

令和 5 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	1691600033
法人名	有限会社あおぞら
事業所名	グループホームあおぞら
所在地	富山県中新川郡上市町若杉三丁目522番地
自己評価作成日	令和6年1月31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）】

<p>・職員は、利用者と一緒に暮らす者同士の関係を築けるよう、笑顔を大切にしながら穏やかでさりげない介護を目指している</p> <p>・正看護師を配置し24時間連絡可能な体制を整え、協力医療機関と連携して利用者の重度化や終末期に対応したケアの継続を實踐しており、今年度は1件の看取り支援を行なった。</p> <p>・事業所の前には芝生の庭が広がっており、玄関を開放していつでも外に出られるようにしており、外気浴やレクリエーション活動を行なうことで利用者、職員共に良い気分転換を行なっている。</p> <p>・グループホームを活用した共用型のデイサービスや緊急ショートステイの受け入れを行なう事で介護が必要な地域の人々の暮らしに少しでも貢献できるように努めている。</p>
---

※ 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等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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）】

<p>立山連峰が一望できる庭は広く、芝生が植えてある。以前は地域の行事にも使われ地域住民との交流の場所となっていた。現在は保育園児との交流に使われることもある。事業所のホームページには理念である「笑顔と信頼のあるホームで自分らしさを失わずにいきる」の意味が具体的に掲載されており、代表の強い思いが感じられる。職員も同じ方向を向いて利用者に携わり、密に関われること、利用者の希望に沿って支援できる家庭的雰囲気のある事業所であることに誇りを持って働いている。また、職員同士の関係性もよく、その都度話し合いをしながら作り上げられる環境が理念の実行に繋がっている。</p>
--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和6年2月16日	評価結果市町村受理日	令和6年3月27日

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目No.1～55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	
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	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る。 (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
57	利用者と職員と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	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：2, 20)	○	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
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	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：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
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	66	職員は、活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
60	利用者は、戸外に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	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
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	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
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、安心して暮らしている。 (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				

# 1 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	職員会議やアセスメントの場で、理念を実践するために具体的に自分たちはどうするのか話し合うなどして、折に触れて理念に立ち返り、日頃のケアを見直している。また、HPやパンフレットに理念を掲載し外部発信も心掛けている。	開設当初の理念「自分たちだったら、どんな施設がいいか」を職員で話し合い、現在の理念に変更した。理念は玄関や事務所に掲示されており、常に自分のケアに迷ったときに確認できるようにになっている。	
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	自治会に入会して、利用者と一緒に回覧板を回したり掃除当番や配りもの当番もやっている。再開された公民館行事に今年度は1回参加した。町内会より花壇の管理を任せられており、利用者と一緒に出かけて手入れをしている。代表は町内会の三役を10年以上務めている。	事業所は町内のゴミステーションを利用していないが、町内の一員として当番制の清掃に参加している。また、花壇の手入れは、住民に世話をする人がいなくなり一時中断となった経緯があるが、自分たちも地域住民として協力したいと再開をお願いし、利用者とともに継続して取り組んでいる。	
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	コロナの感染が拡大する以前は毎月オレンジカフェを開催して、地域の方との交流や相談を受け付ける場として事業所を開放していた。現在休止中だが令和7年度より再開する方向で準備を進めている。		
4	(3)	○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	事業所に町内会長、保険者、地域包括支援センター、福祉推進委員等の有識者を招待し日々の運営の振り返りを行っている。日頃の取り組みについて保険者より評価をいただき、令和4年度がらんばる介護事業所の推薦を受けて県より表彰された。	令和6年能登半島地震を受けて、保険者から「避難先を探している介護者の受け入れは可能か」などの相談があり、受け入れ可能と伝えるなど、コロナ禍の時はもちろんのこと、状況に応じた意見交換や相談をおこなっている。また、災害時の避難場所においても、自治会から提案を受け、現在検討している。	運営推進会では活発な意見交換や提案をいただき、地域との繋がりを感ぜられるものとなっているが、利用者や家族の参加を促すとともに、議事録を家族や委員欠席者にも配布し、より一層事業所の活動が共有されることを期待したい。
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	町の地域包括支援センター職員が推進員のメンバーになっており、事業の活動内容や運営状況など情報を共有している。また、2ヶ月に1回開催される地域ケア会議に出席して積極的に情報交換を行なっている。代表は町の見守りネットワーク事業の委員を努めたり、事業所が徘徊SOSの協力事業所として登録されている。	地域ケア会議では、サービス利用状況などの情報交換の他に、事例検討会も行われ、行政や他事業所とも有意義に繋がれる会議となっている。また、コロナ禍では、他事業所の対応状況の確認や事業所での対応なども相談してきた。	
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	身体拘束適正化に向けての指針を掲げ、スタッフ全員で日頃のケアを振り返って身体拘束につながるような不適切なケアがないか話し合う機会を設けている。また、年4回身体拘束等適正化委員会を開催して各委員より意見を求めている。日中は玄関を開放し、出入り自由になっている。	年4回の身体拘束等適正化委員会は、運営推進会議の中で時間を設けて行われており、外部からの意見ももらえるようになっている。また、研修は外部研修に参加した職員が伝達研修を行い、職員に周知されるようになっている。職員は常に指針に基づき目的をもってケアを行い、3か月ごとに評価もおこなっている。	

