

平成26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	1495500165	事業の開始年月日	平成23年5月1日	
		指定年月日	平成23年5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野川			
所在地	(216-0001)			
	川崎市宮前区野川338			
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1月7日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月30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/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1495500165&SVCD=320&THN0=14130
----------	---

【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)】

春には鳥のさえずりが聞こえてくる環境の中で、入居者様の穏やかな生活を送っていただくべく、安心できる生活環境づくりに注力している。

【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2月10日	評価機関 評価決定日	平成27年4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)】

事業所は南武線武蔵中原から東急バスで「上野川」バス停下車、徒歩5分程の旧住宅街に開設後4年になるグループホームです。運営母体はグループホームを中心に介護施設260程の事業所を全国展開している埼玉県に本社を持つメディカル・ケア・サービス株式会社です。ホームの玄関には「介護サービス事業者としてのグループの行動宣言」を掲示しています。

<優れている点>

ホーム長を中心に、全職員が運営理念の実践に取り組んでいます。半年前に着任したホーム長は真のサービスの向上は、それを支える職員がホームに定着し、安定した気持ちを持ってモチベーションを発揮すると共にチームワークの力が必要だと考えています。ホーム全体の取り組みとして ①毎朝礼時における理念の唱和 ②新年会の開催による職員の交流 ③日常の会話を通じた相互理解の促進、等を進めており、職員も応えて前向きな行動が始まっています。

<工夫点>

職員の工夫や企画が利用者からも好評を得ています。ホームでは職員の声を積極的に活かしサービスを提供しています。一例として ①食材関連会社の職人によるホームへの出前寿司 ②近隣洋品店のホームへの出店 ③利用者全員で創る富士山の大きなちぎり絵 ④利用者の創作意欲が支えるリビングの季節感の演出 ⑤法人内の作品展示への応募 ⑥机に紙細工による杖の収納筒の設置等があり、これら職員の発想や工夫による企画を利用者も楽しんでいきます。

【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野川
ユニット名	ニコニコ

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近づけている。	毎朝礼時、運営理念の唱和をすることで、理念に沿ったケアを実践すべく業務についている。運営理念：①その人らしい、快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。②心を込めた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます。③様々な機会を通じて、地域の人々とのふれあいを大切にします。	半年前に着任したホーム長は、支援の向上に向け運営理念が職員間に浸透・定着する様、事務所に掲示すると共に、毎朝、唱和する事を提案し、全員で実践しています。訪問時に対面した職員は三つの運営理念を正確に暗唱して聞かせてくれました。また、理念を名刺の裏面に印刷し身近な存在にしています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域との交流が小さい規模でしか図れていない。地域の集まりには月1回参加させていただき、少しずつ交流を広げている。	ホームを開設する時の経緯から、自治会には入会していません。従って地域との交流は消極的です。最近、運営推進会議の開催通知の工夫により地域包括支援センターの職員が参加する事となり、徐々に、地域との交流が始まってきています。	グループホームは地域密着型サービスに位置付けられており、地域との相互関係の下に成り立っています。地元関係者と良く調整し、まずは自治会に加入し、地域との交流の促進が期待されます。
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。	現段階では、施設に来られた方へのみしか認知症の人の理解や支援の方法を発信出来ていない。	/	/
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。	地域包括・区役所にも声をかけ、運営推進会議の輪が広がってきている。意見はあまり聞かれないため、少ない意見の中から今後に生かすべく励んでいる。	運営推進会議は定期的開催していますが、出席メンバーは利用者家族と事務局となっています。最近、開催案内に所定メンバーを紹介する等の対策により、地域包括支援センターの職員が参加しています。ホーム長は更なる改善を目指しています。	運営推進会議は外部の人々の目を通して、ホームの運営について、理解を得る機会であり、市の条例（第82号）にも、構成メンバーが定められています。会議のメンバーの再検討が期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議、地域の集まりの時に少しずつだが、意見交換をし協力関係の構築を行っている。	ホーム長は「地域ネットワーク会議」を介して行政関係者との交流に努めています。この会議は野川地区のボランティアの会が中心となって運営しており、行政関係者、介護施設、医療関係者、ボランティア団体が参加しています。	

