

### 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	1196501223		
法人名	ヒューマンライフケア株式会社		
事業所名	ヒューマンライフケア株式会社武蔵浦和グループホーム		
所在地	埼玉県さいたま市南区根岸5-2-15		
自己評価作成日	令和6年3月10日	評価結果市町村受理日	令和6年4月2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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a>
----------	---

【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6年3月20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)】

不適切ケアゼロ・高齢者虐待防止への取り組みを継続して行っている。「利用者様のそれぞれの時間を大切に」という標語を掲げ、認知症の方への理解や自立生活の支援を行っている。

【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・埼京線「武蔵浦和駅」東口より徒歩13分の所に位置し、2021年4月に開設され、周囲は畑や住宅に囲まれた静かな環境にある2階建て2ユニットのグループホームである。小規模多機能型居宅介護も併設されている。不適切ケアゼロ、高齢者虐待防止への取り組みを継続している。「利用者様のそれぞれの時間を大切に」という標語を掲げ、認知症の方への理解や自立支援を実施している。ホームではオレンジカフェを開催し、これから地域の方も参加を呼びかける方向で話し合いが行われている。

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 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、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「あなたに もう一つの家族を 武蔵浦和で」開所時に職員皆で考えた標語を、玄関入り口に掲示しています。	理念を事務所に掲示し、職員と共に考え取り組むことで、入居者に合わせたケアが実践されている。	
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	オレンジカフェ開催。地域の中の取り組みが少しずつ行えるようになってきた。	自治会にはまだ入会していないが、今後の入会を目指している。オレンジカフェの開始により、今後は地域の人々に参加を呼びかける予定である。	自治会に入会することで、地域との繋がりをより深めることが期待され、その結果、入居者との交流が増えることが望まれる。
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	認知症への理解が得られるよう、相談や見学時には丁寧な説明を行っています。		
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	令和5年度は書面を含め5回開催。コロナ5類移行後は、おおむね2か月に1回開催。	コロナ5類移行後は2か月に1回、オレンジカフェを開催しており、参加者には地域包括支援センターの担当者、協力医療機関の医師や薬剤師、自治会長、民生委員や家族、区の担当者、オーナーなどがいる。そこでの意見はサービス向上に活用されている。	
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	事故報告書の提出、運営推進会議の議事録の提出。その他必要に応じて意見をいただいている。	管理者は事故報告書の提出、事業所の実情、空床報告などを連絡している。また、区の担当者からはメールでの知らせがあり、協力関係を築くように努めている。	
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「介護保険法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	現在対象者はいないが、研修や勉強会を通して、職員の理解を深めることに注力している。	3か月ごとの身体拘束廃止委員会を開催しており、身体拘束の研修を行い、職員はそれを理解し、拘束しないケアに取り組んでいる。ユニットのドアと玄関の施錠は安全のために行っている。	
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	自社内研修、また勉強会の機会を随時設けて、虐待防止、不適切ケアゼロへの取り組みを続けています。		

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
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	自社研修を通して、権利擁護について学ぶ機会を持ち、職員の意識を高めています。		
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	契約時には、理解しやすい言葉を選んで、丁寧に説明、同意をいただくよう心掛けています。		
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	家族様の面会時や電話連絡の際に、いただいた意見や要望があれば、参考にさせていただいております。	家族の面会時や電話連絡時には、管理者とケアマネジャーが対応している。意見や要望があれば、それを参考にしている。	
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	月1回全体会議を開催。職員の意見を集約して、良質なケアの提供ができるよう努めています。また、随時個別に面談を実施しています。	月1回の全体会議を月末に開催し、職員から出された意見は全員で検討し、運営に反映させている。個人面談は半期ごとに設定した目標を振り返り、話を聞いている。	
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	社内資格制度が充実しており、職員のモチベーションアップにつながるシステムが構築できています。		
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	社内資格の取得や拠点内研修の実施を通して、介護職として必要な知識や技術の習得を目指しています。		
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	他事業所の成功事例の共有やオンラインでの研修参加を積極的におこなっています。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	初期のアセスメント時に、ご本人様の思いを丁寧に聞き取るよう心掛けています。		
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	ケアマネージャーや管理者は、家族様の困り事や要望にしっかり耳を傾けて、思いを丁寧に聞き取るよう心掛けています。		
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	アセスメントからご本人様やご家族様の思いに沿うような形で、必要に応じて自治体のサービスの利用や地域との繋がりを考えて、相談などに応じています。		
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	職員都合の介護にならないよう、また個室と共同スペースをうまく使い分けていただくことで、一緒に生活できる場の提供に努めています。		
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	ケアマネージャーや管理者、介護スタッフは、電話対応や面会時にご本人様の生活の様子を丁寧に伝える事を心掛けています。逆に、ご家族様のご協力もあり、非常に助かっています。		
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	コロナ禍でも利用者様と家族様の面会を許可。両者ともに大変喜ばれていた。現在も外出、外泊許可をして、積極的に外に触れる機会を作っています。	面会はコロナ禍より許可をしており、家族や友人知人の面会もある。外出や外泊をする方もおり、積極的に外出の機会を作り、支援に努めている。	
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	お一人の時間、皆さんで過ごす時間のバランスをうまくとって、寂しい気持ちや不安感に寄り添った声掛けや援助、また楽しみをもってもらえる様な企画を職員間で工夫しながらサービスを提供しています。		

