

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 WILL GOLO
事業所名	グループホームあしび(一丁目)(二丁目)
所在地	福島県いわき市内郷内町金坂21の2
自己評価作成日	令和6年12月11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	令和7年3月5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)】

ご入居者が穏やかに生活ができ、認知症であってもできることを継続し、実施して頂けるようなケアの工夫を行っています。また、内部研修を定期的に行うことで「感染対策」「身体拘束」「虐待」等の勉強会を行うことで、スタッフのスキルアップを目指しています。また、実習生(学生)の受入れを行うことでグループホームの役割や認知症に対する理解を知って頂く機会を作っています。

【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)】

地域密着型サービスの役割を理解し、利用者が事業所のある地域でその人らしく生活できるよう、職員は利用者の出来ることに目を向け、日々の生活を穏やかに楽しんで貰えるケアを大切にしている。
利用者の思や日々の状態を、電子機器や共有通信ソフトを活用し共有することで、職員間で違いの無い利用者対応ができるよう取り組んでいる。

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、活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	就業時研修の際、必ず法人理念及び事業所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。	利用者の生活に入らせてもらっている、と考え、利用者本位のケアを基本とし利用者を支える存在になれるよう心掛けている。問題等があった際は理念に立ち返って改善できるように話し合い楽しく穏やかな生活ができるよう支援している。		
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近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	スタッフはご入居者と散歩時中、近隣の方にあつた際は積極的に挨拶をするよう心掛けている。また、運営推進会議時に自治会長様の参加依頼や地域の行事には積極的に参加するようにしている。	町内会防災マップ作りに参加し、地域の方との交流が持てている。地域の高校生の介護職初任者研修の実習を受入れ、職員が丁寧に指導していたことで利用者も学生と交流している。自治会長に回覧板を回して貰えるよう伝えている。		
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	地域との交流がない為貢献は出来ていない。徐々に地域の行事に参加させてもらい貢献できるよう努めたいと思っている。			
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、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。	運営推進会議には、自治会長・入居者家族・包括支援センタースタッフ・医療連携看護師・訪問薬剤師・他事業所スタッフに参加し意見を頂き参考または改善に活かし、次回の運営推進会議にて改善内容を報告している。	医療連携の協力をもらい、職員では困難な爪切り等を看護師の協力で行っている。看護師と連携することで、説明や協力を得て職員の資質の向上に繋がっている。地域の行事に参加できるよう、会議を通して自治会長から情報を得ようとしている。		
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に取り組んでいる	事故・災害・感染等があった際は市の担当者へ連絡し情報交換や相談を行っている。	市のホームページからコロナやインフルエンザ感染状況の情報を得て、事業所運営に活かしている。行政に望みたいことは特にないが、行政から委託され、地域の方に災害や緊急時避難時の介護移動体験指導を行っている。		
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	身体拘束適正化委員会にて、定期的にホーム内で身体拘束行われていないか会議を行い、会議内容を全スタッフに周知している。また、身体拘束の内部研修を行い、身体拘束についての理解を深めている。	事業所の基本方針を基に、身体拘束適正化委員会を中心に定期的に会議や内部研修を行っている。言葉の拘束については、委員会や内部研修等で内容の周知や話し合いを行い、職員自ら認識できるようにしている。		
7	福-1	○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に注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止検討委員会にて、定期的にホーム内で虐待が行われていないか会議を行い、会議内容を全スタッフへ周知している。また、高齢者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。	高齢者虐待検討委員会で内部研修を行っている。虐待が行われない環境作りや利用者の身体状況、些細な変化に気付けるよう、職員間での連携を重視している。もしかすると分からないうちに行っているのでは、を大切にしている。		

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
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	権利擁護に対して詳しい内容の理解は乏しい。成年後見制度について学びたいスタッフがいた際は研修等に参加できるよう協力している。		
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努めている。特に退去や契約解除に要件については、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	そのような機会は設けていないが、日常的に入居者や家族から意見や要望が言えるような環境作りや信頼関係を気づけるよう心掛けている。	内服薬忘れ等が無いよう、チェックリスト作成方法などの意見を貰い、チェックリスト作成を行ったことで服用忘れが軽減されたことを運営推進会議で報告している。会議資料に写真を入れ、分かりやすい文章にする努力をしている。	
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。	各スタッフが意見等を言えるような環境作りを行い、各リーダーと連携し不安や疑問、苦情等がないか配慮している。	食材購入を利用者・職員で行きたいと提案があり、実施したところ利用者の事業所外での姿を知ることができ、介護計画や運営に活かすことができている。職員が意見を出しやすい環境づくりと、出された意見は実施してみようと考えている。	
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	不十分な点は多いが、定期的に業務の見直し等を行いスタッフの負担軽減に努めている。また、希望休が必ず取れるシフト作りや有休も極力取れるよう努めている。		
13	福-2	○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	内部研修を定期的に行い、スキルアップや個々に不足している所を学んでもらえるよう実施している。研修ごとにチーム作りを行い資料作りから講師まで各チームで実施し学ぶ機会を作っている。	感染・虐待・身体拘束・認知症対応等の内部研修を行い、職員の能力に応じて質の向上に向け工夫している。研修後、報告書や研修感想を記入して貰い、携帯電話等を利用し、内容を職員間で共有・周知し成果を上げている。	
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	交流の機会がある場合は極力参加できるよう、参加者を確認し調整している。		

