

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	1193300132		
法人名	株式会社SOYOKAZE		
事業所名	東松山グループホームそよ風		
所在地	埼玉県東松山市東平2164-3		
自己評価作成日	令和6年1月16日	評価結果市町村受理日	令和6年4月19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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	東京都練馬区東大泉3-37-2		
訪問調査日	令和6年1月18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)】

医療連携体制加算を取得しており、見取りの行えるグループホームです。ご家族様やご本人様の希望をお聞きし、最後まで安心して暮らせるサービスを提供します。
--

【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)】

●にやりホッと報告書の作成が始められており、利用者の良いところなどが書き綴られています。法人内で大賞を選定する取り組みとなっており、ケアへの反映と共に同賞の受賞が期待されます。●いも釣りなど独自のイベントを開催し利用者の楽しみを増やす取り組みがなされています。また寡黙な入居者が多いことから落ち着いた空気となっていました。●外壁の修繕、居室の床や壁のリフォーム、駐車場の整備などがなされています。利用者が多くの時間を過ごすホームは、季節の飾りつけに注力となされており、居心地の良い空間となるよう取り組んでいます。
--

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	事業所理念として掲げているものはあるが、職員への浸透はほとんどなく、「理念に基づいた実践」というには行えていない部分もある。	法人・ホームの理念を掲示し、周知を図っている。認知症への理解を深めることこそ理念の実践と寄り添う支援実現への道として指導にあたっている。	
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	年に一回地域行事での使用はあるもののそれ以外では、ほとんど孤立状態である。	地域包括支援センターとの協調、移動販売車の活用、オーナーとの交流等により地域との親睦を図っている。	
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	地域貢献についても行える機会が極端に無い為、積極性を持って考えていく必要がある。		
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	二か月に一度開催。地域包括支援センター・東松山市高齢介護課・ご家族様をメインのメンバーとしてサービス報告等行っている。	新型コロナウイルスの分類変更に伴い集合開催を可能としている。今後の開催により関係機関との連携を深める意向をもっている。	集合開催再開にあたり、リモートとの併用やメンバーの拡大など新たな取り組みにより活性化を望んでおり、実現が期待される。
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	運営推進会議の参加を頂いている。現状の運営報告や有事の際の情報共有を行っている。	行政への報告、指導事項による改善等を通して連携を図っている。社会福祉協議会を通じて食品等の移動販売が行われており、利用者の喜びを増やせるよう取り組んでいる。	
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	身体拘束廃止委員会の設置を行い三か月に一回開催。身体拘束については制限が多い為、「行わない」という前提をもって運営をしている。	事業所内研修により高齢者虐待防止、身体拘束しないケアについて職員への指導・徹底に努めている。毎年度繰り返し行うことで徹底と周知にあたっている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	定期研修を行っている。 職員のストレスのケアの為にも職員の充足が不可欠。		

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	認知症利用者には必要不可欠であるが、具体的に制度を学ぶ機会はなく職員の理解度は低い。		
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・入居の際は必ず責任者と対面での説明を必ず行っており、入居前の疑問についてすべて解消できるよう努めている。		
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	重要事項説明書に本社苦情相談窓口や、市の相談窓口等載せており、入居前にすべて説明を行っている。	対面での面会・居室入室・外泊を解禁し、家族が安心できる環境としている。そよ風だよりには写真とコメントを掲載し、状況や様子を伝えている。	
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	設備面・人員面で職員からの意見は多くあるが物理的に不可能なものや経費的な弊害もあり、スピード感をもって反映させられてはいない。	ミーティングは利用者の支援方法を話し合うなどベテラン職員からのアドバイスを聞く場面となっている。	
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	年一回の考課で給料の改定や評価の見直しを行う機会はあるが、決裁権は責任者になく、努力や勤務状況等の評価のすべてを反映させるのは難しい状態である。		
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	施設内の研修を行っているが、外部の研修等は参加できておらず、自力でのスキルアップに頼ってしまっている。		
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	他業種との交流も少なくなり、利用者の入居や退居の際にかかわる程度となってしまっている。		

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	ケアプランの第一票で本人の希望・ご家族様の希望を掲げており、それに基づいた方向性でのサポートを行い、ご本人へ安心して頂けるよう計画を立てている。		
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	ご家族様の希望をくみ取れるよう、ご家族様だけでお話を聞く機会を設けている。全ての要望に応えられるよう努めているが、難しい部分については必ず説明を行っている。		
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	情報の少ない初期の段階ではご家族様や、関係者からできるだけ多くの情報を抽出できるように、入居前に生活歴等詳細情報をいただいている。		
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	グループホームの中での役割づくりを意識し、家事の手伝いや行える範囲での生活上の行動を職員、他の利用者様と行うことにより、職員含めた全員での共同生活を目指している。		
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	いつでも面会を行えるように面会時間の制限はかけていない。		
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	問題の無い方であれば面会のご家族様以外でも歓迎している。	家族以外の面会希望に対しては利用者が安心して会うことができるよう素性の確認等に当たっている。利用者同士での会話が楽しみとなっており、職員が間に入りながら関係性の維持に努めている。	
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	利用者様同士の関係性は本人同士の相性の部分が大いだが、日々の対応の中で関係性を持てるよう意識し席の位置など話し合っている。		

