

### 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	1192200093		
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	GH みんなの家 あきがせ		
所在地	埼玉県志木市中宗岡3-25-10		
自己評価作成日	平成30年9月25日	評価結果市町村受理日	H/31. 1. 24

※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	株式会社ケアシステムズ
所在地	東京都千代田区五番町12-7
訪問調査日	平成30年10月14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)】

出来るだけ施設に来て頂けるように御面会時に消耗品類はお持ち頂いております。出来るだけご家族様とお話する事を多く持ちたいと心がけております。便りも送らずに面会時に手渡しをしています。園芸は職員と一緒に野菜を育てて食事に提供させて頂き、季節のお花を植えて、草むしりをお手伝いして頂き楽しませてます。ホールからお花を觀賞したりと日々を送られています。レクリエーションでは職員による三味線観賞をされ楽しい一時をお過ごしになられています。

【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)】

ホームの庭では、職員とともに利用者が花壇を整備しており、季節ごとに花や野菜づくりを楽しみ、収穫した野菜も食事に提供されるなど、利用者が外気に触れ自然や季節を感じられるように取り組んでいる。花が咲き揃う暖かな時期には、庭でお茶会を開き利用者同士の親睦を図ることができるような機会や職員によるレクリエーションの開催など、利用者が楽しみながら生活できるように様々な工夫がされている。

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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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、その時々々の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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらい 3. 家族等の1/3くらい 4. ほとんどできていない

# 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	安心・安全・信念・笑顔のあるホーム理念に実践しています。 必要な人に必要なサービスの提供を、会社理念を実践しています。 会議ごとに確認しています。	法人理念とは別に、職員で意見を出し合い決定した事業所理念も掲げている。ホーム長は、明るく笑顔のホームを目指しており様々な会議で理念について振り返り、職員に周知している。	
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	地域のお祭りに参加したり、ご近所からお花の差し入れ等があり交流をもっています。	町会からの誘いを受け利用者とお祭りに出掛けたり、ホームの行事に地域の方々を招いたりして交流を深めている。また、職員と一緒に近隣のストアまで買いものに出掛けるなど地域の一員として生活を送れるように支援している。	
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	運営推進委員会や家族会で連携している。 オーナー様や町内会長と交流している。		
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	2カ月に1回開催しており、家族会と同時開催して地域情報を話し合っています。困り事や連絡やホームでの出来事等を話し合っている。	運営推進会議には、家族、市役所担当職員、町会会長、地域包括職員が参加し定期的に行われている。(議事録からも確認)ホームの現状や予定等について報告し意見交換を行っている。	
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	地域包括支援センターとは、併設しているので声かけや情報交換を行っています。市主催のワークショップ等の研修会に参加しています。	ホーム長は、市役所の主催する研修に参加したり市役所担当職員も運営推進会議に参加したりして、定期的に連絡を取り協力関係が築けるように取り組んでいる。	
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	身体拘束委員会を毎月開催して防止対策等を確認しています。	法人の方針に基づき身体拘束は行っていない。年間研修計画にも、身体拘束の研修が予定されている。研修後には職員一人ひとりにさらに理解についての確認を取り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	毎月会議を開催して防止に努めています。ホームでの問題点を話し合っています。出勤時に各自読み合わせを行い確認しています。		

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
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	活用できるように体制作りをしています。		
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、解約時はもちろんですが、その都度話し合いを持ち確認しています。		
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	家族会や面会時に話し合いを持ち、要望があれば職員に伝え要望にこたえています。ホームでの対応が困難な場合は本部に連絡対応してまう。	運営推進会議のほかに家族会を定期的開催したり、家族の訪問時には担当職員やホーム長が声をかけ、家族からの意見を聞く機会を取り入れている。また、面会が少ない家族には電話などでも対応している。	
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	会議や普段から提案、意見を聞くようにして、支援方法を話し合っています。レクリエーションは毎月担当職員をあて討議及び進めています。	職員会議、フロアー会議で話し合いの場を設け、職員からの意見が聞けるようにしているほか、年二回個人面談を行い、個別に話し合うことができる機会を設け、事業所運営に反映できるようにしている。	
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	出勤時にお話をお聞きしています。		
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	個々に研修に参加して貰うように声かけをしている。個々に合わせたケアについてアドバイスを行っている。		
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	宗岡ネット、志木市役所、クリニックの勉強会、研修会に参加し向上を図っています。		

