

# 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	3570600555		
法人名	社会福祉法人 博愛会		
事業所名	グループホーム防府あかり園		
所在地	防府市大字台道1681番地		
自己評価作成日	平成31年 4月19日	評価結果市町受理日	令和 1年10月25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。

## 【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)】

<p>入居者自身が生活の主人公となるように、入居者一人一人の想いに添いながら、その人自身で自己選択、自己決定、自己遂行ができるように支援し、主体的な生活を送っていただくために、過不足のないサービスに心がけています。また、入居者を取り巻く生活環境が、馴染みの人や物や場など地域との関係性を継続でき、孤立することなく、安心して暮らせる居心地の良い環境となるように努めています。入居者の健康管理は、隣接した医療機関とも連携を取りながら、定期受診のほか緊急時にもすぐ受診ができる体制をとっています。職員の資質向上のため、職員に対し毎月内部研修を計画的に行ったり、積極的に外部研修にも職員を派遣しています。</p> <p>年に数回ご家族にも参加して頂く行事を開催し、会食やレク活動を通してご家族同士の交流が図れるように、また、職員との意見交換の場となるように努めています。ホームが地域の社会資源となるように、相談窓口機関として地域住民の相談に応じ、必要に応じ他の機関とも連携を取っています。また、ホームページなどで、ホームの様子や取り組みなどをお知らせしたり、地域の行事や清掃活動などにも参加し、地域交流、地域貢献にも努めるようにしています。児童・民生委員の研修の一環としての見学の受け入れや地元のシニアクラブのサロンで、認知症への理解を深めて頂くために啓発を行ったり、各種実習の受入なども行っています。防災に関しては、特別養護老人ホームと一体となって避難訓練等取り組んでおり、風水害や地震などについても災害時の対応について協議しながら備えています。</p>
--

## 【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 1年5月17日		

## 【外部評価で確認した事業者の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>入居前に自宅訪問をされたり、前のケアマネジャーからの情報を得られて、センター方式の基本情報や暮らしの情報、心身の情報、24時間まとめシートなどに記録して活用されている他、日々の関りの中で利用者の言葉や思いなどを介護記録に記録されて、思いや意向の把握に努められています。散歩の一環として自宅付近に行かれたり、絵画の好きな利用者の希望で絵画展に見学に行かれているなど、一人ひとりの思いの把握に努められ、支援に取り組んでおられます。事業所で三食とも食事づくりをされています。利用者の好みを聞いて献立を立てられ、形状の工夫をして提供され、本人希望の誕生日食、季節の行事食、おやつづくり、個別の外食など、食事が楽しみなものになるように支援しておられます。食後は給食日誌に利用者の摂取状況や職員の気づきを記録されて、次の献立づくりや美味しい物を楽しく食べる支援につなげておられます。季節の花見、ドライブ、初詣、足湯、防府天満宮、ショッピングセンター、道の駅、移動図書館の利用、地域の秋祭りなどの他、家族の協力を得ての馴染みの美容院の利用、墓参りや法事への出席など、利用者一人ひとりの希望に沿って、戸外に出かけられるように支援しておられます。</p>
---

## 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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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した表情や姿がみられている	○	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、生き活きと働けている	○	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	○	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	○	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	○	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	理念については職員と協議し、策定した。地域に根ざし、なじみの関係を断ち切る事のない運営と、入居者の尊厳に配慮し、入居者が生活の主体者となることができるケアを提供できるように、全職員に会議や折あるごとに意識を持ってもらうよう話し合っている。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。月例会議やカンファレンス時、日常業務の中で話し合っている他、年1回は担当している利用者の支援は理念に沿ったケアなのかを全職員で話し合い、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	地域の行事に参加したり、入居者一人一人の要望に応じて、個別に地域に出かけていく機会を持つようにしている。同敷地内の他事業所の利用者や地域住民と茶話会を催して交流している。	法人として自治会に加入し、年1回のクリーン作戦に職員が参加している。地域のどんど焼きには利用者と職員が一緒に出かけている。大道まつりに利用者の作品(貼り絵、ぬり絵等)を展示し、見学に出かけてバザーや買い物を楽しんでいる。地域の秋祭りには、子ども神輿が法人施設を巡行し、利用者は応援しながら、一緒に楽しんでいる。法人主催の花火大会や夏祭りには、地域の人参加がある。ボランティア(ピアノ、サックス等の演奏)の来訪がある他、介護福祉士養成学校の実習生の受け入れをしている。散歩時には近隣の人と交流している他、地域の人から野菜の差し入れがあるなど、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	地域の方からの見学や相談に応じ、助言や他の機関の紹介を行う。地元のシニアクラブの集まりで、認知症について話をする機会を持つ 定期的に介護福祉士養成のための実習生の受け入れを行っている。		

