

### 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	3570300743		
法人名	医療法人社団 青藍会		
事業所名	ハートホーム平川グループホーム		
所在地	山口市黒川729-2		
自己評価作成日	平成30年11月2日	評価結果市町受理日	令和4年8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	平成31年3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)】**

各利用者に出発することを尊重し、時間はかかってもご自身で実施して頂く支援をしている。また基本ケア10箇条を作成し、それに添って、各利用者が安心、安全に生活できるケアの質や環境の提供を目指している。また介護技術のマニュアルを法人で作成し全介助職員に実践してもらい評価をしてスキルアップに努めている。職員においては、院内研修会を中心に、職員参加率100%を継続し、介護の知識や技術の向上に努めている。新人職員についてはエルダーメンター制度導入にて基本技術の確実な向上を目指しOJTを実施している。また介護福祉士率60%以上を維持し、より専門的な知識の元に安全なケアを提供している。

**【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)】**

毎日、早朝と夕方の2回、訪問看護師が来訪され、利用者の健康状態の確認や職員への指導、助言、医師への情報提供などをおこなわれます。職員は法人研修で年1回看取りについて学んでおられ、利用者が重度化された場合には、主治医や拠点施設に週3回来訪される協力医療機関の医師、訪問看護師と連携されて、家族と職員が話し合わせ、方針を決められ共有して支援に取り組んでおられます。看取りの段階になると事業所でも研修を実施され、職員は不安なく看取りのケアに取り組んでおられます。職員同士のコミュニケーションも良好で、落ち着いたゆったりした雰囲気の中で利用者が過ごせるよう支援されています。地域住民に拠点事業所のリハビリテーション機器を開放しておられ、毎週来られる自治会長と、事業所が災害時に地域の避難場所となれないか、地域との合同のイベントが開催できないか話し合っておられるなど、一歩ずつ地域との連携に取り組んでおられます。

**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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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)	○	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
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)	○	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	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)	○	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
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)	○	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	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)	○	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
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)	○	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	職員は、活き活きと働けている (参考項目:12. 13)	○	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
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)	○	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
62	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:31. 32)	○	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	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	○	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
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)	○	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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「私達は、利用者様が認知症を超えて、その人らしく安心した毎日を過ごせるように最善をつくします」という事業所独自の理念を詰所内に掲示し、実践に努めている。	事業所独自の理念をつくり事務所内に掲示している。毎朝の申し送りで確認して共有に努め、理念を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	地域のひととの交流は、ボランティア(音楽療法、クリスマス会)の来訪や、毎週の地域の方のジム(地域へのリハビリ機器開放)等で設けている。また、犬との散歩等で地域の人の挨拶をする等している。	音楽療法のボランティアが月2回来訪している他、山口市介護支援ボランティア(話し相手、洗濯物たたみ、レクリエーション)や拠点事業所との合同クリスマス会に教会関係のボランティア(講話、寸劇、ハンドベル演奏)が来訪して事業所の利用者と共に交流している。自治会長の提案を受け、地域住民に拠点のリハビリテーション機器を開放しており、自治会長が毎週来訪している。近隣の人が散歩の時に声をかけてくれるなどの交流があるが、地域とのつきあいの機会は減少している。	・地域とのつきあいの工夫
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	外出等で地域に出かけている。またボランティアの受け入れも行っている。また、裏庭で一緒に野菜をつくる等、高齢者住宅(あんしんホーム)の方との交流もある。		
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。	職員は自己評価・外部評価・評価結果についてミーティングで共有し話し合う機会を持っている。	自己評価は管理者がまとめているが、職員との話し合いはしていない。評価の取り組みが活かされているとはいえない。	・全職員での自己評価の取り組み