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	出勤時、勤務時、困った時に話を聞きして、安心できる様に時間の確保をしています。		
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	面会、や電話にて要望に対応したり、相談したりと良い関係作りに努めています。身体状況について連絡しています。		
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	ご本人様、ご家族様の要望に耳を傾けて質の良いケア作り(サービス)に努めています。何が出来て出来ないかを見極めて検討しています。		
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	押しつけるのではなく、ご利用者様のお気持ちを尊重し、話し合いを持ち、楽しく安全に生活出来るようにしています。		
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	ご家族様、ご利用者様の立場にたってそれぞれを大切にしてお互いを支援出来るよう関係作りをしています。ご家族様の声に耳を傾け考え対応しています。		
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	知人の面会、年賀状が届いている。外出・外泊される方もいます。職員と買い物ごてら散歩される方もいます。読書をしたり、編み物、折紙をしたりと今迄の事を大切にしています。	入所前からのかかりつけの眼科や行きつけの美容院に家族と一緒に通っている利用者や、携帯電話を使って家族や友人、親せきと話をしたり、季節のお便りの交換などをする利用者も見られ、関係継続にむけた支援に努めていることが伺える。	
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	レクや体操に参加して頂けるように、孤立しないように交流がもてる楽しく過ごせるように支援しています。		

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	その後の様子をお聞きして相談できる体制を取っています。		
<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	今迄の暮らし方、思いや意向の把握に努めています。表情や行動を読み取るようにしています。状態を申し送りして共有しています。	ケアプランには、利用者からの意向の聞き取りや、生活でのアセスメントによる意向確認が適切に表現されている。家族の意向も確認しているが「お願いします」など淡白になりがちである。家族が利用者にしてできる協力といった視点でも意向確認に期待したい。	
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	今迄暮らしてきた生活歴、生活環境、状態を把握し検討し連携に努めています。		
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	個々の一日の過ごし方、心身状態の現状の把握をし共有しています。		
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	3ヶ月、6ヶ月毎に計画作成担当者、居室担当者を中心に検討し見直している。フロア会議等で状況確認し計画作成者が個々に合った計画を作成している。ご家族様の意向、ご本人様の意思を素運長しています。	計画作成担当者が6か月ごとのケアプラン更新・6か月ごとのアセスメント・3か月ごとのモニタリングを主に統括している(入所時は暫定期間1ヶ月)。アセスメントは備考欄へ非常に具体的に利用者個々の状態が記入されている。	リスク管理に優れたアセスメントであるが、利用者のできる視点をポジティブにとらえたアセスメントにも期待したい。
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	個々の記録やケアに実践し、築きや工夫を考え会議等の場で情報共有、検討し対応しています。情報を集め介護計画の見直しに活かしています。		
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	ご本人様やご家族様の状況、生まれた環境を見つめ、話し合い、今迄の計画に捉われないで意向に沿った計画作りに取り組んでいます。		

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	安全に安心して、個々の力が発揮でき、豊かな生活を営む事が出来るように支援しています。		
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、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	かかりつけ医を継続しているご利用者様もいる。ご家族様の希望を大切に納得して適切な医療が受けられるように支援しています。	町田訪問クリニックによる内科往診が月2回行われている。往診日以外は、電話連絡での医師指示がメインとなるが、必要時には緊急往診も行われている。ほか、訪問看護週1回・訪問歯科週1回も行い適切に支援されている。	
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	週1回の訪問看護師との情報共有しています。個々の情報を記載し相談して、Drとの受診に活かし対応しています。		
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。	入院時定期的に病院に運び看護師と連携をとり情報共有し退院に向けた相談に努め関係を作っています。相談員と連絡を密にして早期退院できるように支援しています。		
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	看取り研修に参加して体制作りをしています。ご家族・Dr・管理者と早めに会議を開き意向を聞き進めています。こまめに連絡し支援できるように取り組んでいます。	看取り介護に対する体制は整っているが、現在対象者はいない。看取り介護の実施に向けて、まずはホーム長が各研修へ参加している。重度化に備え、看取りに関する条件を再確認するとともに、一般職員への研修にも期待したい。	
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	一報はホーム長に連絡し対応しています。初期対応・マニュアルに沿った対応をしています。		
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	年に2回行っています。1回は総合訓練、避難訓練(夜間想定・水害想定)ご家族、地域の方に協力を得ています。	年2回(春・秋)に防災訓練を行っている。消防署も協働している。家族や職員、同一敷地内の地域包括支援センターも一緒に防災訓練を行うなど、緊急時に備えた連携は評価できる。食糧備蓄は、倉庫に3日分保管している。	