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
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	サービス終了後も協力できる部分は全て行うつもりであるが、契約終了後関係がある利用者は居ない。		
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	生活の中での会話に本人の希望などを聞き出せるよう意識している。くみ取れた意向を実現させるためにどうすればいいのか、プランを更新し実現を目指している。	アセスメント・モニタリングの書式が整備されており、記録・確認により支援にあたっている。新入職員に対しては支援の留意事項を伝え、適切な支援となるよう努めている。	
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	入居前に生活歴の記入用紙をお願いしており、入所中のヒントを頂いている。		
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	過ごし方は経過記録で後からでもたどっていける状態である。1回/週の訪問看護や2回/月のDrの往診時に相談することにより、より専門的な角度から利用者様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	日々のケアから計画作成担当が課題やケアの方向性を抽出し、介護計画書の確認は必ずご家族様へ行っていただいている。	ケアマネージャー、計画作成担当者により穏やかな生活の実現を謳うケアプランの作成に取り組んでいる。モニタリングの実施、居室担当職員からの意見集約をもってプランの更新や変更にあたっている。	
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	経過記録は時系列、網羅的に記録、気づきや変化を後から追えるような形をとっている。		
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	変化する要介護度や身体状況に応じて対応も変化するため、ご家族様と相談の上、関係他社と協力しケアに当たっている。		

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
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	地域資源については有効に扱えているものが少ない。		
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	往診や、受診の利便性の関係上、「村山内科クリニック」村山Drに主治医として頂いている。他の先生による診断等にも寛容であるため、より専門的な医療を受けることも可能。	協力医療機関による往診により利用者の健康管理がなされている。ドクターの意見を参考に入居の継続や重度化への対応にあたっている。	
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	週一回の訪問看護時に、変化や気づきについてお伝えし、以後の対応等のアドバイスをいただいている。		
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。	利用者様の入院時には情報の開示を行えるようにご家族様の許可を得ており、病院関係者へ情報提供を行える体制を作っている。		
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	入居の際に重度化した際の対応の説明を行っているが、その時点で方針や回答が決まっている場合も少ないため、心身状況の低下があった際にも同様の説明を行い方針について本人、ご家族様、の意思を最大限尊重できるよう対応を行っている。	入居時に重度化および終末期支援の指針の説明にあたっている。また緊急搬送時における対応については利用者・家族の意思を確認しているものの、揺れる家族の思いに寄り添うよう努めている。	
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	独自判断で間違った対応を防ぐため、急変時には医師や看護師の指示を仰ぐことが多く、実践的に行っていることは少なくはないが、自身で判断する能力を身につける場は少ない。		
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	定期的な避難訓練を消防署立ち合いの元、行っており避難方法についてその都度、見直し等行っている。	利用者の都合等により避難訓練の実施が延期されている。法人は近隣市にも多く施設を有しており、防災だけでなくスケールメリットを活かした連携は心強さを生み出している。	延期した訓練の年度内実施を予定している。他地方での大震災を参考に、安全への教訓としていくことが望まれる。

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
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	コンパクトな生活空間の中で言葉の使い方には気を配っているが、咄嗟の声かけ等で不適切な声かけ等も見られており、まだ職員の意識・知識の不足が見られている。	事業所内研修の実施など接遇への留意に努めている。気持ちの優しい職員が多く在籍しており、更に利用者の背景を理解した支援につなげていくことを目標としている。	
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	日々の会話や対応の中で、選択肢を持たせる声かけを意識し、利用者様の希望や自己決定を促している。		
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	決まった生活周期の中で利用者が選択肢を持った声かけを心掛け、希望をくみ取る意識を持っている。		
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	衣類はすべて自身の私物をお持ちいただき、衣服への関心の高い方には、着替えの際数点の中から選んでいただく等、自己決定を促している。		
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	食事は全員で行い、準備、片付けも余裕のある方にはお願いしている。	食材の搬入形態を変更し、職員負担の軽減を支援充実につなげるよう努めている。食事づくりの手伝いが困難な分、テーブルふき、食器洗いなどできることにて家事参加ができるよう援助している。	
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	食事や水分量についてはケアマネ、主治医等話し合い個別の量・形態で提供している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。 実費ではあるが1回/週、訪問歯科の往診もあり、問題があればそこで対応をお願いしている。		

