

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	3570100713		
法人名	社会福祉法人暁会		
事業所名	グループホーム あかつきの里		
所在地	山口県下関市汐入町36-6		
自己評価作成日	令和2年1月25日	評価結果市町受理日	令和2年6月2日

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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	令和2年2月25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)】

山と海に囲まれた自然豊かな環境で、心穏やかに安心して生活していただけるよう「家庭的な雰囲気」を大事にしています。職員は利用者との日々のかかわりの中で、言動や日常の様子、表情などから思いや意向の把握に努め、一人一人が生きがいを持って楽しみのある暮らしができるように支援しています。情報は職員全体で共有し、個々の得意分野で力を発揮できるような個別ケアを心掛けています。健康面では、協力医による月2回の訪問診療ほか、事業所内に看護師を配置しており、主治医とご家族との連絡を密に取り合うことで状態の変化に対する相談や、入院となった場合長期化を防止できるように体制を整えています。

【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)】

運営推進会議で、自治会長からの情報提供を得て、利用者の地域の認知症カフェやしめ縄づくりへの参加につなげたり、自治会でAEDの講習会を開催されるなど、地域との関わりづくりに活かしておられます。内部研修で、危険予知トレーニングやリスクマネジメント学習を行ってられる他、事例情報を共有して、朝礼での分析、再検討や、法人の介護事故防止委員会からの助言などを参考に、月1回のスタッフ会議でも対応の評価や再検討を行って、再発防止に努めておられます。事例を基にした応急手当や初期対応のための勉強会を、看護師を講師として、その時々で開催して一人ひとりの事故防止に努め、利用者が安心、安全に日々を過ごせるように取り組んでおられます。利用者の日々の行動や会話、夜間の様子などを、介護記録や連絡帳などに記録しておられ、気づきのある毎に、ミニカンファレンスや申し送り時に、職員が意見を出し合っ、個別の支援ができるよう努めておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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
57	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:24. 25. 26)	64	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:10. 11. 20)
58	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:19. 39)	65	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. 21)
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	66	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:5)
60	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:38. 39)	67	職員は、活き活きと働けている (参考項目:12. 13)
61	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:50)	68	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
62	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:31. 32)	69	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
63	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、安心して暮らしている (参考項目:29)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	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	事業所独自の理念を掲示しており、朝礼時に全員で唱和している。特に「家庭的な雰囲気」に関しては、常に意識して実践につなげて行けるようディスカッションを重ねている。4月には理念について職員全員にアンケートを取り、スタッフ会議において話し合うことで、理念についての意味を共有し、実践につなげている。	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、事業所内に掲示している。週1回、朝礼時に唱和し、管理者が理念の意味や内容について話をしている。職員に、理念について思うことのアンケートをとり、スタッフ会議で話し合っ、地域の認知症カフェへの利用者の参加を支援するなど、理念を共有して実践につなげている。	
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	自治会に加入し、グループホームの活動を事業所便りに載せ地域へ活動の紹介を行っている。海峽マラソンには自治会ボランティアとして、毎年職員が参加している。法人主催の夏祭りには家族や、地域の方の参加もあり利用者、家族の交流の場となっている。	自治会に加入し、事業所だよりを自治会や拠点のケアハウスに配布している。職員が自治会ボランティアとして海響マラソンに参加している。法人主催の夏祭りに地域の人やケアハウス利用者、家族らと参加して交流をしている。毎月、利用者が地域の認知症カフェに参加している。研修医の実習{月2回}や看護学生の実習、中学生の職場体験を受け入れている。地域とのつながりが広がっているとはいえない。	・地域との付き合い方の工夫
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	運営推進会議を通じ、認知症の方の理解や支援の方法を伝えている。また、地域や家族の方の相談や申し込みには適宜対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	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
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	評価の意義についてスタッフ会議や朝礼時に説明を行ったのち自己評価をするための書類を全員に配布して提出してもらっている。ユニットごとにユニットリーダーと個人の理解度を確認し、内容を検討して最終的に管理者がまとめている。評価の内容をもとに目標を立て改善に努めている。	自己評価は管理者がスタッフ会議で評価の意義について説明し、評価のための書類に関心のある項目について記入してもらい、管理者がまとめたが、それを基にした話し合いはしていない。前回の外部評価結果は運営推進会議で報告し、災害時における地域との協力体制の構築、応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施、運営推進会議メンバーの拡大の三点を目標達成計画に掲げた。看護師が日々の事例に合わせた実践的な講習を行ったり、運営推進会議のメンバーの拡大にむけて働きかけをするなど、改善に努めている。	・全職員による自己評価の取り組み
5	(4)	○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	会議は年6回開催する。運営状況、利用者状況、事故報告、介護相談等を行い、情報交換、意見交換で得た情報をサービスの質の向上に活かしている。	会議は2ヶ月に1回開催し、利用者の状況や活動内容、事故・ヒヤリハット、研修、外部評価結果、避難訓練などの報告を行い、地域行事などの情報交換などを行っている。メンバーから認知症カフェへの参加や、しめ縄づくりへの参加の提案があるなど、意見をサービス向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町担当者とは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に取り組んでいる	主に運営推進会議で情報交換を行い、必要に応じて相談をして助言を得ている。	市担当者とは、運営推進会議時の他、直接出向いたり電話などで相談し、助言を得たり、情報交換しているなど、協力関係を築いている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議参加時に相談し、助言を受けたり地域情報を交換するなど、連携を図っている。	
7	(6)	○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	身体拘束防止委員会は3か月ごとに行う。また職員は、内部研修での勉強会を行い身体拘束について学び、日常業務の中では事例について検討して拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについては、その都度管理者が注意している。	年4回、身体拘束適正委員会(管理者、看護師、ケアハウス施設長、生活相談員)を開催する他、身体拘束に関する内部研修を年1回実施している。職員はスタッフ会議や朝礼などで話し合っ、抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関には施錠せず、外出したい様子を察知した時は一緒に外出するなど工夫している。スピーチロックやケアで気になるところがあれば、管理者が指導したり、職員同士で話し合っている。	

