

### 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	1191900016		
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホーム みんなの家・戸田		
所在地	埼玉県戸田市新曽1038-1		
自己評価作成日	令和元年9月17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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.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 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区麴町1-5-4-712		
訪問調査日	令和元年10月12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)】

昨年度から取り組みを行っています、ノアエクササイズ(脳と足の機能向上トレーニング)をさらにバージョンアップして毎日の体操時にとりいれています。入居者様の健康推進になりますように検証結果をとりながら、楽しく取り組んでいます。毎日、大きな声を出して笑い声と共に職員も一緒に行っています。納涼祭には、ご家族様、地域の皆様には披露させていただきました。入居者様と職員の信頼関係も深まったように思います。一人一人の思いを大切に、入居者様の語らいにも耳を傾け、『居心地の良い環境作り』を目標に職員間で話し合っています。入居者様には『役割』のある生活により、張り合いのある日々を過ごし、笑顔で毎日を送っていただきたいと思います。温かい第二の我が家が目標です。

【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)】

ホームの共有スペースには、季節感を感じられるような設え、イベント開催時の写真、カレンダーなどの装飾が施され、温かく、優しいアットホームな環境作りに取り組んでいる様子がうかがえる。また、利用者の自主性や主体性を促す「おやつ作り」なども定期的に実施しており、楽しめる雰囲気作りに取り組んでいる。さらに、それらのホームの取り組みは、ケアプランの第1表「総合的な援助方針」に適切に表記され、ケアプランに沿った個別支援が提供できる仕組みが整っていることもうかがえる。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	介護理念は職員同士で話し合い、常に意識し、共通の認識の下実現できるよう取り組んでいる。又、いつでも職員の目の届くところに張り出しておくことで、再認識できるようにしている。	事業所理念はホーム内の目に付きやすい場所に掲示したり、職員会議で振り返りの機会を持っている。実習生の受け入れ時にも必ず事業所理念の講話を行い理解を深めてもらえるようにしている。	
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員として日常的に交流している	運営推進会議へ出席して頂いたり、行事の際にはお誘いさせていただき、一緒に楽しみ、ボランティアとして参加して頂いている。	定期的にボランティアが来訪したり、地域にオリジナル体操のチラシ作りの手伝いや体操を促したりしている。また、地域の祭りに参加したり、ホームの駐車場へ神輿に来てもらったりしている。	
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	運営推進会議にて、入居者の活動報告や支援の方法を伝えている。地域の方が認知症についての支援方法や、知りたいこと等意見を頂いている。		
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	入居者の日常的に行っているレク・行事等の報告を行い意見を頂いている。又、地域の方やご家族に希望を伺いサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は平日に開催し、家族、地域住民、行政担当者に加え、実習生も参加を促し活発な意見交換を行なっていることは、議事録から確認している。また、家族参加を促すために丁寧な葉書を送っている。	
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	事業所の状況報告を行い、運営推進会議へ参加して頂いた際に意見交換を行う事ことで協力関係を築いている。また、市主催の交流の場に参加させていただき様々な意見を取り組みたいと考えている	運営推進会議での行政担当者との懇談に加え、役所主催の勉強会や他職種の研修会、地域ケア会議にも必ず参加し、常に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	毎月の職員会議にて、身体拘束委員会を行い身体拘束になり得る状況や声かけの仕方について話し合いを行うことで、職員一人一人が注意出来るよう取り組んでいる。	テーマを決めて毎月勉強会を行い、身体拘束のグレーゾーンについては虐待研修で学んだり、申し送りノートにも記載して周知徹底に取り組んだりして、身体拘束をしないケアに努めている。	
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	毎月の職員会議にて、繰り返し虐待防止について話し合い、互いに注意喚起できるように努めている。虐待とは何かについても、常日頃から、話し合うように取り組んでいる。		

