



1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2894000278		
法人名	株式会社 あっぶる		
事業所名	あっぶるグループホーム姫路		
所在地	姫路市神屋町5丁目48番地		
自己評価作成日	令和7年2月20日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=2894000278-00&ServiceCd=320
----------	---

【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 はりま総合福祉評価センター
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内
訪問調査日	令和7年5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)】

当施設は平屋建てにて、東西ユニットへ自由に行き来できます。そのため、利用者様・職員共に交流もとやすい環境です。各ユニットでは開放的な明るい空間で、日常生活やレクリエーションを楽しんでいただいています。日々の体操については、DVDを視聴しながらの体操、月2回の理学療法士による訪問でのリハビリ体操も実施しています。医療連携については、訪問診療・訪問看護体制も整っており、体調面でも安心して暮らしていける施設づくりに力を入れています。

【第三者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)】

開設14年目を迎えられた事業所は、地域密着型サービスの意義をふまえた「事業理念(5項目)」を掲げて、「住み慣れた地域で、いつまでも元気で楽しく、自分らしく生きる」支援に努められています。「24時間医療連携体制」の構築で、医療面や重度化・看取り体制でも、利用者家族にとって「安心と信頼」が得られています。コロナ禍の影響で余儀なくされていた「家族交流」「地域交流」「運営推進会議」なども緩和されて、再開や取り組みが行われています。法人グループとしての「サービスのネットワーク」で、近隣事業所などとの連携や交流でも優れた事業所です。今後も、高齢化や重度化を踏まえた「サービスの質の向上」に期待される事業所です。

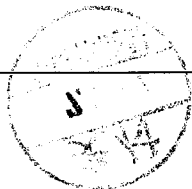
Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
57	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:18,38)	○	1. 毎日ある	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				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己 評価	第 三 者 評 価	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
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	地域密着型の事業所として独自の理念を作成しています。事業所理念を玄関に掲示し、日々意識しながら職員全員が共有・確認し具体化に取り組んでいます。	法人全体の理念と地域密着型サービスの事業理念をパンフレット、重要事項説明書に掲げるとともに事業所の玄関に掲示されています。いつでも事業理念に立ち返れるよう職員は事業理念が記載されたカードを名札に入れられて、実践状況の振り返りとして、職員間の申し送り時や月1回の定例会議などで向き合う機会があり、事業理念の意義について話し合っているとうかがいました。	
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	地域の紅葉祭りに利用者様と参加したり、ボランティアの来訪があったりと地域とのつながりを大切にしています。地域・近隣のスーパーに買い物に出かけたりしています。	事業所は自治会に加入しており、定期に開催される運営推進会議には自治会からも参加された際には地域行事の情報を得て利用者と共有されています。利用者は地域の紅葉まつり(城東小学校)や近隣の公園に花見に出かけられています。職員は地域の中学校を会場に認知症サポーター養成講座を開催したり、ふれあいサロンでは健康相談(血管年齢)や薬の飲み方など勉強会を開催し、利用者は地域住民と一緒に参加されました。	
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	認知症サポーター養成講座定期開催や、外部講師による研修会や内部研修への参加を担当者と相談しながら実施しています。		
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践、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ヵ月毎に運営推進会議を開催しています。地域包括センター・医療機関・調剤薬局・地域の方・利用者様とその家族に参加していただき、率直な意見を聞かせていただいた上でサービス向上に生かしています。	運営推進会議は、利用者と家族や自治会長、訪問看護ステーション、薬剤師、行政からは地域包括支援センターなどの参加で2ヵ月に1回開催されています。事業所からは行事や研修などの活動を報告し、かかりつけ医や訪問看護からは健康管理の報告や地域の感染症発生状況などを、自治会からは地域行事の情報などをいただき、双方向での意見交換がされています。	議事録が作成されて、事業所内では閲覧が出来ますが、関係者、家族などへの配布がされていません。運営推進会議は事業所と地域との連携に関する大切な機会です。今後は、運営規定などにもとづき、情報の公表(配布)が望まれます。
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	関係機関に近況報告・空床情報を発信しています。問い合わせには、常時近況は伝えられるように取り組んでいます。	定期に開催される運営推進会議には地域包括支援センター職員が参加されて、地域のグループホーム事業者連絡会への参加などで情報交換を継続されています。事業所連絡会では、5月の総会で、他事業所の困りごとや事例を共有されました。行政の担当課とは日頃から必要な事項の確認を電話やメールを用いてやり取りをされているとうかがいました。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	毎月のミーティング及び、定例研修の実施、社内での合同委員会での研修会の開催・参加にて情報共有し、正しい知識を持つことで、身体拘束をしないケアにとりくんでいます。	身体拘束・虐待防止委員会として2ヵ月に1回他施設と合同で開催されています。議事録は周知のため職員間で回覧されています。研修会については年間計画が策定されており、年に2回開催されています。現在、対象者はいませんが、身体拘束が実施される場合の様式(マニュアル、同意書、経過記録など)は整備されています。利用料に影響する加算、減算の説明書も整備されており、利用者や家族に説明されています。事業所の玄関は周辺道路の環境を鑑みて施錠せず開放されています。	



