

令和元年度

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	2020/1/31

※ 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	
----------	--

【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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	2020/2/13	評価結果市町村受理日	令和2年3月26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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の離職率が低く利用者や家族にとっていつも馴染みの職員が対応する事で安心と信頼のある関係を築いている。 ・ 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ている。昨年度は開所時に入居され15年間共に暮らした利用者さんを家族と共にホームで看取った。 ・ ICTを導入し記録物をタブレット端末で入力する事で業務の簡素化と情報の共有化を図っている。 ・ 毎月1回オレンジカフェを開催し、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集うことができる場所として当事業所を提供して認知症の人やその家族を支える暖かい地域づくりを目指している。
--

【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）】

<p>平成26年に職員で意見を出し合い「笑顔と信頼のあるホームで、自分らしさを失わずに生きる」を理念に掲げ、行動指針を作成した。職員会議の場で考える場を設け、理念を実践する為に具体的に自分たちはどうするのかについて施設長・管理者が中心となり何度も話し合い日頃の実践（身体拘束、不適切ケアをしないケア・一人ひとりの尊重とプライバシーの確保）に繋げている。また、行動指針に基づいて作成された資料で、日頃の実践場面における身体の虐待・言葉、心理的虐待・性的な虐待・介護放棄・経済的な虐待について具体的に記載・配布し共有に努めている。施設長は、個別面接を定期的に行い、意見をくみ取る等、幹部従業者と職員が運営について共に考える取り組みを継続しており、職員の離職率が低いことから風通しの良い職場と伺える。ICT（タブレット）を活用し、利用者の心身状態・ケアプランの実践状況・本人の思いや意向について記録がなされ、職員間で共有され、モニタリング・評価・介護計画が作成されている。施設長が町内役員を10年間務めている事や、地域行事への参加や地域貢献（オレンジカフェ）等により事業所も地域の拠点として広がっている。町内住民からは万が一の地域避難所として役割を果たすことを要望されている。</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.1～55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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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ます。 (参考項目：9, 10, 19)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。 (参考項目：4)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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
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	職員の自己評価で「理念を日頃から意識して介護を行っているか」との問いにほとんどの職員が曖昧な返答だったため、再度全員で理念とは何か定義する所から話し合い、私達はどうあるべきか、について再度確認できる機会を作った。今後も繰り返し確認出来るよう働きかけて事業所の風土として根付かせたい。	事業所開設から15年間が経ち、平成26年に職員会議の場で意見を出し合い「笑顔と信頼のあるホームで自分らしさを失わずに生きる」理念を掲げ、職員会議の場で理念について考える場を設けたり、理念を実践する為に具体的に自分たちはどうするのかを施設長・管理者が中心となり話し合い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	自治会に入会して、利用者と一緒に回覧板を届け、掃除当番を行い、公民館行事にも参加している。町内の美化活動として花苗の管理を利用者と共に行っている。施設長は町内会の三役(会計)として深く地域と関わっている。	日頃から、利用者と一緒に回覧板を届けたり2カ月に1回開催される公民館行事「いきいきサロン」に出掛けて歌や体操に参加すると共に敬老会行事へご招待を頂き参加している。地域包括支援センターから委託を受け平成30年より、オレンジカフェを月1回定期で開催し、地域住民・家族・利用者の参加の元、季節の装飾づくりや認知症予防、防災グッズ制作等を行い参加者も増加してきている。	
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	地域住民参加型集会「オレンジカフェ」を月1回(第三木曜日)、継続的に開催している。また参加者と共に一年間の反省会を開き、内容について検討した。希望を重視したプログラムを作成したので楽しみにされている。		
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	2ヶ月に1回当施設の運営状況や介護事業内容について報告し、提案や助言を頂いている。これまでに火災時の1次避難所として公民館を使用する事や行方不明の利用者がでた時の捜索の協力体制などの取り決めも行った。	町内会長・近隣住民・福祉推進員・地域包括支援センター・行政・家族へ参加を呼びかけ2カ月に1回開催。事業所の運営状況や介護内容、生活状況について報告等を行い意見や提案を頂き、双方向の話し合いが行われている。欠席された場合でも、事業所の掲示板に話し合いの内容や提案を掲示し共有できるようにしている。	
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に取り組んでいる	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。2ヶ月に1回、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。	運営推進会議にも地域包括支援センター職員・福祉推進員・行政職員が参加しており、運営状況や介護内容、生活状況を共有すると共に、2ヶ月に1回開催される地域ケア会議へ参加し事例検討・研修会・各事業所状況について情報交換を行っている。	
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	平成30年6月に身体的拘束適正化委員会を立ち上げ年4回の委員会開催と年2回事業所内で研修を行なって、日中は玄関の施錠はしない等の拘束しないケアに取り組んでいる。内部研修の内容について委員会に報告し理解を得ている。	各団体等が開催している拘束に関する研修への参加、定期的に年4回、身体拘束等適正化委員会の開催、職場内研修会を2回開催し身体拘束について理解を深めると共に、日頃のケアの振り返りを行っている。行動指針をより理解しやすいよう作成された資料内で、身体の虐待・言葉、心理的虐待・性的な虐待・介護放棄・経済的な虐待について具体的に記載し職員間での共有に努めている。	
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	高齢者虐待防止法について外部研修に参加したり、勉強会を行って理解を図り、虐待行為を発見した場合の対処法について事業所で周知している。		

