

### 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	3570801005		
法人名	有限会社 サンメディカル		
事業所名	グループホームあかしあ		
所在地	山口県岩国市今津1丁目10-9		
自己評価作成日	平成30年1月17日	評価結果市町受理日	平成30年6月1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30年2月20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)】**

利用者自身のペースで生活してもらるように個々のニーズの把握に努めています。その時の思いに寄り添える介護を実践しています。食事は毎食手作りで、利用者と職員の共同作業で行い、役割を持ってもらえるような支援につなげています。年末はおせち料理をつくり、新年を迎えます。食材に旬のものを積極的に採り入れ、四季の移ろいを感じてもらえるように工夫しています。今までできたことがこれからはずっとできるように、職員一人一人が考えて行動しています。行きたいところへ行けるように、食べたいものを食べられるように、したいことをできるように一人一人の思いを大切にしています。

**【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)】**

利用者の日々の行動や様子、言葉を介護記録に記録されている他、本人から聞き取った思いを「つぶやきノート」に記録され、毎月カンファレンスを実施されて利用者一人ひとりの思いや意向をしっかりと把握され、その人らしく楽しく過ごせる様に支援されて、個別支援ができるように努めておられます。事業所の立地条件を活かされ、市役所の食堂やショッピングセンターの本屋、衣料店、電気屋、郵便局、公園への散歩に出かけられたり、併設施設の協力を得て、季節の花見や初詣、市内の名所、旧跡をドライブしておられるなど、個別支援を含めた外出を楽しまれています。食事は三食とも手づくりで、利用者は準備から調理、片付けなどできることを職員と一緒にしておられ、季節の行事食やおやつづくり、利用者の希望する外食(ラーメン、回転寿司、ハンバーガー、喫茶店のコーヒー)など楽しさあふれる食の環境を提供されています。

**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)
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)
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)
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)
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
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
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	地域密着型サービスの意義を踏まて法人の運営理念を作成しスタッフルームに掲示し日々の介護を行っている。	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、法人理念と共に事業所内に掲示している。職員は日々の業務の中で常に理念を意識しながら利用者一人ひとりのケアについて考え、職員間で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	自治会に加盟し地域のイベントに積極的に参加し地域との交流を図っている。	自治会に加入し、管理者が総会に出席し、職員と利用者が年1回の公園の掃除に参加している。あかしあ新聞をつくり、2ヶ月ごとに自治会に回覧している。利用者は地域のふれあい祭り(餅つき見学、うどん・ぜんざい・綿菓子などの屋台)、敬老会に参加して地域の人と交流している。隣接の法人施設の夏祭りに参加して、盆踊りや屋台での買い物を楽しみ、地域の人や学生ボランティアと交流している。日常的に市役所の食堂やショッピングモール内の本屋、衣料店、電気店、ファーストフード、コンビニエンスストア、郵便局などに出かけて住民と交流している。毎月開催している認知症カフェや隣接施設でのイベント(二胡の演奏、コーラスなど)に参加したり、専門学校生の実習を受け入れて学生と交流している。	
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	職員が認知症サポータキャラバンのスタッフとして参加している。昨年は全職員に向け施設でサポータ養成講座を行い地域に貢献できるよう努めている。		

