

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	0170401665		
法人名	有限会社 メティス		
事業所名	グループホームあさひの社		
所在地	札幌市手稲区手稲本町二条二丁目4番24号		
自己評価作成日	令和4年12月	評価結果市町村受理日	令和5年1月24日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0170401665-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和5年1月16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)】

<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が来訪に便利なJR駅徒歩5分以内に立地している。 2. 家族的な雰囲気や生活を皆と楽しみ静かに暮らしている。 3. ホーム近郊は商店街・郵便局・病院・公園等があり散歩等にも楽しんでいる。 4. 小規模ホーム(定員6名)でもあり認知症グループホームの原点である家庭的な日常生活又その人らしく 穏やかに暮らせるよう支援している。 5. 地域、特に老人会・町内会との交流が多くあると共に中央会館施設が隣にあり自由に外部との交流参加をしている。

【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>JR手稲駅から徒歩5分程の商店街地区にある定員6名、1ユニットのグループホームである。周辺には昔ながらの商店や飲食店、消防署などがあり利用者が気軽に買い物や理美容、商店街散歩に出かけることができる。建物は住宅を改築したもので、家庭的な調度品が置かれ、利用者は自分の家と同じようにくつろいでいる。地域との関係では、事業所の向かいに中央会館という施設があり、利用者が気軽に出向き住民と遊びなどの交流をすることができる。身体拘束に関しては、運営推進会議に合わせて年6回、委員会、内部研修を開催し、内部研修で11項目の禁止事項を確認している。食事については、品数の豊富な食事が提供されており、栄養士による献立のチェックも受けている。季節に応じたメニューの提供や庭先でバーベキューを行うなどの変化もつけ、楽しんでいる。盛り付けや後片付けなどを利用者が手伝っている。ケアマネジメントの面では、介護計画を3か月ごとに更新しており、日々の生活記録の他に計画目標に関する支援内容を「介護経過記録」に記載し、計画の見直しに活かしている。外出支援の面では、日常的な散歩や買い物の他、外出行事を企画し、農試公園や前田森林公園など少し遠くの場所にも出かけている。地域とのふれあいを楽しみながら生活を送ることができるグループホームである。</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 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	利用者と職員が、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 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、活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している (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、安心して暮らしている (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 				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所の理念を基に、介護の基本は理念にあると言う事で実践している。	「尊厳と自立を守り、自由と安らぎを」という理念を玄関に掲示し、定期的な会議で理念の内容を確認している。地域密着の文言は含めていないが、職員は常に地域密着型サービスの意義を意識している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入しており、日常的に行事等に参加、交流している。	散歩をする時や地域の花壇づくりの際に地域の方と交流している。事業所の向かいに中央会館という地域の施設があり、利用者が気軽に出向き住民と遊びなどの交流をしている。	
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	町内会・老人会に加入し地域の人に理解されている。		
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	会議では必ず生活状況を報告し、会議の内容・個々の生活状況又、アンケートを取り意見等を参考にし評価・意見をもらい次の介護につなげている。	会議を2か月ごとに開催し、地域包括支援センター、民生委員が参加している。家族にはアンケートへの回答という形で参加を得ている。運営報告の他、身体拘束や外部評価をテーマに取り上げ、今後は幅広くテーマを設定する方針としている。	
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取り組んでいる	手稲区の介護保険課・包括支援センターと連絡を取り合い、訪問し協力関係を築いている	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、情報提供を受けている。介護認定や感染症対策に関して市や区に相談している。	
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「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	入居時、契約事項等でも説明し職員もその内容を知っており実践している。身体拘束をしない研修も年6回開催し、運営推進会議等にも報告し検証してもらっている。	身体拘束を行っておらず、禁止の対象となる具体的な行為を内部研修で学んでいる。委員会、内部研修とも年6回開催している。玄関は夜間のみ施錠し、日中は施錠していない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	研修でも徹底しており、状況の日々、職員同士お互いに話し合える意識を徹底している。		