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。	身体拘束は行っていない。マニュアルに沿った研修をホーム内で実施時、職員に周知している。	身体拘束に関する研修は法人が作成したマニュアルを配り、ホーム会議にて研修しています。玄関の壁には「身体不拘束」に関するホームの方針を掲示しています。ホーム会議は、全員参加とし、業務方針の周知や内部研修の機会としています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待とは、という部分からをホーム内研修時に行っている。そうすることで、虐待に対する理解を深めている。		
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。	難しい部分ではあるが、研修の機会を設け、少しずつ理解をしてもらっている。		
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。	入渠の契約の際に、ご家族様と契約書の読み合わせをすることで、理解・納得をして頂いている。		
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。	玄関に意見箱を設けている。運営推進会議の出欠表にも意見・要望欄を設け、そこから抽出した意見等を運営に反映させている。	玄関には「ご意見箱」を設置し、その壁には「相談・苦情窓口一覧」と「苦情を受け付けた後の流れ」を掲示し、苦情・要望を出し易いように配慮しています。また、ホーム長に直接親の介護に関する相談する家族もあり、丁寧に対応しています。	

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。	ユニットのリーダーを介し、意見等を確認している。しかし、スタッフに納得のいく対処は出来ていない状態である。	職員意見はユニット毎のミーティングで出し合い、提案された内容を、ホーム長と両リーダーによるリーダー会議で検討する仕組みとなっています。ホーム長は通常の日常の会話の中でも職員の声（改善意見）を吸収するよう努めています。	
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。	スタッフのモチベーションの低下につながるよう、意識はしているが結果が出ている状況ではない。		
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。	研修機会はあるが、参加は出来ていない状況にある。		
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。	月一回の地区の集まりに参加時、同業者との意見の交換をしている。		
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。	ご本人の状態をしっかりと把握し、それに伴いスタッフ間で情報の共有をしている。そこから、ご本人に見合ったケアを模索し実践している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	ご家族来訪時、電話対応時にご本人の状態を伝え、より良い関係づくりに努めている。		
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。	入居前のアセスメントの段階で、ご本人とおおよその状況把握をし検討する。入居後にその方にとって必要なケアの見極めをしている。		
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。	近過ぎない関係を作ることで、冷静な判断をしている。		
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。	ご本人のためにより良い状況を作るべく、ご家族様とも良い協力体制を作っている。		
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。	ご本人に必要な関係が途切れることが無いよう、必要な時には必要に応じた助力をしている。	ホームから家族へは毎月「お便り」を送っています。それには利用者の生活状況や行事への参加状況を写真入りでまとめた情報が掲載されています。電話をかけたいと言う利用者や年賀状への返信をしたい利用者への支援をしています。	

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
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ご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。	出来るだけ孤立した状況を作らないよう、座席の配置等考慮している。また、たたみ物等の手伝いや、工作も共同できるものを提供している。		
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。	全ての契約終了者ではないが、関係を断つことが無いよう努めている。		
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。	職員本位にならぬよう、職員間で検討しご本人の希望に添えるよう努めている。	「快適なシルバーライフをサポートするため「利用者が何を考えておられるか常に意識して支援しています（職員との面談より）」。気が付いた事については申し送りノートや生活記録にメモし、共有すると共に職員相互でも確認し合っています。	
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。	個人ファイルを活用し、ご本人の状態の把握に努めている。		
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。	ご本人の状態を把握することで、ご本人らしい生活のあり方を検討し対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	現場の職員から集めたモニタリングを活用し、出来る事をして頂く介護計画を作成している。	入居時にアセスメントを経て作成した介護計画（案）を担当者会議で検討の上、利用者・家族に説明して同意を得て支援をしています。週に一度は夜勤者が、利用者の生活状況を記録したうえ、3ヶ月毎に関係職員によるモニタリングを実施しています。	
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。	ご本人の有する能力に新たな発見があったときは、職員間で情報の共有をし、それを伸ばしていく介護計画に役立っている。		
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。	柔軟な対応をすべく、職員の意識改善を図っている。		
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。	地域資源の活用をすべく、個々に外出の機会を設けたりしている。そういった気分転換を図ることで、ご本人の心身の安定を図っている。		
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。	2か所の医療機関と提携しており、個々にあった医療を提供すべく努めている。	利用開始時に、提携医を紹介して可能な範囲で切り替えて貰っています。従来からのかかりつけ医を希望する場合には、家族による通院付添いを基本にしていますが、緊急及び家族の都合がつかない場合にはホームで対応することもあります。	