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
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。	全職員が個々に自己評価を行い、外部評価結果をミーティングにて議論し共有することで評価の意義を理解し業務の具体的な改善につなげている。	管理者は評価の意義を職員に説明し、自己評価をするための書類を全職員に配布し、記入したものを管理者がまとめている。職員が記入した書類の中で理解が不十分な項目についてはミーティング時に再度説明している。前回の評価結果を受けて目標達成計画を立て、全職員が自己評価に取り組んでいる他、応急手当や初期対応の訓練の実施、運営推進会議のメンバーの拡大など、できることから改善に取り組んでいる。	
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	施設の状況や行事予定、実績や事故問題を報告及び協議する事により情報の共有を行い改善点を見出しサービスの向上につなげている。	会議は年6回開催し、利用者の現況報告、行事の予定と報告、事故・ヒヤリハット報告、消防訓練実施報告、外部評価の取り組み状況等について説明し、意見交換している。会議では歩行困難な人の避難方法等の意見が出て改善点を検討したり、事業所の課題について話し合っている。	・会議を活かした取り組み
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	市担当者には定期的に運営推進会議に参加していただいている。また日常的に市担当者に連絡及び市役所を訪問し相談・報告を行い密接な関係を築いている。	市担当者とは、直接出向いたり、電話で相談して助言を得たり、地域ケア会議に出席して情報を得ているなど、協力関係を築いている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時や電話で日頃から連絡を取り、情報交換を行っ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	玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアを職員全体で取り組んでいる。	職員は、身体拘束について、内部研修(高齢者虐待防止について)で学び、業務の中で課題があればそのつど対応を検討して、身体拘束しないケアに取り組んでいる。エレベーターも含めて、日中は施錠しておらず、外に出たい利用者には職員と一緒に外出している。	

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
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	定期的に行う事業所内研修で虐待防止を取り上げ虐待が見過ごされないよう職員全体で協議し防止に努めている。		
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	実際に利用している利用者がおり、必要に応じ関係者と話し合うよう支援している。		
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	契約及び改定等の際は、口頭及び文書で時間をかけ丁寧に説明し理解し納得して頂いている。		
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	苦情受付窓口を設置し、第三者委員も設けている。また契約書には、苦情受付連絡先のほか県・市の連絡先も明記し説明を行っている。意見や要望については職員で話し合いを行い改善に努められている。また運営推進会議にて報告し外部に表せる機会を設けている。	苦情の受付体制や処理手続きを定め、契約時に利用者や家族に説明している。運営推進会議時や家族会時、面会時、電話時、行事参加時、ケアプラン作成時に家族からの意見や要望を聞いている。家族には毎月の事業所だよりで利用者の健康面と日常生活の様子を知らせたり、電話でこまめに連絡をとったり、面会時には日頃の様子を伝えて意見を言いやすい関係づくりを行っている。	
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回のミーティング及び年2回の個別面談により職員の意見・提案を聞く機会を設け協議し運営に反映を行っている。	管理者は、月1回のミーティングや年2回の個人面談、日頃の業務の中で職員の意見や提案を聞いている。各ユニットリーダーも職員の意見や提案を聞いており、シフト交換の手順や入浴時の声かけなど、気付きや意見が出た場合はその都度話し合っって検討し、運営に反映させている。	

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	個々の努力や実績、成果を把握し指導や助言を行っている。また年2回の個別評価及び面談を行い処遇の改善を行っている。		
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	内部研修は月一回実施し各職員が持ち回りで講師を務め知識・技術の向上に努めている。法人研修は年一回行い、外部研修は掲示板に表示し積極的に参加を呼び掛けている。	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設け、受講後は伝達研修を行っている。法人研修は、年2回あり、「救急救命講習」と「認知症サポーター養成講座」に参加している。関連法人の教育委員会主催の各部署からの事例発表会に参加し、担当職員が発表している。内部研修は、毎月1回、「排泄介助」「オムツについて」「認知症の理解」「接遇・マナー」「高齢者虐待防止」「レビー小体型認知症について」等の内容で職員が交代で講師となり、資料を用意して実施している。管理者やユニットリーダーが地域密着型サービス事業者連絡協議会の勉強会や交流会に参加して、職員に復命している。新人研修は、管理者が接遇や認知症の理解について講義を行い、介護福祉士や介護支援専門員などの資格取得の勉強会を勤務後に開催している。	・計画的な研修の実施
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	2か月に一度、地域密着型サービス事業者連絡会議で勉強会や意見交換を行い、それぞれの問題点を提起しサービスの向上に努めている。		
<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	面談や見学の機会を設け、ご本人やご家族から要望を収集し、その情報を職員間で共有し本人との信頼関係作りに努めている。		