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
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価の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。	自己評価を実施するにあたり、職員に対して自己評価の意義を説明し、評価後の課題の発見ならび改善策の検討を、リーダーを中心に職員全員で行う。そのうえで、改善に向け、各ユニット別に年間の取り組む目標について決め実践している。	管理者が評価の意義について、職員に説明している。自己評価をするための書類に職員が書き入れた後、各ユニットリーダーがそれぞれまとめ、管理者と確認してまとめている。内部研修で緊急時の対応や感染症の対応の実技指導に取り組んでいるなど、評価を活かして具体的な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	外部評価の結果については、運営推進会議で報告している。サービス内容や事業所の取り組みについてもその都度報告し、助言をいただきながら改善に取り組んでいる。	会議は年6回開催し、利用者状況、行事予定、研修内容、身体拘束適正化に向けて、苦情対応、入退院状況、避難訓練などについて報告し、話し合いをしている。参加委員から防災体制のチェックリストの手順作成についての提案を受けて、手順書を作成しているなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	・家族参加の工夫
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に取り組んでいる	市の担当者とは、必要に応じて連絡を取り連携を図るようにしている。処遇困難事例や生活保護受給者についても、市担当者と連携を取りながら、調整を行っている。	市担当者とは、運営推進会議の他、電話や直接出向くなどして情報交換したり、困難事例の相談をして助言を得ているなど、協力関係を築くように取り組んでいる。法人内にある地域包括支援センター職員とは、電話等で利用者状況等の情報交換をして、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	基本、身体拘束は行わないという事を職員に徹底するよう、身体拘束の弊害について施設内研修を行い、職員に意識を持たせるようにしている。玄関の施錠については、必要最低限度としている。	身体拘束適正化検討委員会を年4回実施している。内部研修で学び、職員は理解をして身体拘束をしないケアに努めている。玄関の施錠は最小限にとどめ、外出したい利用者とは職員と一緒に外出したり、気分転換の工夫をしている。スピーチロックに気づいた時には、管理者が指導している他、職員間でも話し合っている。	

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注意を払い、防止に努めている	虐待について施設内で研修を行ったり、リーダーを中心に、言葉遣いも含め、職員同士そのような行為がないか気をつけている。また、家族と外出された折など、本人の様子を家族に聞いたり変化がないか見守っている。		
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	パンフレットや研修により権利擁護に関する制度の理解に努めている。該当する方については、後見人や親族と話し合いを持っている。		
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	入居前に契約書や重要事項説明書などにより、できるだけ丁寧に説明を行っている。加算の変更があった際にも、家族に説明を行っている。契約解除にあたり今後の事を説明したり、次の機関への橋渡しを行っている。		
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	相談や苦情の受付体制や、相談窓口等掲示し周知を図る。家族からの要望を個別に聞くようにしている。家族参加の行事や家族懇談会などの折にも、意見や要望を伺うようにしている。また、意見箱も設置している。	契約時に相談、苦情受付体制や苦情処理方法について家族に説明している。面会時、電話、年2回の家族懇談会、ケアプラン作成時、行事参加時(納涼祭、敬老会、花火大会など)などで、家族の意見や要望を聞いている。月1回、利用明細書や近況報告を送付している他、年に数回利用者の写真を添付した事業所だよりを送付して、家族との情報共有を図り、家族からの意見が出しやすいように工夫している。要望や相談内容はケース記録や連絡帳に記録し、職員間で話し合い、共有している。家族から、ケアに対する要望がある時は、その都度対応している。	
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	毎月の月例会議には、園長、事務長なども交え、職員の意見を聞く機会を設けている。職員側からの意見や提案は、みんなで協議しながら改善できるところより取り組む。入居者との関係性を考慮し、勤務体制や配置・移動を行う。	管理者は、月例会議やグループホーム会議、委員会活動、申し送りの中で、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。園長、事務長が参加して聞く機会を設けている他、日常業務の中でも聞いている。職員から、滑り止め用入浴マットの購入の提案や勤務体制についての意見があり、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	法人として資格取得に向けた支援や、取得後の処遇改善に取り組んでいる。ストレスを軽減するため、休憩時間の在り方も検討。家庭の事情を考慮した勤務を組んでいる。パート職員に対しても、勤務実績により給料面等待遇を改善している		
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	事業所内において、年間の研修計画により月1回内部研修を行ったり各職員の、経験や習熟度に応じて外部研修に派遣している。新規採用職員や、パートに対する研修も行っている。認知症実践者研修に順次派遣している。	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。受講後は復命書を回覧し、職員間で共有するとともに、資料はいつでも閲覧できる。今年度は認知症のケア研修、認知症介護実践研修、管理者研修などに参加している。内部研修は、年間計画を作成して月1回、外部講師や管理者、リーダーが講師となって、身体拘束、接遇、プライバシー保護などを実施している。法人研修は、接遇、嚙下などについて学び、参加できなかった職員には資料を配布し、共有している。新人研修は、法人研修終了後、日常業務の中で管理者やユニットリーダー、先輩職員から、介護の技術や知識などを、働きながら学べるように支援している。	
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	山口県宅老所・GH連絡会の研修等に職員を派遣し、同業者と交流する機会を設けている。また、市内の事業所と連絡会を結成し、連携を深めている。		
<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	相談から入居までの間に、管理者だけでなく、リーダーも一緒に出向き、本人と話し合ったり、自宅へ伺って暮らしぶりなど見ながら、入居にむけての関係づくりに努めている。		

