

平成27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	1495300186	事業の開始年月日	平成23年12月1日	
		指定年月日	平成23年12月1日	
法人名	株式会社生活科学運営			
事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム			
所在地	(213-0035)			
	川崎市高津区向ヶ丘136-7			
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27年10月21日	評価結果 市町村受理日	平成28年2月16日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0open
----------	---

【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)】

- ①入居者一人ひとりのできること、得意なこと、苦手なこと等を把握し、できることは入居者自身でやって頂くように促し、各々の認知症に合わせた支援を行っている。認知症による周辺症状に対して、事前にアプローチを行うことで、トラブルに繋がらないように工夫している。
- ②タクティールケア資格を保有しているスタッフを配置し、認知症高齢者の不安解消や安眠、痛みのケアなどを行っている。
- ③法人独自の介護予防体操（スイッチオンケア）の導入にし、入居者本人が持っているが眠ってしまっている身体の機能を起こすことにより転倒予防や立ち上がりを楽しめるなどの様々な効果を発揮している。
- ④家族との交流を大切にし、家族としてできる役割を積極的に行っていただくように依頼している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年11月26日	評価機関 評価決定日	平成28年1月28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、東急田園都市線梶ヶ谷駅からバスで約10分、バス停「しばられ松」下車、徒歩数分の静かな住宅街にあります。同一運営法人の小規模多機能型居宅介護を併設しています。

<優れている点>

「諦めない！諦めさせない！自“遊”な暮らし！」をコンセプトに、すべてのことを家族、職員、利用者と地域の4本柱が、一体になって支えていく姿勢で徹底しています。日常運営も、ユニットが“9LDKの家”として家族目線でものごとをみて、アットホームな運営を目指しています。そのための対策として、事業所には8種類の委員会が設置され職員全員が参加して意見交換をしています。また職員は月1回の勉強会の他、外部研修にも積極的に参加して視野を広げる機会を多くしています。認知症の専門知識とケアの実践能力を身につけることを目標にした日本スウェーデン福祉研究所認定の認知症緩和ケア（タクティールケア）を学び、試験を受け認定資格を得た職員が4名配置されています。

<工夫点>

アクティビティの一環として、利用者全員がゼンザイ、ケーキ、おはぎなどのおやつ作りに参加しています。また、毎日、早番、日勤、遅番が揃う13時には、話し合いの場（文殊の会と呼称、約15分前後）を持ち、「文殊ノート」に記録して全員に情報を共有しています。

【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	宮崎台つどいの家 グループホーム
ユニット名	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近づけている。	面接時、入社時に当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、地域包括支援センターと連携、また運営推進会議の案内をだし、定期的な連絡の場を持っている。	事業所の理念を基礎に「諦めない！諦めさせない！自“遊”な暮らし！」をコンセプトに、すべてのことが家族、職員、利用者と地域の4本柱が一体になって支え、ユニットが“9LDKの家”として家族目線で運営できるよう徹底しています。	
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。	自治会への入会、ハウス入口にベンチを置き、地域の方が休めるようにしており、そこで交流をすることもある。また、地産地消をめざし、近隣農家から野菜を仕入れたりしている。近くの保育園との交流を継続している。	自治会行事に参加したり、事業所行事に地域から参加を得たりしています。近くの保育園から遊びに来てもらい、近隣農家からは週1回取れたて野菜の提供もあります。地域包括支援センターと連携して「認知症カフェ」の共催が実現する見込みです。	地域包括支援センターと共催の「認知症カフェ」の実現が事業所コンセプトの4本柱の一つである地域との交流に、より多くの成果をもたらすものと期待します。
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。	地域包括支援センターや地域の方々と連携し、認知症カフェを共催する計画が立っている（今後）		
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。	会議において、スタッフ、入居者、家族、包括や民生委員と共に認知症、高齢者ケアに関する勉強（熱中症や感染症）や意見交換（座談会）をおこない、日々の業務へ活かしている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回併設の小規模多機能事業所と共催しています。会議には、家族、町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員などの参加を得て、意見交換が行われています。時には家族を中心に勉強会なども開催しています。	
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。	各種行政には質問事項等があれば連絡を取っているが、こちらの取組みを積極的に伝えることはしていない。包括については運営推進会議を通じて連携をとっている。	行政との連携は、日常の申請、相談などは、窓口と確実に連携が行われています。地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」にはハウス長が代表して参加しています。	