自己	外部	項目	自己評価	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
8		○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	高齢者虐待禁止について勉強会を行っている。日常業務の中でも虐待につながるような行為の内容に注意を払い、防止に努めている。		
9		○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	現在、権利擁護利用中の方はいないが、制度について内部研修を行って必要な時活用できるように整備している。		
10		○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	契約時には口頭、文書で説明を行った後必ず、不安や疑問点を尋ね、理解・納得をいただいている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	第三者委員会や相談・苦情受付の体制を明示し契約時、家族に説明している。サービス向上の為、運営推進会議・面会・家族会で意見、要望などを聞き内容を運営に反映させている。	契約時に相談や苦情の受付体制や第三者委員、処理手続き等を家族に説明している。面会時や電話、運営推進会議参加時、年2回の家族会参加時、年1回の事業所アンケートなどで意見や要望を聞いている。職員は、家族からの意見や要望があれば、ケース記録や連絡帳に記入し、職員間で共有しその都度対応している。月1回、事業所だよりを送付する際、担当職員が利用者についての気づきを添えるなど、家族からの意見が出やすい関係作りに努めている。畑仕事がしたいという利用者の意見から、畑作りができる環境を整えるなど、意見を運営に反映させている。	
12	(8)	○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1回のスタッフ会議だけでなく、朝礼時連絡帳により職員の意見や提案を聞き、反映させている。	管理者やユニットリーダーが、月1回のスタッフ会議や朝礼の他、日頃の業務の中で職員の意見や提案を聞いている。看護に関する連絡ノートや、ケアについての連絡帳を活用して、職員間で意見を交換している。運営に反映させるような意見はなかったが、利用者のイスの修繕に関する提案を受けて、自分たちで張り替えるなど、サービスに反映させている。	