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	家族に対しても、入居の案内をする際に困っていることや不安なこと、要望など何度も話し合うようにしており、実際に見学していただいたり、職員とも話をしてもらうなど関係作りに努める。		
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	相談内容によって、ケアマネージャーや包括支援センターに連携を取る。入居を急がれる場合は、他の事業所等も紹介している。		
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	本人の言動を基に本人の思いを受け止め、気持ちに添うよう対応している。家事など出来るところは一緒にして頂いたり、食事と一緒に摂るようにして共に生活を送る者同士の関係を築くようにしている。		
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	毎月の近況報告や、ケアカンファレンスにも参加いただき、本人の状況を理解いただきながら、支援の在り方について相談しながら進めている。受診の際など、協力をいただいている。		
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	入居後も、家族からいろいろな情報を得て、本人が会いたい人や行きたい場所にいけるよう支援している。また、家族の面会時には、気兼ねなく過ごして頂けるように支援している。	家族(兄弟、姉妹、孫、ひ孫、玄孫)の面会、親戚の人、近所の人、友人、知人の来訪がある他、電話の取り次ぎ、年賀状や暑中見舞い状などでの交流を支援している。馴染みの店での買い物、自宅周辺のドライブなどの支援をしている他、家族の協力を得ての馴染みの美容院の利用、墓参り、一時帰宅、外食、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	入居者同士の関係を把握した上で、家具の配置など工夫し、一緒に過ごしたり離れたりできるようにしている。家事など一緒に協力して行うことが出来る機会を持つようにしている。他者と関係をうまく持てない入居者は、職員が間に入り、触れ合いができるようにしている。		

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	退居に際し、本人の状況やケアの内容等の情報を移り住む先の関係者に詳しく伝えていく。時には、本人にも面会に行ったり、家族からの相談に応じていく。退居後も本人、家族が遊びに来られる事がある。そういう関係を大切にしている。		
<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	本人の言動に注意を払い、できるだけ思いや希望 意向を把握するよう努めている。時には、家族に以前の暮らしぶりを聞いたりして本人の想いを把握するのに参考にしていく。	入居前に自宅訪問をしたり、前のケアマネジャーから情報を得て、センター方式の基本情報、心身の情報、暮らしの情報、24時間まとめシートなどに記録して活用している。日々の関りの中で、利用者の言葉や様子を介護記録に記録して、思いや意向の把握に努めている。6か月ごとにケアプランの見直しを行い、その際には、センター方式のシートを活用しながらアセスメントを行い、ケアプランに活かしている。散歩の一環として自宅に行きたい、家族の要望で利用者に日記を継続させたい、絵画の好きな利用者の希望で、ケアプランを作成し絵画展に見学に行っているなど、利用者一人ひとりの思いや意向の把握に努め、家族と話し合い、職員間で共有して、支援に取り組んでいる。困難な場合は、家族の協力を得て、関係者や職員間で話し合い、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	センター方式に基づき、本人の情報を出来るだけ多方面から把握するようにしている。家族からだけでなく、以前利用していたサービス事業所やケアマネ、医療機関からも情報を得るようにしている。		
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	一人一人の生活のリズムや暮らし方を把握できるよう細かく記録をとったり、行動を一緒にすることにより本人の有する力を把握するようにしている。センター方式の24時間シートなど利用している。職員間で、把握した情報を共有している。		