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
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	多くは電話連絡のものになってしまいますが、誠心誠意対応させていただいています。		
<b>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</b>					
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	サービス開始前に、ご本人様、家族様、協力機関などから、これまでの生活のご様子や身体状況等の情報をいただいています。	一人ひとりの思いや意向の把握のため、サービス開始前に本人や家族、協力機関から、これまでの生活や身体状況についての情報を得て、支援に努めている。	
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	ご家族様や関係機関と連携をとりながら、これまでの生活のご様子や背景をしっかりと聞き取り、ケアに活かしています。また、職員間で情報共有できるファイルを作り、保管しています。		
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	サービス提供記録簿には、日々の生活の様子を記録しています。また水分摂取表や排泄表を用意し、健康状態のチェックを行っています。		
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	利用者様の日々の変化に応じた支援ができるよう、ケアマネージャーを中心に、必要に応じてカンファレンスを開いています。スタッフの意見や医師の助言、家族様の要望を汲み取り、その方にあった支援計画の作成、実践を行っています。	1年ごとのプランの更新を行い、ケアマネージャーはサービス会議で職員の意見や提案を反映し、本人や家族の意向を反映した介護計画を作成している。	
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	サービス提供記録簿には、課題や問題点だけでなく、その方の良かった点やできたことを記録に残すことで、その方らしさを見出してケアへ活かしていく取り組みを行っています。		
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	日々の暮らしの中で生まれるニーズや対応については、都度スタッフで話し合い、要望に沿う支援ができるよう心掛けています。		

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
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	一人ひとりがもっている能力を把握し、ご本人様が日々の生活の中で安心して生活を送れるよう支援を行っています。		
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	往診医としっかりと連携が取れています。場合によってはかかりつけ医への受診も可能な体制が取れています。	受診は本人や家族の希望を重視し、適切な医療を受けられるよう支援している。協力医療機関の往診は月2回あり、薬剤師も同行している。歯科の往診は毎週行われている。	
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	往診医月2回、訪問看護週1回、24時間体制で利用者様の健康をサポート。往診時には介護職が日々の生活の様子を伝えている。		
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。	後方支援病院として秋葉病院と協定を結んでおり、また往診医との連携を密にはかり、急な受診や救急搬送をスムーズに行える体制を整えています。		
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	契約時に重度化や終末期に向けた指針の説を行い、ご本人様、ご家族様の現時点での意向を確認しています。看取り期に移行される場合も、医師に同席をしていただき、今一度意思の確認をします。スタッフは、カンファを重ね、その方らしく終末期を迎えられるよう取り組んでいます。	契約時に「重度化対応及び看取りケアに関する指針」を説明し、意向を確認している。重度化した場合は、医師からの説明を受け、意向を確認し、同意を得て、チームでターミナルまでの支援を行っている。	
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	緊急時の対応マニュアルやフローを用意し、スタッフが慌てることなく、スムーズに対応できるようにしています。また、24時間対応可能な往診医、訪問看護事業所と連携をとれる体制をとっています。		
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回の通報訓練・避難訓練・消化訓練の実施。計画を消防署に報告、提出しています。	年2回の防災訓練を8月と2月に実施しており、通報訓練や避難誘導、消火器の使用方法を職員は習得している。夜間想定訓練は行っていない。自然災害に備えて、BCP(事業継続計画)を当施設用に作成する予定である。備蓄は2階に設置している。	夜間想定訓練を実施し、昼夜を問わず入居者が避難できる方法を全職員が習得することが求められている。また、地域との協力体制の構築が期待される。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員には、研修やOJTを通して、接遇面の意識を高めてもらっています。	職員は研修やOJTを通じて接遇面の意識を高め、利用者の個性を尊重し、対応している。	
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	職員都合や流れ作業にならないよう、利用者様のペースに合わせたケアや声掛けを心掛けています。		
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	職員都合の業務にならないようにしています。一斉介助は排除。その方に合った適切なケアを考えていきます。		
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	ご自分で洋服を選べる方にはご自分で用意してもらっています。難しい方にも、その方に合ったものを着ていただいています。お着替えも適宜行っています。		
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	温かいお食事を温かいままおいしく召し上がっていただけるように工夫しています。食器洗いや拭き上げ、机拭きなどを手伝っていただいています。	食事の面では、行事に合わせた食材が届けられ、買い物に出かけ、食材を加えて提供している。時には利用者と共におやつを作り、食事を楽しみに感じてもらうよう努めている。食器洗いやテーブルの拭き掃除が可能な利用者は手伝ってもらっている。	
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	お好みの飲料があればお出しています。1日に必要な水分量の確保に努めています。		
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	週1回訪問歯科さんの診療。口腔マネジメント計画書に基づいた口腔ケアの支援を行っています。		