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
7		○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	虐待防止委員会を立ち上げ、高齢者虐待防止法についての外部研修に参加し、それを基に事業所で勉強会を行って理解を図っている。		
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	現在、2名の利用者が成年後見制度を利用しており、ケアプランの見直し時に制度について触れることで理解を深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時は重要項目説明を丁寧に行い、事業所としてできること、できないことを明確にするよう努めている。重度化や看取りについての対応や医療連携体制について家族の不安や疑問を確認して、十分な説明になるよう努めている。		
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	利用料は振込や引き落としではなく事業所に直接持って来てもらう体制を取って、毎月1回以上は家族と面会できる機会を設けてコミュニケーションを図っている。感染予防やプライバシーに配慮して別室を設け、率直な意見交換ができる環境作りに努めている。	家族や利用者からの要望や意見はタブレットで共有され、検討、反映されるようになってきている。コロナ禍では、遠方の家族が来られない、近くにいっても面会が困難な状況であっても、「会いたい」という要望に応えられるよう、ビデオ通話を取り入れたり、フロアを通らずに面会室へ入れるように玄関を増設するなどの対応をおこなった。	家族や利用者の意見を受け止め、検討し、反映できたこと、出来なかったことを運営推進会議やホームページで公表することで、外部へ表せる機会を設けることに期待したい。
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	代表兼管理者は普段からスタッフと共に現場業務についており、いつでも気軽に意見交換を行っている。また、月1回職員会議を行なって全体の意思疎通を図っている。個別に面談し率直な意見や要望を抽出する機会も設けている。	代表者が普段から職員と一緒に業務についているため、気軽に意見交換ができる環境である。他にも、コルクボードに「代表者宛て」「利用者担当者宛て」とカテゴリ別に付箋で要望が張り出せるようになっており、検討のきっかけ作りとなっている。また、情報が共有されることにも繋がっている。	
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	キャリアパス要件(任用の要件)を設定しポストを作って個々の努力や実績を評価する仕組みがある。また資格取得の援助を行ったり、育児中の職員の時短勤務や休み希望、有給休暇取得などを考慮して、働きやすい環境整備に努めている。		
13		○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	感染対策委員会や高齢者虐待防止委員会を立ち上げ、それぞれに担当者を設けて関連の外部研修に参加してもらい、事業所で職員全員に周知する機会を設けたりして一人一人のケアの質向上を目指している。		