グループホームあさひの杜

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	行政書士の方を迎えており、話し合い等も重ねている		
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	十分な説明を行い理解・納得を得ている。		
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並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	話しやすい環境を作り気軽に言える様にしており運営に反映させている。	家族の来訪時に話を聞いたり、運営推進会議の際に行うアンケートで意見を聞いている。家族から得た意見を連絡ノートや苦情ノートに記載し、職員間で共有している。今後、定期的な事業所便りの作成を検討している。	
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	会議や日常的に意見や提案を取り入れ実行している。	月1回の会議で、職員は活発に意見交換している。管理者や代表者は随時、職員の意見を聞いている。行事企画や環境整備、献立作りなど業務を職員が分担し運営に参加している。	
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	休憩室や会議室を別建物に設け環境整備に努力している。		
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	認知症実践者研修・管理者研修・社内外研修を受講させている。ホーム内に於いては、カンファレンスを重要とし個別担当制を行い常に課題トレーニングをしている。		
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	他GH、老健施設との交流を図り取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に出来る限り情報を得て、早期に解決出来るよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	必ず、要望事項・困っていることを傾聴し結果も報告している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	色々なサービスの可能性を探り対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に作業をしたり、共に生活出来るような関係を持つてる。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	本人と家族が一丸となれるよう、職員もささえられるよう心掛けている。		
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	馴染みの場所には中々行けないが、電話等の対応は必ず行っているし手紙等も切れないようにしている。	3名ほどの利用者に友人や知人の来訪があり、感染症対策のため玄関先で会っている。知人から手紙が来た際は返事の作成や投函を手伝っている。行きつけの理美容院に通ったり、近くの商店街に職員と出かける利用者もいる。	
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	イベントやトレーニング等で支え合えるようにしている。(朝の体操、午後からのカラオケ等)		

グループホームあさひの杜

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退去後も交流があり相談にのったり紹介等のある。			
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	すべて本人本位に努めている。	半分ほどの利用者は言葉で思いや意向を表出でき、難しい場合も経験から把握している。趣味や嗜好を把握し記載するアセスメントシートの整備も検討している。		
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	家族から傾聴し把握している。			
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	生活・過ごし方・心身状態を医師とも相談し努めている。			
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	職員担当制をとり、日々の観察からアイデアを反映した計画を作成している。	介護計画を3か月ごとに見直ししている。カンファレンスで意見を集約し次の計画を作成しているが、モニタリング表や検討会議の記録が整理されていない。日々の生活記録の他に、計画目標の支援内容を「介護経過記録」に記載している。	計画見直し時のモニタリング表や検討会議の記録を整備し、過去の計画と合わせて、見やすく整理することを期待したい。	
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	期間に応じた見直しは必ず行い、必要と判断されれば期の途中での見直し検討している。			
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	その都度、要望や状態において柔軟な支援をしている。			
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	理美容室・スーパー買い物・衣料品店を通じ利用し支援している。			
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・担当医と十分な体制を取っている。	協力医による月2回の往診のほか、必要時に往診を受けている。その他の通院は事業所または家族が通院を支援している。利用者ごとの受診報告書に受診内容を記録し、共有している。		

グループホームあさひの杜

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	月2回の訪問医師診療時又、薬価指導(月2回)医療連携看護師(月4回)の支援を行っている。		
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、また、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。又は、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	病院とは十分連携が取れているし、担当医も協力してくれている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	主治医・担当医は家族と話し合いながら支援している。	利用開始時に「重度化した場合の対応指針」を説明し、署名捺印を得ている。重度化した場合は医師と相談の上、医療行為が必要な場合など事業所で対応できない場合は入院となる旨を説明している。	
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	定期的に行っている。		
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	地域との交流の中で協力体制が出来ている。	避難訓練を行っているが、実施記録が整理できていない。職員の救急救命訓練は実施から年数が開いている。災害時に必要な備蓄品を用意している。地震等のマニュアルを用意したが、内容の共有が十分ではない。	①夜間想定を含めた年2回の避難訓練の実施と訓練記録の整備、②全職員の計画的な救急救命訓練の受講、③地震等災害マニュアルに沿った災害時対応の確認と話し合いの実施、を期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	誇りやプライバシーを損ねる事のないよう接している。	人格を尊重した言葉かけや対応を心がけているが、できていない場面もあり、改善すべきと感じている。	内部研修で言葉かけや対応のあり方を学んだり、気になった点は互いに注意するなど、改善に向けた取り組みを期待したい。
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	一人一人の思いを汲み取り察知し、自己決定出来るようにしている。		
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	一人一人の希望を大切にしているが添えない時もある。		
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	望むよう対応している。		

