

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	1194900013		
法人名	有限会社 あおばホーム		
事業所名	グループホームあおば		
所在地	埼玉県秩父市小柱196		
自己評価作成日	令和元年12月19日	評価結果市町村受理日	令和2年5月19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.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和2年1月10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)】

運営理念である「仲良く、一緒に、ゆったりと」を念頭に置き、経営者の「介護保険上のインフォーマルな制度だけでなく、困っている方に必要なサービスを提供することが福祉の根幹である」という理想を職員が共有して、利用者さんと共に職員までを含めて、生きる上での「喜び」や「楽しさ」を得られるような場を目指しています。結果的にはその事が利用者さんの生活の質の向上につながるのだと考えます。アットホームな雰囲気のもと日常生活自立度の高いレベルの利用者さんからターミナルケアに至るまで対応できる経験豊かなスタッフと人的環境が整っています。

【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)】

・個人差を認め、日課ではなく利用者の状態に合わせて食事をとっていただいたり、レクリエーションや体操が出来ない方も同じ場に誘い、一緒に楽しんでいただくことにより利用者同士がお互いを気にかける関係が生まれ、日々の生活からターミナルケアに至るまでの支援が行われている。
 ・運営推進会議は、オレンジカフェや避難訓練など同日に開催を行うことで多くの参加者を得て、日々の介護から関連する社会情勢まで幅広く情報交換が行われ、サービスの向上に活かされている。
 ・目標達成計画については、全員の参加が困難な中、気候・天候が許せば散歩やドライブなどに出かけ、外出の困難な利用者のためには、中庭やウッドデッキでの外気浴や茶話会が行われるなどの工夫が行われていることから、目標達成への取り組みが伺える。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	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 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、生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

[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	感動の共有、仲良く、一緒にゆったりと、の理念を日常目に触れる所に掲示するとともに常に再確認しつつ頭に置き利用者に接している。	個人差を認め、日課ではなく利用者の状態に合わせて食事をとっていただいたり、レクや体操が出来ない方も同じ場に誘い、一緒に楽しんでいただくことにより、利用者同士もお互いを気にかける関係が培われている。	
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	事業所でオレンジカフェを開催し地域の方を招いき交流を図っている。運営推進会議には町会長、民生委員、駐在所の方にもメンバーに入って頂き意見交換の場を設けている。	年3回のオレンジカフェの開催や認知症サポーター養成講座後に利用者との交流の場を設けたり、地区のふれあい祭りに参加したり、近くの神社から「七草かゆ」をいただくなど、双方向の交流が継続されている。	
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	当事業所があることで、認知症の方への対応を理解していただいたり、地域の方や民生委員からの相談もある。		
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	年6回の運営推進会議において、町会長、民生委員、駐在所、包括支援センターなどさまざまな分野の方から意見をいただき、より良いサービスにつながるよう努力している。	定期的に開催され、オレンジカフェや避難訓練などと開催日を同じにすることで、多くの参加者を得て、日々の介護から関連する社会情勢まで幅広く情報交換が行われ、サービスの向上に活かされている。	
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取り組んでいる	運営推進会議の際には地域包括支援センターの職員と情報を共有するとともに、必要に応じ連絡調整を行って協力関係を築けるように努めている。	市担当部門とは密な連絡が取られており、報告業務に加えて、浴室改修の補助金申請にも的確に対応いただいた他、オレンジカフェ、認知症サポーター研修、地域密着型連絡協議会の催しとも協力体制が構築されている。	
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「介指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	職員会議の時にはどんな行為が身体拘束にあたるかなどの検討を行い正しく理解できるようにしている。またどうしても必要な時には家族へ使用する理由を説明し理解をもらっている。	外部研修会への参加や身体拘束適正化検討委員会での検討内容が周知徹底され、身体拘束の無いケアが実践されている。入居前に拘束のあった利用者への適切な支援により、拘束に頼らなくなった事例も見受けられる。	
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	虐待防止の研修がある時には積極的に研修への参加を促している。日頃から虐待について話題にふれ職員同士意見交換を行っている。		