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
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	1ヵ月毎に担当職員がアセスメントとモニタリングを行い、職員全員で共有している。カンファレンスを定期的に行い、家族の意見やその他の職員の意見も反映させている。	計画作成担当者と利用者を担当している職員を中心にカンファレンスを開催し、本人や家族の意向、主治医や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。月1回モニタリングを実施し、6ヶ月毎に24時間アセスメントまとめシートを基に見直しをしている。利用者の状態の変化や要望に応じ、その都度の見直しをして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	ケース記録のほか、食事や排泄状況等は別様式で記録したり、行事に参加したときの様子なども記録に残すようにしている。その他重要なことは連絡帳に記入し、職員間で情報が共有できるようにしている。把握した情報については介護計画に活かしている		
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	受診に関しては、通院介助や医療機関との連携を通し、柔軟な支援を行っている。個別外出の機会を持ち、本人の意向に沿ってショッピングや外食に行く機会を持つ。		
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	地域にある資源の把握と、活用に努めている。外出先としての公園やショッピングセンター、飲食店、各種催し会場など把握し、本人の趣味や買い物等生活が楽しめるように支援している。移動図書館も利用している。		

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
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	本人・家族の意向を聞き医療機関を決めている。内科については、ほぼ協力医療機関を希望する方が多く、通院介助を行っている。体調不良時は受診の結果を逐一報告し、場合によっては、家族に受診時立ち合ってもらっている。家族が、かかりつけ医へ通院介助される場合は、本人の状態を伝えるようにしている。	事業所の協力医療機関の他、利用者や家族が希望する医療機関をかかりつけ医としている。協力医療機関をかかりつけ医とする場合は、事業所が受診の支援をしている。他科受診は家族の協力を得て支援をしている。家族が受診支援する場合は、受診情報として利用者情報を提供している。受診結果は電話や面会時に家族に伝えている。職員間では介護記録や連絡帳で共有している。緊急時や夜間時は協力医療機関や法人の看護師と連携して、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	看護師がいないため、協力医療機関の看護師や特養の看護師と連携を取りながら適切な受診や看護を受けられるようにしている。		
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。	入院時には、医療機関に対して本人に関する情報やケアの内容など提供している。出来るだけ早く退院できるよう、入院期間中も主治医との話し合いを持つようにしている。		
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	看取りについては、現在は行っていない。重度化した場合や終末期に向けてどこまで対応できるか、事業所でできることを事前に説明を行っている。状態の変化に伴い、今後について家族や医療機関とも話し合いながら対応している。	契約時に事業所でできる対応について家族に説明している。早い段階から家族の意向を聞き、実際に重度化し経口摂取が困難となった場合は、主治医や看護師等関係者で話し合い、医療機関への入院を検討している。	

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
35	(15)	○事故病死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。	ヒヤリハットや状況報告書により、一人一人の状態に応じた事故防止に取り組んでいる。施設内の研修において救急対応の訓練を行うようになっている。応急手当の方法や緊急時のマニュアルを整備している。	事例が生じた場合は、その日の職員間でヒヤリハット、事故報告書に発生時の状況、原因、対応策などを記録し、回覧して共有している。月例会議時に再検討をして一人ひとりの事故防止に取り組むと共に、介護計画を見直すこともある。事故発生時に備えて、緊急時の対応(体調不良時の搬送実技)、感染症の予防、嘔吐物の処理、転倒時の対応などを実施しているが、全職員が実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の継続
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	避難訓練を、特養と一体となって行っている。災害時には、関連施設からの応援と、地域の消防団等の応援をお願いしている。災害に備え、食料や飲料水の確保、衛生用品などを備蓄。	年2回、消防署の協力を得て、法人合同の夜間想定火災時の避難訓練、避難経路の確認、通報訓練、消火器の使い方、防災機器の取り扱い研修を行っている。今年も、利用者にも避難訓練に参加してもらおう。災害時の連絡網や地域との協力体制については法人全体として整備している。地域の防災拠点となっている。災害時に備えて、非常用食品や停電に備えてのガスコンロ、オムツ、衛生用品なども備えている。	
<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	本人の誇りやプライバシーを損ねることがないように、排泄誘導時など言葉かけには注意している。本人が気持ちよく過ごせるよう、他者からの視線も考え、環境面も配慮している。	内部研修で「接遇」を実施し、職員は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。個人情報の管理や取り扱いに留意するとともに、守秘義務についても遵守している。	
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	なるべく手や口出しはせず、本人の行動を見守りながら、本人が自分の思いを表したり、選択する機会を意識的につくるようになっている。選択の際には、個々の状態に合わせ支援している。		

