

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	1190400091		
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・川越新宿		
所在地	埼玉県川越市新宿6-33-1		
自己評価作成日	令和1年	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	http://www.kaigokensaku.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 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	令和元年9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)】

利用者に寄り添い、その方に合ったケアを心がけています。利用者同士のコミュニケーションを尊重し、楽しく過ごして頂いております。普段から体操や運動を積極的に行い、充実した日々を送れるように努めております。利用者の趣味や個性を把握することで化粧やパズル、雑誌の好みなどを細かく知り、密接に関われるように努めます。オレンジカフェ・傾聴ボランティア・地域包括支援センター等、地域の方と連携し、交流を深めております。職員は様々な研修や委員会や勉強会に参加し、日々の成長を目指すと共に現状で満足せず、より利用者を安心し、楽しめる生活ができるよう努めます。

【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)】

ホームは住宅地の一角に位置し、日当たりが良く、明るく清潔な環境が維持されている。静かな環境の中で、事業所一丸となって利用者一人ひとりの個別支援に取り組んでいる。「安心・安全・快適」に過ごせるように、重度化や日々の課題に対しては、職員間で話し合いを重ねながら、連携のもとで取り組んでいる。また、地域においては、ホームを多くの方に理解していただくために、近隣住民との交流にも積極的に参加することで、開かれたホームづくりを目指している。

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 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. 全くない
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)	<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、生き活きと働いている (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
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	会議毎に理念を職員全員で話し合い、共有している。	9月より新ホーム長での体制となった。理念の大切さを受け継ぎ、職員会議では事業所理念に沿ってケアを行なっているかについて話合う時間を設けている。職員同士でも確認しあいながらケアに努めている。	
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	オレンジカフェ・ボランティアの方がいつでも来れる場所になっている。	オレンジカフェの開催は、地域住民も楽しむほど浸透している。オレンジカフェの参加からボランティア登録さにつながっている。子ども100当番も引き受け、地域の子どもの自由に訪れる事のできる事業所となっている。	
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	オレンジカフェがボランティア活動の提供の場になっている。認知症サポーター育成講座や地域包括センターの方も協力して下さっている。		
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践、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	年6回の開催を行っている。今年度は10周年となり、運営推進会議の合議体も出来ている。	定期的に運営推進会議を行なっている。地域包括や民生委員の参加があり意見交換も行なっている事が、議事録から確認出来る。家族や地域ボランティアなどの参加により、より良い運営推進会議に期待したい。	
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	川越市のいきいきポイントの実施事業所となっている。その効果もあり、地域のボランティアも活動拠点としやすい。	オレンジカフェを通じて、地域包括に認知症サポーター養成講座の講師を務めてもらったり事業所の取り組みに意見をもらうなど、協力関係を築いている。市役所担当課との関係づくりにも期待したい。	
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が中心となり、会議で事案や勉強会を通じて職員全員が共通の認識を持てるよう話している。	事業所1階職員室には、身体拘束の定義が掲げられている。職員は出勤時に目を通し確認している。毎月事例検討の勉強会を行い、職員全員で身体拘束の理解に努めている。	
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	高齢者虐待廃止委員会が中心となり、実際の事案から話し合い、意見交換を行っている。		

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	研修の参加や職員会議で情報共有を行っている。		
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	時間をかけて丁寧に説明させて頂いている。理解し、納得して頂くよう、1つ1つの情報を確認して頂いている。		
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	定期的に家族会を行い、意見等を話して頂いている。また面会時に家族からの話し合いから意見を頂くこともある。	定期的に家族会を開催し、家族の意見や要望については職員会議で話し合い、周知している。できるかぎり事業所運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	各フロア会議や全体会議を開催しており、意見を出しやすいよう場を設けている。また、会議前に提案・意見書を記入し、提出している。	月1回の職員会議前には、職員に意見書を提出してもらうことで、意見や提案が出しやすい工夫としている。年2回は個人面談を行い、個別に意見を聞けるようにしており、運営に反映でき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	職員から現状の様子について聞いたり、勤務時間を確認している。		
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	研修への参加を促している。また、外部の方からの勉強会を行って頂いている。		
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	各委員会への参加により、意見交換を行い、サービス向上している。		