自己	外部	項目	自己評価	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
13		○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	管理者は現場に行き、職員の努力・成果について常に把握するように努め、やりがいのある職場づくりを心掛けている。		
14	(9)	○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	施設内研修を毎月行っている。外部研修は情報を伝え、段階に応じた中で積極的に参加できるように環境を整備している。	外部研修は職員に情報を伝え、希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。今年はおむつ講習と介護記録について2回の受講があった。法人研修を年10回開催し、メンタルヘルス、感染症、アンガーマネジメント、食中毒、救急救命に参加している。受講後は復命し、資料を配布、閲覧している。内部研修は月1回年間計画を作成し、理念、身体拘束・虐待、食中毒、危険予知トレーニング、認知症ケアの基本的理解、感染症、誤嚥性肺炎、プライバシーの保護等の内容で実施している。新人は、日常業務の中で管理者や先輩職員が指導をしている。管理者や看護師が折々の課題について勉強会を開催し、日頃のケアを通して職員同士で教えあって、働きながら技術を身につけるよう取り組んでいる。	
15		○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	入所検討委員会などグループ内での交流を行いサービスの向上に努めている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	家族からのヒアリングをふまえ、本人の話に耳を傾けることで、思いを受け止め信頼関係を築いている。		
17		○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	サービス導入以前より、不安なことや要望等しっかり話し合い、信頼関係を築くことに努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	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
18		○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	本人と家族それぞれの立場に立ち、今必要とされているサービスは何かを見極め最前の支援が提供できるように努めている。		
19		○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	職員と本人が暮らしを共にする仲間として、人生の先輩であることを念頭に置き、本人の喜怒哀楽に共感し共に支えあう仲間としての関係性を築いている。		
20		○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	家族との関係性を大切にし本人の情報を得たり、暮らしぶりを毎月手紙で伝えるなど良好な関係を保っている。		
21	(10)	○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	家族と親戚の方や友人、以前の住居の近所の方、以前の施設の職員、本人の記憶の中の思い出の場所、風景、昔話をくりかえし交わり関係性を保つよう努めている。	家族の面会や親戚の人、近所の人、ケアハウスの友人などの来訪がある他、年賀状や暑中見舞い、電話などでの交流を支援している。日常の会話の中で利用者の懐かしい場所や人の話題を取り上げるようにしている。病院受診の途中で、思い出の場所をドライブしている。家族の協力を得ての、墓参りや美容院の利用、買い物、お盆や正月の一時帰宅、外泊、幼少期に過ごした場所への外出など、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。	
22		○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	利用者の一人ひとりの状況を把握しレベルや性格などに関わらずコミュニケーションでき、仲間として暮らしていけるように環境を整えている。		
23		○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	入院中やサービス終了後においても、問い合わせ、相談など気軽に利用できることを伝え、関係が切れない支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	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
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					
24	(11)	○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	本人に寄り添い共に暮らしていく中で、一人一人の思いや要望を受け止め、意向の把握に努めている。把握困難な場合には家族に相談したり、職員間で話し合い本人本位に検討している。	入居時に本人や家族から聞いたことを、フェースシートやセンター方式のシート(基本情報、私の暮らし、サービスに対する要望の記録)を活用して共有している他、日々の関わりの中での利用者の言葉や表情、行動、気づいたことなどを介護記録に記録し、朝の申し送りやミニカンファレンスで検討し、思いや意向の把握に努めている。把握が困難な場合は、家族からの情報や連絡帳を基に職員間で話し合い、本人本位に検討している。	
25		○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、家族からの情報。前施設の職員、ケアマネなどからの情報交換により行っている。		
26		○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	個々の力量に合わせた生活リズムの把握のため、職員間の情報を共有化し調整を行っている。		
27	(12)	○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	計画作成担当者と各利用者の担当者が中心となり、本人や家族の意向をふまえ主治医、看護師の意見を参考に介護計画を作成している。モニタリングを1か月毎に行い6か月毎に計画の見直しを行っている。	計画作成担当者と利用者を担当する職員を中心に、月1回カンファレンスを開催し、本人や家族の思いや意向を反映させ、主治医、看護師の意見を参考に、職員間で話し合い、介護計画を作成している。1ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎に見直しをしている。本人の状態に変化が生じた場合は、その都度話し合い、変更している。2ヶ月に1回モニタリングを行い、3ヶ月毎にアセスメント、6ヶ月毎に計画の見直しを行っている。本人の状態に変化が生じた場合は、その都度話し合っ変更し、現状に即した介護計画を作成している。	