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
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	面談や面接及び電話連絡等で家族等が困っていることや不安な事、要望を聞き状況が分かり次第報告・連絡・相談し些細な事でも対応し信頼関係構築に努めている。		
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・ご家族の相談の中で必要とされるサービスを見極め自他施設及びサービスを検討し、場合によっては他施設を紹介することも含め検討する様、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	本人にも個人スペース及び共有スペースと一緒に掃除をしたり、炊事洗濯を頂く行って頂くことにより職員と共同生活者同士の関係を意識して頂けるよう努めている。		
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	毎月あかしあ通信を発行し近況を報告し、気付き等あった場合、連絡・面談・相談を行いご家族からも支援方法を探り、共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	友人や知人の来所及びご家族の了解を得ての知人との外出、年賀状や手紙を出したり、なじみの場所にドライブや散歩等行い関係が継続する様努めている。	家族の面会や親戚、友人、知人、昔の仕事仲間の来訪がある他、手紙や年賀状の交換や電話の取り次ぎの支援をしている。近くの郵便局やショッピングセンター内の本屋や衣料店、電気店など馴染みの場所に出かけたり、家族の協力を得て行きつけの美容院の利用や法事への出席、墓参り、葬儀への出席、買い物、外食、自宅への一時帰宅、近所の人が付き添って自宅に一時帰宅する利用者もいるなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援に努めている。	
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	利用者の性格・状況を把握しレクリエーション及び炊事洗濯等共同作業においても席順等考えながら利用者同士が良い関係を築け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
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	サービスが終了しても他施設に面会に行ったり、ご家族が来所時や連絡時に気軽に相談を受けやすい様努めている。		
<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	日常会話により本人の希望や意向を把握に努め日々職員間で情報を共有している。	入居時の基本情報やアセスメントシートを活用している他、日々の関わりの中での利用者の生活状況や行動、言葉などを介護記録に記録している他、本人から聞き取った思いや職員が察したことをつづやきノートに記録して、思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、本人の表情や仕草などから推し量り、カンファレンスで話し合い、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	本人との対話及びご家族の方との対話及び入所時の情報によりこれまでの暮らし生活環境・生活歴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	介護記録・バイタルチェック・排泄管理を行い何か気づきがあれば職員間の申し送りを行い情報を共有し、医療的に気になることがあれば、訪問診療施設への相談を行い医療との連携を行っている。		
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	介護計画書を作成する際は、職員全員でカンファレンス用紙に記入し利用者の要望を調査し計画作成を行っている。また月一回利用者全員のカンファレンスを関係職員全員で行い計画作成及び情報共有に努めている。	毎月1回カンファレンスを行い、利用者一人ひとりのケア内容を検討している。利用者を担当している職員、計画作成担当者を中心に、本人の思いや家族の意向、受診時の主治医の意見、医療連携の看護師の意見、全職員が記入したカンファレンス用紙の内容を参考にして話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、半年毎に見直しをしている他、利用者の状態に変化が生じた場合は、そのつど見直しを行い、現状に合っ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	ケア記録や申し送りノート記入し利用者の思いをつぶやきノートに記入、各職員が業務開始時、ケア記録・申し送りノート・つぶやきノートを確認し情報を共有しケアを実践し介護計画作成にも役立てている。		
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	本人や家族の状況を踏まえ訪問診療・訪問薬剤管理指導・医療連携看護師・歯科医師・有償ボランティアなど各機関と家族・本人と調整を行いながらサービスの多様化に取り組み柔軟な支援に取り組んでいる。		
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	近隣の商店に買い物に出かけたり、近隣の市役所や公園に散歩に行き、時には、車を使い外食にも出かけ、四季に変化に伴い近隣の名勝等を訪れ地域資源を有効活用できるよう支援している。		
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	訪問診療医師・訪問薬剤管理指導・医療連携看護師と地域医療機関との関係を築きながら本人及び家族の希望を大切に医療機関との調整を行いながら支援している。	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。緊急時や夜間を含めて24時間対応している。他科受診は日頃の状況を家族に伝えて、家族の協力を得ている。必要に応じて職員が受診支援を行い、電話で家族に報告している。歯科受診は必要時に受診や往診を行っている。週に1回医療連携看護師が利用者の健康チェックを行い、健康相談や助言を得ており、適切な医療が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	週一回医療連携看護師が来所し本人の健康管理を行っている。訪問診療機関に日々のバイタルデータ送信及び体調の急変等24時間体制で連絡・相談を行っている。		

