

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	1190400125
法人名	社会福祉法人 真正会
事業所名	真正会 グループホーム アダーズあいな
所在地	埼玉県川越市安比奈新田278-2
自己評価作成日	令和7年2月27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.wam.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	令和7年3月6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)】

・認知症による症状が顕著にみられても、フラストレーションに陥ることなく、可能な限り自立し、安心して暮らすことのできるストレスフリーな環境を提供出来るように努力しています。

・一人一人の意向を大切に、安心して穏やかに生活ができるような環境づくりを心掛けています。可能な限り自立し安心して暮らすことが出来るよう入居者の生活をサポートしています。

・利用者のできること・していることを活かした支援をしている。

・定期的なミーティングや勉強会を開催し様々な知識やスキルの向上、スタッフ間のコミュニケーションがとれるように努めている。

【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)】

・歩いて5分の場所に法人の病院、特養があり、その中に地域交流スペースがある。グループホームの利用者も散歩や外出の際に足を運び、社会参加、地域の人との交流を行うことができています。

・地域ケア会議に参加し、グループホームの役割の発信を行ない、地域の社会資源の一つとして認知してもらえよう努めている。

・オーストラリアの「アダーズ・ナーシングホーム」の研修に多くの職員が参加している。「老人にも明日がある」という法人の理念にアダーズで学んだ認知症ケアの考え方を取り入れ、アダーズのコンセプトとして、日々のケアに取り入れ、実践している。

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

[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	新年度へ向けて、現場スタッフと理念を共有し事業計画へ反映している。	入職時には、アダーズのケアコンセプトに基づく研修を行なっている。日々のカンファレンス、ミーティングではケアを振り返り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員として日常的に交流している	地域住民の園芸ボランティアが定期的に入っている。また、地域ケア会議にも参加し、地域の問題やニーズにもかかわれるようにしている。	「かすみ野助け合いの会」を中心に畑や園芸作業を利用者と一緒に行い、収穫した野菜で料理をしたり、楽しみとなっている。町内会にも加入し、行事への参加や回覧板をお隣の家に届けたりもしている。	コロナ以降、屋内でのボランティアが消極的になっているとのこと。感染防止に注意をはらい可能な範囲で屋内でのボランティア再開を検討していただきたい。	
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	近くの小学校の通学路にもなっているので、「子供110番の家」に登録や中学生の職業体験の受け入れなど、認知症の方との接点をもてる機会をつくっている。			
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	家族、地域包括支援センター職員、民生委員、地域のボランティアへ写真などを使用し近況報告や意見交換を行っている。	家族、自治会、民生委員、包括職員が参加し活動報告を中心に開催している。家族の参加が減ってきており、会議の内容や声かけの方法を検討しているとのこと。市町村担当者の参加はない。	多くの家族に参加していただけるような工夫と、市町村担当者の参加について検討していただくことを希望します。	
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	市町村担当者と連絡を取り、事業所の実情と照らし合わせて、疑問に思うことや不明な点は積極的に相談するように努めている。	運営推進会議への出席はないが、毎回議事録を提出し報告をしている。関係は良好で日頃から報告、相談を行っている。		
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	職員へ毎月リスクマネジメントのミーティング（法人内のセーフティケア委員会）を行い身体拘束や不適切なケアに関しての知識を深め利用者本位のケアを徹底している。	毎月法人内で「セーフティケア委員会」が開催されグループホームからも参加し、議事録を回覧している。法人内の各部署からの様々な報告を共有することで知識を深めている。		
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	法人内の委員会を中心に定期的な研修を受けられる機会を設けている。			

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	家族からの相談に応じて、関係機関への紹介をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約前の施設見学の際も不安な点などは確認している。特に入居後間もない期間は特に連絡を密にとり、信頼関係作りに努めている。		
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	運営推進会議より参加された利用者や家族から意見を聴衆し、議事録や写真での報告を閲覧できる工夫をしている。	日々の生活の様子は写真等を送り報告している。面会にいらした家族には、居室担当以外のスタッフからでも普段の様子をお伝えし、希望をうかがうようにしている。	
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	事業計画の策定にあたっては、スタッフと話し合いの場を持ち、楽しみややりたいことを意見として出し合い反映させている。	以前は「アダーズカフェ」という職員ミーティングを月1回行っていたが、現在開催できていない状況である。3月中に開催の予定とのこと。	職員はアダーズのケアに誇りをもっている。職員のモチベーション維持、向上のためにも、まずは会議の予定を計画していくことから始めると良いと思います。
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	職員を育てる取り組みスタッフの年数、ケアの実践状況、スキルに合わせて、研修への参加を促している。また、個人面談を通じて、具体的な目標を立てられるよう取り組んでいる。		
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	法人内の委員会を中心に研修の案内をし、イーラーニングなどを活用しながらスキルアップを図っている。		
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	不定期参加ではあるが、協力医療機関、近隣の福祉サービス事業所との交流があり、意見交換、情報交換を行っている。		

