボランティアの受け入れや地域の方々との交流、地域資源を活用したサービスの提供など住み慣れた地域で暮らし続けられるよう心がけています。		
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。	かかりつけの往診医の他に外部受診する際の連携や訪問看護師との情報共有も行い、適切な医療が受けられるよう支援しています。		

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
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を活用し体調の変化や予測に関する助言を頂いています。また情報共有を往診医、スタッフ、訪問看護師と行うことで必要時の臨時往診や医療が受けられるよう支援しています。		
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。	入院時の情報や入院中のご様子など情報共有や相談を適時行い、カンファレンスへの出席等を行ったうえで早期退院に繋げられるよう努めています。		
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・看取り介護にかかる指針を説明し、同意を取り交わしており、実際に終末期に近づいた際には改めて医療関係者も交えて話し合いの機会を設けています。		
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。	【緊急搬送時の対応方法】のマニュアルや【個人ファイル】を用意しており、定期的に研修やホーム会議での周知を行うことで対応できるよう努めています。		
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。	年に2回災害時訓練及び消防訓練を実施しており、そのうち1回は夜間想定として実施しています。備蓄品や災害マニュアルも閲覧できるよう用意しています。		

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
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。	お一人お一人に対して尊重しながら言葉かけに配慮しています。慣れ親しんだ呼び名で読んでいただくよう依頼された方や個人専用ポストを設け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。	午前、午後のお茶の時間に希望の飲み物をお聞きしたり、宅配弁当を頼む際にメニューから選んでいただくことも実施しています。月2回の移動パン屋さんではご希望のパンをご自身で選んで購入していただいています。		
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、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。	ご自身のペースで生活していただくために就寝時間や起床時間・食事空間においては特にルールを設けず、居室で召し上がっていただいたり、その生活リズムで服薬時間の調整を医療と相談している方もいらっしゃいます。		
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。	衣類の汚染や組み合わせには配慮しながらケアプランにおいてご自分で選択する機会を設けている方もいます。また訪問美容を利用する際にはご自分でカラーリングやパーマを希望される方も降り、対応しています。		
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。	毎食のメニューをかき出し、会話に繋がったり、季節感ある食事を提供しています。また、盛り付けや食器の後片付けなど一緒に行ったり入居者様同士で片づけたりなどしていただいています。		

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。	個々の食事量や水分量を確認し、食事形態等も状態に合わせて変更しています。食事量の変化や制限等のある方は医療とも連携を取り情報共有しながら支援しています。		
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、うがいや口腔ケアの声掛け、実施を行い、訪問歯科からのアドバイスをうけ個々の口腔ケアに即した支援を実施しています。		
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。	排泄チェック表を活用し排泄リズムを把握したうえで適切なトイレ誘導や排泄動作の自立支援を行っています。		
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。	毎日の適度な運動や生活リハビリを介しての活動量の確保、水分摂取を行い、食事や睡眠状況を把握したうえでストレスからのメンタル面も配慮しながら薬に頼らないよう支援しています。		
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。	なるべく本人の意向に沿えるよう入浴対応を実施しており、時には入浴剤や菖蒲湯、ゆず湯など季節感を出して楽しめる工夫もしています。		

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。	基本2時間毎の定時巡回をおこなっています。また室温や音、明るさにも配慮し安眠できるよう心がけています。状態の変化や要望によって巡回時間の間隔を個々に設けています。		
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。	個々の処方薬について随時確認できるよう薬情をファイリングしています。また服薬チェック表やマニュアルも整備し服薬ミスのないように努めています。		
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。	歌や映画鑑賞、テレビ鑑賞など好みや生活歴を考慮して提供しています。また家事作業や軽作業など役割を持ってもらえるような取り組みもケアプランに組み込んでいます。		
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。	天気のいい日の散歩だけでなくご家族協力の素、買い物や外食にも出かけられるよう支援しています。時には公共機関を利用してご希望の場所に出かけることもあります。		
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。	外出の際に買い物を楽しんだり、移動パン屋さんで購入の際に支払って頂く機会を作っています。		

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
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おりご家族や知人と会話を楽しまれています。また、持ち込みでない方も希望時にはご家族に電話をかけたりできるよう支援しています。手紙も暑中見舞いや年賀状などレクリエーションとして提供しています。		
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。	季節感を感じられるような飾りつけや生活機能が活かせるような動線作りに配慮しています。匂いや汚れ等にも配慮しています。		
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。	ある程度ご自分の座席を認識してもらっていますが、それにとらわれず臨機応変に移動して会話を楽しんだりソファで談笑されたりと穏やかに過ごしていただいています。		
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。	入居前から慣れ親しんだ家具を持ち込んでいただいたり、壁面の飾りを行ったりと個々の想いが詰まった空間となるよう配慮しています。ご家族様が来訪してもくつろげる様な空間になるようご家族様とも情報を共有しています。		
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。	共有スペースには手すりが配置しており、トイレも入室すると自動に照明がつくような作りになっています。段差も極力少なくしており安全に生活動作が行えるよう配慮しています。		

2019年度

事業所名 愛の家グループホーム 宮前宮崎

作成日： 令和元年 12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	2	地域交流や地域への周知、貢献が少なく地域密着型としての役割が薄い	地域住民との交流機会の増加、グループホームとしての認識される事	<ul style="list-style-type: none"> ・移動パン屋さんや買い物レクを地域住民に向けて合同開催 ・回覧板を利用した認知症相談会の開催告知 	6ヶ月
2	13	事業所内では年2回の消防訓練や避難訓練を行っているが事業所内にとどまっている	災害時に地域の方の協力を仰げる関係性の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・町会の防災訓練参加 ・事業所訓練開催時の案内・参加依頼パンフレット・ポスター作成・掲示 	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月