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
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	民生児童委員、地域包括センター職員、ご家族、管理者、グループホーム職員で2ヶ月に1回開催している。会議ではサービス提供状況や現状報告、事故ヒヤリハット報告をし、ご意見をいただき、サービスの向上に繋げている。	会議は、拠点事業所と合同で2ヶ月に1回開催し、利用者や職員の状況や行事予定、活動報告、事故・ヒヤリハット報告、外部評価報告、ミニ勉強会などを行い、防災訓練などについて意見交換をしている。会議録は職員に回覧している。メンバーからの意見は少なく、会議を十分に活かしているとは言えない。	・会議を活かした取り組みの工夫
6	(5)	○市町との連携 市町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	市担当者とは法人を通じて情報交換をし協力している。地域包括とは運営推進会議などを通じ連携を図り、地域・高齢者住宅などの相談、情報交換をしている。	市担当者とは、介護保険の認定更新に向いた時に情報交換をしたり、相談をして助言を得ているなど協力関係を築くよう取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時に情報交換をしているなど、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	マニュアルがある。また法人内研修および業務改善Mで身体拘束・高齢者虐待防止について勉強会を行なっている。また日中は玄関・出入り口は開錠している(一部は施錠)。また職員全員が寄り添うケアの実践に努めている。	職員は法人研修で年1回、業務改善ミーティングで年2回学んで身体拘束について理解し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。スピーチロックについて気になるところは管理者が注意している。玄関には施錠せず、外に出たい利用者には職員が話を聞いたり、気分転換の支援をしている。	
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	毎月の部署内介護技術勉強会や法人内研修会で高齢者虐待についての理解を深め、虐待をしないケアに実践に取り組んでいる。		
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	部署内で業務改善ミーティングや法人内研修等で知識を深めている。		

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
10		○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	契約の締結の際は十分な説明を行い、不明な点等は随時、追加説明し納得いただいた上でサービスを利用していただいている。看取りや個人情報保護についても確認を行っている。		
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	入居時に苦情の受付体制等を説明している。運営推進会議や家族交流会、家族の来所時に意見や相談、苦情を聞き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、処理手続きなどを本人や家族に説明している。運営推進会議参加時、面会時、電話などで家族からの意見や要望を聞いている。月1回事業所だよりと一緒に、利用者を担当している職員の手書きの手紙で利用者の様子を知らせたり、運営推進会議後利用者と一緒の食事会を開催している等、意見を出しやすくするよう工夫している。受診支援の要望があり、家族と協力しながら支援に取り組んでいる。	
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	毎月の業務改善ミーティングで運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また管理者は、随時個人面談を行い、職員の意見を把握している。共有ノートを活用し、意見を収集する方法も取り入れている。	朝の申し送り時や月1回の業務改善ミーティングで職員の意見や提案を聞いている他、管理者が日頃から職員に個別に声をかけて意見や提案を聞いている。職員から夜勤の出勤時刻について提案があり、勤務体制の見直しを行うなど、意見や提案を運営に反映させている。	
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	各職員に居室担当や業務の役割を定め、責任感を持って業務に取り組めるようにしている。また個々に応じた仕事内容に留意し、安心して働ける職場環境作りに努めている。		

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
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	毎月開催される法人内研修会に参加している。また毎月の部署内ミーティングにおいても職員担当制で勉強会を開催している。	外部研修は、職員の希望や段階に応じて勤務の一環として参加の機会を提供している。今年が高齢者虐待、認知症ケア、レクリエーションの3回受講し、受講後は業務改善ミーティングで報告して情報を共有している。法人研修は、月1回、年間計画をたて、感染対策、危険予知トレーニング、認知症、ADL評価、最新の福祉用具などについて実施し、出席できなかった職員は資料やレポートで学んでいる。初任者研修と実践者研修、介護福祉士研修を行い、勤務の調整をして資格取得を支援している。いる。内部研修は、月1回の業務改善ミーティングの後、職員が講師となり、勉強会を実施している。新人は法人で6日間研修し、3ヶ月間エルダーメンター制で業務の交換日誌を交わし、日常業務の中で指導している。	
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	介護提供事業者研修会へ定期的に参加し、情報交換や交流を実践している。また法人内研修会でも他部署との交流の場として活用している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者様のサービス利用前より基礎情報書を作成し、情報は職員全員が共有し、初日から安心して過ごせるよう努めている。入居後もご利用者様が生活の場所と感じて頂けるよう、環境作りを行っている。これまでの生活リズムに合わせた対応を心がけている。コミュニケーションは本人の意思や尊厳を尊重した対応を心がけている。		
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	家族への説明、確認、了解を経てサービスを開始している。家族の来所時や電話の際は状況を報告している。また毎月の近況報告やグループホーム便り、運営推進会議でも近況報告を行なっている。		