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
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	町の地域ケア会議に管理者や職員が参加して同業他社との交流を図っている。また、地域の施設ケアマネで構成される施設部会にも所属して、積極的な情報交換を行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○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	事前に必ず本人と会って、話をよく聴いて本人の思いと向き合うことで信頼関係をつくるように努めている。また、利用者によってはまず通所で利用してもらい、本人の思いを理解できるように、事業所として共用型のデイサービスを利用できるようにしている。		
16		○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	センター方式のシートに記入してもらうなどして、これまでの経緯や状況について、よく話を聴いて家族の思いや意向を受け止めながら、事業所としてどのような対応ができるか事前に話し合い、信頼関係を築くよう努めている。		
17		○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	相談時の本人・家族にとってその時点で何が必要かを見極め、本人・家族・担当ケアマネジャーともよく話し合い、必要に応じて他のサービスが受けられるように支援している。		
18		○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	一緒に食事をしたり、お茶を飲みながら会話をしたり、本人の能力に応じてできることを一緒に行いながら、お互いが感謝の言葉を口にできるような支え合う関係を築けるよう努めている。		
19		○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	本人のこれまでの生活歴や習慣、人となりシートに書いてもらったり、折に触れて聞いたりして支援に活かしている。利用料は現金で支払に来てもらっており、最低でも月1回面会や情報共有の機会を作っている。		
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	感染対策を施した上で対面で会っていただけるような環境を整えて訪ねてきた友人や知人、親族の方等といつでも面会できるようにしている。利用者さんの兄弟が経営している飲食店に皆で出かけテイクアウトしたりもしている。	利用者の重度化が進み、墓参りや自宅へ帰るなどの要望が聞かれなくなったり、以前と比べてできないことも増えてきているが、車でスーパーへ食材の買い出しや、地元のお祭り、大岩山日石寺などに出かけている。また、年賀状のやり取りも支援し、馴染みの関係性の継続に努めている。	

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
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日々の関わり合いの中で利用者同士の関係を把握して、フロアの座席の位置を決めたり、共同で作業できる場面を作ったりして利用者同士に関わり合い、支えあえるような支援に努めている。		
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	サービスの利用が終了した後も、サービス利用の間に培われた関係性を大切に、その後の相談や支援に応じる姿勢を示していきたい。		
<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>					
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	利用開始時にセンター方式の一部シートをご家族に記入していただき、本人のこれまでの暮らしや生活習慣等の把握に努めている。日頃のホームでの暮らしの中で本人が言った言葉や表情に関心を持つようにして、得た情報は記録して職員全員が共有できるようにしている。	日々の声はタブレットで共有し、「行動」というカテゴリで確認することができる。コーヒーを飲むことが好きな利用者には、自分の好きな時に飲めるようにセッティングを行うなど対応をしたり、ドライブが好きな方には、送迎車に同乗してもらったりして、自分らしさを失わない支援に努めている。	
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	センター方式のシートに記入してもらうなどして、これまでの経緯や状況について、よく話を聴いて家族の思いや意向を受け止めながら、事業所としてどのような対応ができるか事前に話し合い、信頼関係を築くよう努めている。		
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	ケアマネが中心になり、介護計画が実施されているか確認したり、困難時にはその都度職員間で話し合ったり、会議で情報交換を行ない改善に努めている。		
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	利用者ごとに担当職員を決め、プラン見直し時に予めケアマネと担当者が話し合って問題点を整理して、月1回の職員会議で職員全員で話し合って現状把握に努めている。	各利用者の担当者がアセスメントの見直しを行っている。また、日々のケアの中で、ケアプランに沿ったものが実践されたときは、タブレットにチェックが入れられるようになっており、実践してどうだったかを記入しケアプランに反映させている。	チームで利用者の様子やケアプランの確認などがなされているが、モニタリングの書類整備や担当者会議において、家族や利用者の参加を促し、取り組んでいることへの可視化に期待したい。
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	ICT(介護記録)にはその時気付いたこと、本人が言った言葉や表情などや、ケアプランを実践した時にはやってみてどうだったかを入力して介護計画の見直しに活かしている。		

