

1 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	4571500406		
法人名	社会医療法人耕和会		
事業所名	グループホーム太陽の丘	ユニット名	中央館
所在地	宮崎市清武町木原5886-4		
自己評価作成日	令和元年7月4日	評価結果市町村受理日	令和元年9月11日

【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)】

<理念>「ただいま」と帰れる場所を創ります～あなたにとって「心癒らぐ」場所はいくつありますか～
 ～家族を大切に出来る職場創りを實現する～
 <行動指針>・立ち寄りたくなる場所 ・「私」を活かせる場所 ・持ち味を活かす場所
 平成30年度より、ホーム内の組織編成と新しく追加された加算算定をめざし、グループホームに求められる役割と機能、多様化し始めた利用ニーズと働く職員の働き方に対応すべくポジティブに職員全体で取り組んでいる。最近では、5月の大型連休に合わせ、利用者様、ご家族様、地域の皆様に協力を頂き、職員の子供(幼児)たちとの世代間交流イベントを6日間開催。こども保育園の大型連休中の休園に柔軟に対応することができた。平成21年度から取り組んでいる「ふるさと訪問」や定期的に実施してきた外出支援を生活行為向上の評価の場面として発展させることができ、生活様式の再構築に役立てることができている。3ユニットの特色を活かし、利用者様が好きな場所で日中過ごす事ができ、最期まで自分らしく家族と暮らす事が出来る看取りケアを家族と一緒にすることができるようになった。日常生活では、清武地域まちづくり協議会の活動に参加してきたことで、ホームで暮らす利用者も地域住民の一人として暮らすことができ、近年では、地域の方がホームに野菜や花を届けてくださったり、まちづくりの会場場所としても開放している。認知症ケアにおいては、また疾患別対応ケアを中心に「その人の辛さ」を理解、多面的に分析を行う事で多職種連携で心理行動症状を早期緩和する事、生活の中での「自己実現」が出来るようにチームで取り組み、その事例についても分科会などで事例研究発表をさせていただいている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_pref_search_list_list=true

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	令和元年8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)】

3ユニット(平成14年に東館・西館、平成16年に中央館開設)のホームで、各ユニットは廊下でつながり、利用者が自由に行動できる環境にある。地域のきよたけ地域まちづくり協議会に加入し、地域の一人として住民と日常的に交流し、利用者の活動範囲が広がり、自分らしく力を発揮できる機会が増えるよう取り組んでいる。全職員がいろいろな分野で研修、勉強会に参加し、身体拘束廃止、災害対策、外出支援など課題に取り組み、ケアサービスの向上に役立っている。アセスメントに基づき、利用者の個別支援表を作成し、入浴など一つ一つのケアを丁寧に実践するよう取り組んでいる。職員のメンタルを重視し、職員の働き方改革にも取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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	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る (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
57	利用者職員が、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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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	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
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	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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	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. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (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			

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	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ふ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	『ただいま』と帰れる場所を創ります ～あなたにとって「心癒らぐ」場所はいくつありますか～ 介護目標「正しいケアより優しいケア」 入居者様が一人ひとり役割、楽しみをもち安心して活気ある生活を送って頂ける様に支援していきます		平成24年に、開設時の理念から現在の短文で分かりやすい理念に変更している。画一的な介護ではなく、それぞれが役割を持って安心して生活できるように、利用者に寄り添う介護を実践するよう取り組んでいる。「正しいケアより優しいケア」を介護目標にしている。	「正しいケアより優しいケア」という表現は、誤解を招く可能性がある。意図は理解できるが、説明不足の感がある。全職員で検討して、伝わりやすい言葉で実践できる理念を作り上げることに期待したい。
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	平成26年度からきよたけ地域まちづくり協議会、異業種交流会、防犯パトロール隊に加入し、地域住民との交流を続けている。この事業に加入した事で定期的に住民の方々がホームに足を運んでいただけるようになり、日常生活の様子を観て頂く事が出来ている。また、地域の方が作った野菜や花、広報誌などを持ってきてくださるなどホームに立ち寄り寄ってくる機会が増えている。		地域のいろいろな組織に加入し、季節の祭りに参加するなど、利用者の活動の範囲が広がるよう取り組んでいる。また、地域住民の来訪が増え、日常的に交流している。	
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	平成28年度より、清武地域まちづくり協議会の主催、清武盆踊りフェスティバルの企画・運営に参加。備品、祭りの準備などの協力を行う事で、約40年ぶりの地域盆踊りの復活に貢献する事が出来た。また、利用者もその行事、運営に共同で参加している。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	事業計画の説明、身体拘束廃止に向けた取り組み・事故報告対策、行事報告、防災訓練など推進会議メンバーにも参加・見学していただき、意見交換が出来ている。地域密着型サービスの向上に役立てている。		会議では、行事、ホームの利用状況、事故等について報告している。運営推進会議メンバーが災害対策の研修に参加できる機会を設けるなど、会議が有意義になるよう努めている。利用者も会議に出席している。	
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り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	事故報告・災害状況など、担当窓口にFAXし助言をいただいている。また、事業所の地域活動計画においても地域包括支援センター、宮崎市担当課などに助言をいただき、連携しながら活動を実施することが出来ている。		事故、災害状況等を市担当者に報告し助言を得るなど協力関係の構築に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束に関する研修、勉強会(認知症高齢者に関する倫理)など、日常的な業務、申し送りなどを基に、その都度勉強会を開催。30年度改正に伴い、身体拘束に関する指針を再構築し、職員、家族にその取り組みを宣言、周知している。月に一度の検討会及び、対策後の追跡評価を実施検討会に取り組んでいる		全職員が身体拘束をしないケアについて理解し、実践に取り組んでいる。研修会、勉強会を実施し、運営推進会議や家族会総会で説明している。	