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
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	本人のペースやその日の心身の状況を把握しながら支援している。食事時間も、ある程度ゆとりを持たせゆっくと対応している。夜間も無理に部屋に連れて行くのではなく、眠くなるまで話し相手になったりしている。本人が外へ出たいときは、一緒に出るようにしている。		
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	髪型、化粧品、服装等本人の好みや意向を尊重しながら整容の支援している。外出の際は、その目的に応じて身支度の支援を行う。		
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	三度の食事を事業所で作り、入居者の嗜好や旬の食材の活用、行事食の導入など献立にも工夫し、職員も同じものを食べている。また、入居者の能力に応じて、食事の準備や片付けを一緒に行う。誕生日には、その方の好物を献立に取り入れている	三食とも事業所で食事づくりをしている。利用者の好みや聞いて献立を作成し、個々の利用者の状態を考慮し、形状の工夫をして提供している。利用者は、野菜の下ごしらえ、食器洗い、盛り付け、下膳、お茶くみ、台拭きなどできることを職員と一緒にしている。利用者と職員は同じ食卓について同じ物を一緒に食べている。季節の行事食(おせち料理、恵方巻き、赤飯、そうめんなど)、おやつづくり(ホットケーキ、フルーツポンチ、どら焼き、ぜんざいなど)、本人が希望する誕生日食、梅ジュースづくりなど、食事が楽しみなものになるように支援している。給食日誌に利用者の摂取状況や職員の気づき(好き、嫌いなど)を記録して、メニューの検討に活かしている。	
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	食事や水分の摂取状況を観察し、場合によってはチェック表を活用しながら摂取量を把握し、必要に応じて、個別に栄養補助食品など使用し補っている。また、食欲のない時には、本人の好きな物を提供している。また、利用者が食べやすいように、食事形態も工夫している。		
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	一人一人の口腔内の状態や本人の力量に応じて口腔ケアを行っている。入れ歯の管理や手入れは、職員が行っている。		

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
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	本人の排泄パターンを把握し、個別にトイレ誘導を行う。おむつやパットの使用も、その人に合ったものを使用し、部屋にトイレがないため必要に応じてポータブルトイレを設置して自分で排泄できるように支援している。	介護記録を活用して排泄パターンを把握し、一人ひとりに応じた声かけや誘導を行い、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。	
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	自然排便を促すため、食物繊維の多い食材や乳製品を摂取してもらったり、こまめに水分補給をしている。出来るだけ運動をしてもらえよう散歩や家事を一緒にする。下剤の導入は、主治医と相談しながら進めている。 ②毎朝、乳酸飲料か野菜ジュースを提供している。		
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	入浴は、毎日実施。夜間入浴は行っていないが、本人の入りたい気持ちになった頃を見計らって誘導を行う。拒否がある場合は、少し時間を置いて進めてみたり、無理強いはいしないで様子を見ながら支援している。	入浴は毎日、10時から11時30分の間と13時30分から16時までの間可能で、ゆっくりと入浴できるように支援している。利用者の体調に応じての清拭、足浴、部分浴などの対応をしている。入浴したくない人には無理強いをしないで、声かけの工夫や時間の変更、職員の交代などの工夫をしている。柚子湯や好みのボディソープを使うなど、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	昼間でも、疲れたときや横になりたいときには横になれるよう支援している。夜間は、一律の就寝時間はなく、眠くなるまで話し相手になったり、軽い飲み物を勧め、安眠できるよう支援している。		
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	個別に処方されている薬の内容を、職員は把握している。服薬については、職員が本人に手渡したり、口の中に入れたりして、確実に服用できるよう支援をしている。主治医と連携を取りながら、処方や用量を検討している。		