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	以前成年後見人制度を利用されていた入居者がいた為、職員は理解できている。又、研修で学ぶ機会もあり、研修に参加した際には職員会議にて報告し理解に繋げている。		
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	契約前と契約時に説明を行い不安や疑問点を確認している。十分な時間を設けることで、理解し納得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	2Fグループホームの玄関の面会簿のそばに『お客様相談係行』のご意見・ご感想を記入出来る用紙が設置されている。(そのまま郵便にて投函できるようになっている)また、ご面会時にもお話を伺えるよう取り組みを行い、反映させている。	運営推進会議をはじめ、定期的に日曜日に家族会を開催している。家族から多くの意見が出されており、ホーム長やフロア長が丁寧に対応していることが議事録で確認できる。面会時の意見は連絡ノートで共有し職員会議で対応を検討している。	
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	毎月の職員会議や、朝・夕の申し送り時に意見や提案を聞いている。全体と各フロアに1冊ずつ申し送りノートを作り活用している。	年2回ヒヤリングシートを用いて個人面談を行なっている。職員会議録や申し送りノートにも職員の意見が数多く残されており、積極的に意見交換していることが確認できている。	
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	管理者が各職員の努力や実績、勤務状況を把握している。又、担当のスーパーバイザーが訪問し管理者からの報告や実際に見た職員の入居者への対応や自己評価について把握している。		
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	職階別の研修があり。各職員に合わせた研修が受けられるようになっている。研修後に、職員会議での報告を行い全職員が把握出来るよう取り組んでいる。		
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	外部の研修参加時や多職種の連携作りの集いに参加し、他のホームとの情報交換を行っている。又、近隣の他会社の事業所を回り交流を図っている。		

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	日頃から一人一人とゆっくり話の出来る時間を設け、困っている事・不安な事が無いかをいつでも聞けるようにすることで、安心を確保できる関係をつくれるよう努めている。		
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	面会時には必ず困っている事や不安・要望がないか確認し不安解消に努め、より良い関係を築けるよう努めている。		
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	本人やご家族が何を必要としているかを把握し、ニーズと課題分析を行い必要と思われるサービスの提供が出来るよう努めている。時々での変化の把握にも努めている。		
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	職員が入居者と一緒に家事や行事を行う事で、暮らしを共にしているという関係を築いている。		
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	家族会・運営推進会議や面会時に家族と話し合う時間を持ち、家族の思いを理解するよう努めている。又、必要であれば家族の協力を得ながらケアを行い関係を築けるよう努めている。		
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	地域の方々を行事に招いたり。親族や友人との交流を大切に、これまでの関係が途切れないよう支援に努めている。	知人や友人が誕生日に訪問したり、携帯電話や手紙によって連絡を取り合うほか、馴染みの美容院に家族と出かけたりしている。散歩によって懐かしい景色を職員と共有したり、郷土料理作りなどで記憶が途切れないような支援に努めている	
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	家事等を入居者同士で行って頂く事で、支え合えるような関係を築けている。又、職員が間に入ることで会話をとおして、互いの信頼関係も広がるように努めている。		

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	退居後も家族と連絡を取り、ご本人の様子を伺っている。入院されている方は、家族の許可を得てお顔を見に行かせて頂いている。退居後もホーム行事に参加して下さる家族もいらっしゃる。		
<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	ケアプラン作成時に本人に意向の確認を行い反映させている。日常の会話でも希望や意見が出やすい為、聞き洩らさないよう心掛けている。	日常生活での会話や家族の訪問時には、意向を詳しく聞く機会を設けている。利用者の希望や家族の意向にはできる限り対応し、希望があれば同性介助も行いながら、プライバシーと尊厳の尊重を重視したケアに努めている。	
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	実態調査時に生活歴の聞き取りを行い。全職員が情報を共有することで把握に努めている。又、日常の会話で本人の話をして頂くことで、一人一人のこれまでの生活を把握するよう努めている。		
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	一日の生活リズムを観察し、言動等から心身状態を把握するよう努めている。職員間での情報交換やアセスメントを行う事で有する力等の現状把握に努めている。		
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	現状に即した介護計画を作成する為に、日常の観察、定期的なモニタリング・カンファレンスを行い見直しを行っている。家族の希望も含め再立案している。希望の暮らしを大切に考えている。	日々の支援、3か月毎のモニタリングなどをもとにケアプランを作成しており、利用者一人ひとりの個別支援が適切になされるようにしている。家族の意向、要望、満足度についてもモニタリングの際に把握されていることがうかがえる。	
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	日々の様子やケアの実践・結果等は生活記録に記入し、朝・夕の申し送りで情報を共有している。介護計画も一緒にファイルし計画内容を記録に反映出来るようにしている。		
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	必要なニーズに対応して、医療等の分野との連携を図り、柔軟な支援やサービスが出来るよう努めている。本人の思いや、家族の希望も十分考慮して取り組んでいる。		