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
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	サービス開始前の面談や、必要であればサービス利用後でも話し合いを行い、必要なサービスは提供できるようにしている。		
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	食事の盛りつけや食器洗い、洗濯物たたみ、花の活け方、野菜の育て方などを教わったり、テーブルを順番に拭いたり、同じ家に暮らしているといった関係作りを実践している。		
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	運営推進会議や家族交流会に参加を呼びかけ、ご本人との共有の時間を設けている。またあまり来所されないご家族には電話や毎月の近況報告で状況を伝え、共にご本人を支えていく関係を築いていくよう努めている。		
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	知人や友人の訪問や住み慣れた地域のお店やかかりつけの病院に行くなど、馴染みの関係が途切れないようにしている。また家族の協力を得ての外出等の外出や法事等への外出機会の支援も行っている。	家族の面会や親戚の人、元職場の人などの来訪がある。運営推進会議後に家族交流会を行って利用者と一緒に昼食会をして交流を支援している。家族の協力を得て法事への参加や墓参り、一時帰宅、外食など、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	リビングでの席順を配慮したり、職員が寄り添い、間に入ったりすることでトラブルに対応している。また孤立傾向の方には、適宜職員がレクへの参加を促したり、日常生活場面での手伝いを職員と少人数の利用者と一緒に工夫をしている。		
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	退所時に相談を受け付けていることを説明し、これまでの関係を大切に、必要に応じて相談や支援に努めている。		

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
<b>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</b>					
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	家族からの情報や、日々の会話、表情、行動などから意向の把握に努めている。朝夕の申し送り等で職員全員で共有し、全職員が一人一人の思いや希望、意向の把握に努めている。また全職員がプラン作成に加わっている。	入居前にケアマネージャーから本人の介護情報を得ている他、「きっかけづくりアセスメントシート」に趣味、食事の好み、得意なこと、苦手なことなどを記入している。日々の関わりの中で得た情報を「経過記録」や「申し送りノート」に記載し、朝の申し送りで職員が共有して、利用者の思いや意向の把握に努めている。業務改善ミーティングのカンファレンスで検討し、困難な場合は表情などから思いを汲み取るよう努めてしている。	・思いや意向を把握するための記録の工夫
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	サービス開始前に家族や前CM、本人よりこれまでの生活歴や趣味・意向を聞き、その方に合ったサービスが提供できるように努めている。また、本人との会話の中からも、これまでの生活に関する情報の把握に努めている。		
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	一人一人にあった生活が出来るよう毎月のカンファレンスやケアプラン情報の共有等で現状の把握に努め、職員間で情報を共有している。また利用者担当職員を決め、その職員からの気づきも全体に発信し情報共有している。		
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	月1回カンファレンスを実施し、本人、家族、各専門職の意見を参考に介護計画を作成している。また全職員が介護計画作成に参加することで本人の現状に即した介護計画を作成している。また訪問診療時に主治医より意見を頂いている。さらに訪問看護来所時は、各利用者の健康管理に関する指示をいただいている。家族には来所時や電話で意見や希望を聞いている。	利用者を担当している職員と計画作成担当者を中心に、月1回の業務改善ミーティング時のカンファレンスで、本人の思いや家族の意向、主治医や訪問看護師の意見を参考にして話し合い介護計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行い、計画の見直しをしている。状態に変化があればその都度見直しをし、現状に即した介護計画を作成している。	
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	毎日作成する経過記録や申し送りノートを職員間で共有し、日々の申し送りで活用している。変化があれば随時、話し合いを行い、介護計画を見直している。		

