

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	1171900531		
法人名	医療法人社団愛優会		
事業所名	グループホーム氷川		
所在地	埼玉県戸田市氷川町1-4-2		
自己評価作成日	令和6年2月24日	評価結果市町村受理日	令和6年4月16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.kaijokensaku.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6年3月28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)】

～すべてのサービスはご利用者様のために～を常に念頭に置いてケアの実践。運動プログラムも取り入れお元気で長生き、また穏やかに過ごし頂けるように、職員間の情報共有をしながらケアをしている。職員のチームワークもよく笑顔が溢れる明るい雰囲気でも暮らしを提供できるようにしている。

【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)】

●晴天の日はウォーキング、雨天時は室内でのトレッドミル使用により支援がなされています。1日の歩数については目標設定と計測がなされており、状態にあわせて柔軟な対応がなされています。水分補給、運動に対して変わらぬ注力が継続されています。
 ●退院時等重度化した利用者に対して回復や日常生活の再開に注力がなされています。医師や家族等と連携を図り、最適な環境での生活となるよう提案・支援に努めています。
 ●中学生の就労体験受け入れが再開されるなどコロナ禍以前の活動も再開されています。地域包括支援センターの紹介により障害支援サービスの外出休憩地として・利用者との交流が始められるなど地域貢献に対して新たな取り組みがなされています。

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 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 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	事務所内に職員の目につく場所に理念を掲げ、朝礼などで再確認できる場面を作り理念に基づいた仕事ができるように心がけている	理念の掲示、法人の方針の共有が図られている。在籍の長い管理者・職員による利用者との関係がつけられた支援を基盤に運営がなされている。	
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	町内会より連絡をもらい、市の敬老会の集いに参加している。近隣へのウォーキングで外出。また職員募集のチラシを掲示してくださる。	近隣とは、おすそ分けなどをもらうなど関係が築かれている。中学生の就労体験受け入れが再開されるなどコロナ禍以前の活動も再開されている。	
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	認知症ケア相談室を開設しており、運営推進会議、オレンジカフェを通じて発信できるように心がけている。		
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か月に1回の開催。参加者からの意見を生かしている。	町会、地域包括支援センター、行政、民生委員等の方々を招待し、開催が再開されている。利用者の健康状態や様子を報告し、ホームへの理解が深まるよう努めている。	
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取り組んでいる	市の長寿介護課には訪問、相談などを行っている。包括支援センターとは密に連絡し、お祭り行事の際の小物づくりを依頼され作成もしている。	行政との連携により利用者の安定した生活を支援している。地域包括支援センターの紹介により障害支援サービスの外出休憩地として・利用者との交流が始められている。	
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	現状拘束を行っている例はない。身体拘束廃止委員会を設置。施設内研修何が身体拘束に当たるのかを定期的に確認。玄関は利用者様の事故防止の為施錠している。	身体拘束廃止委員会の定期開催や研修を通して職員への指導にあたっている。おおらかな職員による丁寧な支援が利用者の意思尊重を可能としている。	
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	虐待防止委員会を設置。施設研修を行っている。言葉による暴力にも配慮している。		

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	社内研修を行い、支援の必要性を理解するよう努めている。利用者ご家族にも後見人がいるため、毎月状態や様子をお伝えしている。		
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	入居者様ご家族との関係性を重視し、十分な説明を行うことでご家族様の不安や疑問に対応している。		
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	面会時やお電話、メールにてご家族の要望や意見を取り込みやすい環境にある。	新型コロナウイルスの蔓延防止策も分類変更後には緩和し家族との面会が可能となっている。本評価にともなう家族アンケートにおいてもホームからの細やかな報告に賛辞の声が寄せられている。	
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	毎朝のミーティングで話し合っている。常日頃から職員が意見や提案しやすい環境にある。	ミーティング時には支援方法を共有し、利用者一人ひとりへの最適なケアを模索している。日々の変化については毎日の申し送りやソーシャルネットワークサービスにて確認し、利用者への対応にあたっている。	
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	希望休に対して柔軟である。色々な時間帯での働き方が出来ている。急遽の休みに関しても職員間で協力しながら対応している。		
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	資格のない職員には認知症介護基礎研修実施。資格の取得を促している。職員間でケアの仕方の確認や教育をしている。生産性向上・排泄・人生会議のセミナー参加。		
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	地域会議でなじみになった事業者と相互情報交換を行っている。		

