

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	0790400766
法人名	株式会社 WLL GOLD
事業所名	グループホームあしび(一丁目)
所在地	福島県いわき市内郷内町金坂210の2
自己評価作成日	令和5年11月16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 <http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/top.do>

【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 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	

【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)】

グループホームの役割に沿って、ご入居者のできる事を向け維持できるようケアを提供し、ご入居者が穏やかに生活ができて認知症の進行が進まないよう対応していきます。また、ケアの質向上の為、内部研修を行い認知症や感染症、誤嚥予防・介護技術・看取り等の内部研修をスタッフ講師にて行いスキルアップを目指しています。全スタッフ内部研修に参加出来るようオンライン配信も行い、研修会の内容を周知しています。

【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)】

地域密着型サービスの意義と役割を理解し、事業所の持っている力を地域のために活かせるよう取り組みたり、他のグループホームとの連携、協力を図っている。
職員の自主的な取り組みを尊重することで、職員自らが研修内容を企画し講師となることで、ケアの質の向上やトラブルの防止、事業所運営の活性化に繋がっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウカム項目) ※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	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	☐ 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 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	☐ 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
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	☐ 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	☐ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらい 3. 職員の1/3くらい 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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	☐ 1. ほぼ全ての利用者が 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	☐ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらい 3. 家族等の1/3くらい 4. ほとんどできていない
62 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	

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。〕

外部評価		自己評価		外部評価	
項目	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					
自己評価					
外部					
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努めている	就業時研修の際、必ず法人理念及び事業者理念を説明している。また、会議や内部研修を利用し全スタッフへ周知している。	住む人のこれまでの人生やライフスタイルを重視し、これまでの生活にできる限り近い形で穏やかに過ごせるようにと理念を作成している。職員本位にならないよう常に入居者本位のケアを基本とし、入居者の支えとなるようにしている。	
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、事業所自身が地域の一員として近所づきあいや地域の活動、地域住民との交流に積極的に関わり合っている。	地域との交流は、ご入居者の散歩時に挨拶を行う程度である。その他、運営推進会議を対面にて行うようになってからは自治会長の参加を依頼し、運営推進会議に参加して頂いている。	近くの中学校から依頼があり、避難訓練に参加し、高齢者・認知症の方の避難方法や車イス使用方法の講習を行っている。コロナやインフルエンザ感染等の流行により交流が少ないが、中学・高校生の職業体験の依頼があれば受け入れる予定をしている。	
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	市から高齢者避難や認知症者の避難を行うための技術指導(中学校)の依頼があり協力している。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている。	運営推進会議に参加して頂いた方に簡単なアンケート・感想を記入してもらい、運営推進会議の内容が理解されているのか把握している。また、質問や意見、提案等は運営推進会議録に残し改善するようにしている。	地域包括支援センター職員や他グループホームの参加を依頼し、横の繋がりを広めたいと考えている。家族の参加が固定傾向にある為、改善し、会議内容を分かりやすく、意見を出せる雰囲気作りを心掛けている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスへ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	空床や事故・災害等に対し不安や疑問点等があった際は市の担当へ連絡し情報交換や相談を行っている。	必要に応じて行政との連携・協力は行っているが、市の担当が事業所の状況を把握し、アドバイスや問題点を一緒に取り組んで貰える姿勢はあまり感じられない。	
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として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	身体拘束適正化委員会にて定期的にホーム内での身体拘束適正等が行われているか会議を行う。また、内部研修に身体拘束についての研修を取り入れ、身体拘束についての理解を深めている。	身体拘束適正化委員会を作り、チーム内で身体拘束等が無いかが話し合いを行っている。言葉の拘束があった際はチーム会議や内部研修で拘束に対する内容を周知させるようにしている。入居者一人ひとりの一人歩きや外出の傾向を把握し対応している。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止検討委員会にて、虐待について内部研修を行い虐待についての理解を深めている。入居者の内出血はそのままにせず管理者・チームリーダー・ケアスタッフにて検証し虐待に繋がっていないか話し合いを行っている。	高齢者虐待検討委員会で、内部研修を通し学び全職員に周知させている。入居者の精神状態の変化や内出血等も放置せず、なぜできたのかを検証し改善や対策を早つけ出している。もしかすると分からないうちに行っている可能性がある、を考えている。	