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
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	毎日の申し送りやカンファレンス、ミーティング、申し送りノートで日々の変化に対応している。これにより職員より様々な意見を出し合い、柔軟な支援に努めている。また家族の来所時には家族の意向を聞くように努めている。		
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	必要物品を購入しに行くときなど、できるだけ一緒に地域のお店に行くようにしている。また専門の医療機関に受診に行っている。秋祭りや地域のケーキ屋などに出向き、地域との交流を深めている。		
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	家族の同意を得た上で、協力医療機関がかかりつけ医となっている。入居前のかかりつけ医療機関などへの定期受診も対応し、適切な医療を受けられるよう支援している。また、月2回の訪問診療や訪問看護により各利用者の体調等を報告し適切な指示をいただいている。	協力医療機関をかかりつけ医としてい場合は、月2回の訪問診療がある。本人や家族の希望するかかりつけ医や他科は、家族の協力を得て受診を支援している。歯科は必要に応じて訪問診療がある。1日2回(早朝、夕方)訪問看護が来訪し、健康状態の確認や職員への指導、助言を行い、医師へ情報提供している。受診結果は「薬情ノート」やメール、申し送りノートで共有している。夜間や緊急時は協力医療機関と連携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	訪問診療時や訪問看護時、体調不良時は24時間365日対応で医療連携の看護師や主治医に報告し迅速に対応している。また専従の看護師より医療面での指示を受けている。		
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。	入院時にサマリー等で情報提供を行い、入院中も随時面会に行き、状態確認や医療関係者との情報交換を行うことにより、安心して治療を受けられるように努めている。		



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
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	指針があり、重要事項説明書の中で重度化や看取りについて書面・口頭で週末期や看取りの説明も行っている。医師や看護師、介護職員、家族等でチームを組んで取り組んでいる。家族の看取り希望があれば、出来るだけ希望に添えるようチームで支援体制を築いている。	契約時に、重度化した場合に事業所のできる対応について本人や家族に説明している。実際に重度化した場合は、かかりつけ医や訪問看護師に相談し、家族や職員が話し合い、方針を決めて共有して支援に取り組んでいる。職員は、法人研修で年1回、内部研修で年1回看取りについて学んでおり、拠点施設に週3回来訪している協力医療機関や訪問看護師と連携して、看取りのケアに取り組んでいる。	
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。	事故報告書やヒヤリハット報告書を整備し、その都度、または業務ミーティング等で対策を話し合い、職員全員で情報を共有している。また2ヶ月おきにヒヤリハット分析を行い、再発防止策を設定して、再発防止に努めている。また法人内研修会にて急変時の応急処置方法、AEDの全体実施訓練を実施している。	事例が生じた場合は、初期対応した職員がヒヤリハット報告書や事故報告書に記録し、申し送りで情報を共有し、管理者が法人に報告している。月1回の業務改善ミーティングで検討して事故防止に取り組んでいる。年1回法人研修で学んでいるが、応急手当や初期対応の定期的訓練は実施しておらず、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるには至っていない。	・全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の定期的訓練の実施
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	消防の協力を得て、夜間想定避難訓練、通報訓練、初期消火訓練を実施している。また地域住民との合同訓練も実施し、緊急時の連絡体制や救助協力体制を築いている。	年2回、拠点事業所と合同で、設備業者の協力を得て、夜間の火災を想定した消火、通報、避難訓練を実施している。災害時、地域の避難場所となるよう自治会長と検討しているが、訓練に地域の人や利用者の参加はなく、地域との連絡網も未整備であり、協力体制ができていないといえない。	・地域との協力体制の構築