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
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	トイレでの自然な形での排泄を促しています。トイレの場所がわからなくなる、やり方がわからなくなる方に対しても、丁寧な声かけや促しで気持ちよく排泄が済ませられるよう配慮しています。	排泄ケアについては、パターンを把握しトイレ誘導を行っている。オムツを使用する利用者も昼間はリハビリパンツを使用し、声かけをしてトイレでの排泄ができるよう支援し、排泄の自立を目指している。	
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	適度な運動を水分摂取で便秘の予防に努めています。お薬に頼らないような排泄への支援を継続して行っています。		
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	入浴は週2回。楽しみにしている利用者様もいますので、一人ひとりにあった入浴の時間を提供。	月曜日から日曜日まで毎日、お風呂を沸かし、1対1の介助でゆったりと入浴してもらっている。拒否反応がある利用者には、日を変えたりして、一人ひとりに合った入浴の時間を提供している。	
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	消灯時間は特に設けず、本人様の就寝するタイミングに合わせています。		
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	高齢者の方がよく飲まれるお薬については職員間で共有、理解をしています。より専門的なお薬に関しては医師や看護師からアドバイスをいただいております。		
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	生活の中で、お掃除や片付けなど、できることや得意なことを職員と一緒にしています。また月1回はイベントを開催、日常と非日常の使い分けで飽きの来ないように努めています。		
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	施設周辺の散歩や外気浴、また近隣のスーパーへの買い物など、外出の機会を増やしています。	近隣への散歩やスーパーでの買い物に出かけ、外出の機会を増やしている。	

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	利用者様本人では金銭管理は難しくなってきた。また、金銭トラブルを避けるため、お預かり金等の管理はしていない。		
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	個別での対応になっている。お便りをいただいているご家族様がいらっしゃいます。		
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	共有部分については、ソファを置いたり、クラシック音楽を流したり、大人の方がゆっくりに寛げる環境づくりに配慮しています。また、利用者様に作成していただいた壁紙や飾りなどを掲示しています。	フロアにはテーブルや椅子、テレビ、DVD、CD、新聞などがあり、壁には利用者と共に作成した季節の作品を飾っており、居心地の良い空間を提供している。クラシック音楽や好みの曲を流して、リラックスできる環境を整えている。温度、照明、空間の広さも十分に確保している。	
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	共同スペースと個室をうまくメリハリをつけて、使い分けてもらっています。お部屋にこもりきりにならないように、また利用者様と一緒に活動的に過ごしてもらえるような環境を整えています。		
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	使い慣れた家具やお布団を持ち込んでもらっています。自分のお部屋として、寛げる環境を整えています。	入居時に快適に過ごせるよう、使い慣れた物品(家具や寝具、テレビ、リクライニング椅子、写真など)を持ち込んでいただいている。「自分らしい部屋にしてください」と伝え、希望を伺っている。清掃は週1~2回行われ、自らは行える方には担当していただいている。	
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	リビングやトイレなど生活動線には手すりが設置されていて、歩行が不安定な方に、つかまって歩けるように設計されています。鏡や掲示物なども利用者様の目線の高さに合わせるなどの配慮をしています。		

## 目標達成計画

作成日: 令和 6年 3月 28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	2	地域とのつながり、交流の機会を増やすこと	自治会への加入、地域行事への積極的な参加、交流	自治会への加入、地域行事への参加、日常的に外出の機会を増やす取り組み	6ヶ月
2	35	夜間想定避難訓練、災害への備え	BPC作成、精度をあげていく、職員への意識づけ	拠点内研修の実施、情報の共有、連携機関との協力体制への構築	6ヶ月
3	38	グループホームの特性、地域性を生かしたケアの継続的実践	職員都合のケアにならないようにする、個別ケアの実践	内部、外部問わず、認知症ケア研修への参加、理解を深める	6ヶ月
4	30	医療的知識、技術の習得	利用者様の健康管理面でもしっかりとサポートできるようになる	かかりつけ医師、訪問看護からのアドバイス、指導をいただく、自主的な勉強会の実施など	6ヶ月
5	7	不適切ケアゼロへの取り組みを継続して実施	年間目標の掲示、日々意識して業務にあたる	再周知と新入職の方を含めた、全職員の意識統一	6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。