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	詳しい内容の理解は乏しい。 成年後見人制度に興味があるスタッフがいるため、研修に参加できるよう協力している。また、研修を受けたスタッフにて勉強会も検討している。			
9	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや決定等の際は、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	契約の際は出来る限り時間をかけ説明し、入居者や家族が不安にならないよう務めている。特に退去や契約解除の要件については念入りに説明し理解して頂けるよう努めている。			
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	その様な機会は設けていないが、日常的に入居者や家族からの意見や要望が伝えられる雰囲気作りを行い、率直な意見を頂けるような環境を整えている。	家族面会の際、入居者の日々の状態を積極的に伝えるよう努めている。LINEを利用し、面会に来られなくても状態報告ができるようにしている。入居者・家族からの意見や要望が、事業所のケアサービスの質の向上に役立つのも理解している。		
11	(7) ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことを心がけ、職員の働く意欲の向上や質の確保を図っている。	スタッフへの声かけを頻回に行い、各スタッフが自身の意見等が発言できる環境に心がけている。	職員から資格取得や研修会への参加の要望があつたときは、勤務や業務の内容を調整し積極的に支援している。職員の向上心を高めるため、研修等、各職員より希望があれば積極的に参加できるように協力している。		
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	まだ不十分な点が多いが、スタッフがやりがいを持ち業務にあたれるような職場環境作りを行っている。希望休は必ず取れるようシフト作りを行っている。			
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	内部研修を行う際、必ず数名のチームを作りスタッフが講師となり実施している。また、内部研修は全員参加が出来るようオンライン研修にし、研修報告書も携帯やPCから送信できるようにフォームにて行いスタッフの負担軽減に繋げている。	育成や意欲向上のために職員の能力や経験に応じ、時間をかけ質の向上にむけて工夫している。どのような勉強会が行いたいかの聞き取りを行ったり、必要とする内容の勉強会を職員でチームを作り、企画に取り組んでいる。		
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、ネットワーキングや勉強会、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	交流の機会がある際には参加している。スタッフも参加できるよう勤務調整や参加希望の確認をしている。			

外部		自己評価		外部評価	
項目	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を努めている	スタッフは本人とのコミュニケーションを通し、不安や困りごとを聞き出し安心してもらえるような声かけや対応に努めている。			
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	管理者や計画作成担当者は家族と話す機会が多い為、不安や困りごとを聞ける機会が多い。家族との信頼関係を密にすることで話しやすい環境作りに努めている。 家族からの意見があった際はスタッフに伝え周知させている。			
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、他のサービスの利用も含めた対応に努めている	安易に入居相談には応じないようにしている。 本人・家族の意見が異なる場合は他のサービスの利用も進めている。			
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	スタッフはそうのように考えケアを提供していると考えている。			
19	○本人と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、いく関係を築いている	家族との絆を持ってもらえよう、面会の自由度化やLINEを活用し状態変化時の連絡、また、毎月動画や写真を送ることで本人と家族だけではなく家族とスタッフの関係性も深めている。			
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	家族との面会を頻回にすることで家族との関係性は保たれているが、認知症の兼ね合いで慣れ親しんだ場所の理解や知人との関係性はかなり困難である。 家族の協力にて写真を持参してもらい、昔を懐かしんでもらえるような工夫はしている。	家族や知人の方との関係性は継続してもらったため、通常通りの面会を行っている。家族からの希望があれば、事前に連絡をもらい外出できるようにしている。慣れ親しんだ場所を聞き、ドライブ等出かけ馴染みの場所を忘れないようにして貰っている。		
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	入居者間の人間関係を観察し、会話や作業が行える環境作りに心がける。また、認知症の症状により他者との交流が困難な場合はスタッフが介入し、孤独感が感じられないよう努めている。			

自己評価	外部評価	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	外部	項目	自己評価	実践状況	外部評価
22	外部	○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	契約解除後も書類郵送などはしっかりと行い、状況に応じて電話やLINEでの連絡を行っている。		
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、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取組心がけている。	各ユニットリーダーを中心に、入居者の希望や要望があつた際は話し合いを行う。また、入居者の困りことも同様に実施しケア記録に残すことでスタッフ間で情報の共有を行っている。	散歩や入浴時など、一対一での対応時に話し、聞き出すことが多く、不安や心配事には、納得いくまで傾聴し、不安要素を取り除くようにしている。入居者の思いや意向の把握のために声かけや対応を統一し、入居者が混乱しないようにしている。	
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	可能な限り入居者の生活を把握するようにしている。また、家族にも協力をしてもらい入居後も本人が生活しやすい環境に努めている。		
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	申し送りやケア記録・連絡ノート等を活用し個々の状態把握に努めている。		
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 meaning 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	出来る限り状況に即したケアプラン作成が可能な努力をしている。	その人の日々の生活や行動を把握し、出来る事に目を向け持っている力を活かしたり、維持できるように計画を立てている。現場で実践的な対応ができるよう、居室担当・計画作成担当者・ホーム長で日常的に話し合いを行っている。	
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	ケア記録は各入居者の様子を細かく記入するようになっている。また、1回/月ケアプランのモニタリングを居室担当にて記入し全スタッフが情報共有できるようにしている。		
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	様々なニーズに柔軟に対応できるよう工夫している。		

