

### 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	1171100520		
法人名	有限会社 ナーシングケアセンター		
事業所名	グループホーム ふれあいの家 備後		
所在地	春日部市備後東5丁目5-1		
自己評価作成日	令和6年3月7日(木)	評価結果市町村受理日	令和6年4月8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 ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	令和6年3月27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)】

穏やかな暮らしを大切にしながら、冗談を言い合えるような親しい(家族のような)関係を築いて、施設の暮らしが昔の長屋のような暮らしの感覚でいて頂けたらと思っています。又、身体的なケアの面でも、足浴を始め医療と蜜に連携を図って細かいケアに努めています。外部の方々から入所者様の表情がとても良いと変わらずに誉めて頂けております。

【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)】

東武伊勢崎線「武里駅」から徒歩で15分の位置にあり、周囲は畑や住宅が点在する長閑な環境にある2階建て2ユニットのグループホームである。穏やかな暮らしを重んじ、家族のような関係を築きつつ、長屋のような生活感覚で過ごしていただきたいと願っている。ケア面では医療機関と密に連携し、看護師の指示のもとで、皮膚科疾患を持つ方には毎日足浴を提供している。

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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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	○	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)	○	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	○	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、安心して暮らせている (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
<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	朝の引き継ぎ時、理念を各階に表示して来所される方や会議などで説明をしている。時に、理解しているか、日常に活かしているかの話し合いをしている	管理者は、各階に理念を掲示し、朝の引き継ぎや会議時に職員に説明し、その理解度や実践状況について話し合いを行っている。職員は理解に努め、実践に努めている。また、来所される方々にも理念を説明している。	
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	自治会活動には可能な限り参加している。回覧版を入所者と一緒に持つて行く。  自治会主催の防災訓練に参加はコロナ後の実施は無い状況である。	自治会に加入し、自治会活動にも積極的に参加し交流を深めている。納涼祭への参加呼びかけも受けており、防災訓練には開催時に参加している。また、天候が良い日には近隣への散策を実施している。	これからも自治会や地域の人々との交流を重視し、入居者が楽しく豊かな生活を送れるように、関係構築や交流を継続していくことが期待される。
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	運営推進会議で啓蒙している。相談の電話等に対して相談に乗っている。		
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	運営推進会議では親しく話し合いが出来ている。意見についてはミーティング等で職員にも周知、改善に努力している。	2ヶ月に1度の運営推進会議を開催し、包括支援センター担当者や市の担当者、生活相談員らが参加している。そこで出た意見は職員にも共有し、サービスの向上に役立てている。	
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	空き情報、日常の報告・相談等、直接顔をあわせでのコミュニケーション作りに努力している。地域包括のオレンジカフェ等には進んで協力参加している。	管理者は、市の担当者に空床報告や事業所の実情、相談事項を直接訪問して伝え、サービスの取り組みを積極的に説明し、協力関係を築くようにしている。	
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	身体拘束の勉強会を実施して具体的な「しないケア」方法を話し合っている。玄関の施錠は現状せざるを得ない状況であるが拘束ではなく、安全の為と理解。施錠しない	3ヶ月に1度、身体拘束廃止委員会を開催し、「身体拘束をしないケア」に取り組んでいる。職員は正しい理解を深め、実践に結びつけている。安全のため、玄関の2枚の扉のうち内側の扉を施錠している。	
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	勉強会を行って、職員の理解を深めている。入所者に対して、「年長者である」という意識で言葉使いなどで常に話しあっている。		

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
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	資料の回覧や、研修で学んでいる。 独居の入所者があり、関係者に相談し意見を伺いながら必要な支援に努力している。		
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	読み合わせ、質問をして頂き理解納得をしてもらっている。改定事項については、説明の上同意を頂いています。		
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	運営推進会議にご家族の参加は数年行われていません。日常的に面会時にお話を伺ったり説明を報告をして必要な意見は責任者会議や当日の送りで話し合い検討している。	月1回、利用料の支払い時や面会時に入居者の意見や要望を聞いており、集められた意見は責任者会議や申し送り時に話し合い、検討している。	
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	毎日の申し送り30分ミーティングでの話し合い等、意見困難事例の場合は、ご家族様と相談し改めて話し合いGH連絡会でも事例検討を上げて意見を求めて解決に努めています。	毎日の申し送りや30分のミーティングでの話し合い、困難事例が生じた際には家族とも相談し、グループホーム連絡会で事例検討に挙げ、意見を求め、解決策を模索している。	
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	職員の努力に対しては日常的に観察評価をすると共に、声掛けを常に行う様にしています。 又、努力に対しての評価は報告を上げて向上心を持てるように努力しています。		
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	社内研修、勉強会、個別指導等を行っている。 具体的ケアについては、全体で統一して行えるように、常にリサーチして確認を行っている。		
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	グループホーム協議会・研修会、サービス事業所の交流。 包括支援センターの研修会では、地域の事業所間の交流が出来ている。		