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	
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	事前に、本人への実地調査や家族への聞き取り、基本情報シート作成など本人の人となりが少しでも把握できるよう努めている。			
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	入居後は家族と密に連絡を取り、本人の様子を伝えたり、家族の不安な事を聞き取りしたり安心してサービスが受けられるよう努めている。			
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	在宅でできていたことが本人にとってなじみであったり、本人らしさにつながるよう地域資源も含めて必要なサービスにつなげている。			
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	入居者だけの作業にとどまらず、職員が一緒になって参加し、一つの目的を成し遂げることで、互いの良い関係性が生まれている。			
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	本人の生活の意向に寄り添うため、家族に情報提供の協力依頼や家族と一緒になじみの環境を整える取り組みをしている。			
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	在宅の頃より、本人が利用していた業者、や店員へ、必要性が生じた時に家族より繋いでもらっている。	入居前に利用していたお店に行き、好みの菓子を購入したり、趣味だった陶芸を継続している方もいる。職場の友人や近所の知人が訪ねて来ることもあり、家族の了解を得て状況に合わせ個別対応している。		
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	共同生活をする中で、本人が得意とする分野の把握に努め、共同作業を通じ本人が役割を持てたり、自尊心が高まるような支援へつなげている。			

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
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	住替えでの退居については、住替え先の施設でのカンファレンスへの参加を通じ、ケアの引継ぎを行っている。同時に住替え先へ相談しにくい困りごとなどは退居後も受け付けている。		
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	入居時やケアプラン更新時期に合わせて、本人や家族の思いや暮らし方の希望を伺い把握に努めている。	入居時に「基本情報シート」を家族に記入してもらい、ご本人、家族の思い、希望を聞き取っている。以降、モニタリングや面会時に聞き取り、把握につとめている。	
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	入居前の実地調査や、入居時に基本情報シートの記入を家族へ依頼し、本人の人となり分かるよう努めている。		
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	一日の生活リズムや心身状態を日々の生活の中で現状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	本人や家族の希望・要望や心身の状態に合わせて必要な関係者と話し合いを行っている。必要性があればケアプランの見直しを行っている。	カンファレンスには居室担当、ケアマネジャー、看護師、ケアスタッフが参加し、ケアプランの見直しを行っている	アセスメントで課題を把握し、ケアプランの1表に「本人家族の意向を踏まえた課題分析の結果」を記入するように変更となっていますので、ご確認ください。
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	日々の様子や変化など個別に記録している。情報はスタッフ間で共有し必要に応じてケアプランの見直しを行っている。		
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	本人や家族へ希望や要望を伺っている。ボランティア等へも依頼を行い個々のニーズに対応している。		

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むことができるよう支援している	地域の活動の場を活用し、一人一人が趣味を楽しみ豊かな生活ができるよう支援している。自治会に入っているため、回覧板などで地域の情報収集や参加できるイベントへの機会を得ている。		
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	霞ヶ関南病院が協力医療機関となっており、内科医、歯科医、歯科衛生士の訪問診療がある。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	入居時にご本人、家族に説明し内科、歯科は協力医療機関である霞ヶ関南病院の訪問診療を受けている。従来の医療機関を希望する場合にも継続受診できるよう支援している。	
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	月2回の訪問診療の他、24時間ONコール体制をとっている。日常での情報や気づきを看護師へ報告し適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	医療関係者との情報交換を行い、入居者が安心して治療を受けられるよう関係者との関係づくりを行っている。		
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	本人の状態に変化が見られた場合は家族の要望を確認しながら主治医、看護師、ケアスタッフと相談し支援を行っている。	入居時に重度化した場合についての説明を行っている。状態に変化が見られた場合、家族、主治医、看護師、ケアスタッフで話し合い、特養や医療機関への住み替えも支援を行っている。	
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	24時間ONコール体制で入居者に変化が見られた場合は看護師の指示を仰いでいる。また、家族とは事前のケースを相談し意向を確認している。		
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	年2回の火災避難訓練を近隣関係機関、消防署との協力により行い、訓練後はディスカッションを通して、災害時の意見交換を行っている。	法人全体で地震、火災を想定し備蓄の点検、管理を定期的に行っている。グループホームでの火災避難訓練を日中、夜間、それぞれを想定して行っている。消防車が到着するまでの10分間に何をするか初期行動を確認している。	

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	
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	定期的なミーティングや勉強会を通じて、ケアの重要性を全スタッフで共有し、実施している。	定期的なミーティングは現在開催できていないがアダーズのケアコンセプトに基づき、日々ケアの振り返り、OJTを行っている。		
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している	入居者とコミュニケーションを図り、本人の思いや希望をくみ取り自己決定の支援を行っている。			
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	ケアプランを中心に本人の生活リズムを大切にし、一人一人に合った生活を支援している。			
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	化粧を希望される方への支援を行っている。整容はご本人に行ってもらうが、困難な場合はお手伝いしたり季節ごとの衣類を選んでもらっている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事作りや準備、片付けなどは入居者とスタッフと一緒にいき、食べることだけにとらわれないように取り組んでいる。また、訪問販売の利用なども取り入れ、食べたい物の選択の機会を作っている。	炊飯と味噌汁作りはグループホームで行っている。おかずはできあがった物が届き、盛り付けや配膳、片付けを一緒に行っている。月に数回、食材のみが届き、皆で調理することもある。訪問販売も来ており、食べたい物を自分で購入する機会もある。		
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	食事量や水分量は毎回記録し摂取量などは変化があった場合は引継ぎをしている。食事量が減った方は補食などを要し、少しずつでも口にしていただけるよう支援している。水分ゼリーなども利用している。			
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	3カ月に1回の歯科訪問診療と毎週の歯科衛生士の訪問があり、入居者一人一人に合った口腔ケアの提供を行っている。また、歯科衛生士とケアワーカーとの間で、情報共有や勉強会を行っている。			