自己	第三者	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	(6)	○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	毎月のミーティング及び、定例研修の実施、社内での合同委員会での研修会の開催・参加しています。また、2か月毎に「虐待の芽」チェックリストを職員が記入し集計・分析し課題の改善に努めています。	身体拘束・虐待防止委員会として2か月に1回他施設と合同で開催されています。議事録は周知のため職員間で回覧されています。研修会については年間計画が策定されており、年に2回開催されています。自分達で不適切なケアを事前に見つけて修正するよう「虐待の芽チェックリスト」による自己評価を2か月に1回実施し、職員自身のストレスチェックも法人で年2回実施されて、回避に努めておられます。今後は、運営規定などに虐待防止に関する取り組み担当者の設置(明記)が望まれます。	
8	(7)	○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	年間職員定例研修を実施し、学ぶ機会を設けています。姫路市の成年後見制度の資料を参考にした研修で理解を深めています。	研修会は年間計画に組み込まれており、今年度では11月に開催が予定されています。成年後見制度の概要が書かれているパンフレットは玄関に設置されており、誰でも閲覧が可能です。家族などから問い合わせがあった際には関係機関に取り次げるよう、パート職員も含めて周知に取り組んでおられます。現在、制度利用者はいませんが、今後は利用が増えるであろうこの制度を地域住民が更に理解する機会にもなるよう運営推進会議の議題にも入れて地域に発信が期待されます。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、管理者・ケアマネージャー2名での説明・対応を行っています。契約書・重要事項説明書を用い、ご家族様に説明し、不明点がないか確認しながら行っています。	見学の際に入居が決定されるまでの流れを説明し、契約書や重要事項説明書を用いて説明されるとともに、詳細は実際に現場で説明し、ご了解を得るようにされています。これまでの「かかりつけ医」を選択する権利についても説明し、重度化への対応については「終末期における要望書」を用いて事業所でできる事とできない事を説明されています。利用者は常に身体的リスクを抱えておられるため、特変時における延命措置などのご意向も確認されています。	
10	(9)	○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	法人内でのサービス向上委員会にて毎年、利用者様にアンケート調査を実施し、事業所の運営についての満足度を把握し、結果に基づき改善を図っています。	家族の来所も増えており、顔を見て話が出来る機会が増えてきました。更に家族へは運営推進会議の参加を案内されていますが、遠方の方や不参加者へは、行事報告を今後の予定も含めて家族への個別便りとして主に写真を送付されています。サービス向上委員会では顧客満足度調査として家族へのアンケートを年に2回を行うなどサービス向上に向けて取り組まれています。個別便りには返信用の欄を設けて双方向のやり取りを活性化されることが期待されます。	現在、事業所広報誌はイベントの都度に発行されていますが、運営推進会議の他にも、家族への情報提供の手段として、また家族がご意見を言い易いよう工夫をして、定期的(季刊号)な広報誌の発行が期待されます。
11	(10)	○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	毎月各ユニットで実施する業務ミーティングにて職員からの意見や提案を聞き、話し合いをする機会を設けています。	定例の職員会議では働く側から意見を聞く機会を設けておられ、その中では重度化に対応するための環境整備やシフトのことなど困りごとへの質問が多く、法人が回答することで共通理解につながったり、子育て両立や家族の介護など働きやすい環境作りにつながっています。サービス向上委員会により、更なる働きやすい環境に向けて、意見を抽出するための職員アンケートを実施される予定とうかがいました。	
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	相談があれば個別でも面談を行い、体調面や家庭環境を考慮した勤務調整をしています。また、資格取得のためのサポートも行っています。		
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践と力量を把握し、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	法人による年間研修計画に沿った研修を実施しています。オンラインでも受講できる研修があれば、参加できる機会を作っています。		