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>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	入所者相談や本人との面接での聞き取りで、本人の意思の確認を行っている。入所してからは、職員全体で本人主体の援助は何か？と把握に努力している。		
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	入所相談や入所前相談で、不安・要望を理解することに努力している。 その上で、こちら側の受け入れ対応を説明、理解して頂く努力をしている。		
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	当面、暫定の計画書を作成。説明し理解をして頂き、変化がある場合はご家族様と相談の上計画の見直し(半年を目安)に行っています。		
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	職員は、グループホームは生活の場と考えている。人生の先輩として尊敬し、教えて頂くという関係を大切にしている。		
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	家族の話を良く聞くこと。思いを知ることが大切にしていく。その上で信頼を得られるようにご本人ご家族様共に相談・報告を怠らないように心がけています。		
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	馴染みの品や大切にしていた物を部屋活かしている。家族の自由な訪問は現在規制させて頂いています。各階の面会室での訪問をお受けしています。	面会に規制があるものの、ご家族と共に知人や友人も面会に来られている。グループホームでは、入居者がなじみのある人との関係が途切れないように支援を心掛けている。	
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	グループホーム全体の交流や少人数での特異なレクリエーション等を中心に柔軟な対応に努力している。		

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
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	相談窓口になる事を心掛け、退所後も相談を頂いたり、結果のご連絡を受けさせて頂いています。		
<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	日常の中で、個々の思いを知る。計画担当者はじっくりと一人と向き合い意向を知る努力をしている。カンファレンスは本人本位をモットーとして話し合っている。	入居者の思いや意向については、申し送りで上げられたり、アンケートを実施し、その結果を共有し、職員はそれを実践の場で生かし、個々の希望を把握するように努めている。カンファレンスでは入居者本位で検討が行われている。	
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	入所時、又はその後も状況の把握を心掛け、その人の生活支援の参考としている。		
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	個別記録の引継ぎ時に当日前後の睡眠状況・身体状況を把握して個々の過ごし方を相談したり誘導しながら経過して頂いています。		
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	介護支援経過表の利用。本人・家族・職員との担当者会議を持ってプラン作りに努力している。	6ヶ月ごとに更新を行うケアプランにおいて、ケアマネージャーはサービス会議を主宰し、職員の意見やアイデア、本人や家族の意向が反映された介護計画の策定に当たっている。	
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	介護支援経過表でケア方法を共有。気づきで見直し、変更する。結果は連絡帳等で職員に知らせ共有している		
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	可能な限り本人本位、家族の意向に添った生活が出来よう心掛けている。 デイサービスの車を借りてドライブに出かける等		

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	美容師さんに来て頂く。 地域の歯科医院往診など協力してもらっている。現在は、近隣の散歩以外は行っておりません。		
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	受診は原則的に家族が選ぶ。 協力病院は月2回の往診。精神も同じように往診を行っています。日常の受診は連携室、ナースの協力がある。緊急時受診が万全ではない。	受診は原則として家族が行うことになっている。協力医療機関の往診は月2回、精神科医の往診も月1～2回ある。歯科の往診は毎週行われており、かかりつけ医の受診は家族が行っている。日常の受診には連携室や看護師の協力が得られている。	
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	看護師連携は24時間対応をお願いしている。 入浴時は看護師が立ち会い、個々の観察・処置と指導を受けている。 協力病院の看護師との連携も出来ている。		
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。	いずれの病院の医療連携室、相談員、ソーシャルワーカーとの連携をとり、状況の把握に努めている。		
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	重度化看護について家族と個別の話し合いをする事もある。延命処置を協力病院と協力して書面で確認している。終末期の入所者については症状や状態などにより病院との密な連携を取り対応している。	契約時には「重度化介護の運営方針」について説明し、今後の対応や方向性(退所を含む)については医師や家族、ホームとの間で話し合い、決定している。終末期の入居者に関しては、状態に応じて病院と緊密な連携を取り対応している。	
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	マニュアル、緊急時連絡網等の備えは出来ている。応急手当、初期対応の訓練は不十分と反省する。		
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	避難訓練は年3回実施し、職員も努力している。 運営推進会議で地域との協力体制も話している。	年3回の避難訓練を行っており、そのうち水害訓練を1回実施している。夜間の想定訓練も行っており、職員は通報、避難誘導、消火器の使用法を習得している。避難先の手配も、垂直避難や近くの天草病院への避難の準備も整えている。備蓄も行っている。	