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
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	一人一人の排泄パターンを把握し、その方にあった排泄ケアを行っている。状態の変化に応じて介助の方法を職員間で共有している。本人が失敗に気付かないようさりげないかわりを意識している。	時間での排泄介助は行わず、それぞれの方の排泄パターンに合わせケアを行っている。声かけにも配慮しさりげなく行い、促し、誘導している。	
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	薬のみに頼るのではなくヤクルトや乳製品を取り入れたりしている。必要に応じて医師・看護師へ相談し排便コントロールをしている。		
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	入浴日など設けず、本人の状況に合わせてお誘いしている。使用品についても、本人が使い慣れたものを使用している。また、タイミング、時間も人それぞれであるので、個別に支援している。	ご本人の希望を聞きながらスタッフの勤務状況に応じて週2回は入浴できるようにしている。夜間に入浴したい希望があれば対応している。	
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	夜間、安眠できるよう日中の過ごし方、生活のリズムに配慮している。日中、疲れがみられた時は休息する時間を設けて、その日の本人のペースに合わせたケアを行っている。		
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	処方一覧はすぐに確認できるようにしている。また、日々の様子を観察し、服薬内容も医師、看護師と相談し検討に努めている。		
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	今までの暮らしを大切に、また共同生活として、「一緒に、共に」取り組む事を大切にしている。畑作りをはじめ、ホームの皆で一つの物を作っている。もちろん個々の趣味も大切に活動している。		
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	地域の感染症状況の把握に努めて、リスク管理をするとともに感染予防対策のもと工夫をしながら外出支援を行っている。	コロナ以降イベント的な外出は減ったが正月には初詣に出かけた。散歩や買物などの日常的な外出は個別に対応している。家族との外出も臨機応変におこなっている。	感染防止に配慮しながら、引き続き外出支援を行っていくことを希望します。イベント的な外出にこだわることなく、日常的な外出が継続できると良いと思います。

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
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	家族と相談の上、個別に対応している。買い物支援では本人の支払い行為を奪わない様であることを願っている。		
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	入居者の希望時は電話や手紙のやり取りができるように支援をしている。家族からの電話は本人につなげている。		
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	生活する上で不快なく、不安にならないよう、音や光に配慮している。また、季節感を感じられるよう、生花を飾ったり、設えを変えている。スタッフ自身も足音や声のトーンにも配慮している。	スタッフ自身も環境の一部というアダーズの教えに基づき、足音や声のトーンに配慮している。施設全体が木材を使用し、明かり窓からは光が入り、穏やかで落ち着いた居住空間となっている。	
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	お好きな場所で好きなように暮らせる空間作りに努めている。随時、テーブルの配置や個数の増減をして、人間関係にも対応できるよう努めている。		
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	本人が居心地よく生活できるよう、タンスや机・飾りなどを使い慣れたものや好みのものを活かして入居者一人一人が安心して居心地よく生活できる環境を作っている。	使い慣れた家具や写真、絵などなじみのものを置き、心地よく暮らせる環境を作っている。「家に戻る」と思っており、あえて何も持ち込まない利用者もいる。ケースバイケースの対応をしている。	
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	調理や洗い物などスタッフは見守りを行い、安全で自立した生活が送れるよう働きかけを行っている。また、敷地内の庭や畑なども利用できるよう環境を整えている		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム アダーズあいな

目標達成計画

作成日: 令和 7 年 4 月 13 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	11 36	定期的にスタッフ間で話し合う機会が少なくなっており、意思疎通や情報を共有しづらい環境となってしまう。	定期的なミーティングを開催し、スタッフ間の良質なコミュニケーションの向上。また、ケアの統一を目指す。	新年度より年間を通じて、テーマを決め、1カ月に一回ミーティングを開催する。 開催日は第2木曜日に固定とする	1ヶ月
2	26	本人家族の意向を踏まえた課題分析の結果の記入ができておらず、ニーズの把握不足となっている。	本人の根本となるニーズを把握し、具体的なケアサービスプランへつなげていく。	各居室担当者がアセスメントを行う。アセスメントをもとにケアマネージャを中心に、ケアカンファレンスの場で本人の生活に対する意向(生きがいや楽しみ)を話し合い決定し、それぞれのサービス内容へ反映する。	1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。