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。	基本姿勢としては身体拘束は禁止、一緒に付き添うことで対応しているため、現時点では今後もしない方針	ハウスコンセプトで家族目線での対応を徹底し、言葉による拘束についても自然な対応ができています。全職員が運営している8委員会の中に「事故防止安全対策委員会兼身体拘束廃止委員会」があり、毎月開催しています。他にも認知症勉強会、外部研修などで取り組みをしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのかを学んでいる。		
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。	成年後見制度を検討されている相談があったため、制度の仕組みを説明し、無事締結された事例あり。		
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。	契約は必ず2名体制で行い、不安、疑問の残らないようにしている。また、変更等のあった場合には、運営推進会議、書面で報告したのちに変更を実施している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	基本的には電話、対面等でいつでも要望を聞く体制をとっている。また、ハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見のあった場合には職員に周知し、改善を図っている。	運営推進会議、家族を含めた勉強会、家族の事業所来訪時には、その機会を逃すことなく意見・要望を確認、個人記録に残し、全職員が確認、運営に反映しています。特に運営推進会議の議事録は、全家族に郵送し情報を共有しています。	

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。	年2回の目標設定や個別面談等を実施し、業務に対しても目標設定、個人の意見、提案、要望等は聞いている。	毎日、早番、日勤、遅番が揃う13時に、話し合いの場（文殊の会と呼称、約15分前後）を持ち「文殊ノート」に記録して全員で情報を共有しています。その他、月1回の勉強会や外部研修にも積極的に参加して視野を広げる機会を多くしています。	
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。	上記同様。家庭の事情などでの要望などの個人の事情は可能な範囲できくようにしている。		
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。	日常的な業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また、勉強会を月1回程度実施、外部研修については職員へ案内し、パートを中心に参加希望をとったうえで可能な限り、参加してもらっている。		
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。	弊社他事業所の相互交流は、リーダー格スタッフは、エリア会議を通じて、毎月行っている。今後、パートスタッフも含めて、相互交流を促進していく計画がある。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	利用開始時に運営面談を実施し、本人、家族からの入居後の要望や生活についての希望等をお聞きし、プランへ繁栄させている。その後、入居1か月後を目途にプランの見直しを実施、以後は定期的なモニタリング実施によりプランに反映。		

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。	上記同様。		
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。	上記同様。		
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。	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り、一緒にとり、日常的な生活の中でコミュニケーションを図っている。また、心身状況に変化に合わせてケアプランの見直しもおこなっている。		
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。	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について、常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
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。	家族、知人、趣味等、これまで入居前に行ってきたできる限りのことを継続していけるように支援の努力をしている。	入居前の家族との話し合いで、馴染みの人や場所の把握をしています。当時から友人、知人と家族と一緒に来訪するなどの機会もありますが、数は少なくなっています。	

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
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。	入居者同士がよい関係を築けるよう、できる限りのサポートはしているが、認知症の進行レベルにより難しいこともあるが、入居者同士で会話していることがある。		
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。	他施設への入居により退去した場合には、一定期間家族へ連絡を取り、様子をうかがっている。		
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。	できる限り、個別に話す時間をとるように努力している。また、家族、本人に思いややりたいこと等を定期的に聞き、プランへ反映させている。本人からの聞きだしが難しいときは、家族からの聞き取りにより対応している。	本人の気持ちは、できる限り個別に話す時間をとるように努力しています。また、家族にも定期的に話し合いをして個人記録に残しています。毎日の早番、日勤、遅番3名の文殊打合せでの記録は、ケアプランへ反映させる大切な情報となっています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前の運営面談にて左記のことは聞き取りしている。また、入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し、職員間で把握に努めている。		
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。	担当者会議以外で、毎日15分程度のミーティングをおこない、入居後の心身の状況を把握するようにしている。また、入居後1か月は様子観察を強化し、1か月後のプラン変更へ反映させている。		

