



【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1196400095		
法人名	ALSOK介護株式会社		
事業所名	グループホームみんなの家・吉川		
所在地	埼玉県吉川市栄町1501番地		
自己評価作成日	令和5年10月2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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	令和5年11月11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)】

ご本人のペースを尊重しながら日常の中で、楽しみや役割を見出して頂ける様に、ご本人様にあったレクリエーションや家事仕事への参加の声かけをしている。畑や花の水やり等、少しの時間でも外に出る機会を作り気分転換を図れるようにしている。各ユニット毎に行うおやつ作りは毎回好評で、とても喜んで頂いている。
また、月毎にフロアの飾りを考えご利用者様と一緒に作り季節の移り変わりを感じて頂いている。体力維持のため毎日の体操は欠かさず行っている。
地域の皆様にご協力頂き、お祭りの参加やオレンジカフェを再開する事ができている。

【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)】

JR武蔵野線「吉川駅」北口よりバスを利用し、バス停より徒歩2分のところにある鉄筋2階建てのグループホームである。コロナが5類となり、面会やボランティア受け入れ、イベントの開催等の地域交流が図られてきている。現在地に移転して1年が過ぎ、自治会を通じて近隣の協力を得られるようになった。ホームでのオレンジカフェ開催や、自治会の夏祭りや災害訓練への参加などにより、良い関係を築くことができている。職員間の関係もよく、利用者にチームワークで良い支援提供ができている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
57	利用者職員が、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)
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)
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)
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
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
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	ホームの理念をフロアの見やすい場所に掲示し、各会議等により方針、目標の内容を話し合い、具体化し実施している。	昨年より理念の掲示場所を増やし、「何かいいことあったかなと思える介護」という理念に基づき、職員は利用者を観察しながら会話することで情報を収集し、支援内容の検討を行い、利用者が楽しんで生活を送れるようにしている。	
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人として日常的に交流している	2023年5月より地域運営推進会議・家族会を開催できたことにより、自治会を通し近隣の方々と交流ができており、お祭り際にはホームの前まで御神輿を担いで下さったり、自治会の災害訓練への参加の声もかけて頂いている。	運営推進会議、家族会が再開できた。オレンジカフェも12月に開催予定。介護相談員のボランティアを受け入れ、小学生の歌う昭和歌唱では感激して涙する利用者もいた。市役所主催の介護連絡会にも毎月参加している。	
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	「見守り声掛け実践講座」等を通し、認知症の理解や支援の方法を、地域の人々に働きかけている。		
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	運営推進会議には多くの方に参加して頂いておりヒヤリハット、事故報告、行事、普段の生活を伝えた上で意見や要望を聞いている。	運営推進会議は5月から再開され、7月、9月、11月と定期的に行われた。行政、地域包括支援センター、民生委員、自治会長、キャラバンメイト、家族と多くの方の参加で開催されている。お知らせや事故報告等が細かく出来ていると好評である。自治会行事のお誘いもある。	
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	介護相談員連絡会に参加しホームの様子を写真と共に伝えている。10月より介護相談員の来訪も再開する。	市が行っている介護相談員連絡会に参加している。「声掛け見守り実践講座」が市民向けにあり、地域包括支援センターと一緒に今年は寸劇のお手伝いとして参加した。行政とはわからないことを聞くなど、連絡のやり取りを行っている。	
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	身体拘束適正化検討委員会を年4回、研修を年2回開催し、多くの職員が委員会に出席できるようにして、身体拘束廃止に関する意識づけの向上を図っている。	身体拘束は行ってない。委員会や研修は定期的に行っている為、職員の知識は向上している。参加できない人もパソコンから確認できるようになっている。ただ参加するだけでなく、毎回、小テストやまとめを提出してもらっている。	
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	虐待防止委員会を年3回、研修を年2回行い、内容の理解と防止に努めている。		

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	本社の人財開発課より、研修の案内があり、全員に回覧している。受講希望者には、シフトの調整等で支援をしている。		
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	契約時、解約時には、十分な説明を行い、理解・納得を図っている。		
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	ご家族様の意見は、申し送りノートに書いて、職員間で共有し、ホーム運営に反映されている。	家族からは運営推進会議の時や、面会時に意見を聞いている。遠方等でホームに来られない家族には電話で意見を聞くようにしている。利用者の意見は日常の会話の中で確認している。	
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	人事考課制度では、2回/年、個別面談を行うことになっており、意見や要望の把握に取り組んでいる。職員会議等からも収集に努め、事業所運営に反映させている。	職員の意見は定期的に聞く機会を設けているが、意見が出るのを待つのではなく、職員会議でホーム長から問いかけて話しやすくしている。その都度、職員から話を聞くことができています。	
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	職員個々の実績、努力を把握し、各自が向上心を持って働ける様、職場環境の整備に努めている。		
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	それぞれに応じた研修を受ける機会を確保しており、研修結果は、職員会議で報告し、参考資料等は全職員が閲覧出来る様にしている。		
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	吉川市主催の見守り声掛け実践講座実行委員会、介護相談員連絡会に参加し、自治会や包括支援センター、同業者と交流を図り、意見や取り組みをケアに生かしサービス向上に努めている。		