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	日常生活自立支援事業、成年後見制度について学ばなければならないと思う。今の段階では該当する利用者はいない。		
9		○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	契約時には必ず家族と話し合いを行っている。その後、面会時にも随時要望、疑問等がある場合すぐに対応する様にしている。		
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	運営推進会議で意見を聞いたり、家族へアンケートを依頼し家族会の際には結果報告や改善策を話し合う場がある。	利用者とは日常の関わりの中で、家族とは来訪時に会話を深め、事業所独自のアンケートも実施され、言い難いことも汲み取るように努められ、家族からの要望による研修や看取りの説明なども行われ高い評価が得られている。	
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	毎月の職員会議には社長、事務長、施設長、管理者が出席し職員の意見や提案を聞き、職員の話聞く場を設けている。	会議の場だけでなく、職員への積極的な声掛けが行われることで、社歴や役職を問わず、意見が言い易い環境にあり、その場で解決できるものは積極的に解決されている。また、年1回の社長との面談も行われている。	
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	職員一人一人が社長と面接を行い給料や労働時間についての希望や要望を聞いている。また管理者、主任との面談も行い、今年度の振り返りを行ったり、悩み相談の場としている。		
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	研修委員会がある。ホーム内研修では職員の興味のある研修を計画したり、外部の研修がある時には掲示板に貼り出し積極的に参加できるようにしている。		
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	秩父郡市地域密着型連絡会で開催されている研修に参加している。他の事業所と意見交換を行いサービスの質の向上が図れるよう取り組んでいる。		

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	見学、デイサービスや小規模多機能などの利用から、お試し利用と段階を踏んで、本人・家族が納得し、安心して利用出来る様関係を築いて入所をしていただいている。
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	入所前の見学、面接時、家族が話せる雰囲気作り、気兼ねなく職員等に相談、要望等を話して頂ける様に努めている。
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	本人、家族等がどういう状況に置かれているかを把握し、入所が必要なのか、小規模から利用可能かなどを相談し、納得のいく利用を考えている。
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	本人の出来る事はなるべく自分で行って頂くよう見守っている。洗濯たたみや食器拭きなどは同じテーブルに座る方同士協力しながら、仲良くお手伝いをしていただいている。
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	面会時には普段の様子や体調の変化などを伝え、家族と一緒に居られる場所、時間を作っている。
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	馴染みの人が訪れて来た時は、また来て頂ける様、職員から話をしている。以前に利用していた部署との行き来を行いお茶のみをしたり、会話を楽しくして頂けるよう支援している。
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	テーブル等に着く時は、座る場所を考え、利用者同士での会話がしやすいようにしたり、孤立がないよう利用者の中に入るようにしている。

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	具体的にあまりケースがないが、他の介護保険施設に移った際などは関係を継続するとともに相談や支援を行えるようにフォローを行っている。		
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、本人本位に検討している	本人らしい暮らしをめざし、本人家族等から希望、意向を聞くとともに、ケアプランにも取り入れ、それを職員全体でも共通理解できるようにしている。困難な場合でも、家族へ繰り返し話を聞き、思いに沿った支援ができるよう努力している。	日々の生活での断片的な独り言や話に相槌を打って共感することで不安感を受け止めたり、1対1で話を聴くことにより、利用者それぞれの本音や気持ちを把握し、出来る限り本人の要望を叶えるように努められている。	
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	入所前の事業所より、情報提供を促したり、家族からも身体状況や生活歴等を詳しく聞き、どんな方なのか把握している。		
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	利用者一人ひとり身体、精神状況の状態観察を行い、変化がみられるときには個別に対応し、無理のないように過ごしていただいている。		
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	家族に希望、要望を伺い、さらに今利用者の抱えている課題についてケアプランに取り入れ、職員会議や担当者会議の中で話し合い、より良い暮らしができるように役立っている。	居室担当と全職員でのモニタリングを基に利用者・家族の要望や看護師・医師の意見も得て介護計画が作成され、生活目標に向けた支援項目を明確にすることで、日々の介護との乖離が発生しないよう取り組まれている。	
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	個人記録の記入、申し送りノートを活用、月に一度の職員会議時に利用者の変化等、看護師を交え話し合っている。		
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	利用者の方の必要性を第一に考え、できるだけ希望に沿うような方法を考え、臨機応変に対応している。		