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。	定期的な担当者会議や毎日15分のミーティングを実施し、一人ひとりの状況を把握、課題や伸ばしたい面などがあればその会議をもとに職員間で共有し、プランへ反映、実施している。	介護計画は原則3ヶ月ごとに作成し、状況によって見直しています。毎朝の全体打合せ、午後の文殊打合せ、夕刻のフロアごと申し送りは重要なチェック事項で、策定されたケアプランは家族にも報告、要望があれば再度話し合いを行っています。	
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。	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、短時間ミーティングによって話し合いを行い、プランへ反映、実施。		
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。	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティアの導入など、その時の状態に応じて適宜、相談し、対応している。		
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。	毎月ボランティアスタッフが訪問に著たり、年1回の町会のお神輿とのつながりなど、当時の気持ちを思い出すつながらを継続している。		
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。	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で外部主治医の方も数名おり、日々の中で連携を図る努力をしている。	提携医の往診が月2回、訪問歯科医の往診が毎週、訪問看護師、薬剤師も定期的に来訪、健康管理、薬剤の確認・仕訳にあたっています。入居前からの主治医への受診も可能です。受診時の医師からの情報は、利用者・家族・職員間で共有しています。	

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
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。	看護師も全体申し送り、各フロアの申し送りに積極的に参加しており、業務の中で十分に意思疎通ができています。		
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。	協力医療機関との連携の中で、24時間体制で連絡をとれるようにしている。また、双方で改善の必要がある場合には話し合いを実施し、改善に努めている。入院時には入院先とも連絡を密に取り、早期退院が出来るように情報共有をおこなっている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	必要に応じて、要望書を作成し、終末期において希望をそれぞれの家族と面談し、聞いている。また、その際にハウスの方針や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があればまた話し合いを実施することも伝えている。	重度化や終末期の対応方針を入居時に説明しています。重度化した場合には家族、医師、看護師、ケアマネジャー、管理者が今後の状況について話し合い、方針を共有しながら支援にあたっています。職員は外部研修や勉強会で事前に知識を得ています。	
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。	定期的な勉強会や掲示、協力医療機関との連携などを明示し、安心して動ける体制をとっている。管理者は24時間連絡をとれる体制をとっており、万が一の場合には指示が出せるようにしている。職員は高津区の救命講習を受講しているスタッフもいる。		
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2回の避難訓練実施、勉強会などを実施。1日3食×3日分の食糧貯蓄はある。	消防署の指導と協力を得て、年2回運営推進会議開催日に実施し、5～6名の家族が参加しています。時間帯を日中・夜間と交互に設定し、避難経路、避難方法を検討し確認をしています。3日以上食品、水、衛生用品などを建物の内外に分けて備蓄しています。	

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。	職業倫理や個人情報保護など、勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、慣れや職員一人ひとりの個性の中で完全徹底はされていない。	法人がコンセプトとする「諦めない！諦めさせない！自“遊”な暮らし！」を念頭に、職員は時間枠にしばられず、利用者がその人らしく暮らせるように心掛け、さりげない支援の実践に努めています。個人情報を含む書類は鍵の掛かる場所に保管しています。	
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。	本人の意向、思いをくみ取り、支援している。自己決定を尊重し、どうやったら実現できるかを考えることを心掛けている。		
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。	食事の時間、入浴等、本人のペースを尊重し実施しているが、100%は叶えてあげられていないのが現状。		
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。	行事、外出の際にはいつもと違う、その時々（TPOに合わせて）状況を見て支援している。夏祭りなどは希望者には浴衣なども来ている。また、日常的な身だしなみに気を配っている。		
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。	それぞれの得意分野の中で、準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また、一人ひとりの食事形態を理解し、食べやすい形態で提供している。	利用者の好みや希望を入れた献立表を作成し、定期的に本社所属の栄養士のアドバイスを受けています。食材は日々の買い物とネット注文で賄い、利用者は下ごしらえや味見、盛り付けに参加しています。誕生日会の食事や外食は楽しみの一つとなっています。	

