

### 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	1176501193		
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・与野本町		
所在地	埼玉県さいたま市中央区本町東4-17-4		
自己評価作成日	令和元年7月4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.mhlw.go.jp/11/index.php">http://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 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	2019年9月22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)】

イベントや、レクリエーション等を充実させており、ご利用者から「笑顔」を引き出せるよう、企画しています。ケアに関してもお一人お一人ご利用者のペースに合わせたケアを行っています。スタッフ全員がご利用者にとって「第二の家族」のような存在になれるよう尽力しています。

#### 【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)】

ケアプランに沿った支援を提供することを目的に、利用者一人ひとりの「介護計画要約表」設けている。3・6か月ごとにモニタリングを行う際には、要約表に沿ってケアプランの進捗状況や満足度を確認する流れも定着している。また、法人で取り決めた「ケアプラン作成上の留意点」や「NG言葉集」などもファイルに綴じ込んで適切に作成できるようにしている。さらに健康管理に欠かせない医療関係者との連携も、各種の記録の適切な記入と共有によって、必要に応じて迅速に情報提供が出来るようにしている。利用者を支援する適切なケアプランマネジメントがなされている。

#### 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)	<input type="radio"/>	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)	<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拡がり深まり、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、生き活きと働けている (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 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)	<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	職員会議や日々の申し送りの中で、ホーム理念を振り返る場を作り、職員同士で共有しています。ユニット入口に掲げることで、都度、認識し直せる機会となり、次に活かせるよう実践に繋がっています。	管理者は職員会議においてホーム理念について講話し、さらに日常においてもケアの中に理念が落とし込まれているかを確認することになっている。理念を実践に繋げるように努めている。	
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	敬老会、ハロウィン、卒園式など季節ごとの行事で近隣保育園と交流の場を持ち、地域のボランティア方にも訪問して頂き、少しずつ交流を深めています。	利用者が地域の一員としての意識を持てるように、近隣の保育園やボランティアとも定期的に交流を図っている。利用者の楽しみになっていることも、アンケート結果から確認できている。	長年培ってきた町会と疎遠になっていることを管理者は課題としている。事業所が地域の一員になれるような相互関係作りに期待したい。
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	広告や看板を通じて、レクリエーションを行う際に近隣へチラシを配布し、認知症の理解へと繋がるよう取り組んでいます。また、地域のボランティアの方や、外部の方の見学を随時行い、理解に繋がっています。		
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	運営推進会議では、多くのご家族に参加頂き、地域包括支援センターや高齢介護課を交え、ホームでの状況や取組みを報告し、意見交換を行っています。あらゆる視点からの貴重な意見を活かせるよう努めています。	定期的に開催している運営推進会議には、家族が多数出席していることに加え、市役所からの参加もあり2時間の時間を設けている。積極的な意見交換を行なっていることが議事録から確認できる。	
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	運営推進会議の中で、ホーム内での状況やご利用者へのサービスの取組みを伝えていきながら情報交換を行い、市町村との連携が図れるよう、取り組んでいます。	市役所主催の研修に参加をしたり、事業所の情報を運営推進会議後に担当課に伝えたりなど、地域行政と連携を図ることに力を入れている。	
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	身体拘束をしないケアについては全職員に周知し、毎月の委員会では再確認の場として意見交換を行ったり、今後のケアに繋げる為の勉強会を行っています。ユニット入口は解錠しご利用者様にとって窮屈さのない生活が送れるよう取り組んでいます。	身体拘束の研修や勉強会は定期的開催している。またディスカッションによって理解度を確認したりしている。必要に応じて個別指導を行い周知に努めている。	
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	日頃から声かけや言葉遣いについて職員間で話し合い、どのような場面で虐待が起こりうるか勉強会を通して周知させ、事業所内での虐待防止に努めています。		