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	交流会の際には地域の方のボランティアを頼み、催し物を楽しんでいただいている。また配達サービスを利用し希望に沿った生活が送れるようにしている。		
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、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	看護師と嘱託医の密なる連絡の取り合い、週一度の医師の往診、受診時には家族に連絡を入れなるべく同行して頂く。	入居時に医療機関選択の説明が行われ、協力医療機関を選ばれる利用者が多く、各科の往診と夜間も対応可能な看護師職員により健康管理が行われ、利用者も職員も安心できる医療支援が行われている。	
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	朝の申し送り時は、必ず看護師も参加している。看護・介護間での問題意識の共有を日常的に行っている。突然の変化の際にも看護師に連絡を入れ、必要あれば医師からの指示を受ける等の対応を行っている。		
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。	嘱託医からの病院への入院。緊急時、協力病院への移動、退院時の調整を行っている。		
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	入所の際、医療面は看護師より家族へターミナルケアも含めた話をして頂く。状態の変化が表れた場合は家族へ電話連絡をし、家族、職員、看護師等で話し合いの場を持つ。	90名ほどの看取りの実績があり、入居時には看護師職員より説明がなされ、終末期には家族・職員・看護師・医師との話し合いを重ね、最適なターミナルケアが実施されている。家族会などで看取りに対する啓蒙も行われ、家族の心構えや安心にも配慮がなされている。	
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	看護師より急変時の対応の指導を受けている。又、看護師の講義を聞いたり、消防署職員による救命処置の訓練も受けている。		
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	定期的な避難訓練、消防署への通報訓練を行っている。近所の方にも避難訓練に参加していただき、ホームの状況を知っていただいている。	夜間想定を含め年2回の避難訓練が近隣の方々の参加を得て行われており、災害の種類に応じた対策について消防署の協力を得て運営推進会議でも話し合われ、防災マニュアルの策定とハザードマップの検証も行われている	今年度の台風では、直接の被害は生じませんでした。近隣での倒木や出水が見られたようです。今後の災害に向けて、より詳細な防災の準備と訓練に期待されます。

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	一人ひとりの性格を理解し、職員は日頃から言葉遣いや態度に気をつけている。	利用者の職歴や生活環境を知り、一人ひとりの性格を理解し、話し方も含めプライバシーと尊厳を尊重することに繋がられている。また、職員会議でも自分たちの言動を振り返る勉強会が行われている。
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	本人の希望や要望等があれば、即対応している。職員とのコミュニケーションを多く取れるように視線を合わせて会話したり、本人が返答しやすい声掛けを心がけている。	
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	レクリエーションを行っているが、その日の気分により参加し、本人の気持ちに合わせている。自室にテレビを入れている方も居るので自分のペースで日常生活を送っている。	
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	行事の際は、女性は口紅をつけて参加することがある。毎月美容ボランティアの訪問がある為、希望される方は散髪を行っている。	
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	パンにジャムを塗ってもらったり、リンゴの皮むきなどを手伝ってもらっている。行事時のおやつなどは利用者へ食べたい物を伺い取り入れている。	主食は事業所で、副食は専属の業者で作られ利用者から要望の手紙を出していただくなど、食への興味を持っていただく工夫がなされている。また、行事食や出前を取り入れるなど、多彩な食事を楽しんでいただいている。
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	食事摂取等に問題ある方には水分チェック、食事摂取量の記入、食べづらい方にはミキサー食、キザミ食を作り食べやすい様に工夫している。	
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	声をかけ、歯磨きを行って頂く様にしている。自立での歯磨きが困難な方へは、職員が口腔ケアスポンジにて口腔内のケアを行っている。	