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
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。	週一の看護師と密に連携を図り、そこから医者につなげることもある。専門的な知識のもと、助言をいただいている。		
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。	病院関係者との関係づくりがうまく図れておらず。しかし、ご入院になられた時には、早期の退院をしていただくため、入院先の医療機関と連携を図っている。		
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。	現段階では、ご家族様と話し合いの機会を設けられておらず。	契約時に「重度化した場合の対応にかかる指針」を説明し「重度化した場合の対応（含む看取り介護）にかかる説明に関する同意書」に記名捺印を貰っています。ホームとしては将来看取りを行う方向で職員研修などの体制を整えつつあります。	
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。	定期的には行えておらず、各職員に実践力が身につけている状況ではない。		
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回の防災訓練は行っているが、地域との協力体制が構築できていない。	年に2回防災消火避難訓練を計画実施しています。消防署員立ち合いで夜間想定で行ったこともあります。地域住民からの協力支援、あるいは、災害時に高齢者などの弱者を受け入れる場所の提供などはこれからの課題としています。	備蓄品をリスト化し、食糧などの消費期限を明確にして定期的に入れ替え更新を図ったり、入居者の基本情報や薬などを一括して非常時に持ち出せる工夫も期待されます。

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。	職員間でご本人の情報共有を行い、その方にあった声掛け等をしている。	職員は、入居者のプライバシー保護と権利擁護に向けて「個人情報に関する規則の考え方」に則り、「ケアプラン自主点検表」で介助・支援にあたっています。入居者のアセスメント情報を職員間で共有しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	ご本人本位のケアをすべく、職員が主導する事の無いよう、留意している。		
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。	出来る限りご本人のペースを大切にしている。しかし、その人らしい暮らしが、必ずしも提供出来ているわけではない。		
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。	外出等の機会があるときは、身だしなみを整えさせて頂いている。また、外部からのネイルサロンとも連携を取り、生活の質の向上を図っている。		
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。	嗜好品が個々によって違うため、アクティビティの時などに、普段とは違う食事・おやつを提供し全体の満足を図っている。	献立表と食材は系列の専門業者から定期的に配送されています。業者の管理栄養士が栄養バランスなど確認しています。調理担当が「食品衛生管理マニュアル」に従い調理しています。鯨職人による出前や、誕生会、行事食、焼き肉パーティーも実施しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日常の声掛け、様子観察を行い出来る限り食事・水分量にムラがないよう留意している。またご本人に好まれる物の検討もしている。		
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。	必ずしも毎食後は出来ておらず。自立の方はご本人のペースで口腔ケアを行っている。		
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。	ご本人の状態にあった対応を考慮する中で、必要に応じておむつも使用して頂いている。	職員は「排泄・水分チェック表」を参考に入居者の行動パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導をしています。約半数の人が自立し、見守り支援中心で、残りの人が付き添い介助となっています。終日リハビリパンツを利用している人は1名のみです。	
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。	便秘に対して、飲み物等でも排便を促すよう対処している。また医療とも連携を図り、薬等でも対処している。		
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。	少なからず、職員の都合になってしまっているが、入浴中はご本人のペースで入浴して頂けるようケアを行っている。	入浴日、時間は特に定めずに、入居者は日勤時間帯であれば、希望する時間に入浴ができます。家族が持参した方には入浴剤を使います。希望があれば同性介助にも応じています。	

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。	ご様子の観察をしている中で、必要に応じてこちらから休息の時間を提案・提供させていただいている。		
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。	各入居者様のお薬情報を身近に置いておくことで、職員が確認しやすい状況を作っている。		
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。	ご本人の状態を把握することで、ご本人に適切な役割を持っていただくべく検討し、対処している。		
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。	買い物時に一緒に買い物に行く等、少しでも気分転換が図れるよう、注力している。	天候が良く職員の体制が整えば、近くのスーパーでの買い物や公園、庭、裏庭に散歩に出て行くことにしています。初詣で近隣の神社にも参拝しています。個別レクリエーションで外食や買い物の支援もしています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	ご本人のお小遣いの有効利用が出来る様、地域資源の活用、ご本人の希望等を聞き、適切に対処している。		

