

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	1190201176		
法人名	株式会社ソラスト		
事業所名	グループホームせらび鳩ヶ谷		
所在地	埼玉県川口市桜町6-11-24		
自己評価作成日	令和7年11月4日	評価結果市町村受理日	令和8年1月9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8年1月8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)】

毎日の体操、レク、月間行事を企画して参加していただく。また、毎日散歩に外出している。ご利用者のADLに維持向上や精神状態の安定に努めている。
入院設備のある病院を往診医としてお願いしました。医療と連携して急変時の対応ができます。ご家族様・ご利用者様が安心して生活できる。
職員のスキルアップのため毎月研修を開催している。ケアカンファは定期的に開催してご利用者様の日々の様子やADLの変化等を情報共有しています。ご利用者様の変化にすぐ対応できるように支援しています。

【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)】

- 自立度が高い利用者が多く、レクリエーション、家事参加などホームより働きかけることで多様な生活が送れるようサポートに取り組んでいます。また、排せつ、食事、入浴といった基本的支援についてもなるべく利用者の力を活かし、ケアしすぎないよう配慮に努めています。
- ボランティアサークルの来訪、地域の餅つき大会・防災訓練の参加を通して交流に努めています。コロナ禍からの再開も進んでおり、今夏は夏祭りへの参加を企画しています。
- 年に2回、バスによる遠出を実施し、お花見や紅葉狩りを楽しんでいます。また日常的な外出についても午前中には近隣への散歩に出掛け、戸外の空気を感じられるよう支援しています。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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)	○	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	全てのご利用者様の幸せのために職員が認知症ケアを学びその人の想いを実現できるよう支援する。認知症ケアの研修を実施しご利用者様のニーズを考えるようになった。	パンフレット・ホームページ等により法人・ホームの方針を発信している。事業所内研修の実施・報告書の提出をもって要する知識の確認に取り組んでいる。	
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	運営推進会議のに民生委員や地域包括支援センターの職員が参加され地域のことを話し合いました。ボランティアは感染症のこともあり受け入れていません。	ボランティアサークルの来訪、地域の餅つき大会・防災訓練の参加を通して交流に努めている。今夏は夏祭りへの参加を企図している。	
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	使節に入居するしないに関わらず見学にいらした方には、認知症の方の対応や施設の種類等をわかりやすくお話しています。		
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	2カ月毎に運営推進会議を開催しております。民生委員や地域包括支援センターの職員が参加され運営状況、事故報告、ヒヤリハットの報告をし議事録は各関連機関に報告いたしております。	地域包括支援センター、民生委員、ホーム代表者の参加により運営推進会議を開催している。2か月に1回の定期開催が実現しており、家族等へも参加を呼びかけている。	
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	生活保護や介護保険に関する事項について市の職員と連絡を取りあっています。また空き情報を毎月報告して連携をとっています。	外部評価の報告等各種手続きにて訪問、相談にあたっている。利用者の安定した生活のため協調した支援に努めている。	
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	定期的に身体拘束廃止委員会を開催しています。現在、身体拘束を1名行っています。法令の則り会議を行い日々状態確認を行い早期解消に努めています。	身体拘束廃止委員会を開催し、認識の共有に努めている。自立度の高い利用者が多く、利用者の意向を確認しながら活動・移動・生活へのサポートに取り組んでいる。	
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	虐待についての研修を開催し、疑われることがあれば個別に改善を行っています。気づきシートも導入し、個別に虐待につながってしまう様な事例を把握し改善が行えるようにしています。居室カメラも導入済みです。		

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
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	殆どの職員は資格習得の際学んでいます。必要な方には社会福祉協議会や関連機関との調整を行います。		
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、入居契約書、重要事項説明書について解らない点がないか確認しながら丁寧に説明しています。入居者様・ご家族様の不安を解消できるよう等対応しています。		
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	ご家族様より気軽に話していただける環境を整備。ケアマネと管理者で相談の窓口になりお互いにご家族様の情報を共有して齟齬がないよう注意している。	感染症の流行を確認しながら、家族等の面会を受け入れている。利用者・家族ともに健康と関係性を維持できるようサポートに努めている。	家族等に対して利用者の生活やホームのケアを理解してもらえるようさらにケアプランの説明に努める意向をもっている。方法については個々に検討していくことを企図している。
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	定期的な個人面談の際や全体会議、フロアミーティングにて運営に関する職員からの意見を取りいれることをしている。個別でも意見が出やすい雰囲気作りに配慮しています。	フロアミーティング内において利用者個々のカンファレンスを開催している。話し合いと議事録の閲覧をもって支援方法と意識の共有に取り組んでいる。	
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	定期的な面談を行い職員個々のやりがいや向上心を持てるように話し合いを行っています。職員1人1人が半年間の目標を設定し取り組んだ結果で賞与や昇給につながり本人のやりがいにも繋がっています。		
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	年間の研修計画に基づき実施しています。研修後は皆様に話し合いの時間を持ち定着できるよう身近な例題などを交えて行っています。		
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	感染症の影響もありネットワークを築くことが難しいが同じ法人のGHIに訪問し話し合いの場をもうけている。		

