

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	0873900468		
法人名	大倉商事株式会社		
事業所名	グループホーム愛老	ユニット名(あかり)
所在地	かすみがうら市栄倉3102		
自己評価作成日	令和 5年 8月 1日	評価結果市町村受理日	令和 6年 1月 15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/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0873900468-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和5年11月9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)】

グループホーム愛老は、自然豊かでとても静かな環境の中に木造平屋建てのホームです。庭も広く日本庭園が広がり、ホームにいながら紅葉も楽しめ、裏庭には藤棚、畑もありひまわりを植えたり季節感を味わうことが出来ます。日中は玄関の施錠も行わず、門も設置していないので地域の方、家族が訪れやすい、とても開放感のあるホームです。

【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)】

事業所は田園地帯の中に位置し、建物は2ユニットを有した平屋建ての和風建築となっている。敷地内には、手入れの行き届いた日本庭園、藤棚、畑等があり、四季折々の自然の変化を楽しめ、ゆったりと落ち着いた環境となっている。管理者、職員は利用者に「できることはやってもらう」という自立支援の基本を守り日々の支援にあたっている。職員同士、職員と管理者・運営者とは良好な関係が築かれ、意見が言いやすく働き易い職場となっている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き活きと働けている (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、安心して暮らしている (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

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	職員が目につく所(ロッカールーム・トイレ)に理念を提示することで毎日目に触れ、「笑顔あふれる生活習慣」その人らしさ、生きる喜び、一日一笑を大切に、職員間で共有できている。	理念に基づき利用者が笑顔でその人らしく生活ができるよう支援している。管理者は、職員の言動に気になる点があれば、その都度理念を思い起こすよう促し、理念を共有し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人として日常的に交流している	開設して21年目、地域との自然な交流ができています。社長が近所に住んでいる為、情報交換ができています。	代表者が地元住民であることから、事業所の畑の耕運や除草等を手伝ってもらえる関係を築いている。コロナ禍でボランティアの受け入れはしていなかったが、今月から再開予定である。	
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	コロナ禍になってからは、直接会っての相談は少なくなったが、電話での問い合わせ等には対応しアドバイスすることがある。		
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	コロナ禍になってからは対面での会議の開催が難しくなり、資料を郵送したり、家族の意見を電話や手紙で確認したりしている。	コロナ禍での書面開催が未だ続いている状況であるが、会議開催時に全家族等に「意見や要望」を投げかけて聴取し、運営に役立っている。	
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	分からないこと、相談事がある時はその都度電話等で相談している。介護保険課、生活保護等各部署との関りも増えている。包括支援センターからの入居の相談も増えており、関係性はできています。	市とは介護認定更新時に訪問したり、生活保護受給者への来訪を受けたりしている。電話やメールで情報交換する等、協力体制が築かれている。	
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	身体拘束についてのマニュアル、身体拘束する場合の書類を作成している。禁止事項を職員間で共有しケアに取り組んでいる。その為に、ユニット間、職員間の情報交換をしている。	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置し、4ヶ月に1回開催しているが、定期的な研修の実施には至っていない。	委員会を3ヶ月に1回実施するとともに、定期的な研修の実施を期待する。
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	管理者、職員は虐待について理解し対応している。入浴時、トイレ等で異常が無いか確認したり不適切な対応が無いか職員間で注意している。		

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	入居の際に成年後見人が必要か否かを関係者と話し合う事のある。現場の職員からも学ぶ機会が欲しいとの意見がある。		
9		○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	入居に際しては、本人・家族に説明し納得した上で契約している。料金改正、変更事項がある時はお手紙等でお知らせしている。		
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	外部の窓口を重要事項説明書に明記している。利用者、家族より要望があった時は申し送りや、ノートに職員間で共有している。	事業所に意見箱を設置するとともに電話連絡時や面会時、運営推進会議時に意見や要望を聞いている。家族等から外出の希望が寄せられたが、検討した結果、現状では玄関先での面会に止めた。	
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	職員が現場で必要なもの、設備等で必要なものは管理者から社長に話をして、物品等購入してもらっている。	管理者が現場に入ることが多いので職員からの意見は随時間ける状況である。管理者から代表者へ伝え円滑に運営につなげている。	
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	代表者が、直接現場に入ることは無いが管理者から職員の勤務状況は報告し把握している。		
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	職員が少ない為、ホーム内・外の研修会等に参加ができていない。職員からも研修をして職員のスキルアップを希望する意見がある。		
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	改めての事業所同士の交流は無いが、個々に同業者との交流はある。		