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。	要望があったときは、電話を取り次ぐ手紙を出す等の対応を適宜している。		
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。	日々の清掃はもちろん、ソリューションウォーターを使用することで、感染症の予防にも努めている。また、エアコンの使用温度等にも気を配っている。	夜勤者と早番の職員を中心に毎日清掃・換気をしています。食堂兼居間には入居者が集まっています。空調加湿器により快適な温度湿度を保っています。入居者の作品を飾り季節感を漂わせています。長イスも用意して寛げる空間になっています。	
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。	お一人お一人がご家族と共に居心地の良い空間を作られている。必要に応じて、職員からご家族に提案もしている。		
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。	ご家族と連携を図り、ご本人に居心地の良い空間を作るべく、努めている。	エアコンとクローゼット以外は、家族と相談して家具や趣味のものなど本人が家から持ち込んでいます。入居者の家での行動パターンを聴いてベッドの位置を決めています。夜間歩行がおぼつかない方には、センサーを活用しています。	
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。	共用部・個人居室が分かりやすく、比較的入居から早い段階で、安心した自立できる生活を送っていただいている。		

事業所名	愛の家グループホーム宮前野川
ユニット名	つきみそう

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。	毎朝礼時、運営理念の唱和をすることで、理念に沿ったケアを実践すべく業務についている。運営理念：①その人らしい、快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。②心を込めた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます。③様々な機会を通じて、地域の人々とのふれあいを大切にします。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域との交流が小さい規模でしか図れていない。地域の集まりには月1回参加させていただき、少しずつ交流を広げている。		
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。	現段階では、施設に来られた方にのみしか認知症の人の理解や支援の方法を発信出来ていない。		
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。	地域包括・区役所にも声をかけ、運営推進会議の輪が広がってきている。意見はあまり聞かれないため、少ない意見の中から今後にかかすべく励んでいる。		
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。	運営推進会議、地域の集まりの時に少しずつだが、意見交換をし協力関係の構築を行っている。		

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
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。	身体拘束は行っていない。マニュアルに沿った研修をホーム内で実施時、職員に周知している。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待とは、という部分からをホーム内研修時に行っている。そうすることで、虐待に対する理解を深めている。		
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。	難しい部分ではあるが、研修の機会を設け、少しずつ理解をしてもらっている。		
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。	入渠の契約の際に、ご家族様と契約書の読み合わせをすることで、理解・納得をして頂いている。		
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。	玄関に意見箱を設けている。運営推進会議の出欠表にも意見・要望欄を設け、そこから抽出した意見等を運営に反映させている。		

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
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。	ユニットのリーダーを介し、意見等を確認している。しかし、スタッフに納得のいく対処は出来ていない状態である。		
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。	スタッフのモチベーションの低下につながらないよう、意識はしているが結果が出ている状況ではない。		
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。	研修機会はあるが、参加は出来ていない状況にある。		
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。	月一回の地区の集まりに参加時、同業者との意見の交換をしている。		
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。	ご本人の状態をしっかりと把握し、それに伴いスタッフ間で情報の共有をしている。そこから、ご本人に見合ったケアを模索し実践している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	ご家族来訪時、電話対応時にご本人の状態を伝え、より良い関係づくりに努めている。		
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。	入居前のアセスメントの段階で、ご本人とおおよその状況把握をし検討する。入居後にその方にとって必要なケアの見極めをしている。		
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。	近過ぎない関係を作ることで、冷静な判断をしている。		
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。	ご本人のためにより良い状況を作るべく、ご家族様とも良い協力体制を作っている。		
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。	ご本人に必要な関係が途切れることが無いよう、必要な時には必要に応じた助力をしている。		

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ご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。	出来るだけ孤立した状況を作らないよう、座席の配置等考慮している。また、たたみ物等の手伝いや、工作も共同できるものを提供している。		
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。	全ての契約終了者ではないが、関係を断つことが無いよう努めている。		
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。	職員本位にならぬよう、職員間で検討しご本人の希望に添えるよう努めている。		
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。	個人ファイルを活用し、ご本人の状態の把握に努めている。		
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。	ご本人の状態を把握することで、ご本人らしい生活のあり方を検討し対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	現場の職員から集めたモニタリングを活用し、出来る事をして頂く介護計画を作成している。		
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。	ご本人の有する能力に新たな発見があったときは、職員間で情報の共有をし、それを伸ばしていく介護計画に役立てている。		
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。	柔軟な対応をすべく、職員の意識改善を図っている。		
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。	地域資源の活用をすべく、個々に外出の機会を設けたりしている。そういった気分転換を図ることで、ご本人の心身の安定を図っている。		
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。	2か所の医療機関と提携しており、個々にあった医療を提供すべく努めている。		