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	ご本人と直接お話を伺い、不安・要望・生活歴・習慣・好み等を傾聴する。入居前に職員と情報共有し受け入れ準備を行うことで、安心して入居していただけるようにしています。		
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	何を希望されているのか、また、どこまで協力頂けるのか、それに対して施設側としてどのような対応ができるか等検討し、安心できる関係づくりを心がけています。こまめに情報提供し、安心していただけるよう努めています。		
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	これまでの生活や、サービス利用状況を把握し、本人や家族の方の要望を確認し必要としている支援を提案、対応しています。		
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	ご本人の今まで行ってきたことを継続した頂くために、生活リハビリを提供し役割を持って生活していただけ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	毎月の写真入りのお便りの発行している。コロナ過で面会も制限されているがご家族に様子を伝えている。担当者会議を定期的実施し、こまめに情報を共有することで、今必要なことにともに支えて行くことは実践できている。		
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	コロナ過で現在は面会や訪問に制限があります。電話でのやり取りを自由に行っています。	新聞の購読、牛乳の宅配などにより生活に利用者の習慣を取り入れている。また、塗り絵や散歩などの活動に対しても同様に配慮に取り組んでいる。	
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	配席の工夫や、会話の橋渡し、話題の提供などを行い、利用者様同士の交流が出来るようにしています。		

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	ご退去後も関係性を大切にし、ご本人の経過等の相談も受け付けています。		
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	本人の希望や生活サイクルを乱さないように援助を行うことに努めています。困難な場合はフロア会議やサービス担当者会議等で検討しています。	意思を表明しづらい利用者に対しては職員より声をかけ、希望を聞き出すよう努めている。アセスメント等は利用者個人別のファイルにおさめられ、都度確認できる環境となっている。	
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	ご本人や家族から、今までの生活歴や暮らし方などの話を聞き、介護支援専門員からも情報を提供して頂き把握に努めています。		
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	入居者の1日は時間ごとに記録されており、生活のリズムを把握し残存能力を行かせるようなケアに努めます。個人記録に記入することで情報の共有を図っています。		
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	入居者毎に現状把握し本人、家族、関係者と話し合い、ケアの目標を立てています。職員が会議で気づきや意見を出し話し合いをして介護計画を作成しています。	フロア会議での検討を通して職員の意見を集約し、ケアプランの策定にあたっている。情報収集→プラン策定→モニタリングのサイクルが確立し、計画的なケアが実現している。	
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	身体状況や日常生活様子を記録し、毎朝夕申し送っています。職員間での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	グループホームであっても、終の棲家としてニーズがあれば、看取りも行っています。		

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
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	近隣へ散歩や買い物に出かけている。社用車を使用してグリーンセンターや舎人公園等紅葉散策やお花見に外出している。		
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	定期的に内科・心療内科・皮膚科・歯科往診を受けています。また連携以外の医療機関とも情報を共有し、支援しています。職員が同行した場合は、状況の報告をご家族に伝えています。	協力病院による往診と訪問看護により利用者の健康管理にあたっている。また、服薬支援に対してもゼリーの使用等、方法を検討しながら留意に努めている。	
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	月4回の看護師による健康相談時に日々の様子報告や相談を行っています。看護師により主治医への報告も行われています。		
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。	入退院時に病院との連携を取るため、入院時に病棟看護師への情報提供を行い。退院前のカンファレンスに参加できるよう、退院調整の相談員とも連絡が取れる体制にしています。		
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	入居時にご家族様への説明を行い、ご家族様の意向を伺っています。状態変化により随時ご家族様への連絡を行い、主治医からの説明の機会を設けたりし、その都度意向を伺っています。他の事業所や病院とも連絡をとりお気持ちに添った支援が出来るようにしています。	入居時に重要事項および終末期の支援に対する方針を説明し、文書を保管している。利用者・家族の要望、医師の意見を踏まえ、利用者の生活や将来への選択に対して支援に努めている。	
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	対応マニュアルがスタッフのすぐ見えるところに掲示されている。応急手当、事故発生時の初期対応訓練や、AEDの使用方の研修を定期的に行っています。		
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回の消防訓練を実施している。火災や地震時に安全に避難できるよう確認を行っている。うち1回は夜間の避難訓練を実施している。	年に2回の避難訓練を実施している。環境・立地などを把握しており、リスクと想定を確認している。ライフラインの確保については継続的課題として認識している。	