宮崎県宮崎市 グループホーム「太陽の丘」(中央館)

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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逃ごされることのないよう注意を払い、防止に努めている	従事者のリフレッシュ、出社時の表情に気を掛け、コミュニケーションを行いながら配置調整を行うようにしている。コミュニケーションの設定も多様化する働き方に合わせ工夫して取り組んでいくことを計画。日常の記録、申し送りの状況を踏まえ倫理感の共有を図り、メンタルヘルスケアに繋げている。GH協議会研修会企画提案			
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について研修に参加し勉強会を開催し報告している。必要時は関連機関と相談しながら実施出来る体制をとっている。必要と思われる家族には適宜説明を行い、支援している。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約を交わすにあたり、時間にゆとりを持って、説明を行う事が出来ている。特に入院時などご家族様の心理的負担を考慮し、柔軟に対応することが出来ている。法改正、消費税改定に伴う、内容変更については、ご家族様、利用者様に説明を行い、同意を得ている。			
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なら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	重要事項説明の際に、苦情相談窓口の案内を行っており、ご意見、ご要望に関しては報告書を作成した上で申し送りを行い、改善事項を検討し、決定事項をご家族、利用者様にお返しするようにしている。	家族等の意見や要望は、ホームの運営に反映させるよう努めている。職員の名前がわからない、寝具の洗濯や預り金の管理などの要望に対してマニュアル化するなど改善するよう取り組んでいる。		
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1回、運営会議、役付会議、スタッフ会議を開催し、運営内容の報告を行い、事業所におけるご家族様からのご意見などを検閲し、反映させている。	職員の意見や提案を、ホームの運営や職員の働き方改革に反映させている。大型連休におけるキッズルームの提案があり、家族の協力も得て「臨時的託児所」をホーム内につくり、子育て世代の職員の働きやすい職場づくりを実現させるよう取り組んでいる。		
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	年に1回の自己評価を行い、ヒアリングを実施している。自己の目標管理設定に無理がないか確認をしながら、モチベーションを上げられるような助言、調整が行えるように環境を整えている。			
13		○職員を育てる取り組み 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	全職員、目標管理シートを作成し、部署目標、業務目標、啓発目標の達成に向けて、業務に取り組んでいる。LPC尺度のツールを活用し、平成29年4月より、隣接するサンヒルきよたけとの共同の「人財」育成研修も開催している。生活行為向上加算は職員にとって効果的なスキルアップに繋がる加算となっている。			
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作り、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り組みをしている	グループホーム連絡協議会の研修に参加。ブロック毎の交流会や、近隣事業所との交流などで意見交換ができ、職員同士での交流が出来るよう検討している。認知症チームケアマネジメント研修に4名が参加。協力員として2名が活動に参加する。			