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
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。	週一の看護師と密に連携を図り、そこから医者につなげることもある。専門的な知識のもと、助言をいただいている。		
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。	病院関係者との関係づくりがうまく図れておらず。しかし、ご入院になられた時には、早期の退院をしていただくため、入院先の医療機関と連携を図っている。		
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。	現段階では、ご家族様と話し合いの機会を設けられておらず。		
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。	定期的には行えておらず、各職員に実践力が身につけている状況ではない。		
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回の防災訓練は行っているが、地域との協力体制が構築できていない。		

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
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。	職員間でご本人の情報共有を行い、その方にあった声掛け等をしている。		
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。	ご本人本位のケアをすべく、職員が主導する事の無いよう、留意している。		
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。	出来る限りご本人のペースを大切にしている。しかし、その人らしい暮らしが、必ずしも提供出来ているわけではない。		
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。	外出等の機会があるときは、身だしなみを整えさせて頂いている。また、外部からのネイルサロンとも連携を取り、生活の質の向上を図っている。		
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。	嗜好品が個々によって違うため、アクティビティの時などに、普段とは違う食事・おやつを提供し全体の満足を図っている。		

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
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。	日常の声掛け、様子観察を行い出来る限り食事・水分量にムラがないよう留意している。またご本人に好まれる物の検討もしている。		
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。	必ずしも毎食後は出来ておらず。自立の方はご本人のペースで口腔ケアを行っている。		
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。	ご本人の状態にあった対応を考慮する中で、必要に応じてオムツも使用している。		
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。	便秘に対して、飲み物等でも排便を促すよう対処している。また医療とも連携を図り、薬等でも対処している。		
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。	少なからず、職員の都合になってしまっているが、入浴中はご本人のペースで入浴して頂けるようケアを行っている。		

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
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。	ご様子の観察をしている中で、必要に応じてこちらから休息の時間を提案・提供させていただいている。		
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。	各入居者様のお薬情報を身近に置いておくことで、職員が確認しやすい状況を作っている。		
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。	ご本人の状態を把握することで、ご本人に適切な役割を持っていただくべく検討し、対処している。		
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。	買い物時に一緒に買い物に行く等、少しでも気分転換が図れるよう、注力している。		
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。	ご本人のお小遣いの有効利用が出来る様、地域資源の活用、ご本人の希望等を聞き、適切に対処している。		

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。	要望があったときは、電話を取り次ぐ手紙を出す等の対応を適宜している。		
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。	日々の清掃はもちろん、ソリューションウォーターを使用することで、感染症の予防にも努めている。また、エアコンの使用温度等にも気を配っている。		
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。	お一人お一人がご家族と共に居心地の良い空間を作られている。必要に応じて、職員からご家族に提案もしている。		
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。	ご家族と連携を図り、ご本人に居心地の良い空間を作るべく、努めている。		
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。	共用部・個人居室が分かりやすく、比較的入居から早い段階で、安心した自立できる生活を送っていただいている。		

平成26年度

目標達成計画

愛の家グループホーム宮前野川

作成日： 平成 27年 4月 27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	グループホームは地域密着型サービスに位置付けられているが、当該ホームのオーナー様のご意向で自治会に加入していない。 そのため、地域との交流が図れていない。	自治会に加入する。 地域包括に相談し、地域とのつながりを少しずつ増やしていく。	オーナーに自治会加入について確認を取る。 近隣の学校、保育園とのつながりを作るべく、連絡を取る。	6ヶ月
2	4	運営推進会議の出席メンバーの再検討。	地域の方々の出席を1人でもしていただく。	近隣の住民などにも声をかけ、運営推進会議の周知をすることにより、1人でも出席して頂く。	6ヶ月
3	35	備蓄品のリスト管理。 緊急時、入居者様の情報を持ち出す一覧表の作成。	誰でも見やすい、備蓄品のリストを作成する。 入居者様の情報一覧表の作成。	どちらも、ケアスタッフ、事務員と協力し、早めの作成をする。 作成後、保管場所の周知を図る。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月