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
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。	医療機関に入院時、提供できうる情報は提供し、早期退院できるように、医療機関と情報交換を行い、医療機関・訪問診療医・施設・家族との情報の共有・調整及び支援を行っている。		
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、事業所ですることが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	契約時に看取りを含めた重度化指針について説明を行っている。施設として出来る事、出来ない事を説明し訪問診療機関と連携し本人・ご家族と方針を共有し職員間でカンファレンスを行い情報を共有し支援を行っている。	重度化や終末期に向けた指針があり、契約時に本人や家族に説明している。重度化した場合は、家族や主治医、医療連携の看護師など関係者で話し合い、方針を決めて共有し、支援にとり組んでいる。昨年は3名の看取りを行い、終了後のカンファレンスでケアの振り返りや職員の心のケアを行っている。	
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。	月一回の企業内研修・年一回の法人研修、地域消防署による救命救急訓練講習の実施や外部機関の講習会の参加し実践力を身につけている。	事業所独自の「気づくカレポート」や申し送りノート、管理日誌でヒヤリ・ハットや事故に至る経過の内容を全職員で確認し、毎月の全体ミーティングで話し合い、情報を共有して再発防止に取り組んでいる。緊急時の対応については、消防署による救急救命講習を受けている。	・応急手当や初期対応の定期的訓練の実施継続
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	2か月に一回の消防訓練の実施、年末には地域消防団及び地域自治会の方参加の消防訓練の実施し、それらの結果を2か月に一度の運営推進会議にて報告し協力体制を築いている。	2ヶ月ごとに出火場所や時間帯を変えて火災を想定した通報・避難訓練を行っている。その内の1回は消防署の協力を得て、避難・消火訓練を利用者と一緒に行い、年末には地域消防団、地域住民の協力を得て実践的な通報訓練や避難訓練を行っている。運営推進会議では、訓練に参加したメンバーから避難通路の環境整備や災害時に必要な心構えについての意見や提案を得ている。自治会長を中心とした緊急連絡網の通報システムの確認も行っている。	

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
<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	一人ひとりの人格を尊重し自己決定、自己選択して頂けるよう声掛けに注意し居室に入室する際も承認を得て入室をするよう心掛けている。	研修で学ぶと共に、事業所の理念である「尊厳のある生活」を全職員が共有し、利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。管理者はミーティング時に利用者に対する言葉かけの大切さを話し、不適切な対応等があればその都度注意している。	
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	本人が意思表示、自己決定しやすい環境を作っている。作意思表示が難し方にはクローズドクエスチョン等を使い自己決定できるように働きかけている。		
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	一人ひとりのペースを大切にするため、入浴時間を変更したり、食事時間、食事内容も希望に添えるよう努めている。		
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	更衣の際、本人に服を選んで頂き、入浴用品等希望があればご家族に持参頂き昔馴染みの用品を使って頂きご本人らしい身だしなみが出来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
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	食事は全て利用者と職員により調理を行う。時には利用者に材料を見ながら献立を考え調理して頂き、盛り付けから片付けまで一緒に行い、人に食べてもらう喜びも味わって頂けるよう努めている。	家族の差入れや畑で収穫した野菜など、旬の食材を活用して、利用者の好みを取り入れた献立で、三食とも、事業所の台所で食事づくりをしている。利用者はお米研ぎ、野菜の下ごしらえ、調理、味付け、盛りつけ、配膳、下膳、台拭き、食器洗い、食器拭き、お盆拭きなどを職員と一緒にしている。利用者と職員は、同じテーブルで食事を楽しんでいる。行事食(おせち、巻きずし、ちらし寿司、おはぎ、そうめん流し、チキンなど)、昼食づくり(餃子、お好み焼き、たこ焼き、サンドイッチなど)、おやつづくり(ホットケーキ、プリンなど)、誕生日のケーキづくり、花見弁当、個別の夕食、希望に応じた夕食(市役所の食堂やショッピングセンターのランチ、回転寿司、ラーメン、ハンバーガーショップ、喫茶店など)、市販の弁当を購入しての外出など、食事を楽しむことのできる支援をしている。	
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	基本の献立は管理栄養士が食べる量や栄養バランスを考え作成している。水分量はバイタルチェック表に記入することにより摂取量を把握し一日1500ml以上摂取して頂けるよう努めている。		
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	毎食後利用者全員に声掛けを行い利用者の状態に合わせたケアを行いケア記録に記入している。夜間は義歯のポリドントを行い清潔保持に努めている。		
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	排泄管理表を作成し一人ひとりの排泄状態を確認し利用者の状態及び時間により声掛け及び介助を行いスムーズな排泄を心掛けている。	排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、適切な声かけや誘導で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。	