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ミーティングや法人内研修で尊厳やプライバシーを尊重した声かけを指導している。また毎朝の朝礼で接遇ミニ研修を実施し、日々接遇の向上を実践している。新人職員にはエルダーメンターにて基本技術・業務心構えをOJTしている。	年1回の法人の接遇研修で学び、職員は利用者一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保について理解し、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。月1回の法人の接遇委員会に参加し、毎月の目標を立て、朝礼で挨拶の唱和をし、電話対応などの接遇ミニ研修をしている。不適切などころがあれば管理者が注意したり、先輩職員が指導している。個人記録は保管庫で管理し、個人情報の守秘義務を順守している。	
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	服の着替えの際や散髪や買い物時は、本人の希望を聞いたり、自己決定が出来るよう支援している。またトイレ誘導や入浴も自己決定を尊重し、支援している。		
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	起床や就寝、食事等、本人のペースに合わせた支援を行っている。また日中の生活全般も本人のペースに合わせた支援を行っている。ただし入浴は夜間については行っていない。		
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	家人に季節に合った衣服等を持ってきて頂くように依頼している。またお小遣いより必要時や本人希望時に好きな服などを職員と一緒に選んで購入している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	おかずは業務契約にて配食を利用。盛りつけや後片づけ等はできる方に手伝って頂いている。ご飯は事業所で炊いている。月1回は利用者の希望を聞き、食材の購入からの食事作りや畑で収穫した野菜等を利用した食事作りやおやつ作りをしている。また家族の協力を得て外食などを楽しむ支援もしている。	ご飯は事業所で炊き、副食は法人の配食を利用している。利用者はお盆拭き、テーブル拭き、おしぼりづくり、食器洗いなど、できることを職員と一緒にやっている。季節の行事食(おせち、七草粥、恵方巻、年越しそばなど)、収穫した梅でつくる梅酒づくり、誕生会のケーキづくり、2ヶ月ごとの家族交流会での食事会、家族の協力を得ての外食など、食事を楽しむことが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
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	食事摂取量や水分摂取量を日々記録して管理している。食事は法人管理栄養士がバランスを考え作成している。水分については個別にトロミなどを加えるなど、摂取量を増やす工夫をしている。		
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	毎食後、各利用者に応じた口腔ケアを行っている。夜間は毎日洗浄剤につけて衛生保持に努めている。歯科往診時は口腔ケア指導を受けている。		
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	排泄チェックシートを利用し、個人の排泄パターンを把握し、歩行困難者には声かけや安全のための2人介助にて、日中は基本的にトイレでの排泄を実践している。	排泄チェック一覧表やタブレットの記録を活用してパターンを把握し、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	日中の活動量を増やす努力をしたり、水分を1日1000ml摂取を目指しているが、主治医の指示により緩下剤を使用して排便コントロールを行っていることもある。		
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	午前中に実施している。入浴したくない方は清拭や足浴を実施している。また入浴剤や季節の薬湯を行い、入浴を楽しんでもらっている。拒否がある場合は順番や誘う職員を替えてみる等試みて入って頂けるよう努めている。	毎日8時30分から10時30分までの間、利用者の体調や希望に合わせて、週2回は入浴できるよう支援している。入浴したくない人にはその人のペースに合わせた声かけをしたり、職員を交代するなどして入浴できるよう支援している。状態に応じて、シャワー浴や清拭、足浴など個々に応じた入浴の支援をしている。	
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	一人一人の生活習慣に合わせた支援を実施している。日中も利用者の状態や希望に応じ臥床時間を設けている。またリビングにソファベットを設置し、居室に戻らなくても小休止していただけるよう配慮している。		

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
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	薬情書ファイルを作成し、常に最新のものをファイルし職員が情報を共有している。また服薬もセットから服薬後まで複数の職員によるダブルチェックを行っている。月1回薬剤指導も受けている。		
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	塗り絵、カラオケ、おはよう講和、口腔体操、アニマルセラピー、園芸活動、歩行訓練、食事の盛り付け、お膳拭き、食器洗い、洗濯物たたみ、外部講師による音楽療法、季節を感じる外出活動を行っている。また季節行事(納涼祭やクリスマス会)など、一人一人に合わせた楽しみを感じる行事を行い、気分転換の支援をしている。	季節の行事(七夕飾り、クリスマス会など)、2ヶ月に1回の家族交流会、誕生日会、ボランティア(音楽療法、ハンドベル演奏)との交流、テレビの視聴、絵本を見る、歌を歌う、カラオケ、歌(昭和の歌)を聴く、毎月の大型カレンダーづくり、ぬり絵、体操、口腔体操、おはよう講話(今日は何の日)、大人の学校(昔のものごと)、セラピー犬とのふれあい、テーブル拭き、お盆拭き、食器洗い、おしぼりづくり、タオルやエプロン干し、洗濯物たたみ、掃除、梅の実や野菜の収穫など、楽しみごとや張り合いのある日々が過ごせるよう支援している。	
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	個別にセラピー犬と一緒に散歩をしたり、買い物に行っている。また外出計画を作成し、季節の花見や公園など外出をおこなっている。また家族とも協力して外出や法事、墓参り等外出できるように連携をとり、取り組んでいる。	事業所敷地内の散歩、家族の協力を得ての一時帰宅や外食、法事への参加、墓参りなど、戸外に出かけられるよう支援しているが、外出の機会が多いとはいえない。	・日常的な外出の機会の確保
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	お金については家族からお小遣い程度の金額を事業所で預かり管理している。買い物に行った際は、好きな物を選んで購入していただいたりしている。お金は日常的には所持していただいていないが、いつでも好きなときに希望の物を購入したり出来るように管理している。		
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	家族から電話があった場合は、電話の子機などを使用し、本人と話せるよう支援している。手紙のやりとりも年賀状などを作ったりして、出来るように支援している。またグループホーム便りを毎月家族に送り、近況などを写真付きでお知らせしている。		