自己 第3	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	近隣医療機関主催の認知症ケアに関する研修会に参加、また、同法人内での地域密着型施設での研修や勉強会での意見交換を行っています。		
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	入居の相談時から、面談において利用者様本人の話を傾聴し、理解を深めるように努め、少しでも安心して頂けるように努めています。		
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	入居時の相談時にて、本人様との関わりや、ケアについての困りごとなど聴取し、ご家族様の思いに添えるような関係性が築けるように心がけています。		
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	在宅での様子、サービス利用の有無・実績にてお話を伺い、他の利用者様の実績も含めた価値のある・必要なサービスの内容を説明している。		
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	利用者様と職員が一緒に過ごしたり行動できる時間を作っています。食事や炊事においても、できることはしていただけるように声かけしています。		
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	毎月の状況報告の内容に、訪問診療での往診の様子はお伝えしています。通院や外出も、施設での生活の一部としてとらえていただけるように努めています。		
20 (11)	○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	施設入所後も、今までお付き合いのあった病院や美容院また、今まで通っておられたお店等、続けられるように配慮しています。ご家族様には気軽に面会できるような雰囲気づくりをしています。	面会については、感染症に留意しながら時間や人数など制限を設けながらも急な場合にも対応されています。玄関の相談コーナーまたは居室にて面会していただいています。コロナ禍で会えなかった海外の親類とリモート面会で再会できたことがありました。近場への外出や受診時については家族の支援も得て実行されています。近所にはコンビニやスーパー、ドラッグストアなどが並んでおり可能な限り出かけられています。	

自己 評価	第 三	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	日中においては居室ではなく、デイルームで過ごして頂けるようにしています。ユニットを行き来し、色々な方とお話できる空間をつくるように努めています。		
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	退所後においても、必要なサービスや関係機関の相談も受けていただける関係性を作れるようにしており、必要時は他施設への連携も行っています。		
23	(12)	○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	日常関わり、コミュニケーションをとることによりひとりひとりの生活のリズムを知り、個別に支援ができるようにしています。	重度化が進み、半数の利用者は意思疎通が困難です。職員は「気付き」を意識しながら日々の関わりを大切にされています。利用者の担当者は配置されていますが、職員全員が全利用者に関わっています。職員はそれらの「気付き」を休憩時間に話し合ったり、カンファレンスに持ち寄ったり、またオリジナルの情報共有アプリを運用するなどして申し送り、共通理解に向けて取り組んでおられます。	
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	これまでの生活を変えない生活ができるように、生活歴や趣味などをできるだけ聴取し、不明な部分は施設での生活の中でお話することで聞き取りを行い把握するようにしている。		
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	頑張ればひとりでできること、助言や介入することで出来ることなど、日常の会話の中で得られたものを、職員間で共有し提供するように努めています。		
26	(13)	○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、必要の関係者と話し合い、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	定期的なミーティング、推進会議において話し合いの場を設け、各職員からのアイデアの提案や工夫を計画に反映させています。	日々の関わりからの気付きや抽出した要望は毎月のモニタリングと共に家族、介護職員、看護師、薬剤師などが参加するカンファレンスに持ち寄り集約されています。介護計画は半年ごとに見直しされています。職員には事前に情報が配布され、それらに対する意見を準備され、効率的に意見が交換されています。	現状の介護計画は安全・安心のものであることを確認させていただきました。「その人らしい暮らしの実現・継続」に向けて、アセスメントや日々の気付きから集約された思いが、カンファレンスで検討されています。今後は、「短期目標やサービス内容」への反映が期待されます。
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	身体状況・心因状況の変化を日々の様子として記録し、対応すべきものや変更が必要なものについては、職員間での申し送りやアプリを使用した伝達において状況把握に努めています。		