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
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	排泄管理表を作成し排便の有無を確認し食物・水分量・朝一番に牛乳を摂取して頂く等、食事面及び運動面でスムーズな排便になるよう支援している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	基本は毎日入浴ですが、本人の希望により時間を変更したり、欠浴にしたり本人の希望に合わせて一番風呂等考慮している。	入浴は毎日、10時から12時までの間と、13時30分から15時30分頃までの間可能で、利用者の希望や体調に合わせて支援している。利用者の状態に応じて、シャワー浴、足浴、清拭に対応し、柚子湯やみかん湯、入浴剤で入浴が楽しめるように支援している。入浴を好まない利用者には無理強いせずに時間を変えたり、職員を交代したり、声かけを工夫して支援している。	
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	利用者一人ひとりの習慣に合わせて就寝時間を自己選択・自己決定している。		
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	訪問診療医師・訪問薬剤管理指導・医療連携看護師に必要に応じて報告・連絡・相談を行っている。		

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
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	調理、片付け、掃除、洗濯など日々の生活の役割を持って頂く様支援している。読書・絵画・習字・工作・音楽・お菓子作り・写真等、個々の生活歴に応じた楽しみを継続できるように支援している。	テレビ(相撲、野球、オリンピック、時代劇など)視聴、DVD(動物・自然もの、ムード歌謡、チャップリン、水戸黄門など)視聴、新聞を読む、読書、文章書き、献立書き、習字、絵手紙、ぬり絵、貼り絵、折り紙、押し花づくり、新聞折り、手芸、脳トレ(漢字、計算、しりとり、パズル、間違い探し、童話で回想など)、ラジオ体操、テレビ体操、リハビリ体操、口腔体操、転倒予防体操、風船バレー、音楽療法、ピアノやギター伴奏で歌を歌う、地域のふれあい祭り、法人の夏祭り、屋上でのソーメン流し、敬老会、誕生会、個別外食、家族との外出、洗濯物干し、洗濯物たたみ、部屋の掃除、洗面台の掃除、トイレ掃除、観葉植物の水やり、花瓶の水替え、台所仕事(食事づくり、おやつづくり)、つくろいもの、タワシづくり、足マットづくり、野菜の収穫、ゴミ捨て、運営推進会議への出席など、利用者一人ひとりの活躍できる場面づくりを行い、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	一人ひとりの思いを大切に、散歩や買い物に出かけたりしている。またご家族・地域の人々・ボランティア方と協力しながら自宅のお手入れに行かれたり、美容院に行かれたり等の本人の希望に沿った支援をしている。	近くの公園への散歩や買い物、市役所の食堂、郵便局などに散歩で出かけたり、地域のふれあい祭りや敬老会、法人の夏祭りに参加している他、季節の花見(桜、ツツジ、バラ、ボタン、菖蒲、あじさい、コスモス、紅葉など)や初詣、潮風公園、銭壺山、認知症カフェなどに出かけている。個別の希望による外出(河上肇旧居、喫茶店、食事、電気店、パン屋など)や家族の協力を得て、自宅への一時帰宅、外食、法事への出席、墓参りなど家族や地域の人々と協力しながら外出できるように支援している。	
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	基本的に現金は事務所に預かっているが、必要に応じて職員が同行し買い物行きご自分の嗜好にあった買い物をして頂いている。		