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	
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	スタッフはご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築くことで意見や困りごとを話せる環境作りに努めている。また、家族からの意見や要望があった際は、チームへ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、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人や家族が希望し必要としているサービスは極力対応している。入居にあたり利用できないサービス等の場合は本人・家族に説明し納得してもらうよう努めている。		
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	スタッフはそうように考えケアを提供していると考えている。		
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	居室担当を設け、本人と家族の架け橋になれるよう毎月担当入居者の家族へ健康状態やホームでの生活についてLINEを用いて報告し良好な関係づくりに心掛けています。		
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	家族の面会を自由にする事で家族との関係性は築けているが、認知症の進行状況により親族や知人の面会があっても分からないことが多くある。本人の負担にならない範囲で家族や親族・知人との関係性を保てるよう努めている。	利用者の自宅付近をドライブしたいと希望があり、職員と一緒に出かけている。家族以外の関係性の継続は、家族の協力で実施している。本人から家族へ連絡希望があった時はいつでも連絡できるようにしている。	
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	入居者同士の関係性を見極め自席の配置を考えるなど環境作りを行っている。また、認知症の進行により入居者同士の関りが困難な方などはスタッフが介入し孤独にならないよう配慮している。		

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
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	契約解除後も書類郵送などはしっかり行っており、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を心がけている。	入居者からの希望や意向を聞き出すことは困難であるが、日常の散歩や入浴等マンツーマンになることで聞き取りがしやすくなる為、このような機会を多くするよう努める。困難な場合は各リーダーを中心に話し合いを行いスタッフ間で共有しケア記録に残し全スタッフへ周知出来るよう努めている。	帰宅希望や金銭的不安の訴えが多く、不安を軽減できるよう時間をかけて傾聴している。帰宅希望がある場合は家族の協力を得ている。把握した思いは、ケア記録や連絡ノートを使用し、職員が同じ対応が出来るようにしている。	
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	家族にも協力してもらい、可能な限り入居者の馴染みの生活に近い環境で生活できるよう努めている。		
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	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	居室担当を中心に、本人がよりよく生活できるため、出来る限り状況に即したケアプラン作成に努力している。	本人の出来る所に目を向けて計画を作成するようにしている。職員は、その人の出来るところを把握できるよう見守りを大切にしている。現場で実践的な臨機応変な対応ができるよう、職員の意見を活かし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	ケア記録は各入居者の様子を細かく記入している。特に入居者が発した言葉は必ず記入している。発した言葉の中には多くの情報が入っており、次のケアプラン作成に役立つ為である。また、重要性や統一事項があった場合は連絡ノートを活用し確認印を押すことで周知確認を行っている。		
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	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む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辿り着いていないが、入居者の生活環境の為に地域資源のは把握に努めたい。		
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	訪問診療医師にて、入居者や家族の希望を考慮しながら主治医と連携し対応している。状況に応じて主治医から家族に直接説明をするなど関係性も良い。また、状態により専門医への受診も行っている。	定期受診は家族対応であることを伝えているが、家族の負担軽減や緊急や急変、重度化した場合を説明し、訪問診療に切り替えて貰っている。家族受診時は受診内容を確認し、職員対応の受診は家族に報告し結果を共有している。	
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	週に1度医療連携看護師の訪問がある。訪問時に、詳しく入居者の報告を行っている。入居者の状態により看護師より主治医へ状態報告をすることで適切な支援を受けることが出来ている。		
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書で行えるよう心掛けている。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	入居契約の時に重症化・終末期にホーム内で出来る事と出来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。	重度化や終末期には、面会の機会を増やし、随時状態を家族へ報告している。医師や看護師とは、細かく状態の報告を行い連携している。職員は、看取りの勉強会を行い、本人・家族の思いに沿ったケアを行えるようにしている。	
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	応急手当の実践は行っていないが、訪問診療医師や医療連携看護師との連携を密にしている為、連絡し指示をもらい対応している。		
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	避難訓練を通し避難ルートや避難方法を学んでいる。参加スタッフにて実践した内容に対し感想や改善点を話し次回の避難訓練に活かす。また、話あった内容を参加できなかったスタッフへ掲示し周知している。	訓練には、職員が年に一度以上参加できるよう勤務の調整を行っている。乾燥機火災を想定した訓練を行い、一人ひとりの利用者の状態を踏まえて、災害時の具体的な避難策を昼夜通して検討している。今年度中に消防署参加の訓練を予定している。	