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。	1週間ごとに担当スタッフがメニューを作成し、全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については、入居者とも話ながら、希望に沿ったメニューにしている。また、必要に応じて本社栄養士に指導を仰ぐこともある。		
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。	起床時、食後、就寝時、口腔ケアの声掛け、支援を行っている。また、外出後にはうがい手洗いの声掛けも実施している。		
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。	出来る限りおむつに頼らず、本人の排泄間隔を大切に支援を行っている。おむつを利用される方でも、可能な限り、トイレでの排泄を促すなどの支援をしている。	利用者一人ひとりの状況を把握した個別プランに基づいて支援しています。安易にオムツに頼らず、声掛けに工夫をし、一人ひとりの状況に合わせたプランと介助によりトイレでの排泄が可能になっています。	
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。	排泄間隔をつかみながら、便秘にならないよう、介護、看護スタッフで協力しながら対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	1人で入浴可能な方については本人が希望すれば、毎日でも入浴をしている。支援の必要な方についても、2～3日に1回程度の入浴を心がけ、できる限りの清潔を保っている。	一人ひとりの心身の状況に合わせた個別の支援方法を心掛けて提供しています。湯温、補助具の使用、浴室・脱衣室の室温に配慮し、安全に気持ち良く入浴出来る様に支援しています。機械浴の必要な利用者には小規模多機能事業所での入浴を提供しています。	

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
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。	本人の入眠時間を大切にしながら、昼夜逆転にならないよう、声掛けを行っている。また、不眠の方や落ち着かない方については、話を聞いたり、安眠できる工夫をしている。		
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。	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤薬のないよう日々、工夫している。		
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。	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いなこと、得意なことを聞きだし、日常生活内に取り入れている。また、レクについては、お部屋に閉じこもることのないよう、適宜声掛けを行い、実施している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	本人達の希望を聞きながら、イベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また、1階については、希望者は午前中に毎日散歩を行っている。また、外出願望の強い方には個別に散歩をおこなうようにしている。	天気が良ければ、個別ケアプランに添って散歩に出ています。職員の買い物に付き合う利用者もいます。年1回、はとバスで靖国神社などをめぐる日帰り旅行を企画して楽しんでいます。日常の外出では近くの森林公園での散策や桜見物に出かけています	
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。	自己管理が可能な人についてはおこづかいを自己管理している。また、買い物に行くことで金銭感覚を維持できるように努力している。		

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。	年賀状や暑中見舞いを家族あてに書いたり、電話も日常的に自由にできるようにしている。外部からの電話も本人達へ取り次いでいる。また、月1回の家族へのお便りには自筆でコメントを書いてもらっている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	1階は落ち着いた雰囲気フロアになっており、各自がフロアを行き来しながら自由に自分の居場所を選択できるようにしている。	利用者は「9LDKの家」の感覚で居間での自分の居場所を見つけて、アクティビティに参加したり、洗濯物をたたむなど、自分に合った生活スタイルで日々過ごしています。職員は、利用者の体感を重視しながら室温・湿度に配慮しています。	
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。	お部屋、食堂は自由に行き来しており、食堂ソファや浴室前のベンチへの行き来も自由にされている。		
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。	お部屋の家具等は本人の使い慣れたものを持参して頂き、家庭を同様の生活ができるようにしている。また、食器も使い慣れたものを使用させていただくことで、食事もその方に合わせて対応している。	居室には、洗面所・トイレ・クローゼット・エアコン・照明器具を設置しています。利用者はそれぞれ好みのベットや家具を持ち込み、自分の好みに合わせた部屋作りをしています。室内の清掃は職員が定期的に行い、利用者も可能な限り参加しています。	
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。	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。また、てすりを設置したため、より歩行環境の整備が出来た。		

事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム
ユニット名	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)	○	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
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。	面接時、入社時に当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、地域包括支援センターと連携、また運営推進会議の案内をだし、定期的な連絡の場を持っている。		
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。	自治会への入会、ハウス入口にベンチを置き、地域の方が休めるようしており、そこで交流をすることもある。また、地産地消をめざし、近隣農家から野菜を仕入れたりしている。近くの保育園との交流を継続している。		
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。	地域包括支援センターや地域の方々と連携し、認知症カフェを共催する計画が立っている（今後）		
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。	会議において、スタッフ、入居者、家族、包括や民生委員と共に認知症、高齢者ケアに関する勉強（熱中症や感染症）や意見交換（座談会）をおこない、日々の業務へ活かしている。		
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。	各種行政には質問事項等があれば連絡を取っているが、こちらの取組みを積極的に伝えることはしていない。包括については運営推進会議を通じて連携をとっている。		