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
<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	カンファレンスやプライバシーの保護の勉強会で常に努力している。	人格の尊重を心がけ、誇りやプライバシーを損なわない言葉遣いに配慮している。カンファレンスやプライバシー保護の勉強会を通じて、常に努力を続けている。	
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	自己主張が出来る問いかけに努力している。表情や態度からの理解にも努力し、職員で話しあっている。		
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	職員優先ではなく、その人本位の生活の大切さをモットーとして常に職員同士確認し合っている。		
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	外出での助言、入浴後の整容やお化粧等日々支援している。		
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	おやつ作り、野菜の皮むき等、出来る事のお手伝いは一緒に行っている。好みは日々の暮らしの中職員が個々に聞いて共有に努めている。	朝は職員が、昼夕は調理師が食事の提供を行っている。皆でおやつ作りやイベント食の提供も楽しんでおり、入居者は野菜の皮むき、洗濯物のたたみ、テーブル拭きなどにも協力していただいている。	
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	個人記録で摂取量の把握をしている。必要があれば、ナース・管理者に相談している。個々の病気に併せて食事に味や形状を工夫している。		
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	毎食後の口腔ケアは徹底している。歯科医師、衛生士の指導・助言も受ける。		

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	トイレでの排泄は、自立への支援と、職員間で常に確認し合い努力している。	排泄チェック表を用いてパターンを把握し、タイミングを見計らってトイレ誘導を行っている。車椅子入居者に対しても、時間を定めてトイレ誘導を実施し、トイレでの排泄自立を目指して支援を行っている。	
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	医師、看護師の指示での排便コントロール。食べ物に繊維性の食材を入れる工夫をしている。		
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	原則、週2回であるが、必要な場合は回数に関係なく入浴して頂いています。	週2回、午後に入浴支援を行っている。ゆったりとした入浴時間を提供するために、入浴日を分散させ、月曜と火曜、金曜と土曜に入居者を分けている。また、個別のニーズに応じた支援を行っている。	
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	日中散歩の取り組み。外気浴などで生活リズムを作ることを話し合い努力している。レクリエーション等の関りを以て日中を活動的に過ごせるように心がけています。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	薬箱に薬品名を書き把握に努力している。配薬者が誰かが判るように表を作成。配薬表に薬を並べて確認を行う。薬効によつての服用注意も周知している。		
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	食事前後の準備などの役割分担を持ってもらう。当日の当番を決めてリーダーになって頂く。「ありがとう」の声かけで喜びを感じてもらう等心掛けている。		
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	普段は近隣の散歩以外は外出行っていない。季節によって送迎バスを借りてドライブに出かける。この他はご家族様との外出があります。	天気の良い日には、近隣への散歩に出かけ、外出支援を積極的に行っている。今後はお花見に出かける予定である。	



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	事務所で預かっています。自己管理出来る方がおりません。		
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	申し出があれば電話は掛けて頂く。家族からの電話も、いつでも取り次ぐ事が出来ている。手紙をやり取りされている方もいます。		
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	季節の移り変わりが感じられるように装飾をしています。歌や、行事レクに取り組んでいます。季節の話やニュース(社会的な話題)を職員と日常会話として行えています。	フロアには、テーブルや椅子、テレビやDVDプレーヤー、ラジカセ、ソファー、新聞、美容室から提供された週刊誌などが配置されている。壁には入居者の季節ごとの作品が展示され、居心地の良さを追求している。十分な光と広さがあり、音環境にも配慮されており、温度や湿度も適切に管理されている。	
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	廊下にソファーを置いたりアクティビティー活動では、椅子を移動して小集団を作る等工夫している。		
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	本人の居場所作りを大切にしている。馴染みの家具やアルバム、趣向品で殺風景にならない工夫をしている。	入居時には馴染みのある物品(タンスや写真、趣向品など)を持ち込んでいただき、居場所作りに配慮している。現在、自分で清掃ができる方はほとんどいないため、職員が毎日行い清潔な環境を保つよう努めている。	
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	整理、整頓。手すりに物をかけない。トイレや居室の表示をして自立した生活出来る工夫をしている。		

(別紙3(2))

## 目標達成計画

事業所名: ふれあいの家 備後

作成日: 令和 6 年 4 月 6 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	(2)	長期に感染症が流行したことで利用者様の社会(外)との関りが減少してしまい、心身状態が低下している。	個々の好みや身体状況を考慮し、外出の機会を作る。	大きな行事だけではなく、日常の中で外出する散歩、買い物、外食レク等、少人数毎に希望を聞いて実施する。	12ヶ月
2	(7)	思う様なカンファレンスが行えていない事業内容(24h、365日)により、多くの職員が参加できないため、ケアの統一に時間を要する。	定期カンファレンスを実施する。 短時間で定義付けて実践する。	参加できない職員も必ず意見を提出する。決定事項は、翌日より開始できるように整えて、周知させる努力をする。	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。