

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	1192300091		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	サポートセンター広沢 グループホーム広沢		
所在地	埼玉県和光市広沢1-1		
自己評価作成日	令和1年3月18日	評価結果市町村受理日	令和2年4月23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	http://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	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9
訪問調査日	令和2年3月19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)】

①地域密着型の事業所として、他事業所との交流を図り自治体のイベントも参加している。
②職員が定着しており、長年ご利用者様の支援に携わり職員とご利用者の関係性が日々の生活、笑顔に反映している。
③ご利用者様一人ひとりが広沢にとって、必要としている事をお伝えし活躍の場を提供しながらしえんしている。
③季節感や昔を懐かしめるイベントを計画し、月/1回行なっている。
④訪問看護を導入し、ご利用者様の早期対応を行い、職員の気づきを医療へ繋げ連携にも努めている。

【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)】

●小規模多機能型居宅介護、地域交流スペース、キッズルームが併設されていることから地域住民と交流する機会を多数有しています。文化祭への参加・保育園との交流など幅広い活動がなされており、地域の一員として定着していることが理解できます。
●毎月1回の職員会議を中心に運営と支援方法の話し合いがなされています。利用者個別の留意事項・ホームの運営力向上について議論と指導がなされており、新たな管理者により、組織としての向上とサービス向上に取り組んでいます。
●利用者の意志の尊重と安全な生活を意識した支援に努めています。確認・再確認を徹底することで事故防止にあたるよう留意と指導にあたっています。

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)	<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、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 <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
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	職員の共有スペースに掲示し、職員全体が共有し支援に繋げている。	ホームページ・パンフレットに理念を掲載し、ホームの目標はよく見える場所に掲示している。新たに管理者が就任し、更なる支援の充実に取り組んでいる。	
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	自治体の地区社協の主宰するイベント等に利用者様を参加させていただき交流している。また、地域住民のボランティアの方が定期的に施設へ訪問して下さっている。	小規模多機能型居宅介護、地域交流スペース、キッズルームが併設されていることから地域住民と交流する機会を多数有している。文化祭への参加・保育園との交流など幅広い活動がなされている。	
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	ご家族様の相談時や、うえるかむ事業の参加されている利用者様、サポーターの方へ認知症の病気、症状、対応のしかた等お伝えしている。、		
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ヶ月に一回運営推進会議を行い報告をさせていただき、委員の方ター一人ひとりに意見をお聞きしたことを職員へ落とし、話し合った上でサービスの向上に繋げている。	行政、地域包括支援センター、自治会、法人内他事業所等々の方々の出席により2ヶ月に1回の定期開催がなされている。活動報告・意見交換など多岐にわたる話し合いが関連になされている。	
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	月例にて、状況報告を行い事故や利用者様のケースに対しご相談させていただき、ご意見や協力を得ている。また、包括支援センターへも、連携を密に行なっている。	行政・地域包括支援センターとは地域包括ケアシステムを通して緊密な関係を築いている。運営推進会議等でもアドバイスをもらい、運営への参考としている。	
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	マニュアルを共有スペースに閲覧できるようにしている。また、危険が回避できるような職員間で連携し、センサーマットを使用している。	職員の丁寧な見守りにより身体拘束をしないケアを実践している。身体拘束と高齢者虐待について園内研修を実施し、職員一人ひとりの研鑽を支援している。	
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	マニュアルを共有スペースに閲覧できるようにしている。また、ボディチェックをおこない申し送りを徹底している。		

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
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	日常生活において自立できる支援を職員間で、ご利用者様の状況を共有し支援している。ご利用者様の半数は後見人制度を利用されており各職員はご利用者様を通して学びを得ている。		
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	入居日に契約書、重要事項説明書にてご説明し、ご家族のお話を伺い同意を得ている。		
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	ご利用者様は、日常会話の中から意見をお聞きし、ご家族様については、訪問時に職員から意見やお話を伺い運営推進会議にて報告させていただいている。	毎月家族に対してコメントと写真をつけた手紙を送付しており、利用者の様子を伝えている。運営推進会議やケアプラン更新時等の機会を活用して要望の聴取にあたっている。	
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	運営に関する意見や提案をミーティングや面接時にだしていただき、反映できるように努めている。	毎月1回の職員会議を中心に運営と支援方法の話し合いがなされている。利用者個別の留意事項・ホームの運営力向上について議論と指導がなされている。	
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	考課評価の面談時に、各職員の意見等を聞き職場の環境や整備に努めている。		
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	ケアの力量については、ケア、介助を共にに行い把握に努め、内外研修は各職員の必要性にあわせ参加を勧めている。		
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	研修のヒヤリングやグループワークにて交流し、得た事を他職員に落とし込みサービスの質の向上に繋げている。		