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	地域の方にボランティアに来て頂いたり、町会の神輿を見に行ったりすることで豊かな暮らしを楽しんで頂けるよう取り組んでいる。日々の生活に地域行事も反映させている。		
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	内科医の訪問診療は月2回行っている。希望する医療機関があればそれに応じ支援している。通院は家族付き添いを基本とし職員も協力している。	内科、歯科は月2回往診、訪問看護は毎週、歯科衛生士は月4回などの医療的な支援が受けられるようになっている。医療的な支援の経緯や結果については適宜家族に伝え、連携を図る仕組みも整っている。	
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	医療連携看護師は月4回訪問される。訪問時に医療に関する相談を行い、適切な受診や看護を受けられるように支援している。介護職と看護師の連携を図れるよう意見の記入もおこなっている。		
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、週に1回面会に伺い本人の状態を把握し、病院関係者やご家族から状態・状況を聞き情報収集を行っている。また、管理者は多職種連携の集いに参加し医療機関との関係作りに努めている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の際に説明は行っているが、ADLの低下や入居者の状態によりその都度話し合いを行っている。又、往診医や訪問看護師とも連携を図り、必要に応じて家族も一緒に医師の話聞き、状態の把握、あり方について共に取り組んでいる。	共同生活が出来なくなった際や、継続的な医療行為が必要になった際には医療機関への転居を促している。実際に転居になった事例も報告されている。さらに、状態によっては終末期の対応として看取り介護にも取り組んでいる。	
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	入居者一人一人の疾患を把握し、申し送り時にその日の入居者の状態を伝えていくことで、急変や事故発生に備えている。		
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回入居者も含めて防災訓練を行っている。避難経路の確認も入居者も行っている。地域の方にも参加して頂き、消火器の使用方法等消防署の方に来て頂き指導を受けている。	避難訓練を定期的に行っており、夜間の想定も行っている。地域住民へも参加を促しており、協体制が得られている。また、集中豪雨などの可能性がある場合は、市役所から適宜電話連絡がある仕組みが設けられている。	

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	各入居者の生活歴を把握し、人格を尊重しプライバシーを損ねない声かけを心掛けている。毎月の職員会議で言葉遣いについて話し合いを行い、一人一人に合った声かけが出来るように取り組んでいる。	各居室ドアの小窓には外からカーテンを施し、外部から安易に覗けないように配慮している。家族アンケートの結果からもプライバシーや羞恥心への配慮は適切になされているという声が聴かれている。	
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	ケアプラン作成時に本人の意向を確認し、思いや希望を出せるようにしている。又、レクの内容やおやつ誕生会に食べたい物等確認し、自己決定出来るように働きかけている。		
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	生活パターンを把握した中で個人の趣味を取り入れたりすることで、希望に添った支援が出来るようにしている。その人らしさを大切に考えている。		
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	更衣時の洋服を一緒に選んで頂いたり、女性の方は行事の際、化粧やマニキュアを希望に添って行っている。月1回の訪問理美容にてカット・毛染め等を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器拭きやテーブル拭きを一緒に行っている。食事やおやつの中には職員が入居者の間に入り会話を楽しみながら召し上がっている。	食事作りは外部の事業者へ委託しているため、おやつ作りや外食などの機会を設け、食事を楽しんでもらえるようにしている。また、家族からの食べ物への差し入れも受け付けており、ホームで管理して提供している。	
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	一人一人の嚥下状態に合わせて、一口大・キザミ・ミキサー等で提供している。水分の少ない方には好みの飲物を提供し、水分量を計測している。		
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	月4回衛生士・月2回医師の訪問があり、口腔ケアの支援方法の相談や指導をして頂き、職員が介助をおこないながら一緒に個人に合ったケアを行っている。		