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
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	ご家族・ケアマネからの情報をもとに入居時本人との会話を通し困りごと、好きなことなどを探っている。コミュニケーションを取り、職員間で情報の共有を行っている。		
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	施設見学の段階で、ご家族の要望や心配事などをお聴きして柔軟な対応が出来るようにしている。		
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	利用者様・ご家族から聞き取りをしたうえで見極めをしてサービスの提供をしている。		
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	日常生活においてご利用者様が職員に話しかけやすい環境作りをしている。利用者様自ら家事の手伝いを積極的にやって下さる。		
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	ご家族からの要望や状況に応じて柔軟な対応をしている。状態変化や様子に報告は電話やメールで行っている。		
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	コロナが5類になり、面会の緩和により以前より時間の延長や個室でのゆったりとした時間を過ごしてもらっている。	家族との面会は取り巻く環境を見ながら徐々に緩和をしている。近隣住民との関係が継続しており、利用者が地域の中で暮らすことを可能としている。	
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	日中はデイルームにて全員過ごされる。午前中は日光浴で1・2階の利用者様同士の交流がある。		

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
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	サービス終了後もご家族からの相談、差し入れなどがある。		
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	利用者様の意見を尊重しながら支援しており、困難な方は表情や観察にて把握している。	アセスメント・モニタリング・栄養スクリーニング等がなされ、状況の把握により支援が進められている。	支援ソフトの利用などICTの活用に努めている。今後は記録のDX化と職員の指導を進め、ペーパーレスの実現を目標としている。
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	ご家族からの聞き込みやケアマネからの情報を利用者様と日々の会話の中から汲み取った事柄等を職員に共有している。		
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	いつもと違う状態や様子の変化を毎朝のミーティングで報告し、話し合い、情報を共有している。		
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	計画作成担当者は職員、医師、看護師と話し合い目標達成に向けた介護計画を作成している。	居室担当職員を設けず、ホーム全体で利用者への把握に努めている。利用者・家族の意向をプランに落とし込み、支援への幹としている。	
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	介護計画の期間に応じ見直しをしている。状態変化、服薬情報、入院などで変化があったら介護ソフトの更新を行っている。		
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	ニーズに応じご家族にも協力してもらいながら医療機関の受診を行っている。食べたいものを聴き、ランチやおやつで提供している。		

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
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	認知症カフェを開催している。中学校の職場体験や市の相談員、ボランティアにも来て頂いている。		
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	1か月に2回の往診に来てもらっている。ご家族にも入所時、退院後の体調説明も行って貰っている。相談しやすい状態である。	協力医療機関による往診、看護師の援助を中心に利用者の健康管理体制が敷かれている。口腔衛生管理体制加算を取得し、嚥下機能の維持向上に努めている。	
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	看護師には積極的に利用者様とコミュニケーションをとってもらい、皮膚状態の確認も行っている。又職員からの相談も適切な指示を行っている。		
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。	入院した際は担当医、看護師、相談員、ご家族からの情報を頂き、治療が終わったら早期に退院できるように受け入れの準備を行っている。		
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	入居の際にご家族の方針を伺い、書面にて保管している。体調の変化があった際には再度方針を確認して書類を提出して頂いている。介護ソフトを定期的に更新している。	退院時等重度化した利用者に対して回復や日常生活の再開に注力がなされている。医師や家族等と連携を図り、最適な環境での生活となるよう提案・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	急変時は往診医に連絡。玄関にはAEDを設置し急変時に備えている。職員はいつもと違う変化に気づけるようにしている。AED講習の受講を予定している。		
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	定期的に避難訓練や、防災点検を実施している。災害時に備えBCP(業務継続計画)作成済。	年に2回、調理場からの火災想定等の避難訓練を実施している。また水害によるリスクを確認しており、BCPや緊急時対応のマニュアルを策定している。	