自己 評価	第 三	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	訪問医療機関や調剤薬局等、必要な支援については、現状変王が必要な場合においては提案しています。買い物等、必要であれば職員が代行し柔軟に対応できるように心がけています。		
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	地域ボランティアの受け入れや、近隣施設やスーパーなどでの買い物や出前を利用しています。		
30	(14)	○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	本人様・家族様の希望を優先し、かかりつけ医を決めていただき受診して頂いています。家族様の負担軽減のためや、本人様の身体状況の変化を考慮したかかりつけ医の提案も行っています。	これまでのかかりつけ医を継続する場合と事業所が案内する医療機関に変更されるかを、本人と家族の希望で選択することが可能です。現在、全員が協力医を主治医とされています。訪問診療が月2回、訪問看護師が週2回配置されています。眼科や皮膚科など他科についても職員と家族との協働で受診を支援しています。受診の結果については本人と家族に了承を得て職員間で共有されています。	
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	訪問看護師への連絡や相談、変化については必要に応じて報告するようにし、医療との連携にも繋がっています。連絡方法についてはフォーマットを使用し、正しく連携できるようにしています。		
32	(15)	○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。	入院時においては、医療機関への情報提供を行い、長期化するのであれば病棟や地域連携室に現状を伝達して頂けるように依頼し、可能であれば本人様への面会も行っています。	入院された場合は事業所から情報提供を行っておられます。入院後の連携については、医療機関での面会は現在でも制限があるところが多いので、利用者のご様子を地域医療連携室に確認するようにされています。退院前カンファレンスには訪問看護、訪問診療医院の看護師や事業所管理者及び計画作成担当者が利用者の同意を得ながら参加されています。医療機関とは退院にあたり事業所でできることできないことを確認して必要であれば関係機関に繋いでおられます。	
33	(16)	○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	重症化してきた場合、終末期ことを考慮し、入所時の契約時には「終末期における要望書」を記入して頂いています。終末期が近づいてきたタイミングで主治医や関わる医療機関とも連携し、終末期ケア実施しています。	入居時の利用契約書および重要事項説明書と合わせて、看取り介護についての同意書「終末期における要望書」が準備されており、事業所の考えと具体的方法などを明記し、本人と家族の意向と照らし合わせてケアの方向性を確認されています。救急搬送時についても、延命措置に対する意向確認も「終末期における要望書」を確認されています。一度の確認だけでなく入退院時など状況が変わった場合や、半年ごとの介護計画更新時にも取り直すことで家族との共通理解につなげられています。	
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	職員定例会や学ぶ機会を設けています。また、緊急時発生、対応後にも改善すべき点あれば話し合いを行い次に繋げるようにしています。		