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	ご利用者様とのコミュニケーションを図り、傾聴する事を心がけている。		
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	実態調査時等、ご家族様が困っている事、不安な事、要望などを聞き、最初の介護計画を作成している。		
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	ご家族様、ご利用者様が必要としているサービスができる様に、又、その人が生活しやすい様な介護計画を作成している。		
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	ご利用者様を人生の先輩として尊敬し、多くの事を学ばせて頂いている。ご利用者様との会話も多く持つよう心がけている。		
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	ご利用者様の変化については、特変記録を作成して、ご家族様に報告し、情報を共有している。		
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	コロナウイルス感染症が5類になり家族との外出、友人との面会ができるようになった。ご友人からの電話を取次ぎ関係を保つようにしている。	コロナ禍で中止となっていた面会や外出が再開され、散歩や買い物、外泊等に出かけられることになった。友人の方は家族に確認、了承を得て面会を行っている。	
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	「気の合う同士は近く、合わない人は離す」等、席の配置を考慮し、孤立しがちなご利用者様には、職員が間に入り、関わり合える様にしている。		

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
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	現在、要望がないので行っていないが、情報提供できる体制にしている。		
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	ご利用者様の生活歴や性格、ご家族様との関係、日常生活動作等を収集し、理解に努めている。介護計画立案時には、ご本人様の思いを聴いている。困難な場合は、「ご本人様にとって」を念頭に、思いを汲み取る様に努めている。	入居前に意向の確認をしている。計画書の見直し時などに定期的に確認を行っている。確認困難な利用者は、職員が日々支援をする中で情報を職員間で共有しながら思いを検討している。	
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	実態調査資料やご本人様・ご家族様からお聴きする等、把握に努めている。		
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	その日その日の気付きについては、申し送りに書き、伝達している。また、職員会議やフロア会議で話し合い、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	ご利用者様・ご家族様とモニタリングを行い、改善点など課題を相談し、一人ひとりにあった介護計画を作成している。	介護計画書の期間は1年間とし、6カ月後にモニタリングを行っている。家族からもモニタリングの確認をしている。6カ月後、家族、本人に意向を確認し、ケアカンファレンスを開き、計画書を見直している。期間に満たなくても、心身の大きな変化があった時は見直している。	
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	生活記録をこまめに記入し、気づいた事や変化が見られた時は、記録に残し情報を共有している。		
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	嚥下機能が低下されたご利用者様へのミキサー食の提供。現在は対象者がいないが、医療連携看護師との話し合いによる褥瘡治療のための大豆たんぱくサプリの摂取による改善、褥瘡防止のための助言や指導を受け対応している。		

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	地域の方の協力を得てオレンジカフェを開催し、お客様を招くための準備を利用者主体で行っている。		
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	訪問診療医、家族のかかりつけ医と協力しながら、適切な医療を受けている。	基本はホームの訪問診療を月2回受けることになっている。入居前のかかりつけ医の継続受診を希望される場合は、家族対応で可能となっている。診療情報提供書等で、かかりつけ病院と訪問診療の主治医とで情報共有が行われている。	
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	看護師(医療連携体制加算看護師)が週1度訪問した際、情報や気づきを伝達している。又、日頃の健康管理や医療面での相談・助言・対応を受けている。		
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、ご本人様への支援に関する情報を医療機関に提供している。又、ご家族様とも電話等で情報を共有し、快復時、速やかな退院がなされる様に支援している。		
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	認知症の進行に伴い咀嚼機能が低下しているご利用者様に、ご家族様が延命処置を希望されない場合、医師とご家族様の話し合いの場をもうける。その結果、ホームでの看取りを希望されている方には、対応をしている。	看取りの対応を行っている。主治医や訪問看護師、家族、職員のチームワークで可能な場合は対応しているが、呼吸困難や痛みのコントロールができない等、場合によっては病院対応となることもある。変化がある場合は話し合いを持ちながら行っている。	
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	緊急時対策マニュアルが掲示されており、それに従った対応を行っている。		
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	年2回の避難訓練の実施、災害対策を行っている。なお、2回の内の1回は、夜間を想定した避難訓練を行っている。又、洪水時避難対策として、状況を想定し垂直避難を行っている。	定期的な避難訓練が行えている。自治会の災害訓練にも参加予定で、災害時の備蓄品の消費期限は確認済み。地域柄水害に注意が必要で、大雨の時に下水が使用できず、トイレ使用ができなかったため、簡易トイレの準備をした。地域の方より何かあったら言ってくださいと言葉を掛けられている。	