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	ご入居者様の中で保佐人が適用されている方がいらっしゃいます。職員会議を通じ、各職員が権利擁護に関する制度を理解できるよう努めています。		
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	契約前の見学、面談等でご利用者及びご家族との話し合いの場で、不安や質問に対し十分に説明し、理解して頂けるよう努めています。		
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	面会時には積極的にコミュニケーションを取り、要望やご意見を伺える機会を作っています。ご意見ポストやお客様相談室のフリーダイヤルも設置し、運営に反映させる努力をしています。	利用者にも参加を促す家族会を定期的開催しており、出来る限り双方の意向や要望の把握に努めています。また、面会時や電話などによっても把握し、事業所運営に反映させることに努めています。	
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	個々の意見を直に聞く個別面談を設けています。また職員会議及び研修においても意見交換や提案を聞き入れ、運営に活かせるよう努めています。	新赴任したホーム長は、定例会議に加え個別面談の機会を設け、職員の意見を把握することに力を入れている。各フロア長も職員の提案に耳を傾け、職員のモチベーションを上げるように取り組んでいる。	
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	年二回の人事考課を通じ、自身の振り返りの場を作っています。日頃の勤務の状態やヒアリングで相互確認したり、各々の向上心アップに繋げ、やりがいを持って仕事出来る環境を作れるよう努めています		
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	各職員のケアと力量を把握し、事業所内外の研修を受講したり、職員のスキル向上に向けて取り組んでいます。		
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	社外研修や包括支援センターを通じ、他施設と交流する機会を設け、お互いを高め合えるような意見交換を行い、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。		

## 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	入居時にアセスメントや随時モニタリングを細かく行い、ご利用者自身の思いや不安を汲んで軽減し、安心して頂けるような環境を作り、信頼関係を築けるよう努めています。		
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	入居時にご家族の悩みや不安や要望について話し合い、解決に繋げていけるよう、関係づくりに努めています。またホームの仕組みを理解して頂ける様、パンフレット等を作成し設置しています。		
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	入居時の面談でご家族の悩み、不安な点について聞くことにより、初期段階として何が必要かを見極めるよう、対応に努めています。		
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	「ゆっくり・一緒に・楽しく」のホーム理念を念頭に、ご利用者の出来る事を把握し、共に行うことでどちらかが一方的な立場にならず、共に生活する者同士としてとらえ関係を築いています。		
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	ご利用者の日常の様子を伝えるのと同様にお互い情報共有を行い、ホーム行事等の参加を呼びかけ、ご利用者の状況を一緒に考え、話し合っていくことでご利用者を支えていく関係を築いています。		
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	ご家族や付き合いのあった方々との関係が途切れないよう、連絡が取れる状態を作り、気軽に訪ねて来られるような雰囲気作りを行っています。また馴染みの美容院や床屋にも行けるよう支援しています。	行きつけの美容院や床屋に家族と定期的に出かけたり、家族と電話で話す機会を設けたりして、馴染みの関係が途切れないようにしている。さらに、職員による個別対応にも取り組んでいる。	
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	ご利用者同士の会話の橋渡しができるよう支援し、また気の合う者同士で集まるだけではなく、座席の工夫や職員の声かけで輪が出来るような場を提供し、支え合えるような関係が築けるよう支援しています。		

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	退居後もお互いの近況を手紙・電話等で伝え合い、その後のご様子を確認しています。また退居後も訪問や連絡し易い環境を作り、相談や支援が出来るよう努めています。		
<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	各ご利用者に居室担当者を置き、随時、細かくモニタリングを行っています。またご本人の希望や意向を把握し、職員会議や申し送りで意見を共有し、ご利用者本位のケアが提供出来るよう努めています。	自分の思いを伝えることが困難な場合が多いことを踏まえ、アセスメントやケース記録に特記事項を残すようにしている。また、アセスメントは心身状況が変化した際には都度見直しに取り組んでいる。	
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	一人一人の生活歴をご家族やご本人から伺い、アセスメントを行いながら、今までの生活環境を尊重し、快適な生活が送れるよう努めています。		
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	個別の連絡ノートを活用し、随時カンファレンスやモニタリングを行い、職員がご利用者の状態や情報を共有しています。また言葉だけではなく表情からも変化に気付き、状態を把握出来るよう努めています。		
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	モニタリングの結果をもとに、訪問診療医や訪問歯科医等の関係機関の意見や指示を取り入れながら、ご本人の意向とご家族の意向に沿って現状に合った介護計画を作成しています。	ケアプランの第二表を要約した「介護計画要約表」をもとに3・6か月毎のモニタリングを実施し、ケアプランの進捗状況や満足度を把握している。法人のルールに沿って適切なモニタリングがなされている。	
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	すぐ確認出来るところに介護計画表を設置しています。ケアプランに基づいたケアを職員が意識し、個々に記録する中で、実践状況を確認しながら職員同士の共通認識に努めています。		
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	訪問マッサージや訪問リハビリマッサージなど専門職や医療機関にアドバイスを頂きながら、連携を図り、その時々ニーズに合わせて対応できるよう取り組んでいます		