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	トイレでの排泄が基本である。という共通認識があり、利用者様のADLによる部分もあるが、出来る限りトイレに座り排泄を行っている。	利用者の排せつ状況を記録し、確認とともに支援にあたっている。状態にあわせたサニタリー用品選定と装着の確認により適切な排せつ支援となるよう支援にあたっている。	
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	散歩へ積極的に連れ出し、運動量を増やす取り組みを行っている。		
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	希望があることはほとんどないが、希望があれば好きな日に入浴が出来る体制である。	入浴の拒否に対しては時間を置いて再度アプローチするなどの工夫に努めている。利用者の状況にあわせてシャワー浴を実施するなど柔軟な対応に努めている。	
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	希望があれば日中でも居室で休める時間を取っているが、夜間の状況が重要であるためある程度のコントロールを行っている。		
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	くすのき薬局様に各ご家族様へ居宅療養管理指導の契約を交わしていただき、薬剤師からお薬の説明を受けられる状態である。		
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	嗜好品や楽しみ等はご本人から聞き出せることも少ないが、出来る範囲であれば個別に希望を叶えることもできる。		
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	現在は散歩の回数を増やす施策を打っており、歩いて行ける範囲では戸外に出ることも増えた。	職員配置を考慮しながら近隣への散歩にかけている。玄関前にベンチを設置し、外気浴や弁当を食すなど外気に触れる機会を多く創出するよう努めている。	

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
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	金銭管理の重要度については理解があるが、認知症特有の金銭事故を防ぐため、基本的にスタッフの管理となってしまっている。		
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	電話を掛けていただけるご利用者様・ご家族様のやり取りは可能であるが、ご家族様の都合もある為あまり積極的には行えていない。		
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	室内は快適な温度になり、温度での季節感を感じづらいため、利用者様に見えるようカレンダーを設置する、飾りつけを定期的に入れ替える等で、季節感を取り入れられるよう心掛けている。	外壁の修繕、居室の床や壁のリフォーム、駐車場の整備などがなされている。利用者が多くの時間を過ごすホームは、季節の飾りつけに注力がなされており、居心地の良い空間となるよう取り組んでいる。	
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	日中は基本的にリビングでの生活が主になるため、座席は利用者様同士の関係性も考慮し配置している。		
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	ご家族様の状況や持ち込み家具の大きさ等で難しいものもあるが、入居の際に必ず使い慣れた家具、思入れのあるものの持ち込みについて説明を行っている。	担当職員による衣替え、清掃など居室への整備がなされている。テレビ鑑賞など一人の時間を大切にできるよう配慮しており、プライバシーが尊重されるよう努めている。	
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	職員の安全面での意識が高すぎてしまい、手を出しすぎてしまう部分も少なくないが、「できること」「わかること」は利用者様の自立で行うよう職員の共通認識がある。		

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	2	年に1回地域行事への参加(移動販売車の活用)はあるがほとんど孤立状態。	以前より不足を認識されている地域との交流について改善していく。	新型コロナウイルスの影響の中で可能な範囲で市内のホームページや回覧板等の確認をして地域との交流の機会(訪問販売月1回:集会所へ買い物、ホーム内月2回:訪問販売車が来ての買い物)を行っていく。(2022年1月より実施中)	2ヶ月
2	4	運営推進会議を再開するも中止や延期となり自事業所と地域との交流がとれていない。案内送付等により関係性の改善を検討していく。	2か月に一回の運営推進会議の開催が可能な状況になるまでは、案内等で地域包括支援センター・東松山市高齢福祉課・ご家族様へサービス報告をおこなっていく。	対面での運営推進会議の実施に向け、社内での取り組みを確認し、開催できるよう調整していく。	2ヶ月
3	13	施設内研修を行っているが、外部の研修等の参加が出来ておらず、自力でのスキルアップに頼っている。	会社の社内研修・外部研修に積極的に参加し、個々のスキルアップに繋げていく。	参加が限られてしまっているが、社内研修リモートワークにて研修に参加できるように周知し、スキルアップにつなげている。	12ヶ月
4	16	対面での面会や外出・外泊が可能。新規のお客様の希望や入居条件にも面会・外出できるか、可能な限りご要望にお答えしている。月一回のお便り(そよ風便り)にて近況報告を行っている。	そよ風便り・電話・数分の面会の他に動画による電話等を取り入れ、連携を図っていく。(面会、外出の機会を増やす)	社内でスタートしているライン電話を取り入れ、ご家族様とご利用者様とが動画を見ながら近況の確認ができる環境にしていく。又、面会や外出の機会がご家族様より希望により実施。	2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。