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		○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	協力医による定期的な訪問診療を行って、利用者にとって負担となる受診や入院を回避したり、本人や家族の状況に応じて、通院の付き添いや送迎等必要な支援を柔軟に行っている。地域に対する多機能化として共用型デイや緊急ショートにも対応している。		
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	保育園児の慰問やボランティアの来所といったこれまでの活動を少しずつ再開し始めている。今年度は外の芝生広場を使って保育園児との交流を実現させた。令和7年度よりオレンジカフェを再開させるべく準備を始める予定である。		
30	(11)	○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	これまでのかかりつけ医を継続できるよう入居の際に希望を聞いている。受診や往診の際には職員や看護師が立ち会い、医師に状態報告を行うなどして適切な医療を受けられるよう努めている。	かかりつけ医の継続などの希望は確認しているが、現在全ての利用者が往診を希望している。往診時には医師に現在の状況をプリントアウトしたものを提供している。他科受診の際も、家族を通して同様の対応をしているが、看護師が付き添い対応を行うことも多い。	
31		○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	タブレット端末での入力時に看護師に要相談の場合はフラグを立てる事でその情報が一か所に集約されるようになっている。看護師はそれをチェックし介護職から詳細を聞き取ったり本人に確認するなどして、医師に報告・相談し指示を受けている。		
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、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。	入院によるダメージを極力防ぐために、診察には家族と共に立ち会い、医師と話をする機会を作って、本人の普段の状況を伝えたり、病状の情報を得るなどして、速やかな退院に結び付くよう支援している。		
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	看取り支援に向けた外部研修に参加した際に他事業所で家族向けのパンフレットを作成している事例に触れ、当事業所でも取り入れたいと考え、今年度看取り支援のパンフレットを作成した。家族はもとより職員にも周知して改めて看取りに対する心構えを振り返る機会を設け、今年度は1件の看取りを支援した。	看取りについては、段階に応じて説明を行い、確認や同意を得て行っている。看取り時期に近づいてきたときには、看取り支援のパンフレットを渡し、家族が戸惑わないように支援している。また、パンフレットではグリーフケアにも触れている。看取り時には家族にも関わってもらうことも大切なことと考えて、支援している。	
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	応急手当や蘇生術の研修を受けたり、事業所に消防署員を派遣してもらうなどして、AEDなどの救命技能が持てるように訓練していたが、ここ数年は行えておらず、新たな形での訓練を計画して定期的に行えるようにしていきたい。		