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	入居したことで環境が変わり、不安があることが多いので、本人の意向を確認しながら、ホーム生活、ケアをしている。ホームに慣れるまでは詳しく記録し、職員間で共有している。		
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	入居に際しては、可能な限り本人、家族にホームに来てもらい、見学、入居の説明をしている。来訪が難しい方には、自宅に訪問して、説明している。入居の際の不安が軽減するようにしている。		
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	入居希望時に生活歴、入居の希望理由、入居後の要望を伺い、本人、家族が安心できる環境を整える。		
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	利用者に対しては、公平に接するように心がけている。女性同士の特有のトラブルもあるので上手く介入するようにしている。		
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	電話や来訪時に、状態報告したり、意見を伺いより良いケアが出来るようにしている。家族のいない方には本人と話し合うようにしている。		
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	コロナ禍になってからは面会もままならずなじみの方とも会える機会が減ってしまっているが電話で家族や友達とお話することはある。	フェイスシートを作成している。入居時のアセスメントや家族等からの聞き取り、日常の会話から把握に努めている。家族等や近所の方の来訪や電話、手紙のやり取りを支援している。	
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	利用者同士の性格、相性を把握して良好な関係づくりが出来る様に支援している。時間と共に関係性も変化してくるのでトラブルにならない様に職員が介入したり、定期的な席替えも行っている。		

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	退去された後も、年賀状のやり取り、近況報告したりお付き合い継続されている方もいる。		
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	日常会話や 行動の中で思いや希望を把握するように努め、職員間で共有しケアしている。一人一人に対応することは難しいが出来る範囲で行っている。	利用者の思いや意向を把握するため、日常会話や行動の中で思いや希望を把握し「私の気持ちシート」に記録している。	
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	入居時の情報(生活歴、家族構成)は出来るだけ細かく職員間で共有するようにしている。出来るだけこれまでの生活と大差が生じない様に努めている。		
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	個々の生活リズムを把握し、日々の言動や表情からの気付きを大切にしている。個々の出来る事、出来ない事の把握に努めている。		
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	生活の中で本人や家族の意向や思いを聞いた上で職員間で話し合い介護計画に反映できるように努めている。ケース会議、全体会議の中で日常的に出来る様にしていきたい。	作成時に担当者会議を実施し利用者の思い、家族等や医療関係者から情報を得て介護計画を立てている。半年ごとにモニタリングを行い、基本1年での見直しを行っている。	
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	日常生活の記録、特に認知症の部分は詳しく記録するようにして、職員間で共有し介護計画に反映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	個々に何が必要か、どんなサービスが合っているかを見極め柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	コロナ禍の為、ボランティアの受け入れができなかったり、外出ができず、地域資源の活用が出来ていない。		
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	入居の際に話し合い、かかりつけ医の継続をするか否かを確認している。入居後の状態変化に応じて、受診対応している。予防接種等はホームドクター往診時にお願いしている。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。外来受診時には必ず職員が同席し、医師に説明をしている。	
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	毎日のバイタルチェック、体調管理に注意し状態変化を見逃さない様にしている。必要に応じてドクターに相談したり、指示をもらうようにしている。		
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。	入院時には必ず付き添い、ホームでの様子、入院に必要な情報を提供している。医療機関とも情報交換しホームにスムーズに戻れるように支援している。		
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	看護師が常駐していない為、ホームでの看取りはできない事を前提に状態変化が生じた時は、かかりつけ医、家族と話し合い、ホームで出来る事できない事を明確にしている。その上で出来るだけ本人、家族の意向に添えるように支援している。	「重度化における同意書」の中で看取りを行わないことへ同意を求めている。重度化した時点で主治医と相談の上、家族等と今後についての話し合いをしている。マニュアル等が整備されておらず重度化した場合の対応に不安が残る状態である。	家族等や職員の不安を払拭するためにも、重度化した場合に備えてのマニュアルの作成、研修等の実施を期待する。
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	事故や急変については、マニュアルに沿って対応している。職員会議等で急変の可能性について具体的な対応方法を話し合うようにしている。具体的な対応の勉強会をしたいという意見あり。		
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	コロナ禍で消防署立ち合いの避難訓練は控えている。ホーム内だけで火災、地震想定で避難訓練行っている。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。コロナ禍前は近隣住民の協力もあった。今後も声掛けしていく予定である。	

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	個人の状態、性格などに配慮し、言葉遣いや声のトーン、大きさ、声掛けのタイミングなどに配慮している。特に排泄に関してはプライバシーを損ねないようにしている。	利用者一人ひとりの性格や考え方を尊重した言葉かけをしている。人権尊重や守秘義務について研修を行っている。選挙での投票を望む利用者には同行支援している。	
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	日頃のコミュニケーションの中で何がしたいのか求めている事を把握するようにしている。遠慮してしまう方もいるので本音を言える関係性を作ることが大切と考える。		
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	個々のペースを尊重して臨機応変に対応している。強制せず本人の気持ちを優先するようにしている。時として人員不足で対応できないこともある。		
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	起床時の洗面、整容に努めている。個々の好みを把握し、着替え等支援している。		
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	個々にランチョンマット、お箸、コップ、お碗を使用している。できる方には下膳のお手伝いしていただいている。誕生日にはその方の好きなものをお出ししている。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。利用者は食器拭きや下膳などできることを職員と一緒にしている。季節ごとの行事食を提供している。	
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	毎日の食事量、水分量は把握している。食事の量、水分の温度などにも配慮している。一度に沢山水分をとれない方にはマメに声掛けして飲んでもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアに努めている。できる方、声掛けでできる方、介助の方それぞれに対応している。		