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	日常生活の中から、居室担当者を他職員が日々傾聴し安心できる声かけをさせていただき確保できるよう努めている。		
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	ご家族の訪問時に、歩み寄り日々の状況の報告をさせていただきながらご要望をお聞きし安心できるよう努めている。		
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	グループホームでのサービス内容の説明をさせていただき、他のサービスについては、お話を伺いながら対応させていただいている。		
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	日常生活(共同生活)の中で、各ご利用者様の得意な分野を把握し共に行なう事で関係を築いている。		
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	ご家族様の面会を大切に、各職員が歩み寄りご利用者様の必要とすることを把握した上で、ご家族様にしかできない事をお願いしながら関係を築いている。		
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	ご家族様、友人と面会ができるよう環境整備に努めている。	好きなことを続けし、笑顔で過ごすことができるよう支援に努めている。また家族・友人・後見人等との関係を継続できるようサポートに取り組んでいる。	
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	リビングにご利用者様全員が揃い食事や、アクティビティが出来る環境をつくり声かけ促しを随時行なっている。		

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	契約解除時、必要な相談や支援を行なわせて頂く事を説明させていただいている。包括や、市へ連絡が出来る状態になっている。		
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	居室担当を決めご利用者様の希望をお聞きしながら支援している。また、困難な場合は、職員間でミーティング時に検討し、ご家族様や後見人にお伝えしなるべくかなえられよう努めている。	意思の疎通が難しい利用者に対しては、声掛けの方法を工夫するなど状況・状態にあわせた支援に取り組んでいる。傾聴・意向の尊重をもって状況・状態の把握に努めている。	
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	入居前に情報を収集し、職員に経過等把握している。		
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	アセスメントを強化し、ご利用者様一人ひとりの残存機能等把握し支援している。		
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	モニタリング後、職員からアセスメントの収集を行い居室担当者を中心に計画書の作成をしている。	ケアプラン更新時には要望を聞き、意向の確認がなされている。医療との連携・自立した生活・他者との関わりを意識したケアプランの策定に取り組んでいる。	
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	経過記録へ日々の生活状況を記入し、支援前には申し送りをを行い情報を共有している。		
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	ご利用者様やご家族の状況に応じて、包括支援センターや市など連携体制をとっている。		

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	ボランティアさんの受け入れや、自治体のイベントなどご利用者が参加することで地域との繋がりを大切にしている。		
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、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	ご家族様の希望により、全利用者様が往診診療を利用されている。24時間体制になっており、急変時には、指示を受けられ支援に努めている。	往診医との連携のもと利用者の健康管理がなされている。内科以外については、家族等との協力により受診等対応が図られている。	
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	訪問看護ステーションを導入している。週／1ご利用者様の身体状況をお伝えし、看護師からの報告で早期に担当医へ伝える事ができている。また、指示を仰ぎ、急変時には、24時間体制になっている為連絡が出来る状態になっている。		
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。	ご家族様へ入退院の準備などお話を前もってさせていただいている。担当医や入院先の医師、看護師へ、情報などはいただけるよう連携に努めている。		
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	看取りの指針を契約時にご説明をさせていただいている。終末期には、サービス担当者会議やムンテラを行い支援に取り組んでいる。	終末期の支援について指針および病状の説明に努めている。職員会議等においてケア方法の検討にあたり、適切な支援の実践に取り組んでいる。	
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	マニュアルを閲覧できるよう共有スペースに置いている。救命処置法はミーティングなど疑問に思うことを挙げケース事に職員間で共有している。		
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回防災訓練を実施。運営推進会議で市、自治体の方々へお声かけをさせていただいている。	避難訓練の実施、マニュアルの設置等対策を講じている。訓練後には「全体評価」・「推奨事項」・「反省点」を挙げ、次回の実施と対策につなげるよう取り組んでいる。	消防訓練実施の際に反省点として「流れへの理解」・「手順のわかりやすさ」をあげている。2点についての修正と進捗が望まれる。