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	(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	能登地震を契機に備蓄品や装備の確認を行なった。BCP事業継続計画も現在作成中で、より具体的な災害対策を構築したい。	夜間想定火災時避難訓練を年2回行っている。うち1回は消防署立会いの下行われている。2次避難場所としては、近隣の公民館を借りることになっている。水害時の避難場所については、現在の避難場所が川に近ことから、運営推進会議で近隣の会社に避難した方が安全との提案を受け、現在検討中である。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○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	丁寧な話し方や聞き方、丁寧な対応について具体的に文章にまとめて配布し、職員で共有して、プライバシーを損ねない対応となるよう意識し振り返ることができるようにしている。	「普通の生活支援」「丁寧な話し方や聞き方」「丁寧な対応」が一人ひとりの尊厳を守りプライバシーの保護にもつながると考え、具体的に文章にされたものが配布されている。職員は定期的に配布されたものから目標を話し合い実践し、評価を行っている。	
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	指示的な声掛けではなく、利用者が選択できるような問かけや疑問文などで声掛けするようにして本人が自分で決められるように努めている。		
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	会話を楽しんだり、居室で好きなテレビ番組を観たり、音楽を聴いたり横になったりと、その方のペースで過ごせるようにしている。		
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	着替えの服を選んでもらったりして毎日違う服を着られたり、こだわりのものを身に着られるように支援している。昔からの習慣で髪を伸ばしている方もいる。衣類の乱れがあればさりげなく声掛けしたり、一部介助をしたりして身だしなみに配慮している。		
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	日頃のメニューは特に決めておらず、ご近所から頂いた野菜や季節のものを取り入れたりして好みのメニューとなる様に献立を作成している。また、テーブルを拭いたり、野菜を切ったり、器におかずを取り分けたり、食器洗いや拭き作業等、一人一人ができる事を一緒に行っている。	近所のスーパーには週3回ほど配達をお願いしている。また、週に2回、利用者と一緒に、他のスーパーへ車で買い出しに行っている。行事に合わせたおせちや季節に合った献立を取り入れている。セレクト食として、2～3種類のメニューから選ぶことができる献立もあり、利用者は食事を楽しみにしている。	
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	一日の水分摂取量を確認し少ない場合は食事や間食時にお茶などを多めに提供したりスポーツドリンクをゼリー状にしたものを食べてもらったりしている。状態に合わせて食事形態を工夫し、刻みやトロミをつけたりしてしっかりと食べられるよう支援している。塩分濃度計測器を使用して塩分の摂りすぎにも注意を払っている。		

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
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、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	起床時や就寝前に歯磨きや義歯洗浄、うがいの声掛けを行ない、力に応じて職員が見守ったり介助を行っている。寝たきり状態では口腔用のウエットティッシュや舌ブラシを使って口腔内清拭を行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄状況を記録し、一人一人の排泄パターンを把握してリズムに応じた誘導・声掛けを行なうことで、自立できるように支援している。夜間のみポータブルを利用している人はおられるが、その人に合ったパットやパンツを利用して、日中はトイレで排泄できるよう支援している。	タブレットで排泄管理を行い、個々に合わせて排泄の声掛けなどを行っている。夜間はおむつ使用の方も日中は二人で排泄介助を行い、トイレでの排泄を促し、人としての尊厳を保つことに努めている。排泄の一連の動作に関しても、なるべく自分で行ってもらうように職員が統一したケアで取り組んでいる。	
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	適度な水分補給と繊維の多い食材や乳製品・発酵食品を取り入れたり、散歩や体操など身体を動かす機会を設けて、薬にむやみに頼らず自然排便できるよう取り組んでいる。腹圧や捻出力がなくても排便しやすい体位をとっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は本人の希望に合わせて対応できるように毎日沸かしており、職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆったり楽しめるよう努めている。重度化した場合でも浴槽に入れるよう手すりを増やしたり二人介助で支援することもある。体調不良時や失禁時にはシャワー浴や清拭を行ったりしている。	個々のタイミングで午前午後関係なく入浴することができる環境となっている。基本週2回の入浴となっているが、希望があれば2回以上でも入浴できるように努力している。柚子湯など季節を感じてもらおう工夫や、入浴剤の使用などで、楽しんでもらえるように支援している。	
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	日中の個別の疲れ具合に合わせて、個別の休息(昼寝など)を取り入れている。ソファでうたた寝しているときは毛布を掛けるなどしてその場で気持ちよく過ごせるようにしている。		
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	利用者一人ひとりの処方されている薬について、薬剤師による管理指導を基に理解するよう努めている。またケアプラン見直し時に服薬状況についてもアセスメントしている。副作用を疑う場合は薬剤師や医師に相談している。		
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	夕食の盛り付けやお茶くみをされる方、茶碗を拭く方、洗濯を干す方、たたむ方など、これらは一人一人に役割があって毎日の日課となっている。タオルだけたたむ方や洗濯ばさみを取るだけの方、時々ほうきで掃く作業をする方などいて、一人一人の力に合わせた家事をこなせ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	
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。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	初詣や桜、菖蒲、紅葉など季節に応じた場所へのドライブや見学に出かけている。また、日常的にホームの庭に出て、野菜作りや洗濯干し、外気浴を行なっている。これまで行なっていた外食会やスーパーへの買い物等も再開していきたいと考えている。	ゴミステーションの掃除や花壇の手入れ、食材の買い出しなど日常生活の一部としての外出の他、行田公園や経田公園へのドライブなどの支援も行われている。お天気のいい日には、外に洗濯物を干したり、散歩に出かけ近所の方と挨拶を交わすなど、地域とのつながりの継続に努めている。		
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	職員は本人がお金を持つことの大切さを理解しており、以前所持していた方がおられたが、現在は希望される方はおられない。			
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	日常的にすぐに電話ができるようにしている。また、年賀状や暑中見舞いを書いたり、手紙のやり取りができるよう支援し、関係が希薄にならないように努めている。			
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	フロアは音が反響しないように天井材に吸音板を使用したり、眩しすぎないように照明の明暗は調整できるようになっている。キッチンフロアと対面式となっており、調理の様子や音、匂いなどが伝わりやすく、また、利用者が自由に入れるようになっている。	フロア内には対面のキッチンがあり、食事の準備をする様子や匂いが家庭的な雰囲気を醸し出している。また、ゆったりしたソファがいくつも置かれており、ゆったりとくつろげる空間となっている。壁には季節に応じた装飾や出かけた時の写真が飾られている。		
53		○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	フロアや居間にいくつかのソファを設置したり、玄関前にベンチを置いたりして、一人ひとりが思い思いに過ごしたり気の合った利用者同士で過ごしたりできるよう工夫している。			
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	居室には備え付けのベッドと物入れがあるが、使い慣れた家具や電化製品の持ち込みが可能で自宅のように自由に使用できるように支援している。家族の写真や愛用品で自分の部屋と認知できている方もおられる。	各居室には個々が準備した暖簾がかかっており、個性が感じられる。居室前の表札は木目を活かし、様々な形の木に手書きで名前が書かれており、温かさが感じられる。備え付けのベッドは一般的なものを使用し、自宅のような趣がある。なお、介護度に応じ、電動ベッドへの変更も可能。畳を好む人には畳の居室も準備されている。		