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	個々の排泄パターンを把握し、おむつを使用しているも、出来るだけトイレで排泄できるように支援している。	排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、できるだけトイレでの排泄を支援している。病院から退院してきた利用者にもまめな声掛けでリハビリパンツから布パンツに改善している。	
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	排便のチェックを行い、便秘にならないように支援している。高齢になると下剤を服用している方も多いが、お薬だけに頼らず水分や食事、ヨーグルト、牛乳も提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	出来るだけ職員の都合にならないように個々のペースにあわせて一人ずつ入浴している。時間、順番を気にする方もいるので公平に順番を変えている。バスクリン、ゆず湯気持ちよく入浴できるように支援している。	入浴は基本週3回としているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴剤を使用したり季節ごとの湯を提供して入浴を楽しめるよう支援している。利用者の状況に合わせて足浴やシャワー浴を行っている。	
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	個々の年齢、状態、睡眠パターンを把握し日中もお昼寝をしたり、ソファや自席でゆっくりしたり、それぞれのペースで過ごしている。		
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	処方箋はいつでも見れる場所にあり職員が薬の内容を把握できるようにしている。個々の状態に応じて支援方法も変えている。状態変化があった時は往診時に医師に報告している。		
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	個々の希望、能力に応じて、出来る事をしてもらっている。昨年まで仕事をしていた方は、毎日、庭掃除、草取り等役割のある生活を継続している。気分転換にあゆみに遊びに行ったりすることもある。		
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支援している	コロナ禍で以前のように希望に応じて外出は出来ない。庭を散歩したりドライブしたりしている。	コロナ禍で外出が難しいため、藤棚の下や玄関脇で外気浴をしながらお茶を飲んだり、近隣への散歩などを行っている。ドライブに出かけている。	

自己	外部	項目	自己評価(あかり)	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	他者とのトラブル防止の観点から基本的にお金の管理はしていない。小銭程度を管理しホームの自動販売機でジュースを買うことはある。欲しいものがある時は職員が買ってくることが多い。		
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	希望があれば職員が付き添い電話の取次ぎ、手紙のやり取りができるようにしている。		
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	清潔な環境、明るさ、臭い、空調、音の大きさ等に配慮し居心地の良い空間になるように支援している。寒がり、暑がりの方にも個々に対応している。	リビングや居室から四季折々に変化する庭園が眺められ、ゆったりと和やかな雰囲気である。畑には季節の草花や野菜、果物が植えられ、利用者は水やりや鑑賞等で自然と触れ合っている。2つのユニットを繋ぐ回廊式の廊下には手すりが設置され、歩行訓練に適している。リビングの脇には18畳ほどの和室があり、会議や寛ぎの場所として利用されている。玄関や和室には古風な置物や掛け軸、書画や絵画等が飾られ、落ち着いた空間となっている。	
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	個々の居場所は定着している。時間帯で大体の居場所が決まっている。トラブルにならないよう職員が介入することもある。		
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	馴染みの家具(仏壇、椅子、タンス)を持ち込んで本人が生活しやすい環境づくりに努めている。本人の生活同線、転倒などの安全面も考慮している。	居室にはエアコンやカーテンが備え付けられている。利用者はそれぞれ使い慣れた寝具類やテレビ、筆筒、時計など馴染みのものを持ち込んでいる。居室の扉に鈴を設置し、開閉の際に音が鳴るよう工夫している。	
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	個々の能力、理解力等に応じて混乱しないように居室、トイレに表示したり、トラブルにならないように介入したり、安全な環境づくりに努めている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

業所名 グループホーム愛老

作成日 令和 5 年 12 月 20 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化した場合に備えてマニュアルの作成。研修の実施がされていない	重度化した場合のマニュアルの作成。重度化に関する研修の実施	重度化した場合の具体的なマニュアルの作成 重度化に関して入居者に即した具体的な研修を定期的に行う。	6ヶ月
2	6	身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会を設置し4か月に1回開催しているが、定期的な研修の開催がされていない。	委員会を3か月に1回開催する。 身体拘束についての定期的なけんしゅうの実施。	身体拘束の適正化の為の対策を検討する委員会を3か月に1回開催する。 身体拘束についての研修の実施。年に2回	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。