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	傾聴し、職員間で情報を共有し、話し合うことでカンファレンス・アセスメントをしっかりと行ってからケアを行っている。		
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	家族会や面会で希望や意見を聞き、信頼関係を築くと共に気軽に話し合える環境を作っている。		
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	入居前にご本人様、ご家族様と面談行い、必要なサービス作成と意向と修正の必要性を説明し、同意を頂いている。		
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	利用者様に合わせて、利用者の暮らし方を提供し、一緒に過ごしている。		
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	ご家族に面会や行事に参加等でご利用者様と一緒に過ごして頂き、過ごすことの重要性を説明している。		
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	携帯電話で連絡を取ったり、実家に泊まりに行くなど様々である。面会もフロア以外に自室やリビングで行うなど利用者に合わせてご案内している。	携帯電話の持ち込みは可能としており、家族や友人と連絡を取ったり、馴染みの美容院や墓参りに家族と出かけるなど、家族からの意向を聞きながら馴染みの途切れない支援に努めている。	
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	席の位置やテーブルの位置に気をつけている。利用者同士の会話の内容や表情、仕草などの考慮して位置を決めている。状況によっては職員が入るなどして楽しく過ごして頂けるようにしている。		

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	いつでもご連絡できるようにご案内させて頂いている。		
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	ご本人様の希望を聞き、自己選択できるように意向の聞き取りを行っている。意向の際にはご本人様や家族に説明し、同意を頂いている。	日々の関わりや生活歴から思いを汲み取ったり、面会時には日常の様子を伝え、意向や要望を把握することに心がけている。利用者本位のケア・サービスの提供ができるように努めている。	日常的に意思疎通が困難で、さらに家族の面会が極端に少ない利用者の意向の把握を課題としている。
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	ご本人様・家族からの情報を収集し、馴染みやすい環境を整えている。		
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	バイタル、食事量、排泄、生活リズムなどを観察し、健康管理を行っている。状態に変化があればその都度医療やご家族にお伝えしている。		
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	毎月サービス担当者会議を行っている。職員の意見の出し合いを反映し、プラン作成している。プランの変更があれば、家族に説明し、同意を頂いている。	ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン、モニタリング)については、法人内共通の書式や決められたタイムスケジュールに沿って、計画担当者を中心に取り組んでいる。それぞれの書式も適切に保管されている。	ケアプランについては「総合的な援助方針」を明確にすることが望まれる。モニタリングについては、介護職員と一緒にすることも検討されたい。
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	何かあれば申し送りや生活記録に細かく記入し、情報共有している。		
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	家族との外泊や食事に行く、散歩に行くなど、家族やボランティアの方の協力で行っている。		

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	地域の散布や買い物などに参加して頂いている。祭りがあれば祭りを見に行っている。		
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	入居の際に家族に説明し、同意を頂いている。バイタルチェック行い、情報提供している。	医療的支援としては内科医・歯科医訪問診療を行っている。さらに訪問看護師・歯科衛生士の来訪も受けており、充実した支援体制によって利用者一人ひとりの健康管理に取り組んでいる。	
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	専用のファイルを使用し、利用者の状態をお伝えしている。		
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。	病院に行く、家族に聞くなどで情報共有している。入院時は家族と医師の説明に同行させて頂いている。		
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	入居時、家族会、面会時などで将来や今後についてしっかりと話している。また重度化する前に重度化した時の方針について、医師と相談し話し合っている。	重度化や終末期のケアについては、入所契約時に事業所の方針を伝え同意を得ている。必要に応じて医師を交えて家族との面談を行い、意向に沿った対応が出来るように取り組んでいる。	重度化傾向は否めないため、職員一人ひとりの終末期対応に関する理解、認識、スキルを向上するための取り組みが望まれる。
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	マニュアルの対応と臨時を想定した対応を両方できている。勉強会でその都度行っている。		
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	消防訓練を行っている。実際に火災や地震になった時のことを想定し、一連の流れを実際に行う。	定期の防災訓練を行い、災害時にむけた利用者の安全確保に取り組んでいる。また、災害発生時には急場を凌げるような水などの備蓄もなされている。	災害発生後にも適切な対応が取れるように、緊急連絡先、処方箋、支援内容などを記載した「緊急対応ファイル」などを用意することを検討されたい。