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	
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めることができるよう支援している	地域資源の把握までには迫りついていないが、入居者の生活環境の為に地域資源の把握に力を入れていきたい。			
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、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	主治医と連携し、入居者及び家族の希望を尊重し、いけるよう努めている。また、入居者の状況に応じて専門医受診も対応している。	家族の負担や緊急や重度化した場合を想定し、家族へ伝え理解してもらい訪問診療に切り替えている。協力医療機関とは連携が取れ良好な関係になっている。状態変化があった場合や緊急性がある場合は職員が受診に同行している。		
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	1回/週の医療連携看護師と2回/月の訪問診療医師と連携し適切な受診が受けられるよう努めている。			
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。	入院時には迅速に情報交換を文章で行えるよう心がけている。また、退院決定した際には速やかに訪問診療医師や医療連携看護師へ情報交換を実施している。			
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	入居契約時に重症化・終末期にホーム内でできる事とできない事を説明している。主治医より入居者の状況に応じて随時、主治医説明にて家族・スタッフにて話し合いを行い方針や取り組みを決め実施している。	本人・家族の意向に沿ったケアを行い、家族の面会時間や宿泊等を柔軟にすることで、本人との時間を大切にして貰うようにしている。重度化・終末期には、医師・看護師へこまめに状態を報告し、連携を行っている。		
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	応急手当の実践は行っていないが、訪問診療医師との連携が密なため連絡し指示にて対応を行っている。			
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	非難訓練と通し避難ルートや避難方法を学んでいる。参加できないスタッフには実践内容・反省・感想をまとめた文章を掲示し周知している。火災に関しては消防参加にて意見をもらい改善している。	訓練後、誘導方法のアドバイスをもらい、消防職員よりよくできているとの評価を貰っている。職員は年に一度以上訓練に参加できるよう勤務調整など工夫している。緊急時に備え、飲料水とオムツの確保をしている。		

自己評価	外部評価	IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	
		自己評価 実践状況	外部評価 実践状況
自己	外部	項目	次のステップに向けて期待したい内容
36 (14)		○一人ひとりの尊重とグライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやグライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	言葉遣いが乱れると、入居者への対応が変わることを職員に伝え、一人ひとりの尊重やグライドを守り、グライバシーの確保を大切にしている。入居者同士で、尊重やグライバシーを損ねるようなときは職員が介入し、関係性も考え席を決めている。
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をしている	認知症の状態に応じて、入居者の方が選択できる内容を提供している。
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	業務優先にならないよう、常に入居者の方が何を望んでいるのかを考えケアに努めている。コミュニケーションを取ることで入居者の希望を聞き出すよう工夫している。
39		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしやれができるように支援している	比較的認知機能が維持できている方は、好みの衣類を自ら選択し着てもらえる環境を作っている。衣類の選択が困難な方に関しては、家族に好みの色や衣類を聞き対応している。本人が希望する髪型が出来るよう訪問理容を活用し対応している。
40 (15)		○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている。	誕生日や行事の際は通常のメニューを変更し、入居者とメニューを話し合っている。食事の時間は設けていても、本人のペースで食べて貰うよう終了時間は設けていない。入居者と同じものを職員も一緒に食べている。
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カ、習慣に合わせた支援をしている	水分・食事に関して全量摂取したため良いではなく、入居者に合った食事形態にも気をつけ対応している。食事量の低下等があった際は、主治医へ相談し栄養ドリンクの処方や、本人の嗜好を家族に協力にて持参してもらう等
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合わせた口腔ケアをしている	可能な限り自力にて実施して頂いているが、状態に応じて介助を行っている。また、口腔内の状態に応じて訪問歯科により治療を行い口腔内の状態が悪化しないよう努めている。