自己	外部	項目	自己評価	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
28		○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	朝礼時の申し送りやスタッフ会議、連絡帳、医療連携ノートなどを活用し、随時情報交換を行い、職員間で共有することで実践に役立てている。		
29		○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	状況に応じて様々な角度から検討し、柔軟に対応していけるよう取り組んでいる。		
30		○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	隔月ビューティヘルパーを利用している。認知症カフェに毎月数名参加している。薬局の訪問時には相談を行ったり訪問リハの利用もある。家族の折り紙ボランティアや新聞を配達してもらっている方もいる。		
31	(13)	○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	家族の同意を得て在宅支援診療を利用している。月に2回の訪問診療の他、必要に応じ、他科受診の支援もしている。受診結果については家族に伝えており信頼関係につながっている。夜間や休日の急変時にも支援診との連絡を密にとり、適切な医療を受けられるよう支援している。	本人や家族の納得を得て協力医療機関をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受けている。他科の受診は家族の協力を得て事業所が受診の支援をしている。医師への情報提供は、情報提供書や看護師のサマリーを活用している。受診結果は家族に面会時や電話で伝え、職員間で医療連携ノートや連絡帳、ケース記録で情報を共有している。看護師が毎日、健康チェックをしている。夜間や緊急時には、看護師や管理者に連絡し、協力医療機関と連携をして適切な医療を受けられるように支援している。	
32		○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	介護職の「生活面重視」に不足しがちな健康面（異常の早期発見）へのシグナルをキャッチできるようディスカッションしたり、医療連携ノートなどで相談や情報交換を行う。		
33		○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。	協力医療機関との連携がある。入院中に退院カンファレンスや、見舞いを兼ね病院関係者との連絡を密にとりスムーズに退院できるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	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
34	(14)	○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	契約時に事業所でできる対応について指針に基づき説明している。実際に重度化した場合、家族や主治医、関係者と話し合い、方針を決定し支援している。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」に基づいて、事業所でできる対応について家族に説明している。実際に重度化した場合は早い段階から家族の意向を聞き、主治医や看護師など関係者と話し合い、医療機関や他施設への移設を含めて、方針を決めて共有し支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	事故発生時には報告書を提出、内容を分析し対策を話し合っている。 応急手当では実際にあった事例に沿って勉強会及び実践を行いマニュアルを作成している。	事例が発生した場合は、事故、ヒヤリハット報告書に、発生状況や対応策等の意見などを記載し、回覧している。朝礼で再検討し、法人の介護事故防止委員会に報告すると共に、月1回のスタッフ会議で評価、再検討をして、利用者一人ひとりの事故防止に努めている。年1回、消防署の協力を得て救急救命法(誤嚥)やAEDの使用の訓練をしている。法人研修で感染症や食中毒、救急救命を学び、内部研修で復伝している。看護師が朝礼時にその時々課題(応急手当等)について指導しているが、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるための訓練の継続
36	(16)	○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	定期的(月1回)に訓練の時間を設け、火災時だけでなく、水害や台風時などの、具体的な想定を考え、実施をしている。地域住民にも、運営推進会議を通じて参加を促してもらい訓練に参加してもらっている。	年1回、消防署の協力を得て、法人事業所と合同で、消火、通報、避難訓練、避難経路の確認を実施している。事業独自に月1回、火災や暴風雨を想定した避難訓練を利用者も参加して実施している。緊急連絡網に自治会長が参加し、運営推進会議で、消防車が来やすいように道路の整備をしたらよいなどの意見をj得ているが、地域との協力体制が十分とはいえない。	・地域との協力体制の構築
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	職員は毎朝朝礼時、人権擁護、職員の倫理綱領を唱和し、利用者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するよう、具体例もあげ、確認しあっている。また、不適切な対応があれば、その都度指導している。	職員は内部研修で学び、利用者の自尊心を傷つけず、プライバシーを損ねない言葉遣いや対応を心がけている。不適切な対応や気になるところがあれば、管理者が指導したり、職員同士で話し合っている。書類の保管などに留意し、守秘義務について遵守している。	