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
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	共有空間から中庭の庭木や花を眺めることが出来る。またソファチェアやマッサージチェアも設置し利用者が思い思いの場所でくつろげるようにしている。掲示板には利用者が共同で作成した作品を飾っている。裏庭もあり、畑も備えており、花や緑に囲まれた環境を整えている。	居間兼食堂は中庭に面しており、庭木や花を眺めることができる。同じ空間に台所があり、ご飯の炊ける匂いや食器を洗う音がして穏やかな生活感がある。壁には、利用者と職員が一緒につくった季節の大型カレンダーを飾っている。食卓テーブル、テレビ、ソファなどの家具をゆったりと配置し、利用者がそれぞれの場所でくつろぐことができる。セラピー犬も利用者の足元と一緒に過ごしている。温度や湿度、換気に配慮し、利用者が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	リビングにソファやマッサージチェアを設置し、一人または小人数でくつろげるようにしている。廊下にもベンチを設置し、集団から離れて、一人の時間を楽しむこともできる。また和室もあり必要に応じて使ってもらっている。このような個別スペースで、一人の時間を楽しむことも出来る。		
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	入居時から、家族や本人と相談し、タンスやテーブル、イス、テレビ、鏡台など使い慣れた物を自由に持ち込んで頂いている。また家族の写真や置物、花なども置いて頂き、本人が居心地よく過ごして頂けるよう工夫している。	ベット、寝具、テレビ、箆筒、衣装ケース、いす、時計、化粧品などの日用品など使い慣れたものや好みのものを持ち込み、家族の写真や自分の作品、誕生日の色紙、ぬいぐるみ、造花などを飾って本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	トイレやリビング、廊下に手すりを設置し、自立歩行が出来るように配慮している。またキッチンも高さが低いタイプで、車いすや背の低い方も作業しやすい構造である。建物内全てにバリアフリーで転倒の危険を軽減している。各利用者にも出来ることを積極的にしていただく支援を行い、自立した生活が送れるよう支援している。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 ハートホーム平川グループホーム

作成日: 令和 1年 7月 10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	地域との付き合いの工夫が必要	ボランティア活動の充実	法人に登録されているボランティアの方々の中から、現在、来られているボランティアと活動内容が違うボラ提あの調整を行う	3か月
2	4	全職員での自己評価の取り組み	全職員で自己評価を行う	自己評価を行う際は、事前にミーティングを行ってから、管理者がまとめていく	1年間
3	5	会議を活かした取り組みの工夫が必要	運営推進会議参加者から意見を吸い上げる	運営推進会議開催時に、司会者が気を付けて、可能な限り、参加者からの意見を吸い上げる	2か月
4	24	思いや意向を把握するための記録の工夫が必要	日々の利用者様の記録に、思いや意向を記録する	利用者様の日々の記録に、思いや意向を一日一つは記録していく	2か月
5	35	全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施	全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につける	法人内で行っている研修にできるだけ参加をさせる。 事業所でも、緊急時の対応、AEDの使用方法について、実践的な研修を実施していく	1年間

6	36	地域との協力体制の構築	地域と合同の避難訓練を行う	地域との連絡網の作成と地域との合同の避難訓練を自治会長と調整していく	1年間
7	50	日常的な外出の機会の確保が必要	定期的に外出する機会を設ける	個々の利用者様ごとに、近場で外出する機会を設ける ご家族に協力を得て、外出の機会を確保していく	1年間

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。