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	利用開始前には、面会回数を増やしホームの様子をタブレットなどを利用し本人にも観覧していただくようにしている。状況に応じては、本人も一緒に見学に来ていただく。入居後は、嗜好にあった生活メニューを提供し、その中から不安や悩みを引出し、アセスメントに記載出来るように努力している。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	ご本人様の状況を聴き出し、家族の負担を聴き出す様に努めている。これまでの様子を記録に残し、利用開始前に書面、または勉強会で状況の周知を図っている。利用開始直後は生活の様子を写真などでお見せするようにしている。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	相談時は適宜、地域包括支援センター、ケアマネジャー、病院の医療連携室との連携をとり、情報交換や話し合いが出来るようにしている。必要時には、他事業所や施設などの説明、紹介を行っている。認知症の病気を把握し病歴を見直し、各ユニットに疾患別ケアについて勉強会を行い、BPSDの早期緩和に努めている。			
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様の「出来ること」を把握し謙虚な姿勢で利用者様にしか出来ない役割であることを伝え、支援していきながら、自分にしか出来ない「役割」として見出していけるように支援している。事業所の中で利用者主体の「お仕事部会」を立ち上げ活動し、労い、称賛の場面設定を心掛けている。			
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	昨年度から加算追加された生活行為向上の評価機会の場として平成21年から取り組んでいる「ふるさと訪問」を有効的に活用することができ、家族共同で取り組むことがより多くなった。この加算算定を行うことで、関係性の再構築にも大きく役立てることができている。			
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	ふるさと訪問や、きよたけ地域まちづくり協議会の加盟活動を続けてきたことにより、意外な所での利用者との結びつきを実感することができており、そこから支援へと繋がり利用者の生活の場が広がっていくことができています。	ふるさと訪問により、馴染みの人に会う支援に努めてる。ホームの地域活動を通して旧知の人との再会や馴染みの理美容室の利用、来訪者の対応など、関係継続の支援に努めている。		
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	お仕事部会、クラブ活動や行事、馴染みの方とのドライブ等を通して、触れ合える時間をつくっている。また3ユニットが自由に出入り出来るよう環境設定に配慮している。			