自己	外部	項目	自己評価	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
38		○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	職員は日常生活の中で本人が自己決定できる雰囲気づくりに心がけ、表情や行動からも思いや希望を把握できるよう努めている。またアセスメントや介護計画で職員全体が認識するよう繋げている。		
39		○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	利用者が主人公となって暮らせるよう、利用者の状態やペースに合わせた暮らしを一緒に送って送り支援している。		
40		○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	その人にあったおしゃれを気遣い支援する。常に清潔に、2カ月間に1回ビューティヘルパーを利用し、髪を整えている。外出行事の時などは、雰囲気を大切に服装の支援を行う。		
41	(18)	○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	法人の配食を利用している。行事食には食器に工夫を凝らし季節感を演出している。利用者はテーブル拭きや食器洗いを職員と一緒にやっている。月2回の調理の日には希望を取り、好みに合ったおかずやおやつを作りを行う。法人レストランへ外食に行っている。	副食は三食とも法人の配食を利用し、ご飯は事業所で炊いている。月1回、利用者から食べたいものを聞いて、おかずづくりをする調理の日を設け、畑やプランターで育て収穫した、ジャガイモや二十日大根などを使って調理している。利用者は食材の下ごしらえ、調理、食器洗い、台拭きなど、できることを職員と一緒にしている。季節の行事食(正月のお重、雛祭り、敬老会の日の祝い膳、土曜のウナギ、年越しそば、クリスマスなど)、月1回のおやつ作り(ホットケーキ、ムース、ドーナツ、かき氷など)、誕生会のケーキの飾付け、家族会の弁当会食、法人の夏祭りのかき氷やジュース、納涼祭の縁日風たこ焼きやフランクフルト、あかつきカフェ(毎日10時のお茶で好きな飲み物を提供)、法人のレストランでの外食、家族の協力を得ての外食など、食事が楽しみなものになるよう支援している。	
42		○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・水分量を記録。職員間で共有している。 個々に状態に応じた形状にカットしたり、食欲のないときはふりかけ等を利用。 食事時間などは柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	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		○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	毎食が難しい場合でも夕食後には必ず職員が付き添い、洗面所にて義歯は取り外し消毒までを支援している。自身での歯磨きを行った後、仕上げ磨きをする場合もある。舌苔のある方は専用のブラシを使用。時間帯も個々の習慣に合わせて行っている。		
44	(19)	○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	排泄パターンを把握し、各々に応じた声掛け誘導を行い、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てパターンを把握し、プライバシーに配慮しながら、利用者一人ひとりに応じた声かけや誘導をして、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。	
45		○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	表に記録して水分量を把握した結果、緩下剤を使用する方及び、量が減った。必要な方には主治医と相談の上、緩下剤で調整している。		
46	(20)	○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	週3回のペースで実施しているが、希望があればいつでも入浴可能である。入浴拒否のある方には、無理強いせず、職員の交代や声掛けの工夫等で対応している。	入浴は毎日、10時から11時30分までの間と、13時30分から15時の間、利用者の希望や体調に合わせて、週3回、ゆっくりと入浴できるように支援している。利用者の状態に合わせてシャワー浴や清拭、足浴の支援を行い、入浴したくない人には無理強いをしないで、言葉かけの工夫や職員の交代、時間の変更をするなど、一人ひとりに応じた支援をしている。	
47		○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	本人の生活習慣や健康状態その時々状況に応じた対応に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	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
48		○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	受け持ち担当者が、定期薬の作成を行い、把握している。下剤の調整は様子をみながら適宜行っている。薬が変わった時には、歩行や身体状況に変化がないか経過観察を行い気づきがあれば、記録して職員間で情報を共有している。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	入居者とのコミュニケーションを密に行い、情報を得て、職員間でも共有し、その方にあった、個別な対応(花の世話、衣類の繕い物、散歩など)を実施している。	季節の行事(鏡開き、書初め、節分、バレンタイン、ひな祭り、鯉のぼりづくり、七夕、夏祭り、花火大会、運動会、敬老会、クリスマス会、)、誕生日会、月1回のおやつ作りの日、テレビやDVD、ラジオの視聴、新聞や本、雑誌を読む、日記を書く、脳トレ(数字合わせ、絵合わせ、ジグソーパズル)、ゲーム(積み重ねゲーム、神経衰弱など)、カラオケ、トランプ、カルタ、貼り絵、ぬり絵、折り紙、レース編み、生け花、花鉢の水遣り、カレンダーめくり、ラジオ体操、テレビ体操、棒体操、口腔体操、リハビリ体操、タオル体操、風船バレー、スカットボール、室内ウォーキング、掃除(モップがけ、掃除機かけ、家具拭き)、シーツ交換、洗濯物干し、洗濯物たたみ、洗濯物の収納、食事の準備や後片付け、家族会など、楽しみごとや活躍できる場面づくりをして、気分転換等の支援をしている。	