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
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	本人の楽しみや習慣など継続できるように支援している。また、新たな楽しみを見つけられるよう支援している。一人一人の有する能力を勘案しながら、お願いできそうな作業をしてもらっている。	テレビやCDの視聴、新聞や週刊誌を読む、日記を書く、ぬり絵、貼り絵、折り紙、計算、しりとり、カルタ、トランプ、風船バレー、黒ひげゲーム、野菜の下ごしらえ、盛り付け、お茶くみ、下膳、シーツ交換、布団干し、洗濯物干し、洗濯物たたみ、縫い物、編み物、花祭り、法人の餅つき、子ども神輿、カラオケ、みんなの体操、手足の運動、花紙の貼り絵、梅の実拾い、テーブル拭き、菜園の種まきなど、利用者一人ひとりの生活歴や力を活かした役割り、活躍できる場面づくり、楽しみごと、気分転換の支援をしている。	
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	担当職員と個別に本人の行きたいところへ行く個別外出を行っている。また、家族に協力してもらい一緒に出掛けることもある。散歩や売店での買い物などは、行きたい時に付き添って、出かけている。重度の方は、短時間でも外の風に当たったり、日向ぼっこをしたりと戸外へ出る機会を持っている。	周辺や公園の散歩、買い物、季節の花見(桜、梅、寒桜、つつじ、紫陽花、紅葉)、ドライブ(桑山、向島、ショッピングセンター、セミナパーク)、初詣、花祭り、湯田温泉の足湯、防府天満宮、小俣神社、佐波川の河川敷、春日大社、大繁枝神社、小俣八幡宮、道の駅、移動図書館の利用などの他、家族の協力を得ての外出、一時帰宅、買い物、墓参り、法事への出席、馴染みの美容院の利用など、戸外に出かけられるよう支援している。	
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	お金が手元にあることで安心される方は、管理能力によらず少額本人に持っていただく。一人一人小遣金を預かり、事業所で保管している。買い物の際は、一緒に小遣いを持って行き本人の能力に合わせて支払いの支援を行う。		
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	家族からの電話には、できるだけ本人にも出してもらおうようにしている。本人から要望のある時は、電話をかける事を支援している。携帯電話を所持している人には、掛けたい時に掛けられるよう支援している。年2回年賀状や暑中見舞いは、担当職員が支援しながら出すようにしている。		

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	不安や混乱を招くような刺激がないよう、音の大きさ 光の強さ 室温など配慮している。花や季節ごとの飾りつけなどを行い、生活空間を居心地よいものとなるよう工夫している。	季節に合わせた生け花や手づくり作品が飾ってある共用空間は、広々としてゆったりしている。台所からは、調理の音やにおいがして生活感を感じることができる。テレビの前にはソファが置いてあり、畳のコーナーもあるなど、利用者が思い思いの場所ゆったり過ごせるようになっている。壁面には、季節に合った手づくり作品や行事の写真、カレンダー、利用者の作品等が貼ってあり、季節感を感じることができる。居室に続く廊下は広く、トイレ、洗面所、浴室は清潔、安全に整備しており、温度、湿度、換気に配慮して居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	椅子やテーブル、ソファの位置など検討しながら、その時々で気分が好きなところで、好きな人と過ごせるよう配慮している。②食事、本人の食べたい所で食べてもらっている。		
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	入居時に、できるだけなじみの物を持ち込んでいただくようにしている。入居後も、家族と連携を取りながら、写真や小物や家具等持ち込んでもらっている。	ベッド、寝具、箆笥、衣裳ケース、座布団、籐椅子、テレビ、時計、鏡台、椅子、洗濯物干し、電気スタンド、ドライフラワー、鉢植えの花など使い慣れたものや好みのものを持ち込み、家族の写真や貼り絵などの自作品、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な工夫をしている。	
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	安全で分りやすい家具の配置やトイレ等の場所の表示に心がけている。ヒヤリハットなどを基に段差や手すりなど安全面を改善している。老人車や歩行が困難になっても、本人の活動性を維持するため車椅子なども導入している。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム防府あかり園

作成日: 令和元年8月1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	5	運営推進会議への参加を、家族に声掛けはしているものの、現在は参加者がいない。	家族や地域の方と共に運営推進会議を進めていき、サービスの向上と地域に開かれたグループホームを目指す。	<ul style="list-style-type: none"> <li>懇談会や日頃の面会の折に、運営推進会議の目的や意義を説明し、理解して頂けるように努める。</li> <li>開催日時を工夫し、家族参加行事と合同で開催する等、気軽に参加できる機会を作る。</li> </ul>	12ヶ月
2	28	日々のケース記録の記入に統一性が無く、分かりにくい。 介護計画に沿って実践されたことに対する記載が不十分。	職員全員が、介護計画に沿った実践内容を相互に関連付けて、分かり易く記載できるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護計画のモニタリングや評価を行う際に、活用できるように、ケース記録の書き方を見直し実践する。(ex 日々の記録を、ケアプランの項目に沿って記入する)</li> </ul>	12ヶ月
3					
4					
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。