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	排泄パターンを把握したり、行動・様子等で判断し声かけを行い、おむつの使用量を減らしトイレでの排泄を促している。	一人ひとりの排泄パターンは排泄チェック表に記録され、職員全員で共有している。時間ごとの声かけ誘導を行いながら、できる限りトイレでの排泄を促している。個別の排泄支援が定着していることがうかがえる。	
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	水分摂取や運動を促し、便秘予防に努めている。又、本人の希望でヤクルトやヨーグルト等の乳製品を提供している。		
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	入浴の日は決まっていな為、本人の希望や体調に合わせて支援している。又、季節に合わせてゆず湯・菖蒲湯等を提供し入浴を楽しんで頂けるようにしている。	利用者一人ひとりの意向や状態(体調や気分など)に合わせて、入浴支援に取り組んでいる。拒否が見受けられた際には入浴日、時間や声掛けの担当者などを変更して対応している。希望があれば同性介助にも取り組んでいる。	爪切り、髭剃りなどの整容支援についても記録することを検討されたい。
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	個人の生活リズムや習慣を把握し、気候や本人の希望に合わせて室温調整を行うことで、日中・夜間共に安心して気持ちよく休めるよう支援している。		
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	薬の変更時には、全職員への申し送りを徹底している。又、注意深く観察しその事柄を記録に残し、往診時に再度指示を仰いでいる。		
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	食器拭きや居室の掃除機がけ、洗濯物を干す・たたむ等一人一人に合った役割を持って頂いている。気候の良い日には、散歩に行ってもらって頂くことで、気分転換して頂いている。		
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	入居者と一緒にコースを決め、散歩に行っている。外食レクの際は、ご家族にも参加して頂き協力を得ている。ご家族との協力で行きたい場所への外出等もおこなっている。	天気や体調を考慮しながら、外気浴をすることで、気分転換を促している。散歩については、家族面会時にも対応してもらおうことになっている。	利用者や家族の希望に応じて、個別の外出支援(散歩や買い物など)を充実することも検討されたい。



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	入居者のご家族の理解の上で現金を所持している方もいます。使う時にはご家族に伝え、必要な物の購入が出来るようにしています。		
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	希望される方には、季節の挨拶の手紙を送れるようにしている。電話についても、希望時にはご家族に迷惑がかからないよう配慮し、希望時にかけられるよう支援して。携帯電話を所持されている方もいます。		
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	各フロアは毎日掃除を行い、居心地の良い環境を保っている。季節ごとにフロアに掲示物やお花を飾り季節を感じて頂けるよう工夫している。	共有スペースは清潔で整理整頓されており、入居者が安全に暮らせる空間となっている。また、季節感を感じてもらえるような壁面装飾なども適切になされている。見学時にも利用者が思い思いに過ごす様子が確認できた。	
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	共用空間にソファが置いてあり、入居者同士で話をしたり、一人でくつろがれている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ベッド・クローゼット・箆箆は設置されている為、入居者・ご家族の希望により使い慣れたものを相談しながら、持ち込んでいただき居心地良く過ごせる居室になるよう工夫している。	利用者の心身状況に合わせた居室作りに取り組んでおり、自宅での馴染みの品やアルバムなどを持参し、安全に快適に過ごせるような工夫をしている。掃除は職員が行い清潔に保たれている。	
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	浴室の手すりの位置を変えたりして、自立支援を行っている。安全な生活が送れるよう、環境整備や見守りを常に行っている。		

## 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	48	役割の変化（出来ることを見直していく）	一人一人に合った役割により、張り合いのある日々を送って頂き、達成感により元気を持って欲しい。	出来ることを把握し、役割の見直しを職員間で話し合っていく。楽しみ、張り合いのある生活を提供していく。（出来ることの確認、見直しを定期的に行っていく）	6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。