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		○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、1名の利用者が成年後見制度を利用しており、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携して支援をしている。		
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	介護相談員の訪問を受け入れて、利用者が外部に声を表せる機会を作っている。また家族の面会時やケアプラン説明時に、家族からの意見・要望を聞くようにしている。	管理者又は計画作成者が中心となり、面会時やケアプランを説明する際においては意見や要望等の家族の声を大切に聴くよう努めている。内容は職員間で共有を図っている。定期的に介護相談員の方が訪問され、利用者との会話や表情から情報収集されたことを共有している。	家族との関係性は良好なものとなっているが、定期的に意見や要望について表せる機会を確保し、運営にどう反映されているのか(結果)等についての共有に期待したい。
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	月1～2回の職員会議の場で意見や要望を聞いている。現在の利用者は重度化が進んでおり、その都度業務の見直しやケアの工夫・勤務体制の改善を一緒に考えながら柔軟に取り組んでいる。	職員会議を活用し職員からの意見に基づいて、運営について共に考え取組んでいる。施設長も介護現場で勤務しており、日頃から職員と良好な関係が構築されている。年1回は施設長が個別面接の機会を確保している。開設当時の職員の定着が7割と離職率が低いことから、日頃から風通しの良い職場と伺える。	
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、勤務時間や休み希望、有給休暇取得など考慮して、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	当事業所の自己評価票を作成し、それに基づいて年1回の個人面談を実施し、職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握した上で、改善点を助言し質の向上に努めている。		
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	上市町福祉関係者新年会や町の地域ケア会議に管理者や職員が参加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
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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築くよう努めている。利用者によってはまず共用型デイサービスを利用することで、本人の思いを理解できる機会をもっている。家族から本人宛のメモを書き添えて、繰り返し読むことで入居理由がわかるようにした事もある。		
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	入居にあたり、本人が拒否傾向あったため仮入居の形をとり、本人には自宅の鍵を持ってもらい、いつでも帰れる環境を作ったことで本人もやがて納得し家族の思いに応えた。		
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	食器洗い・拭き・洗濯干し・たたみ等の家事を一緒に行ったり、散歩や買い物と一緒に出かけたり、おしゃべりをしながら一緒に過ごし、お互いが感謝の気持ちを口にできるような支え合う暮らしとなるように努めたい。		
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	誕生日会は家族の参加を推奨し共にお祝いをしたり、外食会に家族を招待し、利用者と共に過ごす時間を設けている。家族で牛乳屋を営んでいた利用者には家族に牛乳を配達してもらうように協力を願い、毎日飲むことができています。		
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	利用者の自宅まで出向いたり、お墓まで出向いて手を合わせたりしている。また、地区の「いきいきサロン」に出席して昔馴染みの人に会ったり、以前利用していた理髪店や美容院で整髪する等、馴染みな人や場との関係が途切れないように支援している。	2カ月に1回定期的に地域の公民館活動「いきいきサロン」へ参加し体操や季節の行事に参加している事で、馴染みの方々と関係が継続されている。家族の協力でヘアカラーするために美容室に出かけたり、自宅に行ったりしている。年末には、年賀状を作成し出している方もおられる。	
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	日々の関わり合いを見ながら利用者同士の関係を把握し、共同で作業できる場面を作ったり、全員が参加できる行事を催し、仲良く一つのテーブルを囲めるような時間を作ったりしている。		