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
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	利用者の自尊心を傷つけないよう、場に応じた声掛けを心がけています。また、排泄時や入室時にも声掛けを行い、自己決定を図りプライバシーを大切にしています。プライバシー保護についての内部研修も実施。	人生の先輩として敬い、節度をもって接するよう取り組んでいる。事業所内研修の実施により利用者を尊重した支援となるよう努めている。	
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	介護者の押し付けを止め選択していただけるようにしています。日々の会話の中でご本人の意向を伺えるように信頼関係を築けるよう努めています。		
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	食事時間等の大まかなスケジュールは決まっていますが、日々の過ごし方は一人ひとりのペースで過ごしています。		
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	個性を大切にし入居者の希望を伺いながら服装を整えています。理容・美容については、2か月に1度訪問カットを利用し希望の髪型にしています。		
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	個々の運動(活動)量に応じて食事量等検討しています。食材は湯煎調理のため栄養面では問題ありません。食事に楽しみを持てるよう月に数回は希望を伺いながらお楽しみメニューの献立を提供しています。	食器洗い・テーブル拭きなど家事への参加も無理なく進めている。利用者のペースにあわせて食事提供がなされている。	
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	食事量、水分量などを記録し、状態把握に努めています。個々の食事形態にあわせて提供しています。一人一人の状態を把握し状態や能力、習慣に応じ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	一人でできる方は声掛け、介助の必要な方はその方の状態に合わせた介助を行っています。歯科医師の助言のもとにケアを行っています。		

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	入居者1人1人の排泄状況をチェックし、排泄パターンを把握して各自の状況に対応したトイレ誘導、声掛けなどを行うことにより気持ちよく排泄できる支援と体調管理に配慮しています。	自立度が高い利用者が多く、時間誘導と見守りによりトイレでの排泄が実現している。支援時も利用者の羞恥心に配慮するよう努めている。	
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	排泄チェック表記録により、リズムをつかむとともに食事・水分・乳製品・運動で便秘の予防に心がけます。便秘がちな利用者は医師の指示のもと下剤を服用し排便コントロールを行っています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴のお声掛けは行っていますが、自己決定により入浴されないこともあります。清拭更衣に切り替えたり、足浴等で入浴の気持ちよさを思い出しただき入浴に繋げたりしています。	入浴を拒否する利用者に対しては声かけの工夫をもって清潔の保持にあたっている。また、入浴時間が長くなり過ぎないように注意を払うことにも努めている。	
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	生活サイクルを把握して決して無理強いにならないよう、午睡や入床時間などその方のサイクルに合ったリズムで休んでいただけるよう支援を行っています。		
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	個々の服薬情報は全職員に共有しています。症状の変化の確認は職員全員が日々のケアの中で留意しています。精神薬服用に関しては家族に相談いたします。		
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	掃除・買い物・食事の準備等本人にできることを行って頂き役割意識によって生活の張り合いを維持できるよう取り組んでいます。また、歌、カルタ、カレンダー作り、それぞれの楽しみに対応したレクを取り入れています。		
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	外出企画や行事など担当者が入居者の希望をきいて計画しています。天気の良い日は散歩・買い物・ドライブ等戸外に出られるように支援しています。（現在コロナの影響によりテラスでの食事提供等密にならない工夫をしています。）	年に2回、バスによる遠出を実施し、お花見や紅葉狩りを楽しんでいる。また、午前中には近隣への散歩に出掛け、戸外の空気を感じられるよう支援している。	

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	基本的には立て替え払いになっています。お金を所持しなければ落ち着かない方には所持していただいています。コロナ過で外出などの制限もある為、お金を使う場面は見られていません。		
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	携帯電話を所持されている方もいます。家族への連絡のご希望があればお繋ぎすることもあります。また、ご家族からの手紙を楽しみにしている方もいます。		
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	リビングやキッチン等、共有空間は開放的な作りになっており、リビングの窓大きく、自然採光が活かせるつくりになっています。中庭にウッドデッキがあり、そこでお茶を飲んだりお話をしたり日向ぼっこ等くつろぐスペースがあります。	リビング、居室ともに日当たりが良く、明るい環境の中での生活が実現している。リビングでは、かるた・工作などのレクリエーションが行われており、カメラによる見守りなど安全への配慮もなされている。	
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	廊下にベンチがあり、利用者同士で座って話ができるスペースがあります。リビングには入居者それぞれの席が設けられています。自由に席を替えて思い通り過ごせるよう配慮しています。		
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	今まで使っていた馴染みのある家具等を持ち込んで頂き、落ち着いて生活が出来るように配慮しています。	利用者それぞれの居室には、仏壇、テレビなどの家具等を持参している。帰宅願望・徘徊など利用者の特性を把握し、寄り添う支援に取り組んでいる。	
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	お部屋やトイレがわからない入居者様には名前を掲示したり、目印をつけたりし工夫しています。危険と判断される動線には障害物を置かないよう環境整備に努めています。		

(別紙4(2))

事業所名： せらび鳩ヶ谷

目標達成計画

作成日： 令和8年1月9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	介護計画書の内容の理解がご家族様ができていない方もいる。	介護計画書の内容をご家族様が理解できるよう丁寧に説明する。全家族が介護計画書の内容を理解する。	介護計画書の更新のたびにご家族様と今まで以上に話し合い、長期計画、短期計画の説明を丁寧におこなう。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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。