自己 評価	第三者 評価	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	(17)	○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	3か月毎に消防訓練の際に実施しています。社内防犯委員会のマニュアルを用いて訓練時に実践しています。	事業所が所在する地域の災害リスクとしては「洪水」が想定されており、避難シミュレーションを水害訓練のなかで実施しております。建物が平屋なので近隣の法人内の有料老人ホームを避難先として設定されています。BCP計画（業務継続計画）、および避難確保計画も策定されており、消防訓練は年に4回実施されています。現在、災害時の非常時発電機の導入が検討されています。今後はBCP（業務継続計画）の年に1回の見直しや避難確保計画での避難訓練報告（年1回）が望まれます。	
36	(18)	○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	職員定例会にてプライバシー保護につて学ぶ機会を設けています。認知症ケアにおいても不適切な発言やケアになっていないか、職員都合になっていないか等プライバシーに配慮した言葉かけを行っています。	職員は日頃から利用者への傾聴を重視し、また入退室時、誘導時、入浴時、排泄時など様々な場面ごとで利用者の尊厳を意識した言葉遣いをこころがけ、声掛けのタイミングについても職員都合にならないように配慮されています。研修は年間計画の中で定期的に行っており、個人情報の扱いやコンプライアンス遵守などを対象にした内部監査を年に2回開催し客観的評価を行っております。	
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	出来るだけ本人の希望や要望を聞き出せるような雰囲気を作ったり言葉かけができるように配慮しています。		
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し、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	施設での生活スケジュールを基盤にはしているが、声かけの際に拒否があれば他の日時に変更するなどし、臨機応変に対応するようにしている。		
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	その日に着る服については出来るだけ本人に決めてもらうようにしている。スキンケア等、本人様の要望があれば購入し、使用を継続していただけるようにしています。		
40	(19)	○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	施設ないでの食事や外食、イベント行事については季節に応じた食材内容を取り入れるようにしています。利用者様と食事し、できる方は準備や片付け等、手伝っていただいています。	食事づくりでは、朝食は事業所で準備されて、昼食（弁当）と夕食（盛り付け）は外部より調達されたメニューで提供されています。ご飯や汁物は事業所で準備され、月1～2回は「調理レク」や「おやつレク」として、利用者とともに取り組まれています。8月の「夏祭りイベント」では、家族も参加されて手作りデザートプレートなど一緒に楽しめました。12月には外食にも出かけられたり、外食の機会づくりとして、テイクアウトの活用もされているとうかがいました。利用者も食事の準備や片付けなどできることを一緒に手伝ってられます。	
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	食事内容については普通食・療養食と準備しています。主治医の指示においての制限を把握し調理の際に調整しています。ムセの具合をみて、食事や水分においてはトロミをつけ、安全に摂取していただけるようにしています。		

自己 者 第	三	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	毎食後の口腔ケアは歯ブラシ、歯間ブラシ、舌ブラシ等、使用し一部介助しながら口腔ケアを行っています。また、定期的な歯科訪問診療にて口腔内の衛生管理をしていただいています。		
43	(20)	○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	ご利用者様個々の排泄状況を観察・把握し、トイレ誘導や声かけによる排泄支援を行っています。便秘や下痢の際は、医師や訪問看護に状態を報告し、主治医から緩下剤等の処方にて排泄管理をしています。	排泄の自立支援では、排泄チェック表を活用して、一人ひとりの排泄のパターンや習慣を把握して、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援に取り組まれています。布パンツにパットをされている方も数名おられますが、多くはリハビリパンツにパットを併用されています。日中のおむつ使用者や夜間のポータブルトイレ使用者もおられません。プライバシー配慮では誘導時の声かけに注意されています。共用トイレは2か所あり、手すり、手洗い場付きで、車いす対応もできます。	
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	便秘の際は、個々の状況も含め、3日を目途に訪問看護に相談のうえ医師に内服や坐薬等処方していただき指示のもと使用しています。また、水分不足や食事内容についても問題はないか、あれば改善策を考え実施しています。		
45	(21)	○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	週2回入浴の他にも必要時はシャワー浴、足浴や手浴を提案し、本人様の希望があれば実施している。タイミングが合わず、別日の希望があれば変更しています。	入浴の支援では、基本は週2回、午前中とされていますが、利用者の希望や体調で柔軟に対応がされています。浴槽は一般個室で、重度の方には二人介助やシャワー浴で支援されていますが、現在は対象者はおられません。今後、機械浴の導入も検討されているとうかがいました。入浴を楽しめる季節湯や入浴剤の活用もされています。プライバシー配慮では、基本は同性介助ですが、都合で同意を得て異性介助の場合もあります。	
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	就寝時間については、時間の確定はせずに本人様のペースに合わせて就寝していただいています。昼夜逆転にならないように、日中の過ごし方を工夫するようにしています。		
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	処方箋・薬手帳などを個別に管理し、変更等あれば全職員に伝達するようにしています。不明点については、調剤薬局の薬剤師・訪問看護等に相談し、内容を把握したうえで服薬支援をするようにしています。		
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	創作活動・書道・フラワーアレンジメント等、全体でできるイベントや活動については出来るだけ参加していただくように声かけしています。		