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	各利用者様に寄り添い、一人ひとりが生きがいがあるよう生活空間から声かけや対応に努めている。	利用者の羞恥心については、一人ひとりの意向を把握し、対応に努めている。入浴時・排せつ介助時は性差と自尊心に配慮した支援に取り組んでいる。	
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	共同生活の中で、各利用者様が必要とされている事をお伝えし、自己決定できるようはたらきかけている。		
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、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	各利用者様の体調に留意し、その日に出来そうな事をペースにあわせ日々を過ごしていただいている。		
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	利用者様の好みをお聞きしながら、衣類など購入している。また、ご自身で伝えられない場合は、ご家族様へご相談させていただいている。訪問美容を利用し、ご自身でスタイルを伝えて頂いている。		
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	共同生活の中で、一日3回の食事はご利用者様と職員共同で準備を行なっている。また、得意分野に分け、切る、盛り付けなど声かけている。	栄養バランスのとれた食事の提供がなされている。残食量・体重を管理し、健康な生活が継続できるよう支援にあたっている。	
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	ご利用者様の身体状況にあわせ食事、水分量を把握し、一日の量を記録している。また、栄養のバランスを考慮しメイバランスなど栄養補助食品を取り入れているご利用者様もいらっしゃる。		
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	毎食後口腔ケアの声かけを行い、徹底している。また、定期的に訪問歯科を導入している。		

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	排泄のアセスメントを定期的に行い、ミーティング時に意見をだし統一した支援を行っている。	日々の排せつについて記録がなされており、利用者の状況の把握と適した支援にあたっている。毎月のミーティングにて利用者一人ひとりの支援方法を話し合い、統一したケアの実践に努めている。	
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	排便の有無を経過記録に毎日記録し、数日ない場合などご利用者様ごとに予防し、担当医や訪問看護師に相談指示を仰いでいる。		
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	その日の体調に留意し、声かけをさせていただきご利用者様の意思を尊重し行なっている。	安全かつ意志を尊重した入浴支援により清潔が保持されている。確認・再確認を徹底することで事故防止にあたるよう留意と指導にあたっている。	
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	安眠できるよう日常生活の活動を増やしたり、アクビティの参加を促している。個々のリズムを大事にしている。		
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	薬剤情報を閲覧できるよう共有スペースに置いている。処方後は、全職員が情報を共有している。		
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	入居前に生活暦など職員に周知し、入居後新情報があった場合、職員間で共有し支援している。		
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	ご利用者様の希望に添い、居室担当者が外出支援を行なっている。母、父の日は毎年外出計画を立て支援している。他事業所へ訪問したり、共に外食もしている。	月に1度のイベントや隣接する公園への外出など戸外の活動を楽しめるよう取り組んでいる。花見・夏祭り・クリスマスなど季節を意識し、計画と実施にあたっている。	

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
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	ご利用者様ご本人が現金を持つことなく、外出し買い物など必要に応じて使えるように支援している。		
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	ご利用者様の希望で連絡をしたい場合は、電話での連絡をさせていただきご本人様とお話をしていただいている。		
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	リビング内のテーブルの位置などその時々、配置をかえている。季節感、リビングの壁飾りなどは季節を感じられるよう配慮している。	リビングや廊下は温かく家庭的な雰囲気と温度調節により利用者が居心地よく過ごせるよう配慮している。感染症対策についても消毒・清掃・機会の制限等々により対策を講じている。	
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	壁側中央にソファを配置、ご利用者様どなたでも座れる空間を作っている。また、隅にもソファを置く事で一人で過ごしたいときに座れるように配置している。		
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	入居前に、使用する物のご説明をさせていただいている。馴染みのものをお願いしている。	休んだりテレビを見たりと利用者が思い思いに過ごせる居室が用意されている。意向や希望に沿った生活となるよう支援に努めている。	
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	行動を制限しないよう自由な空間を用いている。キッチン、一般家庭にある対面式を用いておらずごく普通のキッチンになっている。ご利用者様と職員がコミュニケーションの場にもなっている。		

目標達成計画

作成日: 令和2年3月31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	38	ひとり、ひとりのペースを大事にしてはいるが、ニーズを把握しきれてなく実施できていないことがある。	その人らしい暮らしができるよう、職員全員でニーズを把握して一人、一人のペースにあった支援をする。	その人らしい暮らしの実現の為に、ひとつでも何か実現できるよう支援するために、月1回のミーティングで話し合う事、書式を作成して共有実施する。	12ヶ月
2	2	近隣の保育園との交流や西大和団地の文化祭に参加する事ができたが、利用者が施設の外に出での交流が少なかった。	利用者や事業所が地域に認知され、地域の一員として交流できるようにする。	広沢で行う年間行事を増やし招待する。地域の防災訓練、お祭りなど地域行事に参加する。	12ヶ月
3	35	防災訓練を年2回実施しているが、流れの理解、手順について周知しきれていない事がある。	災害意識を高め、全職員が昼夜問わず避難できる方法を身に着ける。	マニュアルの改訂、勉強会の実施、参加できていない職員に対して避難訓練の実施。	12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。