グループホームあさひの杜

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る事に差があるが全員で行っている。	職員が献立作成、調理を行っており数か月ごとに管理栄養士の指導を受けている。職員も一緒に同じメニューを食べ味付けなどを確認している。夏季は公園でバーベキューなども楽しんでいる。	
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	必ずチェック・記帳し習慣に応じた支援をしている。		
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	必ず実行している		
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	一人一人のパターンや習慣を把握しており支援している。	排泄チェック表を付け排泄パターンを把握し、トイレでの排泄できるよう誘導している。利用者の半数は自力でトイレで排泄できている。	
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	チェックし、個々の対応を取っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的に週2回であるが、状況に応じて対応している。	週2回は入浴できるよう予定を立てている。入浴は好みの温度や入浴時間を大切にしており、入浴後は冷たい飲み物を提供している。車いす利用の利用者も湯船に入れるよう介助している。	
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	本人中心の休息・安眠を取っている。		
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	理解し服薬している。医師・薬剤師等の支援体制が整っている。		
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	一人一人の喜びを生活の中に取り入れている。		

グループホームあさひの杜

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	出来る限り浴ようにしている。散歩・買い物・見学など家族・町内会の人々と出掛けられるよう支援している。	入居者全員で近所の公園への散歩を日課としている。近所の知り合いのスーパーマーケットへ買い物へ行ったり、理美容室に行くこともある。町内会館で行う行事に参加し町内の清掃や花壇の整備にも参加している。花見のため区内の公園に出かけた。	
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て、お金を所持したり使えるように支援している	自分でお金を管理する人はいない。		
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	電話・手紙等で支援している。		
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	家庭的な雰囲気大切に季節感を取り入れ心地よく出来るよにしている。	2階建ての一般的な一軒家の造りを活かし家庭的な雰囲気を大切にしているため落ち着いて過ごせるようになっている。居間は大きめのソファでゆったりと過ごせるようになっている。トイレ、浴室、階段には手すりが設置され安全面に配慮されている。	
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	思い思いに生活しており一人になれるのは居室だけである。		
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	使い慣れた品々を利用してもらい、心地よく過ごせるよう工夫支援している。	木製ベッドを使用したり、畳に布団を敷いたり一人ひとりの習慣を大事にしている。各居室に石油ストーブが設置されており、安全に使用できるよう木枠を取り付けている。壁には家族の写真などを飾っている。	
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」や「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	段差・階段もあり、必ず付き添いながら身体能力を引き出すよう支援している。		

目標達成計画

事業所名 グループホームあさひの社

作成日：令和 5年 1月 23日

市町村受理日：令和 5年 1月 24日

【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	26	介護計画作成時、モニタリングや会議検討記録が整理されていない。過去の介護計画と合わせて見やすく整理されていない	介護計画見直しの時、モニタリングや検討会議の記録をファイル化する。 一連の流れを過去と合わせて見える化出来るよう現状分析をする。	介護計画と実施の流れを作成し、対比出来るよう又、現状分析出来るようファイル化して共有する(日々)会議等でもファイルを参考にした検討会議化にする。	3ヶ月毎に
2	35	避難訓練は行っているが、記録が整理されていない。職員の避難・救急救命訓練の実施年数が開いている。地震等のマニュアルは作成しているが内容の共有化が不十分である。	避難訓練の実施記録をファイル化し整備する。 職員の避難救命訓練のファイル化と定期訓練又、定期講習 受験月を明確化する。地震災害等の研修・訓練を重ね全員が対応とれるようにする。	年2回の防火訓練等を通じ記録の整備をする。 消防署開催の救命訓練及び研修に必ず参加する。 備品等の定期点検・補充・交換をし意識改革を促し会議等で共有化する。	時期都度
3	36	人格を尊重した言葉がけや、対応を心掛けているが、出来てない場面があり改善する。	気が付かない時への職員間同士で話し合う又、指摘し合う日々を場面をつくる。	会議研修等で再確認し日常では気が付かない何気ない言動について笑顔で指摘し合うよう指示・徹底する。	日々毎日
4					
5					

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。