自己 第 三	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	(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	外の空気を感じていただけるよう、気分転換のためにも家族様にも協力していただき外出されています。また、施設内でもデイルームで一緒に歩く等して下さっています。	日常的な外出支援では、気候や天気の良い日には事業所周辺や近くの公園などに散歩に出かけられています。リビング外のテラスでひなたぼっこやお茶を飲みながら外気浴をされています。外出行事として、近くのスーパーに買い物に出かけられたり、地域のお祭りなどに参加されています。近隣の公園などでお花見をされていますが、今年度はエリア事業所合同でバスツアーを家族参加で計画されているとうかがいました。家族支援による外出や外食などをされる方には、車いすなどの配慮支援も行っているとうかがいました。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	外出や外食、訪問販売の際には、本人が自由に使えるお金を所持していただき、自身で選び、欲しいものを購入できるように支援しています。		
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	電話は取次ぎや使用については、事務所の電話で行っています。個人で携帯を持参されてる方もおられますが、家族様とお話する時間を決めておられ、家族様から依頼があれば事務所で預かってあり必要時にはお渡ししています。		
52	(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	玄関やユニット間において季節に合わせた創作物をご利用者様と一緒に製作し掲示しています。加湿器や空気清浄機を使用し、室温等にも気を配り、快適に過ごしていただけるようにしています。	共用空間のリビングダイニングは広く、大きな掃き出し窓からは明るい日差しが入ります。外はテラスで外気浴などができます。リビングには大きなソファを設置されて、テレビを見たり読書をするなど寛げます。対面キッチンからは食事の準備など生活感があります。玄関やデイルーム(リビングダイニング)の壁面には季節感のある創作品や利用者の記念写真などが展示されています。また、加湿器や空気清浄機も設置されて、「プラズマクラスター空気浄化中」の表示がされています。	
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	共用リビングにはソファを設置し、テレビを見たり読書をするなど、少人数でも過ごせるスペースを作り、自由に過ごしていただいています。		
54	(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	自宅にあるもの、自宅で使用されていたものをできるだけ持参して頂き、使い慣れたものの中で過ごして頂けるように、入居時には本人様・家族様にも話をしています。	居室の設えは、ベッド、寝具(レンタル)、冷暖房機、カーテン、ナースコールなどが備え付けられています。使い慣れた寝具や家具、衣装ケース、テレビなどが持ち込まれ、家族の写真やお気に入りの小物、手作り品、時計、携帯電話などが飾られて、本人らしい居心地よく過ごせるような工夫がされています。大きな掃き出し窓からは明るい日差しが入ります。外はバルコニーでフェンスに植栽が施されています。	
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	個々に必要な福祉用具使用や、現状の身体能力が少しでも維持できるように、安全に不安なく生活できるような環境づくりを目指しています。		

(様式2(1))

事業所名 あっぶるグループホーム姫路

目標達成計画

作成日: R7 年 6 月 30 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	2	地域との繋がりがコロナ以降減っている。地域の方が参加したいと思えるようなイベントが開催されていない。	施設のイベント開催時に、地域の方にも参加していただく。	地域の夏祭りやイベントにこちらから参加し、繋がりをつくる。	12ヶ月
2	19	認知症の人の対応として、利用者様の身体の現状・変化・苦痛に対して医療従事者(訪問診療・看護)に状況を正確に伝えられていないことがある。	職員全員が、訪問診療に対応できるようになる。	日々の状態観察を伝達できる力、的確に記録できるように、業務中での助言・ミーティングでの勉強会で訓練していく。	12ヶ月
3	35	火災中心の訓練は出来ているが、土砂・水害・地震などの災害を想定した訓練が毎回行われていない。	地域の方との土砂・水害・地震などの災害を想定した訓練を定期的に行う。	地域の方の協力と参加を依頼し、災害時の訓練を行う。	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、行を挿入してください。