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
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。		
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					
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	認知症介護実践者研修に参加し、事業所での実習課題を通して家族やスタッフ全員が一致協力して1人の利用者の真のニーズを見つけ出す取り組みを行った。取り組みを通して、改めて思考停止に陥らず一人一人の思いを把握する事の大切さを職員全員が学ぶ事が出来た。	利用当初において、センター方式シートを活用して、これまでの暮らしや生活習慣等について家族から情報収集し把握している。日頃のホームでの暮らしの場面における本人の思い、言葉や表情に関心を持って把握に努め、ICT(タブレット端末)を活用し記録がなされて職員全員が常に共有できるようになっている。	
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	利用時にこれまでの生活歴や暮らし方をシートに記入してもらっている。また、折に触れ本人や家族、関係者などから情報を聞き取り、本人の全体像を知るように努めている。本人の若い頃の写真を見せてもらうという取り組みも行っている。		
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	ケアマネジャーが中心になり、介護計画が実施されているかICTでの介護記録を確認し、困難時にはその都度スタッフ間で話し合ったり、会議で情報交換を行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	介護計画は概ね3ヶ月に1回見直しを行なっている。また利用者の状態に変化があった場合にも月2回の職員会議の場で全員で話し合い対応の仕方について検討し一人一人の思いを反映できるよう介護計画を作成している。	ICT(タブレット)を活用し、利用者の心身状態・ケアプランの実践状況・本人の思いや意向について、漏れなく記録し、職員間で共有している。月2回の職員会議で計画作成担当者が中心となり話し合い、チームで介護計画が作成されている。	
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。		
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ず、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、通院や送迎等必要な支援を柔軟に行っている。		

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
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	保育所からの慰問やボランティアによる活動(フォークダンス・華道教室・傾聴・三味線演奏・軽体操等)を依頼したり、公民館行事に参加したりしている。		
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	かかりつけ医は契約時に確認し、本人や家族の要望に沿ったものになっている。受診は原則家族の付き添いを要するが、医師の説明には看護師が同行している。受診の際は本人の日頃の健康状態や様子などの情報を提供し、円滑な受診が行えるように支援している。	利用当初に確認し本人・家族の希望に基づいた、かかりつけ医を家族付添の元で受診して頂いている。外部受診時には、ICT(タブレット)より医療情報をプリントし、看護師・計画作成者が細かな必要情報を記入し情報提供がなされ、円滑な受診・適切な医療が受けられるよう支援している。協力医療機関を利用されている方は、2週/回の往診で看護師が同行している。	
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助言を得たりして医師に報告・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合い医師と話をする機会を作っている。また、入院時には医療機関に対して本人の普段の状況を伝え、頻りに職員が面会に行き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、事業所です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	段階ごとに本人・家族や主治医と事業所が話し合いを持ちながら「看取り確認書」「看取り同意書」を交わして、三者で方針を共有しながら看取り支援に繋げている。	開設から看取りケースは6件の実績がある。利用当初には、「重度化の対応に係る指針」の説明と同意、心身状態変化(重度化)に応じて、主治医との連携を図り・家族・事業所の3者で話し合いの場を持ち、方針を共有し「看取り支援確認書」「看取り支援同意書」を作成し看取りの支援に取組まれている。	
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は事業所に消防署員を派遣してもらい、全職員がAEDなどの救命技能が持てるように訓練している。		
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	避難所までの経路(3パターン)を設定し、より安全な経路を決めている。椅子の背もたれには手作りの防空頭巾を常設している。自動火災通報装置が作動すると近隣の方の携帯に連絡が行くようになっている。事業所代表が今年の町内会総会にて近隣住民の方に災害時の協力を仰ぎ了解を得ている。	地震・水害時における避難場所までの避難経路を3パターン設定し安全に避難できるように準備され、実際に避難訓練を実施している。事業所の立地状況は、ハザードマップ上も安全と言われる場所にあり、町内会や近隣住民から地域避難場所になってほしいと要望が出されている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	「職員は利用者本人に対しても家族に対してもいつも同じ丁寧な対応、丁寧な話し方をし、よく聞く」を合言葉にした行動指針を定めて日頃のケアに活かしている。実践では「耳元でゆっくり」声掛けするように心がけている。	事業所独自の自己評価表が作成されており、項目内には言葉遣いに関する項目等もあり、職員一人一人が常にプライバシーを損なわない対応について、意識し振り返ることが出来るようになっている。また、行動指針に基づいて、普通の生活支援・丁寧な話し方・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	日課を決めず、一人ひとりの体調に配慮しながら、その日その時の本人の気持ちを尊重して、自分のペースでしたいことができるように支援している。		
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	毎朝着替えを行い、外出や特別な行事の際には普段着からおしゃれ着に着替えたりして一人ひとりの好みに合わせて支援している。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	キッチン内で野菜を切ってもらったり、おかずやみそ汁を器に取り分けてもらったり食器洗いや食器拭きなど一人一人ができる事を一緒に行なっている。また、利用者の好きな「刺身の日」を設けたり、旬の食材を調理して季節を感じてもらえるようにしている。	日頃のメニューは特に決めていないが、定期的に近所のスーパーからの配達・週2回利用者との買物・ホームの畑で育てた野菜や近所からの頂き物で好みのメニューとなるように献立を作成している。利用者一人一人出来ること・わかる事で調理や配膳、片付け等の場面に参加し五感を通じて食事を楽しむことが出来るように取組まれている。	
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	疾病などで食事療法が必要な利用者も献立や調理方法を工夫して栄養や水分が摂取できるよう努めている。(エンシュア・スポーツドリンクをゼリー状にする等)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ている。		
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	食後の歯磨きやうがいの声掛けを行い、力に応じて職員が見守ったり介助を行っている。就寝前には義歯の洗浄を行っている。寝たきり状態では口腔内清拭を行っている。		