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	本人が手紙を書かれ一緒に切手を買いに 行き郵便ポストに本人に投函して頂いたり、 年賀状は、出来る限りご本人に書いてもらい ご家族に送れる様に支援している。		
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	フロアは季節に応じて利用者に展示物を創作して頂き、草花など心が和む物を飾るなど心掛けています。テレビの前にソファを配置し、家庭的な感じを演出する様配慮している。	共用空間は、音、光、温度、換気に配慮し、大きなテーブルが置かれた食堂は明るく、対面式のキッチンからは調理の音や匂いがして生活感を感じる事ができる。南向きの窓際には大型テレビを囲んでソファが置かれ、利用者同士がゆったりとくつろぐことができる。観葉植物や生花が飾られ、壁には利用者のスナップ写真やお気に入りのプロ野球選手のポスター、利用者の作品、季節の飾り物が掲示されて、季節感を感じることができる。	
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	ソファ・テーブル席は座席を決めず利用者の気分に合わせて好きな場所で過ごせる様に配慮している。		
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	居室には、ぬいぐるみ、ご家族の写真、花等、利用者の嗜好、趣味に合わせた飾り等をして頂き居心地よく過ごせるように配慮している。	本人が使い慣れたテレビや衣装ケース、ダンス、籐の椅子、丸テーブルと椅子、本や雑誌、趣味の本、アルバム、置き時計、人形、ぬいぐるみ、観葉植物、水やり用のやかん、化粧道具、日用品などを持ち込み、手芸や絵画の作品、遺影、家族写真、カレンダー付き写真、自分が撮影した自宅の庭や風景の写真、利用者からの誕生日お祝いのメッセージ等を飾って、居心地良く過ごせる様に工夫している。	
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	利用やの残存機能を活かせるよう、手すりを配置し必要に応じ車椅子、歩行器、シルバーカーを使用して安全で自立した生活が出来るよう配慮している。またトイレ、居室、風呂等解り易い様に必要に応じ掲示を大きくしたりしている。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホームあかしあ

作成日：平成 30 年 2 月 20 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	14	個人レベルの指導で、職員一人一人のレベルがあがる取り組み	一人一人が今以上にレベルを上げ、人間的にも成長する	地域密着型事業者連絡協議会の集いや運営推進会議出席、認知症カフェへの参加、地域の協力者を増やす取り組みへの参画など視野を広げる機会を多く作りながら、現場では個人のレベルに合わせた指導を行う。ミーティングをボトムアップを基本とした議論の場とする	2年間
2	11	家族が意見を言いやすい機会を今以上につくり、苦情など言いにくいとも言える信頼関係を築くこと	家族が意見を言いやすい機会を今以上につくり、苦情など言いにくいとも言える信頼関係を築く	毎月家族に送る通信内に行事内容と日時を明記し参加を呼びかける文言を入れる。来所時または電話で行事への参加を促す。全体的に家族と集える行事を増やし、参加者も増やす	2年間
3	5	運営推進会議について、地域の参加者を増やす取り組み	運営推進会議への地域の参加者を増やす	運営推進会議にて、今後の取り組みを議論する。そこでの意見、助言を基に新たな参加者を開拓していく。全職員に現状を伝え、職員の伝手も活用する	2年間
4	35	事故発生時に備えて、すべての職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけること	すべての職員が応急手当や初期対応の実践力を身につける	看護師による初期対応、応急手当の研修を実施する。消防救急隊による研修を実施する。ミーティングを活用し、事故対応について全職員で共有を図る	2年間
5					

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。