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	ひとり一人の居室があり、一人で過ごせる場所がある。お話するときも職員も笑顔でゆっくりと視線を合わせて傾聴している。	同性介助を希望する利用者に対しては要望を実施するなど意向の確認がなされている。おらかな職員による丁寧な接遇に本ホームの特長があらわれている。	
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	利用者様の言動は否定せず受け入れる。コミュニケーションをとりながら思いや希望を読み取り表現しやすい関係性を保てるように努めている。		
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	日々の状態や様子にあわせて利用者様のペースを大切にして柔軟に対応している。		
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	整容、身だしなみは毎日行っている。おしゃれを楽しんでもらうために誕生日に着物を着てもらい記念撮影を行った。		
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	外出しての食事は行えていない。好みのものはお楽しみランチで実施。テーブル拭き、お茶入れはお手伝いして頂く。	介護施設用ではなく、通常用の食材を受け入れており、食欲の喚起に注力がなされている。利用者のできることにて家事参加を促し、入居前からの習慣継続に努めている。	
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	医師・看護師に相談しながら個々にあわせた食事形態で対応している。水分は1日1500ccを目指し、介護ソフト記録で常にチェックしている。		
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	食後の口腔ケア実施。定期的な訪問歯科受診し口腔内の不安なことなど相談できる。		

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	介護ソフトを利用しての排便管理を行い、職員間で常に情報共有をしている。しぐさ、行動などにも気を配りトイレのタイミングを個々に合わせる等の対応をしている。	排せつの状況は書面とデータの双方で管理し、職員間の共有がなされている。状態を医師に相談し、適切な排便となるよう支援にあたっている。	
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	自然な排便を促すようにまずは運動、水分摂取。プルーンも使用している。運動が難しい方に関しましては医師・看護師に相談している。		
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	なるべく一人1人のタイミングに合わせて入浴をしている。皮膚状態の確認、保湿を行っている。	家庭用浴槽・浴室であるため、利用者の状況にあわせて足浴・シャワー浴等を併用しながら清潔保持およびスキンチェックに取り組んでいる。	
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	日中は活動し就寝前は落ち着いた時間を過ごしていただけるように支援している。快適な温度調整をしている。昼間も個々に合わせた休息時間を設けている方もいる。		
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	薬局がセットした薬を日付と名前の確認をして飲んでもらっている。屯用は職員管理としている。服用したら必ず介護ソフトに入力している。		
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	個々の出来る事、役割を見つけて自信をもって笑顔がたくさん見られるように支援している。		
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	ウィーキングで近隣は出かけている。自分で必要な日用品や食べ物をスーパーに行っている。ウィーキングの歩数目標達成時には好きなものを買って士気を高めている。	晴天の日はウォーキング、雨天時は室内でのトレッドミル使用により支援がなされている。1日の歩数については目標設定と計測がなされており、状態にあわせて柔軟な対応がなされている。	

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	利用者様やご家族の要望によりお預かりしているが職員付き添いの上でお買い物をして頂いている		
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	ご家族からの電話やこちらから電話する際にやり取りの支援をしている。定期的に分の名前を書くことをやってもらっている。		
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	トレッドミル・エアロバイク等天候に左右されず運動が出来る環境にある。室内ウィーキング、手すりを利用しての立ち上がり、階段昇降も実施。季節のものを飾ったりして季節を感じてもらっている。	窓際の椅子に座り外を眺める、皆でおしゃべりするなど日中はリビングや廊下など共有スペースでくつろぐ時間が主体となっている。換気や消毒への注力など衛生管理が継続されている。	収納やスペースの関係から物品の整理を要している。事務室・玄関など直接利用者の生活に関係ない箇所も整頓をしていくことを目標としている。
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	ソファやテーブル・椅子を廊下にも設置して自由な時間を過ごされている。外を眺め小学校の登校時間は手を振ったり、喜んで外を眺められている。		
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	居室には使い慣れた家具、好みのものを持って来て頂き、馴染みのある落ち着いた空間づくりをしている。	居室は広いスペースが確保されており、それぞれに家具等が持ち込まれている。ゆっくりと休める・一人の時間を確保できる空間が用意されている。	
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	自分の部屋が解る様に居室ドアに自分の写真や表札を貼っている。「出来ること」を把握し自信を持って生活出来る様に支援している。		

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	23	介護支援ソフトは使用しているが、便利な機能を使いきれていない。	手書きをしている介護記録を支援ソフトでの確認が出来るようにする。	介護ソフト会社との連携を取り改善していく。	6ヶ月
2	52	ご家族が玄関での面会の希望もあるので、事務室・玄関の整頓が出来ていない。	玄関・事務室の整理、整頓。	書類の整理(ペーパーレス化)。書類はスキャンで読み込みパソコンで管理をする。	6ヶ月
3	54	面会時間の延長、面会場所の確保は出来たが個別での30分以上の外出が出来ていない。	個別での30分以上の外出。	ご家族にもご協力頂きながらの外出や、地域の行事に参加して地域の方々と楽しい時間を過ごす。	12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。