50	(22)	○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	希望により施設周辺の散策や外気浴を行う。初詣、外食、季節・行事など、月例の計画において外気にふれる機会など設けている。	初詣、季節の花見(桜、つつじ)、ドライブ(火の山公園、老いの山公園、金毘羅公園)、年4回の法人レストランでの外食、法人の夏祭り、認知症カフェへの参加、個別の買物(スーパー、ドラッグストアなど)、周辺の散歩、外気浴、家族の協力を得ての、墓参りや、美容院の利用、買い物、お盆や正月の一時帰宅、外泊など、外出を楽しめるよう支援している。	・外出支援の工夫
51		○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	預り金を事業所で管理する。必要に応じた金額を家族と相談して合意を得ている。少額であるが自分の財布を持っている方もいる。できる人に対しては、買い物に出かけて本人が支払えるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	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
52		○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	本人が希望すれば家族や知人に電話をして、喜びや安らぎを感じられるように支援している。また、手紙のやり取りは夏は暑中見舞い、冬は年賀状を本人の手書きで送っている。		
53	(23)	○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	共同空間は移動しやすいように家具を配置して動線を確保している。 壁には季節感の感じられるものを利用者と共に作り、飾って楽しみ話題作りになっている。 行事で撮った写真を飾り、思い出話のきっかけとなるよう、工夫している。 リビングには加湿器と温度、湿度計を3か所に配置して温度や湿度を保つ。	玄関には季節の生け花や観葉植物を飾っている。リビングは、天井が高く広々としており、食卓テーブルやイス、テレビコーナーにはゆったりとしたソファを配置し、利用者が採取してきた草花を飾っている。壁際のラックには、本や雑誌がいつでも読めるように置いている。壁面には季節の飾り物や大きな日めくり、手づくりカレンダー、行事の写真、職員や利用者の顔写真、事業所だよりを掲示している。室内の温度や湿度、換気に配慮し、明るさ、音などを適切に調節して、居心地よく過ごせるような環境を整えている。	
54		○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	テーブル席は決まっているが誰もが自由に好きな場所で居心地の良い空間で過ごせるように、ソファやベンチを置き本棚には市報や雑誌・新聞を置いて情報をきっかけに話題が広がるように工夫している。 数字遊び等、すぐできるように手作りの道具を棚に置き、いつでも使えるようにしている。		
55	(24)	○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	好みの家具や雑貨、お気に入りの洋服、仏壇等持ち込み、本人が穏やかに過ごせるようにしている。 使い慣れた目覚まし時計やラジオまたはテレビを配置して、居心地の良い暮らしができるように配慮している。	整理ダンスや衣裳ケース、衣装掛けスタンド、机、イス、ソファ、テレビ、位牌、鏡台、ぬいぐるみ、時計、化粧品、本や雑誌、干支の飾り物、空気清浄器、加湿器など、使い慣れたものや好みのものを持ち込み、ぬり絵の作品、孫の写真や手紙、家族の手芸作品、季節の飾り物、カレンダーなどを飾って、本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
56		○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	居室やトイレは大きな文字でわかりやすい表示にし、各居室には手作りの表札を貼ることで自分の部屋がすぐわかるように工夫している。 身体機能の変化に対応できるようシルバーカーや車椅子を配置している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームあかつきの里

作成日: 令和 2 年 5 月 31 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 (2)	地域との付き合い方や関わり方の見直し	地域の行事や催しなどへ積極的に参加することで、地域の一員として暮らして居ることを知っていただく。	運営推進会議などで自治会長、民生委員より情報を得る。地域の行事に参加することで地域住民との交流を増やす。また地域の催しなどにいつでも場所を提供できることを伝えていく。	1年
2	35 (15)	初期対応、緊急時の対応。全員に実践力が備わっているとは言えない。	全職員が初期対応や応急手当などの実践力を身に着ける。	資料やマニュアルに基づき基礎知識を繰り返し学び、実践力を身に着ける。	1年
3	36 (16)	地域との協力体制の構築。	併設施設、近隣住民との合同避難訓練の実施。	運営推進会議で検討し年内実行を目指す。	6ヶ月
4	4 (2)	自己評価を行った後にそれについて全員での内容検討を行っていない。	自己評価後、全職員での話し合いを行う。	取り組みの時期を早期に設定しておく。	6ヶ月
5	50	外出支援に使用する社用車の確保。(現状軽1台)	多くの方の外出希望を実現できるようになる。	併設施設より社用車を借り、外出支援の回数を増やしていく。	随時

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。