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	定期的に地域のボランティア方の来訪や保育園児と交流を図り、地域の中で安心して楽しい生活が送れるよう、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	ご家族やご本人が希望される医療機関やかかりつけ医等を確認し、主治医を選出しています。主治医、ご家族、ご本人、職員との間で情報を共有し、適切な医療提供が出来るよう対応しています。	各種の医療的な支援内容は個人ファイルに記載されており、必要に応じて家族に連絡するなど、共有する体制が整っている。また、看護師や歯科衛生士の支援を受け日常的な健康管理にも取り組んでいる。	
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	週に一度の頻度で医療連携看護師に日常の気づきや状態をその都度伝え、情報を共有し、適切な助言や指示を受けています。		
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。	入院時には安心して医療を受けられるよう、協力医療機関を定めています。また退院に向けて病院関係者との情報交換にご家族を交え、元の生活に早く戻れるよう支援しています。		
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、事業所の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	重度化の指針を定めたものを用意しています。ホーム内で対応できる事を明確にし、ご利用者にとって一番良い方針を見出し、対応していく旨を伝えています。	終末期の対応については、入居時をはじめ心身状況が低下した際にはホームの取り組みを家族に伝え、理解を促している。意向に沿った対応が出来るように終末期ケアプランを作成している。	
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	緊急時マニュアルがあり、急変時や事故発生時における体制があります。研修や会議等を通じ、起こりうる事態をシュミレーションしながら職員同士で検討しています。		
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	消防隊による指導を受けながら最低年二回の避難訓練を行っています。夜間を想定し、夜勤者1人の場合での避難方法を訓練し、危機意識を全職員が持ち、実践出来るよう取り組んでいます。	年2回の定例の防災訓練によって職員の注意喚起を促し、災害発生時に円滑な対応ができるようにしている。また、食料品などの備蓄や、家族の緊急連絡先なども整えている。	自然災害をはじめ、荒天時の避難方法など、避難訓練をさらに拡充することが望まれる。

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	職員は個人の尊厳を損なわないよう、ご利用者への声かけや態度に留意しながら対応しています。	プライバシーへの配慮としては、入居者に対する声かけの仕方、言葉遣い、同性介助などに留意している。また、居室の小窓については、本人家族同意のもと夜間のみ目隠しをすることになっている。
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	個々に合わせた声かけや選択肢のある声かけを行い、なるべく自己決定できるよう職員は助言などに留め、対応しています。表情や対応で思いが読み取れるよう寄り添う事を大切にしています。	
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	基本となるベースの一日の日課はありますが、個々の生活サイクルを尊重し、ご本人のペースを大切にしています。体操やレクリエーションの際はお誘いし、過ごし方の幅を広げる機会に繋がるよう支援しています。	
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	鏡を見て身だしなみを整えたり、お好みの衣類を選んで着て、おしゃれを一緒に楽しんでもらえるような支援を行っている。訪問理美容や馴染みの理美容室に出掛け、満足できる髪型に近づこう支援しています。	
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	本日の献立をフロアに設置し、楽しみに繋がるよう話題に取り入れたり、ご利用者の号令と一緒に食事し、楽しい時間を共有しています。食事前後のテーブル拭きや下膳の手伝いをして頂いています。	食事づくりは業務委託していることから、「かき氷」や「おしろこ」など「季節感のあるおやつ作り」を職員と一緒に行うことにしている。また、共有スペースの献立表は利用者の手書きによるものを掲示している。
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	お一人お一人の状態に合わせた食事量、水分量、食事形態を把握し、残存機能や食事ペースの見極めに努めています。職員と一緒に食べることで、毎食ごとに確認し、必要に応じた支援を行っています。	
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	声掛けで磨ける方、うがいのお手伝いすることが必要とする方、仕上げ磨きを必要とする方など、訪問歯科医や歯科衛生士の口腔指導のもと、個々にあった口腔ケアを支援しています。	