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	
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ペース、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	個々の排泄パターンと適切なオムツ類の使用方法を検討・評価し使用している。できる限りトイレでの排泄をつぎ継続できるよう定期的なトイレ誘導やポータブルトイレの使用に努めている。 また、声かけの工夫にも注意し対応している。	入居者の状況に応じて排泄用スタイルを変え、自立に向けた取り組みで、入居時はオムツを着用していたが布パナールになった方がいる。失敗しても、自尊心を傷つけないよう声かけに配慮し、失敗の原因やオムツ類を検討し対応している。		
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	高齢者の為便秘になりやすい。起床時の牛乳やカフェオレの飲用、また排便困難時の腹部マッサージや肛門マッサージなどを行い腸内環境に良いとされることを試みている。 排便困難の際は主治医へ相談し下剤の調整を依頼している。			
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	入浴実施者はスタッフにてリフトアップを行うが、入浴の声かけにより入浴を拒まれた場合は無理強いせず入浴を好まれる入居者に変更するなど、入浴に対し嫌悪感を抱かないよう工夫する。また、入浴を希望される方は極力希望に添えるよう調整をしている。	入浴を嫌がる方には時間をかけ、ホールでの足浴から浴室での足浴、浴室での着替え、洗濯を浴室で行うなどし、現在は週二回の入浴ができるまでになっていく。感染症対策委員会でも温度管理を周知し、ヒートショック等の危険性に対応している。		
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	各自生活習慣が違い一律に午睡や就寝時間を設けていない。日中の休憩等は、本人の生活スタイルに合わせて対応し、夜間は睡眠に影響がない程度で各自自由に休んでもらえる環境を作っている。			
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	薬の目的は理解していると感じている。 薬剤師の説明の下、副作用について説明があった際はケア記録を活用しスタッフへ周知するよう努めている。			
48		○役割、楽しみなどの支援 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	家事作業や創作物など、馴染みがある動作をスタッフは見極め提供している。 季節や天候に応じて草むしりなど、入居者が気になることは積極的に行ってもらう工夫や環境を作っている。			
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	基本散歩は毎日実施し、入居者が屋外に出れる環境を設けている。また、入浴の調整にてドライアの日を設けるなど工夫している。 認知症により、希望する場所の提案はなかなか出てこないが、普段の会話の中から慣れ親しんだ場所を聞き出すよう努めている。	ほぼ毎日散歩に出かけ、外に出ることで季節感を感じてもらい、散歩しながら会話することで職員との信頼関係も築ける役割があると感じている。自宅やお墓参り、知人宅などに家族の協力を得て外出して貰っている。		

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	
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、お金を所持した可使えるように支援している	入居者管理の現金保管は行っていないが、入居者の希望によりホーム立替にて希望品の購入を行っている。			
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	携帯電話を持参している方は自由な時間に電話を行って貰っているが、携帯電話を持参していない方や自力で電話するのが困難な方には、家族の協力のもとスタッフ介入し、本人希望時にホーム電話使用にて対応している。			
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湿気をまわくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いた雰囲気を出せるよう整理整頓を心掛け、入居者の身体状態に応じたテレビの音量等はスタッフが入介入し対応している。また、季節に合わせた創作物の掲示を行うなど環境作りに気を付けている。	一人ひとりに居場所や好みの場所があり、好きな時に好きな場所で過ごしてもらえようようにしている。歩行や移動のための動線を確保するために、共有スペースや廊下には物を置かないようにしている。温度や湿度を細かく管理している。		
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	居室やホール、和室など自由に移動でき落ち着ける環境作りに努めている。 和室には長座布団やブランケットを準備し自由に使用し休める環境を作っている。			
54 (20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	本人・家族のみの空間を保てるよう、面会時は居室で過ごしてもらえよう対応する。面会の際、家族持参の食事等も提供して頂けるよう家族に声かけを行っている。 個々の居室に関しては、馴染みの布団を持参してもらったり、布団対応が可能な環境作りを行っている。	一人ひとりの身体状況に合わせて、ベッドなど家具の配置をその人に合わせている。自分の居室を間違わないよう、確認できる文字の大きさや柄の工夫をしている。清掃は職員が行い、衣替えは家族に面会時等を利用して行って貰っている。		
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	自立した生活が維持できるよう、適切なケアにならないよう配慮しながらケアを提供するよう心がけている。			

目標達成計画

作成日: 令和6年2月2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ラッグへ向け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	4	運営推進会議に参加できるご家族が決まっている。また、市の職員の参加がない為、参加したことがない方へのアプローチが課題である。	グループホームあしび内の活動や報告事項を知り、運営推進会議に興味をもつてもらう。	①参加できないご家族には、運営推進会議の資料を配布し、簡単なアンケートを記入してもらう。 ②市の職員へ運営推進会議に参加可能か連絡。参加ができない場合は資料郵送しアンケートを記入してもらう。	12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、行を挿入してください。