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	入職時より兼ねてケア時を含め敬語にて対応するようスタッフへ伝えている。入居者との会話は基本敬語で対応を徹底している。	言葉遣いに気をつけ、尊厳やプライバシーの保護が保たれるようにしている。言葉遣いが乱れることで、ケアや接遇が雑になると考え、対応時の姿勢や目線にも気をつけるよう伝えている。利用者の自己決定を大切にしている。	
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	認知症の対応に応じて、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、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に心掛けている。入居者の訴えやコミュニケーションを取ることで入居者がどのように過ごし望んでいるのかを聞き取れるよう工夫している。		
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	訪問理容時、本人の好みの長さやカットをメインに対応している。訪問理容スタッフにも女性らしさや男性らしさを考量してもらい働きかけている。衣類に関しても、認知機能が維持している方には好みの服を選べる工夫を行っている。		
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、入居者より希望を聞き入居者スタッフにて手作りメニューにするなど	誕生会や行事の時は利用者から希望のメニューを聞き、職員手作りを提供している。ひとり一人その人のペースで食事をしてもらえるよう終了時間は設けていない。職員も利用者と同じものを一緒に味わいながら食べている。	
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力、習慣に応じた支援をしている	食事量の確認や入居者に合った食事形態にも気をつけ対応している。食事量が低下してきた場合は主治医へ相談し栄養ドリンク等を処方してもらい対応している。また、家族協力にて本人の好きな食べ物を持参してもらうなど工夫している。		
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	毎食口腔ケアをスタッフ付き添いや介助にて実施している。可能な限り自力にて実施してもらえる環境や工夫をしている。口腔内の状況により訪問歯科へ依頼し悪化しないよう注意している。		

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
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	個々の排せつパターンや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せつが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、声かけに工夫にも注意し対応している。	事業所としての排泄目標は定めず、利用者の状況に応じた排泄スタイルにしている。本人の自尊心を傷つけないよう声かけし、利用者の状態を把握し、日中と夜間で使用するオムツの種類を検討しながら自立に向けて対応している。	
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	食事や体操、排便時の肛門マッサージ等は積極的に実施している。実施したが効果がない入居者に対しては、主治医へ相談し下剤対応をしている。下剤も入居者にあつた分量を観察しながら主治医へ報告している。		
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	集団生活の為、希望する曜日の入浴は難しいが、入浴時間の声掛けの際、入浴を拒まれた場合は無理強いせず、曜日や時間を変え対応している。また、ゆっくり入浴してもらえるよう入浴時間の確保はしている。	入浴を嫌がる方がいた時は、時間を決めず本人へ声かけし、入浴してくれるタイミングで入浴を行う工夫をしていた。入浴は一対一対応での実施を基本にし、同性・異性の対応を考慮したり、利用者と職員との関係性など配慮している。	
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	各自の生活習慣が異なる為時間を決めて午睡等は行わない。就寝に関しても入居者希望の就寝時間に合わせるなど工夫をし安眠に繋がるよう心掛けている。		
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	薬の目的は理解し対応している。主治医や薬剤師の下、薬に対し不明なことがあつた際は確認しながら実施している。薬剤師説明(副作用や注意点)については、ケア記録に記入しスタッフ間に周知させている。		
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	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。また、入居者とコミュニケーションをとり本人が望んでいることを取り入れるようにしている。		
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	毎日散歩を実施し、季節感を味わってもらよう工夫している。また、入浴日の工夫することでドライブを企画するなど努力している。認知症により希望とする場所の理解が出来ない場合がある。また、希望の場所に行くが環境が変わってしまい混乱してしまうことがある為、配慮しながら対応している。	ストレスの発散、五感を刺激する機会としての外出を大切にし、毎日職員と散歩し、気分転換や日光浴をしている。その人の状態や生活習慣、持っている力、希望など、季節やその地域の状況に応じて外出できるようにしている。	

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
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	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	入居者からの電話の希望があった際は家族に連絡する環境を作っている。本人が電話希望する場合、家族に連絡させてもらうよう事前に了承を得ている。		
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	落ち着いて雰囲気を出せるよう整理整頓を心掛け、入居者が聞き取れるテレビの音量設定するなど工夫している。創作物にて季節感の演出も行っている。	日常、共有空間で過ごされる方が多く、一人ひとりに好みの場所があり、好みの場所が利用者同士重ならないよう注意している。利用者が自ら好みの場所に安全に移動できるよう、通路等に必要以外のものを置かず、整理整頓に心掛けている。	
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	ホールや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。また、ホーム座布団やブランケット等を用意し、自由に使用してもらえ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。	家族と相談し馴染みのある物や好きな物、写真を持参してもらい居心地のいい環境を作っている。また、家族面会の際は、居室にて本人と家族だけの空間を作り一緒に食事や持参した食品を食べてもらうなど自宅に近い環境作りに努めている。	その人の身体状況やこれまでの生活から、ベッドなど家具の配置を検討している。清掃は職員が行い、衣替えは家族に行って貰い、衣類の劣化状態の確認や面会の機会を作るようにしている。避難時、表札に利用者の状態が分かるようにしている。	
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	自立した生活が維持できるよう、過剰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掛けている。		

目標達成計画

事業所名: グループホームあしび

作成日: 令和7年3月14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	13	職員の介護技術やコミュニケーション力、認知症に対する理解力に差がある。	職員の介護技術やケアの向上	内部研修を通し認知症について学び、経験豊かな職員にて介護技術の指導を行う。	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。