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	常に人生の先輩として、一人ひとりの人格を尊重し、敬語での声掛けをしている。他の方には個人情報は口外しないようにしている。	入浴や排泄時の声掛けには配慮をしており、職員の言葉が乱暴だったり、なれなれしくなりすぎないように注意している。個人情報とはどういうものかについて研修があり、全職員が理解できるようにしている。	
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	ご本人様の意見、希望を尊重し、実現出来る様に、声掛けをしている。状況や様子見をし、ご本人様のご希望をよく聞き、お話しをしている。		
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	居室でゆっくりしたい方、人がいる所で過ごしたい方、職員の近くに居たい方、その方のニーズに合わせた対応をしている。		
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	希望者には美容師によるカットを、2ヶ月に一度ホームにて実施している。		
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	あたたかいものはあたたかく、冷たいものは冷たくし、盛り付けも工夫し提供している。食器拭きなど後片付けを行って頂いている。	食事の形態は、咀嚼状況等に合わせ、刻み、ミキサー食を提供している。楽しみの一つである家庭菜園で取れた野菜の提供や、おやつ作りは好評である。特にサツマイモのイモご飯や、手づくりおはぎが好評であった。	
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	食事は栄養士が管理し、水分や食事の摂取量はその人に合わせた量を声掛け、または介助にて行っている。		
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	口腔ケアは、毎食後行い、出来ない方は介助している。月2回歯科医が訪問、週1回歯科衛生士が訪問し、口腔内の状態を確認している。		

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
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	状況に応じて、声掛け、トイレ誘導等の介助を行っている。	利用者にあった声掛け誘導が行われている。定期的な時間の誘導やパットなどの確認を行っている。できるかぎりトイレでの排泄を行っているが、夜間帯のみ、起きてこない利用者の方におむつでの対応をしている。	
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	水分補給を小まめに行い、散歩や運動への参加の働きかけをしている。排便コントロールは、医師及び医療連携看護師に相談し、指示を受けている。		
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	入浴時間や入浴のしかたは、ご本人様の意見を尊重して対応している。	入浴は本人に確認してから行うが、拒否があるときは体調不良や発熱がなければ、人を変えたり時間をずらして入浴してもらっている。季節の柚子湯、菖蒲湯で楽しんでもらっている。	
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	常にご利用者様の様子を観察し、その時の状態に合わせて対応している。		
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	主治医の指示のもと、服用して頂いている。症状の変化を確認する様になっている。		
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	食器拭きや洗濯物たたみ等の家事をして頂いている。		
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	気温や気候を考慮し外気浴や散歩にお連れしている。外出に関しては家族の希望で行っている。	無理なくホーム周辺や家庭菜園で外気浴をしている。コロナで外出が思うようにできていなかったが、5月以降、制限していた外出が可能となり、家族との外出やドライブ、散歩、公園などに出掛けることができています。	

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	現在契約の際、現金のお預かりはお断りしている。紛失防止、他ご利用者様とのトラブル防止の為に、ご本人様もお持ちにならないようお願いしている。		
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	電話は希望に応じ、使用出来る様に対応している。手紙が届いた時は直ぐにご本人様にお渡し、ご家族様にもお伝えしている。		
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	フロアの椅子やテーブルは生活感のある物を使用し、自由にくつろげる様になっている。また、テレビ、カセットデッキは不快にならない様に音量に配慮している。職員も大声での声掛けをしない様にしている。	毎月、季節に合った壁紙を制作し、飾っている。フロアには折り紙で作られた可愛いミニムシが作成され、掲示されていた。フロアには窓があり、明るく、テレビはリモートのイベントにも使われている。	
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	席は決まっているが、余暇の時間は自由に席を移動できるよう、配慮している。		
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	使い慣れた家具や好みの物の持ち込みを可能な限り受け入れ、今までの生活と違和感無く安心して過ごして頂ける様にしている。また、フロアの壁には、職員と一緒に作られた季節の飾り物を装飾している。	備え付けのベッドなどの他は、自由に使い慣れたものを持ち込むことができる。多くの利用者が椅子や写真、あまり大きくない小物や自分で作った手芸作品を持ち込み、その人らしい居室となっている。	
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」「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	1人ひとりの残存機能を生かし、目的ある暮らしが出来る様、バリアフリー、手すりの設置等、安全面に配慮したものにしている。		

目標達成計画

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	29	どういうホームかということは地域に周知されてきているものの、オレンジカフェを開催するも集客できず個々の力がどの程度あるか何ができるかを地域の方々に伝えきれていない。	地域の方々が気軽に訪問できるような環境作り	地域運営推進会議にて自治会、地域包括支援センターの協力を得る。地域の活動に参加しホームの事をより知って頂く機会を作る。	6ヶ月
2	35	災害訓練を行っているが地震が起き建物に損傷が出た時、利用者を避難所に連れて行くことが難しい。	災害の際、近隣の老人福祉施設と協力体制がとれる関係作り。	市主催の集まりで顔を合わせる機会があるので話す機会を作る。それに対する市の助言を頂く。	6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。