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	排泄チェックを行い、トイレに行く様子がない場合には、声を掛けトイレ誘導を行う。入浴しなかった日には、陰部洗浄を必ず行う。	利用者の状況に合せた誘導や気持ちを損ねない声掛けなどでトイレ排泄を原則とした支援が行われ、尿意があり本人の意思がある方には適切な支援により自立度が改善した例も見受けられる。	
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	排便チェックを行い3日排便の無い時は、看護師に相談し様子を見るか、薬を服用する。歩ける方には、散歩や運動を勧め、水分を多く取る様に話をする。毎朝、ヨーグルトを摂取し予防を行っている。		
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	毎日入浴日を設けできるだけ希望に沿えるよう心がけている。寝たきりの方も週2回は入浴をされている。リフト浴も導入し、すべての利用者さんの入浴が可能である。	週2回を原則とし、できるかぎり利用者の状況と希望に沿った入浴の支援が行われている。また、利用者の高齢化に伴い、より安心して入浴を楽しんでいただけるように浴室のリフォームが行われた。	
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	本人の起きたい時間に合わせて起床の介助をしている。午後の昼寝をしたい方は自室で休まれる。		
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	看護師より薬の副作用の指導を受け、処方箋の用紙を看護師、介護職員の分かる所に置かれている。		
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	料理の好きな利用者におやつ作りや行事食の手伝いなどに参加していただき、充実した生活が送れるように支援している。		
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	近場への散歩や、季節の良い時にはドライブに出掛けるようにしている。又外出の難しい利用者に対してもウッドデッキや中庭でお茶飲み等を楽しんでもらえるよう支援している。	全員の参加は困難であるが、気候・天候が許せば散歩やドライブなどに出かけ、外出の困難な利用者のためには中庭やウッドデッキでの外気浴や茶話会などが行われ、一人ひとりの状況に合わせた外出の工夫が行われている。	利用者の状況に合わせた外出の工夫が行われています。それぞれの外出の様子を利用者家族にも積極的に伝え、高齢化に伴う外出のあり方について、共に考えていただくことに期待されます。

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	ほとんどの利用者はお金を持っていない。買い物が見たい場合にはホームの立替金を利用している。		
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	電話は自由に使っている。家族と話がしたいとの訴えがある場合には、まず職員が家族に説明し、その後利用者に代わり話をして頂く。		
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	ホームの周りには季節の花が咲き、畑があり、道から離れているので、静かな場所である。また中庭にインターロッキングを敷き休憩所をつくり、外に出やすい環境である。	利用者の華道や書道のクラブの作品が飾られ季節感が感じられる床暖房の備わったリビングは、思いおもいに過ごすことができる場となっていることに加えて中庭に休憩所を設け、自由に外へも出られる共用空間が作られている。	
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	利用者一人ひとり全員個室である。ホールでは日当たりのよい場所に集まり、テレビを見たりと利用者は自由に過ごせるようになっている。		
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	入所の際、本人と家族で居室内の工夫をして頂く。本人の使い慣れた物や気に入っている物も、自由に持って来て頂いている。	入居時に持ってきていただいた馴染みの寝具や使い慣れた用品、大切にしているものなどと共に、総理大臣からの百歳の賞状と記念品を飾るなど、利用者の好みと生活のペースに合わせた居室が作られている。	
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	ホーム内には手すりがある。隣のユニットまでウッドデッキで繋がっている為、散歩や外気浴を自由に楽しむ事が出来る。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームあおば

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 4 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	49	利用者の高齢化、重度化がみられ、外食や車でのドライブ等が難しい状況にある。	利用者の状況に合わせた外出ができる。車での外出だけでなく、屋外に出られる状況を作り、気分転換を図ったり、季節を感じられるような取り組みができる。	・施設の周りを散歩したり、ウッドデッキでの外気浴、庭でのお茶飲み会等の時間を増やす。また、庭の花壇に季節の花を植え、いつでも花を見に行けるようにする。 ・家族へもお便り等で外出の状況を報告し、利用者の共通認識へも繋げていきたい。	12ヶ月
2	35	今後の災害に向けて、準備と訓練の振り返りができる。	様々な災害に対応できる体制を整える。	今後の災害に備え、災害の種類に応じた避難訓練の実施、その過程で出た問題点の検討、ホーム周辺の環境整備も行っていく。	12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。