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。	基本姿勢としては身体拘束は禁止、一緒に付き添うことで対応しているため、現時点では今後もしない方針		
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。	身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのかを学んでいる。		
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。	成年後見制度を検討されている相談があったため、制度の仕組みを説明し、無事締結された事例あり。		
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。	契約は必ず2名体制で行い、不安、疑問の残らないようにしている。また、変更等のあった場合には、運営推進会議、書面で報告したのちに変更を実施している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	基本的には電話、対面等でいつでも要望を聞く体制をとっている。また、ハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見のあった場合には職員に周知し、改善を図っている。		

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
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。	年2回の目標設定や個別面談等を実施し、業務に対しても目標設定、個人の意見、提案、要望等は聞いている。		
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。	上記同様。家庭の事情などでの要望などの個人の事情は可能な範囲できくようにしている。		
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。	日常的な業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また、勉強会を月1回程度実施、外部研修については職員へ案内し、パートを中心に参加希望をとったうえで可能な限り、参加してもらっている。		
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。	弊社他事業所の相互交流は、リーダー格スタッフは、エリア会議を通じて、毎月行っている。今後、パートスタッフも含めて、相互交流を促進していく計画がある。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	利用開始時に運営面談を実施し、本人、家族からの入居後の要望や生活についての希望等をお聞きし、プランへ繁栄させている。その後、入居1か月後を目途にプランの見直しを実施、以後は定期的なモニタリング実施によりプランに反映。		

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。	上記同様。		
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。	上記同様。		
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。	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り、一緒にとり、日常生活の中でコミュニケーションを図っている。また、心身状況に変化に合わせてケアプランの見直しもおこなっている。		
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。	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について、常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
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。	家族、知人、趣味等、これまで入居前に行ってきたできる限りのことを継続していけるように支援の努力をしている。		

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
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。	入居者同士がよい関係を築けるよう、できる限りのサポートはしているが、認知症の進行レベルにより難しいこともあるが、入居者同士で会話していることがある。		
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。	他施設への入居により退去した場合には、一定期間家族へ連絡を取り、様子をうかがっている。		
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。	できる限り、個別に話す時間をとるよう努力している。また、家族、本人に思いややりたいこと等を定期的に聞き、プランへ反映させている。本人からの聞きだしが難しいときは、家族からの聞き取りにより対応している。		
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。	入居前の運営面談にて左記のことは聞き取りしている。また、入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し、職員間で把握に努めている。		
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。	担当者会議以外で、毎日15分程度のミーティングをおこない、入居後の心身の状況を把握するようにしている。また、入居後1か月は様子観察を強化し、1か月後のプラン変更反映させている。		

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。	定期的な担当者会議や毎日15分のミーティングを実施し、一人ひとりの状況を把握、課題や伸ばしたい面などがあればその会議をもとに職員間で共有し、プランへ反映、実施している。		
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。	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、短時間ミーティングによって話し合いを行い、プランへ反映、実施。		
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。	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティアの導入など、その時の状態に応じて適宜、相談し、対応している。		
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。	毎月ボランティアスタッフが訪問に著たり、年1回の町会のお神輿とのつながりなど、当時の気持ちを思い出すつながらを継続している。		
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。	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で外部主治医の方も数名おり、日々の中で連携を図る努力をしている。		

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
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。	看護師も全体申し送り、各フロアの申し送りに積極的に参加しており、業務の中で十分に意思疎通ができています。		
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。	協力医療機関との連携の中で、24時間体制で連絡をとれるようにしている。また、双方で改善の必要がある場合には話し合いを実施し、改善に努めている。入院時には入院先とも連絡を密に取り、早期退院が出来るように情報共有をおこなっている。		
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、事業所の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。	必要に応じて、要望書を作成し、終末期において希望をそれぞれの家族と面談し、聞いている。また、その際にハウスの方針や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があればまた話し合いを実施することも伝えている。		
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。	定期的な勉強会や掲示、協力医療機関との連携などを明示し、安心して動ける体制をとっている。管理者は24時間連絡をとれる体制をとっており、万が一の場合には指示が出せるようにしている。職員は高津区の救命講習を受講しているスタッフもいる。		
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2回の避難訓練実施、勉強会などを実施。1日3食×3日分の食糧貯蓄はある。		