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	お一人お一人の排泄パターンやサイクルの把握に全職員が努め、その方に適したトイレへの声掛け、誘導を行い、トイレでの排泄に向けて支援をしています。	出来る限り自立した排泄支援を目指して、定時や随時の声掛けによって、基本的にトイレで排泄してもらうことにしている。必要に応じて、オムツやリハビリパンツで対応するなど自立支援に繋げている。		
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	排便周期を把握し、主治医に指示を仰ぎながら下剤の服薬管理を行っています。適度な水分補給や乳酸菌の摂取、体操や運動を取り入れ、便秘の予防に繋がるよう取り組んでいます。			
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	入浴前にご利用者の好みに合わせた湯温の調整や入浴剤お聞きし、ゆっくりと入浴して頂いています。	週2回の入浴支援を原則としており、入浴時間は利用者の意向に沿えるようにしている。また、体調不良や入浴拒否などがあつた際には曜日を変更して出来る限り入浴してもらえように取り組んでいる。		
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	ご本人が休みたい時に居室で休めるよう支援を行っています。日中の生活状況・活動量を見直しながら、夜間の安眠に繋げていけるよう、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	各自、薬表を確認し、主治医や薬剤師からの薬の使用方法や指示、副作用等の説明を受けています。服薬による変化にすぐ気づけるよう確認に努めています。			
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	各自の得意とする分野を把握し、生活歴を知る中で、ホームでの生活で新たな特技や好きなことが発見出来るよう支援に取り組んでいます。			
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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支援している	天気の良い日には希望に沿つて散歩に出かけたり、外の植木に水をあげたりと気分転換できる機会を作っています。ご要望によっては外食する機会を作つたり、ご家族の協力を得て外出支援を行っています。	外気浴や散歩などの外出支援は天候や気候をもとに定期的実施することになっている。また、地域のレストランでの食事や買い物、家族支援によって馴染みの美容室へ行く機会なども取り入れている。		



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	移動パン屋での買い物などご利用者の希望に沿って買い物をしたい時にお買い物して頂いております。		
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	いつでもご本人自ら電話が出来るよう、携帯電話を所持している方がおり、ご家族の理解や協力を頂きながら支援しています。手紙のやりとりが難しい方でも絵葉書にしてご家族にお渡しすることもあります。		
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	フロアにはご利用者と職員で季節を感じて頂ける壁面作りを行っています。ご利用者に適した室温を保ち、馴染みのある音楽を聴いて頂きながら、落ち着いて安らげる空間作りを行っています。	共有スペースをはじめホーム内の整理整頓は行き届いており、各フロアには季節が感じられる装飾が施されている。さらに利用者の手作り作品やイベント開催時の写真なども掲載して雰囲気作りに取り組んでいる。	
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	窓際やフロア内にイスや縁台を置き、お一人でも気の合う方とでも自由に過ごせる空間作りを行っています。		
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	ご自宅で使用されていた布団やソファ、ラジオやぬいぐるみ等を居室に置き、なるべくご自宅の時と変わらず過ごして頂ける様、ご家族とご利用者と相談しながら行っています。	仏壇・テレビ・ラジオを始め、写真・本・テーブル等本人に馴染みのあるものを居室において居心地よく過ごせるようにしている。ただし、刃物や火器などは禁止して安全性に配慮している。	
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	日々の申し送りや会議でご利用者お一人お一人のできることを職員同士が共有できる場を設け、統一したケアで安全と自立に向けた生活に繋がられるよう努めています。		

## 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	①地域(特に自治会)との関わりが疎遠になっており、関係構築ができていない。 ②地域への行事参加が満足にできていない。	①地域と関わる機会を増やし相互関係修復をする。 ②近隣保育園との関係構築はうまくいっており、季節に合わせた行事参加やボランティア受け入れについては今後も継続的に実施していき、地域の行事に計画性を持って参加していく。	①運営推進会議や施設内イベント、避難訓練の案内を自治会に対して積極的に行い関係構築に努める。 ②地域の行事を案内を出すと同時に情報収集し計画的にシフトを組み参加していく。	6ヶ月
2	35	緊急時の避難計画の可視化ができておらず、自然災害の知識、避難計画の明確化ができていない。	災害発生時、迅速に対応できるよう日頃から職員の目が届く場所に避難計画を掲示と職員会議等を活用して定期的に社内研修を行う。	避難計画書を各階事務所に掲示し、3ヶ月に1回は自然災害等についての勉強会を実施する。	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。