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
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	排泄記録の活用で一人ひとりの排泄習慣やサインを把握し、時間管理や声掛けを行いトイレへの誘導を行っている。その人に合ったパットやパンツを随時検討して自立できるように支援している。	ICT(タブレット)に排泄状況を記録し、一人一人の排泄パターンを把握しリズムに応じた誘導・声掛けを行い自立できるように支援を行っている。夜間のみポータブルトイレを利用している方はおられるが、その人に合ったパットやパンツを利用し、日中はトイレでの排泄支援が行われている。	
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いる。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、入浴剤を選んでもらったりもしている。体調不良時や失禁時にはシャワー浴や清拭を行っている。	利用者が希望されるときに利用できるように、毎日午前・午後共に沸かされており希望に添った支援が出来るようになっている。身体状態が重度化した場合等においても浴室空間は広く、暖房設備も準備されている為、楽しむことが出来るようになっている。	
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。また、冬季は就寝前の足浴で体を温め、安眠できるように支援することもある。		
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	日常の役割として洗濯物を干したりたたんだり、食器を拭く、花の水やりや種取り、誕生日会での挨拶・万歳三唱などをしてもらっている。		
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	桜や芍薬、菖蒲、紅葉など季節に応じて見学する機会を設け外出している。また月1回は外食に出掛けたり近所のスーパーにもよく買い物に出掛けている。重度の方でも庭に出て外気浴を行ったり、最近では墓参りを希望された利用者さんをお墓までお連れして手を合わせてきた。	日常的に、ホーム庭で畑づくりや洗濯物干し、近所スーパーへの買い物、ご近所へ回覧板を届けたりしている。月1回は、希望に応じて外食に出かけている。年間を通して、季節に応じた場所へのドライブやショッピング、地域名勝への見学、参拝など、多様な外出機会を設けている。また、月4回程度の外出の機会がある。	

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
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	少額のお金を所持している利用者があり、常にポケットに入れておく事でお金がある安心感や満足感が得られるように支援している。		
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	毎年、利用者が年賀状や暑中見舞いを出せるように支援している。また日常的に電話や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	適所に椅子やソファを配置してワンフロアの共有空間でも人の気配を感じながら視線を気にせずくつろげるスペースを設けている。キッチン是对面式でオープンな設計になっており、出入りが自由で調理の音や香りもフロアまで感じられるようになっている。	季節を意識した手作りの装飾を飾り付け季節感を出し、行事での外出や外食、日頃のおやつ作りの様子の写真が飾られ、楽しむことができる。キッチンは共有空間の一部となっており、食事準備を見て・聴いて・匂いを感じるができる。フローアの一角のソファ・TVが設置されているパブリックスペースは目が行き届いており、思い思いに過ごせる場所となっている。また、エアコンにファンを取り付け、加湿機と同時利用することで温度湿度共に快適となるようにしている。	
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	居間のソファや簡易ベッド、玄関前のベンチや畳の間など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せるように工夫している。		
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があるが、家具などは馴染みのものや好みのものを持ち込んでもらい、本人が居心地よく過ごせるよう配置している。昔から愛用していたロッキングチェアを個室に置いて今も愛用している方がおられ、この椅子を見て自室であると認識されている。	居室内にはベッドと収納家具が準備されている以外は、家族との写真や作品といった思い出・TV・冷蔵庫・机・椅子等、一人ひとりが居心地よく過ごせる・馴染みの物・好みの物が自由に持ち込まれ心身状態に配慮し配置されている。愛用品で自分のお部屋を認知できている方もおられる。	
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クッション性のある床材や畳を敷いて安全性に配慮している。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 2年 3月 17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	10	家族との関係は良好なものとなっているが、定期的に意見や要望について表せる機会が確保されていない。	アンケートを実施して家族が意見、要望を表せる機会を確保する。	年に1回、利用者と家族がホームの食事を一緒に食べる食事会を設けて、その時にアンケートを実施して意見、要望等を書いてもらい、それを日頃のケアの実践に活かしていく。	6ヶ月
2					ヶ月
3					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。