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
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。	職業倫理や個人情報保護など、勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、慣れや職員一人ひとりの個性の中で完全徹底はされていない。		
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。	本人の意向、思いをくみ取り、支援している。自己決定を尊重し、どうやったら実現できるかを考えることを心掛けている。		
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。	食事の時間、入浴等、本人のペースを尊重し実施しているが、100%は叶えてあげられていないのが現状。		
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。	行事、外出の際にはいつもと違う、その時々（TPOに合わせて）状況を見て支援している。夏祭りなどは希望者には浴衣なども来ている。また、日常的な身だしなみに気を配っている。		
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。	それぞれの得意分野の中で、準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また、一人ひとりの食事形態を理解し、食べやすい形態で提供している。		

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
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。	1週間ごとに担当スタッフがメニューを作成し、全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については、入居者とも話ながら、希望に沿ったメニューにしている。また、必要に応じて本社栄養士に指導を仰ぐこともある。		
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。	起床時、食後、就寝時、口腔ケアの声掛け、支援を行っている。また、外出後にはうがい手洗いの声掛けも実施している。		
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。	出来る限りおむつに頼らず、本人の排泄間隔を大切に支援を行っている。おむつを利用される方でも、可能な限り、トイレでの排泄を促すなどの支援をしている。		
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。	排泄間隔をつかみながら、便秘にならないよう、介護、看護スタッフで協力しながら対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	1人で入浴可能な方については本人が希望すれば、毎日でも入浴をしている。支援の必要な方についても、2～3日に1回程度の入浴を心がけ、できる限りの清潔を保っている。		

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
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。	本人の入眠時間を大切にしながら、昼夜逆転にならないよう、声掛けを行っている。また、不眠の方や落ち着かない方については、話を聞いたり、安眠できる工夫をしている。		
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。	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤薬のないよう日々、工夫している。		
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。	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いなこと、得意なことを聞きだし、日常生活内に取り入れている。また、レクについては、お部屋に閉じこもることのないよう、適宜声掛けを行い、実施している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	本人達の希望を聞きながら、イベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また、1階については、希望者は午前中に毎日散歩を行っている。また、外出願望の強い方には個別に散歩をおこなうようにしている。		
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。	自己管理が可能な人についてはおこづかいを自己管理している。また、買い物に行くことで金銭感覚を維持できるように努力している。		

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。	年賀状や暑中見舞いを家族あてに書いたり、電話も日常的に自由にできるようにしている。外部からの電話も本人達へ取り次いでいる。また、月1回の家族へのお便りには自筆でコメントを書いている。		
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。	1階は落ち着いた雰囲気フロアになっており、各自がフロアを行き来しながら自由に自分の居場所を選択できるようにしている。		
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。	お部屋、食堂は自由に行き来しており、食堂ソファや浴室前のベンチへの行き来も自由にされている。		
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。	お部屋の家具等は本人の使い慣れたものを持参して頂き、家庭を同様の生活ができるようにしている。また、食器も使い慣れたものを使用させていただくことで、食事量もその方に合わせて対応している。		
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。	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。また、てすりを設置したため、より歩行環境の整備が出来た。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 宮崎台つどいの家グループホーム

作成日：平成 28 年 2 月 14 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	2	他事業所や地域とのつながりはあるが、さらに強化していく必要がある。	近隣の地域資源とのつながりを広げて、利用者の選択肢を増やす。	近隣小学校の段ボール回収への協力、ベルマーク回収などの協力をはじめ、グループホーム連絡会などの参加を計画。	6ヶ月
2	3	運営推進会議への家族や地域の方々の参加はあるが、まだ人数が少ない。（来る方が固定化されつつある）	運営推進会議の内容を考えて工夫し、参加人数を増やす。	認知症カフェなども踏まえて、事業所運営に関わる人々の幅に興味を引く内容を考える。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月