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入院や事情で退去される時は、情報提供書を作成し、担当者との連携をとり、面接を行っている。看取りで退所された利用者様については、お墓参りや年忌などを行い、会話の機会を設けている。			
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	日々の会話の中や、担当者会議、ケアプラン作成時において、「本人・家族のニーズ」を把握している。本人の意思を尊重し、希望や訴えがある時は希望に添える努力をしている。担当者会議や個人記録を利用し、ケアの統一を図っている。	センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を活用し、生活歴や職歴、家族の話などを参考に意向の把握に努めている。担当者会議は家族が出席可能な日を設定し、本人・家族の希望や意向を確認し本人本位に検討するよう取り組んでいる。		
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	入居前後で、ご家族様に必要な情報シートをお渡しし、その情報を基にアセスメントシートに記載、これまでの暮らしの様子をカンファレンス、回覧等で情報共有出来るように努めている。			
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	センター方式B3を入居時にお渡しして、日々の生活行動と照らしあわせるようにしている。その様子をカンファレンス等で共有している。その中でその人が得意とする生活行為を提供するように努めている。			
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	アセスメントは全職員で情報を共有し、プランニングについては、計画作成担当者にて作成している。プライマリーへ内容を伝え、家族に説明・同意を行っている。モニタリングについては、看護職の意見も含め、作成している。	担当制にし、全職員が利用者日々の生活に向き合う中で情報を共有し、家族の来訪時に意見を求め、現状に即した介護計画を作成している。ただ、記載に関しては職員が主体になっている部分がある。	介護計画は本人が主体であることを確認し、ニーズに即した課題抽出や話し合いを行い、より良い生活を送れるよう作成されることに期待したい。	
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	日々の様子や、特記事案については、各勤務者が随時カルテに記入。また、全体の申し送りで他館の情報も収集している。			
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	主介護者が遠方等の状況等があり、日程調整の連携をとり、受診困難な利用者様は訪問診療の導入を検討。病院受診に関しては職員が付き添い、ご家族様と一緒に利用者様の診察を受け、情報の共有を図り管理に努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	社協等にボランティアの呼びかけを行い、傾聴ボランティアや学生ボランティアに来て頂いている。また、地域の学校の体験学習や専門学校の学生受け入れも行っている。運営推進会議で地区の方々の協力を頂いている。			
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	ご家族様、利用者様が希望するかかりつけ医となっている。希望に応じて訪問診療をしているが、受診の際は介護・看護職が付き添い、ご家族様と待ち合わせし、受診出来るように取り組んでいる。緊急時には協力病院の対応が出来るようになっていく。	入居前の医療機関に職員と家族が同行して受診を支援している。訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療等があり、緊急時に対応できるよう連携体制づくりに努めている。		
31		○看護職との協働 介護職は、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	主観的情報に捉われず、科学的データを可視化し看護職、医療関係との連携を図るよう取り組んでいる。また、多職種連携を図る中で、介護職が批判的意見に対応出来るようにOJTに取り組んでいる。			
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、又、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。あるいは、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。	入院時に退院予定日を確認しご家族様や医師、医療連携室の担当者と相談しながら早期退院に向け調整している。退院時の受け入れがスムーズにいくように情報交換や、入院中の訪問を行っている。			
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期に向けた方針を作成し、契約時に説明を行っている。重度化や終末期には医師、看護師等と本人・家族と十分な話し合いを行い、同意書ももらっている。また、記録に残し担当者会議を行いチームで方針を共有し、必要に応じて勉強会を開催している。	看取りに関する指針を作成し、契約時に説明している。重度化や終末期には本人、家族等と話し合い、説明をしている。看取りに関しては職員勤務体制を臨機応変に組み、職員の研修を行うなど支援に取り組んでいる。		
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	AEDを中央館に設置している。緊急蘇生や対応についての研修や勉強会を計画、実施している。事故や急変時のマニュアルを看護チームで作成し、対応についての勉強会を実施している。			
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	昨年第1回グループホーム九州地区災害対策連携会議に参加。グループホームの災害対策と連携の重要性を熊本震災を体験した事業所の方々の意見交換会に参加し、災害マニュアルの作成・訓練(炊き出し訓練)を実施している。令和元年7月13日は、熊本県GH協会支部長を招き、防災対策の講演を依頼。	「災害時の避難対応、備蓄物品の保管場所、生活用水の確保」の課題に関して、目標達成に向けた具体的な取り組みをしている。訓練を実施し、問題点の解決に努め、災害対策に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	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	個人記録に関してはイニシャル、番地名で記入している。また、記録簿を見えないところに置く配慮をしている。本人、家族が希望する名前の呼び方や言葉かけをする等「丁寧語」を意識した配慮を行っている。認知症の勉強会を適宜行い尊厳に努めている。		利用者の呼び方は本人、家族の意向を尊重している。会話は丁寧語を意識し、誇りを損ねない対応に努めている。排せつ介助はバスタオルをかけて羞恥心に配慮し、入浴は利用者の希望を尊重し同性介助を行うなどプライバシーの確保に努めている。	
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	支援する前に本人に自己決定してもらうように努めている。本人の意向を日常の表情や行動からも考察し、希望の抽出に努めている。面会時の様子など、家族からの情報も聴き取るように取り組んでいる。			
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者のニーズ、その日の希望を申し送り等で共有し、その日の業務調整を行い、配置換えを各ユニット共同で取り組むようにしている。また、その場しのぎのケアにならないように、その支援時にニーズと希望の理由を考察していくように取り組んでいる。			
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	女性利用者には、化粧品メーカーをお呼びしての化粧教室、ハッピーサロンなどを開催し、ドーパミンケアに取り組んでいる。男性職員でも化粧支援が出来るよう研修会を開催している。整髪なども、馴染みの理容・美容室等に出かけられる様に支援している。			
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	食材チームを中心に家庭に近い食事作りを目指している。地域の方、ご家族をお招きしランチバイキングやビュッフェ会を開催している。また、今年度は、災害食にも取り組み、非常時でも、食事を楽しめるよう取り組んでいる。		献立は法人の管理栄養士が作成し、昼食と夕食は調理担当職員が作っている。一人ひとりの嗜好を尊重し、家族の協力を得て外食の支援やいつもと違う雰囲気作り、テーブルを囲んで利用者と職員が同じものを食べるなど食事を楽しむことができるよう取り組んでいる。	
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	日々の食事や水分の摂取量を記録し、個人の状態観察を行っている。場合によっては、嗜好品の検討や栄養補助食品で栄養バランスを整えている。			
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、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	食後にこだわらず、その方の状態に応じて口腔ケアの時間提供を決め、効果的な支援に繋げるよう取り組み始めている。キュアケアネットワークを通じて、新たに歯科医とも連携できるようになり、介護職の口腔衛生指導に役立てることができている。			