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
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」「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	利用者の状態に合わせて居室に畳を敷いて床に座れるようにしている。居室には大きく名前を表示したり、トイレのドアには大きく「トイレ」であることを表示して認識できるようにして自立に繋げている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホームあおぞら

作成日: 令和 6年 3月 24日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議に利用者や家族の参加がない。</li> <li>・話し合われた内容の共有がなされていない。</li> </ul>	利用者や家族の参加を促すとともに、議事録を家族や委員欠席者にも配布し、より一層自事業所の活動が共有できるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての利用者、家族が運営推進会議に出席できるよう順番に出席依頼を行なう</li> <li>・運営推進会議の議事録を委員、利用者家族に配布する。</li> </ul>	12ヶ月
2	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族等の意見・要望を外部に表す機会がない。</li> </ul>	家族や利用者の意見を受け止め、検討し、反映できたこと、出来なかったことを、外部へ表せる機会を設ける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議やホームページで公表する</li> </ul>	12ヶ月
3	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議に利用者本人やその家族の参加がない。</li> <li>・6か月に1度介護計画の見直しを行なっているが計画実施中のモニタリング記録がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者会議に、家族や利用者の参加を促す。</li> <li>・チームで利用者の様子やケアプランの確認を行ない、モニタリングを記録に残す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議に利用者本人やその家族が参加できるよう依頼する</li> <li>・介護計画の立案や見直しを行なってから3ヶ月に1度モニタリングを行ない、担当者が記録を作成する。</li> </ul>	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 ( ↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他( )
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他( )
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他( )