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
<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	個々に合わせて人格、育ってきた環境を尊重し、プライバシーを損なわない態度、声かけをしています。その人に合わせプライドを損なわない配慮をしています。	身体拘束委員会・虐待防止委員会を毎月開催し出勤職員が参加し事例検討を行ったり虐待に対する定義について話し合う機会を設けており、職員の意識を高めている。会議録も別々に作成されている。	
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	本人が決定出来るように思いや何をしたいか希望を確認しお話をし支援しています。		
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	個々に沿ってペースを大切にしその人らしく生活出来るように無理に都合を押しつけることの無い様に支援しています。		
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	その人らしく身だしなみができるように相談にのったりおしゃれができる体制を作り支援しています。		
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	テーブル拭きや食器拭きをして頂いています。食事前に口腔体操をして予防に努めています。家庭菜園で育った野菜を食卓に出して喜ばれています。夏にはカキ氷を個々に作り好評でした。	敷地内でトマトやナスなどの野菜を利用者と職員と一緒に育て、厨房で調理後に提供している。秋には旬の食材を使い、お食事会を開催している。行事食も適宜行い利用者から好評を得ている。	
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	声かけし工夫をして栄養バランスを考え摂取しています。個々の状態を考え習慣を大切にした支援をしています。		
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	毎食後に個々に合った口腔ケアをしています。衛生士と連携し対応、支援しています。		

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
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	トイレで排泄が出来るように支援しています。ご本人を尊重し排泄の失敗が無い様に支援しています。チェック報を利用し排泄の支援をしています。	便秘傾向の利用者には、腹部マッサージやウォシュレットを利用しての肛門刺激をし、自然排便を促している。下剤によるコントロールもしているが、食物繊維や蠕動運動にも目を向けた自然排便への取り組みにも期待したい。	
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、水分量の工夫をし確保しています。運動の働きかけをして予防に努めています。Drと連携し対応しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	拒否の強い人には時間帯や職員を変えて対応しています。お湯は毎回変えています。無理なく個々に沿った支援をしています。	定期入浴を週2回を実施している。入浴した日は入浴表に記録し管理しているが、入浴日の固定はしていない。足浴も適宜行う工夫もしている。季節湯や入浴剤を用いて入浴を楽しむ工夫もしており、利用者からも喜ばれている。	
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	個々の生活習慣や気持ちを合わせ尊重し対応しています。安心して安全に眠れる様に支援しています。		
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	個々に日々の状態の変化を理解し、Drと連携し変化の確認を行い支援しています。		
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	個々に何が出来て、好きな事を話し合い気分転換出来るように支援しています。今迄の環境を理解し楽しく生活出来るように支援しています。		
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	天候の良い日は施設の回りや近隣を散歩しています。地域の方とお話したり交流しています。ご家族の支援を得て出かけたりしています。庭に出て外気浴を行っています。	ホーム周辺の散歩を週1回程度行い外気浴の機会としている。生活記録へも活動状況を記載している。ホームとしては、利用者に喜んでもらえるような外出行事を検討しているが、近隣には歩いて行けるお店が少ないことから、ハード面での工夫を課題としている。	



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	お金の管理は施設対応となっています。		
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	携帯電話でご家族と自ら連絡を取り合っています。		
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	毎日職員と可能な限り掃除機をかけたりモップをかけたり掃除をしています。貼り絵で作成したものや社写真を貼ったり季節を感じて貰っています。	利用者が職員と一緒に毎日、居室・フロアの掃除機とモップがけを行っている。環境整備として、動線上には物を配置しないことを徹底している。また、空調管理にも注意し、利用者にとって暑すぎない寒すぎない適温に設定し快適に過ごせるように支援している。	
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	ホールでレクをしたりお話をしたり楽しい場所になっています。一人になりたい時はお部屋で休息したりしています。		
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	本人及びご家族の意向でテレビ・筆筒・椅子・テーブル・位牌等持ち込みをして工夫をし居心地良くしています。	居室には利用者が好むものを持ちこんでもらっている。使い慣れたテーブルや座り慣れた椅子、気にいっているカレンダーなどを居室に配置している。就寝時には、利用者によっては明るめや暗めを希望されるため、都度対応をしている。	
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	安全に留意し自立した生活ができるように支援しています。編み物・塗り絵をできる体制作りをしています。		

## 目標達成計画

事業所名 GH みんなの家 あきがせ

作成日: 平成 31年 1月 18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	10	介護計画でモニタリングするも個別のプランに活かされていない 十分な検討が足りない	何が出来て、何が出来ないのかを把握して 個別に合った目標を作成する 皆で意見交換を行う	全員でモニタリング・アセスメントを開催して 個別に出来る事を見つけ目標をに向けた取り組みを行う	6ヶ月
2	12	3年目となり、入居者様の状態も変化し重度化してきているので、看取りを行う為の体制作りを作成が必要	安心して最後が迎えられるような取り組みが出来るように体制を整える	看取りについて職員の育成を行う カンファレンスを行い、具体的な看取りの書類を作成する、共有できるように具体化する	12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。