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	その方に合った声掛けをしている。声の大きさやトーン、表情、仕草などを変えている。プライバシーの配慮で同性介助を行っている。	利用者や家族の意向から、同性介助について出来る限りの支援を行っている。また、各居室前の名札、ドアの小窓についても、要望に沿った対応に取り組んでいる。	
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	表情や様子から、その時その時で異なる働きかけを行っている。自己決定できるような声掛けを行っている。		
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	体調を伺って、その人のペースに合わせて対応している。		
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	髭剃りや化粧はご本人様にやって頂いている。常に整理整頓し、清潔を保っている。		
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	メニューは決まっているため、選べないがアレルギーや好き嫌いなものは配慮し、別のメニューを用意している。お膳の準備や片づけなどは職員と一緒にやっている。	食事については外部の事業者によって提供されているため、下膳や片づけなどを職員と一緒にこなしている。さらに食事レクなど食事を楽しめるような支援を充実させることに取り組んでいる。	
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	水分量や食事量を常に把握し、少ない方はゼリーや飲みやすい飲み物などを提供している。		
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	食事前に口腔体操を行っている。その方に合った口腔ケアを行っている。状態に合わせて一部介助を行っている。		

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	排泄表を見て、個々の排泄タイミングを把握している。自分で上げやすいリハパンやポータブルトイレの設置など行っている。	一人ひとりのパターンを把握し、声かけ誘導を実施している。排泄に関しては、量や回数などを細かく記録を残して個別支援に取り組んでいる。排便回数をチェックして、必要に応じて必要に応じて下剤を用い適切に排便を促している。	
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	牛乳などの飲んだ量の記入、薬の量などを把握し、便秘にならないよう調整している。		
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	ご本人様の希望に合わせて入浴を行っている。2日～3日に1回は入浴行っている。	週2回を原則に、出来る限り利用者の意向に沿った入浴支援に取り組んでいる。可能な限り同性介助に取り組んだり、季節によっては入浴回数を増やしたりして入浴が楽しくなるように心がけている。	
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	昔から使用されている枕や布団などを持ち込んで頂くことがある。疲労見られている場合は休んで頂いている。		
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	薬情ファイルを作成し、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	外への散歩や塗り絵など行っている。		
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支援している	外への散歩や外気浴、家事等行っている。職員は見守りで行っている。	天候や利用者の体調を考えながら、できるかぎり近隣への散歩に出かけることにしている。	今回行った家族アンケートの結果からは、散歩などの戸外活動を充実させてほしいとする声も聞かれており、さらなる検証が望まれる。

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	本部でお金は管理しており、貴重品は預からないようにしているが家族との同意のもとで預かっている。紛失することも同意させて頂いている。		
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	いつでもご連絡できる、受けるようにしている。ただ、家族の意向で連絡して欲しくない場合もあり、家族以外の知り合いとも連絡をかけることもある。		
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	レイアウトやカレンダーなどは利用者様と一緒に作っている。また温度や湿度、明るさなどを常に調整している。	共有スペースは安全や清潔も維持されており、適切な環境が整備されていることがうかがえる。また利用者の作品やイベントの様子などの写真も掲示するなど、回想できるような環境づくりにも取り組んでいる。	
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	席やテーブルの位置を調整している。同じ位置ではなく変えることで景色や心境の変化があり、状態を観察、共有している。		
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	たたみや椅子、クッションなど、使い慣れたものを持ってきていただいて、居心地の良い居室を提供している。仏壇も家族と同意のうえで居室に持って来て頂いている。	利用者や家族の意向を聞きながら、希望に沿った居室づくりをしている。自宅で使用していたものを持ち込んでいただき、居心地よく過ごせるような空間となっている。	
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	個別にアセスメントを行い、サービス担当者会議で細かく話し合い情報共有している。できることはやって頂くように工夫している。		

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	1	・地域密着型サービスの意義と理念の共有と理解・参加率の向上。	・地域密着型サービスの意義と理念を職員や家族、地域全体が理解、共有し、参加人数の増加を目指す。	・会議毎に地域の付き合いやイベントの重要性を説明し、理解・共有する。オレンジカフェや運営推進会議等の職員や家族等の積極的な参加 ボランティア活動を行う。	6ヶ月
2	49	散歩などの戸外活動を充実し、日常的な外出支援を積極的に行う。	・散歩等の活動やイベントを積極的に行い、充実した生活を利用者・職員共に感じる。	・イベントをマイナス要因としてとらえるのではなく、ポジティブにチャレンジ精神の元、フォローできる体制を整える。人員を厚くすることで負担にならないように配置を調整する。	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。