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	利用者の状態に応じて排泄形態を見直し、適切な時間で提供に心がけるよう、排泄アドバイザーからの指導を受けながら、排泄自立支援に取り組んでいる。特に、マズロー5段階欲求説から、生理欲求の重要性を学ぶことで、オムツ外しに取り組み、排泄形態の向上に役立っている。		排せつ管理表を活用し、適切なトイレ誘導を行っている。トイレ誘導を続けることで、立位の改善に努めている。職員が専門家の指導を受ける勉強会を設けるなど排せつの自立支援に取り組んでいる。	
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	毎朝、申し送りの際に利用者様の排便日数を確認し、便秘と思われる方に関しては、マッサージ、自己排便援助、運動、ストレス要因を分析する。それでも排便がない場合は下剤、座薬、摘便などを実施。出来るだけ便秘にならないように外気浴、散歩ケア、水分補給・ヨーグルト提供を実施している。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	午前、午後、夜間での利用者様の体調及び生活のリズムに合わせて実施。希望がある利用者様に関しては、好きなユニットのお風呂に入られ、職員で対応出来るようにしている。不安の強い利用者様などは、同性職員と一緒に入浴できるように支援している。		生活歴等を参考に、入浴個別支援表を作成し、個々の希望を尊重した入浴支援をしている。友人と入浴するケース、音楽を流しながら入浴するケースなど、入浴をリラクゼーションケアとして位置付け、入浴を楽しむことができるよう支援している。	
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	不安の強い利用者様など、行動に同行しながら必要であれば添い寝なども実施している。就寝時は、間接照明を使用するなど、その方の就寝スタイルに合わせて対応している。			
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	・薬を受け取った時、1日分のセット時服薬直前の3回確認の徹底 ・副作用が予想される場合は介護職員にも観察を依頼する。 ・指示通り内服出来ているか、看護職員が定期的に確認を行っている。			
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	アセスメントを基に本人の仕事(役割)を計画書に盛り込んでいる。また、その仕事の報酬として外出支援を行っている。クラブ活動を週のスケジュールに組み、楽しみに繋げている。			
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。又、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	必要に応じて食材の買い出しに出掛けている。また、「ふるさと訪問」を通して日帰りの自宅訪問、墓参り、買い物、外食、ドライブ、初詣、旅行など、日常的、非日常的外出に分け、個別的に実施している。近年家族も参加して下さるようになってきている。最近では地域の方と一緒にランドゴルフに参加できる機会をつくれるようになった。		日常的な外出は近隣の散歩など、非日常的な外出は「ふるさと訪問」など、利用者の希望をに沿って多彩な外出支援をしている。家族と定期的に温泉に出かける、地域でのランドゴルフの参加等、家族や地域の人々の協力を得て支援に努めている。	

自己	外部	項目	自己評価	中央館	外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人管理が必要な場合は、家族と相談の上決定。個々の預かり金を希望にお預かりし、買い物、食事に繋げている。しかし、管理方法に苦勞しており、現在は出納帳と、お便り帳にも残金用途等の記載を行っているが、改善対策を模索している。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者様の希望や状況に応じて、電話の取次ぎを行っている。ご家族には生活の様子を写真に残し、1ヵ月の過ごし方をお便り帳で報告するように努めている。			
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	季節の行事に合わせて、利用者様と職員でリビングの飾りつけや玄関等に花を活けている。採光については、十分に取入れ眩しすぎる時には、調整できるようにしている。寒暖に合わせ室温、湿度の調整を行っている。リビングでは個別テーブル等も用意し、疾患等の混乱を緩和できるように工夫している	玄関、廊下、居間の随所に椅子を配置し、寛げる空間づくりに取り組んでいる。また、トイレ等は大きく、分かりやすい表示にしている。エアコンは27～28℃に設定し、居心地よく過ごせるよう努めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	談話室が2ヶ所あり、1ヶ所は洗濯物をたたんでもらったりしている。もう1ヶ所は、ソファを設置し、個人や数人で寛げる空間として利用していただいている。また、会議室や事務所なども開放し、好きな居場所を自己決定出来るようにしている。			
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	各館あたり、和室が6室・洋室が3室あり、入居者の個性に合わせた部屋づくりがされており、馴染んだ生活用品や仏壇を持ち込み、快適な生活空間を用意できるようご家族と共同して取り組んでいる。特に、混乱を招かないような空間を工夫している。	自宅から家具やテレビ等を持ち込み、落ち着いた環境で生活できるよう家族の協力のもと支援している。		
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」「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	場所表示(便所・風呂)など、入居者の目の高さに合わせている。また、夜間はトイレの場所が分かるように常にトイレの電気をつけるようにしている。居室もその人に合わせベッドや布団で対応している。			